



Mi Universidad

Nombre del Alumno: MARIBEL HERNANDEZ MENDEZ

Nombre del tema: ULCERAS POR PRESION

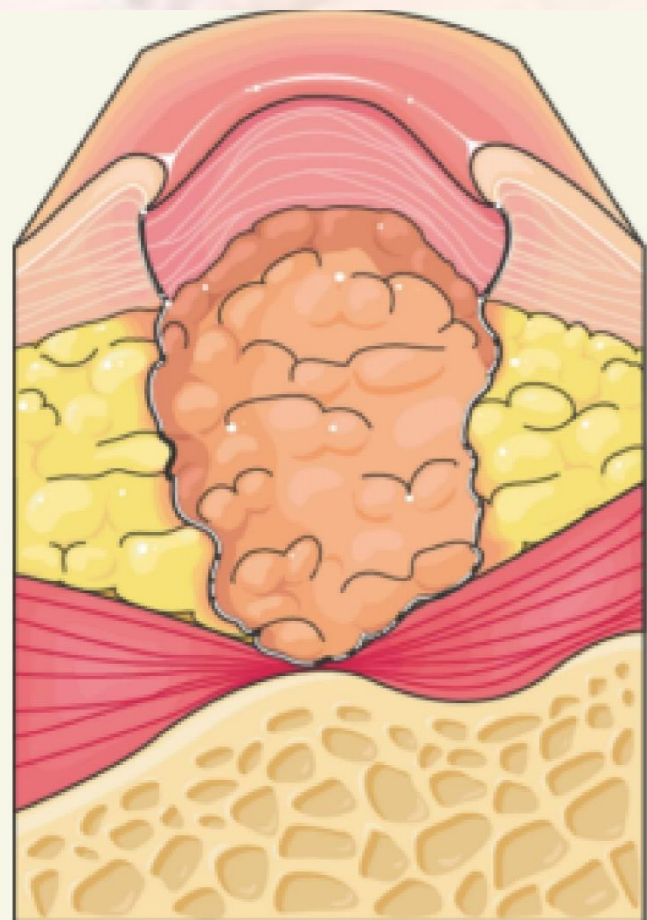
Nombre de la Materia: ENFERMERIA CLINICA I

Nombre del profesor: CECILIA DE LA CRUZ

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre: EJECUTIVO

ULCERAS



POR PRESION

DEFINICION

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdidas de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros

CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION



ESTADIO I

Piel intacta pero eritematosa que no blanquea con la presión

ESTADIO II

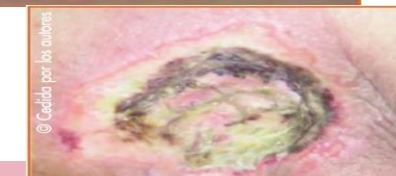
Perdida parcial del espesor cutáneo, con afección de la epidermis y la dermis superficial

ESTADIO III

Perdida completa del espesor de la piel, con afección del tejido celular subcutáneo. La lesión puede extenderse hasta la fascia subvacente.

ESTADIO IV

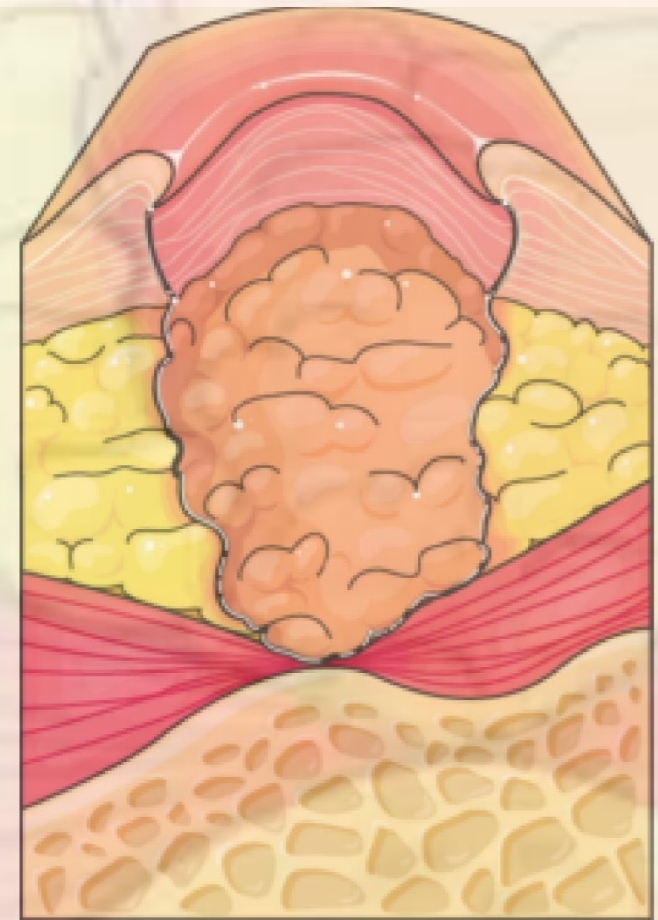
Perdida de la piel en todo su espesor, con necrosis tisular o lesión de los músculos, huesos o estructuras de soporte.



MANIFESTACION CLINICA

- Cambios inusuales en el color o en la textura de la piel.
- Hinchazón
- Supuración
- Un área de la piel que se siente más fría o caliente al tacto que otras áreas
- Áreas sensibles

ULCERAS

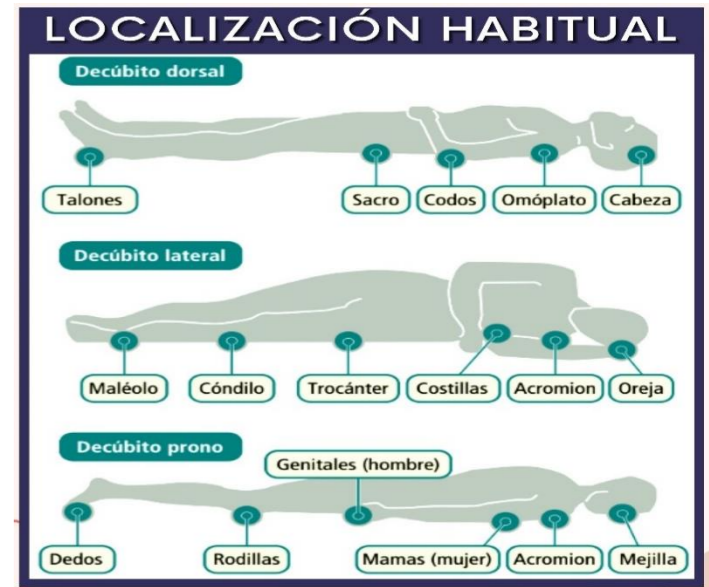


POR PRESION

TRATAMIENTO

VALORACION

Las zonas más susceptibles de desarrollar UPP son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo).



MORFOLOGÍA Y ASPECTO DE LA LESIÓN

Para describir la forma y el aspecto de la lesión se utilizan los siguientes parámetros:

Dimensiones	Longitud, anchura (diámetro mayor y menor) y volumen (método Berg)
Cavidades	Tunelizaciones y fistulas
Tipo de tejido en el lecho de la úlcera	Necrótico seco, necrótico húmedo, esfacelado, granulación y epitelización
Estado de la piel periluceral	Íntegra, eritema, lacerada, macerada, eczema y edema
Borde de la herida	Bien definido, irregular, con forma de cráter, hinchado, calloso, macerado y seco
Exudado de la úlcera	Cantidad (sin exudado, ligero, moderado y abundante), tipo (purulento, hemorrágico, seroso) y con olor
Signos de infección	Signos de infección local (inflamación, dolor, mal olor y exudado purulento) y/o sistémica

ESCALA DE NORTON

La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UPP. tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%

Tabla 1. Escala de Norton

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Completa	4. Deambula	4. No
3. Aceptable	3. Apático	3. Algo limitada	3. Con ayuda	3. Ocasional
2. Deficiente	2. Confuso	2. Muy limitada	2. Silla de ruedas	2. Habitual
1. Muy deficiente	1. Estupor	1. Inmóvil	1. Encamado	1. Doble incontinencia

Riesgo moderado < 16. Alto < 12.

FARMACOLOGICO

No hacer uso de limpiadores o agentes antisépticos para limpiar las úlceras

Limpiar las úlceras con agua o suero salino isotónico y jabones neutro

Uso de antibióticos sistémicos cuando exista diseminación de la infección

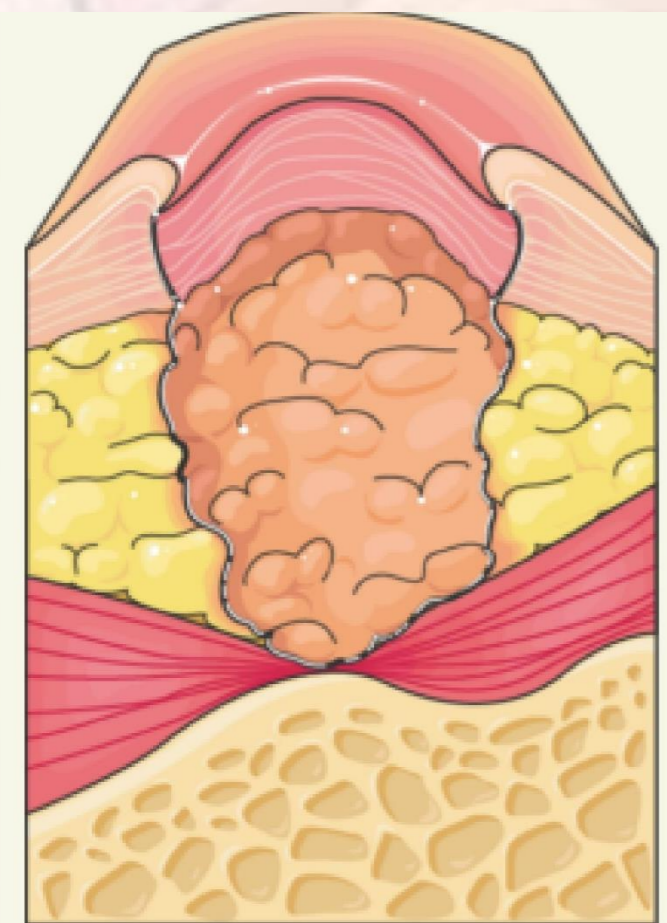
NO FARMACOLOGICO

Cambiar de posición a medida que el paciente pueda tolerarlo

Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida

Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad

ULCERAS



POR PRESION

ACTUACIONES DE ENFERMERIA

Instaurar medidas, ayudas mecánicas o personales para mitigar la presión

Colchón de presión alternante. *Almohadillado especial para la cama.

Realizar cambios posturales frecuentes. Enseñar al paciente y cuidador, modos de cambiar de posición en la cama

Valorar los puntos de presión: omóplatos, talones, codos, sacros y trocánteres, haciéndolo coincidir con los cambios posturales.

Aplicar y enseñar a realizar a la familia masajes en sentido circular, con crema hidratante o loción en las zonas de presión si la piel está intacta y no presenta cambios de color (enrojecimiento, palidez).

Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada

Higiene corporal con agua tibia, jabón Ph neutro, aclarado minucioso, secado por contacto sin frotar y aplicación de una crema hidratante que no se aplicará en los pliegues cutáneos ni sobre la piel húmeda.

Evitar los rozamientos de las superficies cutáneas entre sí con otros objetos (prótesis) o con superficies.

Fomentar la deambulacion si está indicada.

BIBLIOGRAFIAS:

- de las Illes Balears, S. de S. (s/f). *Prevención y Tratamiento de UPP*. udocz.com.
<https://www.udocz.com/apuntes/311641/prevencion-y-tratamiento-de-upp>
- Salvador Postigo Mota, Laura Muñoz Bermejo, Patricia Ferrero Sereno, Pedro Bas Caro, M^a José Antúnez González. (s/f). *Úlceras por presión: Conceptos generales*. uDocz. <https://www.udocz.com/apuntes/160840/ulceras-por-presionconceptos-generales-anexo-1>
- Universidad UDS. (s/f). *ENFERMERIA CLINICA I LICENCIATURA EN ENFERMERIA*.
plataformaeducativauds.com.
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/cb898a07410c07240c8e02ab484ab146.pdf>