



Mi Universidad

CUADRO SINÓPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Mauricio de Jesús Aguilar Vázquez.

NOMBRE DEL TEMA: Úlceras por presión.

NOMBRE DE LA MATERIA: Práctica clínica de enfermería I.

NOMBRE DEL PROFESOR: Marcos Jhodany Arguello Gálvez.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: Licenciatura en Enfermería (LEN).

CUATRIMESTRE: Sexto.

GRUPO: LEN10SSC0121-A

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

¿Qué es?

Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Causas de aparición

- Déficit nutricional.
- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Presión.
- Fricción.
- Cizallamiento.
- Rozamiento.
- Afecciones médicas que afectan el flujo sanguíneo.
- Pérdida de la percepción sensorial.
- Incontinencia.
- Humedad.
- Escoriamiento de la piel.
- Desgarro de los vasos capilares.

Factores de riesgo

- Fisiopatológicos**
 - Lesiones cutáneas.
 - Trastornos del transporte de oxígeno.
 - Déficit nutricional.
 - Trastornos inmunológicos.
 - Alteraciones del estado de conciencia.
 - Déficit motor.
 - Déficit sensorial.
 - Alteraciones de la eliminación.
- Derivados del tratamiento**
 - Inmovilidad impuesta por tratamiento.
 - Tratamiento inmunosupresor.
 - Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.
- Situacionales**
 - Falta de higiene.
 - Arrugas en la ropa.
 - Objetos de roce.
 - Inmovilidad por dolor, fatiga.
- Del entorno**
 - Falta o mala utilización del material de prevención.
 - Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
 - Sobrecarga de trabajo.
 - Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
 - Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
 - Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

Estadios

- Estadio 1**
 - Eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Estadio 2**
 - Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.
- Estadio 3**
 - Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Estadio 4**
 - Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Prevención

- Cambios posturales.
- Selecciona almohadones o un colchón que alivie la presión.
- Ajusta la elevación de la cama.
- Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Usar cremas de barrera de humedad para proteger la piel de la orina y las heces.
- Presta atención a los botones de la ropa y las arrugas en las sábanas que puedan irritar la piel.
- Tratar la desnutrición.
- Curaciones de acuerdo al estadio.

Escalas

- Braden**
 - Para que sirve**
 - Para poder hacer una correcta valoración del riesgo de úlceras por presión y tomar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo un tratamiento.
 - Se valora por**
 - Percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición, fricción y deslizamiento
 - Puntuación del riesgo de úlcera por presión**
 - Bajo si el resultado está entre 23 – 20 puntos.
 - Medio si el resultado está entre 19 – 16 puntos.
 - Alto si el resultado está entre 15 – 11 puntos.
 - Muy alto si el resultado está entre 10 – 6 puntos.
- Emina**
 - Escala similar a la escala de Braden que distingue cinco elementos de peligro: Estado mental, movilidad, incontinencia, alimentación y actividad, clasificados de 0 a 3 cada uno de ellos.
- Norton**
 - Para que sirve**
 - Para cuantificar el riesgo que tiene un paciente de desarrollar úlceras por presión o UPPs. Generalmente en geriatría.
 - Características que la escala analiza del paciente**
 - Estado físico general, estado mental, actividad física, movilidad, continencia urinaria y fecal
 - Puntuación del riesgo de úlcera por presión**
 - De 5 a 9 puntos, riesgo muy alto
 - De 10 a 12, riesgo alto
 - De 13 a 14, riesgo medio
 - Más de 14 puntos riesgo mínimo o nulo

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

1 2 3 4

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 Completamente limitada • Nivel de conciencia • Sedación No reacción ante dolor • Capacidad sensorial	2 Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos No opone resistencia Batañol sensorial	3 Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre contesta maliciar Alguno dificultad sensorial	4 Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1 Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	2 A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	3 Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	4 Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	1 Escamado/a	2 En silla	3 Deambula ocasionalmente	4 Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	1 Completamente inmóvil	2 Muy limitada	3 Ligeramente limitada	4 Sin limitaciones
NUTRICIÓN	1 Muy pobre 0 o pocas, dieta líquida o suero > 5 días	2 Probablemente inadecuada 0 pocas menos que la cantidad optima de una dieta líquida o por SNG	3 Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	4 Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	1 Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido	2 Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia	3 No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	

ALTO = < 12 PUNTOS
MODERADO = 13 - 14 PUNTOS
BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

Escala de Norton

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

La clasificación de riesgo sería:

- Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo
- Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente
- Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo

ICM

TABLA 1 Escala EMINA®

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hiperkinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Puntuación total

Sin riesgo = 0 puntos; Bajo riesgo = 1 a 3 puntos; Medio riesgo = 4 a 7 puntos; Alto riesgo = 8 a 15 puntos.