



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