



**Nombre de alumno: Paola del Carmen Zarquiz Aguilar**

**Nombre del profesor: María del Carmen López Silba**

**Nombre del trabajo: Marco Teórico**

**Materia: Calidad en los Servicios de Enfermería**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 8°**

**Grupo: "A"**



**Nombre del proyecto:** Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

**Eje estratégico:** Pacientes intubados del servicio de UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales).

**Nombre del equipo:** ECP (Enfermeros en el Cuidado de la Piel).



**Integrantes del equipo:**

- Coordinador: Yaneth Beatriz Álvarez Santis
- Secretaria: Diana Paola Sanchez García
- Vocales: Paola Del Carmen Zarquiz Aguilar, Alexander Frías Alvarado y Jorge Alejandro Molina Moreno

**Personal de apoyo:** Personal que se requiera como apoyo para la elaboración del proyecto

Comitan De Dominguez Chiapas a 5 de febrero de 2024.

# Reglamento

Las reuniones se realizaran los días viernes unico día.

Llevar avances y trabajos en la fecha establecida.

En caso de no presentarse, avisar con antelación y solo en casos 'necesarios' con limite de 2 faltas.

Cumplir con el material indicado en cada reunion.

Solo utilizar el celular solo en casos necesarios y por poco tiempo.

Respetar las opiniones de cada integrante del equipo.

Mantener un lenguaje adecuado, no ofensivo  
Aceptar las desiciones tomadas dentro del equipo.

En caso de dudas notificarlo en el grupo.

En caso del incumplimiento de alguna regla se sancionara con trabajo/avance extra.

## JUSTIFICACIÓN

La presente investigación nos ayuda a dar prioridad en el personal de enfermería para mejorar el estado de salud del paciente, evitando y/o disminuyendo el dolor que pueden presentar los neonatos en el área de UCIN ya que son pacientes que se encuentran con una salud gravemente comprometida, por tales motivos como estudiantes del 8vo cuatrimestre de la LE. Decidimos retomar el tema de UPP, en el área de neonatos con larga estancia en su manejo y tratamiento, que se encuentran intubados y se busca su pronta recuperación, evitar la evolución los estadios, así como alteraciones en la piel.

Por lo que todas las técnicas y procedimientos que se le apliquen deben ser enfocados a prevenir las úlceras por presión independientemente el padecimiento, edad, y los factores predisponentes, así como también los cuidados y la correcta valoración por parte del personal de enfermería para incrementar la seguridad del neonato.

Con base en la ejecución de dichos procedimientos realizados se espera la mejoría gradual y eficiente las causas y/o complicaciones que tiene el paciente en estado crítico mediante cuidados físicos, clínicos y farmacológicos además de la responsabilidad que tiene el enfermero al fomentar actividades que mejoren la cicatrización y sanación de las heridas producidas por las UPP.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- Disminuir el riesgo de UPP que presenta el R/N. en estado crítico en el servicio de UCIN.

### **ESPECIFICOS:**

- Promover conciencia en el personal de enfermería para que pueda aplicar la valoración con las escalas de Braden, Norton y Emina y pueda detectar los factores predisponentes de las UPP.
- Implementar dispositivos para disminuir el riesgo de UPP.
- Implementar dispositivos que cubran la piel del niño cuando no se permita la movilización (mínima manipulación).

## **METAS**

- Concientizar al personal de enfermería en dar una atención centrada, continua, eficaz, segura y accesible en la valoración a los neonatos para una reducción del porcentaje UPP.
- Colocar las diferentes escalas de valoración en la cabecera de la cama o cuna del neonato con posibilidad de UPP.
- Dar a conocer y proporcionar al personal de enfermería los diferentes dispositivos que se cuenta para evitar la aparición de UPP.

## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICIÓN**

Las úlceras por presión son el resultado de una necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea, en ella se dividen en:

**Grado 1:** la piel se presenta intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea, solo afecta la primera capa de la piel que es la epidermis.

**Grado 2:** se caracteriza por la pérdida de espesor parcial de la dermis, presentándose como una úlcera abierta poco profunda, con el lecho de la herida entre rosado y rojo, sin necrosis, también puede mostrarse como una ampolla intacta llena de suero o rota.

**Grado 3:** compromete la dermis y la epidermis, el tejido celular subcutáneo (hipodermis). Por ser una lesión profunda, suele infectarse con gran facilidad, generando drenaje de líquido seroso o purulento.

**Grado 4:** Son lesiones tan profundas que comprometen tejidos como músculo, hueso, tejido cartilaginoso, vísceras, y demás estructuras que sean sometidas a presión. Es frecuente observar tejido necrótico.

Las úlceras aparecen debido a pequeñas presión, fricción o cizallamiento, en la zona de la piel, estar encamado, por cuestión de alguna patología que impide su movimiento y las células de la piel empiezan a morir, dependiendo del grado de úlcera, logra afectar de diferente manera la piel.

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para las lesiones por decúbito incluyen los siguientes:

- Recién nacidos prematuros con manejo de tubo orotraqueal
- Recién nacidos sometidos a cirugías digestivas y prolongan la estancia en la UCIN.
- Recién nacidos con compromiso respiratorio importante sometidos al cuidado de la vía aérea comprometida
- Disminución de la movilidad debido a una hospitalización prolongada, reposo en cama, lesión de la médula espinal, sedación, debilidad que disminuye el movimiento espontáneo, o deterioro cognitivo.
- Exposición a sustancias irritantes de la piel por incontinencia urinaria y/o incontinencia fecal.
- Alteración de la capacidad para la cicatrización de heridas debido a desnutrición, diabetes, alteración de la perfusión tisular debido a enfermedad arterial periférica, inmovilidad, insuficiencia venosa.
- Sensación alterada

## EPIDEMIOLOGIA

La mortalidad provocada por ciertas enfermedades ha disminuido radicalmente. Por contra, el uso de esta tecnología sanitaria obliga al niño a tener un estado de inmovilidad que favorece la aparición de UPP relacionadas con la presión sobre la piel del niño. Además, el efecto negativo de la inmovilidad o la desnutrición en población infantil con diversidad funcional, con enfermedades crónicas o con enfermedades en fase terminal, provoca un riesgo aumentado de UPP, incluso en sus domicilios. Las incidencias internacionales de UPP en neonatos en servicio de UCIN son de 11.1%, mientras que la prevalencia es de 23%.



## FISIOPATOLOGÍA

Los principales factores que contribuyen a las lesiones por presión son:

**Presión:** Cuando los tejidos blandos se comprimen durante períodos prolongados entre las prominencias óseas y las superficies externas, se produce oclusión microvascular con isquemia e hipoxia tisular. Las presiones que exceden la presión capilar normal (el rango es de 12 a 32 mmHg) reducen la oxigenación y comprometen la microcirculación en el tejido afectado. Si no se alivia la compresión, puede desarrollarse una lesión de decúbito en 3 a 4 horas.

Esto ocurre con mayor frecuencia sobre el sacro, las tuberosidades isquiáticas, trocánteres, maléolos y talones, aunque pueden aparecer lesiones por decúbito en cualquier lugar.

**Fricción:** Roce contra la ropa o la ropa de cama que puede provocar ulceración de la piel causando erosión local y rotura de la epidermis y la dermis superficial.

**Fuerzas de cizallamiento:** Las fuerzas de cizallamiento tensionan y dañan los tejidos de sostén, al hacer que las fuerzas de los músculos y los tejidos subcutáneos empujados por la fuerza de gravedad se opongan a los tejidos más superficiales que permanecen en contacto con las superficies externas. Las fuerzas de cizallamiento contribuyen a las lesiones por presión, pero no son causas directas.

**Humedad:** Debido a la sudoración, incontinencia y altas temperaturas que conducen a la descomposición y laceración del tejido, que puede iniciar o empeorar una lesión debido a que el músculo es más susceptible a la isquemia con la compresión de la piel, la isquemia y la necrosis muscular pueden ser la base de una úlcera por presión debida a una compresión prolongada.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico de la lesión por presión se basa en la evaluación clínica. Una lesión por presión generalmente se identifica por su apariencia característica y por su ubicación sobre una prominencia ósea. El sacro es la ubicación más frecuente, seguida por los talones. Las lesiones causadas por insuficiencia venosa y arterial o neuropatía diabética pueden simular una lesión por decúbito, particularmente en las extremidades inferiores, y también pueden empeorarse por las mismas causas que éstas.

## **TRATÁNDOSE DE NEONATOS ENTUBADOS EN EL SERVICIO DE UCIN**

El recién nacido de alto riesgo es el neonato que, por causas prenatales, durante el parto y/o posparto presenta factores de riesgo o enfermedades que aumentan la probabilidad de muerte o de padecer alguna enfermedad grave o crónica invalidante.

Actualmente, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) empleada a nivel terapéutico se ha convertido en el método de ventilación más usado en neonatos, puesto que la dificultad respiratoria constituye la causa más común de muerte entre la población neonatal. Además, se trata de un soporte ventilatorio económico, con múltiples beneficios, compuesto por diferentes modalidades e interfaces que se adaptan a las necesidades del paciente, mejorando su respiración espontánea y la apertura de los alveolos.

No obstante, la utilización prolongada y de forma incorrecta se asocia a la aparición de lesiones en la piel y en las membranas mucosas de las fosas nasales. Por ello, son los profesionales de enfermería quienes deben desarrollar una serie de medidas destinadas a la protección de la piel expuesta a la presión, cizalla y fricción, tales como el uso de ciertos apósitos, sin embargo, en la actualidad, la aplicación de un apósito u otro no se basa en criterios definidos según diversos estudios de investigación. La elección de uno u otro depende de las recomendaciones de expertos y las pruebas de algunos estudios.

## TRATAMIENTO

UPP grado 1: La piel no tiene ruptura de la continuidad, pero esta enrojecida y no blanquea al aplicar presión.

- Priorizar la necesidad de aliviar la presión de una zona que, a pesar de la lesión.
- Utilizar ácidos grasos esenciales (AGE) cada 8 horas. En neonatos prematuros se utilizará cuando hayan cumplido de 2 a 3 semanas de vida extrauterina aplicando un apósito de espuma de poliuretano (de baja adhesividad) cuando la presión siga siendo mantenida.
- Mantener la piel limpia y seca, con un pH equilibrado, no usar agua caliente para bañarse.
- Humectar la piel con ungüentos, cremas y pomadas.
- Colocar un vendaje protector si procede.
- Fomentar la movilidad según la tolerancia.
- Evaluar la ingesta nutricional.

UPP grado 2: Hay una pérdida del espesor de la piel con la dermis expuesta o puede ser visible una ampolla llena de suero.

- Valorar el grado de exudado, signos de infección, de la localización, de su tamaño, su profundidad y del dolor, se elegirá un tipo de cura u otra.
- Proteger la piel frágil de contacto con adhesivos y sustancias irritantes los apósitos deben ser recortados para que superen la zona lesionada por lo menos de 1 a 2 cm.
- Colocar un vendaje para mantener la herida húmeda y fomentar la curación.
- Reevaluar el estado nutricional.

UPP grado 3: hay pérdida de todo el espesor de la piel, puede haber socavación o túneles del tejido subcutáneo, además que la grasa subcutánea se encuentre visible.

- Retirar completamente la presión de la zona
- Absorber la supuración
- Eliminar el tejido muerto (desbridamiento) utilizar métodos como el **desbridamiento autolítico**, frente al resto el desbridamiento enzimático debe usar un producto homologado para pediatría.
- El resto de desbridamientos deben ser usados con precaución, con vigilancia estrecha y por profesionales capacitados mediante formación y experiencia clínica.
- Rellenar la cavidad de la lesión con un apósito adecuado
- Optimizar la ingesta de proteínas y calorías totales según la consulta nutricional.

UPP grado 4: Hay pérdida de todo el espesor de la piel puede haber tejido muerto con bordes enrollados, socavación y tunelización del tejido subcutáneo, además el hueso, tendón y musculo se encuentran expuestos.

- Reducir la supuración y eliminar el tejido muerto.
- Tratar la infección con antibióticos sistémicos y reducir la carga bacteriana en la lesión.
- Establecer un entorno favorable para fomentar el crecimiento del tejido nuevo.
- Determinar si se requiere o no cirugía.
- Determinar la afectación del musculo, tendón o hueso.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOS:**

- Examinar el estado de la piel al menos una vez durante un turno.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados dos veces al día en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP, especialmente en la zona occipital en niños pequeños.
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.
- En caso de exceso de humedad por incontinencia, transpiración o drenajes de heridas: valorar y tratar los diferentes procesos de humedad; cambiar con frecuencia el pañal del niño y utilizar productos barrera que no contengan alcohol y que protegen contra exudados y adhesivos.
- Manejo de la presión a través de la movilización, los cambios posturales, la utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.
- Las intervenciones de enfermería deben complementarse con el uso adecuado de materiales como apósitos para reducir localmente la presión y evitar la fricción y fuerzas tangenciales, como pueden ser cojines, almohadas, protectores locales, colchones, etc.
- Limpieza del tubo por turno, y verificar que el neonato no presente úlceras.
- El descanso regular de las zonas de mayor presión/fricción.
- La vigilancia constante de las zonas de más riesgo y la ayuda de los apósitos de prevención.