

Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Zumpango

Licenciatura en Enfermería

TEMA: Ulceras por presión

PRESENTA:

M.C.E. Areli Mimbrera Maturano

Abril 2017



>>UPP<<
(ULCERAS POR
PRESIÓN)



UNIDAD DE APRENDIZAJE: Clínica de Enfermería del Adulto

UNIDAD: 6

Objetivo:

Realizar intervenciones en pacientes con lesiones del aparato musculo-esquelético, a través de la aplicación de procedimientos adecuados, para favorecer la salud.

Contenido:

6.8 Úlceras por presión

INTRODUCCIÓN

- La dimensión y el impacto que producen las UPP hace que éstas sean consideradas un problema de salud, social y económico; además de un generador del deterioro de la calidad de vida del paciente.
- Enfermería es a quién le corresponde tomar la iniciativa como máxima responsable en el abordaje integral de UPP, tanto en prevención como en tratamiento desde un punto de vista asistencial, docente, gestor y generador de conocimientos.

- ❑ Prevenir, cuidar y disminuir la incidencia de UPP es un objetivo de calidad asistencial.
- ❑ Para ello es de vital importancia motivar y formar al equipo cuidador sobre todos aquellos aspectos que hagan referencia directa o indirectamente sobre temas como higiene, movilización, medidas preventivas, incontinencia, nutrición, hidratación, patologías relacionadas, avances técnicos...

¿Qué es una úlcera por presión?

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones en la piel y partes blandas con pérdida de la continuidad de la piel que inicia un proceso de curación lento. También se conoce como escara o úlceras por decúbito

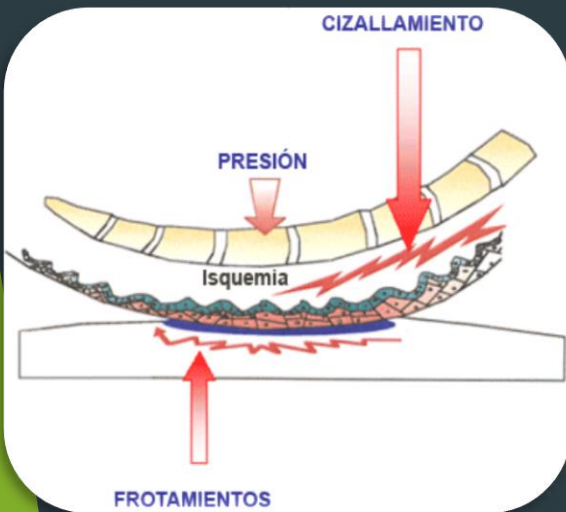


CAUSAS

Cizallamiento: fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos, lo que ocasiona una fricción que puede dar origen a lesiones en la dermis.

Presión: la presión y el tiempo necesarios para producir una isquemia varían de un paciente a otro; se considera que una presión superior a 15 y 20 mm/Hg (presión interna de los capilares y arteriolas) mantenida en un tiempo determinado puede provocar una lesión por presión.

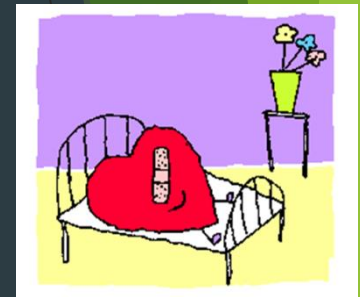
Fricción: además de por presión directa se puede producir por presiones tangenciales que actúan paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre (paciente encamados en posición de Fowler sin obstáculo que los frene).



¿Qué factores influyen en su aparición?

1. Como consecuencia de diferentes problemas de salud (fisiopatológicos):

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad..
- Trastornos del transporte de O₂: trastornos vasculares periféricos, cardiopulmonares
- Deficiencias nutricionales: delgadez, desnutrición, deshidratación, obesidad..
- Trastornos inmunológicos.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: paresias, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.



2. Derivados del tratamiento:

- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: SNG, vesical.
- Tto. o fármacos que tienen acción inmunosupresora: corticoides, citostáticos, radioterapia.
- Inmovilidad impuesta resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos y/o aparatos como escayolas, tracciones, respiradores..



3. Situacionales

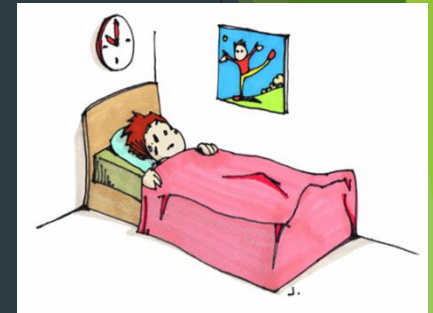
Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos..

- Inmovilidad: relacionado con dolor, fatiga, estrés..
- Arrugas en ropa de cama, pijama...



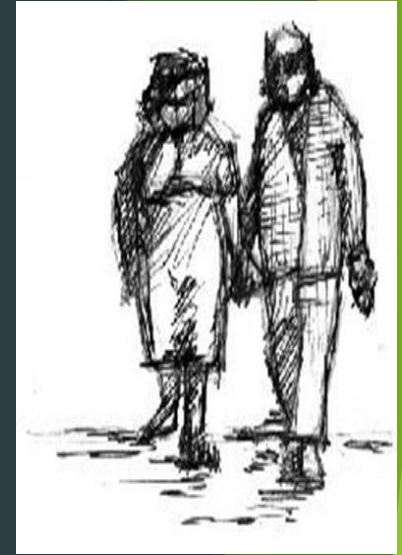
4. Del desarrollo:

- Niños lactantes: rash por el pañal.
- Ancianos: piel seca, pérdida de elasticidad de la piel.



5. Del entorno:

- Falta de educación sanitaria en los pacientes.
- Sobrecarga de trabajo profesional
- Falta o mala utilización del material de prevención, tanto el básico como el complementario.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.



Factores de riesgo

Factores externos:

- Humedad
- Presión
- Inmovilización física
- Fricción

Factores internos:

- Prominencias óseas
- Alteración e la nutrición (delgadez, anemia, hipoproteïnemia, obesidad)
- Hidratación
- Edad

LOCALIZACIONES DE LAS UPP

- Dependiendo de la posición que adopte el paciente, varían las zonas de riesgo.
 1. Decúbito supino: occipital, omóplato, codos, sacro, talones, isquion.

Decúbito Supino



TALONES

SACRO

CODOS

OMÓPLATO

CABEZA

2. Decúbito lateral: Trocánter, orejas, costillas, cóndilos, maléolos.



PIES

CÓNDILOS

TROCÁNTER

COSTILLAS

ACROMION

OREJAS

3. Decúbito prono: dedos pies, rodillas, órganos genitales masculinos, mamas (♀), acromion, mejillas y orejas.



DEDOS PIES

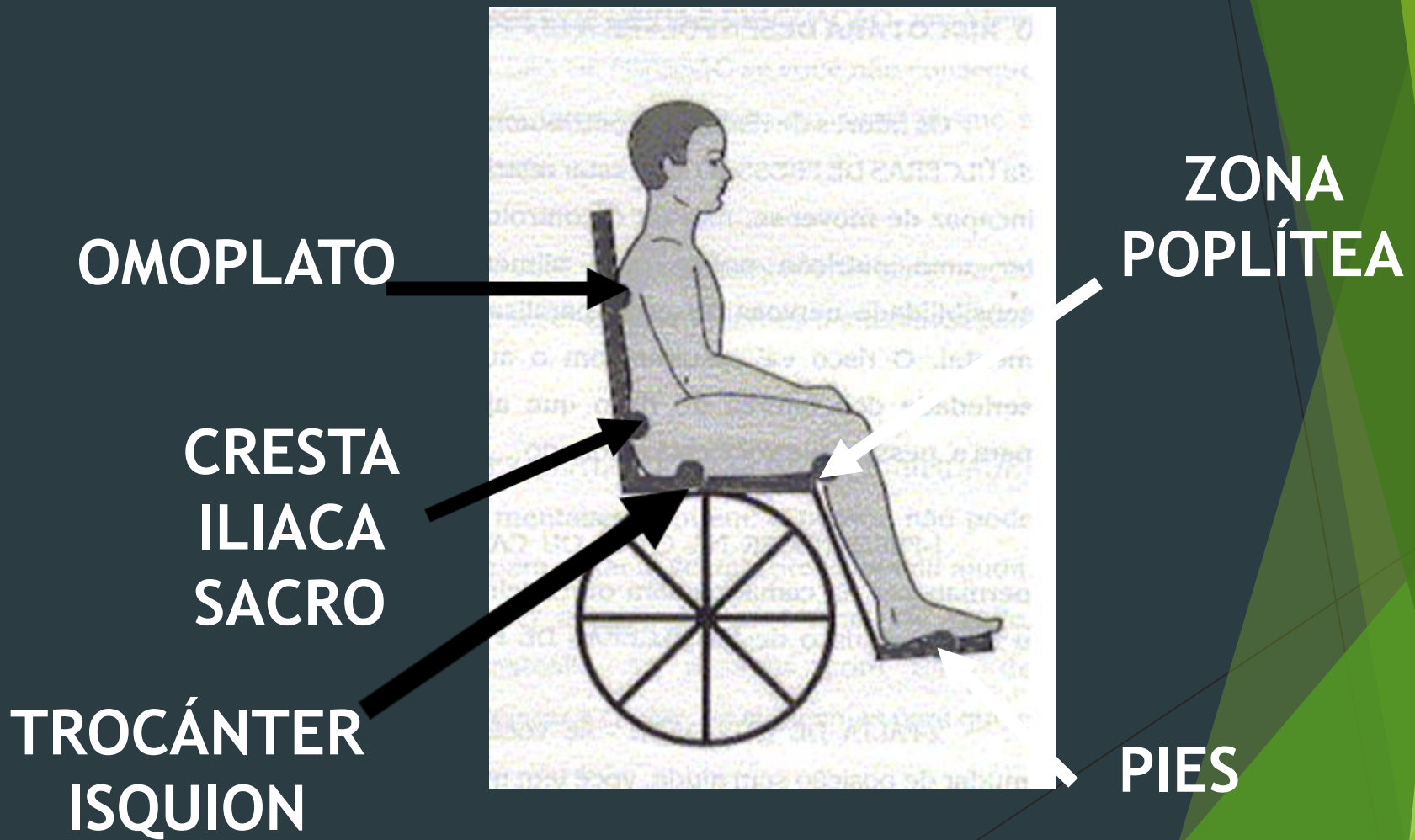
RODILLAS

GENITALES (♂)

MAMAS (♀)

MEJILLAS

4. Persona en silla/silla de ruedas



Clasificación

Según la etapa en la que se encuentre la úlcera

Etapa	Descripción
Etapa I	Eritema cutáneo, no presenta pérdida de la continuidad de la piel.
Etapa II	Perdida de la epidermis, dermis o ambas.
Etapa III	Perdida completa de la epidermis, dermis, y daño del tejido subcutáneo que puede llegar hasta la fascia.
Etapa IV	Perdida completa del espesor de la piel con destrucción, necrosis y daño muscular, tendinoso u óseo.



ULCERAS POR PRESION GRADO I

GRADO I

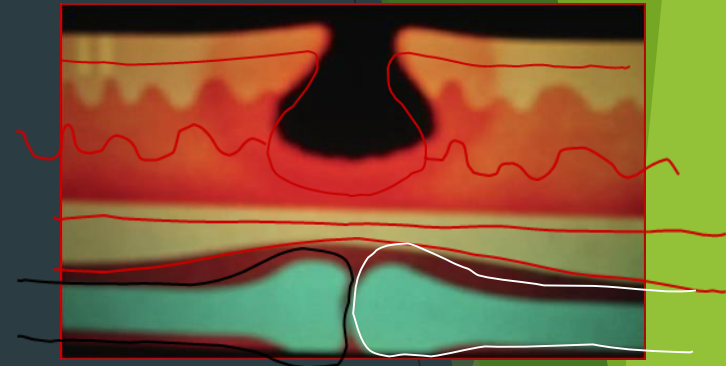
- Eritema de la piel intacta que no recupera su color después de 15 a 20 minutos de aliviar la presión.
- En individuos con piel oscura la decoloración, tibieza, edema, o endurecimiento pueden ser indicadores .



ULCERAS POR PRESION GRADO II

GRADO II

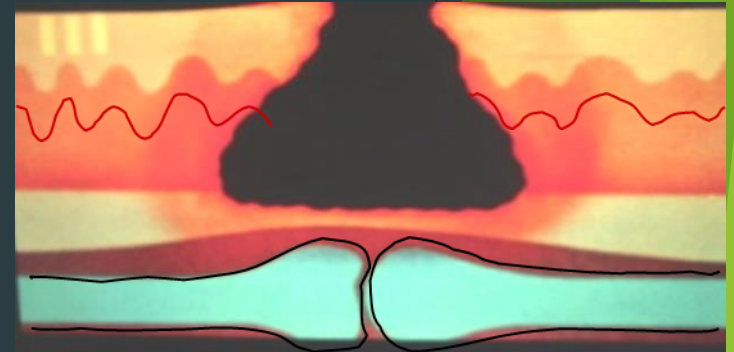
- Perdida de la piel de profundidad parcial involucra epidermis, dermis o ambas.
- Se presenta como una abrasión, ampolla o cráter pando .
- Son generalmente dolorosas.



ULCERAS POR PRESION GRADO III

GRADO III

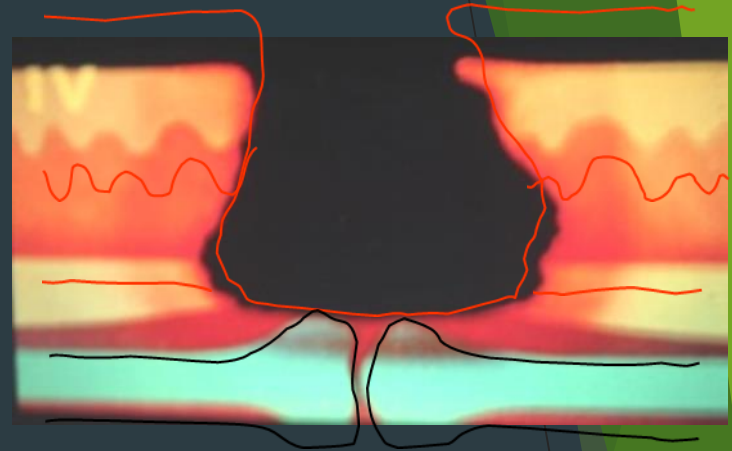
- Involucra daño o necrosis de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo.
- Se presenta como un cráter profundo con o sin erosión del tejido adyacente.
- Poco o ningún dolor.



ULCERAS POR PRESION GRADO IV

GRADO IV

- **Perdida de tejido de profundidad total con extensa destrucción, necrosis tisular o daño a músculos, huesos o estructuras de soporte, (tendones, cápsulas articulares).**
- **Erosión o tractos pueden estar asociados**



FACTORES DE RIESGO Modificables



ANALISIS DE RIESGO

Escala de Norton

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

- De 5 a 9 → riesgo muy alto
- De 10 a 12 → riesgo alto
- De 13 a 14 → riesgo medio
- Mayor de 14 → riesgo mínimo/ no riesgo

Escala de Braden

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente e inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

- Índice < 12 → Riesgo alto
- Índice 13-15 → Riesgo medio
- Índice 16-18 → Riesgo bajo
- Índice > 19 → Sin riesgo

Valoración

- Antes de iniciar un tratamiento es primordial identificar y describir las características de la lesión
- Estado según su clasificación
- Localización
- Aspecto (Exudado, granulación, necrosis, tejido. Esfacelado, infección)
- Tamaño
- Forma
- Profundidad
- Signos de infección

Tratamiento

El tratamiento consta de:

1°. Desbridamiento del tejido necrótico.

2°. Limpieza de la herida.

3°. Descripción del estado de las lesiones.

4°. Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

5°. Prevención y abordaje de la infección bacteriana

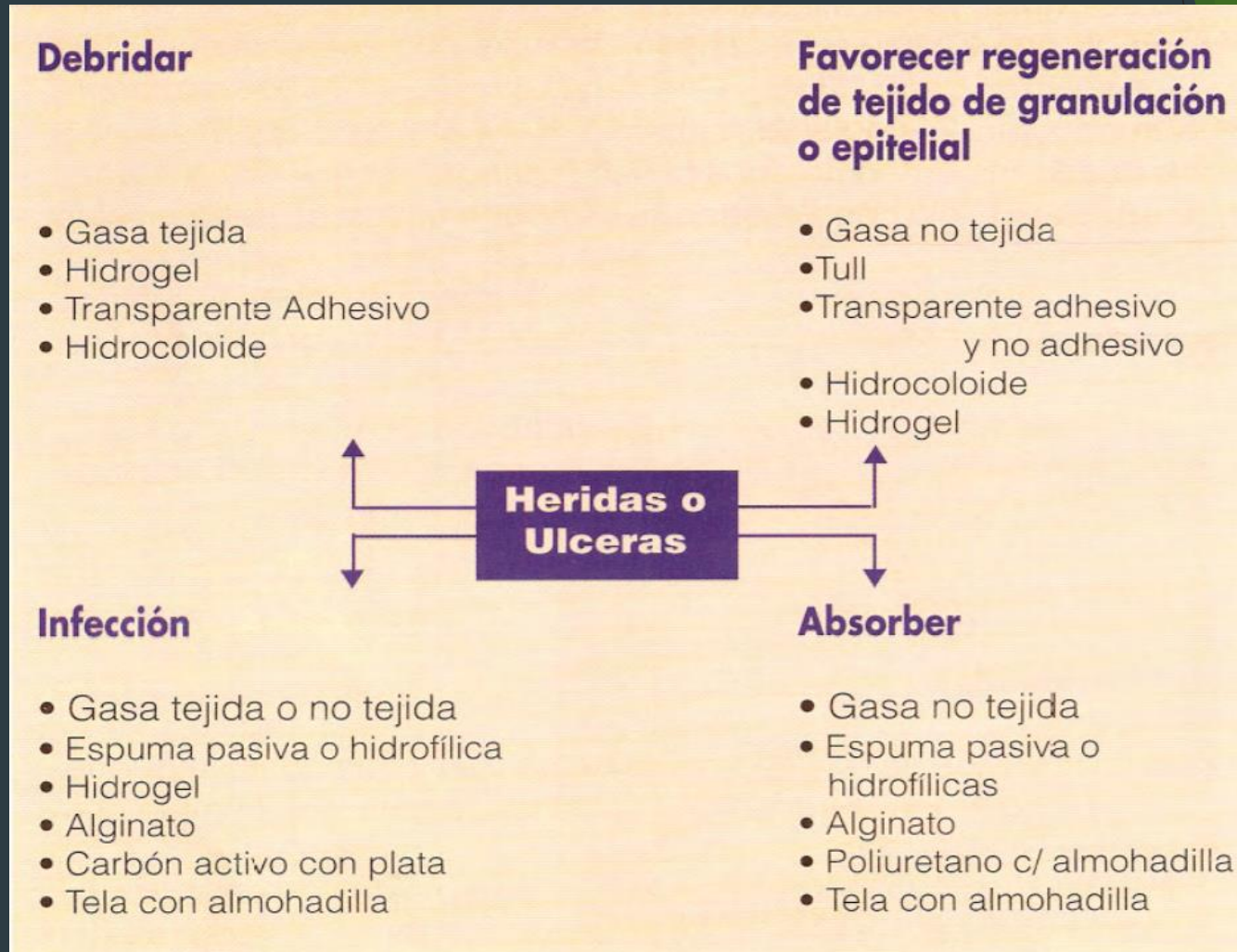
Tratamiento úlcera grado II, III y IV

- Requiere de manejo preventivo y aseo de la zona lesionada con técnica estéril
- Limpieza con suero fisiológico aplicando la mínima fuerza mecánica con una presión de lavado efectiva para evitar traumatismo en la herida (arrastre mecánico)
- Desbridar con instrumental de cirugía si es posible para quitar el tejido desvitalizado
- Limpiar nuevamente con suero fisiológico con arrastre mecánico
- Para evitar que en la lesión se formen abscesos o se "cierre en falso" será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

Para un apósito adecuado tener en cuenta:

- Localización de la lesión.
- Gravedad de la lesión.
- Cantidad de exudado.
- Existencia de cavidades o tunelizaciones.
- Signos de infección.
- Estado de la piel circundante.
- Estado general del paciente.
- Disponibilidad de recursos.
- Relación costo-efectividad.
- Nivel asistencial.
- Propiedades del apósito: absorber el exudado, favorecer el desbridamiento, combatir la infección y combatir el dolor)

Indicación de apósito o cobertura según objetivo



Los principales apósitos de los que disponemos para realizar la cura húmeda son:

Hidrogeles: (Comfeel, Askina biofilm...)

Características: crea un medio ligeramente ácido y carácter bacteriostático.

Presentación: en placas, en gránulos, polvo, gel

Indicaciones: úlceras grado I, II o III sin signos de infección desbridante autolítico, pero en general para la granulación y epitelización.

Contraindicación: evitar uso de éter y antisépticos agresivos.



Alginatos: (Sorbsan..)

Características: absorben el exudado y favorecen la cicatrización.

Presentación: en forma de fibras y cintas para cavidades.

Indicaciones: úlceras muy exudativas, lesiones cavitadas y con trayectos fistulosos.

Contraindicaciones: lesiones secas, ya que se adhieren y producen irritación.



Apósitos Plata: (Actisorb plus, Aquacel Ag, Biatain..)

- Características: Actúa como agente antibacteriano (gram + y -, hongos..)
- Presentación: en forma de placas.
- Indicaciones: heridas infectadas, contaminadas, malolientes..



Apósitos-Carbón: (Actisorb, Askina Carbosorb..)

- Características: favorecen la cicatrización, capacidad de eliminación del dolor.
- Presentación: en forma de apósitos.
- Indicaciones: heridas muy exudativas, infectadas y malolientes, precisan de segundo apósito.



Poliuretanos: (Mepilex, Tielle, Biat ain..)

- Características: estimula la regeneración tisular y acelera la curación. Flexibles y lavables.
- Indicaciones: en prevención y úlceras grado I.



Infección de úlcera

Síntomas de infección de la úlcera:

- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor)
- Dolor
- Olor
- Exudado purulento

¿Qué hacer?

- Se debe intensificar la limpieza y el desbridamiento
- Toma de cultivo bacterianos en tejido de granulación
- Uso de ATB según indicación médica

Cicatrización de la úlcera

Depende del grado de profundidad de la úlcera, del estado general de salud del paciente y del tipo de cuidados que se le dedica.

ESTADO DE ÚLCERA	CURACIÓN
Estado I	En días
Estado II	En semanas
Estado III	En meses
Estado IV	En meses o años

Prevención

Tiene como objetivo:

- Identificar a pacientes que estén con riesgo de desarrollar úlceras por presión (observación y aplicación de escalas de riesgo por UPP)
- Mantener integridad de la piel.
- Mantener al paciente en óptimas condiciones para su posterior recuperación.
- Proporcionar educación al paciente y/o familia sobre el cuidado de las UPP

Reducir la presión en los puntos de riesgo:

- Se realizan cambios de posiciones con el fin de favorecer la circulación del paciente cada 2 o 3 horas.
- Es necesario valorar todas las zonas de riesgo y protegerla con productos especiales, ya sea apósitos, esponjas, cojines, almohadas, colchones anti escara que redistribuyen el peso por toda la superficie corporal para disminuir la presión en los puntos de apoyo.

Cuidados de la piel

- Se valora la piel todos los días
- Mantenerse limpia, seca e hidratada. Se puede lubricar con vaselina o alguna crema hipo alérgica realizando masajes aprox. por 15 min.
- La cama debe estar limpia, seca y libre de objetos o arrugas que puedan lesionar la piel del enfermo.

Nutrición adecuada

- La dieta debe ser equilibrada, rica en proteínas, vitaminas y minerales.
- Hidratar para evitar que la piel se seque, formando excesivos pliegues, por lo tanto, se debe administrar frecuentemente líquidos. (una persona desnutrida, con alteraciones metabólicas u obesidad se ve disminuida la cicatrización)

BIBLIOGRAFÍAS

Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. 2003.[en línea]. Disponible en: <http://www.saludmultimedia.net>

Jose Felix. “Prevención y tratamiento de úlceras y escaras”; España, Editorial Vertice; 2008.

Francisco Xavier Santos, Rosario Rodriguez. “Generalidades médico-quirúrgico”; Tema 7 Úlceras por presión. Editorial Tebar.

Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión presión. [en línea]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>