

ESCUELA DE ENFERMERÍA HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE: 8722



Tesis:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA TRATAR Y PREVENIR LAS
ULCERAS POR PRESIÓN

Para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Alumna:

ANA ISABEL CHÁVEZ HERNÁNDEZ

Asesora de tesis:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a ti Dios por bendecirme tanto, por darme la oportunidad de estudiar de cumplir este sueño, aunque el camino fue difícil esto hizo que lo aprovechara al máximo.

A mis padres por su amor, por creer en mí, por su apoyo incondicional, por no cansarse y darme las fuerzas para seguir luchando en los momentos que sentí desfallecer.

A mis hermanos por su apoyo y motivación para alcanzar mis metas.

ANA ISABEL CHAVEZ HERNANDEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios, dador de mis capacidades.

A mis padres y hermanos quienes me impulsaron con su cariño y apoyo incondicional.

A mí misma, por el deseo de superarme.

INDICE

| | |
|---|----|
| CONTENIDO | |
| INTRODUCCION..... | 5 |
| 1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE LA TESIS | 7 |
| 1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA..... | 7 |
| 1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA..... | 8 |
| 1.3 JUSTIFICACION..... | 8 |
| 1.4 UBICACIÓN DEL TEMA | 8 |
| 1.5 OBJETIVO GENERAL | 9 |
| 1.6 OBJETIVO ESPECIFICO..... | 10 |
| 2.1 HISTORIA..... | 11 |
| 2.1.1 MARCO CONCEPTUAL..... | 15 |
| 2.1.2 GENERALIDADES DE LA PIEL | 15 |
| 2.2 DEFINICION DE ULCERA POR PRESION | 19 |
| 2.2.1 ETIOLOGIA | 20 |
| 2.2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS..... | 20 |
| 2.3.1 VALORACION DEL RIESGO | 24 |
| 2.3.2 ESCALA DE NORTON..... | 26 |
| 2.3.3 CLASIFICACION DEL RIESGO..... | 26 |
| 2.3.4 ESCALA DE BRANDEN PARA LA VALORACION DEL RIESGO | 27 |
| 2.4 PREVENCION DE LAS UPP | 34 |
| 2.4.1 MOVILIDAD..... | 34 |
| 2.4.1.1 DECÚBITO SUPINO: | 35 |
| 2.4.1.2 DECÚBITO LATERAL:..... | 35 |
| 2.4.1.3 DECÚBITO PRONO:..... | 35 |
| 2.4.1.4 POSICIÓN SENTADO:..... | 36 |
| 2.4.2 HIGIENE | 32 |
| 2.4.3 INCONTINENCIA | 32 |
| 2.4.4 NUTRICION..... | 33 |
| 2.4.5 IATROGENIA..... | 33 |
| 2.4.6 PROTECCION DE ZONAS DE RIESGO | 34 |

| | |
|---|----|
| 2.5 CUIDADOS GENERALES | 34 |
| 2.5.1 TIPOS DE COLCHÓN ANTIESCARAS: | 35 |
| 2.6.1 CONTROL DE LA INFECCIÓN..... | 39 |
| 2.7 TRATAMIENTO DE LAS UPP | 40 |
| 2.8 PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA INFECCIÓN | 47 |
| 2.8.1 CURACIONES DE LAS ESCARAS POR PRESIÓN..... | 49 |
| 2.8.2 ABORDAJE PSICOLÓGICO | 50 |
| 2.9 OTROS MÉTODOS | 52 |
| 2.9.1 ELECCIÓN DEL PRODUCTO PARA EL TRATAMIENTO | 55 |
| 2.9.3 EVOLUCIÓN DE LA ULCERA | 58 |
| 2.10 RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO LOCAL DE LAS UPP..... | 59 |
| 3. METODOLOGÍA DISEÑO..... | 63 |
| 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 64 |
| 4.1 CONCLUSIÓN..... | 64 |
| 4.2 RECOMENDACIONES..... | 65 |
| 5. GLOSARIO | 67 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA..... | 70 |

INTRODUCCION

En la actualidad han existido varios problemas de úlceras por presión en hospitales de México.

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de enfermería.

Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo para permitir objetivar la práctica asistencial. La problemática de estas lesiones debe ser abordada desde un enfoque,interdisciplinar para una mejor atención al paciente.

Los resultados de los cuidados pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión. Las estudios de incidencia y prevalencia deben ser realizadas periódicamente, la idealidad pasaría por monitorizarlos e integrarlos dentro de una política local sobre úlceras por presión. Como un instrumento para evaluar la evolución de estas heridas puede utilizarse el índice de severidad.

Pueden utilizarse otras variables descriptoras al tiempo de evaluar el proceso como la escala de Norton. Referidas a la lesión (estadiaje, número de lesiones, antigüedad, volumen, procedencia etc.) o referidas al paciente (edad, sexo, escala de valoración de riesgo de úlceras por presión etc.) entre otras.

Por esto la prevención de las upp se convierten en un tema de interés para los profesionales, pues se ha convertido en uno de los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería, por que

determina efectividad del cuidado de la piel dado por el profesional que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud.

El paciente y su seguridad se convierten en una gran prioridad para las instituciones de la salud.

En esta investigación se abordaran los diferentes tipos de úlceras, su grado de clasificación, su tratamiento de cada una y sus debidos cuidados que tiene que brindarla enfermera para tratarla y prevenirla.

Su propósito de esta investigación es brindar los conocimientos necesarios para que la enfermera brinde calidad de atención hacia el cuidado del paciente hospitalizado.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE LA TESIS

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA

La presente tesis surge a raíz que la mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción

Las cuales causan daño al paciente y empeoran su salud ocasionando problemas económicos.

De ahí la necesidad de hacer un planteamiento adecuado para que la enfermera brinde cuidados necesarios para que el usuario mantenga un cuidado de calidad que debiera, ya que las heridas crónicas siguen siendo en la actualidad un problema prevalente y de especial atención en salud que afecta a pacientes en todos los niveles asistenciales y de todas las clases sociales;

En ese orden de ideas requiere un compromiso de todos los profesionales de salud respecto a la prevención y atención de las mismas hasta el punto final de la cicatrización, por lo que los profesionales sanitarios, debemos potenciar avances y conocimientos que permitan un cambio radical en la atención a estas lesiones por medio del compromiso vinculante de todos y cada uno los profesionales de la salud, respecto al tema a tratar.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Cuáles son las acciones de enfermería para prevenir y tratar ulcera por presión en pacientes hospitalizados?

1.3 JUSTIFICACION

La elaboración de la presente tesis se justifica:

- En primer lugar por su frecuencia: la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión (U.P.P.) es muy elevada.
- Por la dificultad y a veces desconocimiento de su manejo.
- Por la elevada repercusión de las U.P.P., el 10% de los pacientes hospitalizados presentan este tipo de úlceras.
- Por el deterioro en el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes que presentan U.P.P.

Además los pacientes sufren niveles socioeconómicos.

Con este estudio se pretende dar a conocer al personal del sector salud, para el mejor manejo del paciente en las diferentes instituciones de hospitalización.

Con el fin de contribuir mejor calidad de vida, la calidad del cuidado por parte del personal de enfermería y generando menos costos a las instituciones de salud por las complicaciones de los pacientes.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

El presente tesis se encuentra ubicado por el personal de enfermería y por cirugía.

En enfermería porque es la responsable de brindar los cuidados necesarios para que la ulcera con el fin de que no se expanda y avance a mas grados, si es que el paciente ya la padezca y dar a conocer diversos tipos de escalas, para prevenir a quienes no contraiga ulceras, brindarle constante movimiento, manteniendo la piel hidratada y aseada.

Por parte de cirugía para arreglar las correcciones de la ulcera o brindar lavado quirúrgico para evitar que la ulcera se infecte.

1.5 OBJETIVO GENERAL

La presente tesis dará a conocer cuidados de ulcera por presión para mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo, con el fin de no dañar a paciente, y no causar un gasto extra durante la hospitalización.

Además brindar información a la sociedad encaminada a la prevención y manejo óptimo de los pacientes con U.P.P.

Mejorando la calidad de los cuidados y la calidad de vida de los pacientes.

1.6 OBJETIVO ESPECIFICO

1. Identificar a la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
2. Conocer cómo mantener el buen estado de la piel, eliminando o disminuyendo la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.
3. Identificar parámetros unificados sobre la evolución de la lesión, para devolver a la piel su integridad.

2. MARCO TEORICO

2.1 HISTORIA

El cuidado de las heridas es un tema tan antiguo como la historia del hombre (Calderón W, 2001). A modo de ejemplo, el hombre de Neandertal, en Irak, hace 60.000 años A.C. usó hierbas contra las quemaduras y las atendía y cuidaba hasta que cerraban.

En el papiro de Smith (Hace más de 5000 años) el Asu o sanador egipcio, aplicaba curaciones compuestas por grasa animal, miel y fibras de algodón; sin saberlo estaba aplicando una curación no adherente, antibacteriana, osmótica, enzimática y finalmente absorbente de exudado, llevando a la herida a la cicatrización (Ladin D, 1998).

Por otro lado Hipócrates trataba las heridas con vino, cera de abejas, roble sagrado, aceite, miel o azúcar, escuela que incluso aún en nuestros días se mantiene, pero no valoraba en ningún momento el proceso que llevaba la herida hasta alcanzar la cicatrización como tal, solo importaba que la herida cerrara sin tener muy presente el proceso en sí, ni cómo se llevara a cabo (Camacho F & Sánchez - Muros J, 1992).

También se sabe que en la India, en tiempos de Ayurveda, existían casos en los cuales los bordes de la lesión eran aproximados por medio de la mordedura de grandes hormigas.

A las cuales se les seccionaba el cuerpo y se utilizaba la cabeza de las mismas como un apósito biológico (a modo de las actuales grapas), se sabe también que se utilizó algodón, cuero, crin de caballo y tendones (Nontejo N, Varela L, & Hernández A, 1990).

En América, los mayas utilizaban para la cicatrización de las heridas un producto obtenido de un hongo que crecía en el maíz, el cual puede ser considerado como un antibiótico natural, precursor de la penicilina (Nontejo N, et al., 1990).

Ya en la edad media, *Rogelio de Salerno* en su libro *Practica Chirurgica* (1180), empieza a mencionar la importancia de la cicatrización, sobre todo en heridas en cara, nariz o labios, tratando de afrontar los bordes de la herida de manera que no quedara cicatriz alguna.

Dado que en el proceso de curación que lleva la herida a la cicatrización se han aplicado desde hace tanto tiempo dogmas, así como ideas fatalistas e incluso rituales respecto del material a usar y de su aplicación, —los impresionismos y la transmisión de la experiencia personal, autodidacta, no basada en la evidencia o simplemente la estandarización de la curación universal, hace que no exista una curación universal para todas las heridas.

Dos ejemplos de lo anterior, son los siguientes: En primer lugar el cirujano francés Ambroise Paré (1517-1590), padre de la cirugía moderna, publicó en 1585 *“L’apologie et le Traité”* (Paré A, 1585), donde escribe: —Je traite les blessures, Dieu celles saine (Yo trato las heridas, Dios las sana).

Paré introdujo dos grandes conceptos en el cuidado de las curaciones: primero que son propias de los profesionales sanitarios y, segundo, dogmatiza el hecho de que no está las manos del profesional sanitario curar, por lo tanto hiciera sé lo que fuera, ella curaría sólo por intervención divina.

En segundo lugar en la formación de pre y posgrado de los profesionales sanitarios durante la década de los noventa y aún en algunos centros de la actualidad, se enseñaba como materia obligada por las escuelas de medicina el manejo de heridas.

En ella, se transmitía la utilidad y bondades de la —preparación de las heridasll, mediante los cambios de pH y/u osmolaridad, que hoy se reconocen como una aberración (Ramírez AR & Dagnino BU, 2006).

Sin embargo, otros autores (Bennet GCJ, 1992; Patel NP et al., 2008; Werdin F, Tennenhaus M, Schaller HE, & Rennekampff HO, 2009) indican que la formación en heridas es escasa y en la mayoría de casos no llega a 10 horas de enseñanza durante todo el tiempo de estudio, lo que demuestra que no se les ha dado la importancia que tienen y por ello no hemos avanzado en el conocimiento.

Poco después llega la época del Romanticismo (1800-1848), cuando se tenían como reglas de oro en la curación y cicatrización de las heridas: el drenaje, el lavado con algún líquido y la colocación de material en la superficie de la lesión para provocar supuración y favorecer el cierre y la cicatrización.

En el año 1962 (Winter G & Scales J, 1963) se determinó que mantener las heridas en ambiente húmedo curaba mejor que aquellas que se dejaban expuestas al aire. La humedad es mantenida ocluyendo y manteniendo los propios fluidos de la herida *in situ*, impidiendo la deshidratación y la desecación de la misma con una interface entre la herida y el ambiente.

A partir del año 2000 comienza una tendencia mundial destinada al conocimiento de la fisiopatología e inmunología involucrada en los eventos celulares y humorales de las heridas, momento en el que surge el concepto de manejo avanzado de las heridas (Ramírez AR & Dagnino BU, 2006).

A pesar de lo anterior, el desconocimiento general del proceso de cicatrización a través del tiempo, ha hecho que este proceso se observe por los profesionales sanitarios como poco científico, incordiante y que pertenece sólo a una rama específica del conocimiento.

Sumado a esto, las heridas crónicas (HC) en la mayoría de ocasiones se asumen como situaciones —normales e irremediablesll en determinados momentos de la vida (Pendás R & Villa Estébanez R, 2002), calificativos que en definitiva han favorecido un estado de aletargamiento en el desarrollo de estudios e investigaciones en este campo.

Con el paso del tiempo esta visión ha ido cambiando, pero no con la celeridad que debiera, ya que las heridas crónicas siguen siendo en la actualidad un problema prevalente y de especial atención en salud (Matinéz F & Soldevilla J, 1999), que afecta a pacientes en todos los niveles asistenciales y de todas las clases sociales.

En ese orden de ideas requiere un compromiso de todos los profesionales de salud respecto a la prevención y atención de las mismas hasta el punto final de la cicatrización, por lo que los profesionales sanitarios, debemos potenciar avances y conocimientos que permitan un cambio radical en la atención a estas lesiones por medio del compromiso vinculante de todos y cada uno los profesionales de la salud, respecto al tema a tratar.

2.1.1 MARCO CONCEPTUAL

Es importante conocer que órgano es el que afecta principalmente las úlceras por presión, se revisa a continuación la estructura y fisiología de la piel para comprender mejor la alteración en su integridad cuando se desarrolla una úlcera por presión.

2.1.2 GENERALIDADES DE LA PIEL

La piel es el órgano más extensa del cuerpo humano, formado por distintos tipos de tejidos unidos entre sí con una finalidad específica.

Su grosor es entre 0.5 y 4 mm, según su localización es más gruesa en las palmas de las manos y de los pies.

La piel cumple dos funciones principales en el organismo: la primera sirve de barrera entre el medio interno y el externo, la segunda protege al organismo de agentes agresores ya sea físicos, químicos o biológicos.

Existen sin embargo otras funciones importantes, entre ellas, la regulación de la temperatura corporal, función somato sensitiva y síntesis de vitamina D.

En cuanto a la anatomía, la piel consta de 3 capas principales:

EPIDERMIS

Es la capa más superficial de la piel.

Se trata de un epitelio escamoso estratificado que contiene cuatro tipos de células: queratinocitos, melanocitos, células de merkel y la célula de Langerhans.

Dentro de la epidermis se encuentra una serie de capas o estratos que permiten diferenciarla. Así, se aprecian:

°Estrato corneo: es el más externo. Está formado por entre 25 y 30 hieleras de células planas y muertas, ocupadas por queratina.

°Estrato lucido: solo está presente en las zonas de la piel gruesa.

°Estrato granuloso: está formado por varias hieleras de células en fase de degeneración. Contiene precursores de la queratina.

°Estrato espinoso: está constituido por varias hieleras de células poliédricas unidas por espinas.

° Estrato basal:es el más profundo. Está configurado por una sola capa de células cubicas, con capacidad de dividirse y formar los queratinocitos y los melanocitos.

DERMIS

Es la capa de tejido conectivo que separa la epidermis de la capa de grasa subcutánea. Sirve de sostén de la epidermis. Tiene dos capas: papilar y reticular, compuesta a su vez por células, fibras, nervios, vasos sanguíneos.

° **papilar** en estrecho contacto con la epidermis, que suele ser regular, con tejido conjuntivo laxo.

°**reticular**,en contacto con la hipoderdermis, formada por tejido conjuntivo denso con haces de fibras colágenas en todas direcciones, pero fundamentalmente paralelas a la superficie corporal, y con fibras elásticas situadas entre los haces colágenos y en torno a los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.

Diversas capas se extienden también de la red de los vasos sanguíneos que nutre la piel y las terminaciones nerviosas que permiten captar los estímulos exteriores: calor, frio, tacto y dolor.

Tiene funciones importantes:

° Intercambio de metabólicos entre la sangre y el tejido.

° protección contra la infección

° Reparación de lesiones.

° Inhibición de las mitosis epidérmicas, evitando los carcinomas.

HIPODERMIS

Es la capa de tejido subcutáneo en sí, formada por adipocitos, que producen y almacenan a su vez grasa. Su función principal es la reserva de energía.

2.2 DEFINICION DE ULCERA POR PRESION

Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos.

Las úlceras por presión (llamadas también úlceras por decúbito) se desarrollan debido a que el factor de riesgo principal es la presión superior o constante de 32 mm de Hg.

Durante un periodo mayor de 2 horas sobre un tejido sano y blando contra un objeto duro, generalmente prominencia, óseas. (Palomar, 2001)

La presión hidrostática capilar normal es de 32 mm de Hg. toda vez que se supera esta cifra mantenida sobre la piel y tejidos blandos producen un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos y linfáticos que conduce a una autólisis y acumulo de residuos tóxicos metabólicos producen isquemia local que conduce a una necrosis en el tejido graso, fibroso.

(Brunner Sudarth, 1994)

2.2.1 ETIOLOGIA

La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción.

1.- Factores permanentes:

- Edad
- Capacidad física mermada (inmovilidad, parálisis, estado de coma...).

2.- Factores variables o patológicos: 0

- Factores fisiopatológicos: Una presión prolongada sobre el tejido o irritación

Química, la fricción o la deficiencia de oxígeno causa destrucción progresiva de la piel y el tejido subyacente.

2.2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Disminución del nivel de conciencia,
- Inmovilidad y parálisis,
- Incontinencia,

- Alteraciones en la nutrición, como estados deficitarios de proteínas, de vitamina C, de oligoelementos como el hierro, cobre y el zinc, que producen una demora en la epitelización y retracción de la herida

- así como la obesidad

-Y la caquexia.

- Enfermedades: Accidente vascular cerebral, diabetes mellitus, síndrome de Guillan-Barré, esclerosis múltiple, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural.

- Lesiones: Fractura ósea, fractura y compresión de la médula espinal.

- Factores derivados de los cuidados de salud:

- tratamiento médico:

- sedantes, pues interfieren en la movilidad,

- corticoides, que pueden actuar sobre los tejidos disminuyendo la Resistencia e inhibiendo por tanto la cicatrización.

- citostáticos, debido al riesgo de necrosis asociado a la quimioterapia Endovenosa.

- uso de sondajes, sistemas para fisioterapia, fijaciones, férulas,

- reposo prolongado en cama con ausencia o defecto de cambios posturales.

- exceso o defecto de higiene o uso de jabones inadecuados, alcoholes y/o antisépticos que alteran la flora de la piel.

Los factores de riesgo están directamente relacionados a los factores protectores en una relación inversamente proporcional y deben ser en forma diferenciada.

Podemos encontrar tres clases de factores como lo son:

LAS FUERZAS DE PRESION, se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.

LAS FUERZAS DE FRICCION, se generan cuando la superficie roce con otra, dañando la unión dermo-epidérmica.

· **LAS FUERZAS DE TRACCION**, lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantiene fijas.

LOCALIZACION

Según sean las posiciones que el paciente mantenga durante un tiempo no superior a dos horas, las zonas más susceptibles de desarrollar U.P.P. son el sacro, los glúteos, los talones, el pliegue inter-glúteo, el trocánter y los maléolos.

PREVALENCIA

La prevalencia de U.P.P. en la población hospitalaria muestra una amplia variabilidad, entre el 3,1% y el 29,5%.

La prevalencia de U.P.P. en pacientes hospitalizados según el Primer Estudio Nacional de Prevalencia es de 7-10%.

Dentro de la población hospitalaria existen diversos grupos que mantienen un riesgo aún mayor, como los pacientes ancianos con una fractura de fémur con una incidencia del 66%, los pacientes tetraplégicos con una prevalencia del 60% y los pacientes críticos con una incidencia variable entre el 6-33% y una prevalencia del 41%.

(haroldveramarin, nov30,2009)

2.3 CLASIFICACION

Clasificación - estadiaje de las úlceras por presión.

- **ESTADIO I.** Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor)

- **ESTADIO II.** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

- **ESTADIO III.** 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 IV.** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En estadio como en el estadio III, puede presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

(GNEAUPP, 2003)

2.3.1 VALORACION DEL RIESGO

La valoración inicial del estado de la piel debería tener en cuenta:

1. Identificación del estado de la piel, sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración. Sensación de picor o dolor.

2. Prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio). Para identificar precozmente lesiones y asociar intervenciones preventivas en todos los grupos de riesgo.

La utilización de la escala de Norton predice cuales son los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar

U.P.P.: inmovilización, mala nutrición, incontinencia fecal y urinaria y disminución del grado de conciencia.

LONGITUD POR ANCHURA: medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros. Multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en centímetros cuadrados.

Heridas cavitadas: no preocuparse, utilizar una regla en centímetros siempre utilizar el mismo sistema para medir la superficie (largo por ancho)

CANTIDAD DE EXUDADO:estimar la cantidad de exudado (drenaje) presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la ulcera. Estimar el exudado como ninguno, ligero, moderado o abundante.

TIPO DE TEJIDO: se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la ulcera.

Valorar si hay algún tejido necrótico presente.

2.3.2 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 comatoso | Inmóvil | encamado | Urinaria y fecal | 1 |

2.3.3 CLASIFICACION DEL RIESGO

| | |
|------------------------|------------------|
| PUNTUACION DE 5 A 9 | RIESGO MUY ALTO |
| PUNTUACION DE 10-12 | RIESGO ALTO |
| PUNTUACION DE 13 – 14 | RIESGO MEDIO |
| PUNTUACION MAYOR DE 14 | MINIMO/NO RIESGO |

La valoración se realizará al ingreso del paciente y con una revisión periódica cada 7 días después de la última, en caso de no observarse cambios relevantes:

- Cirugía mayor.
- Aparición de isquemia por cualquier causa.
- Periodos de hipotensión.
- Pérdida de movilidad de cualquier origen.
- Pérdida de sensibilidad de cualquier origen en los pacientes de alto riesgo o en los pacientes ingresados en servicios de Cuidados Críticos.

2.3.4 ESCALA DE BRANDEN PARA LA VALORACION DEL RIESGO

La escala de Braden nos 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.

Según la suma de los puntos el riesgo de úlcera por presión será:

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

SENSIBILIDAD

Capacidad para reaccionar y responder con quejas a la presión.

Inexistente: 1 PUNTO

- No hay respuesta a estímulos dolorosos por posibles razones: Inconsciencia, sedación.
- Trastorno de la sensación de dolor por parálisis, la mayor parte del cuerpo (por ejemplo, la sección transversal de altura).

Severamente restringido: 2 PUNTOS

- La reacción sólo se da con estímulos fuertes para el dolor.
- Las quejas son expresadas con dificultad (por ejemplo sólo por gemidos o inquietud).
- Trastorno de la sensación de dolor por parálisis que afecta a parte del cuerpo.

Severamente restringido: 3 PUNTOS

- Falta de respuesta.
- Las quejas no se pueden expresar siempre (por ejemplo cuando se necesita un cambio de posición).
- Trastorno de la sensación de dolor por parálisis de uno o dos miembros afectados.

Sin restricciones: 4 PUNTOS

- Hay respuesta al dolor.
- Se expresan las quejas.
- No hay interferencia de la sensación de dolor

HUMEDAD

Medida en que la piel está expuesta a la humedad.

Constantemente húmeda: 1 PUNTO

- La piel está constantemente húmeda con orina, sudor o heces.
- Cada vez que el paciente se gira está húmedo.

A menudo húmeda: 2 PUNTOS

- La piel está a menudo húmeda, pero no siempre.
- La ropa de la cama o la del paciente tiene que ser cambiada al menos una vez por turno.

A veces mojada: 3 PUNTOS

- La piel está a veces húmeda y una vez al día hay necesidad de lavar y asear al paciente.

Raramente húmedo: 4 PUNTOS

- La piel está generalmente seca.
- Rara vez hay necesidad de lavar al paciente.

ACTIVIDAD

Medida de la actividad física.

Postrado en cama: 1 PUNTO

- Confinados a la cama.

Sentado: 2 PUNTOS

- Puede moverse pero con ayuda de otros.
- No puede cargar su propio peso solo.
- Necesita ayuda para sentarse (cama, silla, silla de ruedas).

Camina poco: 3 PUNTOS

- De día se mueve sólo pero lo hace raras veces y sólo distancias cortas.
- Necesita ayuda en largas distancias.
- Pasa la mayor parte del tiempo en cama o en silla.

Camina regularmente: 4 PUNTOS

- Regularmente camina, pasea, 2-3 veces por turno.
- Se mueve regularmente.

MOVILIDAD

Capacidad para cambiar de posición y mantenerse.

Completamente inmóvil: 1 PUNTO

-No se puede mover. No puede cambiar de posición sin ayuda.

Movilidad severamente restringida: 2 PUNTOS

-A veces se mueve ligeramente (cuerpo o extremidades)

-No se puede asear solo.

Movilidad restringida: 3 PUNTOS

-Regularmente hace pequeños cambios de posición del cuerpo y las extremidades.

Movilidad: 4 PUNTOS

-Puede cambiar su propia posición.

NUTRICIÓN

Hábitos nutricionales

Dieta muy pobre: 1 PUNTO

- Come porciones pequeñas nunca más 2/3

- Comer sólo 2 o menos porciones de proteína (Lácteos, pescado, carne)

- Beber demasiado poco.

- No suplementar la dieta.

- O no se puede tomar una dieta oral.

- O sólo toma líquidos claros.

- O toma o más infusiones al día.

Dieta moderada: 2 PUNTOS

- Raramente come una porción normal de comida, en general alrededor de la mitad de la comida que se le ofrece.
- Come alrededor de 3 porciones de proteínas.
- Toma irregular de un suplemento dietético.
- O recibe demasiado pocos nutrientes.
- O alimentación por sonda o infusión.

Nutrición adecuada: 3 PUNTOS

- Come más de la mitad de las porciones normales de alimentos.
- Toma 4 porciones de proteína.
- De vez en cuando se niega a comer.
- Se toma los suplementos alimenticios él mismo.
- O puede probar o consumir de la mayoría de los nutrientes.

Nutrición buena: 4 PUNTOS

- Siempre come lo que se le ofrece.
- Toma 4 o más raciones de proteínas él mismo
- Comer a veces entre comidas
- No necesita un suplemento de dieta.

FRICCIÓN

Problema existente: 1 PUNTO

- Necesita muchos puntos de apoyo para cambiar de posición.
- La elevación por sí mismo no es posible.
- Tiene contracturas espásticas.
- Tiene contracturas espásticas
- Es muy inquieto (sábanas hechas un ovillo)

Problema potencial: 2 PUNTOS

- Se mueve un poco solo o necesita un poco de ayuda.
- Se puede levantar un poco sobre las sábanas.
- Puede pasar mucho tiempo en una posición de espera.

No es un problema en el momento: 3 PUNTOS

- Se desplaza sólo hacia arriba de la cama a la silla.
- Tiene la fuerza suficiente para poder elevarse.
- Puede mantener una posición de mantenimiento sin deslizarse.

2.4 PREVENCIÓN DE LAS UPP

Todas las intervenciones de prevención serán registradas actividades del “*Plan de cuidados*”.

Las actividades preventivas deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Movilidad.
2. Higiene.
3. Incontinencia.
4. Nutrición.
5. Iatrogénica.
6. Protección de las zonas de riesgo.
7. Cuidados generales.

2.4.1 MOVILIDAD

- Permanecer encamado el menor tiempo posible.
- Animar a la deambulación y los inter ciclos de movilización, por lo menos dos veces al día.
- Realizar cambios posturales cada 2-4 horas en pacientes encamado y cada hora en pacientes con silla de ruedas.
- Evitar el roce de prominencias entre sí.

- Aliviar la presión con: almohadas, colchón neumático (agua o aire), cojines de gel de frotación, protector de talones y codos, piel de cordero y felpa.

- Evitar levantar la cabeza de la cama más de 30°.

- Intentar mantener en todo momento la alineación corporal.

2.4.1.1 Decúbito Supino:

- Almohada en cabeza Almohada en gemelos, para facilitar el retorno venoso.

- Almohada en piecera para evitar el pie equino.

- Almohada en trocánter, para evitar la rotación.

2.4.1.2 Decúbito Lateral:

- Almohada debajo de la cabeza.

- Almohada a lo largo de la espalda.

- Almohada entre las rodillas para evitar roces.

- Almohada debajo del brazo.

2.4.1.3 Decúbito Prono:

- Almohada debajo de la cabeza.
- Almohada del abdomen para evitar tensión muscular.
- Almohada debajo de las piernas para favorecer circulación de retorno.
- Almohada debajo de los hombros para bajar tensión muscular.

2.4.1.4 Posición sentado:

- Almohada detrás de la cabeza
- Almohada debajo del brazo.
- Almohada debajo de los pies

2.4.2HIGIENE

- Utilizar una esponjilla para cada parte del cuerpo.
- Realizar correcta higiene corporal mediante lavado con agua y jabón seguido de aclarado y perfecto

Secado (especial atención a los pliegues cutáneos).

- No dar jabón en la ulcera.
- Hidratación corporal con crema.
- No masajear prominencias óseas.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- Si se hidrata con vaselina líquida,.

Extenderla antes de secar al paciente.

- No dar masajes intensos.

2.4.3INCONTINENCIA

- Ante pérdidas involuntarias de orina es importante la valoración de la implantación de sonda o colector urinarios.
- Con cada cambio de pañal lavar e hidratar la zona.

2.4.4 NUTRICION

- Valoración dietética: alimentación adecuada a su edad y patología.
- Aporte de líquidos mínimo 2 litros/día, si no existe contraindicación médica.
- Administrar suplementos hiperprotéicos si no toma una dieta completa. Dar suplementos minerales (zinc, hierro, cobre) y vitaminas (A, B, C).
- Si presenta problemas en la deglución, emplear espesantes y gelatinas.

2.4.5 IATROGENIA

Son úlceras que se producen por el roce continuo de un recurso instrumental imprescindible para el tratamiento y/o diagnóstico.

Se debe tener especial cuidado con:

- Nariz: cambiar diariamente apósito de fijación de SNG y mover apoyo en la mucosa gástrica.
- Boca: por fijación de tubos endotraqueales realizar igualmente movilización.
- Meato urinario: lesiones por sondaje vesical (hombres en prepucio y mujeres en labios vaginales), cambiar puntos de apoyo.
- Muñecas, codos y talones: por sujeciones mecánicas. Proteger la piel.
- Orejas: por gomillas de mascarilla de oxígeno, proteger del contacto directo utilizando gasas.
- Pómulos: por gafas nasales, vigilar presión y movilizar.
- Talones, piernas y tronco: por escayolas, proteger previamente la piel y vigilar.

- Glúteos: intentar mantenerlas el menor tiempo posible, no realizar arrastre.

2.4.6 PROTECCION DE ZONAS DE RIESGO

- Las zonas más frecuentes de aparición de UPP son: sacro, glúteos, talones y trocánteres.
- Colocar una almohada en los pies para q los talones queden al aire.
- Los codos se protegerán con vendaje algodón, procurando mantener los brazos en flexión anatómica.
- Igualmente se realizará en los talones hasta el tobillo y dejando los dedos a la vista.
- Utilizar placas de protección en sacro y trocánteres, además de los métodos de movilización e utilización de superficies de apoyo especiales para aliviar la presión.

2.5 CUIDADOS GENERALES

- Identificar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de UPP:

_ Alteraciones respiratorias.

_ Alteraciones circulatorias.

_ Alteraciones metabólicas.

_ Alteraciones por tratamiento farmacológico:

- Sedantes, pueden interferir en la movilidad.

- Corticoides, que pueden actuar sobre los tejidos disminuyendo la resistencia e inhibiendo por lo tanto la cicatrización.

- Citostáticos, debido al riesgo de necrosis asociado a la quimioterapia endovenosa.

- Identificar y corregir déficit nutricional.

- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

2.5.1 TIPOS DE COLCHÓN ANTIESCARAS:

A.- Aire

Son de cloruro de polivinilo, material flexible, blanco o transparente, poseen unos conductos que se inflan, de forma alternativa cada dos o tres minutos, con un compresor que funciona conectado a la red eléctrica. Esto evita que la presión sea constante sobre las mismas partes del cuerpo, alivia la presión capilar y mejora el riego sanguíneo.

B.- Agua

Son de material plástico con agua caliente a 37° para conseguir una eficaz terapéutica de flotación, de acuerdo al peso del paciente, evitando al mismo tiempo, la sensación de frío (al no disminuir la temperatura corporal).

C.- Espuma

Formados por tres módulos de espuma, cortado en 48 bloques (total 144 bloques). Se colocan sobre el colchón ordinario. De gran resistencia al formol y alcohol de 900 y se esterilizan en autoclave. Los colchones de aire y de agua (los antiguos) conviene protegerlos con talco antes de guardarlos. Actualmente los plásticos son mejores y no es preciso usar talco. Se limpian con agua y jabón pudiendo esterilizarse con óxido de etileno.

VENTAJAS DE LOS COLCHONES ANTIESCARAS:

La alternancia en el inflado.

La presión en los puntos de apoyo.

Mejora el riego sanguíneo.

Favorece la curación de las lesiones por presión.

Proporciona comodidad al paciente. Se adaptan bien a la cama.

Permiten realizar cambios posturales.

INCONVENIENTES DE LOS COLCHONES ANTIESCARAS:

Los obesos comprimen las celdas de aire inutilizando el colchón. Si las sábanas bajas no son de tamaño adecuado se corre el riesgo de deslizamiento de las mismas.

Los colchones de aire y de agua, al ser de material plástico, deben cuidarse especialmente del contacto con materiales puntiagudos y cigarrillos, pues existe el peligro de fugas, roturas, etc.

Si no hay fluido eléctrico el compresor deja de funcionar.

2.6COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son dolor, anemia e infección local o sistémica.

Entre otras complicaciones secundarias son:

Pérdida de calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria.

Retraso en la recuperación y rehabilitación.

Infecciones nosocomiales.

Aumento del costo hospitalario, según investigaciones informan que el tratamiento de las upp ya establecida es muy costoso.

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas.

En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica. El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión, debe ser fundamentalmente clínico.

Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

Inflamación (eritema, edema, tumor, calor)

Dolor

Olor

Exudado purulento

La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos, inmunosupresores, citotóxicos, enfermedades concomitantes, diabetes, neoplasias, edad avanzada, incontinencia, etc.) y otros relacionadas con la lesión (estadio, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones lesiones átonas, alteraciones circulatorias en la zona,etc..)

Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento

Si transcurrido un plazo entre dos y cuatro semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de Infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (p.e. sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...) y durante un periodo máximo de dos semanas.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja a biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección.

Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

2.6.1 Control de la infección.

Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales.

Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente.

El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.

En pacientes con varias úlceras.

Primero comience por la menos contaminada.

Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión.

No utilice antisépticos locales.

Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

2.7 TRATAMIENTO DE LAS UPP

Antes de iniciar el tratamiento de la UPP, debemos valorar el estado de la misma, para proceder a su tratamiento y control de su evolución. Registrar en el registro de “*Valoración inicial*”:

VALORACION

Observar la UPP:

- Estadío (según clasificación.....)
- Localización.
- Tamaño.
- Base:
 - Exudado
 - Granulación
 - Necrosis (seca)
 - Esfacelos (necrosis húmeda)
- Infección: Inflamación, exudado purulento, calor, dolor, mal olor, decoloración del tejido de granulación, tejido de granulación hemorrágico.
- Tejido perilesional con presencia de:
 - Celulitis
 - Dermatitis
 - Epitelización
 - Dolor

ALIVIO DE LA PRESION SOBRE LOS TEJIDOS

Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, incrementando de esta manera, la viabilidad de tejidos blandos y situando o la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.

Cada actuación estará dirigida a disminuir el grado de presión y rozamiento.

Esta disminución de la presión puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamado o sentado) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

Técnicas de posición

°. Con el paciente sentado.

Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que el individuo permanezca sentado.

A modo excepcional y siempre que pudiera garantizarse el alivio de la presión mediante el uso de dispositivos especiales de apoyo, se permitirá esta posición durante periodos limitados de tiempo, manteniendo así la buena funcionalidad del paciente.

La posición de los individuos sentados que no presentaran una lesión en ese nivel, debe de variarse al menos cada hora, facilitando el cambio de apoyo de su peso cada quince minutos, mediante cambio postural o realización de pulsiones.

Si no fuera posible variar la posición cada hora, deberá ser enviado nuevamente a la cama.

° **Con el paciente encamado.**

Los individuos encamados no deben apoyar sobre la úlcera por presión.

Cuando el número de lesiones, la situación del paciente o los objetivos de tratamiento impiden el cumplimiento de lo anterior, se deberá disminuir el tiempo de exposición o la presión aumentando la frecuencia de los cambios.

Se puede utilizar una amplia variedad de superficies de apoyo que pueden ser de utilidad en la consecución de este objetivo.

En ambas posiciones:

Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.
Siempre realizar un plan individualizado y escrito.

En los distintos niveles asistenciales y especialmente en el contexto de la atención comunitaria, será necesario implicar a la persona cuidadora en la realización de las actividades dirigidas al alivio de la presión.

° **Superficies de apoyo.**

El profesional deberá considerar varios factores cuando selecciona una superficie de apoyo, incluyendo la situación clínica del paciente, las características de la institución o del nivel asistencial y las propias características de esa superficie de apoyo.

La utilización de superficies de apoyo es importante tanto desde el punto de vista de la prevención, como bajo la óptica de medida coadyuvante en el tratamiento de lesiones instauradas.

La elección de superficies de apoyo deberá basarse en su capacidad de contrarrestar los elementos y fuerzas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar estas lesiones o agravarlas, así como la conjunción de otros valores como la facilidad de uso, el mantenimiento, los costos, y el confort del paciente.

Las superficies de apoyo pueden actuar a dos niveles, las superficies que reducen la presión, reducen los niveles de la misma, aunque no necesariamente por debajo de los valores que impiden el cierre capilar.

En el caso de los sistemas de alivio de la presión se produce una reducción del nivel de la presión en los tejidos blandos por debajo de la presión de oclusión capilar además de eliminar la fricción y el cizallamiento.

Es importante recordar que las superficies de apoyo son un valioso aliado en el alivio de la presión, pero que en ningún caso sustituyen a los "cambios posturales".

En éste sentido las directrices son:

Use una superficie que reduzca o alivie la presión, de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.

Use una superficie estática si el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la ulcera por presión.

Emplee una superficie dinámica de apoyo si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la/s úlcera/s por presión.

Se recomienda a los responsables de recursos de los distintos niveles asistenciales, tanto en atención especializada como comunitaria, donde son atendidas pacientes con úlceras por presión o susceptibles de padecerlas.

La conveniencia de disponer de algunas de estas superficies por el beneficio que de su uso puede obtenerse

Se recomienda la asignación de recursos de acuerdo con el riesgo del paciente.

Por lo que se sugiere la utilización sistemática de una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión que esté validada en la literatura científica y que se adecue a las necesidades del contexto asistencial de referencia.

Las intervenciones de tratamiento serán anotadas en el registro de “*Evolución de enfermería*” y planificadas en el apartado de actividades del “*Plan de cuidados*”.

- Eliminar o reducir la presión sobre la úlcera.
- Reducir el riesgo de infección y estimular la cicatrización llevando a cabo las siguientes acciones:

1. Lavado de manos.

2. Limpieza de la herida:

- Irrigar con suero salino 0,9% sin frotar
- No utilizar antisépticos de manera sistemática

Desbridamiento de la herida

El tipo de desbridamiento será anotado en “*Evolución de enfermería*”

El desbridamiento es imprescindible para la buena evolución de las heridas necrosadas.

El tejido necrótico: favorece el desarrollo de gérmenes patógenos, impide la formación de tejido de granulación e Interfiere en la cicatrización.

La situación global del paciente, así como las características del tejido a desbridar condicionarán el tipo de desbridamiento a realizar.

2.7.2 Tipos de desbridamiento:

- Quirúrgico.

Se realizará con el objetivo de eliminar la necrosis hasta llegar al tejido sano. Esto requiere conocimientos y técnica con personal cualificado y material estéril. Quién y dónde se realice dependerá de las directrices del centro.

Si se estima oportuna se procederá al desbridamiento cortante, que será realizado por planos y en diferentes sesiones, hasta liberar la úlcera de tejido desvitalizado.

Se administrará analgésicos previamente al desbridamiento.

- Enzimático o químico. Aplicar enzimas tópicas (generalmente colagenasa), para conseguir la hidrólisis del tejido necrótico y reblandecer la escara.

- Autólítico. Está basado en la cura húmeda.

Aplicar geles o apósitos que aportan humedad para favorecer que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas destruyan el material necrótico.

En los casos de exceso de exudado se puede utilizar un Alginato.

2.8PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA INFECCIÓN

Se registraran en el “Plan de cuidados”. Todas las úlceras están contaminadas por bacterias, lo cual no significa que están infectadas.

- Evitar contacto de la úlcera con sustancias de desecho corporal (orina, heces).

- Realizar correcta lavado de manos y uso de guantes por paciente.

- Si un paciente tiene varias úlceras, curar en último lugar la más contaminada

- Utilizar siempre material estéril en desbridamiento.

- Realizar limpieza y desbridamiento para impedir que la colonización progrese a infección clínica.

- Intensificar dichas acciones si existiese signos de infección local.

- Realizar cultivos, si la úlcera no evoluciona favorablemente y tiene signos de infección local.

- Iniciar tratamiento antibiótico una vez identificado el germen.

- Rellenar las cavidades o tunelizaciones que pueda formar la úlcera, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso.

2.8.1 CURACIONES DE LAS ESCARAS POR PRESIÓN

A.- Colocar al paciente en la posición correcta para disponer de una posición cómoda y un buen campo para proceder.

B.- Calzarse guantes estériles y disponer mesa de instrumental de curación estéril.

C.- Limpiar la zona con solución salina, solución de ácido acético, solución de Dakin al 50%.

D.- Lavado de la escara con abundante suero fisiológico y solución jabonosa antiséptica.

E.- Desbridar y cortar a tijera o bisturí las zonas necróticas de la úlcera hasta que sus bordes sangren, lo que es señal de que se ha llegado a tejido vivo, no necrótico.

F.- Respetar el tejido de granulación que crece en algunas zonas de la escara; este tejido es la mejor señal de la potencialidad cicatrizadora de la úlcera.

G.- Tomar cultivos para determinar el tipo de microorganismo.

H.- Untar con soluciones antisépticas que no deberán ser nunca irritantes. El uso de medicamentos tópicos, por ejemplo la colagenasa, que disuelve los tejidos muertos y exudados purulentos sin afectar al tejido granuloso y que es eficaz cuando se emplea la hidroterapia.

Si la herida está infectada se administra crema antibacteriana.

I.- Acondicionar al paciente de modo que su posición evite la compresión de la zona ulcerada, realizando acciones que prevean la aparición en otros sectores de apoyo.

J.- La intervención quirúrgica, es indispensable cuando los tejidos no cicatrizan espontáneamente, estén infectados interiormente o no drenen. Se utiliza tejido sano que es injertado. La intervención se lleva a cabo cuando el paciente presenta un buen estado general, comprobándose que esté libre de infección.

2.8.2 ABORDAJE PSICOLOGICO

Hay que hacer participar a la familia en el tratamiento de enfermería:

- A. Educando en los cuidados, enseñarles acerca de la higiene, cambios de posturales.

- B. Deben comprender la naturaleza (el por qué el deterioro de la piel), explicarles lo que está pasando.
- C. Ayudarle (familia -enfermo) a adaptarse a la situación, animar a que comuniquen sus sentimientos, actitudes. El medio ambiente debe de estar tranquilo y cómodo.

- D. Mantener una continuidad en los cuidados de enfermería, intentando que sea el mismo personal, sin cambios.

(DR SAEZ)

2.9 OTROS MÉTODOS

Fisioterapia Pasiva.

Se realiza en enfermos inconscientes o paralizados para ayudar al mantenimiento de una buena irrigación de los tejidos.

Espuma adhesiva (Resto)

De células abiertas de poliuretano, se emplea para proteger áreas que soportan una mayor presión.

De la pieza se recortan los trozos a la medida a la zona a proteger y se adhiere a la piel, colocándola de forma piramidal. Se utiliza en maléolos, talones y codos.

Deben cambiarse a diario.

No las usaremos en zonas erosionadas o necrosadas.

Funda Tubular (Pre cortada o guarnecida con espuma)

Para proteger los talones o codos, de textura de punto tubular de algodón. Evita la compresión prolongada: favoreciendo la libre circulación sanguínea, previniendo la ulceración y evitando la progresión de las úlceras preexistentes.

Reduce el tiempo de presión: facilitando la labor del personal sanitario a la hora de efectuar cambios posturales frecuentes

. Redistribuye la presión: que no se ejerce en un solo punto sino que se reparte por una mayor superficie. Acelera el proceso de cicatrización.

Mullipel (piel de cordero o felpa)

Forrada de poliéster, puede cubrir toda la superficie de la cama.

La parte de lana debe colocarse hacia arriba pues es más eficaz en contacto con la piel.

El vello denso proporciona una superficie elástica y adaptable que produce una dispersión del peso; permite la circulación de aire y la evaporación, evita la fricción, absorbe la humedad y se mantiene limpia.

La piel artificial también proporciona buenos resultados. Su funcionamiento es similar al natural.

Colchón antiescaras

Existen multitud de tipos; su función es disminuir la presión de las zonas de apoyo, estando indicado en enfermos inmovilizados que además pueden presentar: Hipertermia (sudoración).

Incontinencia Vesical (y/o fecal).

Alteraciones del Riego Sanguíneo.

Alteraciones del Aparato Locomotor (fracturas).

Problemas Neurológicos.

2.9.1 Elección del producto para el tratamiento

Todas las intervenciones se anotarán en el apartado de actividades del registro del *“Plan de cuidados”*

· Seleccionar el apósito adecuado teniendo en cuenta los siguientes aspectos de la úlcera:

- 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 coste-efectividad.

- Nivel asistencial.

- Propiedades del apósito: absorber el exudado, favorecer el desbridamiento, combatir la infección y combatir el dolor)

_ Cambiar el apósito en función del producto utilizado y las características de la herida.

- Un apósitohidrocoloide se cambiará cuando el abombamiento producido al absorber las secreciones de la herida se aproxime a 1,5 o 1 cm. del borde del apósito.

- El apósito ideal deberá reunir los siguientes requisitos:

- Ser biocompatible

- Proteger la herida de agresiones: física, química y bacterianas.

- Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo.

- Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción.

- Dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión.
- Ser adaptable a localizaciones difíciles.
- Favorecer la cicatrización.
- Ser fácil de aplicar y retirar.
- Permitir el paso de vapor de agua.

2.9.3 EVOLUCION DE LA ULCERA

Monitorizar la evolución de la úlcera según la escala PUS.

Esta escala permite documentar la cicatrización de la úlcera. Se registrará en el registro de *“Evolución de enfermería”*

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|--|--|---|
| | | | | | | |
| LONGITUD POR ANCHURA | 0 2 0 CM 6 3.1-4.0 CM2 | 1 <0.3 cm2 7 4.1– 8.0 cm2 | 2 0.3-0.6 cm2 8 8.1-12.0 cm2 | 3 0.7- 1cm2 9 12.1- 24cm2 | 41.1- 2.0 cm2 10 >24 cm2 | 2.1 - 3.0 cm2 Subtot al: |
| CANTIDAD DE EXUDADO | 0 NINGUN O | 1 LIGERO | 2 MODERADO | 3 ABUND ANTE | | SUBT OTAL |
| TIPO DE TEJIDO | 0 CERRAD O | 1 TEJIDO EPITELIAL | 2 TEJIDO DE GRANULACION | 3 ESFACE LOS | | SUBT OTAL |
| | | | | | PUNT UACI ON TOTA L | SUBT OTAL |

2.10 RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO LOCAL DE LAS UPP

Suprimir o reducir presión en la zona.

Lavar siempre las U.P.P. con suero salino 0,9% por irrigación suave.

ESTADIO I

- Aplicar ácidos grasos, extender y no masajear.
- Apósito hidrocoloide si hay riesgo de fricción o maceración de la zona.

ESTADIO II Y III

· En fase inflamatoria:

- **Con tejido necrótico seco (escara) y tejido necrótico húmedo (esfacelo):** realizar desbridamiento.

Utilizar Colagenasa o Hidrogel.

- **Con infección (presencia de signos locales):** Tratar la infección.

Utilizar: si necrosis, Colagenasa.

Si exudado, apósito de alginato cálcico o apósito de carboximetilcelulosa o apósito de plata;

Si úlceramaloliente, apósito de carbono activado.

· En Fase de Granulación y/o Epitelización:

Herida limpia (con presencia de tejido de granulación): Proteger y mantener el lecho húmedo.

Utilizar Apósitos hidrocoloides o hidropoliméricos.

Quirúrgico si la ulcera se mantiene en altos más altos:

La escisión quirúrgica es el método más conveniente para retirar el tejido desvitalizado.

Implica la utilización de bisturí y tijeras.

Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones, siempre comenzando por el área central, procurando la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Si hay hemorragia ejercer compresión directa y usar apósitos secos o alginatos durante 24 horas, cambiando después a un apósito húmedo.

Para prevenir el dolor, se recomienda la aplicación de anestésico tópico (gel de lidocaína 2% tópico) o analgésicos por vía oral.

Se deberá considerar la reparación quirúrgica en aquellos pacientes con úlceras por presión en estadios III o IV que no responden al tratamiento convencional.

Del mismo modo, será necesario valorar elementos como la calidad de vida, riesgos de recidiva, preferencias del paciente, etc.

Junto a las posibilidades para ser candidato a tratamiento quirúrgico (inmovilidad postquirúrgica evitando la presión sobre la región afectada, nutrición adecuada, pacientes médicamente estables, etc.).

Antiséptico

(colágenas). Otros como la Povidona Yodada, retrasa el crecimiento del tejido de granulación.

En algunos casos se puede generar resistencias bacterianas a los antisépticos.

A altas concentraciones pueden ser tóxicos para los tejidos vivos.

Además el equipo de enfermería para un mejor tratamiento

Algunos pueden interferir la acción de otros productos tópicos utilizados en los cuidados de las heridas

Cuando en la superficie de la úlcera existen gérmenes contaminantes que están multiplicando, sin producir

Cuando existen invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos de la úlcera, ocasionando una lesión local y aparecen signos de inflamación, dolor, mal olor y exudado purulento.

Desbridamiento: Utilizar instrumentos estériles

En las úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.

Es una úlcera con presencia de bacterias en su superficie. Se considera que todas las úlceras crónicas

3. METODOLOGIA DISEÑO

Esta investigación es cualitativa y descriptiva pero a través de un método analítico sintético, por lo cual solo se observará dentro del campo de trabajo.

Se realizará una retrospectiva acerca de cómo la enfermera brinda cuidados de úlcera por presión.

La cual se realizó mediante fuentes de libros, revistas y páginas de internet.

El diseño de esta investigación documental se realizó mediante:

Asistencia a un seminario de elaboración de tesis en la instalación escuela de enfermería hospital nuestra señora de la salud.

Y con el seguimiento del modelo de la DR. Lusty Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la tesis.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSION

Las úlceras por presión pueden y deben de evitarse con unos buenos cuidados de enfermería dentro de un plan general que incluye el trabajo multidisciplinar del médico, enfermera/o , paciente y familia .

Hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera y en muchos casos, utilizar diferentes tratamientos, según se observe la evolución .

Debe fomentarse el uso de tablas o registros de valoración que analizan los factores que contribuyen a su formación y que nos permitan identificar a los pacientes con riesgo, sobre los que establecer protocolos de prevención.

El uso de esta tabla u otras similares, debe ser el primer paso en la PREVENCIÓN.

Deben ser cómodas, no complicadas, que incluyan el máximo número de factores de riesgo.

Las debe elegir el equipo asistencial, y este debe regular su uso, al ingreso o primer contacto con el paciente y después en los plazos que establezca el equipo

4.2 RECOMENDACIONES

El programa de educación debe ser una parte integral de la mejora de la calidad.

Los programas educativos son un componente esencial de los cuidados de las úlceras por presión.

Estos deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir el espectro completo de cuidados para la prevención.

Cuidando la piel cada día.

Revisión diaria

Hay que observar especialmente las zonas de mayor riesgo:

- Relieves óseos (sacro, caderas, talones, tobillos, codos).
- Partes del cuerpo en contacto con humedad por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones...
- Piel seca y cicatrices (de úlceras por presión anteriores o de otras heridas).

Es imprescindible detectar zonas rojas, rozaduras, ampollas y pérdida de piel.

5.GLOSARIO

Antiséptico

Son sustancias antimicrobianas que se aplican a un tejido vivo o sobre la piel para reducir la posibilidad de infección, sepsis o putrefacción.

En general, deben distinguirse de los antibióticos que destruyen microorganismos en el cuerpo, y de los desinfectantes, que destruyen microorganismos existentes en objetos no vivos.

Caquexia

Es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad, anorexia en personas que no están tratando activamente de perder peso.

Esfacelos

Parte mortificada de la piel o de los tejidos profundos, que se forma en ciertas heridas o quemaduras.

Forma de tejido blando muciforme adherido.

Exudado

Es el conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio, que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades del organismo. Provoca el edema, diferenciándose del transudado por la mayor riqueza de proteínas y células.

Folículopiloso

Parte de la piel que da crecimiento al cabello.

Herida cavita

Puede que tenga compromiso muscular, tendinoso u óseo, siendo a veces de difícil acceso.

Hipotensión

La presión arterial baja, o hipotensión, ocurre cuando la presión arterial durante y después de cada latido cardíaco es mucho más baja de lo usual, lo cual significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre.

Incontinencia urinaria (o vesical)

se presenta cuando uno no es capaz de impedir que la orina se escape de la uretra, el conducto que la transporta fuera del cuerpo desde la vejiga. Es posible que la orina se escape de vez en cuando o que uno no pueda contenerla.

Infección

Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso.

Osteomielitis

Es una infección súbita o de larga data del hueso o médula ósea, normalmente causada por una bacteria piógena o mico bacteria y hongos.

Purulento

adj. que tiene o segrega pus:

Herida purulenta.

Septicemia

Es una infección grave y potencialmente mortal que empeora en forma muy rápida y que puede surgir de infecciones en todo el cuerpo.

Tejido de granulación

Se denomina tejido granular al tejido conectivo fibroso que perfunde y reemplaza un coágulo de fibrina en la cicatrización de heridas. El tejido granular por lo general crece desde la base de la herida y tiene la capacidad de rellenar heridas sin importar su tamaño

Tejido epitelial

Es el tejido que se encuentra sobre acúmulos subyacentes de tejido conectivo

Tejido necrótico

Tejido oscuro, negro o marrón, que se adhiere al lecho o los bordes de la herida.

Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante.

Úlcera colonizada

Cuando en la superficie de la úlcera existen gérmenes contaminantes que están multiplicando, sin producir infección.

6.BIBLOGRAFIA

Arnedillo (1998) Directrices generales sobre el tratamiento de úlceras por presión

Bradeisy Cois (1991) the epidemiology and natural history to pressure ulcer ir*

Elderly nursing home residents. Journal of trie America

Brunner, Sudarth, (1994) Enfermería médico quirúrgieaJ7a e d

Cervera, Pilar (1993) Alimentación y dieíoterapiaj 2aed) Interamencaoa México

Cooncy, T. G. Reuler J.B (1984) pressure sores westem journal of medicine.

Dueñas Fuentes José R. (2001]_Cuidados de enfermería,

[En red] disponible en: www.terra.es/personal/duenas/10.html

Gómez Porra Isabel (2001) Úlceras por presión nueva escala de valoración parapacientes críticos

(En red} disponible [http //remi unineledu/2001/06/REMI0148 htm](http://remi.unineledu/2001/06/REMI0148.htm)}

Henry GL. (1997) Coma y Otras alteraciones del nivel de Conciencia (4McGraw-Hill-Interamericana.

Ignatavicius. Donna (1991) Enfermería medico quirúrgica Interamencana

Kersechner. Veima (1983) Nutrición y terapéutica dietética (3ªed iMniuia
moderno."od.)

Kozzier. Bárbara, y Cois. (1999) Fundamento de enfermería (5aed) Me
Graw Hill

Mosby (2000) Diccionario Mosby pocket de medicina y ciencia de la salud
(5aed) Harcout. España S A

Palomar Llata Federico (2001) Dermatología consorcio hospital general
universitario de Valencia.

Piriz, Rosa (200?) Enfermería medico quirúrgica Difusiones de avances de
enfermería

Raña Daniel. Martínez Reina Úlceras por presión en atención primaria de
salud.

[En red] Disponible en. www.enfermeria21.com.

Roidár Valenzuela Andrés Úlceras por presión

(En red] disponible en www.ulceras.netRoper, Nancy (1991) Diccionario

Roper, Nancy (1991) Diccionario de enfermería (16ªed.) Inter - MC Graw
Mili

Shannon ML y Shorga P (1989) pressure ulcer prevalence in general
hospital