

- UNIDAD II.
- 2.2. Prevención y tratamiento de úlceras por presión, prevención de caídas y Recomendaciones de sujeción mecánica
- 2.3. Protocolo de traslados intrahospitalarios.
- 2.4. Protocolo de alta del paciente de U.C.I
- 2.5. Equipamiento, reposición y limpieza de la habitación



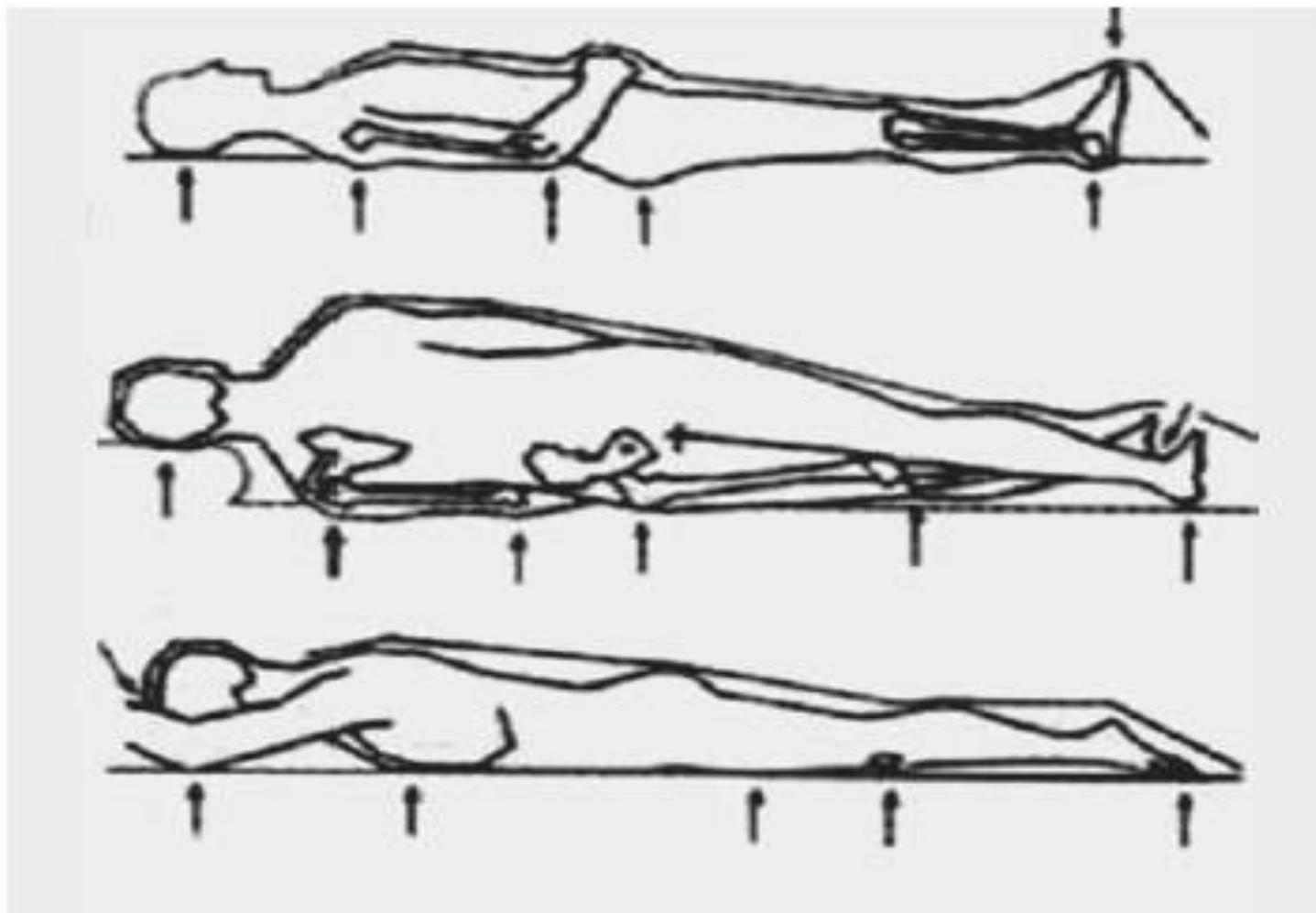


La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.

- Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:
- Presión. Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante.
- Fricción. Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.
- De pinzamiento vascular. Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.



# Factores de riesgo.

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas..
- Déficit sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.

Fisiopatológicos

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

Derivados del tratamiento

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.

Del entorno

- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga.

Situacionales

# UDS Valoración clínica.

## 1. Valoración del paciente

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP.



## 2. Valoración de la lesión.

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:

- a) Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.
- b) Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.

### ESCALA DE NORTON MODIFICADA

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	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

#### CLASIFICACION DE RIESGO:

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

ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	<b>Completamente limitada</b> <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	<b>Muy limitada</b> <i>Responde <u>solamente a estímulos dolorosos.</u></i>	<b>Levemente limitada</b> <i>Responde a <u>ordenes verbales.</u></i>	<b>No alterada</b> <i>Sin <u>deficit</u> sensorial.</i>	
	Humedad	<b>Completamente húmeda</b> <i>Casi <u>constantemente</u> (sudor, orina...)</i>	<b>Muy húmeda</b> <i>Es necesario el <u>cambio de sábanas por turno.</u></i>	<b>Ocasionalmente húmeda</b> <i>Es necesario el <u>cambio de sábanas cada 12 H.</u></i>	<b>Raramente húmeda</b> <i>Piel <u>normalmente seca.</u></i>	
	Actividad	<b>En cama</b>	<b>En silla</b>	<b>Camina ocasionalmente</b>	<b>Camina con frecuencia</b>	
	Movilidad	<b>Completamente inmóvil</b> <i>No realiza ni <u>ligeros cambios</u> de posición.</i>	<b>Muy limitada</b> <i>Realiza <u>ligeros cambios</u> de forma <u>ocasionales.</u></i>	<b>Ligeramente limitada</b> <i>Realiza <u>ligeros cambios</u> de forma <u>frecuentes.</u></i>	<b>Sin limitaciones</b> <i>Realiza <u>cambios de forma autónoma.</u></i>	
	Nutrición	<b>Muy pobre</b> <i>Rara vez come más de un <u>tercio del plato.</u></i>	<b>Probablemente inadecuada</b> <i>Rara vez come más de la <u>mitad del plato.</u></i>	<b>Adecuada</b> <i>Normalmente come <u>más de la mitad del plato.</u></i>	<b>Excelente</b> <i>Come la mayoría de los <u>platos enteros.</u></i>	
	Fricción y deslizamiento	<b>Es un problema</b> <i>Movilizarlo en la cama <u>sin deslizarlo es imposible.</u></i>	<b>Es un problema potencial</b> <i>Al movilizarlo la piel se <u>desliza</u> sobre las sábanas <u>ligeramente</u></i>	<b>Sin problema aparente</b> <i>Se mueve <u>autonomamente.</u></i>		
	NIVELES DE RIESGO	<b>ALTO RIESGO</b>	<b>≤12</b>			
		<b>RIESGO MODERADO</b>	<b>≤14</b>			
<b>RIESGO BAJO</b>		<b>≤16</b>				

# Estadios.

**Estadio I:** eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, decoloración, calor local.

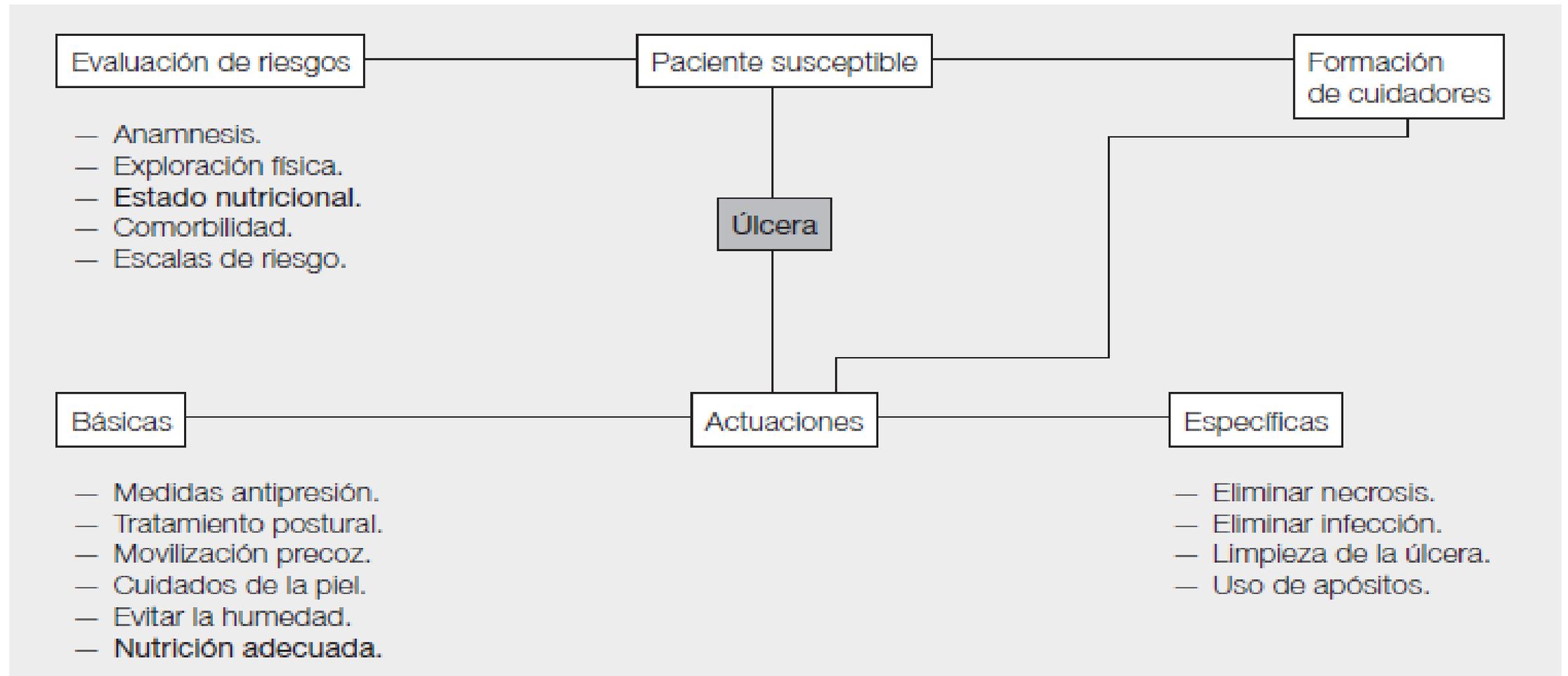
**Estadio II:** úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.

**Estadio 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 estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos Sinuosos



**Figura 9.** Abordaje de un paciente con UPP







# Diagnóstico de enfermería.

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (precisión, cizallamiento y fricción) e inmovilización física.

## **Intervenciones de enfermería.**

Se coloca al paciente sobre una cama o colchón terapéutico para redistribución de la presión.

Se mantiene la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas, para reducir la fricción y cizallamiento.

Se colocan al paciente dispositivos (almohadas de..., taloneras de..., colchón de presión alterna, etc) para mantener los talones y prominencias óseas, libres de presión continua.

Se gira al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, según el reloj de posiciones para redistribución de la presión.

Se inspeccionó la piel durante el cambio de posición del paciente inmovilizado (color, temperatura, textura, etc) para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se aplicó ácidos grasos hiperoxigenados (linovera, corpitol) en piel sana sometida a presión.

Se implementaron las precauciones estándar en todo procedimiento realizado al paciente.

Aplicación de películas transparentes (tegaderm film 3M, Cavilon) apósitos hidrocoloides o selladores para piel sobre prominencias óseas semipermeables.

Asegurar una ingesta dietética (proteica y calórica).

## Riesgo de caídas.

El percance involuntario o voluntario que puede sufrir cualquier paciente, tenga o no riesgo previo



## PROCEDIMIENTO DE SUJECCIÓN MECÁNICA EN U.C.I.

### 1. DEFINICIÓN.

Procedimientos físicos o mecánicos para limitar la movilidad del paciente, parcial o total, y así resguardar la integridad física del paciente y/o terceros.



# La realidad...



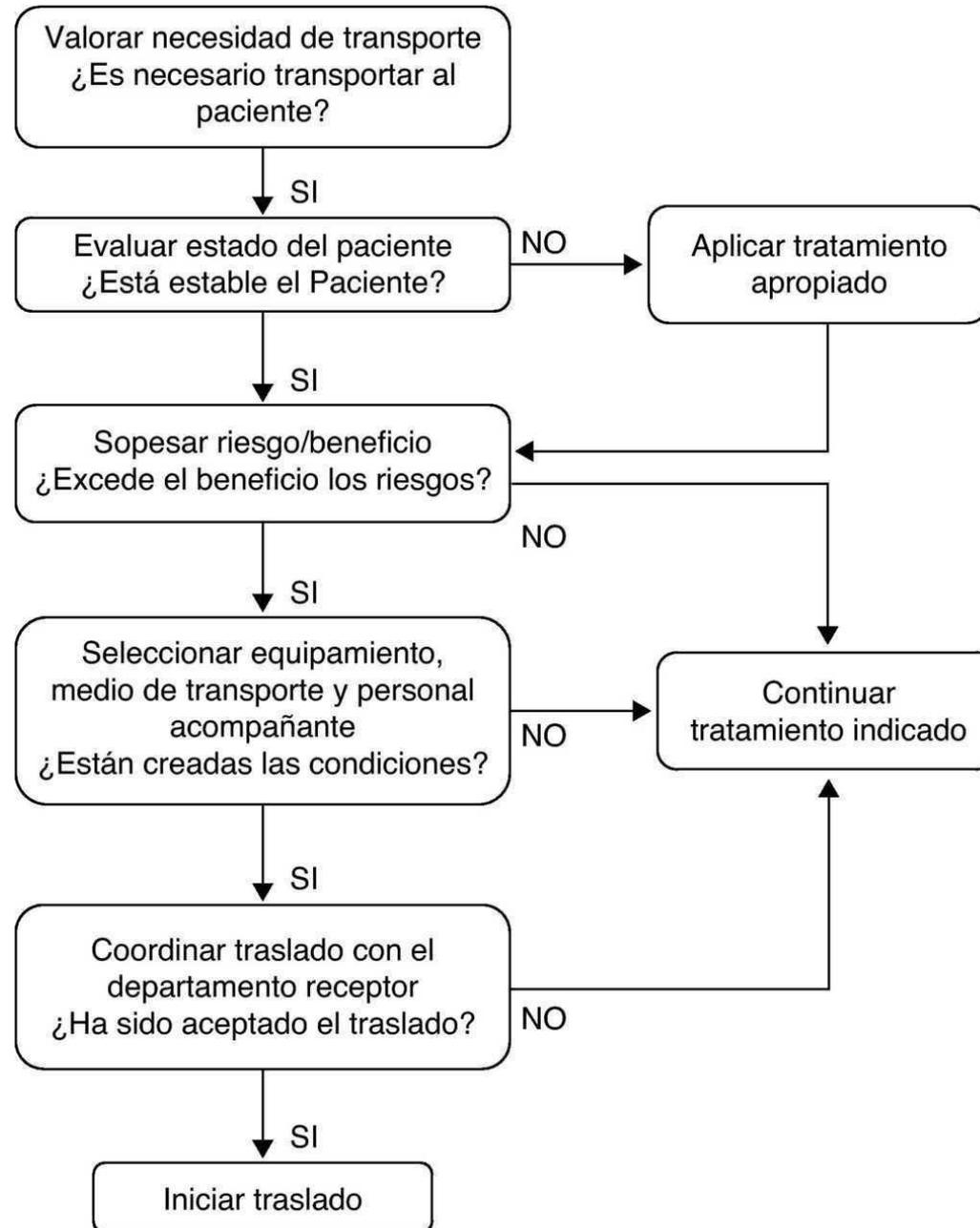
## OJO con la sujeción:

1. No afecte los movimientos respiratorios
  2. No comprima un vaso sanguíneo que entorpezca la circulación
  3. Paciente tenga libertad de movimiento (cuidando la seguridad)
- Ofrecer al paciente una sala o habitación tranquila, con buena iluminación y ventilación
  - Asegurarse que las sujeciones estén bien colocadas, sin presionar ni provocar posibles lesiones cutáneas

## Traslado de pacientes críticos dentro del hospital.

El traslado de pacientes críticamente enfermos siempre involucra cierto grado de riesgo para el paciente y algunas veces para el personal acompañante. La decisión del traslado es responsabilidad del médico responsable y debe basarse en una evaluación de los beneficios potenciales del traslado en contra de los riesgos potenciales. La razón básica es la necesidad de pruebas diagnósticas que no se pueden realizar en la U.C.I. ( Rx, resonancia) o cuidados adicionales (quirófano, radiología intervencionista)..





### Objetivo del alta.

Alcanzar la continuidad en los cuidados de Enfermería.

### Actividades previas

Informar al paciente de su próxima alta.

Pedir cama en admisión.

Higiene general del paciente.

Retirada de vías centrales si procede y cultivo.

Retirada de catéter arterial.

Revisión del tratamiento médico.

Complementar registros clínicos de enfermería y hoja de cuidados.

Informar a la familia sobre la hora aproximada de alta.

Recoger objetos personales del paciente.

Llamar al servicio de piso en el que ingresará el paciente para coordinar el traslado (hora, dieta, etc)



## Actividades de alta.

- Avisar a la familia del traslado y pedir que nos acompañe.
- Traslado de cama del enfermo, procurando su seguridad, y la de vías, drenajes, etc.
- Acompañar al enfermo hasta su nueva habitación.
- Colocar en su nueva habitación sueros, drenajes, oxígeno, etc.
- Presentarnos ante sus nuevos compañeros de habitación.
- Entregar los objetos personales a la familia.
- Despedirnos del enfermo.
- Hacer entrega del Historial Clínico a la enfermera de planta.
- Hacer un breve resumen verbal sobre la historia del enfermo.
- Resaltar los cuidados de enfermería para lograr la continuidad de los mismos.



## Actividades posteriores.

**Preparar el cubículo para un nuevo ingreso. Reposición de Material:**

**Limpieza del cubículo:**

- Paredes
- Cristales
- Cortinas
- Monitor
- Aspirador
- Tubos de aspirador
- Bandejas
- Bombas
- Ventilador mecánico
- Mueble
- Cama
- Colchón
- Manguito de tensión

- Jeringas
- Gasas
- Agujas
- Etc.

