



Úlceras por Presión

D.A. CECILIA ZAMORANO

Úlceras por presión



- Es una lesión de origen isquémico localizado en la piel y tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro al exterior. (guía practica del imss).
- Lesión localizada de la piel o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación, de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. (NPUAP, 2007)
- SINONIMIA : Úlceras de cama, úlceras por decúbito, llagas.

Epidemiología.

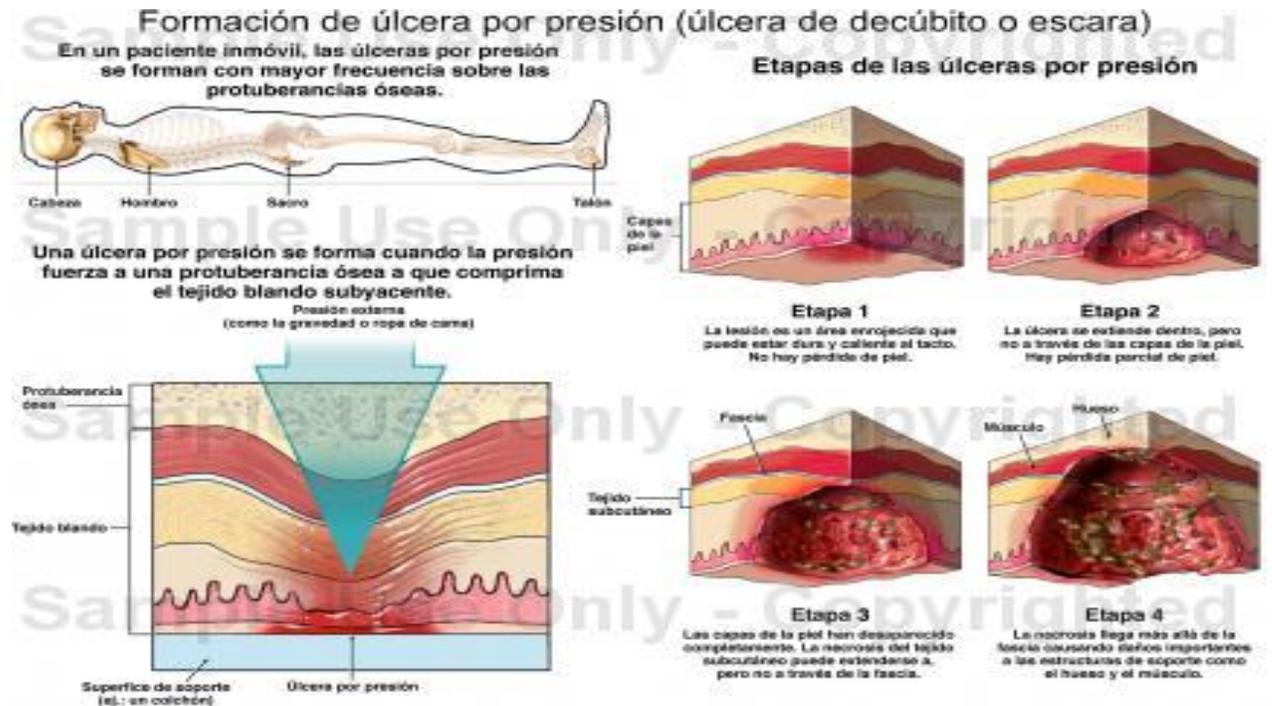
- **2/3: hospitales públicos y el 70% inciden en la edad de 70 años, menor en privada y resto en hogar.**
- **“Actualmente en México, 17 de cada 100 pacientes hospitalizados padecen úlceras por presión.” Dr. José Contreras Ruiz. Presidente de la Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas (AMCICHAC)**
- **95% de los casos son prevenibles**



Úlceras por presión.

Resultado de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos:

- carga mecánica excesiva
- Inmovilidad
- Incontinencia
- edad avanzada



Úlceras por presión



Inmovilidad



Nutrición

Nutrición

Signos de desnutrición crónica: disminución de turgencia de la piel, sequedad y descamación que condicionan lesiones dérmicas por fricción y cizallamiento

El estadio de la úlcera por presión, es inversamente proporcional a la gravedad del déficit nutricional.

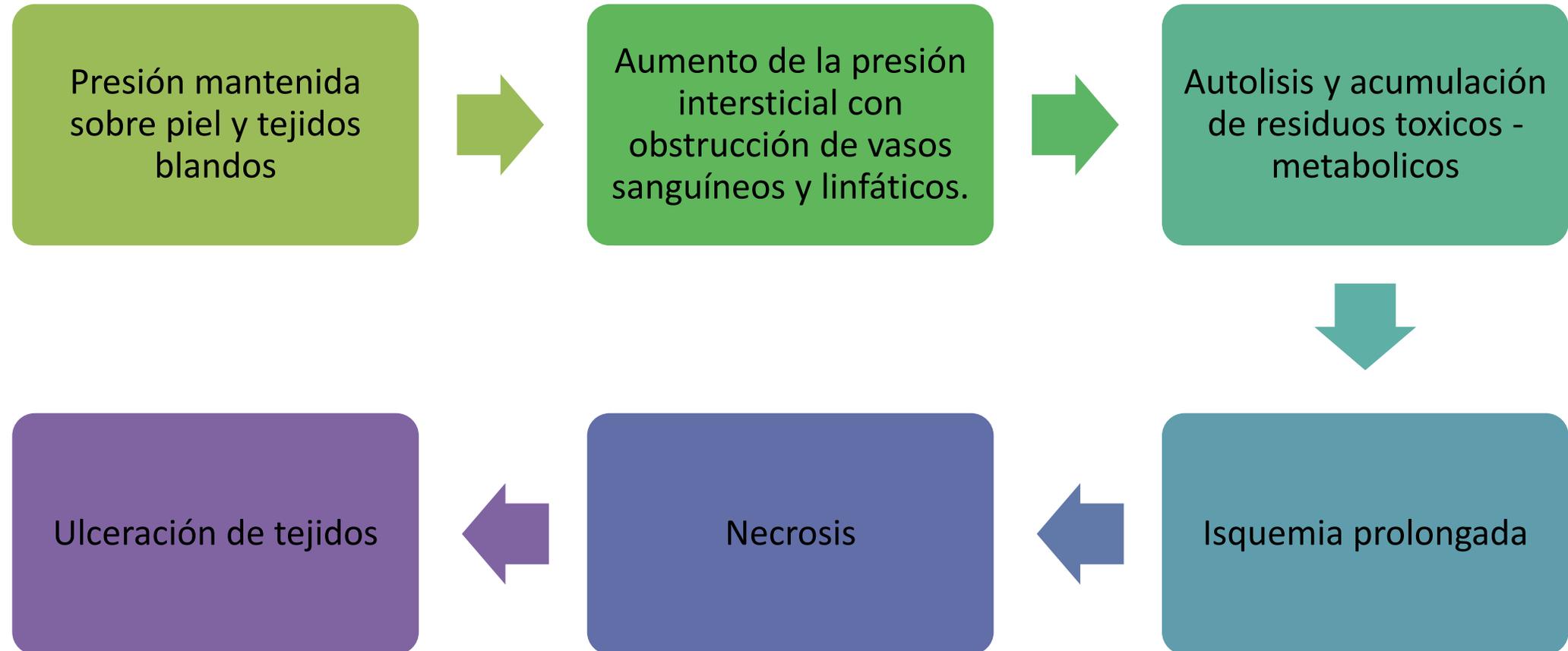
Objetivo: asegurar ingesta de los nutrientes necesarios para evitar el desarrollo de las UPP y favorecer su cicatrización

Factores de riesgo:

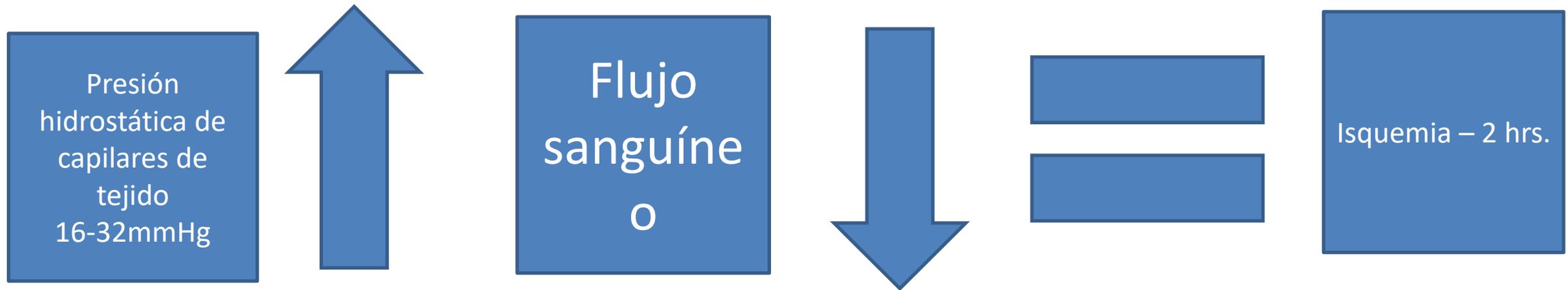
- ▶ **Intrínsecos:** inmovilidad o postración del enfermo, alteraciones respiratorias o circulatorias, insuficiencia vascular, vasoconstricción periférica, anemia, desnutrición.
- ▶ **Factores extrínsecos:** Abrasiones, humedad por incontinencia.
- ▶ **Factores ambientales:** colchones, sillas duras.
- ▶ **Factor físico:** presión.



Etiopatogenia = Presión + Tiempo



Fisiopatogenia.



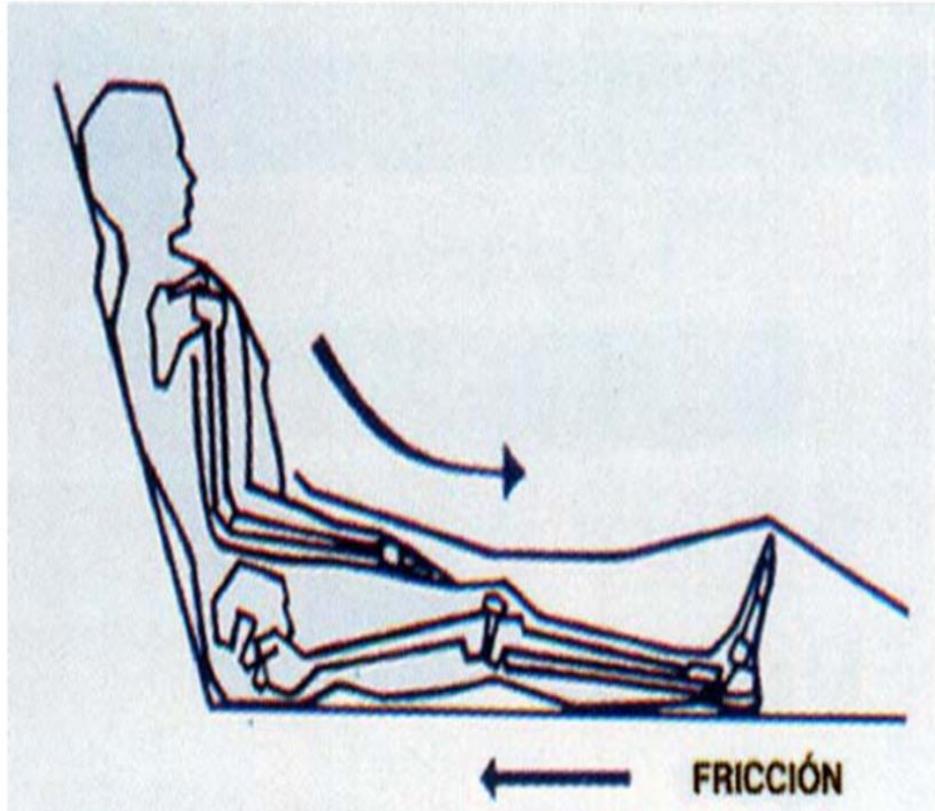


Fig. 3 Mecanismos de Fricción

Una presión externa de 70 mmHg sobre las prominencias óseas durante 1 hr, es suficiente para producir necrosis de los tejidos y ulceración.

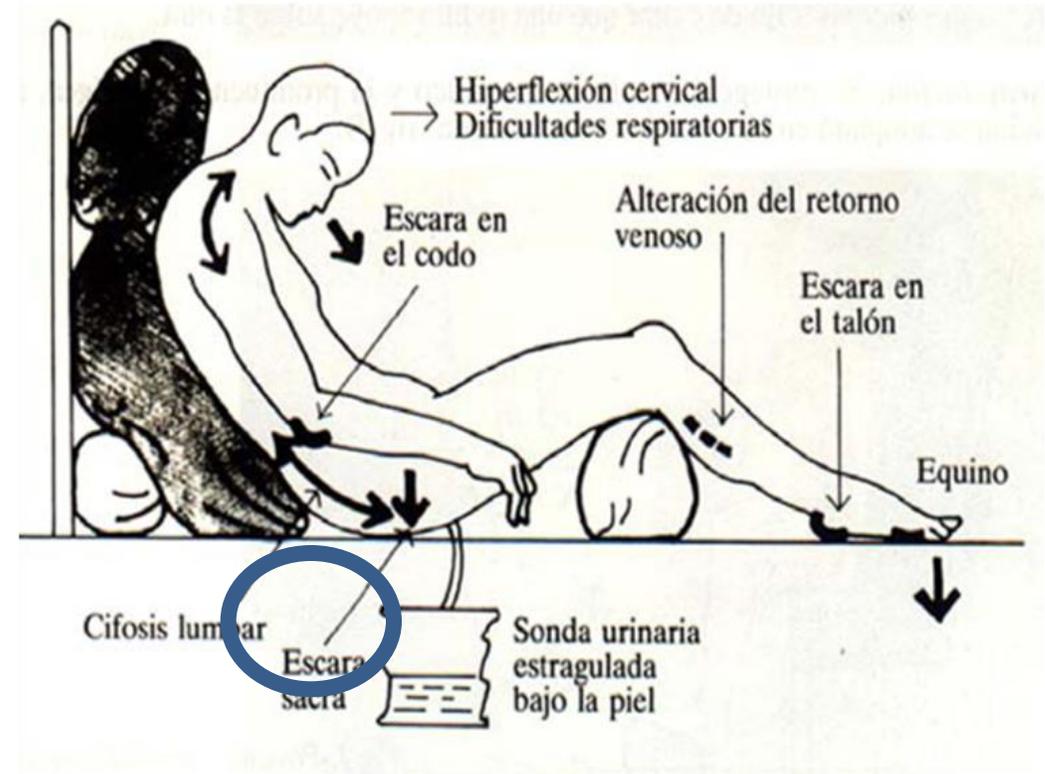


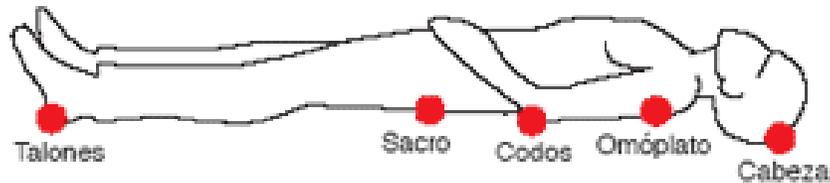
Fig. 4 Posición que hay que evitar

Fuerza de cizallamiento.

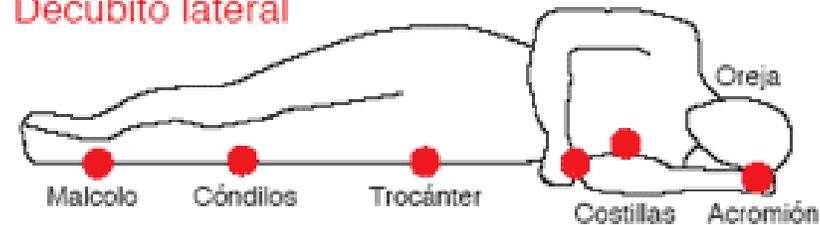
Sitios comunes

- Se visualizan escaras en:

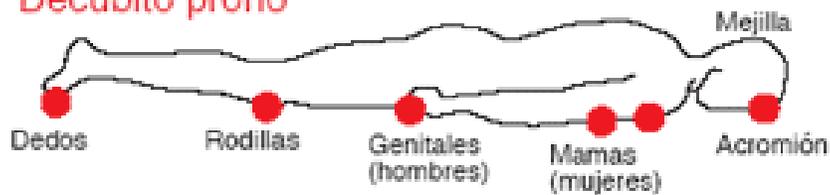
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



Diagnóstico diferencial

Dermatitis perineal

Por incontinencia urinaria o fecal.

Eritema a nivel del sacro, que no palidece a la presión, la humedad aumenta el riesgo de daño por fricción.

- Zona difusa de eritema, se extiende a ingles, interior de los muslos y nalgas.

Dermatitis por contacto

Por residuos de detergente en la ropa

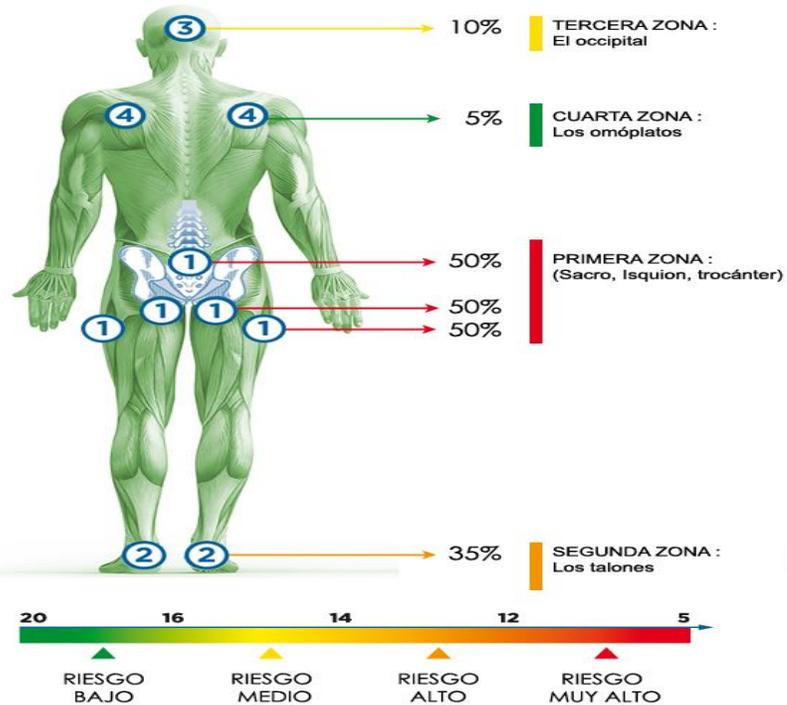
- Eritema, descamación, pápulas, vesículas y prurito intenso, lesión no localizada, extensa.

Diagnóstico.



ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras



ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4	
	Regular	3	
	Malo	2	
	Muy Malo	1	
ESTADO MENTAL	Alerta	4	
	Apático	3	
	Confuso	2	
	Estuporoso y Comatoso	1	
MOVILIDAD	Total	4	
	Disminuida	3	
	Muy limitada	2	
	Inmóvil	1	
ACTIVIDAD	Ambulante	4	
	Camina con ayuda	3	
	Sentado	2	
	Encamado	1	
INCONTINENCIA	Ninguna	4	
	Ocasional	3	
	Urinaria o Fecal	2	
	Urinaria y Fecal	1	
RESULTADO =			

ESCALA DE BRADEN

Riesgo de úlceras por presión.

Braden-bergstrom <13 = alto riesgo

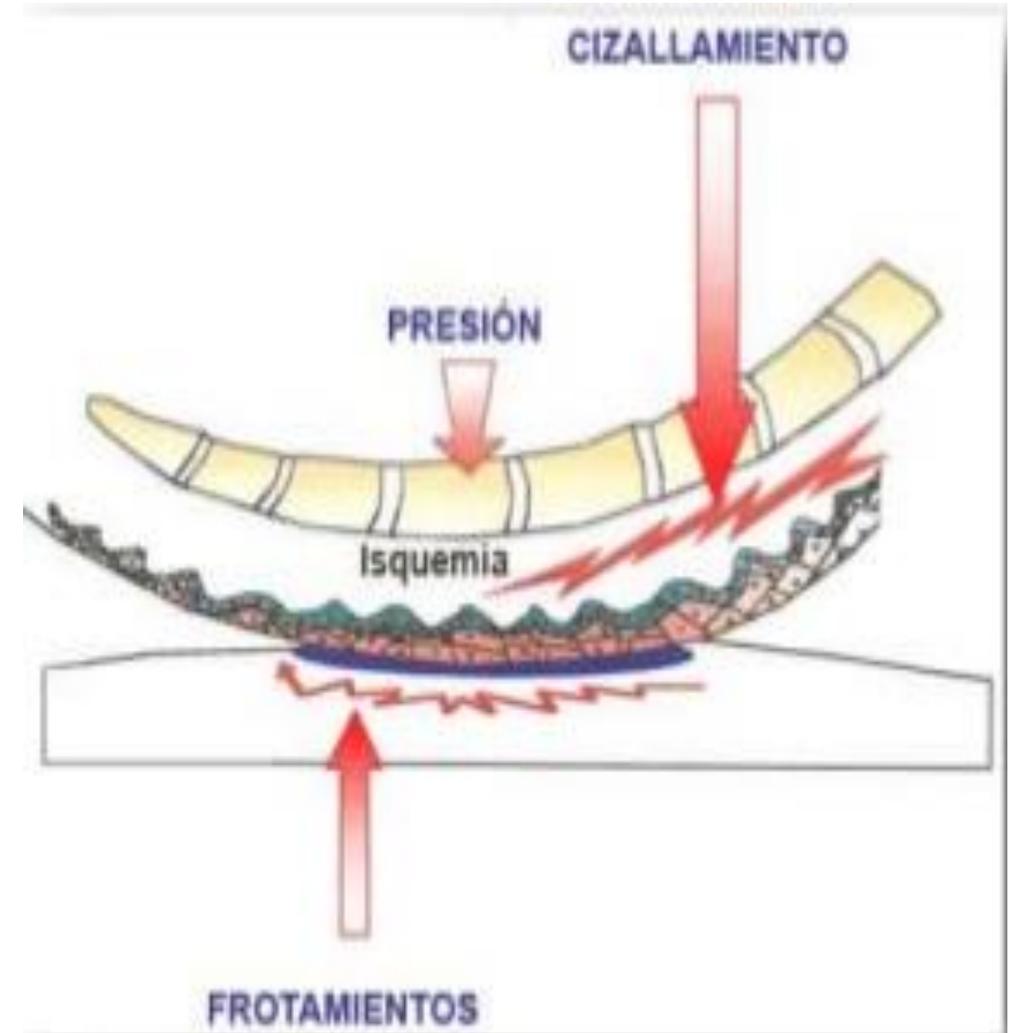
Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado

Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo

	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 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	

Piel

- Regeneración más lenta.
- Disminución de la fuerza de unión de las células en la epidermis, disminución del riego sanguíneo en la dermis.
- Disminuye o pierde sensibilidad al dolor.
- Se adelgazan todas las capas de la piel y se alteran los tejidos elásticos y colágeno que la componen.





ESTADIO I

Eritema Cutáneo que no palidece con Piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración; se puede utilizar también como indicadores, particularmente en las personas con piel oscura



ESTADIO II

Perdida parcial de grosor de la piel que afecta a la epidermis, a la dermis o ambas. La ulcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o una flictena



ESTADIO III

La ulcera es mas profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular pero no mas allá



ESTADIO IV

Destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel.

Sistema de codificación de úlceras cutáneas



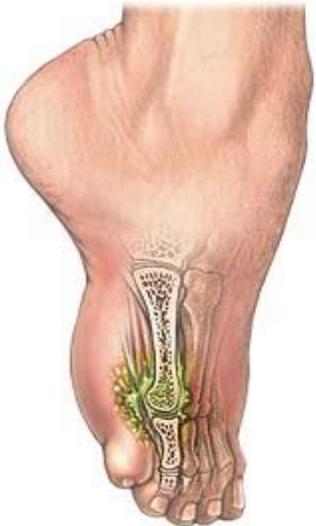
<p><u>ETIOLOGÍA</u> Vascular arterial Vascular Venosa Mixta Por presión Neurotrófica Iatrogénica Sin filiación</p>	<p><u>ESTADIO</u> Pre – úlcera Zona localizada de coloración violácea en piel intacta o ampolla llena de sangre Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV Úlcera imposible de estadificar</p>	<p><u>TAMAÑO</u> Pequeña 1 – 3 cm Mediana 3 – 6 cm Grande mayor de 6 cm</p>	<p><u>FORMA</u> Circular Ovalada Reniforme Herradura Serpiginosa Irregular</p>
<p><u>FONDO</u> Superficial Profunda Forma de copa Festoneado Crateriforme</p>	<p><u>FONDO</u> Limpio Rugoso Purulento Esfacelado Necrótico Granulación</p>	<p><u>BORDES DE LA ÚLCERA</u> Oblicuo Excavado perpendicular Mellado Evertido socavado</p>	<p><u>SECRECIÓN</u> Escasa Profusa Purulenta Hemorrágica Serosa</p>
<p><u>EVOLUCIÓN</u> Normal Tórpida</p>	<p><u>DOLOR</u> Ausente Leve Malestar Fuerte Insufrible</p>	<p><u>INFECCIÓN</u> Local Regional sistémica</p>	<p><u>PIEL PERILESIONAL</u> Integra Lacerada Macerada Eczematización Celulitis</p>

Tratamiento de las úlceras por presión

- Integral
- Equipo Multidisciplinario de salud
- Valoración global de al paciente
- Manejo de múltiples patologías y factores de riesgo.
- Historia clínica, exploración física valorando aspectos: mental, psicológico, económico y social.
- Acciones preventivas y oportunas para evitar la lesión y limitar el daño sí ya existe.

Complicaciones

- Endocarditis, meningitis, artritis séptica, pseudoaneurismas, abscesos, trayectos fistulosos, carcinoma de células escamosas, infestación por larvas o parásitos, osteomielitis, celulitis, bacteriemia, sepsis y complicaciones derivadas del tratamiento tópico.



Infección del hueso



Cambios típicos de la artritis en la rodilla derecha; cultivo de fluidos positivo a los gonococos



Manejo

PIEL

- Revisión diaria, limpia y seca, el agua tibia, jabones menos irritantes
- Secar suavemente, atención en pliegues, no masajear

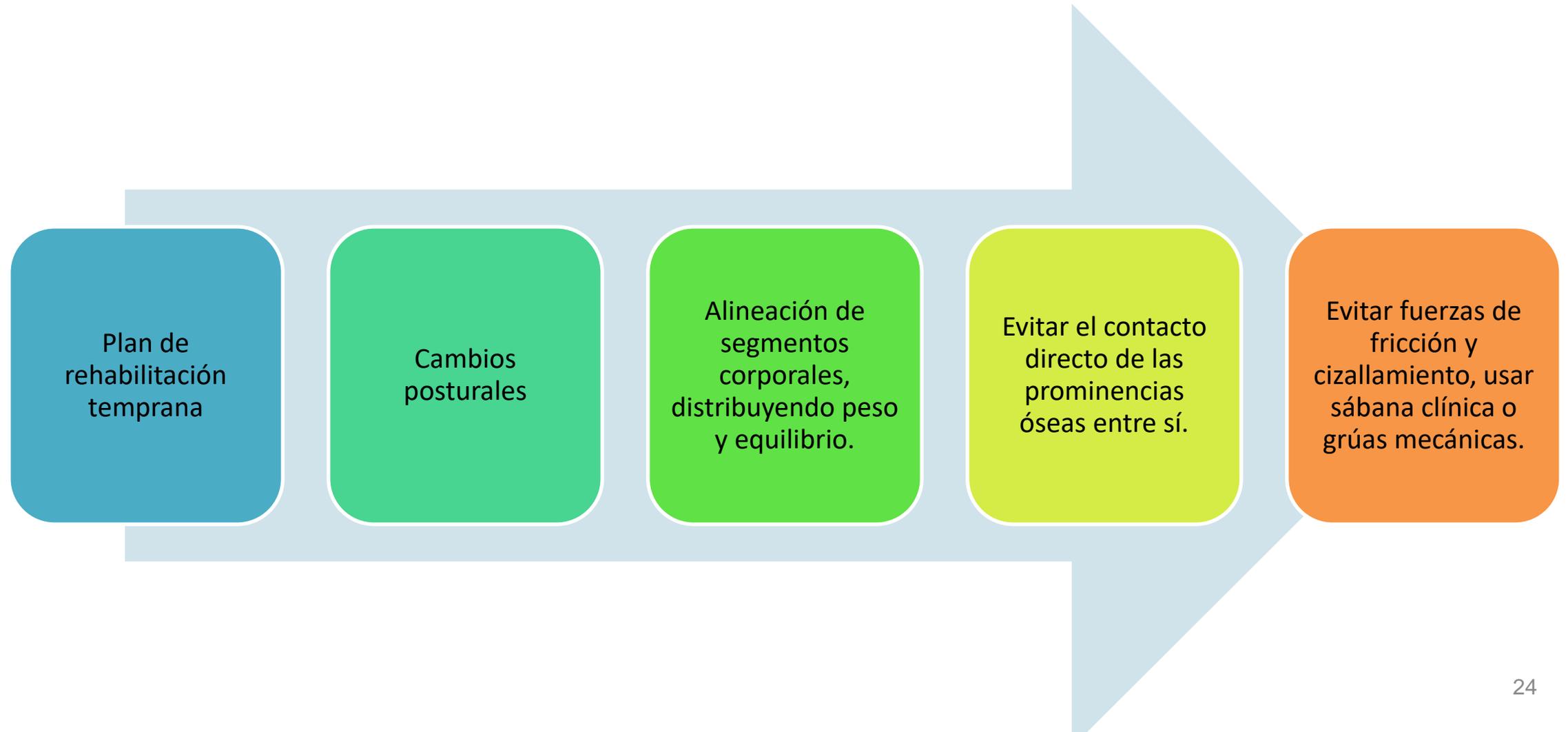
DOLOR

- Nociceptivo provocado por la lesión tisular
- Neuropático por daño al tejido nervioso periférico de la herida.

HUMEDAD

- Incontinencia urinaria y fecal: tratar la causa y proteger la piel
- Cambio de pañal inmediato, uso de sondas o colectores de orina

Manejo de presión



Tratamiento dispositivos anti – presión

Estáticos

- Zalea de borrego
- Colchones de hule espuma de huevera
- Colchones de agua.

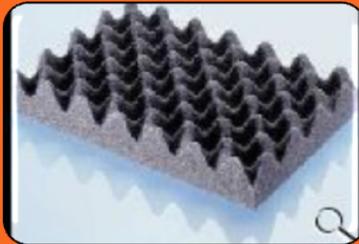
Dinámicos

- Colchones de aire alternante
- Colchoneta de aire alternante
- Colchón aerofluidizado



Zalea de borrego

- Disminuye la presión a nivel de las prominencias óseas
- Provoca irritación y ocasiona prurito en la piel del paciente



Colchón de hule espuma

- Mantiene la piel libre de humedad.
- Necesario reemplazarlos continuamente



Colchón de agua

- Redistribuye el peso del paciente, masajea la piel y estimula la circulación. Provoca sensación de vértigo y si el ambiente está frío puede provocar hipotermia



Colchón aerofluidizado

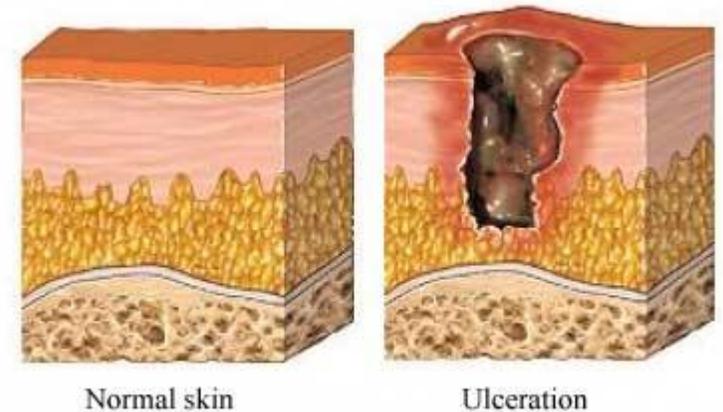
Anula totalmente la presión sobre las prominencias óseas, por lo que, no son necesarios los cambios de posición del paciente. Costo elevado

Cicatrización de las heridas

Las UPP tienden a la cronicidad porque no siguen un proceso de reparación ordenado hacia la cicatrización

1. Inflamatoria
2. Proliferativa
3. Maduración

- Fallas en el proceso de cicatrización: prolongación de la fase inflamatoria, la carencia de factores de crecimiento y la falta de equilibrio entre el depósito y la degradación tisular.
- Curación: la cura seca o tradicional y la curación avanzada.



Cura seca o tradicional

- Ambiente seco utilizando apósitos pasivos
- Uso de antisépticos tópicos realizarse 1-2 veces al día.
- Retrasa el proceso de cicatrización, la ausencia de humedad deshidrata el tejido y lo desvitaliza.



Curación avanzada

- Ambiente húmedo fisiológico, utiliza apósitos activos, que facilitan su cicatrización.
- No requiere antisépticos tópicos, la frecuencia depende de las condiciones de la herida.
- Previene la desecación, deshidratación y desvitalización de los tejidos, promueve la angiogénesis, estimula la síntesis de colágeno.
- Menos dolor, mayor velocidad en la cicatrización y mejor calidad de la cicatriz.



Antisépticos tópicos



- Povidona yodada: hipersensibilidad, citotóxica, hipernatremia.
- Peróxido de hidrógeno (agua oxigenada): favorece la limpieza y desbridamiento, retrasa la fase de remodelación de la cicatrización.
- Alcohol: deshidrata y lesiona el tejido de epitelización, dolor.
- Ácido acético o vinagre: útil vs pseudomonas, tóxico para fibroblastos.
- Violeta de genciana: deshidrata los tejidos, enmascara las lesiones.
- Jabón: irritante, no es efectivo contra microorganismos, deshidrata y desvitaliza los tejidos.

DEBRIDAMIENTO

- Eliminación del tejido necrótico para disminuir carga bacteriana,
- Reduce productos de desecho que impiden la cicatrización
- Prevención de infección y valorar el lecho y bordes de la herida.
- Si no se elimina el tejido necrótico existe mayor riesgo de infección.



Bibliografía.

- Rodríguez M. et al. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.
- Espinosa Manriquez Esperanza. Úlceras por presión.
- Allman RM. Clínicas Médicas de Norteamérica. Editorial Interamericana. Vol. 6/1989. Medicina Geriátrica: Aspectos Particulares..
- Fotos extraídas de la Guía de úlceras por presión de HUNTLEIGH



VE LO QUE LOS DEMÁS NO VEN.
LO QUE LOS DEMÁS DECIDEN NO VER,
POR TEMOR, CONFORMISMO O PEREZA.
VE EL MUNDO DE FORMA NUEVA
CADA DÍA.

Patch Adams