



**Nombre del alumno: Maricela Álvarez
Ton**

**Nombre del profesor: Lic. Reymundo
Hernández**

Licenciatura: Enfermería

Materia: Gerontogeriatrica

**Nombre del trabajo: Úlceras por
Presión**

ULCERAS POR PRESIÓN

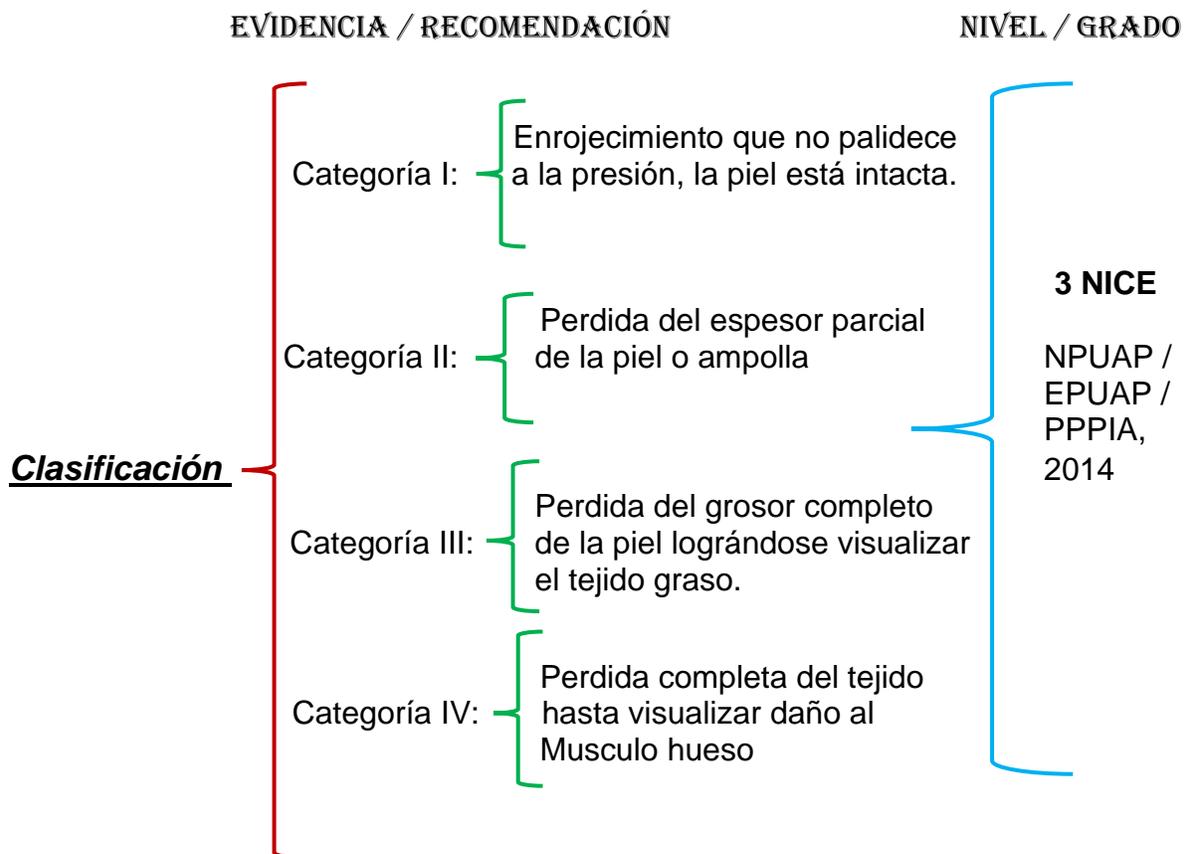
- La ulcera por presión es una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa.

Las úlceras por presión, son una complicación trágica, evitable de la inmovilidad, afectan la calidad de vida de los pacientes, llegando incluso ocasionando la muerte. Impactan en las esferas humanas debido a que esta entidad reduce al desgaste físico, emocional, carga económica y social del entorno familiar que lleva a hospitalizaciones prolongadas.

La ulcera por presión se considera una entidad importante por su incidencia y alta prevalencia por las perspectivas asociadas, prevalencias de las úlceras por presión es difícil de establecer, dependiendo el tipo de estudio, una ulcera por presión, aunque que son más propensas de la edad avanzada, las mujeres gravemente enfermas con condición neurológica, problemas de movilidad, alteraciones nutricionales, mala postura, ingreso a unidad de cuidados intensivos y hospitalizaciones prolongadas.

CLASIFICACION DE ULCERAS POR PRESION.

Las úlceras por presión se clasifican en 4 categorías o estadios.



FACTORES DE RIESGO PARA ULCERAS POR PRESIÓN

| | Evidencia recomendación | Nivel Grado |
|----------|--|---|
| E | Las úlceras por presión por presión se desarrollan como reclutado de una compresión sostenida de un área caporal específica, entre dos planos duros, sobre alguna prominencia ósea. | 3 NICE Grey JE, 2006 |
| E | La compresión aplica a la piel que sobre pasa la presión arteriolar de 32 mmhg, origina hipoxia, acumulación de productos de degradación metabólica y generación de radicales libres. La presión excede > 70 mmhg por dos horas resulta por un daño celular irreversible. La formación de las úlceras ocurre más rápidamente ante presiones mayores y el alivio intermitente de la presión previene el daño. | 3 NICE Berlowitz D, 2014 |
| E | En la formación de las úlceras por presión parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, van que para la piel puede soportar presiones elevadas, pero solo durante cortos periodos de tiempos. | 3 NICE GNEAUPP, 2013 |
| E | Los pacientes que se encuentran en decúbito supino o prono en un colchón “estándar “de hospital puede generar presiones de 150mmhg y al estar en posición sedente presiones hasta 300 mmhg en las tuberosidades isquiáticas. | 3 NICE Berlowitz D, 2014 |
| E | Las presiones sobre las prominencias óseas suelen resultar en una distribución en “cono” o “punto de iceberg”, siendo afectado en mayor medida el tejido mas profundo adyacente a la interface hueso-musculo, por lo que la extensión del tejido dañado es mayor a la visible. | 3 NICE Berlowitz D, 2014 |
| E | Cerca de cien factores de riesgo se han identificado en la literatura, siendo los más importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad • Malnutrición • Hipoperfusión • Perdida de la sensibilidad | 3 NICE Berlowitz D, 2014 |
| E | Los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión los podemos clasificar como: <ul style="list-style-type: none"> • Intrínsecos • Extrínsecos | 3 NICE Catherine N, 2011 |
| E | Los factores intrínsecos son aquellos que forman parte de las condiciones propias del paciente, y se debe evaluar en todo paciente dependiendo como: <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad y movilidad limitada • Hospitalización prolongada • Deterioro del estado de alerta • Enfermedades neuro-degenerativas • Comorbilidades (diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, enfermedades renales) | D NICE Braden B, 2000 García AD, 2006 |

| | | |
|----------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión • Cáncer • Fractura de cadera • Malnutrición o restricciones dietéticas • Edentulia o mala salud bucal • Fármacos que deprimen el sistema nervioso central • Depresión • Incontinencia urinaria o fecal • Envejecimiento general y cutáneo <p>Pérdida de elasticidad cutánea Perdida de grasa subcutánea</p> | |
| E | <p>Los factores extrínsecos son aquellas condiciones que se relacionen con el entorno del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión. La presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de una úlcera por presión. Por ejemplo, la presión constante con cualquier superficie dura como cama, silla o camilla. • Fricción. Acción que produce el roce de la piel contra otra superficie. Es una fuerza tangencial que actúa paralela a la piel, se produce cuando una parte del cuerpo del paciente (codos, sacro y tobillos) roza contra una superficie áspera como la sabana descamando las células epidérmicas, disminuyendo la resistencia de la piel. • Cizallamiento. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presenta cuando el paciente se encuentra mal sentada en la cabecera se eleva más de 30°. En esta situación los tejidos externos permanecen fijos contra la sabana, mientras que los más profundos se deslizan, comprimiendo los vasos sanguíneos y privando de oxígeno la piel. • Humedad. Es la presencia de cualquier líquido o al vapor de agua que impregne la superficie de la piel. Por ejemplo, la provoca por incontinencia fecal o urinaria, sudoración excesiva, humedad en pliegues, esto macera y reblandece la piel disminuyendo su resistencia e incrementa 5 veces el riesgo de presentar erosión y ulceración. | <p>3 NICE Braden B, 2000 García AD, 2006</p> |
| E | <p>El deterioro de la movilidad o inmovilidad es el factor de riesgo más importante para la presencia de úlceras por presión.</p> | <p>3 NICE Arango-Salazar C, 2006</p> |

EVALUACIÓN Y DETECCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

El manejo de las úlceras por presión inicia con una evaluación integral, considerando la condición general del paciente, identificar factores de riesgo reversibles que favorecen la formación de la úlcera y la evaluación clínica de la úlcera.

La evaluación del estado de la piel sirve como un identificador temprano de daño tisular, por ejemplo, la presencia de eritema, calor local, edema, induración o dolor, suelen indicar el inicio de una úlcera por presión.

Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo lo antes posible (máximo 8 horas después de su ingreso) con el objetivo de identificar individuos en riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Deben ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en la condición individual.

Valoración.

Para una valoración integral se recomienda incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que pueden haber situado a la persona en riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Recomendaciones.

Dentro de la valoración integral se recomienda documentar todos los factores de riesgo de úlceras por presión.

Se recomienda identificar la presencia de dolor como parte de evaluación de la piel ya que puede ser atribuido al daño por compresión.

Se recomienda la inspección de la piel que están en contacto y alrededor de los dispositivos (colchón) por lo menos 2 veces al día, en búsqueda de signos de daño por presión.

Se recomienda realizar evaluaciones frecuentes en pacientes vulnerables a retención hídrica o en aquellos que presentan edema periférico o generalizado.

Se recomienda utilizar la escala de Braden para identificar pacientes en riesgos de desarrollar úlceras por presión debido a su mayor difusión y fácil empleo empleo, utiliza 6 subescalas:

- Percepción sensorial
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Fricción y cizallamiento

Se recomienda que la evaluación de la úlcera.

- Longitud, anchura y profundidad
- Presencia de fistulas, tejido necrótico y exudados
- Evidencia de curación como presencia de tejido de granulación
- Fotografías secuenciales de las úlceras pueden ser de utilidad

- Temperatura
- Presencia de edema
- Cambios en la consistencia del tejido afectado en relación al sano

Se recomienda utilizar la escala

La infección de la úlcera afecta su curación. La posibilidad de infección puede presentarse aun en ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistemática.

La infección de la úlcera puede presentarse con signos locales como:

- Calor
- Eritema
- Dolor
- Exudado purulento
- Fetidez

Sin embargo, las manifestaciones clínicas de infección pueden ser variables y tener como único signo el retraso en su curación.

Otras complicaciones poco frecuentes asociadas a las úlceras por presión se incluyen.

- Tracto fistuloso que puede comunicar a intestino y vejiga.
- Calcificación heterotrofia
- Amiloidosis sistemática debido a proceso inflamatorio crónico favorecido por la úlcera.
- Carcinoma de úlceras por presión crónica y debe ser considerada en úlceras que no curan.

Existen más de 40 herramientas de evaluación de riesgo de úlceras por presión, en la actualidad las más utilizadas son las de Norton, de Braden y de Waterlow.

La puntuación de la escala de Braden va de 6 a 23 puntos. La graduación del riesgo de úlceras es el siguiente:

- 17 a 23. Riesgo mínimo o sin riesgo de úlceras por presión.
- 15 a 16. Riesgo leve.
- 13 a 14. Riesgo moderado.
- 6 a 12. Riesgo alto.

INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN O EVITAR LA PROGRESIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Las intervenciones para prevenir y evitar la progresión de las úlceras por presión están orientadas a:

- Evaluar el riesgo.
- Educación al paciente y personal de salud.
- Cuidados generales de la piel.

- Redistribución de la compresión (cambios de posición).
- Reducir la fricción y cizallamiento.
- Evaluar y mejorar estado nutricional.

Las úlceras por presión suelen desarrollarse en las prominencias óseas, las siguientes zonas se deben evaluar:

- Región occipital y temporal del cráneo.
- Omóplatos.
- Apófisis espinales.
- Hombros y codos.
- Sacro y cóccix.
- Tuberosidades esqueléticas.
- Trocánteres.
- Rodillas, talones y maléolos.
- Zonas metatarsianas, dedos de los pies.
- Pabellones auriculares.

Las intervenciones para prevenir y evitar la progresión de las úlceras por presión están orientadas a:

- Evaluar el riesgo.
- Educación al paciente y personal de salud.
- Cuidados generales de la piel.
- Redistribución de la compresión (cambios de posición).
- Reducir la fricción y cizallamiento.
- Evaluar y mejorar estado nutricional.

Se debe de concientizar y educar al profesional de la salud en la valoración integral de la piel para detectar cualquier alteración en su integridad, a través de:

- Establecer la valoración del riesgo como política institucional.
- Empleo estructurado de un instrumento de valoración del riesgo (Escala de Braden).
- Capacitar al personal de salud en la documentación y el uso del instrumento para la valoración del riesgo.

Se debe educar al paciente, familiar o cuidador respecto a:

- Capacidad de reconocimiento de signos tempranos de daño por presión.
- Proporcionar información verbal y por escrito acerca de:

Prevención de úlceras por presión.

Movilización. o Control de la humedad.

Uso de superficies que alivien la presión.

Cuidado de las heridas.

Las personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben de ser colocadas sobre superficies de redistribución de la presión como camas y colchones especiales.

En las intervenciones para reducir la fricción y cizallamiento se aconseja:

- Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.

- Tender la cama dejando holgada la sabana móvil en la zona los dedos de los pies evitando la fricción.
- Movilizar cuidadosamente al paciente, evitando la fricción y cizallamiento
- Instaurar medidas encaminadas al alivio de la presión y la fricción especialmente en las zonas más propicias para desarrollar úlceras por presión, por ejemplo:
 - Películas transparentes.
 - Apósitos hidrocoloides.
 - Cremas sobre prominencias óseas.
 - No sobrepasar los 30° en posición decúbito lateral para evitar apoyar el peso sobre el trocánter.
 - Colocar protectores en codos y talones, si fuera necesario.

Se deberá valorar signos de alarma cutáneos tales como:

- Identificar resequedad.
- Lesiones incipientes.
- Eritema.
- Maceración
- Piel de cebolla.
- Zonas con dispositivos terapéuticos invasivos (ventilación mecánica, sondas vesicales, sondas nasogástricas), no invasivos (sujeciones mecánicas, férulas y yesos, entre otros)
- Zonas con lesiones anteriores.
- Observar la existencia de eritema y de cualquier tipo de calor localizado, edema o induración, especialmente en personas con pigmentación oscura.

En las intervenciones para la redistribución de la presión (cambios de posición) en pacientes inmóviles, se recomienda:

- La frecuencia de cambios de posición será determinada por la tolerancia individual, nivel de actividad, movilidad, condición médica, objetivos del tratamiento y evaluación de las condiciones de la piel.
- En adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión los cambios de posición cada dos horas, aun cuando esté presente alguna superficie que alivie la presión por ejemplo colchones de presión alterna o fluida.
- Los cambios de posición durante la noche serán cada tres horas con la cabecera a 30°.
- Registrar en documentos institucionales la frecuencia de los cambios de posturales y el resultado obtenido.
- Colocar el programa de cambios posturales en la cabecera a la vista de todos.

CUIDADOS DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN

Las úlceras por presión se debe tener una visión integral de los cuidados que involucre tanto los cuidados generales como los cuidados locales de la lesión.

Los cuidados generales recomendados son:

- Alivio de la presión sobre los tejidos ulcerados.
- Prevención de aparición de nuevas lesiones.
- Soporte nutricional.
- Manejo adecuado del dolor.
- Valoración psico-social.
- Valoración cognoscitiva.
- Educación del cuidador principal y el paciente.

Cuidados locales de la lesión son:

- Limpieza de la úlcera.
- Mantenimiento de la higiene del lecho ulcerado.
- Desbridamiento.
- Tratamiento de la infección en la úlcera.

Se debe emplear solución salina para la limpieza de las úlceras por presión no infectadas ya que no impide el proceso de cicatrización, no provoca daño tisular, alergias, ni altera la flora normal de la piel.

Se recomienda mantener la piel limpia y seca. Se debe limpiar la úlcera por presión cada vez que se realice el cambio de apósito que la cubre. La primera intervención es la irrigación con agua estéril o solución salina 0.9% en hospitalización.

Se recomienda instaurar un plan de continencia urinaria/fecal individualizada. Se debe limpiar inmediatamente la piel circundante y la úlcera por presión (si fue expuesta) posterior a cada episodio de incontinencia.

Para la limpieza de la herida se recomienda la siguiente técnica:

- Limpieza gentil con solución fisiológica, agua destilada o agua potable.
- Utilizar una jeringa de 20 ml con un catéter venoso periférico para la irrigación de la herida durante la limpieza.
- NO lesionar el tejido durante la limpieza de la herida evitando en lo posible abrasión, fricción y demasiada presión.
- Evitar el sangrado durante la limpieza.
- La úlcera por presión con tractos tunelizados o socavados, debe limpiarse con mayor precaución y menor presión de lavado.
- La zona de limpieza debe extenderse 1 cm al borde de la úlcera.
- Vigilar el flujo de la irrigación y desechar de manera adecuada el líquido ocupado, de manera que se evite la contaminación cruzada.

- No se recomienda frotar vigorosamente la piel con riesgo de úlcera por presión o en categoría I cuando se realice la limpieza.
- La fricción puede provocar dolor y destrucción aún mayor de tejido, reacción inflamatoria local, particularmente en adultos mayores frágiles.

Se recomienda para la limpieza de la UPP en categoría II, III y IV irrigación con agua estéril o solución salina 0.9% en hospitalización o en domicilio agua que se utiliza para beber.

Los objetivos recomendados para la limpieza de la úlcera en categoría II, III y IV son:

- Retirar restos orgánicos, inorgánicos y el exudado presente en la lesión.
- Rehidratar la superficie de la herida.
- Facilitar la inspección de la herida.
- Disminuir el riesgo de infección.

Referencia:

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-104-08