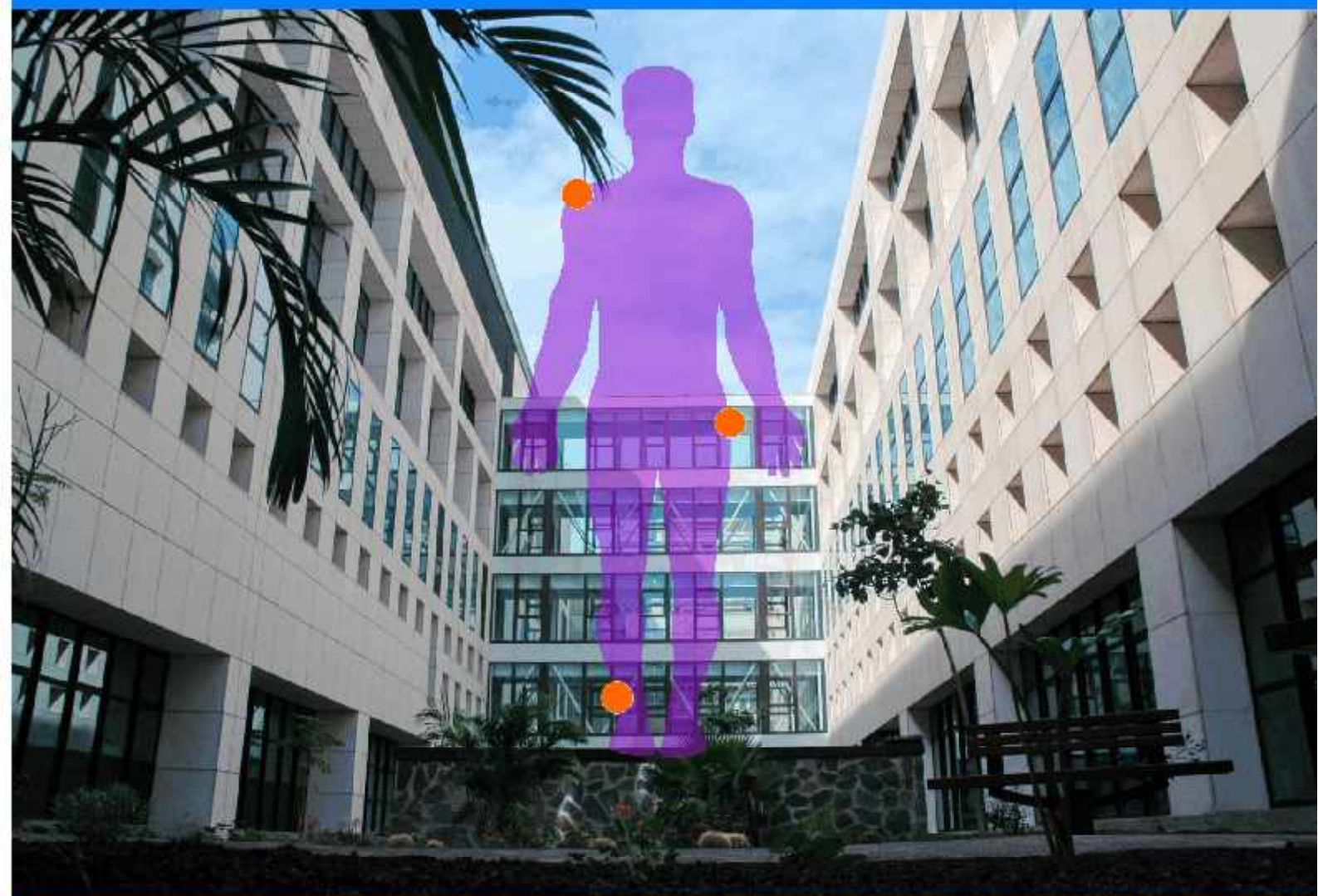


GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN



Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil



Servicio
Canario de la Salud



Gobierno
de Canarias

AUTORES

Dña. Otilia Silva González. Supervisora de la planta 5 sur HUIGC.

Dña. José Sabroso Mellado. Enfermero de la planta 6 sur HUIGC.

Dña. Yaiza Cáceres Hernández. Enfermera de la planta 7 sur HUIGC.

Dña. M^a Teresa Bermúdez Jiménez. Enfermera de la planta 8 sur HUIGC.

Dña. Isabel García Lázaro. Enfermera de la planta 9 sur HUIGC.

Dña. Carmen Suárez González. Enfermera de la planta 10 sur HUIGC.

D. Francisco Jorge Gómez Sánchez. Enfermero de la planta 11 sur HUIGC.

Dña. Consuelo Naranjo Cabrera. Supervisora de la planta 8 HUMIC.

D. Alejandro Batista Meléndez. SAF de la Unidad de Formación y Docencia.

Dña. Alicia Hernández Santana. Enfermera de la Unidad de Gestión de la Calidad.

Dña. Cristina García del Rosario. Enfermera de la Unidad de Gestión de la Calidad.

Dña. Amparo Fuster Pardo. SAF de la Unidad de Gestión de la Calidad.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Se han hecho importantes contribuciones a esta guía por los distintos profesionales, cuyas experiencias e ideas han sido la fuente de inspiración para la elaboración de la misma, en especial a:

- ❖ Los profesionales del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, por su labor encomiable y diaria, derrochando, sin medida, ilusiones y trabajo, para conseguir unos cuidados de calidad.
- ❖ Dirección Gerencia, Dirección de Enfermería y Coordinación del Área de Gestión de la Calidad, por su implicación y apoyo en este proyecto.
- ❖ Doña Teresa Ramírez Lorenzo, por la aportación de sus conocimientos metodológicos a esta primera “Guía de Cuidados de Enfermería en la Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión” del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.
- ❖ Doña Eva Elisa Álvarez León, por sus consejos constructivos en el momento adecuado y en la forma correcta.
- ❖ Don Juan Pablo Jiménez Jiménez por sus ilustraciones, diseño y composición del documento.
- ❖ Doña María Dolores González Santana por compartir sus conocimientos a nivel de formatos y consejos de redacción.
- ❖ Don Rubén Alvarado Benítez por su disponibilidad y apoyo a este proyecto en todo momento.
- ❖ Al Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión (GNEAUPP) y en especial a Don J. Javier Soldevilla por su revisión crítica del documento y sus valiosas aportaciones.
- ❖ Don Juan Pablo Jiménez Jiménez por sus ilustraciones, diseño y composición del documento.
- ❖ Y a Don Orlando Suárez Suárez por insertar las imágenes que nos identifican como Complejo Hospitalario.

Y finalmente, gracias a todos los usuarios por ser nuestro motor impulsor para seguir mejorando.

ÍNDICE

1. Introducción
 - 1.1. Presentación
 - 1.2. Justificación
 - 1.3. Objetivos
 - 1.3.1. Objetivos generales
 - 1.3.2. Objetivos específicos
2. Revisión conceptual
 - 2.1. Recuerdo anatómico-fisiológico
 - 2.2. Definición
 - 2.3. Etiopatogenia
 - 2.4. Valoración del riesgo
 - 2.4.1. Grupos de riesgo
 - 2.4.2. Factores de riesgo
 - 2.5. Localizaciones más frecuentes
 - 2.6. Clasificación-Estadiaje
 - 2.7. Complicaciones
3. Prevención de las Úlceras por Presión
 - 3.1. Valoración. Escala de Braden
 - 3.2. Diagnósticos de enfermería
 - 3.3. Objetivos
 - 3.4. Planificación y ejecución de cuidados de enfermería en la prevención
 - 3.5. Evaluación
4. Tratamiento de las Úlceras por Presión
 - 4.1. Valoración
 - 4.2. Diagnósticos de enfermería
 - 4.3. Objetivos
 - 4.4. Planificación y ejecución de cuidados de enfermería en el tratamiento
 - 4.4.1. Medidas generales
 - 4.4.2. Estadio I
 - 4.4.3. Estadio II
 - 4.4.4. Estadio III y Estadio IV
 - 4.5. Manejo de la infección
 - 4.6. Manejo del exudado abundante
 - 4.7. Manejo de la necrosis/esfacelos. Tipos de desbridamiento
 - 4.8. Normas básicas para la obtención de una muestra de exudado (GNEAUPP)
 - 4.9. Cuidados de Enfermería de UPP en Cuidados Paliativos
5. Evaluación: Indicadores y Parámetros
6. Bibliografía
7. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN

En Julio de 2007 se crea el Grupo de Trabajo para la Prevención de Úlceras por Presión (UPP) del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), encargado de protocolizar la actuación de enfermería en la prevención, seguimiento y tratamiento de las UPP en nuestro Complejo Hospitalario.

Debido a que las UPP pueden ser prevenidas y a la importancia de evitar su aparición en pacientes hospitalizados, surge la necesidad de la elaboración de una Guía de Cuidados estandarizados.

Esta “Guía de Cuidados de Enfermería para la Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión” pretende servir de ayuda a los enfermeros/as de nuestro Complejo que prestan cuidados a pacientes ingresados con UPP o con riesgo de desarrollarla durante su ingreso, unificando criterios y estableciendo protocolos que garanticen una asistencia integrada.

Deseamos que sea una guía útil, práctica y dinámica que nos permita su revisión y actualización periódica, abierta a sugerencias y aportaciones de los profesionales.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El índice de UPP es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados que presta enfermería, y dado que la aparición de UPP es una complicación frecuente e importante, que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo, al igual que produce prolongación de su tratamiento, siendo en su mayoría prevenibles y en un 95% evitables (Hibbs 1987, Waterlow 1996), nos obliga a disponer de una Guía de Cuidados que unifique los criterios de actuación enfermera, protocolizando acciones para una mejor prevención, valoración de la lesión y tratamiento de las UPP, basándonos en las mejores evidencias científicas disponibles.

Resulta difícil comparar las tasas de incidencia y prevalencia de las lesiones por presión publicadas, ya que los criterios de inclusión en los estudios varían enormemente; en Estados Unidos la incidencia de lesiones por presión en pacientes hospitalizados varía desde un valor tan bajo como el 2%, hasta un valor tan alto como el 40% (Allman et al.1986; Shannon and Skorga 1989; Goodrich and March 1992). Se calcula que la prevalencia de las úlceras por presión en España se sitúa entorno al 12% en hospitales de agudos (Soldevilla 1999), y se espera que debido a las características del entorno sanitario español, donde hay un progresivo envejecimiento de la población, típica de los países desarrollados, junto con la creciente demanda de hospitalización de estas personas ancianas, el problema continúe e incluso se agrave.

Dentro de este marco, la aparición de UPP es un importante problema de salud con graves y múltiples consecuencias a diferentes niveles; ya no sólo para los pacientes y sus familias, sino para el propio sistema sanitario y los distintos profesionales que en él trabajamos.

Las UPP constituyen un serio problema con una trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y en sus familiares por un lado, pero también ocasionan una sobrecarga asistencial y un aumento de costes a los servicios de salud.

De forma general, la aparición de una UPP va a originar un discomfort tanto en el paciente como en la familia; puede agravar su estado de salud, aumentando el riesgo de infección y llegando a elevar la incidencia de mortalidad en sujetos de edad avanzada; provoca alteración de la autoestima, aumento de la ansiedad en la familia e importantes repercusiones sociales, laborales e incluso legales; incrementan notablemente el coste económico derivado del tratamiento y cuidado de las lesiones, de las posibles complicaciones y del aumento en las cargas de trabajo para enfermería. Por todo ello, las UPP se convierten en un indicador negativo de la calidad de los cuidados prestados al paciente.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS GENERALES

Unificar los criterios en los cuidados de enfermería en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las UPP, en base a la evidencia científica.

Implementar una herramienta consensuada y de fácil manejo para los profesionales de enfermería.

Disminuir la tasa de incidencia de UPP prevenibles en los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario.

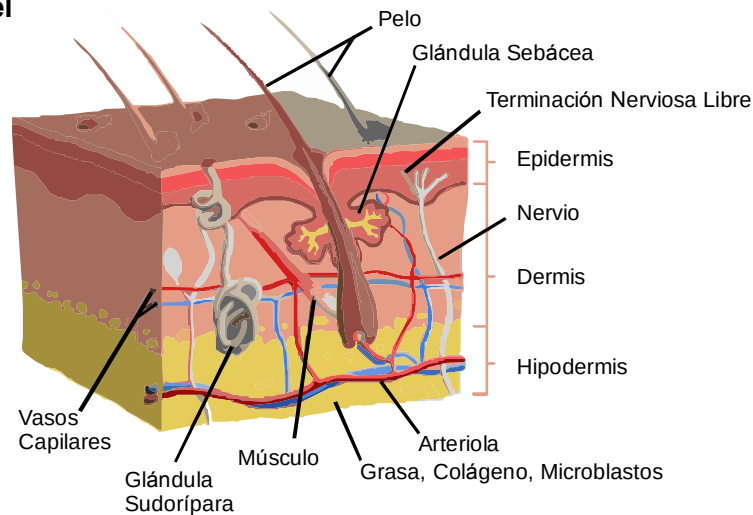
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▣ Identificar por medio de la escala de valoración de Braden a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.
- ▣ Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.
- ▣ Definir las actividades de enfermería, encaminadas a la prevención y tratamiento de las UPP.
- ▣ Estandarizar los cuidados enfermeros en la prevención y tratamiento de las UPP, utilizando para ello la Taxonomía NANDA.
- ▣ Implicar e instruir al paciente y/o cuidadores en la planificación y ejecución de cuidados, con conocimiento o eficacia adecuada en el cuidado de la piel y prevención de las úlceras por presión.

2. REVISIÓN CONCEPTUAL

2.1. RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO

La Piel



La piel es el órgano más extenso del cuerpo, al que recubre en su totalidad. Además de actuar como escudo protector contra el calor, la luz, lesiones e infecciones, la piel también cumple estas funciones:

- Regula la temperatura corporal.
- Almacena agua y grasa.
- Es un órgano sensorial.
- Evita la pérdida de agua.
- Previene la entrada de bacterias.

Las características (es decir, el grosor, el color, la textura) de la piel no son uniformes en todo el cuerpo. Por ejemplo, la cabeza presenta más folículos pilosos que cualquier otra parte, mientras que la planta de los pies no tiene ninguno. Además, la piel de la planta de los pies y de la palma de las manos es más gruesa.

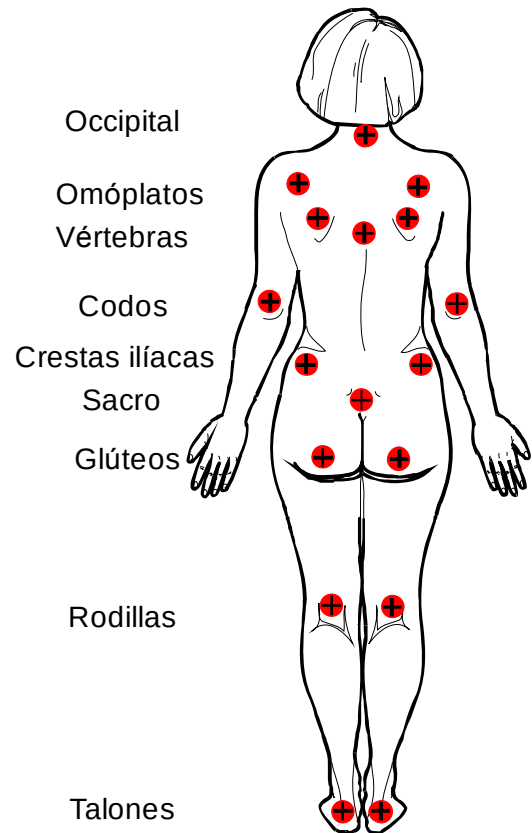
La piel está compuesta por las siguientes capas, cada una de ellas desempeña distintas funciones:

- Epidermis.
- Dermis.
- Capa de grasa subcutánea.

Epidermis	La epidermis es la capa externa delgada de la piel compuesta por las tres partes siguientes: ▫ Estrato córneo (capa córnea). Esta capa consiste en queratinocitos completamente maduros que contienen proteínas fibrosas (queratinas). La capa más externa se renueva constantemente. El estrato córneo previene la entrada de la mayoría de las sustancias extrañas y la pérdida de fluidos corporales. ▫ Queratinocitos (células escamosas). Esta capa, que se encuentra debajo del estrato córneo, contiene queratinocitos activos (células escamosas), que maduran y forman el estrato córneo. ▫ Capa basal. La capa basal es la capa más profunda de la epidermis que contiene células basales. Las células basales se dividen continuamente, formando nuevos queratinocitos que reemplazan a los antiguos que se desprenden de la superficie cutánea. La epidermis también contiene melanocitos que producen melanina (el pigmento de la piel).
Dermis	La dermis es la capa media de la piel. La dermis está compuesta por lo siguiente: ▫ Vasos sanguíneos. ▫ Vasos linfáticos. ▫ Folículos pilosos. ▫ Glándulas sudoríparas. ▫ Fibras de colágeno. ▫ Fibroblastos. ▫ Nervios. La dermis se mantiene unida por una proteína denominada colágeno, compuesta por fibroblastos. En esta capa se encuentran los receptores del dolor y del tacto.
Capa subcutánea	La capa subcutánea es la capa más profunda de la piel. Está compuesta por una red de células de colágeno y grasa, que ayuda a conservar el calor corporal y protege el cuerpo contra lesiones, puesto que amortigua los impactos.

2.2. DEFINICIÓN

Una UPP es cualquier lesión de la piel y tejido subyacente provocada por la restricción del flujo sanguíneo causado por la presión prolongada, fricción, cizalla o una combinación de las mismas entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él. Generalmente se localizan sobre protuberancias óseas. Las áreas de más riesgo son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas.



2.3. ETIOPATOGENIA

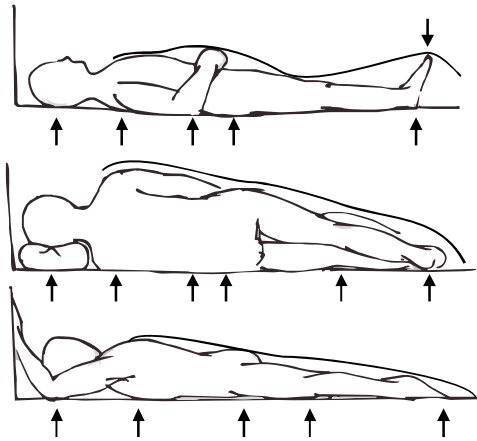
La formación de UPP se ve influenciada por tres tipos de fuerzas o factores de riesgos primarios:

- ☑ Presión
- ☑ Fricción
- ☑ Cizallamiento

Expondremos a continuación cada una de estas etiologías directas de las UPP, sin minimizar ni exagerar ninguna de ellas, todas son de alto riesgo para los pacientes y si confluyen varias de ellas pueden ser extremadamente peligrosas.

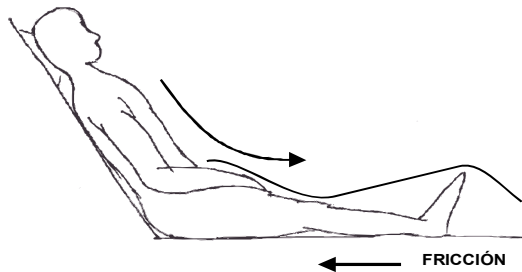
Presión

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel ejercida por la propia fuerza de la gravedad del cuerpo, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).



La presión capilar oscila entre 16-32 mm de Hg. Una presión superior a 17 mm de Hg. ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. La formación de una UPP depende tanto de la presión como del tiempo que ésta se mantiene; Kösiak demostró que una presión de 70 mm de Hg. durante 2 horas (según constitución del individuo) puede originar lesiones isquémicas.

Fricción



Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

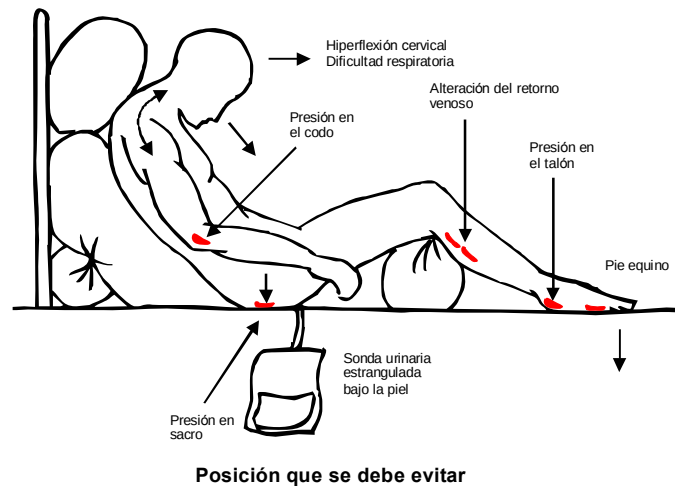
Esta fricción o roce entre la piel y un objeto externo al organismo (sábanas, tubos de drenaje, etc.) da como resultado un aumento de la temperatura local y por consiguiente, la aparición de ampollas y destrucción de la epidermis.

Cizallamiento

Se combinan los efectos de presión y fricción.

El desgarro o destrucción de los tejidos subcutáneos es debido a una fuerza de deslizamiento originada generalmente por el arrastre del cuerpo sobre la cama del paciente, bien cuando involuntariamente el paciente se desliza hacia los pies de la cama por tener sobreelevado el cabezal o viceversa, cuando a éste lo intentamos subir hacia el cabezal, es entonces cuando los tejidos son desprendidos de la fascia muscular.

Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.



2.4. VALORACIÓN DEL RIESGO

2.4.1. GRUPOS DE RIESGO

Existen dos grandes grupos de riesgo de pacientes que pueden desarrollar las denominadas UPP y son:

Ancianos: El 70% de los mayores de 70 años son los candidatos a desarrollar UPP.

Pacientes con lesión medular o parálisis cerebral: De estos pacientes un 50% de los ingresados en centros especializados son candidatos a desarrollar UPP.

Existen cambios relevantes que nos llevan a incluir a los pacientes que los padecen dentro de la población de riesgo:

- Intervención quirúrgica superior a 10 horas.
- Aparición de isquemia por cualquier causa.
- Periodos de hipotensión prolongada.
- Pérdida de sensibilidad de cualquier origen.
- Pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas.

2.4.2. FACTORES DE RIESGO

Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos, detectadas con antelación. El identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo.

Existen factores que contribuyen a la producción de úlceras y se pueden agrupar en:

Fisiopatológicos

Como consecuencia de diferentes problemas de salud

- ▣ Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- ▣ Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- ▣ Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteïnemia, deshidratación.
- ▣ Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- ▣ Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- ▣ Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
- ▣ Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.
- ▣ Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal).

Derivados del tratamiento

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos

- ▣ Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas.
- ▣ Tratamientos o fármacos inmunosupresores.
- ▣ Presencia de sondas / drenajes.

Situacionales

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

- ▣ Inmovilidad: Personas que no se mueven en la cama. El 90% de los pacientes con menos de 20 movimientos espontáneos durante la noche desarrollan úlceras. Pacientes que no pueden sentarse en silla de ruedas o levantarse de la cama por sí mismos.
- ▣ Por efecto del roce tanto de la ropa como de otros objetos.

Del desarrollo

Relacionados con el proceso de maduración.

- ▣ Niños o lactantes: rash del pañal.
- ▣ Ancianos: rash del pañal, alteraciones tróficas de la piel.

Derivados del entorno

- ▣ Falta de educación sanitaria.
- ▣ Praxis deficiente por parte del equipo asistencial.
- ▣ La sobrecarga de trabajo del profesional.

Tenemos claro los grupos y factores de riesgo para desarrollar las UPP, pero en esta patología, por sus características y la población a la que más puede afectar, debemos tener presentes la existencia de unos factores de riesgo sobreañadidos que tendremos que valorar:

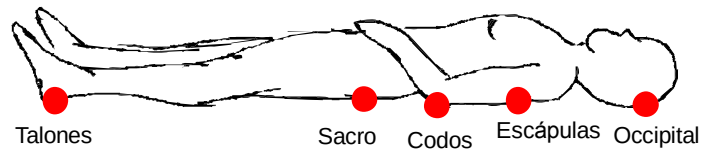
- ▣ **La humedad** en la piel puede tener varios orígenes, como es la presencia de orina, heces, jugo gástrico, sudor o mal secado del paciente tras el lavado. Esto da como resultado una maceración de la piel y un desprendimiento más rápido de las células superficiales y protectoras de la misma, dejando al descubierto la piel más frágil. Un continuo contacto con la humedad podría evolucionar hacia lesiones más profundas.

- ❑ **Pérdida sensitiva y motora, espasticidad y contracturas articulares** son factores que hacen al paciente más insensible al dolor y por tanto poseen menos sensación de cansancio y reposo postural, al igual que la disminución de la movilidad hará que zonas de riesgo y fatiga, por falta de oxígeno, tengan destrucción de los tejidos. Son de riesgo los pacientes con lesiones medulares, politraumatizados y pacientes encamados (Alzheimer, Esclerosis múltiple, Espina bífida, Parkinson, etc).
- ❑ Los pacientes con **cirugía prolongada a más de 3 horas**, pacientes oncológicos e inmunodeprimidos.
- ❑ Pacientes con una **desnutrición proteica** (albúmina sérica inferior a 3'8g, hemoglobina 8-10g).
- ❑ Déficit de vitamina A, C y de Zn.
- ❑ Secuelas por cierto tipo de fármacos como los corticoides y psicofármacos.
- ❑ Enfermedades metabólicas (diabéticos, obesos, delgados).
- ❑ Anemias que provocan hipoxia tisular.
- ❑ Escasa hidratación cutánea.
- ❑ La colocación incorrecta de los pañales para la incontinencia, provocando el Rash del pañal.
- ❑ Deterioro del estado mental (enfermos neurológicos).
- ❑ Pacientes de UCI, reanimación, etc.
- ❑ Ángulo del cabezal de la cama superior a 30°.
- ❑ Apoyar directamente sobre el trocánter.
- ❑ Mala praxis profesional en los cuidados al paciente de riesgo.

2.5. LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

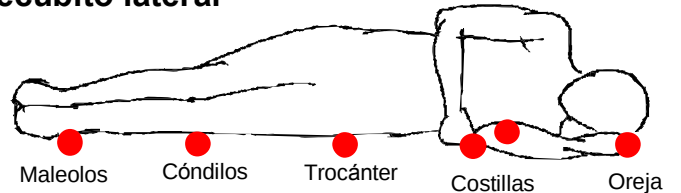
DECÚBITO SUPINO
Occipital Escápula Codo Sacro Talón

Decúbito supino



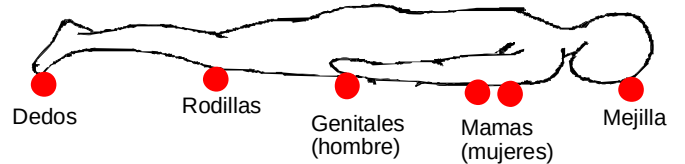
DECÚBITO LATERAL
Costillas Oreja Cresta iliaca Cóndilos Maleolos Hombro Trocánter

Decúbito lateral



DECÚBITO PRONO
Mejilla Mamas Genitales Rodillas Punta dedos de los pies Nariz

Decúbito prono



Otras localizaciones
Meato por sondaje vesical Orificios nasales por gafas/mascarilla para oxigenoterapia, SNG Muñeca/tobillo por sujeción Isquion por sedestación prolongada Boca por tubos endotraqueales Zonas inmovilizadas con férulas o yesos

2.6. CLASIFICACIÓN-ESTADIAJE

Las úlceras según su afectación en profundidad están clasificadas en estadios. La clasificación que internacionalmente se utiliza es la de la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP):

Estadio I



Alteración observable en la piel íntegra, 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 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 epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III



Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla.

La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

Estadio IV



Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.)

También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

La aparición de una úlcera no va a depender de uno sólo de los factores citados, generalmente han de converger varios de ellos durante un tiempo determinado de exposición.

Para determinar el estadiaje correcto, se requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión.

2.7. COMPLICACIONES

Las **complicaciones primarias** más frecuentes son dolor e infección (local o sistémica).

Las UPP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.

La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Se debe sospechar en toda UPP que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño.

Las **complicaciones sistémicas potenciales** son:

- | Amiloidosis
- | Endocarditis
- | Formación de hueso heterotópico
- | Infestación por parásitos
- | Fístula uretro-perineal
- | Pseudoaneurismas
- | Artritis séptica
- | Tractos fistulosos o absceso
- | Carcinoma de células escamosas en la UPP
- | Complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica)
- | Anemia

Las **complicaciones secundarias** son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbi-mortalidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o yatrogenia.

3. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La prevención ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados de enfermería en los pacientes con riesgo de padecer UPP. Una vez identificado el riesgo, esta actividad se realizará de forma individualizada, teniendo en cuenta el mayor o menor riesgo que presenta el paciente y los factores alterados.

Con los cuidados aplicados se debe lograr que no desarrollen UPP, sin olvidar que las medidas preventivas se deben continuar aplicando una vez desarrollada la lesión, para evitar que progrese a estadios superiores, favoreciendo con ello el proceso de curación.

3.1. VALORACIÓN

- Realizar una valoración del riesgo a todos los pacientes con un déficit de movilidad o actividad (Escala de Braden).
- Valorar al paciente en el momento del ingreso, tras un hecho clínico relevante o un cambio en su estado y a intervalos regulares.
- Considerar en la valoración del riesgo las siguientes variables clínicas: la movilidad, la incontinencia, el estado nutricional y el estado neurológico del paciente.
- Clasificar a los pacientes según las siguientes categorías: pacientes de bajo riesgo, con riesgo moderado o con alto riesgo (Escala de Braden).
- Hacer una valoración de la piel de los pacientes “con riesgo” como mínimo una vez al día y tras un cambio situacional del paciente.
- Examinar especialmente las prominencias óseas.
- Documentar cualquier cambio que se detecte en la piel.
- Hacer una valoración nutricional de los pacientes “con riesgo” en el momento de su ingreso y monitorizarla.

3.2. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS REALES O POTENCIALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON RIESGO DE DESARROLLAR UPP (Taxonomía NANDA)

DOMINIO 2. Nutrición

00001. Desequilibrio nutricional por exceso
00002. Desequilibrio nutricional por defecto
00027. Déficit de volumen de líquidos

DOMINIO 3. Eliminación

00021. Incontinencia urinaria total
00014. Incontinencia fecal

DOMINIO 4. Actividad/reposo

00085. Deterioro de la movilidad física

00108. Déficit de autocuidado: Baño/higiene

DOMINIO 11. Seguridad/protección

00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

00035. Riesgo de lesión

3.3. OBJETIVOS

Mantener y mejorar la integridad cutánea en los pacientes ingresados durante la estancia hospitalaria.

3.4. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE UPP

Nutrición

- Potenciar la ingesta oral del paciente, administrando suplementos nutricionales, si fuera necesario, para mantener una ingesta calórica óptima.
 - o Calorías: 30-35 kcal/kg/día
 - o Proteínas: 1.25-1.50 g/kg/día
- Considerar otras medidas alternativas si la ingesta oral fuera insuficiente.
- Potenciar una adecuada ingesta hídrica.
 - o Aporte hídrico: 30 cc/kg/día

Eliminación

- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Lavar la piel del paciente si se encuentra expuesta a la presencia de fluidos corporales o a otro tipo de contaminación.
- Utilizar jabones neutros.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados que aumentan la tonicidad cutánea y mejoran la microcirculación.
- Colocar colector urinario, pañal absorbente o sonda vesical en última instancia.
- Utilizar los sistemas adecuados para el control de los drenajes provisionales o permanentes.

Actividad/reposo

- Realizar cambios posturales alternando las áreas más expuestas a la presión.
- Establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma regular.
- Evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas.
- Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de apoyo.
- No realizar masajes sobre las prominencias óseas.
- No utilizar dispositivos de apoyo tipo “flotador”.

Seguridad/protección

- Utilizar dispositivos de elevación como lonas o grúas eléctricas cuando se mueve al paciente disminuyendo de este modo las zonas de fricción.
- Utilizar apósitos protectores (hidrocoloides) para reducir las lesiones por fricción.
- Colocar a los pacientes “con riesgo bajo” sobre superficies estáticas como los colchones de silicona o colchones viscoelásticos.
- Colocar a los pacientes “con riesgo moderado o alto” sobre superficies dinámicas de apoyo de baja presión, tales como colchones de aire de presión alternante.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.

3.5. EVALUACIÓN (Criterios de resultados)

- El paciente al que se le ha aplicado dicho plan de cuidados no ha presentado UPP durante su ingreso (a nivel individual).
- Una vez puesta en marcha la guía de cuidados, se debería haber disminuido la prevalencia (indica el número de individuos con lesiones por presión) la cual puede verse influida por factores externos, y en especial la incidencia (número de nuevas UPP desarrolladas) puesto que esta última es el único indicador que se puede utilizar como “indicador de calidad” (a nivel global).
- Se recomienda que los sistemas de gestión del paciente utilicen un instrumento de medida constante del estadio de las lesiones por presión que permitan medir con precisión la incidencia de las mismas (a nivel global).
- Por último, se recomienda calcular la tasa de incidencia cuando se implanten nuevas directrices y cuando haya transcurrido un tiempo tras su implantación (a nivel global).

4. TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

El tratamiento de las UPP va a estar determinado por el estadiaje o grado de la misma, además de otras variables como exudado, presencia de signos infección, tejido existente en el lecho de la lesión, estado de la piel perilesional y dolor. Los cuidados de enfermería planificados para tratarlas dependerán de éstos. De igual forma se deberán tener en cuenta los factores y características individuales de cada paciente, que nos permita establecer un plan de cuidados específico e individual que se adapte a las necesidades del mismo.

De forma genérica y como ya se mencionó en el apartado anterior, los cuidados encaminados al tratamiento de las UPP deben englobar básicamente todas las actividades descritas para la prevención de las mismas, así como las establecidas para cada situación en concreto con el fin de mejorar, curar y evitar empeoramiento de las lesiones presentes.

4.1. VALORACIÓN

- Se realizará básicamente en base a las mismas actividades que en el apartado de prevención, y prestando especial atención a la zona dañada.
- El área dañada debería clasificarse según un sistema de clasificación uniforme y universal (Apartado 2.6.).

4.2. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS REALES O POTENCIALES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON UPP (Taxonomía NANDA)

Aparte de los mencionados en el apartado de prevención, los pacientes con UPP presentan o podrían presentar los siguientes problemas o diagnósticos de enfermería:

DOMINIO 2. Nutrición

00001. Desequilibrio nutricional por exceso
00002. Desequilibrio nutricional por defecto
00027. Déficit de volumen de líquidos

DOMINIO 3. Eliminación

00021. Incontinencia urinaria total
00014. Incontinencia fecal

DOMINIO 4. Actividad/reposo

00085. Deterioro de la movilidad física
00108. Déficit de autocuidado: Baño/higiene

DOMINIO 6. Autopercepción

00118. Trastorno de la imagen corporal
00153. Riesgo de baja autoestima situacional

DOMINIO 11. Seguridad/protección

00046. Deterioro de la integridad cutánea
00044. Deterioro de la integridad tisular
00004. Riesgo de infección

DOMINIO 12. Confort

00132. Dolor agudo

4.3. OBJETIVOS

Recuperar y mejorar la integridad cutánea en los pacientes ingresados durante la estancia hospitalaria.

4.4. PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON UPP

Además de continuar con los cuidados de enfermería mencionados en el apartado de prevención (3.4.), debemos aplicar los siguientes cuidados específicos del paciente que ha desarrollado la lesión:

Autopercepción

- Fomentar la participación del paciente en la medida de lo posible en la planificación y realización de sus cuidados.
- Apoyar emocionalmente y facilitar la adquisición de habilidades cognitivas o psicomotoras.

Confort

- Valorar regularmente la eficacia de las medidas analgésicas farmacológicas y no farmacológicas establecidas.
- Administrar analgesia de rescate antes de la cura si precisara, según pauta médica.
- Eliminar o controlar la fuente de dolor, favorece el manejo del dolor.

4.4.1. MEDIDAS GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DE LA CURA

- 1) Elegir la posición más cómoda y adecuada del paciente para la realización de la cura de la lesión.
- 2) Retirar el apósito (si lo tuviera) mediante una técnica no agresiva.

3) Limpieza de la lesión

- a. Limpiar las UPP con suero salino fisiológico o agua destilada utilizando la técnica de arrastre. Si existe tejido de granulación o está epitelizando se debe limpiar con toques para no dañar el tejido.
- b. Utilizar la mínima fuerza mecánica y suficiente presión de lavado para mejorar la limpieza del lecho de la UPP.
- c. Considerar el lavado en espiral para las UPP que contengan grandes exudados, esfacelos o tejido necrótico.
- d. No secar la herida, sólo la zona perilesional, para evitar traumatismos por fricción que hacen que la herida sea más susceptible de infección.
- e. Sólo puede aceptarse el uso de antisépticos (povidona yodada) antes de un desbridamiento quirúrgico y al realizar técnicas diagnósticas invasivas.

4) Realizar curas en condiciones de asepsia.

5) Valorar la piel perilesional e identificar problemas como maceración, descamación, eritema, prurito, dolor, vesículas y edemas.

6) Valorar la lesión y elegir tratamiento adecuado.

4.4.2. ESTADIO I

El cuidado local de una UPP de estadio I se ha de basar en:

- Aliviar la presión en la zona afectada.
- Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) para mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular (1 aplicación 3 veces al día).
- Uso de medidas locales en el alivio de la presión. Apósitos que cumplan con los siguientes requisitos: efectivos en el manejo de la presión (apósito hidropolimérico), que reduzcan la fricción (apósito hidrocoloide), que permitan la visualización de la zona lesional al menos una vez al día, que no dañen la piel sana y que sean compatibles con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel.

4.4.3. ESTADIO II

Un plan básico de cuidados locales de la UPP de estadio II debe ir orientado a mejorar la resistencia de la piel, minimizar el efecto de la anoxia tisular y favorecer el tejido de epitelización. Se recomienda la utilización de:

- Hidrogel para favorecer la regeneración tisular en UPP no exudativa.
- Alginato de calcio en UPP exudativa.
- Apósito hidropolimérico.

4.4.4. ESTADIO III y ESTADIO IV

Las evidencias científicas disponibles demuestran la efectividad clínica de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.

Un apósito ideal debe proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, manejar la exudación para mantener húmedo el lecho de la lesión, prevenir la maceración de la piel perilesional, evitar la desecación del lecho de la herida, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación y retirada. Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.

Para evitar que se formen abscesos o se "cierre en falso" la lesión será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda (hidrogel) en lesiones no exudativas y con alginato de calcio en lesiones exudativas.

El tratamiento de la UPP de estadio III y estadio IV estaría determinado por la presencia o no de infección, exudado y/ necrosis/esfacelos.

4.5. MANEJO DE LA INFECCIÓN

Todas las UPP de estadio II o más están contaminadas por bacterias al haberse perdido la integridad de la piel, lo cual no quiere decir que estén infectadas. En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento correcto impide que la colonización bacteriana progrese a infección. Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

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

Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y desbridamiento. Eliminar los espacios muertos de la UPP, rellenando parcialmente con hidrogel (entre la mitad y las tres cuartas partes) todas las cavidades y tunelizaciones en lesiones no exudativas y con alginato de calcio en lesiones exudativas.

Si transcurrida una semana la UPP no evoluciona favorablemente se utiliza un apósito de plata, el cual es efectivo en la reducción de la carga bacteriana o bien aplicar durante un periodo máximo de dos semanas, un antibiótico local como Sulfadiazina Argéntica (Flamacine®).

También debe sospecharse infección en heridas que aparecen limpias pero no responden tras 2-4 semanas de tratamiento. Una infección local sin control puede llevarnos a situaciones más graves como osteomielitis, celulitis o septicemia.

Si la lesión no responde al tratamiento local deberán realizarse cultivos bacterianos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular. La recogida de exudado mediante frotis sólo detecta contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección. Una vez identificado el germen, se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

En cualquier caso en el paciente con signos de infección no utilizar ningún producto hidrocoloide ya que favorece el desarrollo bacteriano. El resto de materiales concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo pueden utilizarse en estas lesiones (hidrocelular, alginato e hidrogel).

4.6. MANEJO DEL EXUDADO ABUNDANTE

El exudado abundante en una UPP influye de forma negativa en la evolución de la herida, produciendo maceración de la piel perilesional e impidiendo la correcta cicatrización de la misma. En estos casos es recomendable el uso de:

- Apósito de alginato de calcio.
- Apósito hidropolimérico.

4.7. MANEJO DE LA NECROSIS/ESFACELOS. TIPOS DE DESBRIDAMIENTO

El tejido desvitalizado, también llamado tejido necrótico, contiene células muertas y detritus celulares que son la consecuencia de la destrucción de tejidos.

Hay varios términos que pueden utilizarse en la descripción de estos restos de tejidos desvitalizados en función de su apariencia. Hablamos de tejido necrótico, en general, ante tejidos de color negro o marrón oscuro. Denominaremos escara, a una placa definida, generalmente de color parduzco o negro, sólida, seca que aumenta en dureza conforme se va desecando. Los esfacelos son restos de material fibrinoso de color amarillo-verdoso o blanco-grisáceo con consistencia blanda. En la clínica existen estadios intermedios entre los esfacelos y la placa necrótica que suelen coexistir en una misma herida.

La presencia de tejido desvitalizado y/o necrosado constituye un obstáculo para que el proceso de cicatrización se desarrolle de una manera adecuada y óptima. Además de representar una barrera mecánica que puede retardar el proceso de cicatrización, favorece el crecimiento bacteriano al ser un medio de cultivo ideal para la flora bacteriana, aumenta el riesgo de infección, aumenta las demandas linfocitarias, puede cronificar el proceso inflamatorio e impide el drenaje natural de la herida por lo que se favorece que los procesos supurativos desequen los tejidos.

Autolítico

Mediante la utilización de cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles y apósitos hidrorreguladores).

Enzimático

Mediante la aplicación de productos enzimáticos del tipo de la colagenasa. Si existe placa necrótica seca realizar cortes con bisturí para facilitar la actuación de hidrogeles o colagenasa.

Quirúrgico

Es el método más conveniente para retirar el tejido desvitalizado. Implica la utilización de bisturí y tijeras. Recortar por planos y en diferentes sesiones empezando por el área central. Para prevenir el dolor se aconseja algún antiálgico tópico (gel de lidocaina al 2%). Si aparece sangrado se aplica compresión directa o apósitos hemostáticos durante las 8 a 24 horas siguientes al desbridamiento, cambiarlos después por apósitos húmedos. Realizaremos la técnica con instrumental estéril.

Estos tres métodos no son incompatibles entre sí, sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

Si no existe necesidad urgente de extirpación del tejido desvitalizado utilizaremos técnicas de desbridamiento autolítico o enzimático; el quirúrgico se realizará sólo si hay necesidad.

Las úlceras de talón con necrosis seca no precisan ser desbridadas si no tienen edemas, eritema, fluctuación o drenaje.

4.8. NORMAS BÁSICAS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA MUESTRA DE EXUDADO DE UNA UPP (GNEAUPP)

El diagnóstico de la infección asociada a UPP debe ser fundamentalmente clínico. La mayor parte de las lesiones con signos de infección local no complicada se resolverán a través de limpieza y desbridamiento de la herida, no siendo necesario de forma sistemática el realizar cultivo de ese exudado. Si esta situación progresara en el tiempo, persistiendo los signos bacteriológicos con exudado purulento, ante el riesgo o evidencia de celulitis, osteomielitis o bacteriemia, será preciso y urgente filiar el organismo responsable, discriminando otros presentes como colonizadores y contaminantes. Toda la información diagnóstica que el laboratorio de microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida.

Aspiración percutánea

Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales, especialmente de bacterias anaerobias.

Material necesario:

- Gasas estériles
- Alcohol al 70%
- Povidona yodada al 10%
- Jeringa estéril
- Aguja intramuscular
- Medio de transporte para bacterias aerobias-anaerobias

Descripción de la técnica:



Desinfectar la piel perilesional de forma concéntrica, con povidona yodada al 10%, dejando secar entre 1-3 minutos.



La punción se realizará a través de la piel íntegra de la zona perilesional, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.



Limpiar de forma concéntrica esa zona con alcohol al 70%. Realizar una punción-aspiración con la jeringa y aguja manteniendo una inclinación aproximada de 45° y aproximándose al nivel de la pared de la lesión. El volumen óptimo de aspirado se establece entre 1ml y 5 ml.



Desinfectar la superficie de goma del medio de transporte con povidona yodada al 10% y dejar secar un minuto antes de introducir el contenido.



En procesos no supurados, preparar la jeringa con medio mililitro de suero fisiológico o agua estéril y aspirar. Es importante anotar en la petición la cantidad de suero añadido.



Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios. Resguardar los viales de la luz y mantener entre 2° y 25°.

Frotis de la lesión mediante hisopo

Todas las UPP están colonizadas por bacterias. No deberán usarse para cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida porque pueden detectar sólo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico. Permiten recoger una escasa cantidad de muestra que fácilmente se deseca por la deshidratación del medio. Las muestras así recogidas deben obtenerse sólo cuando no se pueda recoger la muestra mediante los otros métodos.

Material necesario:

- Suero fisiológico
- Jeringa y aguja estériles
- Torundas con medio de transporte tipo Stuart-Amies

Descripción de la técnica:



Si fuera preciso, proceder a realizar desbridamiento quirúrgico de la lesión.

Aclare meticulosamente la herida con suero fisiológico.



Utilice un hisopo estéril.



Gire el hisopo sobre sus dedos realizando movimientos rotatorios de izquierda a derecha y de derecha a izquierda.



Recorra con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente.



Abarcar al menos diez puntos distintos en los bordes de la herida.



Coloque el hisopo dentro del tubo con medio de transporte.

Biopsia tisular

Es un procedimiento de elección y alta efectividad diagnóstica. Se tomarán muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signos de infección. Las muestras líquidas se obtendrán por aspiración con jeringa y aguja.

4.9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UPP EN CUIDADOS PALIATIVOS

Cuando el paciente se encuentre en la fase final de su enfermedad, debido a diversas causas como la inmovilidad, las alteraciones nutricionales, la deshidratación, o el propio proceso de deterioro general, presenta un riesgo muy alto de aparición de UPP, por lo que en estos casos son muy importantes las medidas de prevención adecuadas que impidan la aparición de las mismas.

Si el paciente ya presenta UPP, las actividades a realizar vendrán determinadas por el estado general del paciente, su calidad de vida y su pronóstico, siempre teniendo en cuenta la filosofía paliativa de cuidar a una persona proporcionándole el máximo confort y evitando las molestias posibles.

Para ello nos planteamos:

- ❑ No culpabilizar al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
- ❑ Plantear objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando técnicas agresivas (desbridamientos, etc.).
- ❑ Mantener limpia y protegida la herida para evitar infección.
- ❑ Seleccionar apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar las molestias del procedimiento.
- ❑ Mejorar el bienestar del paciente:
 - Evitar el dolor mediante la administración de analgesia y dosis de rescate en el momento de la cura, si ésta fuera dolorosa.
 - Control del olor mediante apósitos de carbón activado, etc.
- ❑ En situaciones de agonía, valorar incluso si es conveniente o no la realización de cambios posturales en el paciente.

5. EVALUACIÓN: INDICADORES Y PARÁMETROS

La evaluación es el instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las UPP. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

La problemática de estas lesiones debe ser abordada desde un enfoque interdisciplinar.

Los resultados de los cuidados pueden medirse periódicamente, en base a la incidencia y prevalencia de las UPP.

Como un instrumento para evaluar la evolución de estas heridas puede utilizarse el:

Índice de severidad: $[(\text{longitud} + \text{ancho}) / 2] \times \text{estadio de la UPP}$

Pueden utilizarse otras variables descriptoras al tiempo de evaluar el proceso, 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.)

6. BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Documentos [Internet]. GNEAUPP. 2003-2007. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/>
- ❑ Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión. Documentos [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, Dirección de Enfermería, Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. 2003. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2004/protocoloupp.pdf
- ❑ Protocolo y pautas de actuación: Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). [Internet]. Disponible en: <http://www.epuap.org/>
- ❑ Soldevilla JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos/Helcos. 1999; 10 (2):75-87.
- ❑ Rodríguez M. Cuidados de Enfermería al paciente con UPP. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar. 2004.
- ❑ Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. NANDA Internacional. Editorial Elsevier. 2005-2006.
- ❑ Escala de Braden. Valores de riesgo de presentar úlceras por presión. Revista ROL de Enfermería. 1997.
- ❑ Cuidados de Enfermería Saunders. Luckmann 2000. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Enfermería Médico-Quirúrgica. 6ª Edición. 1998.
- ❑ Guía de Cuidados enfermeros. Úlceras por Presión. INSALUD. 1996 y actualización 1999.
- ❑ Guía para el cuidado de las heridas. Prologado por el Profesor Rafael Herruc. 2002.
- ❑ Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Hospital Universitario "Princesa de España" Jaén. 2001.
- ❑ Soldevilla JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Grupo Masson. Madrid Braun Medical.
- ❑ Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE et al. Tratamiento de las úlceras por presión. Guía clínica práctica. US Department of Health and Human Services. Publics Health Service.

7. ANEXOS

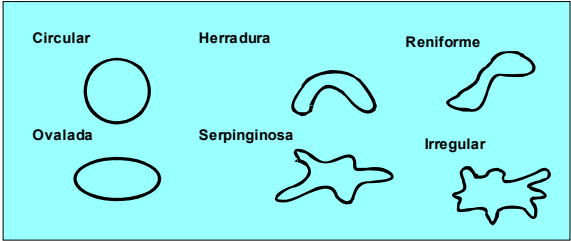
ANEXO I	Tratamiento de las UPP
ANEXO II	Descripción de la UPP
ANEXO III	Ficha de productos genéricos para el tratamiento de UPP
ANEXO IV	Algoritmo terapéutico
ANEXO V	Ficha de valoración de riesgo de UPP
ANEXO VI	Ficha de seguimiento de UPP

ANEXO I. TRATAMIENTO DE LAS UPP

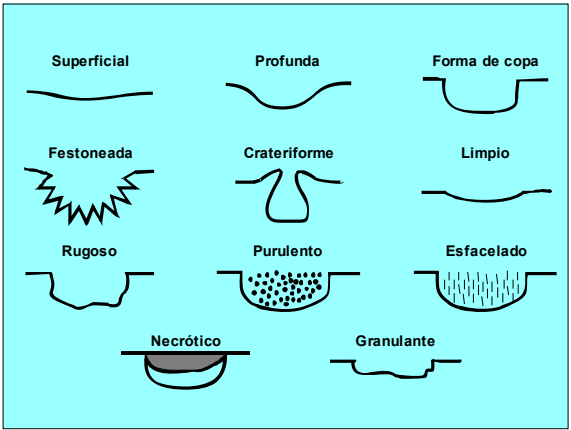
ESTADIO		OBJETIVOS		TRATAMIENTO	
Piel íntegra		Mantener el film hidrolipídico protector de la piel		Ácidos grasos hiperoxigenados Apósito hidrocoloide	
I		Prevención y protección de la zona enrojecida Mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular		Ácidos grasos hiperoxigenados Apósito hidrocoloide o apósito hidropolimérico	
II		Mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular Favorecer la regeneración tisular		Hidrogel en lesión no exudativa o alginato de calcio en lesión exudativa Apósito hidropolimérico	
III		SOSPECHA INFECCIÓN	NO	Favorecer la epitelización	Apósito hidropolimérico
			SI	Reducir la carga bacteriana	Apósito de plata Apósito hidropolimérico
		NECROSIS/ESFACELOS	NO	Favorecer la epitelización	Apósito hidropolimérico
			SI	Eliminar el tejido no viable	a) Desbridamiento enzimático Colagenasa b) Desbridamiento autolítico Hidrogel c) Desbridamiento quirúrgico
IV		EXUDADO	NO	Ambiente húmedo	Hidrogel Apósito hidropolimérico
			SI	Evitar la maceración	Alginato de calcio Apósito hidropolimérico

ANEXO II. DESCRIPCIÓN DE LA UPP

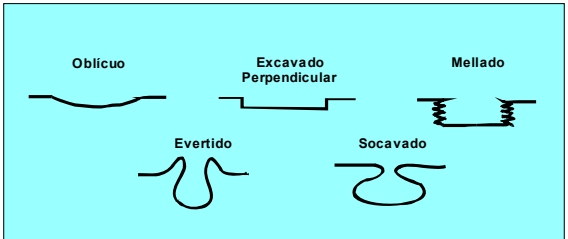
FORMA



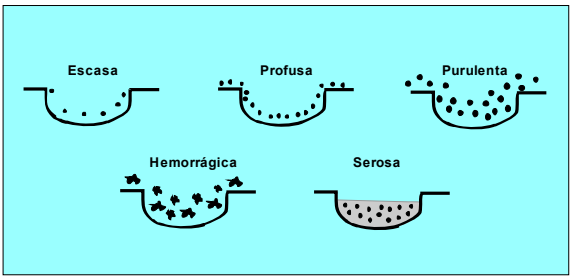
FONDO



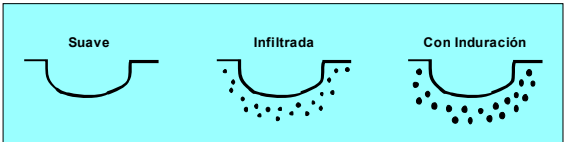
BORDES



SECRECIÓN



BASE



ANEXO III. FICHA DE PRODUCTOS GENÉRICOS PARA EL TRATAMIENTO DE UPP

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS
Solución oleosa compuesta de ácidos grasos hiperoxigenados.
Propiedades
Aumentan la tonicidad cutánea. Mejoran la microcirculación.
Indicaciones
Prevención de UPP. UPP estadio I.

ALGINATO DE CALCIO
Polímeros de cadena larga procedentes de las algas. Producto a base de sales de calcio.
Propiedades
Absorben el exudado. Precisan del exudado para actuar. Actividad hemostática. Atrapa y retiene las bacterias.
Indicaciones
UPP estadio III y estadio IV. UPP con exudado moderado o alto. UPP cavitada exudativa. Herida sangrante. No utilizar en necrosis secas, ni en herida no exudativa.

APÓSITO DE PLATA
Producto bioactivo que contiene plata en diferentes porcentajes.
Propiedades
La plata actúa bloqueando el sistema de obtención de energía de las bacterias que se encuentra en la pared celular. Efectiva frente a un amplio espectro de gérmenes, incluyendo los multiresistentes. No interfiere con antibióticos sistémicos.
Indicaciones
Disminuir la carga bacteriana. UPP infectada. Heridas tórpidas y/o colonización. No debe ser utilizado en pacientes sensibles a la plata. Se inactiva combinado con la colagenasa.

APÓSITO DE CARBÓN ACTIVADO
Carbón activado.
Propiedades
No debe entrar en contacto con el lecho de la lesión. No se debe cortar.
Indicaciones
Disminuir el olor. UPP infectada.

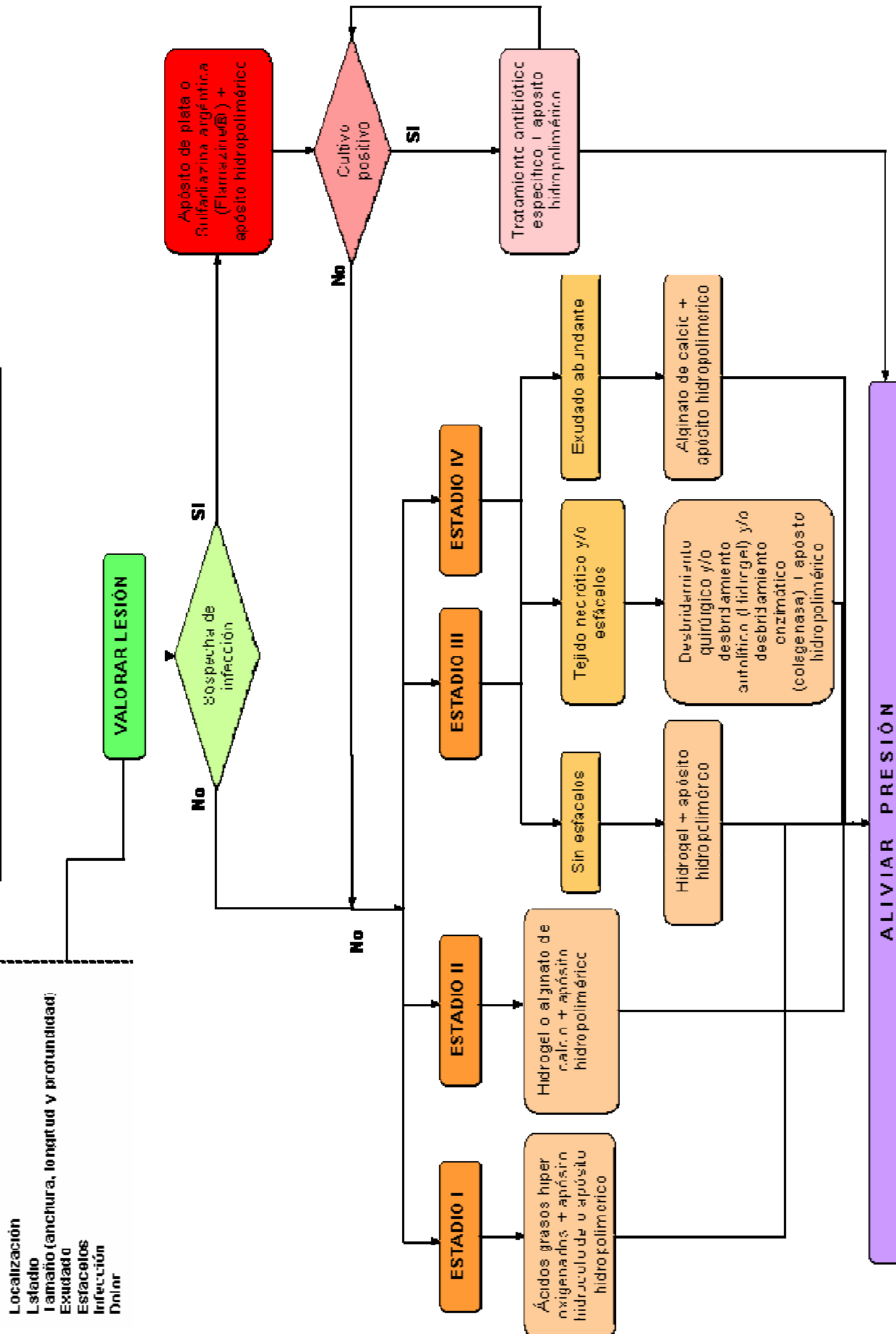
Útil en cuidados paliativos.
APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO
Derivado del poliuretano con estructura hidrofílica.
Propiedades
Alta capacidad absorción.
Indicaciones
Alivio de presión en cualquier estadio de UPP. UPP exudativa.

DESBRIDANTE ENZIMÁTICO
Preparados formados por una o varias enzimas proteolíticas (la más utilizada es la colagenasa) que actúan como desbridante local.
Propiedades
Digiere el tejido necrótico y exudado sin dañar el nuevo tejido de granulación. La colagenasa rompe el colágeno en su forma natural.
Indicaciones
Desbridamiento enzimático. No utilizar con metales pesados (apósito de plata)

HIDROCOLOIDE
Compuestos de carboximetilcelulosa sódica.
Propiedades
Protección y prevención de lesiones por fricción. Favorece la epitelización.
Indicaciones
UPP estadio I. No utilizar en UPP con exposición de estructuras nobles. No utilizar en UPP infectada.

HIDROGEL
Compuestos formados por sistemas cristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos, con un contenido de agua del 70% al 90%.
Propiedades
Favorece la granulación y el desbridamiento autolítico por hidratación. En utilización conjunta con la colagenasa, potencia la acción de ésta. No son adherentes por lo que presentan una retirada sencilla e indolora.
Indicaciones
UPP infectada no exudativa. UPP cavitada no exudativa. Necrosis secas. UPP en fase de granulación.

ANEXO IV ALGORITMO TERAPÉUTICO





FICHA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP

DATOS PERSONALES

Paciente: _____

• Peso: _____

• Talla: _____

• F. Nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

Cama: _____ Planta: _____

N.H.C.: _____

• F. Ingreso: ____/____/____

VALORACIÓN INICIAL DE BRADEN

• Diagnóstico: _____

• Intervención Quirúrgica: _____

Rotatorio Cambios Posturales C/3h

03 a 05	Decúbito lateral izquierdo (DLI)
06 a 09	Decúbito lateral derecho (DLR)
09 a 12	Decúbito supino (DS)
12 a 15	Sentado (movilizarlo dos veces)
15 a 18	Decúbito lateral izquierdo (DLI)
18 a 21	Sentado (movilizarlo dos veces)
21 a 23	Decúbito lateral derecho (DLR)
23 a 01	Decúbito lateral izquierdo (DLI)
01 a 03	Decúbito supino (DS)

Los cambios posturales se realizarán siempre y cuando el estado general del paciente lo permita.

FECHA															
PUNTUACIÓN BRADEN															
FACTORES DE RIESGO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SNG															
Sonda Vesical															
Pañal															
Mascarilla O ₂															
Gafas nasales															
Drenajes															
Ostomías															
Yesos, Griesis															
Otros															
HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL															
Hidratación															
Fiebre															
Acidos grasos hiperoxigenados															
Otros															
MOVILIZACIÓN															
Independiente															
Ayuda parcial															
Ayuda total															
CAMBIO POSTURALES															
Cama/ Sillón															
Rotatorio															
SISTEMAS DE APOYO															
Colchon Estático															
Colchon Dinámico															
Apósteos/															
Talones															
Cojines															
Otros															
SUPLEMENTO NUTRICIONAL															
Tipo de dieta pautada															
Ingesta de líquidos adecuada															
Ingesta de sólidos adecuada															
Gelatinas															
Esperantes															
FIRMA															

Puntos	1	2	3	4	Total
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	No alterada	
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Exterente	
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente		
Puntuación total					

RIESGO DE UPP	REVALUACIÓN EN DÍAS
BRADEN < 13 = ALTO RIESGO	C/1
BRADEN 13-14 = RIESGO MODERADO	C/3
BRADEN > 14 = BAJO RIESGO	C/7

- 30-35 Kcal x Kg de peso/ día
- 30cc agua/ día x Kg de peso

Quando se produzca un cambio de situación del paciente, se procederá igualmente a la reevaluación. Los cambios de situación del riesgo de UPP se agrupan en:

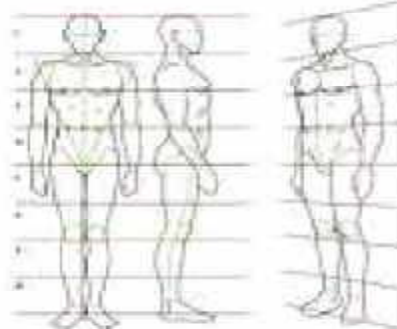
- Isquemia de cualquier origen
- Intervención quirúrgica prolongada (>10 horas)
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
- Hipotensión prolongada.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE UPP

DATOS PERSONALES

- Paciente: _____
- N.H.C.: _____
- Planta: _____ Cama: _____
- Peso: _____ Talla: _____
- F. Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
- F. Ingreso: ____/____/____
- Diagnóstico: _____
- Intervención Quirúrgica: _____

LOCALIZACIÓN DE LA ULCERA



Estadios de la UPP

Estadio I:
Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta.

En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloraciones, calor local.

Estadio II:
Piel con pérdida de solución de continuidad y vesículas.

Afecta a la Epidermis y Dermis 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 llega a afectar músculo.

Estadio IV:
Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.

En los estadios III y IV pueden presentarse lesiones con cavemas, tunelizaciones o trayectos sinuosos

FECHA DE APARICIÓN	LOCALIZACIÓN	PROCEDENCIA Extrahospitalaria Intrahospitalaria	Nº UPP
FECHA			
Nº CURA			
ESTADIO			
TAMANO (cm)			
ASPECTO			
SECRECIÓN			
PIEL PERILESIONAL			
DOLORES			
CURA			
Desbridamiento:			
Quirúrgico			
Enzimático			
Autolítico			
Productos:			
Ácidos Grasos			
Hiperoxigenados			
Hidrocoloide			
Hidrogel			
Plata			
Otros:			
PRÓXIMA CURA			
FIRMA			

ESTADIO

I
II
III
IV

TAMANO

Especificar en cm.

ASPECTO

Limpio (L)
 Con estípulos (E)
 Necrótica (N)
 Granulosa (G)
 Otros: Especificar

SECRECIÓN

Escasa (E)
 Purulenta (P)
 Hemorrágica (H)
 Serosa (S)

PIEL PERILESIONAL

Integra (I)
 Macerada (M)
 Macerada (M)

DOLORES

Escala del dolor 0 a 10

OBSERVACIONES

Sospecha de infección (INFECCIÓN)
 Toma de cultivo (CULTIVO)

PRÓXIMA CURA

Por turno
 Diaria
 Q48h
 Q72h
 Q3-5 días

FECHA DE APARICIÓN	LOCALIZACIÓN		PROCEDENCIA ■ Extrahospitalaria ■ Intrahospitalaria		Nº UPP		
FECHA							
Nº CURA							
ESTADIO							
TAMAÑO							
ASPECTO							
SECRECIÓN							
PIEL PERILESIONAL							
DOLOR							
OBSERVACIONES							
TIPO DE CURA							
<u>Desbridamiento:</u>							
Quirúrgico							
Químico (enzimático)							
Autolítico							
<u>Producto:</u>							
AGHO							
Hidrocoloide							
Hidrogel							
Plata							
Otros:							
PRÓXIMA CURA							
FIRMA							

FECHA DE APARICIÓN	LOCALIZACIÓN		PROCEDENCIA ■ Extrahospitalaria ■ Intrahospitalaria		Nº UPP		
FECHA							
Nº CURA							
ESTADIO							
TAMAÑO							
ASPECTO							
SECRECIÓN							
PIEL PERILESIONAL							
DOLOR							
OBSERVACIONES							
TIPO DE CURA							
<u>Desbridamiento:</u>							
Quirúrgico							
Químico (enzimático)							
Autolítico							
<u>Producto:</u>							
AGHO							
Hidrocoloide							
Hidrogel							
Plata							
Otros:							
PRÓXIMA CURA							
FIRMA							