

ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

DEFINICIÓN:

Lesión tisular de origen isquémico, que provoca tejido infartado y/o necrótico, como consecuencia de la presión mantenida en el tiempo sobre éste entre dos planos duros (hueso, cartílago del paciente y otra superficie externa).

ETIOPATOGENIA

PRESIÓN + TIEMPO = ESCARA

Presión prolongada → disminución u oclusión del flujo sanguíneo capilar → isquemia con falta de oxígeno y nutrientes → degeneración de los tejidos → acidosis tisular → rotura de las membranas celulares → liberación de aminas vasoactivas → enrojecimiento de la piel y dolor → ruptura de la piel → muerte celular y necrosis tisular.

Toda presión superior a 33 mmHg ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos.

ETIOPATOGENIA

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESIÓN

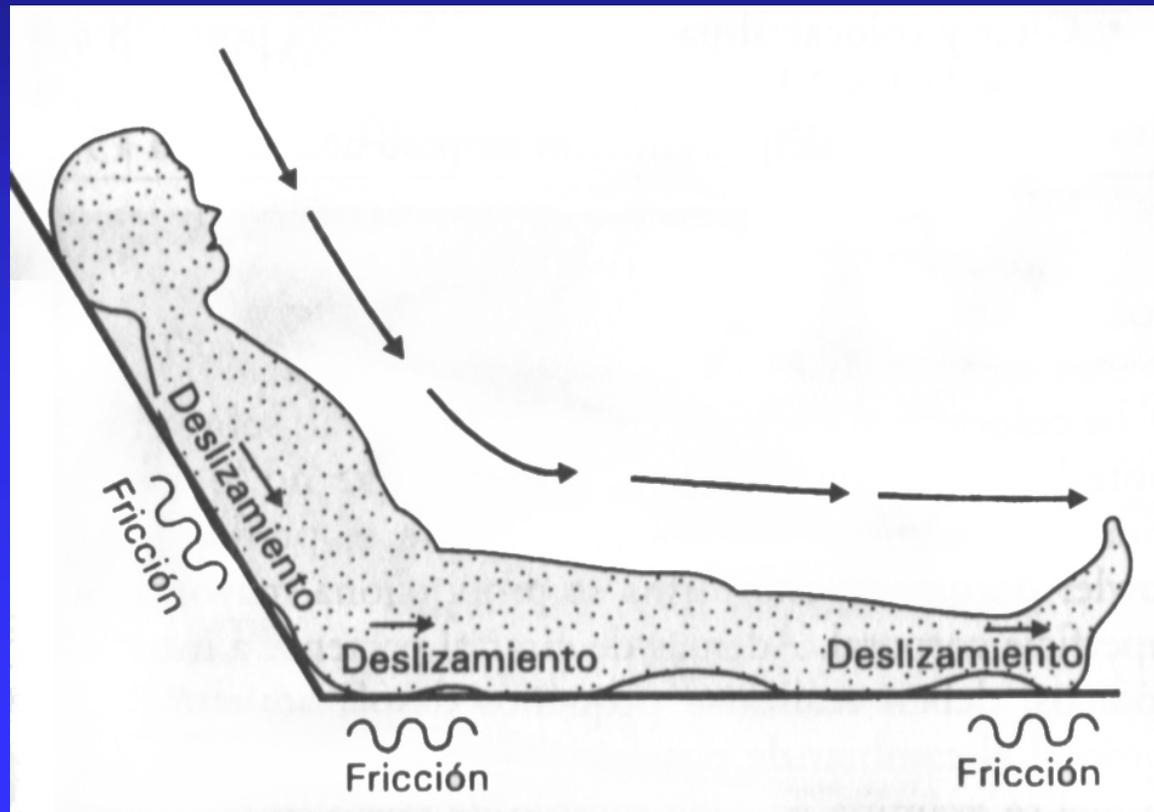
Fricción: fuerza que actúa paralelamente al cuerpo. Se produce por el roce de la ropa contra la piel cuando el paciente se mueve o es movido. Tiene un efecto abrasivo sobre las capas superficiales de la piel, haciéndolas más propensas a la aparición de heridas y lesiones.

Presión de cizalladura: se presenta cuando una capa de tejido se mueve sobre otra, interrumpiendo la microcirculación de la piel y del tejido celular subcutáneo.

ETIOPATOGENIA

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESIÓN

Fricción + Presión de cizalladura



FACTORES DE RIESGO

1. Factores fisiopatológicos.
2. Factores derivados del tratamiento.
3. Factores situacionales.
4. Factores relacionados con la edad.
5. Factores del entorno.

FACTORES DE RIESGO

Factores fisiopatológicos: consecuencia de las patologías del enfermo:

- Lesiones cutáneas.
- Alteraciones en el transporte de oxígeno.
- Alteraciones nutricionales.
- Trastornos inmunológicos.
- Alteraciones del estado de conciencia.
- Alteraciones motoras sensoriales.
- Trastornos sistémicos.
- Alteraciones de la eliminación.

FACTORES DE RIESGO

Factores derivados del tratamiento:
consecuencia de terapias o
procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad obligada: ej: escayolas, tracciones,...
- Tt° inmunosupresor.
- Intubaciones con fines diagnósticos o terapéuticos.

FACTORES DE RIESGO

Factores situacionales: debidos a modificaciones de las condiciones personales ambientales, etc.

- Inmovilidad relacionada con dolor, fatiga, estrés, etc.

- Arrugas en la ropa de la cama, o en el pijama, objetos como botones, cremalleras, horquillas, etc.

FACTORES DE RIESGO

Factores relacionados con la edad: tienen que ver con la maduración del individuo:

- Ancianos: movilidad restringida o limitada, sequedad de piel, pérdida de elasticidad cutánea, etc.
- Lactantes: rash por el pañal.

FACTORES DE RIESGO

Factores relacionados con el entorno:

- Falta de conocimiento.
- Falta de interés, energía, etc.
- Falta de unificación de criterios profesionales
- Falta o mal uso del material complementario de prevención.
- Desmotivación en los profesionales, sobrecarga de trabajo, poco personal, etc.

ZONAS DE RIESGO SEGÚN POSICIONES

DECÚBITO SUPINO:

Occipital

Omóplatos

Codos

Región sacra

Nalgas o glúteos

Talones

ZONAS DE RIESGO SEGÚN POSICIONES

SENTADO:

Tuberosidades isquiáticas

Coxis

Omóplatos

Codos

Zona poplítea

ZONAS DE RIESGO SEGÚN POSICIONES

RECLINADO:

Tuberosidades isquiáticas

Escápulas

Talones

Occipital

Codos

ZONAS DE RIESGO SEGÚN POSICIONES

DECÚBITO LATERAL:

Oreja

Acromion (hombro)

Trocánter femoral

Cresta iliaca

Cóndilos tibiales (rodilla)

Maleolos (tobillo)

Codos

ZONAS DE RIESGO SEGÚN POSICIONES

DECÚBITO PRONO:

Barbilla o mentón

Frontal

Auricular

Acromión (hombro) y clavícula

Crestas iliacas anteriores

Rodillas

Maleolos

Dedos de los pies

Mamas en la mujer

Genitales en el hombre

CLASIFICACIÓN O ESTADIAJE (Norton)

Estadio I: eritema que no palidece en piel intacta (¡primer signo de alerta!). Es una lesión que anuncia la ulceración de la piel. Puede comprobarse este grado, cuando la piel sigue enrojecida 30 segundos después de haber aliviado la presión. En personas de piel oscura, la presencia de decoloración de la piel, de calor, de edema o de induración también puede apuntar hacia una lesión en este estadio.



CLASIFICACIÓN O ESTADIAJE (Norton)

Estadio II: Pérdida parcial de espesor cutáneo que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y tiene aspecto de excoriación, ampolla o cráter superficial.



CLASIFICACIÓN O ESTADIAJE (Norton)

Estadio III: pérdida de todo el espesor de la piel con lesión o necrosis del tejido celular subcutáneo, que puede extenderse hacia adentro, pero no por la fascia subyacente.



CLASIFICACIÓN O ESTADIAJE (Norton)

Estadio IV: pérdida de todo el espesor cutáneo con destrucción, necrosis tisular y lesión del músculo, del hueso y de estructuras de soporte (tendones o cápsula articular). En este estadio y en el III pueden presentarse las lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.



MEDICIÓN DEL RIESGO

ESCALA DE NORTON

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
4 BUENO	4 ALERTA	4 TOTAL	4 NINGUNA
3 DEBIL	3 APÁTICO	3 DISMINUIDA	3 OCASIONAL
2 MALO	2 CONFUSO	2 MUY LIMITADA	2 URINARIA
1 MUY MALO	1 ESTUPOROSO	1 INMOVIL	1 DOBLE INCONTINENCIA

12 Ó MENOS: ALTO RIESGO

14 Ó MENOS: RIESGO EVIDENTE

CARACTERÍSTICAS DE LA ÚLCERA

INFECCIÓN

NECROSIS

EXUDACIÓN

CAVITACIÓN

TUNELIZACIÓN

GRANULACIÓN



PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

VALORACIÓN DEL RIESGO

Considerar a los pacientes con riesgo potencial de padecer UPP.

Utilizar un método de valoración del riesgo.

Identificar los factores de riesgo.

Registrar actividades y resultados para poder evaluar

CUIDADOS ESPECÍFICOS

- ◆ Piel:
 - - Examen del estado de la piel: paciente encamados vigilar los puntos de apoyo al menos dos veces al día. Detección de signos precoces (enrojecimiento).
 - - Vigilancia de los pliegues cutáneos (submamario, abdomen, ingles, etc.).
 - - Mantener la piel del paciente en todo momento limpia, seca e hidratada. Aplicar cremas hidratantes, procurando su total absorción.
 - - Uso de jabones con bajo poder irritativo: pH ácido o neutro y suaves.
 - - Lavar la piel con agua tibia, aclarar bien y realizar un secado meticuloso y sin fricciones.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

- ◆ Piel:
 - No utilizar ningún tipo de alcohol sobre la piel (romero, tanino, colonias, etc).
 - Uso de lencería de tejidos naturales (algodón, seda, lana, etc.).
 - Ropa de la cama estirada, sin arrugas y con holgura (evitar que los pies queden inmovilizados por la tirantez).
 - Si hay algún tipo de vendaje debe estar seco y bien estirado.
 - Para reducir las posibles lesiones por fricción, pueden utilizarse apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides).
 - No realizar masajes sobre las prominencias óseas.

INCONTINENCIA

- - Tratamiento médico de la incontinencia (si es posible).
- - Reeducación de esfínteres.
- - Uso de pañales de incontinencia, otras veces colectores penianos y/o sondas vesicales.
- - Ropa de la cama siempre limpia, seca y sin arrugas. Se debe cambiar cada vez que esté mojada y/o sucia.
- - El paciente siempre debe estar seco y limpio.

MOVILIZACIÓN

- Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la actividad del paciente: los masajes y las movilizaciones activas y pasivas. El objetivo del masaje es mejorar el aporte sanguíneo a las zonas más comprometidas. Debe ser sistemático, suave, profundo, no menos de 10 minutos, en pieles secas se pueden utilizar cremas protectoras ricas en vitamina A y aceites hidratantes.
- Tipos de masaje:
 - Rozamiento** en espalda, muslos y piernas.
 - Amasamiento** en sacro, talones, rodillas y codos
 - Despegue** en zonas de alrededor de la úlcera.
- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas.
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enseñar al paciente a hacerlo autónomamente cada quince minutos.

MOVILIZACIÓN

- - Mantener la alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- - Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- - Evitar el arrastre del paciente, y disminuir al máximo las fuerzas tangenciales.
- - No sobrepasar los 30° de inclinación en decúbito lateral.
- - No elevar la cabeza más de 30° y mantenerla elevada el menor tiempo posible.
- - No utilizar flotadores (material inadecuado y mala repartición del peso).
- - Uso de materiales que mitiguen al máximo la presión: colchones, almohadas, cojines, etc.
- **LOS MATERIALES COMPLEMENTARIOS, NUNCA SUSTITUYEN LA MOVILIZACIÓN.**

CUIDADOS GENERALES

- - Identificar y corregir las alteraciones en el estado nutricional.
- - Asegurar un estado de hidratación adecuado.
- - Control de los procesos patológicos que contribuyen a la formación de UPP: diabetes, nivel de conciencia, etc.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- Valorar la capacidad del paciente y su familia para participar en su programa de prevención.
- Aplicar y enseñar a la familia a realizar masajes.
- Desarrollar un programa de educación para prevenir UPP: organizado, estructurado, comprensible y que incluya mecanismos para evaluar su eficacia.

CAMBIOS POSTURALES

- ◆ En decúbito supino:
 - ◆ Colocar una almohada bajo la cabeza y no muy alta, ya que se puede empeorar la situación o producir una contractura del cuello.
 - ◆ Disponer otra almohada bajo las pantorrillas que vaya desde las rodillas hasta los tobillos. Con esta medida se evitan la hiperextensión de las rodillas y el roce de los talones sobre la superficie de la cama.
 - ◆ Colocar un soporte antiequino (evita la flexión plantar de los pies).

CAMBIOS POSTURALES

- En decúbito prono:
 - ◆ Girar la cabeza hacia el lado sin almohada o con una más baja para evitar la flexión del cuello y alinear la cabeza con el tronco.
 - ◆ Colocar una almohada bajo las piernas, desde las rodillas hasta los tobillos, de manera que no exista presión sobre los dedos de los pies ni flexión plantar.

CAMBIOS POSTURALES

- En decúbito lateral:
 - ◆ Colocar el codo inferior hacia delante para que el cuerpo no se apoye sobre él.
 - ◆ Disponer una almohada bajo la parte inferior de los brazos con el fin de prevenir la rotación interna y la abducción del codo.
 - ◆ Poner una almohada bajo la pierna y muslo superior desplazando y flexionando la pierna hacia delante. Con ello se previene la rotación de la espalda.
 - ◆ No poner en contacto mutuo las prominencias óseas (rodillas y tobillos). Para ello se utilizan cojines, almohadas o esponjas. Igualmente, el uso de protectores locales en forma de polaina que se origina por el contacto con la cama.
 - ◆ El paciente no debe estar directamente apoyado sobre el trocánter femoral; por eso, cuando se lo coloque en decúbito lateral, no hay que sobrepasar un ángulo de 30° .
 - ◆ La cabecera de la cama tiene que elevarse el mínimo tiempo posible y con un ángulo máximo de 30° .

CAMBIOS POSTURALES

- En todos los casos:
 - ◆ Los cambios posturales deben realizarse entre dos o más personas, evitando roces, fricciones y el arrastre del cuerpo.
 - ◆ En pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP es aconsejable la utilización gradual de colchones especiales para un reparto adecuado de la presión en los puntos de apoyo (colchón hinchable alternante, de aire de tres cámaras, de agua, de espuma y cama fluidificada).

CAMBIOS POSTURALES

- Algunos errores que no se deben cometer:
 - ◆ No proteger codos, talones ni pies.
 - ◆ Colocar cojín, almohada, etc., en el hueco poplíteo dificultando el retorno venoso.
 - ◆ Pinzar la sonda vesical o pasarla por debajo del muslo provocando un decúbito.
 - ◆ Provocar una cifosis lumbar.
 - ◆ Provocar una hiperflexión cervical que le ocasione dificultades respiratorias al paciente.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Aliviar o eliminar la presión.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Conservar la piel limpia y en buen estado.
- Mejorar el estado general del paciente.

MATERIALES AUXILIARES PARA ALIVIAR LA PRESIÓN

Férula en arco

Apósitos autoadhesivos

Colchón antiescaras hinchable de presión
alternante

Colchón de agua

Colchones de espuma

Diferentes tipos de cojines

Talonerías y coderas

Funda tubular

Cama libro

Cama circoeléctrica

TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA

LIMPIEZA

DESBRIDAMIENTO

CONTROL DEL EXUDADO

TRATAMIENTO DE LA UPP

LIMPIEZA



TRATAMIENTO DE LA UPP

DESBRIDAMIENTO



TRATAMIENTO DE LA UPP

RESULTAD FINAL

