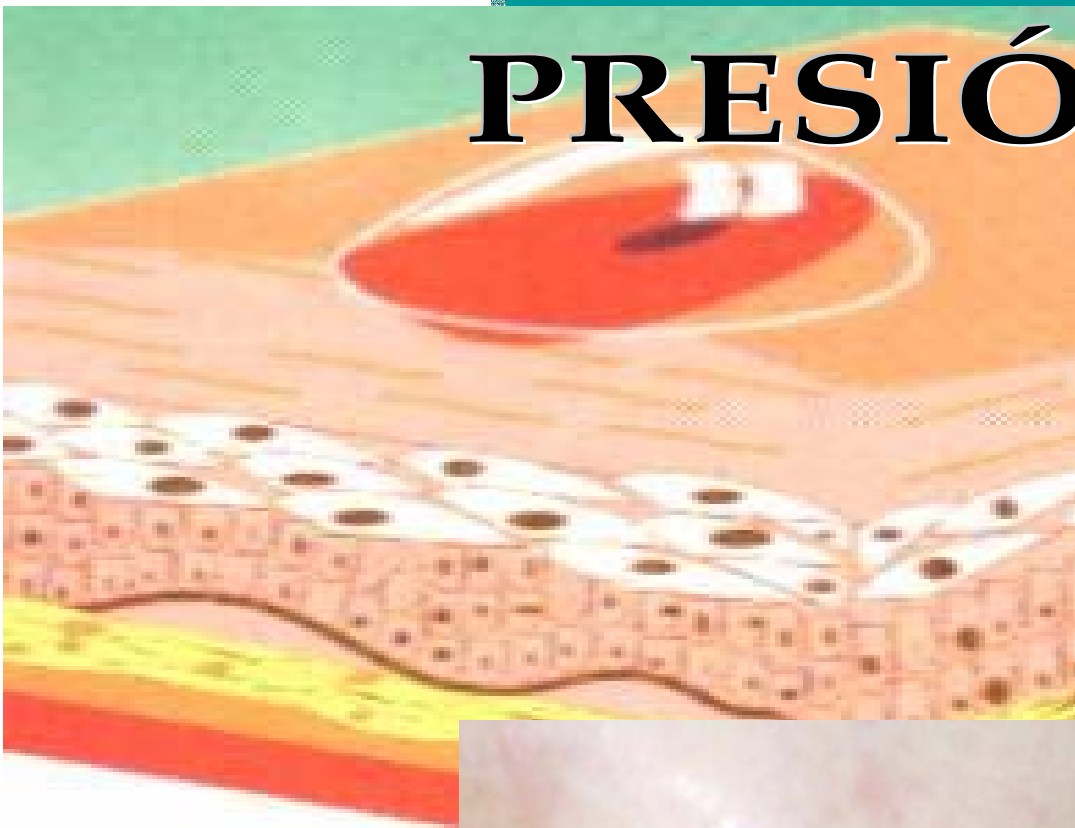


Protocolo de actuación en ÚLCERAS POR PRESIÓN



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

En la realización de este protocolo han intervenido:

ARCOS DÍAZ-FUENTES, MARTA (D.U.E.)

BARBERO LÓPEZ, MARISA (D.U.E.)

DÍAZ PIZARRO, JOSÉ MIGUEL (D.U.E.)

GARCÍA GARCÍA, JUAN (D.U.E.)

GARCÍA SÁNCHEZ, ÁNGEL SANTIAGO (D.U.E.)

JIMÉNEZ JIMÉNEZ, M^a CARMEN (D.U.E.)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	5
2. RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO Y ETIOPATOGENIA	5
3. METODOLOGÍA DEL PROTOCOLO	7
4. VALORACIÓN	8
4.1. Revisión de la valoración de riesgo	8
4.2. Registro de la valoración de riesgo	8
4.2.1. <i>Escala de Norton modificada por la R.A.M.¹</i>	9
4.2.2. <i>Población considerada de riesgo y cambios relevantes</i>	12
4.2.3. <i>Clasificación de las U.P.P.²</i>	14
4.2.4. <i>Localizaciones de riesgo según la posición</i>	15
5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	16
6. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	17
6.1. Valoración del riesgo	17
6.2. Cuidados generales	17
6.3. Cuidados específicos	17
- Piel	
- Incontinencia	
- Movilización	
6.4. Medios complementarios de prevención	18
- Dispositivos estáticos	
- Dispositivos dinámicos	
6.5. Educación	19
6.6. Algoritmo de prevención	20

¹ R.A.M.: Residencia Asistida de Mayores

² U.P.P.: Úlcera Por Presión

7. TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	21
7.1. Valoración inicial de la U.P.P.	21
7.2. Manejo del dolor	21
7.3. Soporte y manejo nutricional	21
7.4. Manejo de la carga tisular	21
7.5. Cuidado de la úlcera	22
7.5.1. <i>Limpieza</i>	22
• Material	
• Procedimiento	
7.5.2. <i>Desbridamiento</i>	22
• Material específico	
• Tipos y procedimiento	
7.5.3. <i>Colonización e infección bacteriana</i>	23
• Material específico	
• Cultivo	
• Tratamiento médico	
7.5.4. <i>Apósitos</i>	24
• Tipos	
• Combinaciones con otros productos	
7.6. Cuidados de enfermería en úlceras por presión	27
7.7. Algoritmo terapéutico	28
8. REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	30
9. CONCLUSIÓN	30
10. BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXO I	32
ANEXO II	33

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta enfermería. Si a esto unimos el elevado coste económico y asistencial que estas conllevan una vez se producen, nos hacen plantearnos que el papel de la enfermería no solo se encuentra durante la labor asistencial sino que está en nuestras manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención y tratamiento de las U.P.P. Estas inquietudes han llevado a un grupo de enfermeras y enfermeros de la R.A.M. de Ciudad Real a realizar un *protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión*.

Como cualquier producto enfermero, y dentro del proceso de enfermería era imprescindible realizar una evaluación tanto del proceso como de los resultados, incluyendo en él las propuestas del equipo de enfermería como innovaciones y últimas tendencias publicadas en la bibliografía clínica especializada.

El proceso de diseño del protocolo ha culminado con la evaluación de los resultados encaminados a prestar un correcto tratamiento a las U.P.P. ya instauradas y que hacía imposible un seguimiento y una continuidad de los cuidados por parte del equipo de enfermería.

Los **OBJETIVOS DE ESTE PROTOCOLO** son:

- ♦ Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las U.P.P.
- ♦ Valorar el grado de riesgo de desarrollar U.P.P. de una manera efectiva y fiable.
- ♦ Identificar y describir correctamente los estadios de las U.P.P.
- ♦ Registrar y protocolizar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las U.P.P.
- ♦ Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las U.P.P.

2. RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO Y ETIOPATOGENIA

La **PIEL** es el órgano más externo del cuerpo humano, con la particularidad de que tiene la capacidad de renovarse a sí mismo. Actúa como barrera defensiva que nos aísla y al mismo tiempo nos relaciona con el medio exterior.

Su **ESTRUCTURA** se divide en tres capas:

- **Epidermis:** Capa superficial de la piel, constituida por varias capas o estratos de células: el córneo (el más superficial y resistente), el lúcido, el granuloso, el espinoso y el basal. Este último es el germinal y permite que las células que continuamente mueren sean sustituidas por otras nuevas.
- **Dermis:** Es la capa en la que se encuentran las estructuras vasculo-nerviosas. Está constituida por:

- Sustancia fundamental: proteínas, glucosa, aminoácidos, H₂O.
 - Fibras conjuntivas: colágeno, fibras elásticas y reticulares.
 - Células: histocitos, fibroblastos y macrocitos.
 - Red vascular: arteriolas.
 - Inervación cutánea: dando las sensaciones de su entorno.
 - Anejos: folículos pilosebáceos y glándulas sudoríparas.
- **Hipodermis:** capa de la piel situada debajo de la dermis, de espesor variable y constituida por tejido conjuntivo.

Las FUNCIONES de la piel son la *protección frente a agresiones externas*, bien sean mecánicas (contusiones), físicas (luz, radiaciones), químicas (impidiendo la absorción de sustancias tóxicas) o biológicas (microorganismos). Además de la *regulación* inmunológica (mediante la liberación de linfocitos T), de la temperatura corporal, del equilibrio hidroelectrolítico y del metabolismo de la vitamina D.

Se define la **ÚLCERA POR PRESIÓN** como toda lesión de la piel producida cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro, una superficie externa. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y el 23% de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.

Se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.

Las FUERZAS responsables de su aparición son:

1.- Presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, 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 6 -32 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.

2.- Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

3.- Fuerza externa de pinzamiento vascular: combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Existen otros FACTORES DE RIESGO que contribuyen a la producción de U.P.P. y que pueden agruparse en cinco grandes grupos:

1. 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, éxtasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Trastornos nutricionales: delgadez, desnutrición, obesidad, desnutrición, hipoproteïnemia.
- 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: incontinencia urinaria e intestinal.

2. *Derivados del tratamiento:*

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Inmovilidad impuesta: resultado de determinadas alternativas terapéuticas: escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora: radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes (vesical y nasogástrico) con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

3. *Situacionales:*

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

- Inmovilidad: relacionada con dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama u objetos de roce.

4. *Del desarrollo:*

Relacionados con el proceso de maduración.

- Niños lactantes: rash por el pañal.
- Ancianos: Pérdida de elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.

5. *Del entorno:*

- Deterioro de la propia imagen del individuo en la enfermedad.
- Falta de educación sanitaria a los pacientes.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas por parte del equipo asistencial.
- Falta o mala utilización del material de prevención, tanto del básico como del complementario.
- Desmotivación profesional por la falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga del trabajo profesional.

3. METODOLOGÍA DEL PROTOCOLO

El actual protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión, nace de la necesidad de estandarizar los procedimientos a partir de la actual bibliografía, nuestra propia experiencia, así como la revisión y evaluación del anterior protocolo para la ejecución de todas las actividades que se llevan a cabo en nuestro medio de trabajo, derivadas del manejo de las U.P.P.

Todo protocolo debe cumplir una serie de **OBJETIVOS** para su *elaboración* y para su *cumplimiento*:

- ♦ Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores en un lugar determinado de la organización, al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.
- ♦ Sistematizar la información, facilitando el registro de actividades, lo que favorecerá la transmisión de la información referida a la propia actividad y los resultados de la misma.
- ♦ Facilitar el trabajo, especialmente a los profesionales de nueva incorporación.
- ♦ Abaratar costes económicos, al estandarizar el uso de recursos y tiempos.
- ♦ Facilidad de cumplimiento.
- ♦ Accesibilidad de consulta y discusión
- ♦ Posibilidad de revisión

El protocolo consta de dos partes diferenciadas, una de ellas dedicada exclusivamente a la estandarización de todos los procesos que nos llevan a poder valorar y aplicar las medidas correctoras para el cuidado de las U.P.P. y una segunda parte donde se incluye una serie de información complementaria de gran utilidad para el profesional que puede hacer uso de este protocolo.

4. VALORACIÓN

Al ingreso de los pacientes se realizará una valoración inicial siguiendo los criterios de *población de riesgo* que aparecen en este protocolo. Una vez definido si entra dentro de la población de riesgo, se le aplicará la *escala de Norton modificada* para determinar el riesgo que tiene dicho paciente de desarrollar o no úlceras por presión.

Determinado el riesgo y, si procede, se le aplicarán las precauciones adecuadas según la *tabla de medidas preventivas*.

Si el paciente fuera ya portador de alguna U.P.P. se le aplicará la *tabla de tratamiento de úlceras por presión y la de medidas preventivas*.

4.1. REVISIÓN DE LA VALORACIÓN DE RIESGO

La revisión o nueva valoración de riesgo se realizará teniendo en cuenta la primera valoración efectuada al paciente en su ingreso.

Si el paciente se encuentra dentro de riesgo medio, alto o muy alto, la revisión se realizará según la *tabla de medidas preventivas*. Si por el contrario no tiene riesgo de padecer U.P.P. se tendrán en cuenta todos los *cambios relevantes* definidos en este protocolo y se le podrá incluir temporalmente o definitivamente dentro del *protocolo de prevención*.

Si algún paciente, por alguna causa desarrollara U.P.P., se le incluirá tanto en el protocolo de prevención como el de tratamiento.

4.2. REGISTRO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO

Tanto la valoración de riesgo como las medidas preventivas tomadas al efecto, se registrarán en la hoja de valoración de riesgo (ANEXO I) y seguimiento de U.P.P (ANEXO II). Este registro deberá ir en la historia de enfermería.

Al ingreso de un residente en la R.A.M. se rellenará una hoja de valoración del riesgo de presentar úlcera por presión. En ella se recogerán algunos de sus datos personales que puedan ser fundamentales tales como el nombre y apellidos y la edad, entre otros. A continuación se identifican los factores de riesgo del residente que puedan ser importantes para valorar si es más o menos propenso a desarrollar U.P.P., estos son: parálisis, paresia de algún miembro o zona del cuerpo o inmovilidad por algún tipo de dispositivo restrictivo; alteraciones circulatorias; fiebre alta o mantenida; anemia; malnutrición; incontinencia, tanto urinaria como fecal y si posee o no sonda vesical o algún otro tipo de dispositivo para evitar la humedad; deshidratación; edema; alguna enfermedad crónica, como por ejemplo diabetes mellitus y el nivel de conciencia que posee el residente al ingreso.

Una vez identificados los factores de riesgo pasamos a la valoración de dicho riesgo de presentar úlceras por presión. Para ello en la R.A.M. utilizamos la escala de Norton con algunas modificaciones. En ésta escala se valoran 5 parámetros y en cada uno de ellos tenemos 4 variables las cuales se puntúan desde el 4 hasta el 1 y según la puntuación final se valorará si el riesgo es mayor o menor. Los parámetros que se valoran son el estado físico general, el estado mental del residente, su actividad, movilidad y si posee o no incontinencia y de que tipo. Según la puntuación obtenida clasificaremos cada caso según el riesgo que presente tras evaluarlo con la escala de Norton.

4.2.1. ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR LA R.A.M.

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

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

- Puntuación de 5 a 9 Riesgo muy alto.
- Puntuación de 10 a 12 Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14 Riesgo medio.
- Puntuación mayor de 14 Riesgo mínimo / No riesgo.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR LA RATE

ESTADO FÍSICO GENERAL

BUENO

- *Nutrición:* persona que realiza 4 comidas diarias, tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas y 2.000 Kcal. I.M.C.³: 20 – 25.

³ I.M.C.: Índice de masa corporal

- *Líquidos*: 1.500 – 2.000cc. al día (8 – 10 vasos).
- *Temperatura corporal*: 36 – 37 °C.
- *Hidratación*: persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

MEDIANO

- *Nutrición*: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas al día y 2.000 Kcal. I.M.C.: 20 – 25.
- *Líquidos*: 1.000 – 1.500cc. al día (5 – 7 vasos).
- *Tª corporal*: 37°C – 37,5°C.
- *Hidratación*: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

REGULAR

- *Nutrición*: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal. I.M.C. >50.
- *Líquidos*: 500 – 1.000cc. al día (3 – 4 vasos).
- *Tª corporal*: 37,5°C – 38°C.
- *Hidratación*: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

MUY MALO

- *Nutrición*: persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >50.
- *Líquidos*: < 500cc. al día (< 3 vasos).
- *Tª corporal*: más de 38°C o menos de 35,5°C.
- *Hidratación*: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Presencia de pliegue cutáneo.

ESTADO MENTAL

ALERTA

- Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar.
- Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles.
- Comprende la información.
Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha, lugar y hora.

APÁTICO

- Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.
- Reacciona con dificultad ante estímulos y permanece orientado.
- Obedece órdenes sencillas.
- Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.
Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.

CONFUSO

- Inquieto, agresivo, irritable, dormido.
- Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.
- Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo.
- Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir.
- Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.
Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

ESTUPOROSO / COMATOSO

- Desorientado en tiempo, lugar y persona.
- Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal / Ausencia total de respuesta, incluso la refleja.
- Nunca está totalmente despierto.
Valoración: Presionar el tendón de Aquiles, comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

ACTIVIDAD

TOTAL

- Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

DISMINUIDA

- Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

MUY LIMITADA

- Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

INMÓVIL

- Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

MOVILIDAD

AMBULANTE

- Independiente total.
- Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.

CAMINA CON AYUDA

- La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

SENTADO

- La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.
- La persona precisa ayuda humana y /o mecánica.

ENCAMADO

- Dependiente para todos sus movimientos.
- Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse...).

INCONTINENCIA

NINGUNA

- Control de ambos esfínteres.
- Implantación de sonda vesical y control del esfínter anal.

OCASIONAL

- No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24h.

URINARIA O FECAL

- No controla uno de los esfínteres permanentemente.
- Colocación adecuada de un colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

URINARIA Y FECAL

- No controla ninguno de sus esfínteres.

4.2.2. POBLACIÓN CONSIDERADA DE RIESGO Y CAMBIOS RELEVANTES

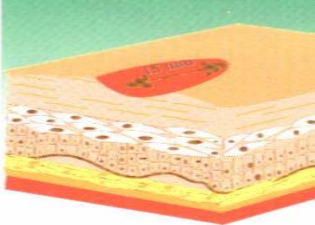

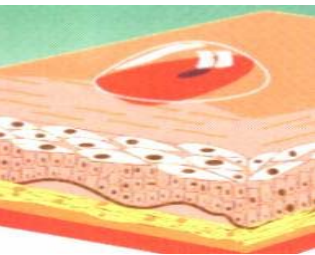

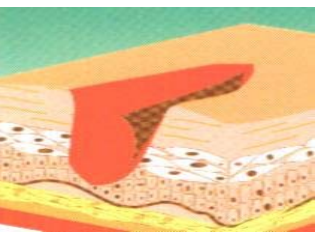



- Las que tienen una parálisis cerebral o lesión medular debido a su extensa pérdida de función sensorial y motora.
- Las que tienen una disminución del nivel de conciencia por cualquier causa, dado que las percepciones normales que estimulan los cambios de postura están reducidas o ausentes.
- Las que tienen deficiencia en el estado nutricional o dieta insuficiente de aporte proteico.
- Las que tienen más de 85 años, debido a la mayor frecuencia de problemas de debilidad, incontinencia, delgadez y disminución de la capacidad del sistema circulatorio.

- Las que están encamadas o en silla de ruedas, especialmente las que dependen de los demás para moverse.

Se consideran CAMBIOS RELEVANTES que nos pueden llevar a incluir a los individuos que los padecen dentro de la población de riesgo:

- Una intervención quirúrgica superior a 10 horas.
- Aparición de isquemia por cualquier causa.
- Periodos de hipotensión.
- Pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
- Pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas.
- Periodos de hipertermia prolongados.

4.2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

<i>ESTADÍO O GRADO DE LA ÚLCERA</i>	<i>CARÁCTERÍSTICAS</i>	<i>RECREACIÓN HISTOLÓGICA</i>	<i>IMAGEN REAL</i>
I	Eritema cutáneo que no palidece al retirar la presión. La lesión precursora de una ulceración en la piel. En individuos de piel oscura también pueden ser indicadores la decoloración de la piel, calor, edema, induración o insensibilidad.		
II	Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena o pequeño cráter superficial.		
III	Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo pudiéndose extender más hacia dentro pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.		
IV	Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.		

4.2.4. LOCALIZACIONES DE RIESGO SEGÚN LA POSICIÓN

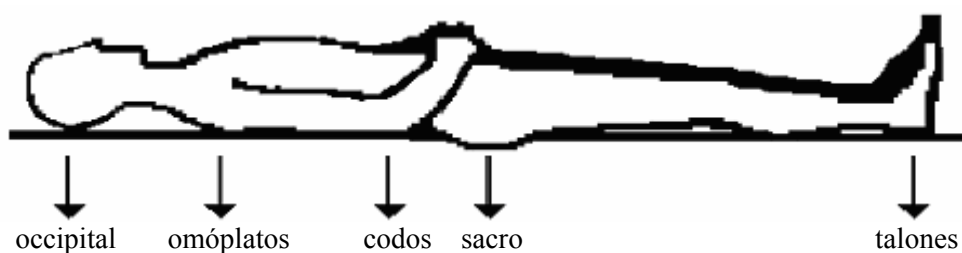
Las úlceras por presión, normalmente, se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos.

Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por orden de frecuencia son: sacro, talón, maléolos externos, glúteos, trocánteres, omóplatos, isquion, occipucio, codos, crestas ilíacas, orejas, apófisis espinosas, cara interna de rodillas, cara externa de rodillas, maléolos internos y bordes laterales de los pies.

El emplazamiento de las principales úlceras por presión se encuentran, según la posición del paciente, en:

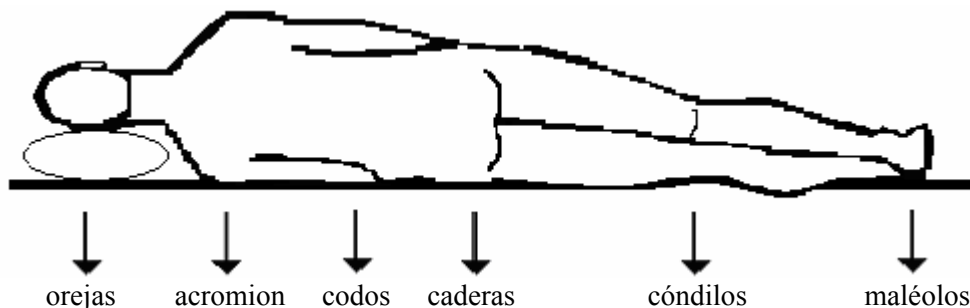
Decúbito supino:

En la posición de decúbito supino la localización más frecuente de las úlceras por presión son: talones, sacro, codos, omóplatos y zona occipital.



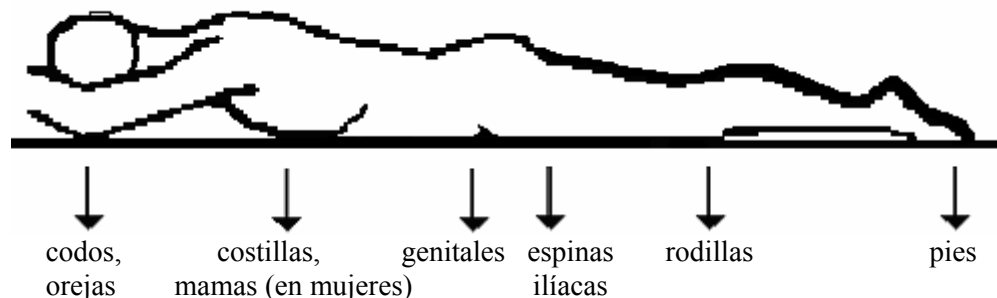
Decúbito lateral:

En la posición de decúbito lateral: orejas, acromion, codos, costillas, caderas, trocánter, cóndilos y maléolos.



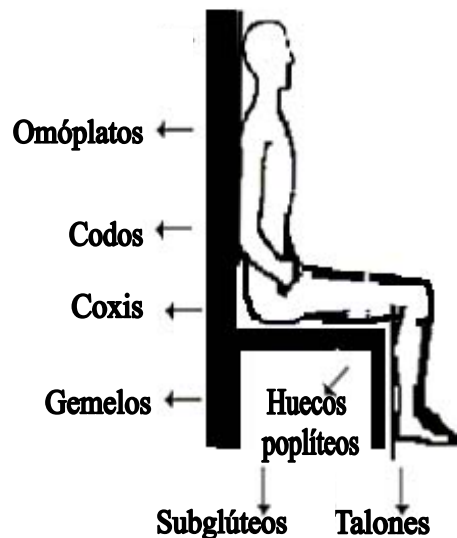
Decúbito prono:

En la posición de decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, espinas ilíacas, órganos genitales en hombres, mamas en mujeres, costillas, mejilla y oreja.



Sentado o fowler:

En otras posiciones, como la de sentado o fowler, los puntos más susceptibles para la aparición de úlceras son los omóplatos, codos, coxis, subglúteos, huecos poplíteos, gemelos y talones.



También existen úlceras por presión específicas, como son los puntos de presión en portadores de sondas urológicas y nasogástricas, bajo escayolas o prótesis y también en el uso de mascarillas o gafas para el oxígeno.

En general, podemos indicar que existe riesgo de la aparición de úlceras en cualquier lugar donde ocurra una presión excesiva sobre alguna parte del cuerpo, independientemente de la posición del paciente.

5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Según Gordon (1976) los diagnósticos enfermeros o diagnósticos clínicos formulados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que los enfermeros, *en virtud de su educación y experiencia están capacitados y autorizados para tratar*.

Los principales DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LAS U.P.P. son:

- *Deterioro de la integridad cutánea* relacionado con una excesiva presión manifestada por la alteración y destrucción de la epidermis, dermis o ambas.
- *Deterioro de la integridad tisular* relacionado con una excesiva presión manifestado por la aparición de lesiones de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
- *Alteración de la integridad cutánea* relacionada con la malnutrición.
- *Alteración de la imagen corporal* relacionada con la presencia de lesiones visibles.
- *Dolor* relacionado con la aparición de heridas abiertas, destrucción y crecimiento del tejido de granulación e infección de la úlcera.

- *Déficit de conocimientos* relacionado con la falta de información acerca de factores agravantes.

Como DIAGNÓSTICOS POSIBLES O POTENCIALES podemos enumerar los siguientes:

- Riesgo de *deterioro de la integridad cutánea*: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
- Riesgo de *infección*: riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

6. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La premisa fundamental para la prevención de las U.P.P. es la valoración del riesgo existente para cada individuo o grupo de padecer este tipo de lesiones. A partir de este punto aplicaremos los cuidados oportunos según las necesidades individuales. Todo ello sin descuidar la educación al paciente o en su caso, a sus cuidadores para así asegurarnos su colaboración en el plan de cuidados.

6.1. VALORACIÓN DEL RIESGO

- Considerar a todos los pacientes potenciales de riesgo.
- Elegir y utilizar un método de valoración de riesgo.
- Identificar los factores de riesgo.
- Registrar las actividades y resultados.

6.2. CUIDADOS GENERALES

- Tratar todos aquellos procesos que pueden incidir en el desarrollo de U.P.P. (alteraciones respiratorias, circulatorias, metabólicas, etc.).
- Identificar y corregir los posibles déficits nutricionales.
- Garantizar una hidratación adecuada.

6.3. CUIDADOS ESPECÍFICOS

PIEL

- Examinar el estado de la piel a diario.
- Mantener la piel en todo momento limpia y seca.
- Utilizar para la higiene jabones o sustancias limpiadoras poco irritativas.
- La higiene se deberá realizar con agua tibia.
- Secado meticuloso y sin fricción.
- No usar sobre la piel ni alcoholes ni colonias.
- Aplicar cremas hidratantes, hasta su completa absorción.
- No realizar masajes sobre las prominencias óseas.
- Utilizar apósitos protectores para reducir la fricción.

INCONTINENCIA

- Tratamiento de la incontinencia.

- Reeducación de esfínteres.
- Cuidados del paciente incontinente: colectores, empapadores...

MOVILIZACIÓN

- Cambios posturales siguiendo una rotación y programación específica.
- Mantener la alineación corporal y distribución del peso de forma adecuada.
- Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre.
- A los pacientes en sedestación, movilizarlos cada hora.
- En la posición de decúbito lateral, no sobrepasar un ángulo de 30°.

6.4. MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE PREVENCIÓN

DISPOSITIVOS ESTÁTICOS

Como su propio nombre indica son inmóviles y realizados con materiales que acolchan y moldean la superficie corporal.

SOPORTE TEXTIL ANTIDECÚBITO

- Reduce la humedad, presión y rozamiento.
- Actúa como sobreempapador.
- No produce sensibilización ni alergia.
- Fácil limpieza.

PROTECCIONES LOCALES

- Para proteger talones y codos.
- Precaución en el uso de vendas compresivas.
- Respetar la posición anatómica.
- Vigilancia y reemplazamiento frecuente.

BARRERAS LÍQUIDAS

- Evitan la pérdida de agua, aportando los sistemas enzimáticos necesarios para estimular la formación de fibroblastos.
- Su composición suele ser a base de extractos vegetales oleosos; la presentación es en forma de aceite o crema.

COJINES DE FLOTACIÓN

- Son muy elásticos y evitan las fuerzas de cizalla.
- No elevan la temperatura, ni la modifican.
- No absorben líquidos ni olores.

APÓSITOS HIDROCOLOIDES Y PULIURETANO

- Reducen los efectos del roce y fricción.
- Son flexibles y aíslan la zona en pacientes con incontinencia.

DISPOSITIVOS DINÁMICOS

Están llenos de líquido, disponen de motores eléctricos o de materiales especiales, para poder distribuir la presión sobre las diferentes áreas del cuerpo.

COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE

- Son los más usados, desplazan continuamente los puntos de presión.
- Sin considerar como norma su utilización, se puede afirmar que permiten espaciar más los cambios posturales, especialmente por la noche.
- Su inconveniente es el ruido que producen y los motores y la transpiración que provocan los componentes plásticos del colchón.

COLCHÓN DE AGUA

- Confeccionado con varios módulos independientes.
- Garantiza una presión reducida.
- Es de fácil manejo para el personal.
- Puede producir problemas de adaptación para el paciente, con sensación de mareo.
- Se debe tener precaución con la hipotermia.

6.5. EDUCACIÓN

- Al *paciente*, valorando su capacidad para participar en el programa de prevención.
- Al equipo de *Auxiliares de Enfermería*, mediante la formación continuada sobre los cuidados generales y específicos citados en los puntos anteriores.

6.6. ALGORITMO DE PREVENCIÓN

En función del riesgo del paciente de sufrir U.P.P. podemos utilizar las siguientes medidas de prevención siguiendo estas pautas:

PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 14-16	Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 12-13	Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 5-11	PROCEDIMIENTO GENERAL
HIGIENE CORPORAL	DIARIO/DEMANDA	DIARIO/DEMANDA	DIARIO/DEMANDA	
VIGILANCIA PUNTOS DE PRESIÓN. PROTECCIÓN DE LA PIEL	ÁC. GRASOS HIPEROXIGENADOS C/24H.	ÁC. GRASOS HIPEROXIGENAD. C/12H.	ÁC. GRASOS HIPEROXIGENAD. C/8-12H.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y tratar incontinencia.
SUPERFICIES PARA EL ALIVIO DE LA PRESIÓN	SISTEMAS ESTÁTICOS O COLCHONETA DE AIRE ALTERNANTE	COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE CELDAS GRANDES	COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE ALTAS PRESTACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • No masajear prominencias óseas.
PROTECCIÓN DE TALONES Y CODOS	SI PROCEDE, AP. HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir déficit de nutrición.
SEDESTACIÓN: SI LO PERMITE PATOLOGÍA	4H. MÁXIMO + COJÍN ESTÁTICO	4 H. MÁXIMO + COJÍN ESTÁTICO-ALTERNANTE	2 H. MÁXIMO + COJÍN ALTERNANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar colocar al paciente directamente sobre el trocánter femoral, cuando se encuentre en decúbito lateral.
CONTROL ALIMENTACIÓN	C/24 H.	C/TOMA PERFIL NUTRICIONAL	C/TOMA PERFIL NUTRICIONAL	
CAMBIOS POSTURALES	C/TURNO	C/ 4 H. 9-12-17-21-1-5 ROTATORIO	C/ 4 H. 9-13-17-21-1-5 ROTATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar actividades.
MEDICIÓN DE RIESGO	C/ 3 DIAS	DIARIO	DIARIO	
VIGILANCIA ESPECIAL	<ul style="list-style-type: none"> • ZONA DE INSERCIÓN S.N.G. • POSICIÓN S. VESICAL • MASCARILLA Y GAFAS OXÍGENO: PUNTOS DE PRESIÓN • SUJECIONES MECÁNICAS 			

7. TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

7.1. VALORACIÓN INICIAL

- Valorar las U.P.P. en cuanto a ubicación, estadio, tamaño, trayectos fistulosos, exudados, tejidos y la presencia o ausencia de tejido de granulación y epitelización.
- Revalorar las U.P.P. al menos semanalmente. Si la situación del paciente o de la herida se deteriora, reevaluaremos el tratamiento tan pronto como sea posible.
- Una U.P.P. limpia debe mostrar signos de curación en 2 – 4 semanas. Si no puede demostrarse ningún signo de curación habrá que reevaluar el plan de tratamiento.
- Realizar una historia y examen completos. Una U.P.P. debe valorarse dentro del contexto de salud global.
- Identificar las complicaciones potenciales asociadas a las U.P.P. como pueden ser endocarditis, artritis séptica, osteomielitis, bacteriemia o celulitis progresiva.

7.2. MANEJO DEL DOLOR

- Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P. o con su tratamiento.
- Manejaremos el dolor eliminando o controlando su fuente de origen: cubriendo heridas, ajustando las superficies de apoyo, recolocando al paciente.
- Si se considera necesario y adecuado se proporcionará analgesia.

7.3. SOPORTE Y MANEJO NUTRICIONAL

- Realizaremos una valoración nutricional en los pacientes con riesgo de desnutrición.
- Hay que fomentar la ingesta o la suplementación dietética en pacientes con U.P.P. que estén mal nutridos.
- Aporte de vitaminas y suplementos minerales si se sospechan o confirman los déficits.
- Si la ingesta continua siendo inadecuada, poco factible o imposible, se aplicarán medidas de apoyo nutricional, para situar al paciente en un balance de nitrógeno positivo: aproximadamente 30 – 35 calorías/Kg/día y de 1.25 a 1.50 gr. de proteínas/Kg/día.

7.4. MANEJO DE LA CARGA TISULAR

- Debemos evitar colocar a los pacientes sobre las U.P.P.
- Usaremos dispositivos para levantar la U.P.P. por encima de la superficie de apoyo si el paciente no presenta un riesgo adicional de desarrollar nuevas U.P.P.
- Los dispositivos estáticos (*explicados en epígrafe 6.4.*) serán útiles si el paciente puede asumir varias posiciones sin sostener su peso sobre una úlcera por presión.
- Usaremos dispositivos dinámicos si el paciente no puede asumir varias posiciones sin sostener su peso sobre una U.P.P., o si esta muestra signos de curación.
- Hay que considerar la alineación postural, la redistribución del peso, el equilibrio, la estabilidad y el alivio de la presión cuando coloquemos a los pacientes sentados.
- Recolocar al paciente sentado, de manera que los puntos bajo presión cambien al menos cada hora.

- Cuando el exceso de humedad sobre la piel es fuente potencial de maceración y lesiones cutáneas, se evitará usar dispositivos que impidan la libre circulación de aire a través de la piel.

7.5. CUIDADO DE LA ÚLCERA

Para realizar la cura de una U.P.P. hay que seguir unas pautas básicas:

- Elegir la posición más adecuada para el paciente.
- Realizar la cura en condiciones de asepsia.
- Retirar el apósito (si lo tuviera) mediante una técnica no agresiva.
- Valorar la piel perilesional y proteger si procede.
- Utilización de cremas protectoras como vaselina, óxido de zinc, etc. y de ácidos grasos hiperoxigenados.
- Valorar la lesión y elegir el tratamiento adecuado.

7.5.1. LIMPIEZA

MATERIAL

- Guantes, compresas y gasas estériles.
- Solución salina fisiológica.
- Equipo de curas con pinza de disección dentada y pinza de Kocher.

PROCEDIMIENTO

- Limpiar las U.P.P. inicialmente y en cada cambio de apósito.
- No utilizar limpiadores cutáneos o antisépticos para limpiar el lecho de la herida.
- Limpieza de arrastre de la U.P.P. con suero fisiológico.
- Utilizar la mínima fuerza mecánica y la suficiente presión de lavado para mejorar la limpieza del lecho de la U.P.P.
- Considerar el lavado en espiral para U.P.P. que contengan grandes exudados, esfacelos o tejido necrótico.

7.5.2. DESBRIDAMIENTO

MATERIAL ESPECÍFICO

- Guantes, compresas y gasas estériles.
- Solución salina fisiológica.
- Equipo de curas con pinza de disección dentada, pinza de Kocher, mango de bisturí, hoja de bisturí y tijeras.
- Gel de lidocaína 2 %.
- Desbridante autolítico: hidrogel.
- Desbridante enzimático: colagenasa.
- Apósitos basados en el principio de la cura húmeda (*epígrafe 7.5.4.*).
- Vendas.

TIPOS Y PROCEDIMIENTOS

En caso de que exista tejido desvitalizado en las U.P.P. es necesario desbridar, siempre que sea adecuado a la situación del paciente y coherente con los objetivos del mismo. Podemos hablar de tres tipos de desbridamiento:

1. **Autolítico:** mediante la utilización de cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles y apósitos hidrorreguradores).
2. **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 los hidrogeles y/o colagenasa.
3. **Quirúrgico:** recortar por planos y en diferentes sesiones empezando por el área central. Es aconsejable la aplicación de algún antiálgico tópico (gel de lidocaína al 2%). En caso de sangrado aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos durante las 8 a 24 horas siguientes al desbridamiento, posteriormente cambiarlos por apósitos húmedos.
Realizar la técnica con instrumental estéril.
Las úlceras de talón con escaras secas, no precisan ser desbridadas quirúrgicamente si no tienen edema periulceral, eritema, fluctuación o drenaje.

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

Si no existe una necesidad clínica urgente de drenaje o extirpación del tejido desvitalizado utilizaremos técnicas de desbridamiento mecánico, autolítico o enzimático. En caso de que exista esta necesidad, como por celulitis progresiva o sepsis, utilizaremos técnicas de desbridamiento quirúrgico.

7.5.3. COLONIZACIÓN E INFECCIÓN BACTERIANA

- Minimizar la colonización de las U.P.P. y mejore la curación mediante una limpieza y desbridamiento eficaz.
- No usar cultivos con torundas para diagnosticar infección en la úlcera, ya que todas las U.P.P. están colonizadas.
- En U.P.P. limpias que no se curan o que continúan produciendo exudado, después de 2 – 4 semanas de un cuidado óptimo del paciente, consideraremos el inicio de un tratamiento antibiótico local durante 2 semanas. El antibiótico será eficaz contra Gram +, Gram – y anaerobios.
- Cuando la U.P.P. no responda al tratamiento local, realizaremos cultivos bacterianos de tejidos blandos para descartar osteomielitis.
- No usar antibióticos locales para reducir el nivel de bacterias en la U.P.P.
- Proteger las U.P.P. de fuentes exógenas de contaminación: heces, orina...
- Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento, realizando curas cada 12/24 horas. No se realizará nunca una cura oclusiva.
- Seguir las precauciones universales en el manejo de la U.P.P. y del material contaminado. Utilizar el protocolo de residuos del hospital.
- Usar técnica estéril e instrumentos estériles para desbridar las U.P.P. Cuando un paciente tenga varias úlceras trataremos la más contaminada en último lugar.

MATERIAL ESPECÍFICO

- Jeringa y agujas.
- Gasas y guantes estériles.
- Antiséptico local.

- Vial de transporte de muestra anaerobia.
- Hisopo con vial de transporte.

CULTIVO

Las principales técnicas para la obtención de muestras para cultivo son:

1) Aspiración percutánea:

- Desinfectar la piel perilesional.
- Realizar la punción a través de la piel íntegra del borde periulceral seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.
- Realizar una punción–aspiración con jeringa y aguja, manteniendo una inclinación aproximada de 45° y aproximándose al nivel de la pared de la lesión.
- En procesos no supurados preparar una jeringa con 0,5 ml de suero fisiológico.
- Introducir el contenido en un medio para el transporte de gérmenes aerobios y anaerobios.

2) Frotis de la lesión mediante hisopo:

- No deberán usarse para el cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida porque pueden detectar solo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico.
- Las muestras así recogidas deben obtenerse solo cuando no sea posible realizar la anterior técnica.
- Aclarar la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra.
- Rechazar el pus para el cultivo.
- Recorrer con un hisopo estéril los bordes de la herida.

TRATAMIENTO MÉDICO

7.5.4. APÓSITOS

- Escoger apósitos que controlen el exudado, pero que no desequen el lecho de la U.P.P.
- Usar apósitos que mantengan la U.P.P. continuamente húmeda. Deben usarse apósitos húmedos-secos únicamente en el desbridamiento.
- Eliminar los espacios muertos de la úlcera, rellenando parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) todas las cavidades y tunelizaciones con el material adecuado, evitando sobrecargar la úlcera.
- Controlar los apósitos aplicados cerca de la zona anal, ya que es difícil mantenerlos intactos. Podemos utilizar esparadrapo transpirable para fijar el borde de la úlcera.
- El apósito deberá sobrepasar en 2,5 – 4 cms el borde de la herida.
- Considerar el tiempo del cuidador cuando se seleccione el apósito.
- El cambio de apósito se realizará según pauta, salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes periulcerales.

APÓSITOS NO OCLUSIVOS

PRODUCTO	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Carbón activado con plata	Infección y mal olor	Cada 24 – 48 horas	Apósitos NO oclusivos Si infección no asociar con colagenasa Antibiótico local
Alginato de calcio	Infección	Cada 24 – 48 horas	Apósitos NO oclusivos y antibiótico local
	Exudado moderado-abundante	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa
Hidrofibra	Infección	Cada 24 – 48 horas	Apósitos NO oclusivos y antibiótico local
	Exudado moderado-abundante	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa
	Sangrado		

APÓSITOS OCLUSIVOS

PRODUCTO	NOMBRE	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Hidrocoloide extrafino de absorción baja	Apósito hidrocoloide de absorción baja	Prevención y tratamiento en estadio I y II	Cada 48/72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa
Hidrocoloide de absorción media	Apósito hidrocoloide de absorción media	Tratamiento estadio II, III y IV. Exudado moderado		
Hidrocoloide de absorción alta	Apósito hidrocoloide de absorción alta	Tratamiento estadio II, III y IV. Exudado abundante		






APÓSITOS SEMIOCLUSIVOS

PRODUCTO	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Hidrocelulares e hidropoliméricos (todo tipo de absorción)	Prevención y tratamiento de todos los estadios. Todos los niveles de exudado	Cada 48/72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa

OTROS PRODUCTOS

PRODUCTO	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACIÓN CON OTROS PRODUCTOS
Colagenasa	Desbridamiento y cicatrización	Según el producto con el que se asocie	Todos los apósitos Precaución al asociar con plata
Hidrogel	Desbridamiento y regeneración tisular	Según el producto con el que se asocie	Todos los apósitos
Sulfadiacina argéntica	Infecciones	Cada 12 – 24 horas	Apósitos NO oclusivos
Mupirocina			
Ácidos grasos hiperoxigenados	Prevención y tratamiento estadio I	Cada 8 horas	
Óxido de zinc	Protección de la piel perilesional	Coincidiendo con la higiene o la cura	
Vaselina			
Extracto de centella asiática	Estimulación del tejido de granulación	Según el producto con el que se asocie	

7.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADÍO	SIGNOS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
	<p>Preúlceras, epidermis intacta, adherente y eritema que desaparece al aliviar la presión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos transparentes. • Apósitos hidrocoloides. • Apósitos de poliuretano. 	<p>Prevención y protección de la zona enrojecida.</p>
	<p>Epidermis intacta y adherente. Posible existencia de edema y/o eritema que disminuirá si se presiona y que tiene más de 15 mm. de diámetro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos hidrocoloides. • Apósitos hidrogeles. • Apósitos de espuma. 	<p>Absorben los exudados. Ambiente húmedo.</p>
	<p>Equimosis cardenal en el tejido o en una ampolla o coloración oscura debajo de la piel de más de 5 mm. de diámetro. También una ampolla clara de más de 15 mm. de diámetro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos hidrocoloides. • Pasta o gránulos hidrocoloides. • Hidrogeles. 	<p>Permiten rellenar la cavidad absorbiendo mejor el exudado.</p>
	<p>Úlceras superficiales abiertas, posibles lesiones en la dermis e hipodermis, pero coloraciones oscuras de más de 5 mm. de diámetro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desbridamiento quirúrgico. • Enzimas: Estreptoquinasa y estreptodornasa. • Dextranómero. • Yodocadexómero. • Apósitos hidrocoloides. 	<p>Activan la fibrinolisis. Eliminan los exudados y las bacterias por acción capilar.</p>
	<p>Úlceras por presión profunda y con exposición de víscera, hueso o tendón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía. • Dextranómero. • Colagenasa. 	<p>Curas cada 24 horas.</p>

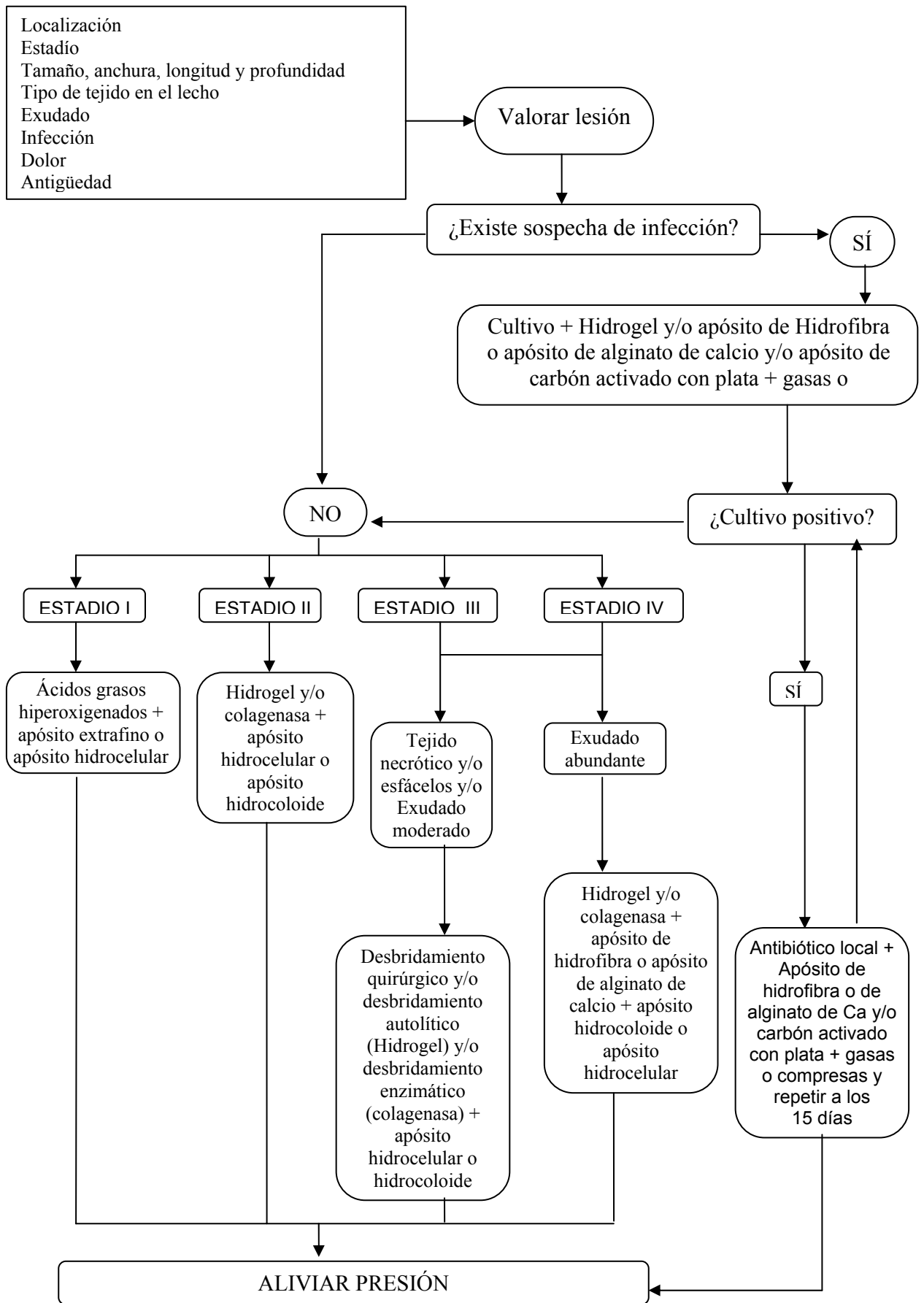
7.7. ALGORITMO TERAPÉUTICO

Todo este proceso queda resumido en una serie de pasos simples. El primero es valorar la lesión teniendo en cuenta factores como la localización, estadio, tamaño, tejido del lecho, exudado, dolor, etc.

Después nos planteamos la sospecha de que exista una infección si es posible procederemos a la utilización de un apósito no oclusivo, y la realización de un cultivo de exudado si éste es positivo seguiremos con apósitos no oclusivos y lo repetiremos a los 15 días.

Si no existe sospecha de infección o el cultivo es negativo podremos recurrir a apósitos oclusivos como los extrafinos o hidrocelulares en estadios I, los hidrocelulares o hidrocoloides en estadios II, desbridamiento y apósitos hidrocelulares o hidrocoloides en estadios III, hidrogeles, colagenasa, alginato Ca, apósitos hidrocoloides o hidrocelulares en estadios IV.

Pero siempre con el objetivo de aliviar la presión.



8. REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN

La finalidad de este protocolo es la realización de una hoja de registro de la evolución y tratamiento de las úlceras por presión que complemente dentro de la historia de enfermería a esta. Esta hoja además de contener los datos de filiación del paciente tendrá un registro gráfico de las úlceras por presión que presente el paciente donde será fácilmente reconocible la localización de estas, como además utilizaremos distintos símbolos y colores para identificar el estadio de estas aumentaremos la información visual que este nos muestra. Para completar la historia de enfermería añadimos un registro escrito con datos tan importantes como la fecha de aparición o cura de la misma, estadio de la misma, pauta de cura utilizada, localización, tamaño, presencia de exudado (indicando la cantidad: abundante, moderado, ligero, etc., y las características de este seroso, purulento, sanguinolento, etc.), presencia de olor, fecha de la próxima cura, y la firma del enfermero que realiza la cura.

Proponiendo la utilización del ANEXO II para estos fines.

9. CONCLUSIÓN

1. Como dice un viejo aforismo: “La mejor forma de tratar una enfermedad es evitando se produzca”.
2. La U.P.P. es uno de los principales problemas de los pacientes inmovilizados. Algo que podría evitarse si se identifica correctamente a los pacientes de alto riesgo y se instauran de forma precisa las medidas de prevención.
3. La evolución y pronóstico de las úlceras por presión dependen, no solo de la localización, sino también de la edad, estado general, nutrición, situación cardiocirculatoria, etc.
4. El hecho de existir multitud de problemas farmacológicos en el tratamiento de las U.P.P. pone de manifiesto la ineficacia individualizada de todos ellos, lo que nos lleva a hacer un seguimiento con uno concreto.
5. En la prevención de las recidivas juega un papel muy importante, no solo la educación sanitaria del paciente, sino del personal que lo cuida.
6. La región sacra, tuberosidad isquiática y talones son las zonas donde aparecen con mayor frecuencia dichas úlceras.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión. Junta de Andalucía. 2004.
- Escala de Braden. Valores de riesgo de presentar úlceras por presión. Revista ROL de Enfermería 1997.
- Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Carmen Fuentelsaz Gallego (en nombre del grupo investigador). 1992-1993.
- Úlceras por decúbito valoración por escala de Norton. E. I. María del Rosario Jiménez de León. E. I. Evangelina González Hernández, E. I. Marcia Betzabé Largo Gallegos. E. I. Rosalía Laureano Miguel, E. I. Aurelia Lobatón Luna.
- Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofía. Pilar Ayora Torres, M^a Carrillo Sánchez, M^a A. Donaire Guarnido. Córdoba. 1999.
- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño. 2003.
- Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica. E. Doyma, R. Alfaro.
- Normas de cuidados del paciente. 6^a edición. Tucker, Canobbio, Paquette, Wells. Paradigma Tec. 1997.
- Protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Hospital general universitari d'Elx. Servicio de medicina interna. Octubre 2000.
- U.P.P. Actualización y puesta al día. Elvira Molino Castillo. Formación Alcalá. Septiembre 2003.
- Actuaciones de enfermería ante las úlceras y heridas. 1993.
- Actuación rehabilitadora al paciente geriátrico. Agustín Mata Ramos, Rafael Ceballos Atrenzo. 2^a Edición, 2003.
- Guía de cuidados enfermeros. U.P.P. INSALUD. Begoña Elorriaga Ameyugo; Dolores Rayo Pascual. Madrid 1996.
- Cómo vencer las úlceras por presión. Joann Maklebert. Revista Nursing. 1997.
- Prevención y tratamiento de las úlceras por decúbito. Calzada M. I., Gironés P.; García J. y Ruiz P. Enfermero Integral 3, 5 – 7. 1986.
- Atención de enfermería a pacientes con U.P.P. Colina J. Rol 113; 41 – 52. 1988.

ANEXO I

HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR U.P.P.

Apellidos	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Fecha de ingreso:	Nº de habitación:
Lugar de procedencia:	Sexo:

1) Identificación de factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensibilidad | <input type="checkbox"/> Malnutrición |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones circulatorias | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Deshidratación |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Sonda vesical | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivo | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica. Especificar: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Presencia de úlceras previas. Localización _____ | |

TOTAL FACTORES DE RIESGO:

2) Valoración según la escala de Norton modificada por la R.A.M.

ESTADO FÍSICO GENERAL	BUENO ⁴	MEDIANO ³	REGULAR ²	MUY MALO ¹	
ESTADO MENTAL	ALERTA ⁴	APÁTICO ³	CONFUSO ²	ESTUPOROSO COMATOSO ¹	
ACTIVIDAD	AMBULANTE ⁴	DISMINUIDA ³	MUY LIMITADA ²	INMÓVIL ¹	
MOVILIDAD	TOTAL ⁴	CAMINA CON AYUDA ³	SENTADO ²	ENCAMADO ¹	
INCONTINENCIA	NINGUNA ⁴	OCASIONAL ³	URINARIA O FECAL ²	URINARIA Y FECAL ¹	

PUNTUACIÓN ESCALA NORTON:

3) Puntuación total:

Puntuación Escala de Norton – Total factores de riesgo / 3 =

4) Clasificación del riesgo de presentar U.P.P.

- | | |
|-------------------------------|--|
| • Puntuación de 5 a 9..... | <input type="checkbox"/> Riesgo muy alto |
| • Puntuación de 10 a 12..... | <input type="checkbox"/> Riesgo alto |
| • Puntuación de 13 a 14..... | <input type="checkbox"/> Riesgo medio |
| • Puntuación mayor de 14..... | <input type="checkbox"/> Riesgo mínimo / no riesgo |

