

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- OBJETIVOS	4
3.- DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD	5
4.- PATOGENIA	5
5.- GRUPOS DE RIESGO	5
6.- OTRAS ETIOLOGÍAS	6
7.- VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP	6
8.- LOCALIZACIÓN	7
9.- MATERIAL Y METODO EN PREVENCIÓN	8
10.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA)	8
11.- CLASIFICACION O GRADOS	9
12.- TRATAMIENTO PREVENTIVO	10
13.- MATERIAL NECESARIO	11
14.- PLAN DE CUIDADOS	11
15.- COMPLICACIONES	13
16.- RESUMEN	13
17.- EVALUACIÓN	14
18.- BIBLIOGRAFÍA	16

INTRODUCCIÓN

Las Guías de práctica clínica, nos sirven a los profesionales de la salud, para intentar tener un “modus operandi” similar en nuestras actuaciones asistenciales cara a los pacientes, repercutiendo por tanto como indicadores de calidad hacia el paciente e indicador de calidad del profesional. La Guía de práctica clínica para la prevención de UPP, responde a unas necesidades sentidas y detectadas por enfermería que ha visto incrementada su labor asistencial.

Esta Guía de práctica clínica para la prevención de UPP, debe de cumplir una acción multidisciplinar ante el Deterioro de la Integridad Cutánea, que compete a un equipo multidisciplinar y de apoyo mutuo entre las distintas disciplinas: farmacia, cirugía plástica, neurofisiología, endocrinología, vascular, dermatología, etc

En esta guía no están incluidos los procesos de valoración de riesgo y de prevención de UPP, disponibles al igual que la escala de valoración de Norton, en los procedimientos

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar cuidados que permitan dar respuesta a los pacientes de riesgo de padecer úlceras por presión (UPP)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evitar prolongar internamiento sanitario por esta causa en pacientes hospitalizados.

Llevar a cabo el seguimiento de los cuidados relacionados con la prevención y curación de las UPP

Determinar nº de pacientes con riesgo y sin riesgo de desarrollar UPP. Conocer la morbilidad de UPP, por áreas de salud o departamentos, servicios y hospitales.

Participar junto con organismos oficiales, en la evaluación de los indicadores de calidad asistencial en incidencia de UPP.

GUIA PRÁCTICA CLÍNICA

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

“EL CUIDADO” de los pacientes, muchas veces se nos olvida, y es la base de nuestra profesión.

Repasaremos unas cuantas definiciones y veremos unos conceptos donde nuestra profesión no solamente es técnica, sino que es mucho más profunda en su significado, pues una mala praxis de nuestra labor “el cuidado” puede llevar al paciente a una situación lamentable comprometiendo su vida.

Intentamos no enseñar a curar sino evitar el curar ya que cuando nos encontramos con estas lesiones, no es todo tan sencillo como parece sino que tenemos a nuestro cargo una gran responsabilidad

Definición UPP

Como podemos comprobar la definición de este tipo de lesiones (UPP) que afectan al Deterioro de la integridad cutánea, su causa o etiología sencillamente lo encontramos como su propio nombre indica: “ POR PRESIÓN . Presión externa que se ejerce constantemente sobre un tejido blando y sano, entre dos planos generalmente duros (colchón y prominencia ósea), esta presión media es superior a 32 mm de Hg, y que supera la presión capilar, por lo que provoca con ello un fracaso circulatorio periférico, una isquemia tisular y por consiguiente la famosa “placa negra o necrosis”

Definición de prevención:

Es el conjunto de cuidados que planifica la enfermera/o para la no formación de úlceras por presión en pacientes con riesgo a desarrollarla.

Objetivos:

- Mantener la integridad cutánea
- Disminuir o eliminar los factores de riesgo
- Educación del paciente, familia y a la Administración

PATOGENIA/CAUSAS EN UPP

- Aumento de la presión
- Fricción
- Humedad
- Cizallamiento

GRUPOS DE RIESGO

Los dos grupos de mayor riesgo en padecer UPP son:

- Ancianos mayores de 70 años
- Pacientes con lesión medular.

OTRAS CAUSAS DE RIESGO DESARROLLO UPP:

- Perdida motora y sensitiva (lesiones medulares, politraumatizados)
- Pacientes quirúrgicos principalmente de cirugía cardiaca
- Desnutrición proteica (albúmina sérica inferior a 3'8g., indicativo de malnutrición, hemoglobina 8 -10g), deshidratado, hipo proteico
- Falta de vitamina C y de Zn.
- Pérdida del 5% de su peso
- Hipotensión arterial
- Fármacos sedantes y analgésicos (corticoides, citostáticos)
- Espasticidad y contracturas articulares, ver la rehabilitación
- Secuelas por psicofármacos por errores
- Enfermedades que producen secuelas metabólicas (diabetes, obesos)
- Anemias que provocan hipoxia tisular
- Incontinencia urinaria o fecal
- Malos cuidados por falta de higiene (humedad en la piel por el propio sudor)
- Pérdida elasticidad de la piel (ancianos)
- Deterioro del estado mental (neurológicos)
- Apoyo nutricional (ver dentadura por masticación alimentos)
- Angulo de la cabeza no sea mayor de 30°
- No apoyar directamente sobre trocáncer
- Calor 1° = 10% de necesidades metabólicas

ESCALAS VALORACIÓN DE RIESGO UPP

La escala de valoración de Norton en la que a través de una puntuación por cada uno de los criterios reflejados se obtiene una cifra que nos indica si un paciente es de riesgo mínimo (15 a 20 puntos), el paciente de riesgo evidente (12 a 14 puntos) y el paciente de alto riesgo y que con toda seguridad desarrollará una úlcera por presión (por debajo de los 12 puntos).

Esta escala valora al paciente:

- Al ingreso
- A la semana
- Según el nivel de riesgo o variabilidad en su estado de salud, se puede realizar cada 24 horas.

ESCALA DE VALORACION DE NORTON:					Valor
Estado físico	Incontinencia	Movilidad	Actividad	Es. mental	
Bueno	No	Completa	Deambula	Alerta	4
Aceptable	Ocasional	Algo limita	Con ayuda	Apático	3
Deficiente	Habitual	Muy limita	Silla ruedas	Confuso	2
Muy deficiente	Doble	Inmóvil	Encamado	Estupor	1

Riesgo mínimo	15 a 20
Riesgo evidente	12 a 14
Alto riesgo	Inferior a 12

LOCALIZACIONES:

Supino:

- Sacras 36%
- Talones 30%
- Ángulo inferior escápula
- Vértebras
- Codos
- Occipital

Lateral costado:

- Costillas
- Temporal y orejas
- Hombro
- Isquion
- Cresta iliaca
- Rodilla (cóndilos)
- Trocánter
- Maléolos externos
- Bordes Ext. e int. del pie
- Temporal

Prono

- Mentón
- Proceso acromial
- Mamas
- Genitales
- Rodillas
- Dedos de los pies
- Brazos
- Nariz
- Esternón
- Mejilla/oído

Otras localizaciones por

- Sonda uretral /nasogástrica
- Férulas / escayolas
- Gafas / mascarilla para oxigenoterapia
- Prótesis
- Zonas de sujeción

Parapléjicos en silla de ruedas presentan úlceras isquiales

MATERIAL Y METODO EN PREVENCIÓN DE UPP

- Valoración riesgo UPP
- Posible etiología UPP
- Diagnósticos de enfermería

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

Junto con “la valoración” por enfermería sobre el estado del paciente y con la ayuda de los diagnósticos de enfermería (NANDA), podremos prevenir el deterioro de la integridad cutánea (UPP) y aplicar los cuidados necesarios.

Diagnósticos de enfermería (NANDA)

- Deterioro de la integridad cutánea (Grados I y II)

Estado en que la piel de un individuo está alterada adversamente

- Características definitorias principales
Solución de continuidad de la superficie cutánea; destrucción de las capas de la piel; invasión de las corporales.
- Factores relacionados/contribuyentes
Externos: Hiper o hipotermia; sustancias químicas; factores mecánicos (fuerzas de deslizamiento, presión, sujeciones); radiación; inmovilidad física, humedad.

DEPARTAMENTO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA
UNIDAD DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA, ÚLCERAS Y HERIDAS

Internos: Medicación, alteración del estado nutricional (obesidad, emaciación), alteración del estado metabólico, alteración de la circulación, alteración de la sensibilidad, alteración de la pigmentación, prominencia esquelética, factores de desarrollo, déficit inmunológico, alteraciones en la turgencia.

- **Deterioro de la integridad hística: (Grados III y IV)** déficit integridad tisular. Estado en el que un individuo experimenta lesión de tejidos (membrana mucosa, córnea, intergumentario o subcutáneo)

- Características definitorias principales:
Lesión o destrucción de los tejidos
- Factores relacionados/contribuyentes:

Alteración de la circulación, déficit/exceso nutricional; déficit/exceso de líquidos, déficit de conocimientos; deterioro de la movilidad física; irritantes químicos (incluyendo la excreciones y secreciones corporales y los medicamentos); irritantes térmicos (temperatura extrema), irritantes mecánicos (presión, deslizamiento, fricción); radiación (incluyendo la terapéutica).

CLASIFICACION POR GRADOS

Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel:

I.- Piel eritematosa o indurada que habitualmente recubre una prominencia ósea y no desaparece a la vitropresión.

II.- Flictenas y ulceración superficial se extienden hasta el tejido celular subcutáneo, afectación de epidermis y dermis.

III.- Hasta tejido muscular y que generalmente dan lugar a una úlcera cavitada.

IV.- Hasta el hueso, son extensas, afectan a articulaciones, tendones, etc. y cavidades del organismo.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento preventivo se divide en dos apartados:

- a) **Sistémico**, regulando la mala nutrición y posibles disfunciones metabólicas (tratamiento facultativo)
- b) **Loca-regional**, eliminando las presiones, las fricciones, cizallamiento, la humedad y posibles causas que puedan desarrollar una UPP

TRATAMIENTO PREVENTIVO LOCO-REGIONAL

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente. En el 95% de los casos puede ser eficaz

DEPARTAMENTO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA
UNIDAD DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA, ÚLCERAS Y HERIDAS

- Registrar el estado de la piel al ingreso y posteriormente a diario (limpia y seca).
- Vigilar la piel, color, calor local, elasticidad, vascularización, temperatura, hidratación.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración (pliegues cutáneos), el drenaje de la herida y la incontinencia fecal o urinaria
- En caso de incontinencia fecal continua, colocar tapón anal de contención
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede
- Cambios posturales cada 2 horas si procede o cada 4 horas por la noche
- Cambios posturales y movimientos deben de ser con cuidado para evitar lesiones en la piel frágil, evitando cizallamiento y fricciones.
- No formar el cabezal de la cama un ángulo superior a los 30°
- Pacientes en silla de ruedas ayudar al cambio cada 15 minutos y dejar caer el peso corporal sobre los muslos
- Colocar el programa de cambios posturales en el pie de la cama o en los controles de enfermería si procede
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al realizar los cambios posturales al menos una vez al día
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos
- Colocar al paciente en posiciones correctas y ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas
- Utilizar camas y colchones especiales si procede
- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra
- Hidratación de la piel seca, intacta
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño
- Aplicar protectores para los codos, talones, occipital si procede
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente
- Controlar la morbilidad y la actividad del paciente
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso, ingesta de líquidos
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel.
- Control de infecciones
- Controles en analíticas de, hemograma, proteinograma
- Proporcionar asistente social o fisioterapeuta

MATERIAL NECESARIO:

- Colchones de presión alterna
- Colchones de agua, silicona, látex o poliuretanos
- Grúas para movilización paciente
- Taloneras de distinto tipo
- Piel de cordero
- Cojines de látex y silicona
- Productos hidratantes
- Apósitos de protección
- Ácidos grasos hiperoxigenados
- Mesa de quirófanos de riesgo almohadilla de polímeros gelificada reduce en un 11% la incidencia

Todo protocolo estará registrado en las hojas de enfermería, adjunta a la historia clínica del paciente, o por mediación de la red informática, en una base de datos específica para la prevención y cuidados de las úlceras y heridas para así poder evaluar la actuación y resultados de los cuidados de enfermería.

PLAN DE CUIDADOS:

Como resumen ante el riesgo del deterioro de la Integridad Cutánea:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de la herida y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede
- Cambios posturales cada 2 horas, poner el cuadro de cambios en control de enfermería o a pie de cama
- Cambios posturales y movimientos deben de ser con cuidado para evitar lesiones en la piel frágil
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día y evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión. Vigilar fuentes de presión y fricción aplicar protectores en codos y talones
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin pliegues
- Utilizar camas y colchones para el alivio de la presión, especiales para la prevención
- Utilizar mecanismos en las camas para protección de los pacientes (barandillas)
- Proporcionar un trapecio para ayuda en los cambios posturales
- Evitar mecanismos tipo flotadores para proteger el sacro
- Humedecer e hidratar la piel seca e intacta
- Evitar el agua muy caliente y utilizar jabones neutros

DEPARTAMENT HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA
UNIDAD DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA, ÚLCERAS Y HERIDAS

- Controlar la morbilidad y la actividad del paciente
- Asegurar una excelente nutrición, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso
- Control de patologías de alto riesgo para el desarrollo de UPP en pacientes encamados
- Educar a los miembros de la familia y cuidadores a vigilar si hay signos de ruptura de la piel. Tratamiento local de las úlceras si las hay al ingreso y evitar nuevas ulceraciones y posibles complicaciones o infecciones.
- **Controlar el plan de cuidados**

COMPLICACIONES:

Las UPP no son simplemente unas lesiones que se le originan al paciente. Son lesiones que se originan por una mala praxis profesional y que su resolución no siempre es fácil e incluso pueden llegar a comprometer la vida de los pacientes, como es el caso de las siguientes complicaciones:

- Infección: Fiebre, leucocitosis, inflamación e induración perilesional, aumento del exudado y mal olor. Es recomendable el hacer una biopsia profunda o punción aspiración para cultivo y antibiograma, se considera infección si supera 100.000 bacterias por gramo de tejido
- Osteomielitis: En UPP profundas, radiografía dan positivo en la afectación, la biopsia de hueso es lo más fiable para el diagnóstico.
- Bacteriemia: Es rara pero en el 50% de los casos es mortal en mayores de 60 años y en la mayoría de los casos es polimicrobiana .
- Amiloidosis: En úlceras de larga evolución, hay presente una afectación renal.

RESUMEN

- Las UPP son caras para el sistema sanitario
- Las UPP generan largas estancias hospitalarias
- Las UPP reducen la calidad de vida del paciente
- Las UPP son causa directa o indirecta de la morbilidad
- Las UPP generan más trabajo al personal de enfermería
- Generalmente deben transmitir un sentimiento de culpabilidad
- Por lo general, las medidas que se ponen como prevención ante las úlceras por presión, suelen aplicarse en el momento en que se detectan los signos de lesión de I ó II grado y no antes
- Jurisprudencia en demandas judiciales por baja calidad asistencial
- Son indicadores de la calidad asistencial.

EVALUACIÓN.-

Los indicadores se evaluarán anualmente, previa determinación de los objetivos de distintas áreas y unidades de hospitalización. El objetivo: será determinar el número de pacientes de riesgo de padecer UPP.

Teniendo como premisa que la Prevalencia es el tanto por cien de pacientes con UPP ingresados o medidos en áreas extrahospitalaria en un momento determinado. No es un correcto indicador de calidad, ya que pueden influir varias circunstancias en el momento de su realización

Nº de pacientes con UPP en el momento de la medición
----- X 100
Nº total de pacientes ingresados en el momento de la medición

Como indicador de calidad es más efectivo, la medición de la Incidencia de las UPP en la población, detecta a su vez los factores de riesgo para la aparición de UPP a los pacientes a estudio.

Nº de pacientes que desarrollan UPP en el tiempo de medición
----- X 100
Nº total de pacientes en el tiempo de medición

INDICADORES:

Nº de pacientes con riesgo de UPP valorados con Escala de Norton modificada
----- X 100

Nº total de pacientes valorados con Escala de Norton modificada

- Objetivo:

Determinar el número de pacientes de riesgo y no riesgo que desarrollan úlceras durante su estancia hospitalaria.

INDICADORES:

Nº de pacientes de riesgo que presentan úlceras.
----- x 100

Total de pacientes de riesgo

Nº de pacientes de no riesgo que presentan UPP

----- x 100

Total de pacientes de no riesgo

- Objetivo:

Determinar el número de pacientes que presentan upp previo al ingreso

INDICADORES:

Nº de pacientes que ingresan en unidad de hospitalización con UPP

----- x 100

Nº total de pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización

BIBLIOGRAFIA

“Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de úlceras por presión en pacientes ingresados”. Enfermería clínica Septiembre 2001. E. Gallart, C. Fuentelsaz, G.Vivas, I. Garnacho, L. Font, R. Arán.

“Prevención y tratamiento de úlceras por presión: Que funciona. Que no funciona. Clevelandb Clinic Journal of Medicine Volume 68, Numero 8, August 2001. David R. Thomas, MD,(Traducción: Educación.AWC@smith-nephew.com, - España –

“Protocolo de cuidados de úlceras por presión”, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, coordinador Rich Ruiz M. Y colaboradores.

Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. INSALUD 1999.

Aplicación del proceso de Enfermería, guía práctica, E. Doyma, R. Alfaro.

“Pressure Ulcers: Prevention and management. Mayo Clinic in Rochester, Department of Internal Medicine.

“Protocolo úlceras por presión” I Jornadas de enfermería dermatológicas, A. Gómez Vela, Valencia 1990, Hospital General Universitario de Valencia

DEPARTAMENTO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA
UNIDAD DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA, ÚLCERAS Y HERIDAS

“Prevención de las úlceras por presión”, I Congreso Nacional de Enfermería dermatológica, Rosa M^a Martínez Prieto (H.U. San Carlos de Madrid), Valencia febrero 1992.

Prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes críticos. G. Gonzalez Monterrubio y colab. Hospital 12 de Octubre Madrid. 2º Premio Convatec 1997.

Tratamiento de las úlceras por presión, US Department of Health and Human Services, Maryland (USA)

[www. Ulceras.net](http://www.Ulceras.net)

“Conozca como contrarestrar con éxito las úlceras por presión que amenazan al paciente”. Joan maklebust, mary Y. Sieggreen, M Detroit Medical Center, Detroit, Mich, Nursing 97, Mayo Pag 11 – 16.

Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. JL Fortes Álvarez, MD Pulido de la Torre, MA Torres Alamitos, F. Revenga Arranz, equipo de AP de Badajoz, Ciudad Real y Toledo, H. 12 de Octubre de Madrid. Atención Primaria Vol. 19, nº 1 Enero 1997.

Prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el paciente inmovilizado. M. Bea Muñoz, MP Salvador Dueso y V Pascual Ramón. Rehabilitación (Madrid) 1995; 29: 435 445.

Treatment of pressure ulcers, 1994 De 154, Clinical Practice Guideline nº 15 Agency for Health Care <<<<<poling and research (AHCPR) Federal Gobernament Agency US

Guía clínica prevención UPP, Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 2003, Valencia