

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

AUTORES: León Llamas, Víctor Manuel
Muñoz Ballesteros, Francisco

E-MAIL CONTACTO: victor2_pro@hotmail.com
pakomb85@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

- 1) **Problema**
Algunos de los centros de mayores y residencias geriátricas andaluzas de ámbito privado, no poseen un protocolo específico para el abordaje de las UPP. En su defecto, utilizan un protocolo general de heridas, donde se unifican con las UPP. En nuestra opinión es necesario establecer una herramienta útil para el abordaje de tal problema.
- 2) **Objetivos**
- Implementar una herramienta de fácil manejo para los profesionales, en el cuidado de las UPP en estos centros.
- Facilitar al personal sanitario la Clasificación, Prevención y Tratamiento de las UPP.
- Estandarizar un plan de cuidados específico en pacientes con UPP.

METODOLOGÍA

Seguimos una revisión sistemática de guías y manuales de actuación y prevención en el tratamiento de las heridas (y más concretamente en el de las UPP). Muchas de ellas, presentes en la GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por presión y heridas crónicas). Se emplearon las Taxonomías Internacionales Enfermeras (NANDA, NIC, NOC) para establecer los planes de cuidados específicos de este tipo de heridas. El tiempo empleado en la revisión bibliográfica y la elaboración del trabajo fue de 3 semanas (del 1 al 21 de abril de 2012).

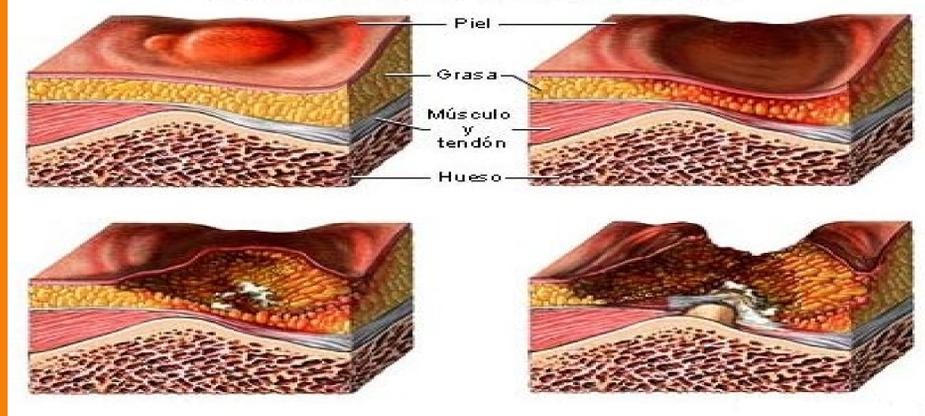
PLAN DE CUIDADOS EN UPP

- Diagnósticos enfermeros (NANDA)**
- 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, íntegumentaria 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.
- Riesgo de infección: riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

RESULTADOS

- 1) **Definición:**
Úlcera por presión (UPP), es aquella lesión provocada por la restricción de flujo sanguíneo, como resultado de una presión prolongada (aplastamiento tisular), que si no se corrige evoluciona a necrosis del tejido afectado. Generalmente aparecen en zonas con prominencias óseas, pliegues cutáneos de personas obesas, zonas de apoyo de sonda o tubos y zonas de compresión de férulas de yeso y/o tracciones.
- 2) **Clasificación de las UPP:**
I- Enrojecimiento de la piel que no se corrige con masaje ni eliminando la presión. La piel está intacta.
II- Lesión dérmica superficial que se manifiesta por grietas y/o vesículas cutáneas. Se limita a epidermis o dermis superficial.
III- Herida bien diferenciada que afecta a toda la dermis y al tejido celular subcutáneo.
IV- Lesión ulcerativa que afecta a estructuras profundas y que en función de su localización presentará destrucción de aponeurosis, tejido conectivo, músculo y huesos.

Evolución de la úlcera de decúbito



3) Escala de Valoración de Riesgo de UPP: Escala de Norton Modificada

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

PUNTUACIÓN DE 5 A 9 ----- RIESGO MUY ALTO
PUNTUACIÓN DE 10 A 12 ----- RIESGO ALTO
PUNTUACIÓN 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO
PUNTUACIÓN MAYOR DE 14 ----- RIESGO MÍNIMO/ NO RIESGO

4) Tratamiento:

- En general, e independientemente del estadio en el que se encuentren, se llevarán a cabo las siguientes medidas:
- Examinar la superficie corporal para determinar la presencia de úlceras en evolución.
 - Preparar todo el material necesario para la cura.
 - Informar al paciente del procedimiento a realizar y aclarar todas sus dudas.
 - Lavar las manos.
 - Usar técnica estéril durante todo el procedimiento.
 - Después de realizar la cura, recoger y ordenar todo el material.
 - Registrar en la hoja correspondiente las características de la úlcera, medidas (largo x ancho x profundidad), aspecto, evolución e incidencias de la cura.
 - Aplicar las medidas y dispositivos oportunos para evitar la presión en las lesiones y la aparición de otras nuevas UPP.
 - Favorecer el autocuidado y participación de la familia. Explicar la importancia de la prevención y las técnicas empleadas en el tratamiento, comprobando que la información ha sido comprendida.

Según el estadio en el que se encuentre la UPP:

Estadio I:

- Lavar la zona con agua jabonosa.
- Aclarar con solución salina.
- Aplicar solución de ácidos grasos (de 1 a 3 gotas o pulverizaciones).

Estadio II:

- Lavar la zona afectada con suero fisiológico sin tocar el lecho de la herida.
- Cura húmeda.
- Si la lesión presenta flictena (ampolla), intentar preservarla.

Estadios III y IV:

- Si existe presencia de tejido necrótico, se debe eliminar bien por desbridamiento quirúrgico, aplicación de colagenasa, o favoreciendo la autólisis con hidrogel + hidrocoloide. Generalmente la mejor opción es cura combinada (quirúrgico + colagenasa o bien, quirúrgico + hidrogel + hidrocoloide).
- Si se opta por desbridamiento quirúrgico, preparar el material y recortar el tejido necrótico desde el centro hacia los bordes. Si se corta algún vaso sanguíneo se hará hemostasia con un mosquito y si no fuera suficiente se dará un punto con sutura reabsorbible.

Objetivos enfermeros (NOC) / Intervenciones enfermeras (NIC)

1. **PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (NOC).**
Definición: prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades / Intervenciones (NIC):

- Utilizar la escala de Braden para valorar el riesgo.
- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad si procede.
- Cambios posturales cada 2 ó 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche.
- Registro del programa de cambios posturales en la historia del paciente.
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales si procede.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Hidratar la piel seca intacta.
- Usar agua templada y jabón suave para el baño, aclarar y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Aplicar protectores para zonas de riesgo.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.
- Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

2. VIGILANCIA DE LA PIEL (NOC).

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades / Intervenciones (NIC):

- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

3. **CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO (NOC).**
Definición: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades / Intervenciones (NIC):

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
- Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
- Aplicar lubricante para hidratar fosas nasales si presencia de catéter.
- Aplicar los pañales sin comprimir.
- Colocar sobreempapadores si es el caso.
- Hidratar la piel seca intacta.
- Mantener humedad en las incubadoras entre el 60 – 70%.

4. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (NOC)

Definición: suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades / Intervenciones (NIC):

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Proporcionar conocimientos básicos:
 - Enseñar a mantener la piel limpia, seca e hidratada.
 - Enseñar cómo y cuando cambiar los pañales húmedos.
 - Explicar la necesidad de una nutrición adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua.
 - Explicar como se mantiene la posición anatómica correcta.
 - Instruir como hacer los cambios posturales y la necesidad de pautarlos. El cambio postural favorece la circulación, proporciona bienestar al evitar la presión prolongada y previene contracturas.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

5. CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (NOC).

Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades / Intervenciones (NIC):

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (anchura, longitud, y profundidad), estadio (I al IV), recidiva, antigüedad, localización, dolor, tejido necrótico, exudación, granulación y epitelización.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera.
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel perilesional.
- Mantener la úlcera en un medio húmedo para favorecer la curación.
- Limpia la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Desbridar la úlcera si es necesario.
- Limpia la úlcera con suero salino fisiológico con movimientos circulares desde el centro.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda.
- Aplicar vendajes si está indicado.
- Evitar en los cambios posturales la presión sobre zonas ulceradas.
- Controlar el estado nutricional (escala de evaluación del estado nutricional MNA).
- Instruir al paciente/cuidador en los procedimientos de cuidado de la herida.

CONCLUSIONES

- Las úlceras por presión pueden y deben de evitarse con unos buenos cuidados de enfermería dentro de un plan general que incluye el trabajo multidisciplinar del médico, enfermera/o, paciente y familia.
- Hay que buscar el tratamiento ideal para cada tipo de úlcera y en muchos casos, utilizar diferentes tratamientos, según se observe la evolución.
- Siempre que se trate o se reevalúe el tratamiento de una UPP, hay que tener en cuenta que no se puede tratar solo la lesión. Hay que valorar al paciente en su conjunto y establecer un plan de prevención y tratamiento adecuado.
- Dejar constancia escrita de las medidas preventivas y de tratamiento para que todo el equipo siga las mismas pautas.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las Úlceras por Presión. Disponible en <http://www.genaupp.org>
- Nanda. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3ª edición, St. Louis: Mosby; 2002.
- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación Resultados Enfermería (NOC); 2ª edición, St. Louis: Mosby; 2002.