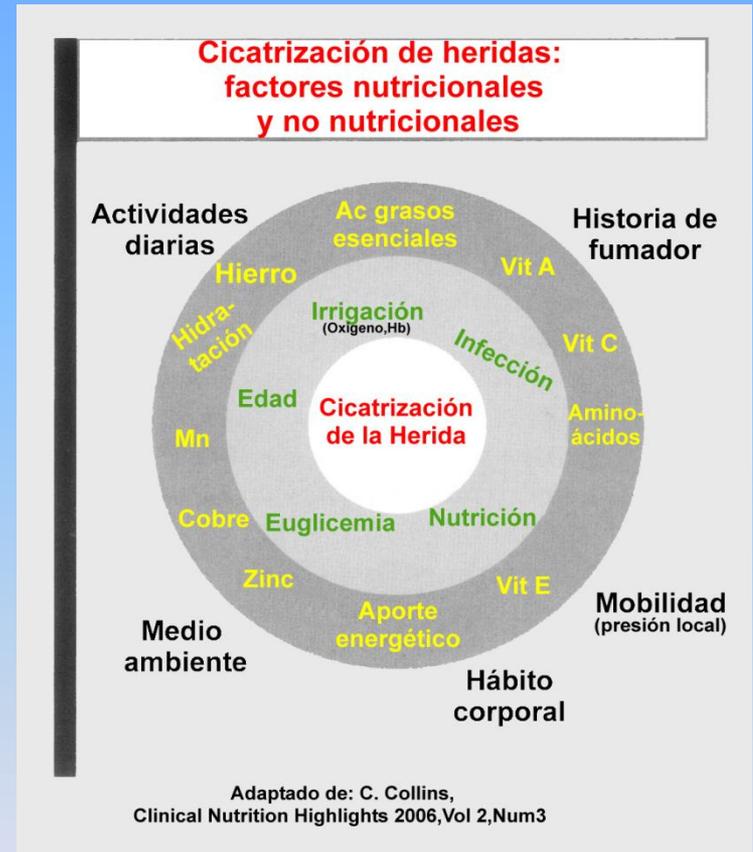


# VALORACION ENFERMERA PARA LA PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION

Lic. Isabel Renée  
Cervantes

[ircervantes@yahoo.com](mailto:ircervantes@yahoo.com)



# PREVALENCIA DE LAS ULCERAS POR PRESION

- Desde un punto de vista epidemiológico, la prevalencia de UPP intrahospitalaria es de un 26% (España-EEUU).
  - En pacientes críticos la prevalencia de UPP se incrementa al 40%.
- Debido a esta alta prevalencia, la prevención se debe realizar con una valoración del riesgo (susceptibilidad, vulnerabilidad).
  - Alto costo económico anual.
- La prevención de UPP debe estar en el marco del sistema de garantía de la calidad.
- Prevención debe basarse en el Desarrollo de competencias:
  - Modelos de atención,
  - Criterios y estándares de enfermería.

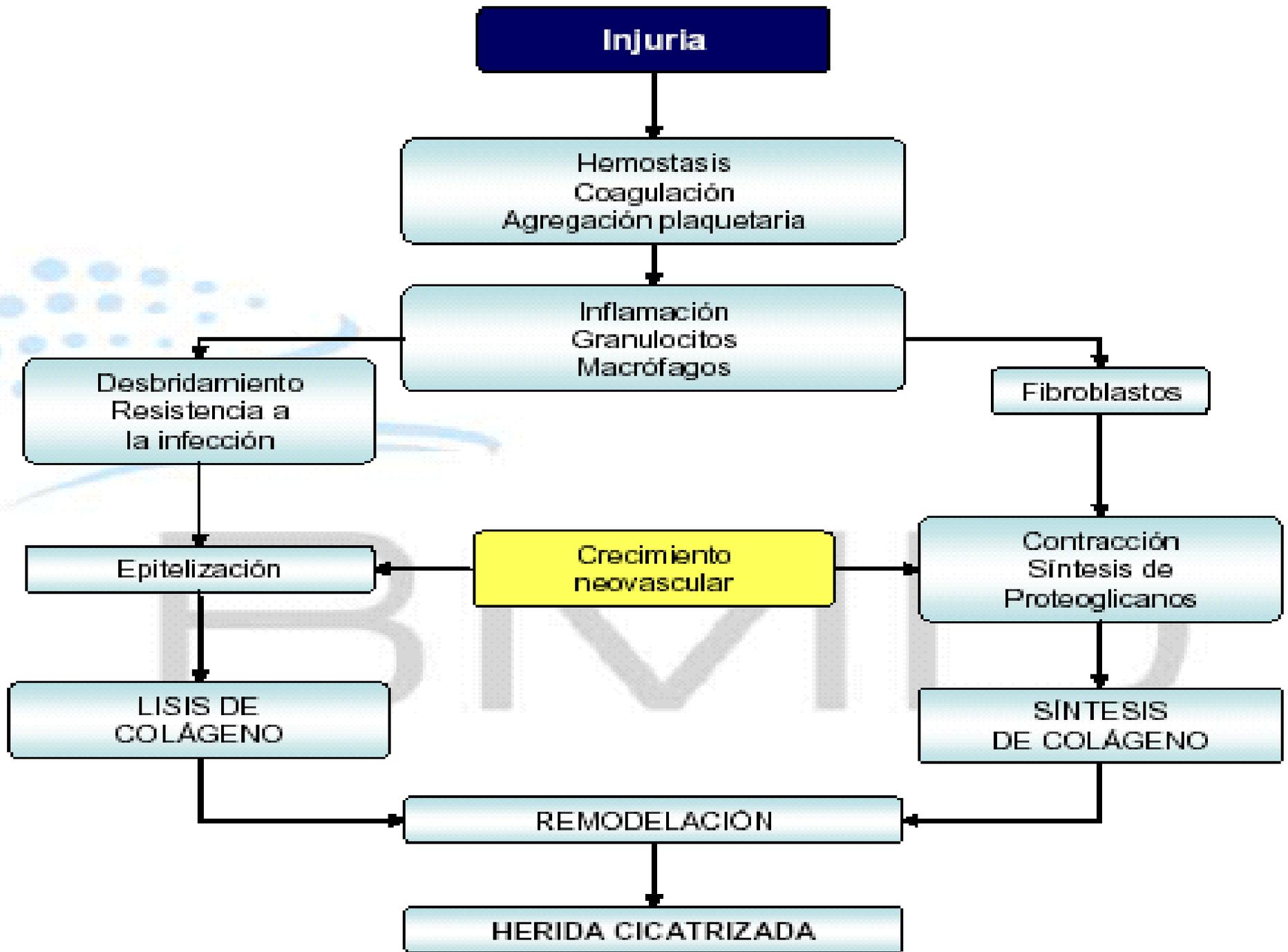
# Cicatrización de heridas: factores nutricionales y no nutricionales



Adaptado de: C. Collins,  
Clinical Nutrition Highlights 2006, Vol 2, Num3

# LA PREVENCIÓN de ULCERAS POR PRESIÓN

- Es una acción de promoción de la salud , para que tenga éxito se requiere:
- 1.- Apoyo Institucional: Políticas de Atención.
- 2.-Trabajo Interdisciplinario.
- 3.-Seguimiento y Retroalimentación.
- 4.-Participación y compromiso
- 5.-Evaluación
- 6.-Registros.



# Úlceras por presión

- Cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que ocasiona daño en el tejido subyacentes. Generalmente ocurren sobre prominencias óseas y son clasificadas según el grado de lesión observado.
- La presión, el roce y la fricción.  
*(Dealey, 1994)*
- La inmovilidad como principal causa *(Maklebust y Siegren, 1996)*
- Las heridas crónicas se manejan tratando la herida local y la enfermedad subyacente *(Weinberg Group, 1999)*.

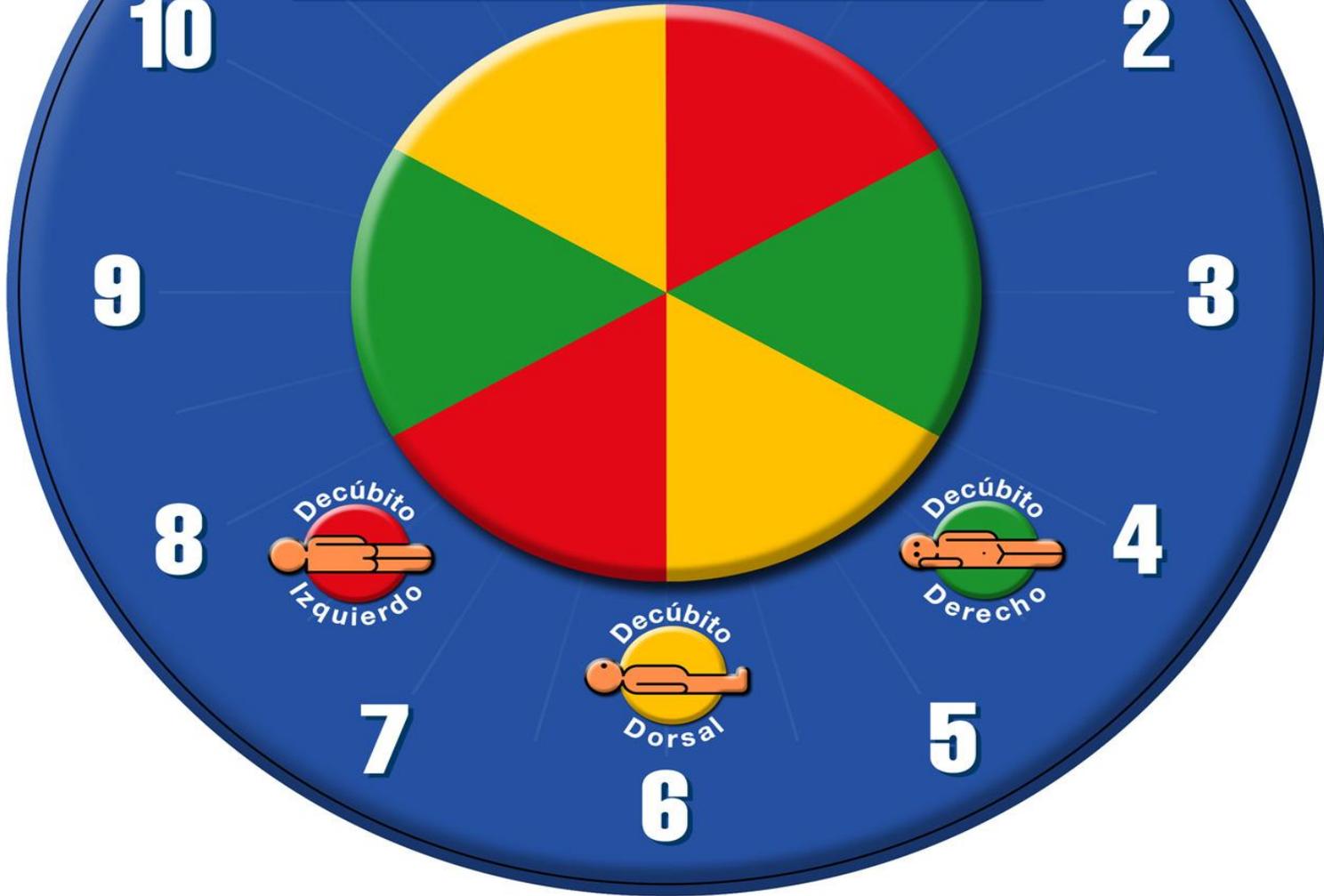
# Valoración Enfermera para la prevención de úlceras por presión

## Medidas de Prevención:

- Movilización programada del paciente incapacitado.
- Uso de dispositivos protectores: Colchones de agua o aire.
- Cuidado de la piel
- Protección de la zonas prominentes
- Nutrición adecuada.
- Control de la incontinencia.

12  
11 **ConvaTec** 1  
A Bristol-Myers Squibb Company

**Soluciones Completas** para el manejo de heridas



# Clasificación Úlceras por presión

- **Estadío I:**
  - Piel integra. Eritema cutáneo. Cambios en Tº de la piel. Puede haber Edema, induración y/o dolor.
- **Estadío II:**
  - Pérdida parcial grosor de la piel (epidermis y dermis). Úlcera superficial con aspecto Ampolla, Abrasión o Cráter superficial.
- **Estadío III:**
  - Pérdida total grosor de la piel. Lesión o Necrosis TCSC.
- **Estadío IV:**
  - Pérdida total grosor de la piel con destrucción extensa. Necrosis TCSC. Lesión músculo, hueso, estructuras (tendón, cápsula articular).

*Estadío I*



*Estadío II*



*No clasificable*



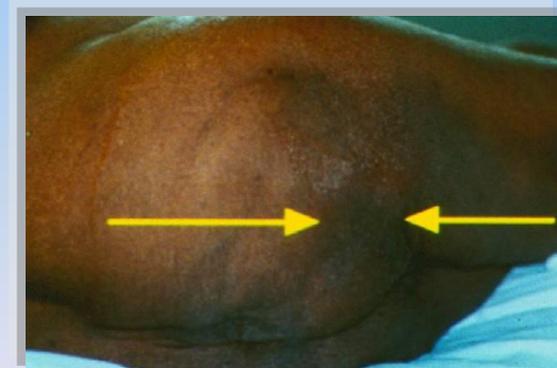
*Estadío III*



*Estadío IV*



*Sospecha de lesión profunda de tejido*





*“. . Es una UPP que algunos desarrollan en estadíos terminales”*

- *“. . . Usualmente en sacro, y pacientes terminales”*
- Bordes irregulares
- Aparición súbita
- Rojo, amarillo y negro

*Kennedy KL. The kennedy terminal ulcer. In: Milne CT, Corbett LQ, Dubuc DL, Scheetz LJ, eds. Wound, Ostomy, and Continence Nursing Secrets. Philadelphia, Pa: Hanley & Belfus, Inc; 2003:198-199.*

*Úlcera Terminal de Kennedy*

# Valoración Enfermera para la prevención de úlceras por presión

- **VALORACION DEL RIESGO:** Escalas de Valoración Braden y Norton
- 1.- Nivel preventivo
- 2.-Población adulta hospitalizada
- 3.- Reconocer los factores de riesgo.
- Objetivos:
- Unificar los conocimientos
- Reconocer aspectos epidemiologicos

Figura 1. Escala de Braden

<i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16.

# ESCALA DE NORTON

PARAMETROS	PUNTUACIÓN
• Estado físico General	10
• Estado Mental	10
• Actividad	10
• Movilidad	10
• Incontinencia	10

Tomado de: Clinical Practice Guideline N° 3

# Escala de Norton

- Estado físico general: total 10
- Bueno.....4
- Regular..... 3
- Malo ..... 2
- Pesimo .....1

# Escala de Norton

- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| • Estado Mental | Actividad:               |
| • Alerta.....4  | Ambulante.....4          |
| • Apatico.....3 | Deamb.con ayuda....3     |
| • Confuso.....2 | En silla de ruedas.....2 |
| • Estuporoso.1  | En cama ..... 1          |

# Escala de Norton

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| • Movilidad        | Incontinencia       |
| • Plena.....4      | No presenta.....4   |
| • algo limitada..3 | Ocasionalmente..3   |
| • Muy limitada..2  | Incon.Vesical.....2 |
| • Nula.....1       | Incon. Doble..... 1 |

# Prevención de Úlceras por Presión

- **Valoración de la Piel (Registros en Hoja de Enfermería):**
  - Localización mas frecuente en prominencias oseas: Sacro, Coxis, tuberosidades isquiaticas ,trocanteres ,codos, talones ,escapulas maleolos.
  - Temperatura de la piel : Comparativa con zonas de presion.
  - Dolor en zonas de presion.
  - Estado de la piel : seca, agrietada
  - Registros: al ingreso y valorar en forma diaria.
- **Cuidados:**
  - Estadío I: Aliviar presión zona afectada. Utilizar dispositivos: almohadas, cojines.
  - Estadío II: Aplicar apósitos en lámina favoreciendo limpieza de herida y control de exudado.
  - Estadío III y IV: Utilizar métodos de desbridamiento. Aplicar apósitos para la cura en ambiente húmedo.

# Valoración enfermera para prevención de úlceras por presión

- Cuidados En Individuos en riesgo:
  - Establecer una rutina de limpieza de la piel.
  - No aplicar masajes sobre prominencias óseas.
  - Evaluar la incontinencia aguda ó crónica.
  - Movilización y cambios posturales adecuados
  - Valoración nutricional
  - Rehabilitación
  - Plan de cuidado individualizado.

# Valoración Enfermera para la prevención de úlceras por presión

- Uso de Superficie de soporte para proteger a personas en riesgo.
- Cambios de posición programados.
- Uso de Almohadillas.
- Dispositivos de reducción de presión: colchones de aire circulante, colchones de agua.
- Disminución de la presión en talones.
- Posición de la cabecera de la cama.
  
- EDUCACION : Establecer programas educativos, a familiares y cuidadores, con demostraciones de cambios posturales.

# VALORACION ENFERMERA PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

- CASOS DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN.

# Desbridamiento autolítico

- Proceso altamente selectivo que involucra macrófagos y enzimas proteolíticas endógenas, que licuefacionan y separan espontáneamente tejido necrótico/escaras de un tejido sano.
- Hidrogeles e Hidrocoloides mejoran ambiente de desbridamiento para células fagocíticas, y crean un entorno adecuado para remoción tejido necrótico y aparición del tejido de granulación.

# Úlceras por presión – Tratamiento Desbridamiento autolítico





06/25/2009

# Recomendaciones

- Contar con sistema de registro y evaluación institucional. Brinda protección legal.
- Contar con sistema de monitoreo de prevención y tratamiento: incidencia, prevalencia de úlceras por presión.
- Asignación de responsabilidad mediante protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión.

# OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Desbridar tejido fibrinoide y necrótico
- Estimular la limpieza y granulación de la herida.
- Disminución del número de curaciones.
- Beneficio físico y psicológico del Paciente.
- Disminuir costos del tratamiento.
- Lograr alta precoz.

# CASO 1: CURACION DE ULCERA POR PRESION III y IV









13-07-10

07/13/2010

## CASO 2: CURACION DE ULCERA POR PRESION III y IV



Pac. M.D.A.C.

Sexo Masculino - 62 años – Seguro: 4611121001

### **Antecedentes:**

DM tipo II / HTA

Talla vesical

Trauma VM por arma de fuego, 1986. Ocasiona Paraplejia.

### **Enfermedad Actual:**

Gangrena de Fournier / Colostomia

UPP glutea (2), sacra (1), trocanter (2)

### **Periodo de evolución**

Ulceras gluteas y del trocanter, aproximadamente 6 años.

Ulcera sacra 2 meses.

### **Tratamiento**

Debridación autolitica con Hidrocoloide en forma de gel.

Control de Infección y exudado con Aposito con plata ionica.



Fig. 1 Debridación autolítica con hidrocoloide en gel



Fig. 2. Úlceras por presión altamente exudativas con fibrina y tejido necrótico. Limpieza con suero salino, secado de bordes, aplicación de una fina capa de hidrocoloide en gel.



Fig. 3 Se cubren las UPP con apósito de plata iónica. Sobre ellas se colocan gasas estériles. Este procedimiento se realiza entre 3 a 7 días, dependiendo de la disminución del exudado.



Fig. 4 Luego de 3 meses de tratamiento, se observa presencia de tejido de granulación y en proceso de epitelización. UPP trocánter izquierdo ha cerrado.

COSTO - BENEFICIO CURA TRADICIONAL Y CURA CON TECNOLOGIA	COSTOS CON METODO TRADICIONAL			COSTOS CURA CON TECNOLOGIA		
	MATERIALES	Cantidad de Materiales Utilizados X Proced.	# de Procedimientos Realizados Previamente	Costo de los Materiales Utilizados en el Tratamiento Tradicional	Cantidad de Materiales Utilizados X Proced.	# de Procedimientos Realizados (3 meses)
Solución Salina	1	90	135.36	1	22	33.09
Guantes Estériles	2	90	162.00	1	22	19.80
Gasas Medianas (Pgte.)	6	90	648.00	2	22	52.80
Mascarillas	1	90	108.00	1	22	26.40
Jabón con clorhexidina	1	90	18.00			
Acido acetico al 3 x 1,000	1	90	18.00			
Apósitos de Gasas	6	90	1,620.00	1	22	66.00
Apósito con Plata Ionica 10x10cm			-	1	22	1,320.00
Apósito Hidrocoloide Forma Gel			-	1	22	1,320.00
Limpieza Quirúrgica	1	1	200.00	0	0	-
Enfermería (en minutos)	20	90	1,602.00	20	22	391.60
<b>Costo Tratamiento</b>			<b>4,511.36</b>			<b>3,229.69</b>
<b>Número de Procedimientos</b>			<b>90</b>			<b>22</b>
<b>Costo Por Procedimiento</b>			<b>50.13</b>			<b>146.80</b>
<b>AHORRO EN EL COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO</b>		<b>S/.</b>	<b>1,281.67</b>			

PAC. M.D.A.C.

De 62 años – Seguro: 4611121001

Diagnóstico: Diabetes Mellitus tipo II

Hipertensión arterial / Talla vesical

Trauma vertebral medular por arma de fuego

Gangrena de Fournier / Colostomia

Escara glutea (2), sacra (1), trocanter (2)



Fig. 5 Evolución al mes de Mayo-2009.



Fig. 6 Evolución al mes de Junio-2009 con Duo Derm CGF.



Fig. 7 Evolución al mes de Julio-2009.



Fig. 8 Evolución al 11 de Noviembre del 2009



Fig. 9 Evolución al 18 de Nov del 2009



Fig. 10 Evolución al 18 de Noviembre del 2009.



11/24/2009

**Gracias por su atención.**

[ircervantes@yahoo.com](mailto:ircervantes@yahoo.com)