



BLOQUE 4: OXIGENOTERAPIA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN. EL PACIENTE TERMINAL.



Úlceras por presión. Concepto y proceso de formación, zonas y factores de riesgo. Medidas de prevención.



1. Úlceras por presión.

1.1. Concepto

Las úlceras por presión son las lesiones que se producen en la piel cuando se ejerce presión sobre ella lo que provoca que el riego sanguíneo se bloquee en esa zona. A causa de ello, los tejidos se degradan.

Javier Colina, lo define como, "La úlcera por presión es la lesión de origen isquémico producida por el daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro"

Son llagas desagradables, dolorosas y muy incómodas que presentan los pacientes encamados o inmovilizados por periodos largos de tiempo.

La presión capilar normal es de 16 a 33 mmHg. Aproximadamente. Cualquier presión por encima de esos valores puede producir cambios degenerativos en los tejidos y ocasionar lesiones.

La escala de Norton suele ser la más utilizada para valorar las úlceras por presión. Se valoran en ella 5 parámetros y cada uno se puntúa de 1 al 4 de modo que la puntuación máxima sería 20 y la mínima 5.



ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup/coma	1	Encamado	1	Inmovil	1	Urinaria + fecal	1

Si la puntuación es de 12 o menos en la escala de Norton, la persona tiene un alto riesgo de que aparezcan úlceras por presión. Podría estar en proceso de formación.

Si la puntuación es de 14 o menos en la escala de Norton, esto nos indica que tiene posibilidades de que se formen úlceras por presión.

Existen otras escalas para medir los riesgos de padecer úlceras por presión como la de Braden, que los parámetros que mide son seis.

ESCALA DE BRADEN	
1	Percepción sensorial.
2	Humedad.
3	Actividad.
4	Movilidad.
5	Nutrición.
6	Fricción y roce.

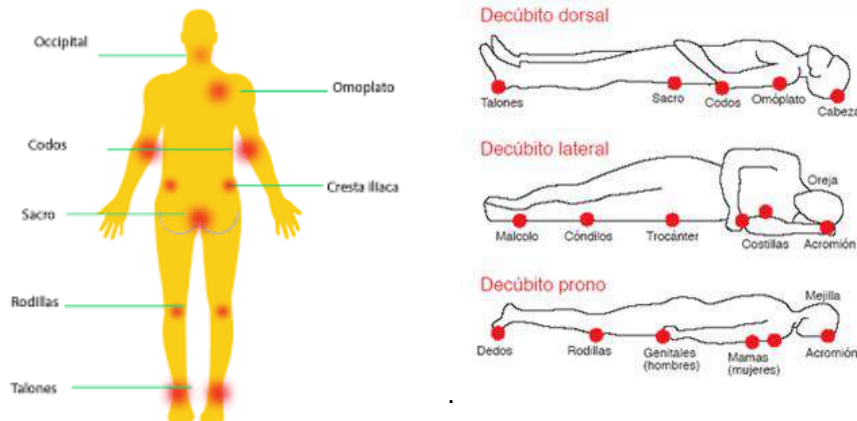
Una puntuación igual o menor a 16, indica la existencia de riesgo de padecer úlceras por presión.

Una puntuación igual o menor a 9, indica riesgo elevado.

2. Proceso de formación, zonas y factores de riesgo

Antiguamente se usaba el término de **úlceras por decúbito**, pero esta se sustituyó, ya que no es la postura más lesiva ni tampoco la única que las produce.

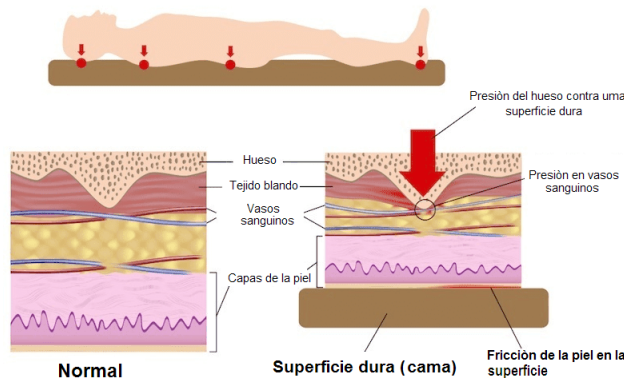
2.1. Zonas de riesgo o propensas a desarrollar úlceras de presión.



2.2. Proceso de formación de úlceras por presión.

Antes de que aparezca una úlcera por presión se pueden apreciar signos a los que deben prestarse atención. Previo a romperse la piel, mientras la lesión avanza, será más difícil la curación, es por ello que tiene gran importancia la observación de la piel del paciente para poder tomar así las medidas adecuadas y evitar el desarrollo.

Causas de las úlceras de decúbito



Cuando es comprimida la piel entre dos planos duros, uno de ellos puede ser el propio hueso del paciente, y otro que es externo sobre el cual se apoya el paciente, comienzan a formarse las úlceras por presión ya que la presión prolongada entre dos planos duros las favorece.



La formación y evolución de las úlceras por presión tiene diferentes fases:

a. Pre - úlcera o fase eritematosa.

La piel padece un enrojecimiento o eritema que no desaparece cuando el paciente deja de apoyarse sobre esa zona. Puede haber escozor en la zona. Estas son lesiones a nivel de la dermis y la epidermis, siendo esta una lesión primaria.

b. Grado I.

La piel se observa agrietada o con vesículas. Las grietas afectan la dermis y hasta la epidermis.



c. Grado II o fase escoriativa.

La característica es la aparición de erosión y/o flictena, dando lugar posteriormente a una coloración grisácea o negruzca que señala la necrosis del tejido celular subcutáneo o hipodermis, produciendo dolor local. Es posible reconocer esta necrosis porque forma una costra color negro llamada escara.

d. Grado III o fase necrótica.

La herida tiene una forma extensa, la piel se vuelve muy fina y la necrosis se profundiza y afecta al tejido conjuntivo, muscular y a posterior, al hueso.

e. Grado IV.

La herida se ha extendido progresando hasta llegar al hueso de manera importante, dando lugar a un proceso de osteomielitis, osteítis, etc. El tejido

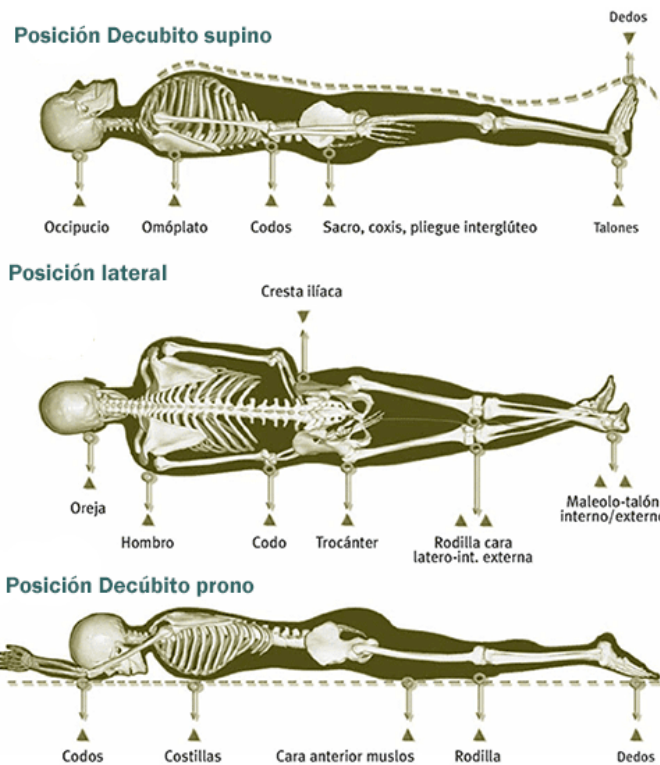


necrosado puede presentarse de diferentes maneras: amarillento, negro blando, negro muy duro, pudiendo estar adherido a planos profundos o bordes o por el contrario caso desprendido.

2.3. Zonas.

Las úlceras se localizaran dependiendo de la posición que adopte el paciente durante más tiempo, donde haya un apoyo prolongado (que pase de 3 horas), o donde los tegumentos estén cerca de una superficie ósea.

En la imagen se observan las zonas más expuestas y donde aparecen las úlceras por presión.



IDAD
SICIONES

Posición de decúbito supino o dorsal

Se ven más afectadas en esta posición: talones, región sacra, región glútea, espina dorsal, los omóplatos, los codos, región occipital de la cabeza y la nuca. Es el sacro quien soporta mayor presión en esta posición.

Posición de decúbito lateral derecho o izquierdo

En esta posición se ven más afectadas las siguientes zonas: borde externo del pie, los maléolos, lateral de las rodillas, trocánter, costillas, codos, hombros, acromion y borde lateral de las orejas.



Posición de decúbito prono



Las zonas de mayor exposición son: dedos de pies, rodillas, genitales en los hombres, las crestas ilíacas, costillas, codos, senos en las mujeres, orejas y mejillas.

Posición sentada o sedestación

Las úlceras aparecen especialmente en la región o tuberosidad isquiática y glútea, zona poplítea, (parte de atrás de las rodillas), codos, omoplatos y región escapular, (deltoides y trapecios).



Posición de Fowler

Las zonas de mayor exposición son: talones, región sacra, área de tuberosidad isquiática, codos, región escapular y zona occipital de la cabeza.

UBICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PORCENTAJE	
SACRO	40%
TALONES	20%
ÁREA DE TUBEROSIDAD ISQUIÁTICA	15%

Es importante recordar que las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier zona sometida a presión continuada o fricción. Estas úlceras se denominan **ÚLCERAS IATROGÉNICAS**, y pueden aparecer en las siguientes zonas:

- En labios, lengua, faringe, tráquea y se producen por el uso inadecuado y continuo de tubos endotraqueales (respiración asistida).
- En mucosa nasal, esofágica y gástrica causadas por el uso intensivo de sondas y mascarillas de oxígeno.
- En el meato urinario y uretra, causadas por el uso continuado de sondas vesicales.
- En la mucosa rectal a causa del uso frecuente de sondas rectales.



- En muecas y pies, por la fricción de los medios de sujeción mecánica.
- En cualquier parte del cuerpo sometida a fricción a causa de una férula incorrectamente almohadillada.
- En cualquier parte donde la piel se apoye sobre restos de comida (migas) o arrugas de las sábanas de la cama.

2.4. Factores de riesgo

Aunque no es el único factor en la aparición de las úlceras por presión, la inmovilización del paciente es la principal causa.

Hay otros factores a tener en cuenta tales como:

Factores extrínsecos: actúan sobre el organismo desde el exterior.

Presión: considerado el factor principal, se origina cuando la presión que soporta la piel es superior a la de los capilares cutáneos. Esta presión al ser continuada no permite una circulación adecuada de la sangre y por lo tanto corta el aprovisionamiento de oxígeno a los tejidos llamada anoxia tisular derivando en una necrosis de los tejidos.

Fricción o roce de la piel con una superficie sobre la que se apoya: los pliegues y objetos extraños en la ropa (ej. migas), o las horquillas en el cabello adicionan la fricción y favorecen las lesiones.

Humedad de la piel: la humedad produce la maceración (ablandamiento) en la piel, favoreciendo así que se rompa y se asienten los gérmenes.

Tiempo: es el factor que favorece a la presión, fricción y humedad, ya que si alguna de ellas se prolonga, esto abre la puerta a la aparición de úlceras.

Factores intrínsecos: actúan desde el interior.

Son característicos del propio paciente y a veces relacionados con enfermedades que padece.

Sobrepeso y obesidad: a mayor peso del paciente, más presión ejercerá sobre un área de piel.

Delgadez: un tejido celular subcutáneo muy fino (hipodermis), impide amortiguar la presión ejercida. Una piel fina es más fácil de comprimir.

Alteraciones de la sensibilidad de la piel: el organismo nos envía señales de dolor o cansancio lo que nos hace cambiar la posición y dejar de ejercer presión sobre el mismo punto de apoyo. Cuando la por la pérdida de sensibilidad la señal no llega, la piel de esa zona permanecerá comprimida más un tiempo excesivo.

Movilidad limitada o inmovilidad: debido a esta situación se produce una atrofia de los músculos, lo que supone una disminución de tejido blando,





disminuyendo el calibre de la piel, facilitando la compresión entre el plano duro interno y el externo. La falta o limitación de la movilidad dificulta o impide el cambio frecuente de la postura de los puntos de apoyo.

Edad avanzada: con el paso de los años, la piel comienza a perder elasticidad, hidratación y aumenta su fragilidad.

Vascularización insuficiente de la piel: cuando la piel tiene una irrigación pobre, esto favorece la aparición de úlceras. Hay una gran cantidad de circunstancias que pueden provocar una vascularización insuficiente como: déficit de vitaminas y proteínas, deshidratación, alteración de la circulación, edemas, diabetes, arterioesclerosis, etc.

Podemos encontrar pacientes con circunstancias que son propicias para la formación de úlceras por presión como pacientes comatosos ingresados en UCI, paciente geriátrico con un estado general muy deteriorado, paciente neurológico con enfermedades motoras, sensitivas y psíquicas, parapléjicos, pacientes que requieren el uso de férulas, tracciones, etc., durante largos periodos de tiempo y pacientes con procesos degenerativos, neonatos o con SIDA, que requieren reposo por largo tiempo.

2.5. Medidas preventivas.

Prevenir la aparición de las úlceras por presión es la medida más eficaz en su contra. Es por ello que es clave aliviar o eliminar la presión sobre la piel, estimular la circulación, conservar la piel limpia y en buen estado.

Para llevar a cabo este cometido en de suma importancia adoptar las siguientes medidas:

Higiene adecuada del enfermo

Se realizará lavado con jabón neutro, aclarado adecuado, secado detallado de los pliegues de la piel como mínimo una vez al día. Durante el tiempo de higiene, se debe observar la piel del paciente en busca de zonas enrojecidas (pre-úlceras), prestando mayor atención a las zonas de apoyo. Mantener los vendajes secos y sin arrugas. El cuidado perianal se llevará a cabo frecuentemente, secando la zona minuciosamente y terminando con la aplicación de crema o pomada impermeable.

Uso de cremas protectoras y aceites

Es fundamental después del aseo del paciente aplicar cremas o aceites en las pieles que presenten sequedad, especialmente ancianos, dando masajes durante algunos minutos. La frotación al ser de unos minutos y con crema o aceite, NO favorece la aparición de úlceras.

Los masajes en las zonas más susceptibles de desarrollar úlceras, ayudan a estimular la circulación sanguínea. NUNCA se debe masajear una zona y a ulcerada.

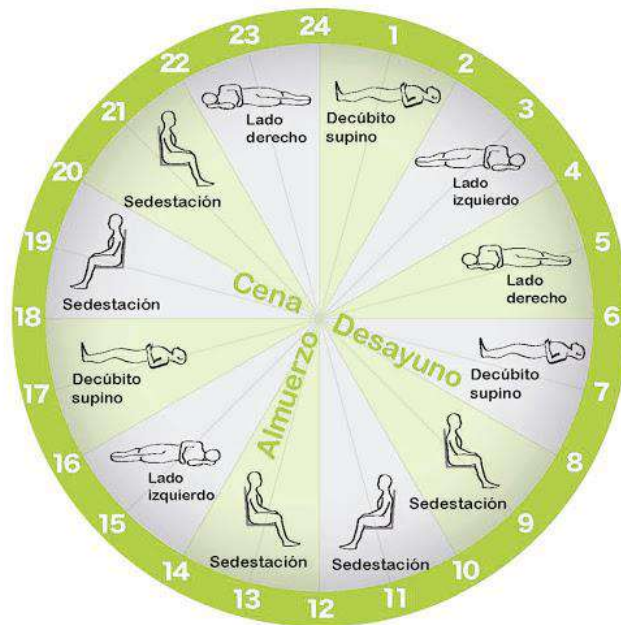
Ropa de cama

La sábana bajera debe estar sin arrugas, cuerpos extraños, o sustancias que puedan causar irritación a la piel (orina, heces, sudor). Es necesario que se





cambie tantas veces como sea necesaria para que permanezca seca. La sábana superior debe permitir el movimiento cómodo del paciente.



Cambios posturales

Es fundamental que el paciente cambie las posiciones cuando permanezca en la cama, para no ejercer presión sobre los mismos puntos de apoyo. Los cambios se efectuarán cada 2 a 4 horas aproximadamente y dependiendo de cada caso en 24 horas. Las posiciones más comunes son: decúbito supino, lateral, prono y la de Fowler.



Nutrición apropiada

El paciente consumirá la dieta prescrita por su médico o nutricionista y beberá entre 6 y 8 vasos de agua diarios, siempre y cuando le esté permitido. La dieta debe estar llena de nutrientes adecuados para la piel tales como vitaminas y proteínas.

Actividad física adecuada Estimularemos al paciente para que realice ejercicios de movilización articular mientras permanece encamado. Estos ejercicios se denominan ginasia activa. Le ayudaremos cuando el paciente no sea capaz de realizarla por sí mismo (gimnasia pasiva).



Accesorios



Colchón antiescaras: pueden ser de aire, similares a una colchoneta de playa y se ubica sobre el colchon normal y se coloca encima la sábana bajera. Es importante que esté hinchado de forma adecuada, que no tenga ni mucha ni poca resistencia (que al apretar con un dedo se hunda 1,5cm. aproximadamente). Hay algunos colchones que poseen una bomba de aire a la que están permanentemente conectados y mantienen la presión del mismo de manera óptima en cada zona. También existen colchones de gomaespuma que poseen

una superficie similar a la de los cartones de huevos y se coloca en la cama de la misma manera que el hinchable.

Arcón de Anderson: es un arco de metal que apoyado en el colchón se coloca a la altura de piernas y pies del paciente. Sobre ese arco se coloca la sábana y la manta consiguiendo así que la ropa de cama no produzca peso sobre estas zonas.

Piel de borreguito: pequeña manta muy suave de piel de corderito sintético que se usa para evitar roces.

Flotador redondo: tiene forma de donut, es hinchable y está forrado con algún tejido suave como algodón o vendas. Se coloca en la zona sacrocoxígea cuando el paciente se sienta. También los hay en forma de asiento.



Vendajes: se usan especialmente para evitar úlceras por presión en los talones y consiste en una almohadilla de algodón que se sostiene con el vendaje.

Cojines y almohadas: se pueden encontrar hechos en diferentes materiales como: espuma, silicona, gel, relleno de agua o aire. Se utilizan a modo de puente para reducir presión sobre prominencias óseas.



Es importante recordar que estas medidas de prevención son para pacientes que carecen de movilidad y se ven obligados a permanecer en cama, por eso en cuanto el paciente sea capaz de deambular debe ser incentivado a que lo haga.

Para curar las escaras que se han formado es necesario tomar medidas adecuadas ya que tienen una larga y difícil curación.



Es auxiliar de enfermería debe colaborar con el enfermero que realice las curaciones (aunque no sea su función debe aprender cómo se hace para poder ser eficaz con su ayuda) y seguir aplicando las medidas preventivas, evitando frotar o masajear la zona donde se encuentra la úlcera.

Son funciones del auxiliar de enfermería en las curas de úlceras:

- Preparación del material necesario que debe constar de: guantes estériles, suero fisiológico, antiséptico, gasas estériles, pomada epitelizante, pomada desbridante, esparadrapo, vendas, pinzas de Kocher, pinzas de disección, bisturí y tijeras rectas. El carro de curas tiene generalmente todos este material preparado.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Comunicar al paciente lo que se le va a hacer, aunque normalmente explica el procedimiento el enfermero.
- Conservar la intimidad del paciente. A veces será necesaria la colocación de un biombo.
- Estar pendiente en todo lo que el enfermero necesite como ayudar al paciente a mantener la posición, darle el material que solicite, procurar darle tranquilidad al paciente para que se le pueda realizar la cura correctamente.
- Los pasos a seguir para realizar correctamente el tratamiento son:
 - Limpiar con “chorro” de suero fisiológico.
 - Desbridar si es necesario. (desbridar consiste en eliminar con tijeras o bisturí la parte necrosada de la piel y retirarla).
 - Secar la úlcera con gasa estéril.
 - Aplicar antiséptico y pomada epitelizante o cicatrizante.
 - Cubrir la úlcera con apósito esteril.
- Acomodar al paciente y posteriormente recoger, desechar y limpiar el material.

Las úlceras por presión pueden prevenirse en pacientes de alto riesgo tomando las medidas preventivas adecuadas. Entre estas medidas el masaje es uno de los más importantes.

Los masajes estimulan la circulación sanguínea en las zonas donde se aplica, ayudan con la relajación muscular y mental, reducen el cansancio, alivia el dolor y mejora la piel. Habitualmente se utilizan cremas, aceites o lociones que ayudan al deslizamiento de las manos.

El auxiliar de enfermería debe saber cómo dar los masajes (siempre y cuando no esten contraindicados) y hacerlo diariamente luego del aseo del paciente. Debido a la falta de tiempo, la sobrecarga laboral, etc. se dará prioridad a los





pacientes que permanecieran encamados por mucho tiempo, con problemas de circulación, con dolores musculares, ansiosos, con fatiga muscular general, ancianos con piel seca, poca elasticidad o débil.

Los tipos de masajes que el auxiliar de enfermería puede realizar son:

Acariciamiento: se colocan las manos extendidas y se ejerce una suave presión y movimientos sobre una gran superficie corporal.

Fricción: se utilizan las yemas de los dedos y se ejerce una presión mayor que en el acariciamiento.

Amasamiento: se recoge el músculo del paciente con la mano, entre el pulgar y los demás dedos intentando separar el hueso del músculo extendiéndolo a otros grupos musculares.



Estas técnicas de masajes deben ser agradables y confortables para el paciente, en caso contrario se deben interrumpir.

