

**PREVENCIÓN  
Y TRATAMIENTO DE  
LESIONES POR PRESIÓN  
EN ATENCION  
PRIMARIA**

---

---

# Lesiones por Presión (LPP)



“... **Lesiones** de origen isquémico localizadas en piel y tejidos subyacentes, producidas por el efecto prolongado de la presión y/o fricción ...”

Problema de Salud Pública

**“Epidemia bajo las sábanas”** Pam Hibbs  
(1987)

**!! EVITABLES el 95% de las lesiones!!**

# Repercusiones de las LPP



## ⌘ Repercusiones **para el paciente**

- ☒ Grave problema de salud.
- ☒ Decremento de calidad de vida

## ⌘ Repercusiones **para el sistema de salud**

- ☒ Gasto socioeconómico elevado: 5,20% del total

## ⌘ Repercusiones **para el equipo de enfermería**

- ☒ Sobrecarga importante de trabajo
- ☒ "Mala Praxis"
- ☒ Demandas legales
- ☒ Disminución de calidad de cuidados para el resto de pacientes

# **PROTOCOLO de prevención de LPP consensuado en la CCAA.**

**Objetivo:**

Prevenir las lesiones por presión  
en la Atención Hospitalaria.

**Basado en la Evidencia**

**Proceso de procedencia:**  
Gestión de Cuidados

**Objeto:**  
Prevenir las lesiones por presión en la Atención Hospitalaria.

**Alcance:**  
Todas las unidades de cuidados de la Atención hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Aragón

**REGISTRO DE MODIFICACIONES**

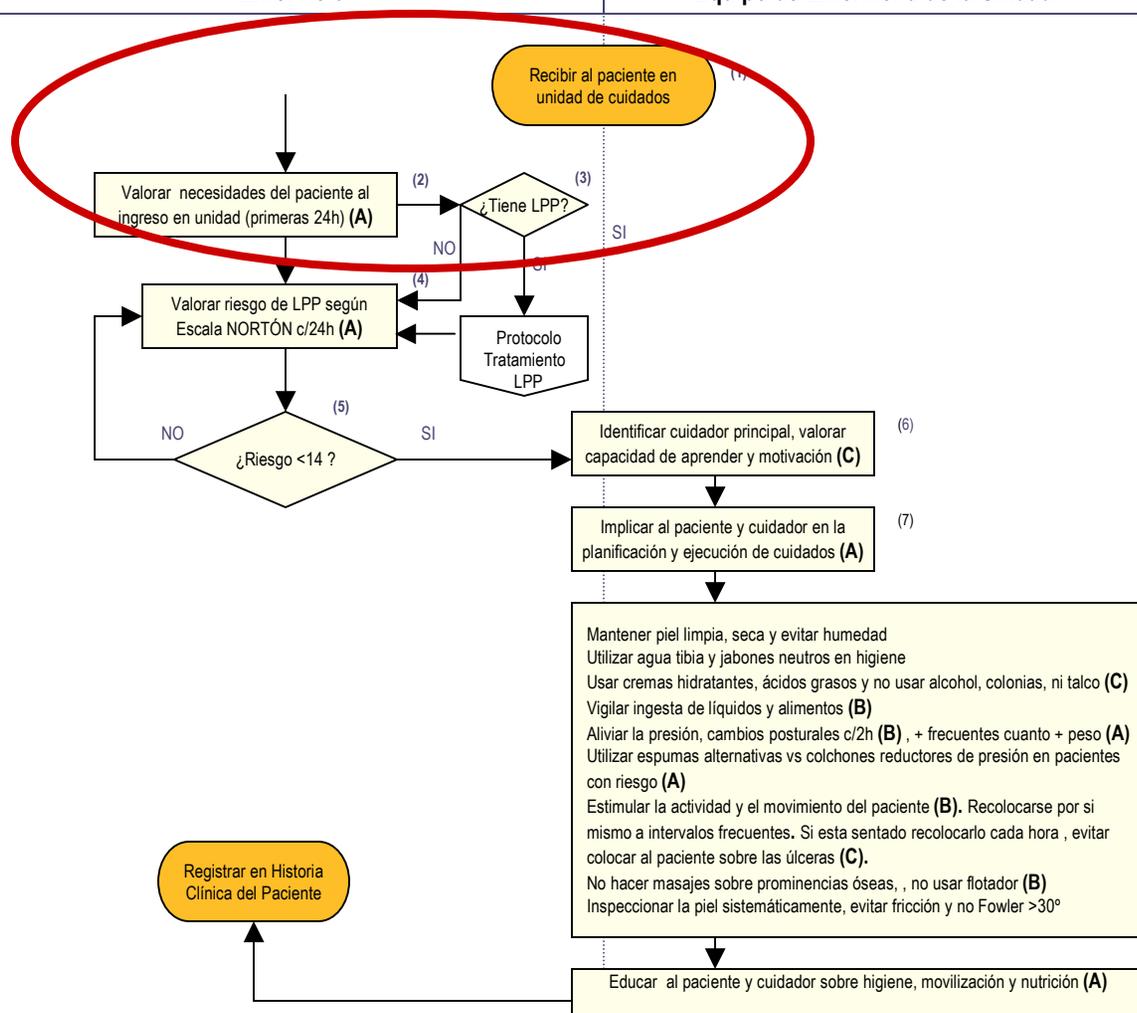
Nº	Fecha	Descripción

**Descripción**

**Enfermera**

**Equipo de Enfermería de la Unidad**

**Registros**



- (1) Protocolo de Acogida
- (2) Cada hospital posee un documento de valoración de necesidades del paciente al ingreso.
- (3,4) Aplicar protocolo de tratamiento de lesiones por Presión del hospital.
- (5) Valorar y registrar riesgo de LPP según Norton diariamente
- (6) Educación para la salud en cuidados de prevención de LPP.
- (7) No realizar vendajes protectores.  
Si Norton de 12 a 14 utilizar colchón/superficie estático  
Si Norton de 5 a 11 utilizar colchón/superficie dinámico

# **Valoración paciente 1ª visita domicilio o en consulta si hay limitación movimiento importante**

## **Valoración de NECESIDADES del Paciente**

- ⌘ ALIMENTACIÓN**
- ⌘ ELIMINACIÓN**
- ⌘ ACTIVIDAD**
- ⌘ MANTENER TEMPERATURA CORPORAL**

- ⌘ HIGIENE CORPORAL / INTEGRIDAD DE LA PIEL**

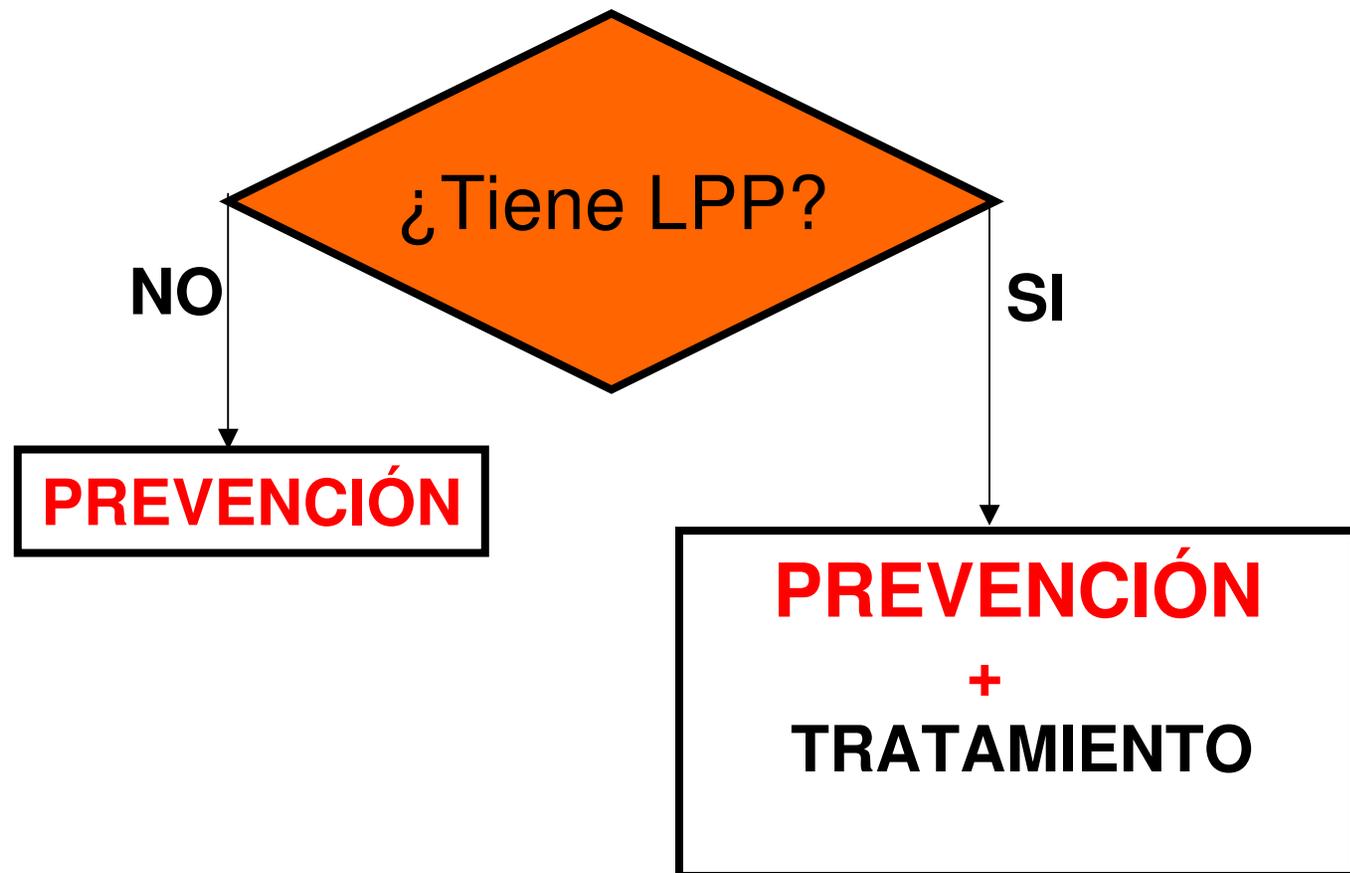
**!!! IMPORTANTE !!!**



**VALORACIÓN  
PRECOZ DEL  
PACIENTE  
“INMOVILIZADO”**

**Y REGISTRO EN HISTORIA  
CLÍNICA**

# Prevención de Lesiones por Presión



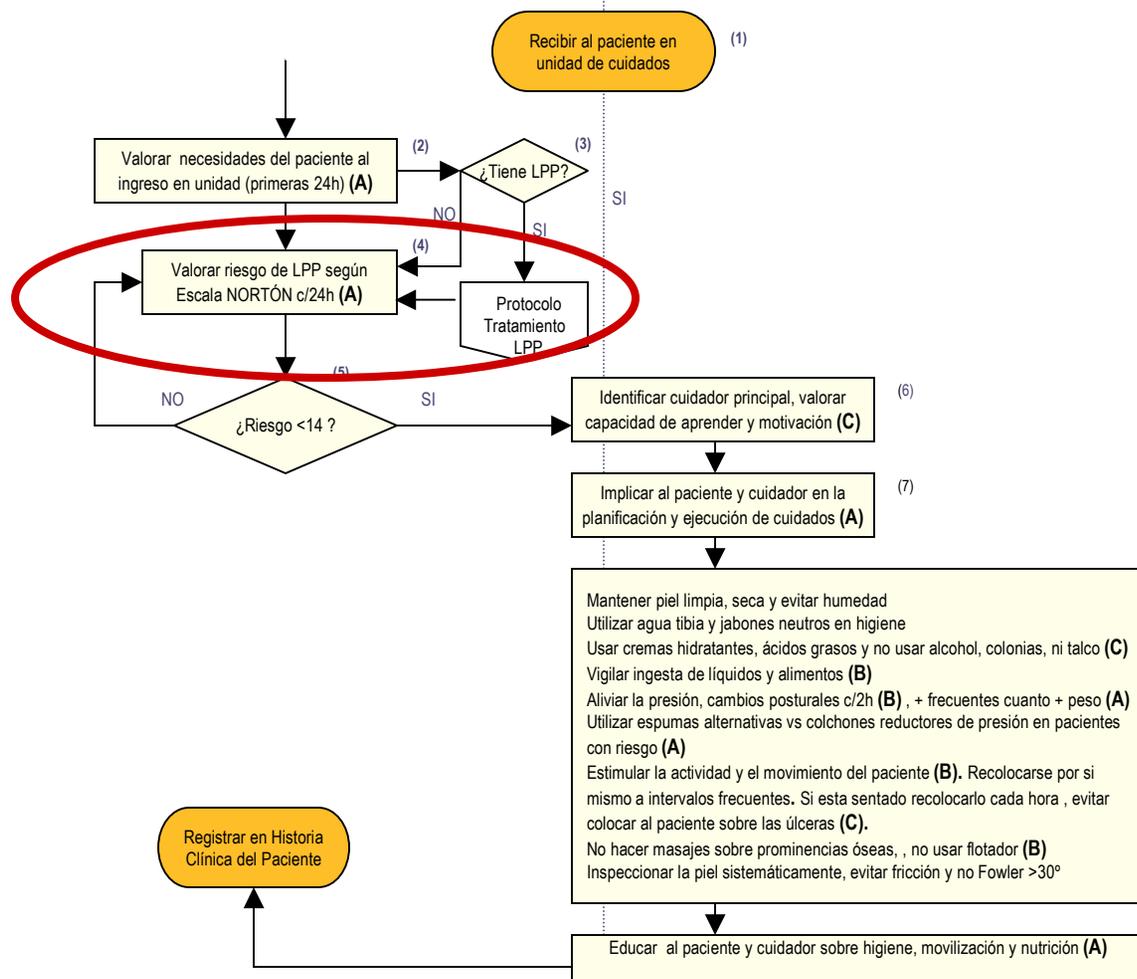
**Proceso de procedencia:**  
Gestión de Cuidados

**Objeto:**  
Prevenir las lesiones por presión en la Atención Hospitalaria.

**Alcance:**  
Todas las unidades de cuidados de la Atención hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Aragón

**REGISTRO DE MODIFICACIONES**

Nº	Fecha	Descripción

**Descripción**
**Enfermera**
**Equipo de Enfermería de la Unidad**
**Registros**


- (1) Protocolo de Acogida
- (2) Cada hospital posee un documento de valoración de necesidades del paciente al ingreso.
- (3,4) Aplicar protocolo de tratamiento de lesiones por Presión del hospital.
- (5) Valorar y registrar riesgo de LPP según Norton diariamente
- (6) Educación para la salud en cuidados de prevención de LPP.
- (7) No realizar vendajes protectores.  
Si Norton de 12 a 14 utilizar colchón/superficie estático  
Si Norton de 5 a 11 utilizar colchón/superficie dinámico

# PREVENCION



- ⌘ Valoracion del riesgo
- ⌘ Identificar al cuidador
- ⌘ Cuidados de la piel
- ⌘ Control de la humedad
- ⌘ Cuidados en la nutricion e hidratacion
- ⌘ Manejo de la presion. Movilizacion

# ESCALAS DE VALORACION DEL RIESGO (EVRLPP)

⌘ NORTON

⌘ NORTON MODIFICADA POR EL SALUD

⌘ EMINA

⌘ BRADEN

# Valoración del Riesgo de presentar LPP

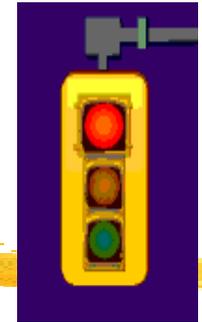
Plan de cuidados preventivos personalizado

⌘ **Escala Norton Modificada: “La quinta constante”**

Fácil manejo y valoración

Indicador de efectividad de la calidad de los cuidados

# Escala 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	Inmóvil	1	Urinaria+fecal	1

⌘ Valoración según el estado del paciente en el momento actual **“Aquí y ahora”**

**Riesgo muy alto 5-11**

**Riesgo evidente 12-14**

**Riesgo mínimo >14**

# Escala Norton Modificada.

## Estado Físico



<b>Bueno</b> <u><b>4</b></u>	<b>Mediano</b> <u><b>3</b></u>	<b>Regular</b> <u><b>2</b></u>	<b>Muy malo</b> <u><b>1</b></u>
4 comidas diarias 4 raciones proteínas Menú 2000 Kcal. Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T <sup>a</sup> 36-37°C Mucosas húmedas IMC 20-25	3 comidas diarias 3 raciones proteínas Menú 1500 Kcal. Toma más ½ del menú Bebe 1000-1500 ml T <sup>a</sup> 37-37,5°C Relleno capilar lento IMC >20<25	2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 Kcal Toma ½ del menú Bebe 500-1000 ml T <sup>a</sup> 37,5-38°C Piel seca, escamosa IMC= ó > 50	1 comida día 1 ración proteína Menú <1000 Kcal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml T <sup>a</sup> <35,5 ó >38 Edema, piel muy seca IMC= ó > 50

# Escala Norton Modificada.

## Estado Mental

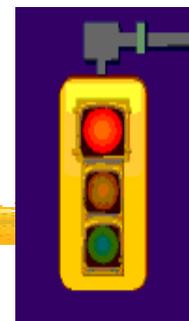


Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio

<b>Alerta</b> <u>4</u>	<b>Apático</b> <u>3</u>	<b>Confuso</b> <u>2</u>	<b>Estuporoso/ comatoso</b> <u>1</u>
“Diga su nombre, día, lugar y hora”	“Déme la mano”	“Pellizcar la piel, en busca de respuesta”	“Valorar el reflejo corneal, pupilar...”

# Escala Norton Modificada.

## Actividad

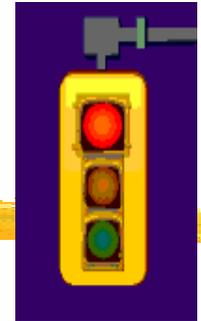


Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

Ambulante <u>4</u>	Camina con ayuda <u>3</u>	Sentado <u>2</u>	Encamado <u>1</u>
<b>Independiente</b> Capaz de caminar sólo aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o lleve prótesis	Capaz de caminar con <b>ayuda</b> de una persona o aparatos con más de un pto. de apoyo (andador, muletas...)	<b>No puede caminar</b> ni ponerse en pie, pero puede movilizarse en silla o sillón	<b>Dependiente total</b>

# Escala Norton Modificada.

## Movilidad

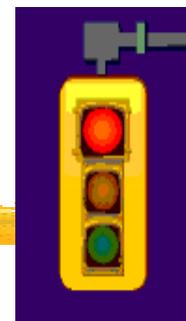


Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales

Total <u>4</u>	Disminuida <u>3</u>	Muy limitada <u>2</u>	Inmóvil <u>1</u>
Completamente autónomo	Inicia movimientos voluntarios pero <b>requiere ayuda</b> para completar o mantenerlos	Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y <b>necesita ayuda</b> para realizar los movimientos	<b>Incapaz de cambiar de postura</b> por sí mismo

# Escala Norton Modificada.

## Incontinencia



Pérdida involuntaria de orina y/o heces

<b>Ninguna <u>4</u></b>	<b><u>Ocasional</u> <u>3</u></b>	<b><u>Urinaria</u> o <u>fecal</u> <u>2</u></b>	<b><u>Urinaria y fecal</u> <u>1</u></b>
<b>Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de <u>sonda vesical o rectal</u></b>	<b>Pérdida involuntaria</b> de orina y heces, una o más veces al día	<b>Pérdida permanente</b> del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de <b><u>colector peneano</u></b>	<b>No control de ninguna de los dos esfínteres</b>

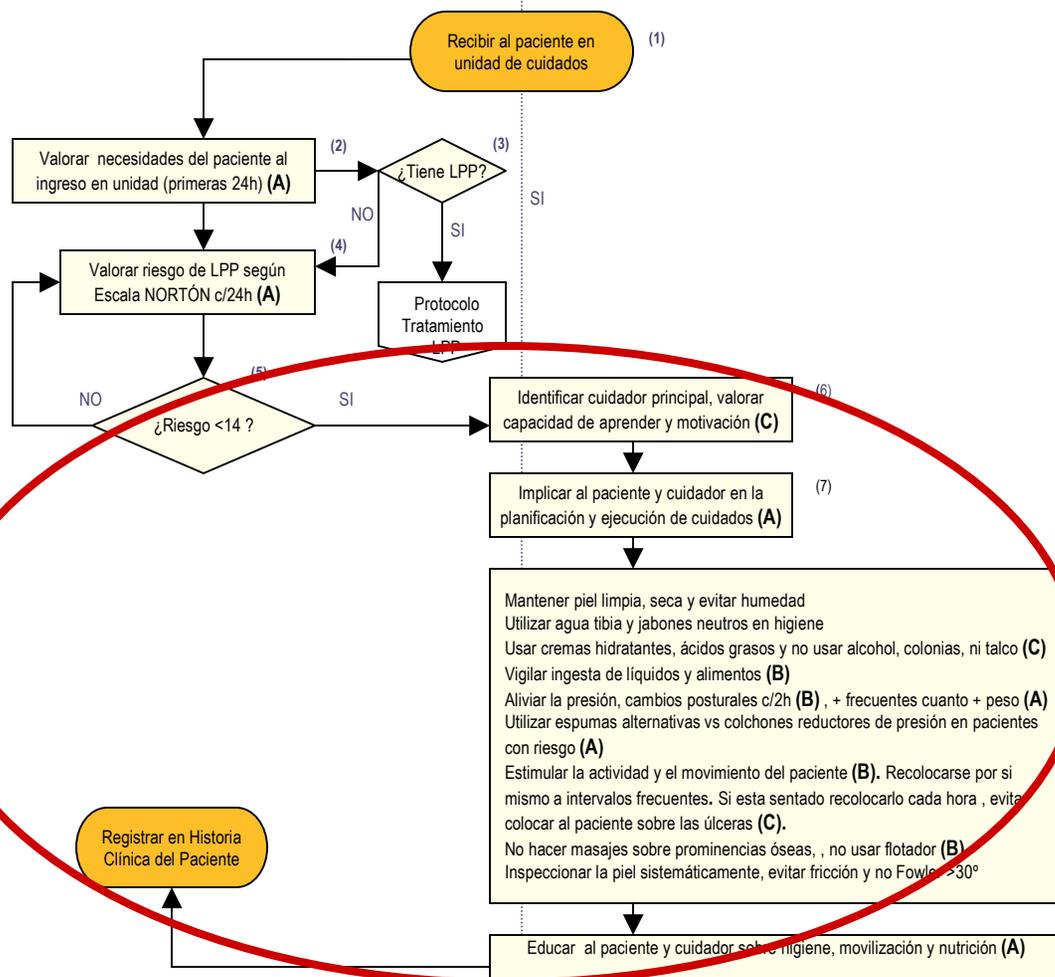
**Proceso de procedencia:**  
Gestión de Cuidados

**Objeto:**  
Prevenir las lesiones por presión en la Atención Hospitalaria.

**Alcance:**  
Todas las unidades de cuidados de la Atención hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Aragón

**REGISTRO DE MODIFICACIONES**

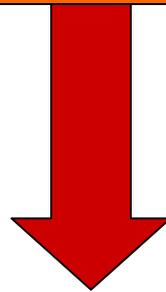
Nº	Fecha	Descripción

**Descripción**
**Enfermera**
**Equipo de Enfermería de la Unidad**
**Registros**


- (1) Protocolo de Acogida
- (2) Cada hospital posee un documento de valoración de necesidades del paciente al ingreso.
- (3,4) Aplicar protocolo de tratamiento de lesiones por Presión del hospital.
- (5) Valorar y registrar riesgo de LPP según Norton diariamente
- (6) Educación para la salud en cuidados de prevención de LPP.
- (7) No realizar vendajes protectores.  
Si Norton de 12 a 14 utilizar colchón/superficie estático  
Si Norton de 5 a 11 utilizar colchón/superficie dinámico



**IDENTIFICAR ACOMPAÑANTE/CUIDADOR**



**IMPLICAR AL PACIENTE Y CUIDADOR EN LA PLANIFICACIÓN/ EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS**

# Cuidados de la Piel

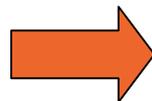
## ⌘ INSPECCIÓN DIARIA



- PROMINENCIAS ÓSEAS
- SEQUEDAD , EXCORIACIONES, ERITEMA...
- ZONAS DE CONTACTO CON HUMEDAD
- ATENCIÓN!! : MASCARILLAS, GAFAS, SONDAS...

## ⌘ REVISIÓN DE LA PIEL del paciente expuesto a tiempo prolongado de inmovilización total o parcial.

## ⌘ HIGIENE



- PIEL LIMPIA , SECA , EVITAR HUMEDAD
- AGUA TIBIA / JABÓN NEUTRO
- SECADO POR CONTACTO : NO FRICCIÓN
- ATENCIÓN!! PLIEGUES CUTÁNEOS E INTERDIGITALES
- CAMA LIMPIA , SECA , SIN ARRUGAS

# Cuidados de la Piel

## ⌘ HIDRATACIÓN

SI → CREMAS HIDRATANTES / AC. GRASOS

NO → COLONIAS , ALCOHOL , TALCO

NO → MASAJEAR PROMINENCIAS ÓSEAS

## ⌘ APÓSITOS PROTECTORES PARA DISMINUIR LA PRESIÓN

# Cuidados de la **Incontinencia**/ Control de la Humedad

- ⌘ **Correcta higiene**/ evitar humedad
- ⌘ **Abordaje de la incontinencia con dispositivos** que reduzcan la exposición
- ⌘ **Reeducación esfínteres**
- ⌘ **Uso productos barrera**
- ⌘ **Valorar procesos que originan exceso humedad**

# **Cuidados en la Nutrición e Hidratación**

- ⌘ **Desnutrición = factor riesgo de LPP**
- ⌘ **Vigilar ingesta líquidos y alimentos**
- ⌘ **Garantizar aporte nutricional completo  
dieta equilibrada**
- ⌘ **Valoración nutricional (prot,kcal...)**
- ⌘ **Paciente alto riesgo de LPP  
dieta hiperproteica e hipercalórica**
- ⌘ **Suplementos hiperproteicos si son necesarios**

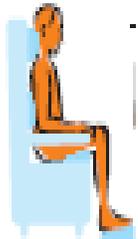
# Cuidados en la Movilización

!!!CAMBIOS POSTURALES!!!

- ⌘ C/2h / + FRECUENTES CUANTO + PESO
- ⌘ Estimular la actividad y movimiento del paciente
- ⌘ **NO!** FRICCIÓN , CIZALLA, ARRASTRE.
- ⌘ EVITAR CONTACTO ENTRE PROMINENCIAS ÓSEAS (Lecho de almohadas, cojines, protecciones locales...)
- ⌘ **NO!** FOWLER  $>30^{\circ}$
- ⌘ **NO!** COLOCAR AL PACIENTE SOBRE ÚLCERAS.
- ⌘ Mantener alineación corporal, distribución del peso y equilibrio.
- ⌘ APÓSITO HIDROCELULAR EN TALONES: **NO** VENDAJE!!

# Cuidados en la Movilización

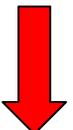
## SEDESTACIÓN



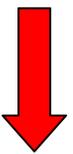
- ✗ **CORRECTO ALINEAMIENTO CORPORAL**
- ✗ **MOVILIZACIÓN C/ HORA**
- ✗ **NO! FLOTADOR O DISPOSITIVO DE ANILLO**
- ✗ **USO DE GRUA**

# Cuidados en la **Movilización** Superficies para el manejo de la presión

1. **COJINES DE FLOTACIÓN**
2. **SUPERFICIES ESTÁTICAS: REDUCEN LA PRESIÓN**  
(Agua, aire, espumas poliuretano , siliconizadas...)



PAC. BAJO / MEDIO RIESGO



COLCHONES VISCOLÁSTICO

# Cuidados en la **Movilización** Superficies para el manejo de la presión

## 3. **SUPERFICIES DINÁMICAS : ALIVIAN LA PRESIÓN**

### **COLCHONETA O SOBRECOLCHONES (Encima del colchón)**

- Prevención en el paciente con Medio/Bajo riesgo de LPP
- Celdas pequeñas o medianas

### **COLCHÓN DE REEMPLAZO (Sustituyen al colchón)**

- Paciente con Medio/Alto Riesgo (Celdas medianas/grandes)
- Paciente con Alto Riesgo (Celdas grandes fluidificadas)
- Paciente con Muy Alto Riesgo (Colchón grandes prestaciones, celdas grandes fluidificadas)

**OTROS:** Camas y colchones con posicionamiento lateral, camas fluidificadas , bariátricas, y camas que permiten el decúbito lateral y la sedestación



**GUIAS DE CUIDADORES**

**EDUCACIÓN**

**REGISTRO**

# Caso Práctico



**Valoración  
Escala Norton**

# Valorar Norton – Caso práctico

Mujer de 82 años con EPOC, HTA, síndrome depresivo en tto. farmacológico y psicológico.

## Valoración de necesidades:

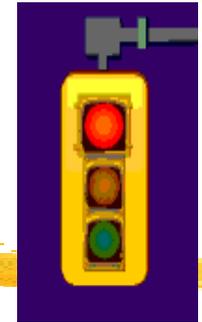
- Peso: 89 Kg.                      - Talla: 164 cm                      -IMC: 32
- Tres comidas diarias: De (vaso de leche con galletas)  
Co (Verdura, carne o pescado a la plancha y fruta)  
Ce (Lácteo y algo de fruta)
- Bebe aprox. 1 botella de agua de 1.5 litros
- Camina con ayuda de un andador y necesita ayuda para las AVD  
Vida sedentaria, en cama 12h/día
- Incontinencia urinaria de esfuerzo, utiliza compresas.
- TA, FC, Sat. O<sub>2</sub>- Bien. T<sup>a</sup> 37.5 °C. Presenta edemas maleolares

## Tto. Médico:

- Oxigenoterapia
- Corticoides y diuréticos junto con su medicación antihipertensiva habitual.

# Modificada

## Caso práctico



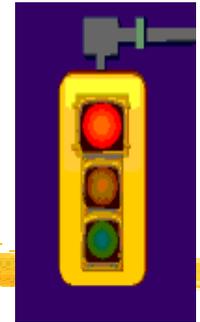
Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup./coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria+fecal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

Clasificación del **riesgo** según  
**Escala NORTON Modificada:** →

**Riesgo muy alto** 5-11  
**Riesgo evidente** 12-14  
**Riesgo mínimo** >14

# Escala Norton Modificada

## Caso práctico



### MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

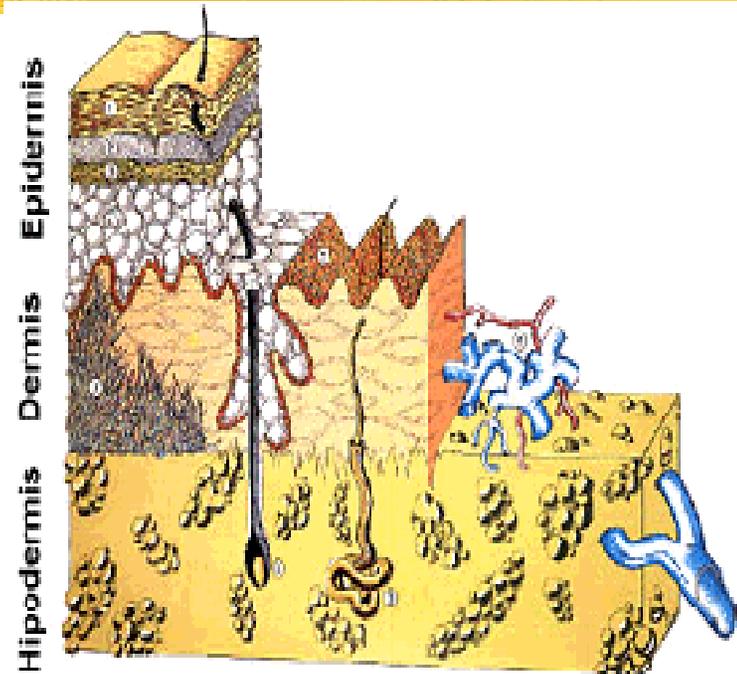
1. -
2. -
3. -
4. -
5. -
6. -
7. -
8. -

Clasificación del **riesgo** según  
**Escala NORTON Modificada:** →

<b>Riesgo muy alto</b>	<b>5-11</b>
<b>Riesgo evidente</b>	<b>12-14</b>
<b>Riesgo mínimo</b>	<b>&gt;14</b>

# La piel

- ⌘ El mayor órgano del cuerpo
  - ☑ Dos metros cuadrados
  - ☑ 16% del peso corporal



# Capas



## ⌘ Epidermis

- ☑ Basal

- ☑ Espinosa

- ☑ Granulosa

- ☑ Lúcida

- ☑ Córnea

## ⌘ Membrana basal

## ⌘ Dermis

## ⌘ Hipodermis

# Funciones



- ⌘ Barrera contra microorganismos, radiación ultravioleta...
- ⌘ Protección.
- ⌘ Mantenimiento equilibrio hidroelectrolítico.
- ⌘ Regulación de la temperatura.
- ⌘ Relación con el medio exterior.

# Cicatrización



## ⌘ Fase hemostásica

- ☑ Formación de coágulo
- ☑ Proceso inflamatorio

## ⌘ Fase proliferativa

- ☑ Angiogénesis
- ☑ Síntesis de fibroblastos: colágeno

## ⌘ Fase de maduración

- ☑ Contracción bordes de la herida

# Tratamiento de las LPP



**EL MEJOR  
TRATAMIENTO ES  
LA PREVENCIÓN**

# PRINCIPIOS DE LA CURA HUMEDA (TIME)



⌘ DESBRIDAMIENTO

⌘ EQUILIBRIO BACTERIANO

⌘ CONTROL DEL EXUDADO

⌘ ESTIMULACION DE LOS BORDES

# DEFINICION



- ⌘ Es el tratamiento global de heridas, que elimina las barreras locales que impiden la cicatrización.
- ⌘ Es la base del tratamiento de heridas crónicas.

# RETRASO EN LA CICATRIZACION POR:



- ⌘ TRAUMATISMO REPETITIVO
- ⌘ ISQUEMIA TISULAR LOCAL
- ⌘ TEJIDO NECRÓTICO
- ⌘ CARGA BACTERIANA
- ⌘ RUPTURA TISULAR

# DESBRIDAMIENTO



- ⌘ Eliminación del tejido necrótico o desvitalizado.
- ⌘ Posibilita la valoración de la úlcera
- ⌘ Restablece la circulación
- ⌘ Disminuye la infección
- ⌘ Favorece la cicatrización

# TIPOS DE DESBRIDAMIENTO



⌘ QUIRURGICO

⌘ ENZIMATICO

⌘ AUTOLITICO

⌘ MECANICO

# DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO

- ⌘ Es la forma más rápida de eliminar tejido necrótico
- ⌘ También es la más dolorosa
- ⌘ Requiere destreza, técnica y material estéril.
- ⌘ Su principal complicación es la HEMORRAGIA.
- ⌘ SEPSIS

# CONTRAINDICADO



- ⌘ En enfermos con coagulopatías e inmunodeprimidos
- ⌘ En escaras secas sin edema, eritema, fluctuación o drenaje.
- ⌘ En talones.

# ENZIMATICO



- ⌘ Uso de compuestos que disuelven la necrosis: colagenasa
- ⌘ Es un método indoloro
- ⌘ Trabaja junto a los enzimas naturales del organismo
- ⌘ Debe aumentarse el nivel de humedad de la herida para que sean eficaces
- ⌘ No usar sobre tejido sano

# AUTOLITICO



- ⌘ Realizado por enzimas proteolíticas y células fagocíticas del organismo
- ⌘ Es un método indoloro
- ⌘ Es lento
- ⌘ En heridas secas no se produce
- ⌘ Es necesario controlar el nivel de humedad

# MECANICO



- ⌘ Retirada física de los restos de la herida
- ⌘ Es un método traumático y doloroso
- ⌘ También elimina tejido sano

# **ESTABLECIMIENTO / MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO BACTERIANO**

- ⌘ LAS BACTERIAS ESTÁN PRESENTES EN TODAS LAS HERIDAS
- ⌘ EL AUMENTO DE CARGA BACTERIANA RETRASA LA CICATRIZACIÓN

# FASES



⌘ CONTAMINACION

⌘ COLONIZACION

⌘ COLONIZACION CRITICA

⌘ INFECCION

# CONTAMINACION

⌘ Presencia de bacterias en la herida

⌘ No retrasa la cicatrización

# COLONIZACION



- ⌘ Presencia de bacterias que se multiplican
- ⌘ No retrasan la cicatrización

# COLONIZACION CRITICA



⌘ Las bacterias ocasionan daños locales

⌘ Se retrasa la cicatrización

# INFECCION



- ⌘ Provoca daño tisular
- ⌘ Respuesta por parte del huésped con signos y síntomas
- ⌘ Se contabilizan más de  $10^5$  colonias o UFC ( unidades formadoras de colonias )
- ⌘ Se retrasa la cicatrización

# SIGNOS DE INFECCION



- ⌘ Retraso en la cicatrización
- ⌘ Cambio de color y en el aspecto del tejido de granulación
- ⌘ Incremento del olor
- ⌘ Aumento del exudado seroso



NO SE DEBE RECOGER MUESTRAS MEDIANTE  
FROTIS

LOS CULTIVOS SE REALIZAN MEDIANTE ASPIRADO  
PERCUTANEO



# EXUDADO

# FORMACION DE EXUDADO



- ⌘ Por incremento de la carga bacteriana
- ⌘ Por el drenaje de la herida
- ⌘ Por el edema
- ⌘ Por descomposición del tejido necrótico

# TIPOS DE EXUDADO



## Cuantitativamente

Escaso o ligero

Moderado

Abundante o alto

## Cualitativamente:

Seroso

Serosanguinolento

Purulento

# **EPITELIZACION DE LOS BORDES**



- Epitelización de bordes al centro de la lesión**
- Valorar en los bordes signos de:**
  - MACERACION**
  - ENROJECIMIENTO**
  - INFLAMACION**
  - IRREGULARIDAD....**
- Mientras los bordes no esten sanos no se producira la epitelización**

# Valoración de la LPP

Clave para un  
tratamiento adecuado

# VALORACION DE LA LESION



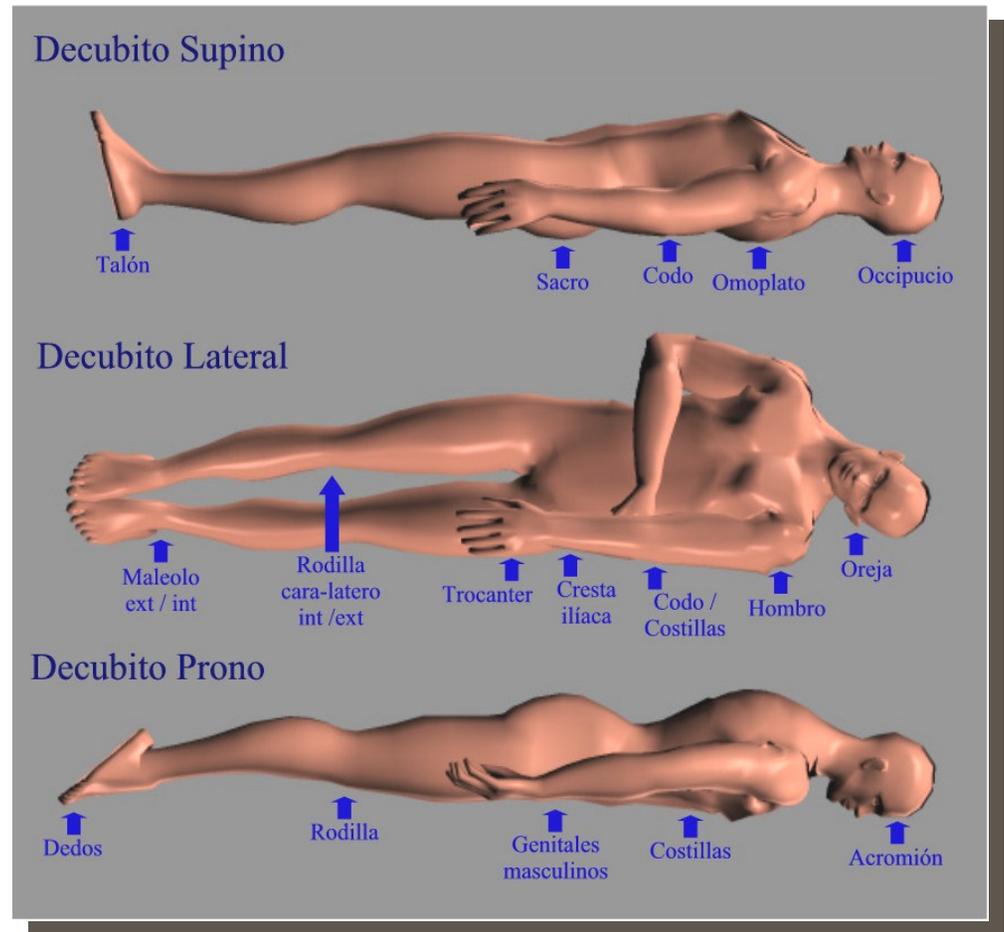
- ⌘ Localización de la herida
- ⌘ Estadío de la úlcera
- ⌘ Tejidos presentes en el lecho de la úlcera
- ⌘ Cantidad y calidad del exudado
- ⌘ Presencia de tunelizaciones
- ⌘ Estado de la piel perilesional.
- ⌘ Signos de infección.

## ⌘ *A tener en cuenta:*

- ☑ Estado general del paciente
- ☑ Nivel asistencial y disponibilidad de recursos.
- ☑ Coste-efectividad

# LOCALIZACION

- ↑ **Sacro**
- ↑ **Talón**
- ↑ **Maléolos externos**
- ↑ **Glúteos**
- ↑ **Trocánteres, ...**

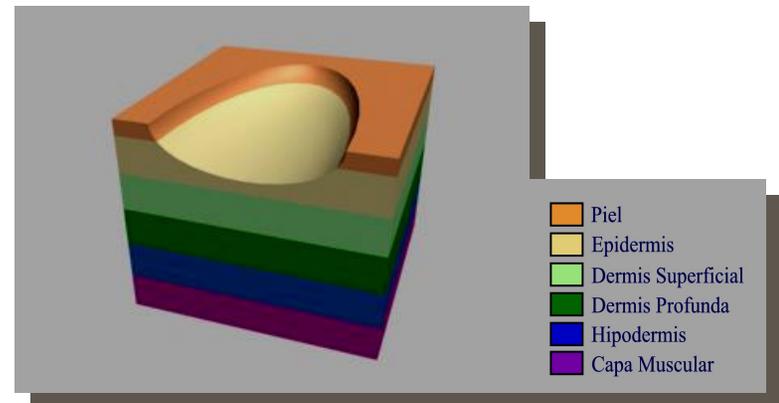


# ESTADIAJE DE LPP

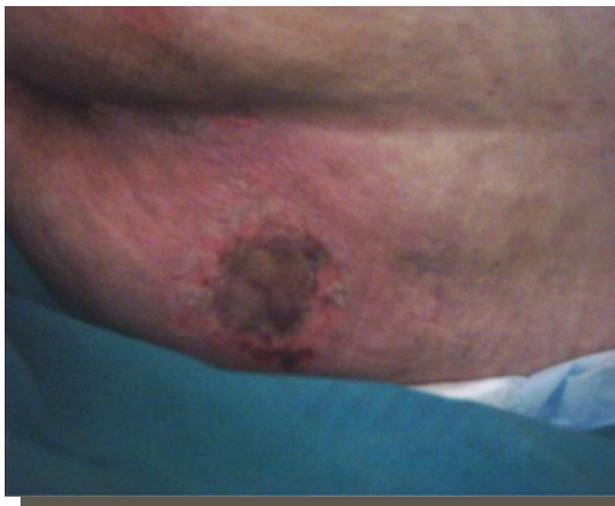


## ESTADIO I

- ⌘ Eritema que no palidece.
- ⌘ Piel íntegra.

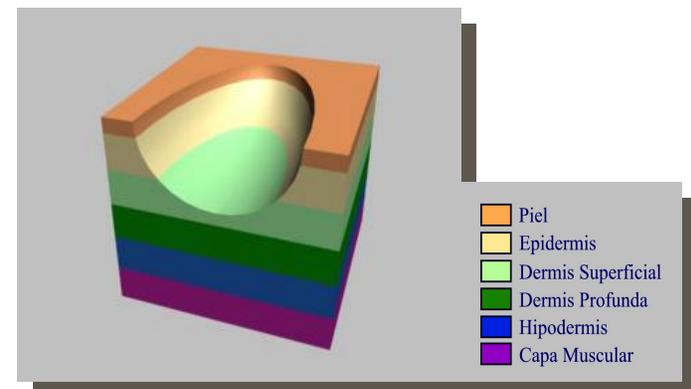


# ESTADIAJE DE LPP



## ESTADIO II

- ⌘ Pérdida de epidermis
- ⌘ No afectación de estructuras de sostén.

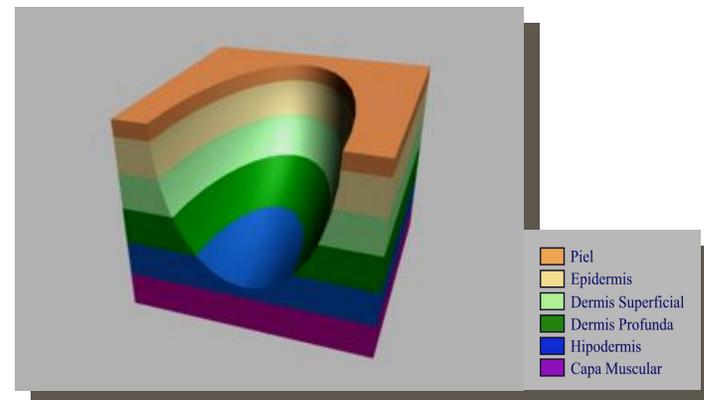


# ESTADIAJE DE LPP

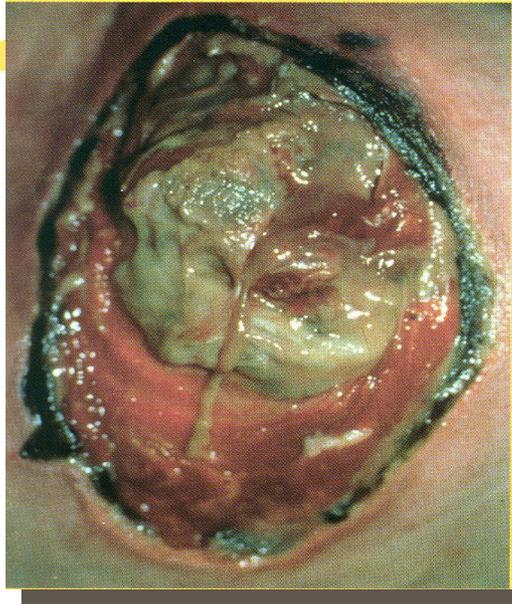
## ESTADIO III



- **Afectación de dermis profunda e hipodermis**
- **Fascia muscular integra**

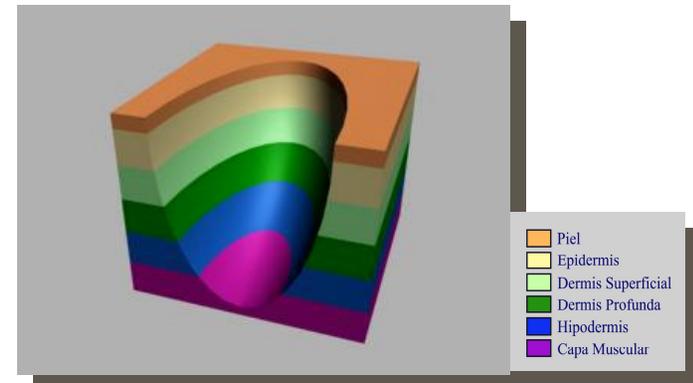


# ESTADIAJE DE LPP



## ESTADIO IV

- **Destrucción extensa**
- **Afectación muscular ósea**



# TIPOS DE TEJIDO DEL LECHO

**Tejido necrótico (escara húmeda/seca): tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o a los bordes de la herida.**



# TIPOS DE TEJIDO DEL LECHO

**Esfacelos** : tejido que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloque o en forma de tejido blando muciforme.



# TIPOS DE TEJIDO DEL LECHO

**Fibrina**: tejido amarillento o blanco que esta adherido el lecho de la úlcera o en los bordes



# TIPOS DE TEJIDO DEL LECHO

Tejido de granulación: tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmeda y brillante.



# TIPOS DE TEJIDO DEL LECHO

**Tejido epitelial: tejido nuevo rosado y brillante que crece de los bordes de la herida hacia dentro o en islotes en la superficie de la misma**



# DIMENSIÓN DE LA ÚLCERA

Medición de volumen

Planimetría



# Tratamiento de las upp

Elección de un  
apósito

# PRINCIPIOS DE CURA HUMEDA



- ⌘ ELIMINACIÓN DE NECROSIS Y ESFACELOS (desbridamiento)
- ⌘ MANEJO DE LA CARGA BACTERIANA (apositos antimicrobianos)
- ⌘ CONTROL DEL EXUDADO (Absorber o hidratar)

# LIMPIEZA DE LA HERIDA



## Recomendaciones del GNEAUPP:

- LIMPIEZA CON SF POR GRAVEDAD  
(SIN PRESIÓN)
- NO se limpiará las heridas limpias  
con antisépticos locales

# CRITERIOS QUE DEBE CUMPLIR UN APOSITO



- ⌘ Que elimine exceso de exudado.
- ⌘ Que mantenga adecuado nivel de humedad y piel perilesional seca.
- ⌘ Que permita intercambio gaseoso.
- ⌘ Que aisle térmicamente.
- ⌘ Que proteja de agresiones físicas, químicas y bacterianas.
- ⌘ Que se pueda aplicar y retirar fácilmente.
- ⌘ Que sea adaptable a las localizaciones difíciles.
- ⌘ Que respete la piel perilesional.
- ⌘ Que permita distanciar las curas

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS LAMINARES



- ⌘ Películas transparentes de poliuretano.
- ⌘ Permeables a gases e impermeables a líquidos.
- ⌘ No tienen capacidad de absorción pero retienen el exudado (si no es muy abundante).
- ⌘ Aplicación en heridas superficiales, quemaduras de 1º grado y accesos venosos.

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS HIDROCOLOIDES

⌘ Definición de hidrocoloide: Dispersión de partículas sólidas en un compuesto líquido

FORMACION DE GEL SEMILÍQUIDO

POCO ABSORBENTES

FAVORECEN EL DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO

⌘ Uso en : estadio I ,II y en fase de epitelización  
nunca en heridas infectadas

POSIBLES FUGAS DE GEL POR LOS BORDES

POSIBLE OLOR DESAGRADABLE

# TIPOS DE APOSITOS

## HIDROGELES



Aportan humedad a la herida (Aplicación en úlceras poco o nada exudativas)

Se encuentran en forma de placa o gel amorfo

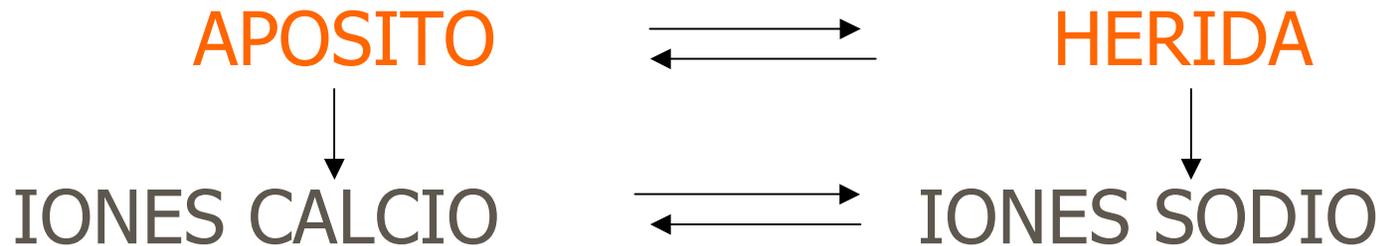
- ⌘ Características: Eliminan componentes tóxicos de la herida, mantienen la humedad y la temperatura, favorecen el desbridamiento autolítico.
- ⌘ A tener en cuenta: Un exceso de producto puede producir maceración de la piel perilesional. Precisan de apósito secundario (no son adhesivos)

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS DE ALGINATO

### CALCICO

Formados por sales de ácido algínico  
Favorecen el intercambio de iones:



Precisan de apósitos secundarios  
De elección en heridas **muy exudativas**  
(Son capaces de absorber hasta 20 veces su peso)

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS HIDROPOLIMERICOS



- ⌘ Formados por espumas hidropoliméricas (en inglés foam)
- ⌘ Denominados también alveolares, hidrocelulares, hidroactivos, hidrorreguladores.
- ⌘ Diferentes formas, adhesivos, no adhesivos, con varias capas, etc.

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS HIDROPOLIMERICOS



### CARACTERISTICAS:

- ⌘ Protegen a las heridas de presiones, fricciones y posibles contaminaciones.
- ⌘ Permiten el aislamiento térmico.
- ⌘ Favorecen el desbridamiento autolítico
- ⌘ No son formadores de gel (incorporan a su estructura el exceso de exudado)
- ⌘ Tienen buena capacidad de absorción.
- ⌘ Permeables a gases e impermeables a líquidos.

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS ANTIMICROBIANOS



- ⌘ Su componente fundamental es la PLATA
- ⌘ Unos son bactericidas y otros bacteriostáticos
- ⌘ Existen liberadores y no liberadores de plata
- ⌘ Deben estar en contacto con el lecho de la lesión.
- ⌘ Necesitan apósito secundario.
- ⌘ No son compatibles con antisépticos ni con colagenasa.
- ⌘ Atención a las recomendaciones del fabricante.

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS BIOACTIVOS



- ⌘ Son reservorios de Zinc, Calcio y Manganeso.
- ⌘ Deben ser utilizados únicamente en fases de cicatrización y epitelización (no activos en heridas necrosadas, infectadas, etc.)
- ⌘ Necesitan de apósitos secundarios.

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS DE SILICONA



De elección en **pacientes con úlceras dolorosas y pacientes terminales**

Se ponen en contacto con el lecho de la úlcera

PRODUCEN ALTO NIVEL DE  
CONFORT Y BIENESTAR

# TIPOS DE APOSITOS

## APOSITOS DE SILICONA



### APOSITOS EN FORMA DE MALLA

Siempre en contacto con la lesión, sus orificios permiten el intercambio de sustancias entre la herida y el resto de apósitos. Son reciclables (lavados con S.F.) y necesitan de apósito secundario.

### COMBINADOS CON FOAM

Son absorbentes, alivian la presión, aminoran el dolor y respetan la piel perilesional. No precisan de apósito secundario

# COLAGENASA



Enzima cuya función es la rotura de los puentes de colágeno.

Produce desbridamiento enzimático.

**DEBE SER APLICADA EN AMBIENTE HUMEDO**

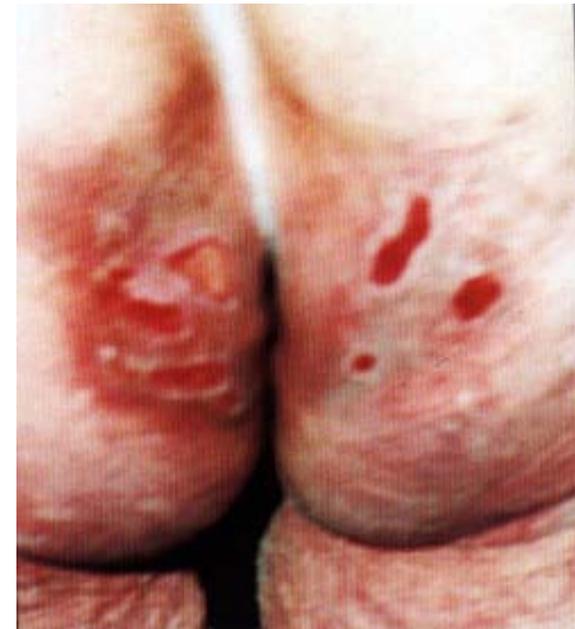
# Tratamiento: Estadío I

- ⌘ Lavado con jabón neutro.
- ⌘ Secado sin fricción.
- ⌘ Apósito hidrocoloide (cambio entre 2 y 7 días) o **HIDROPOLIMERICICO**



# Tratamiento: Estadío II

- ⌘ Lavado con S.F. por gravedad (SIN PRESION)
- ⌘ Si no hay infección, no usar antisépticos.
- ⌘ Si exudado: APOSITO HIDROPOLIMERICICO.
- ⌘ Si no exudado: APOSITO HIDROCOLOIDE.  
**HIDROPOLIMERICICO MEJOR**



# Tratamiento: Estadíos III y IV



## **Necrosis seca**

Aplicar desbridamiento

Autolítico

Enzimático

Cortante

## **Necrosis húmeda**

Lavado de la lesión

**Desbridamiento si  
precisa**

+

Malla de plata más  
carbón

+

**Apósito  
hidropolimérico**

# Cómo gestionar el exudado



EXUDADO ESCASO O  
MODERADO

**Aplicar hidrogel**

EXUDADO ABUNDANTE

**Aplicar alginato  
calcico**



**TRATAR LAS LESIONES III Y IV  
COMO CONTAMINADAS HASTA  
UNA SEMANA DESPUÉS DE  
RETIRADA LA NECROSIS**

# Lesión con tejido de granulación



Mucho exudado: APOSITO  
HIDROPOLIMERICICO

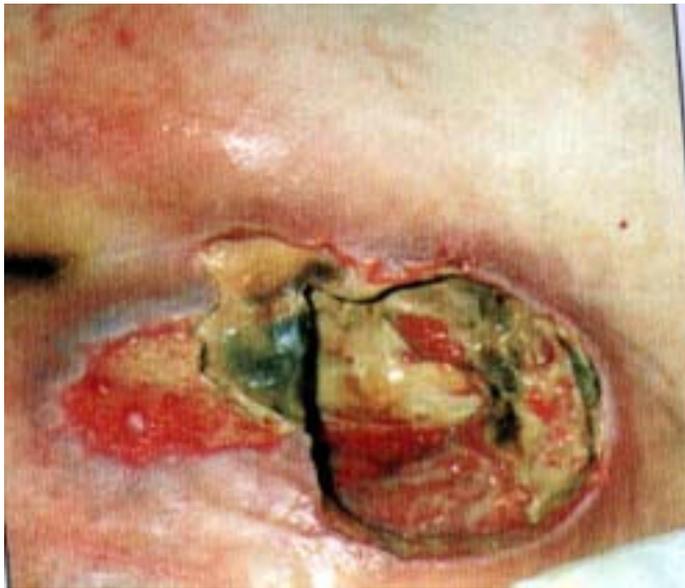
Poco exudado: APOSITO  
HIDROPOLIMERICICO MAS HIDROGEL

# Tejido de epitelización



PROTEGER LA LESIÓN CON AP.  
HIDROCOLOIDE

# U.P.P. ¿Cómo la curo?



## **Describir:**

*Objetivos del tratamiento*

*Tratamiento de la lesión*

*Cuidados del paciente*

## **Úlcera por presión infectada estadio IV en sacro**

- ⌘ Hombre de 82 años, encamado desde hace tres meses, con enfermedad de Alzheimer, incontinencia urinaria y fecal; totalmente dependiente para las AVD.
- ⌘ Presenta UPP de un mes de evolución con tejido necrótico, abundante exudado y tunelización.
- ⌘ Cultivo positivo a Pseudomona.
- ⌘ Piel perilesional macerada.