




PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN.


Taller Jornadas de Calidad
Zaragoza 2011.

Objetivo general



Proporcionar a los profesionales responsables de la prevención y tratamiento de las lesiones por presión, los conocimientos suficientes y las habilidades necesarias para mejorar los procesos que tienen lugar en su ámbito de actuación.

Objetivos específicos



- ⌘ Prevenir el desarrollo de lesiones por presión.
- ⌘ Adecuar el tratamiento de las LPP.
- ⌘ Disminuir la morbilidad por lesiones por presión.
- ⌘ Identificar el riesgo de los pacientes de padecer LPP con una escala validada .
- ⌘ Registrar sistemáticamente las LPP en la Historia Clínica.
- ⌘ Definir estrategias de prevención, tratamiento y educación para el paciente y cuidador, basadas en la mejor evidencia disponible.

Lesiones por Presión (LPP)

“ Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea y producida por una **presión prolongada**, fricción entre dos planos duros o pinzamiento vascular.”(GNEAUPP 2001).

Problema de Salud Pública:

“Epidemia bajo las sábanas” Pam Hibbs
(1987)

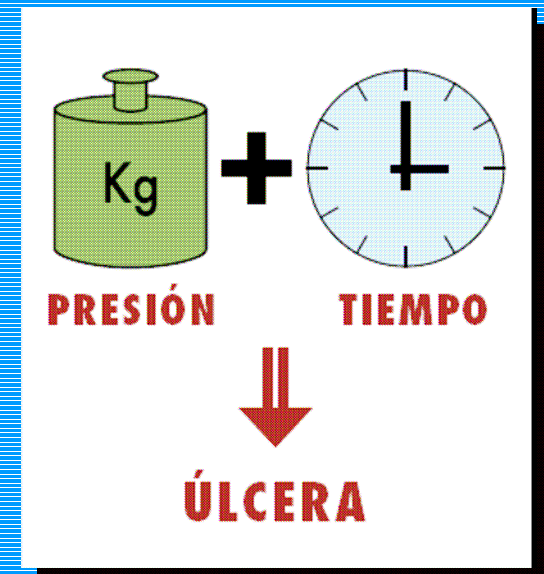
!! EVITABLES el 95% de las lesiones!!

¿CÓMO SE PRODUCEN ?

LAS LESIONES DE LA PIEL POR PRESIÓN SON CONSECUENCIA DE TRES FUERZAS

PRESIÓN FRICCIÓN CIZALLAMIENTO

Presiones superiores a la presión capilar en un área limitada y durante un tiempo prolongado originan un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, produciendo una rápida degeneración de los tejidos.



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.


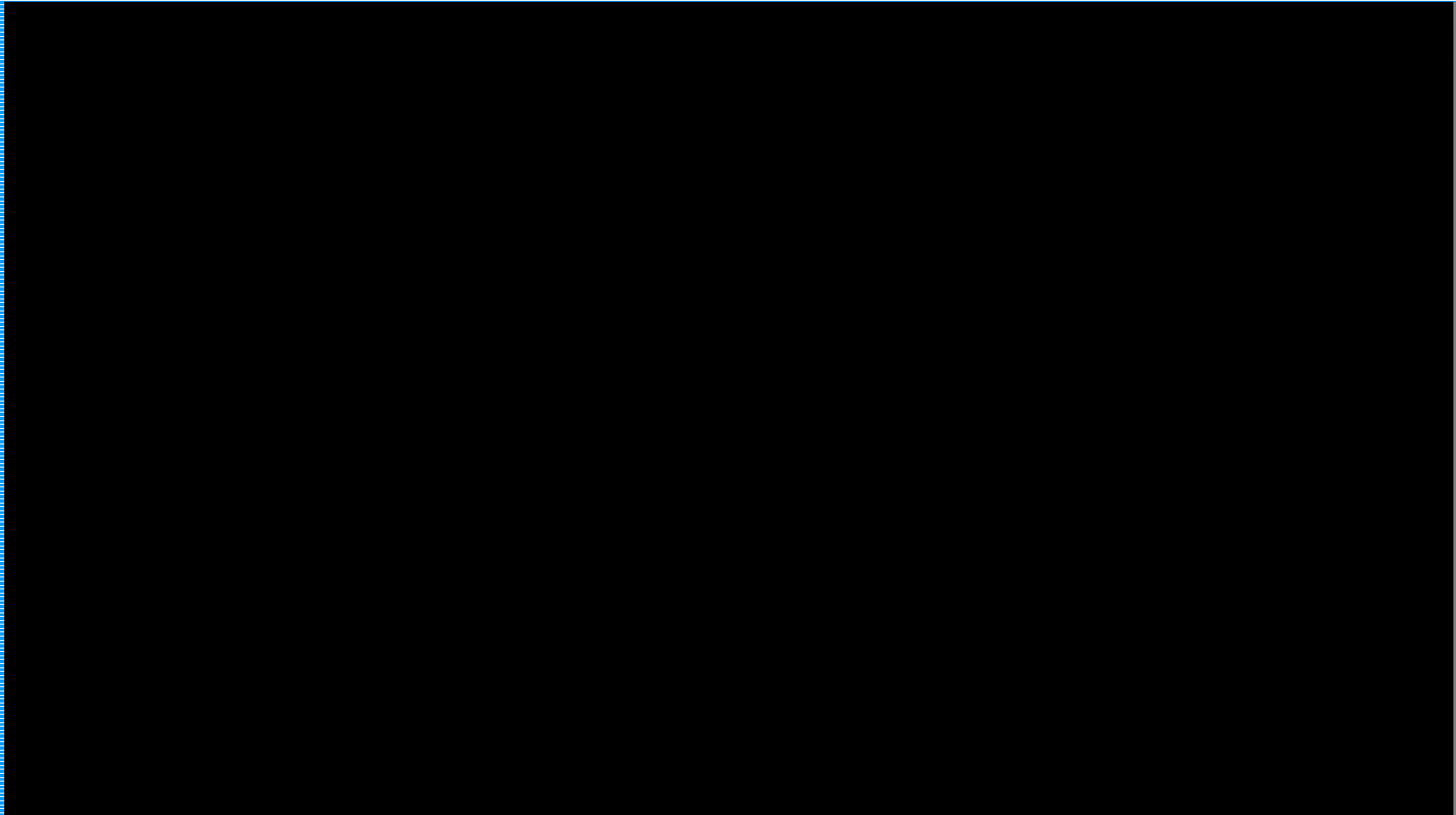
⌘ Repercusiones para el equipo de enfermería.

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

¿Ficción o realidad?



STOP A LAS UPP

A horizontal yellow brushstroke with a textured, painterly appearance, extending across the width of the page below the text.

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

Objetivo:

Prevenir las lesiones por presión
en la Atención Hospitalaria.

Basado en la Evidencia

Niveles de evidencia

NIVEL	TIPOS DE EVIDENCIA CIENTIFICA
Ia	La evidencia científica proviene de metaánalisis de ensayos clínicos controlados y aleatorios
Ib	La evidencia científica proviene de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorio
IIa	La evidencia científica proviene de al menos un estudio prospectivo controlado bien diseñado sin aleatorizar
Ib	La evidencia científica proviene de al menos un estudio cuasi experimental bien diseñado
III	La evidencia científica proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como son estudios comparativos, estudio de correlación o estudios de casos y controles
IV	La evidencia científica proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de certeza

GRADO	RECOMENDACIÓN
A (Niveles de EC Ia,Ib)	Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio correctamente diseñado y de tamaño adecuado o un metaanálisis de ensayos controlados y aleatorios
B (Niveles de EC IIa,Ib,III)	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos controlados aleatorios sobre un tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplen los criterios de A o de C
C (Niveles de EC IV)	Requiere disponer de documentos u opiniones de comités expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de alta calidad

Proceso de procedencia:

Gestión de Cuidados

Objeto:

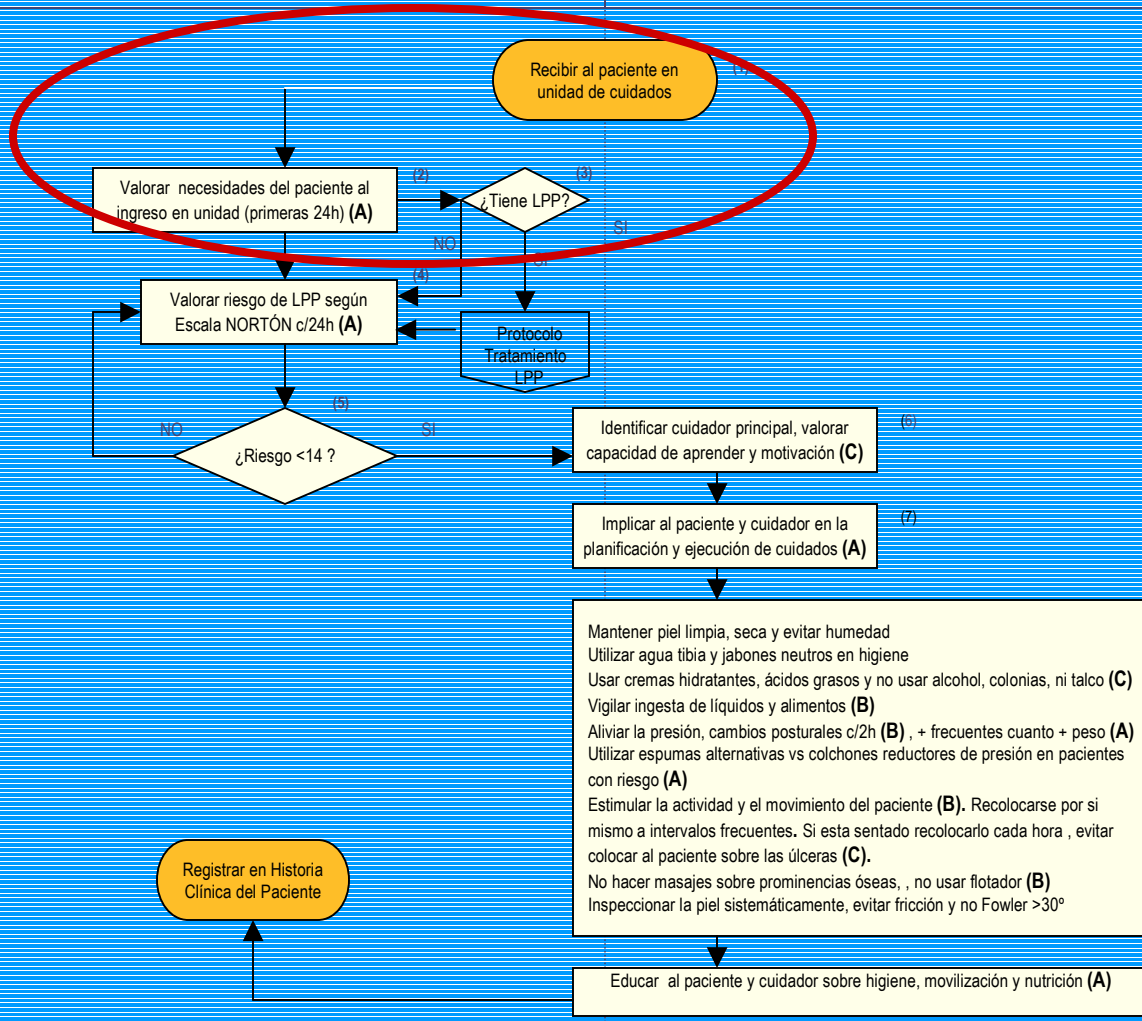
Prevenir las lesiones por presión en la Atención Hospitalaria.

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 del paciente en el primer contacto con el sist. sanitario

Valoración de NECESIDADES del Paciente:

⌘ ALIMENTACIÓN


⌘ ELIMINACIÓN

⌘ ACTIVIDAD

**⌘ MANTENER
TEMPERATURA
CORPORAL**

**⌘ HIGIENE
CORPORAL /
INTEGRIDAD
DE LA PIEL**

!!! IMPORTANTE !!!



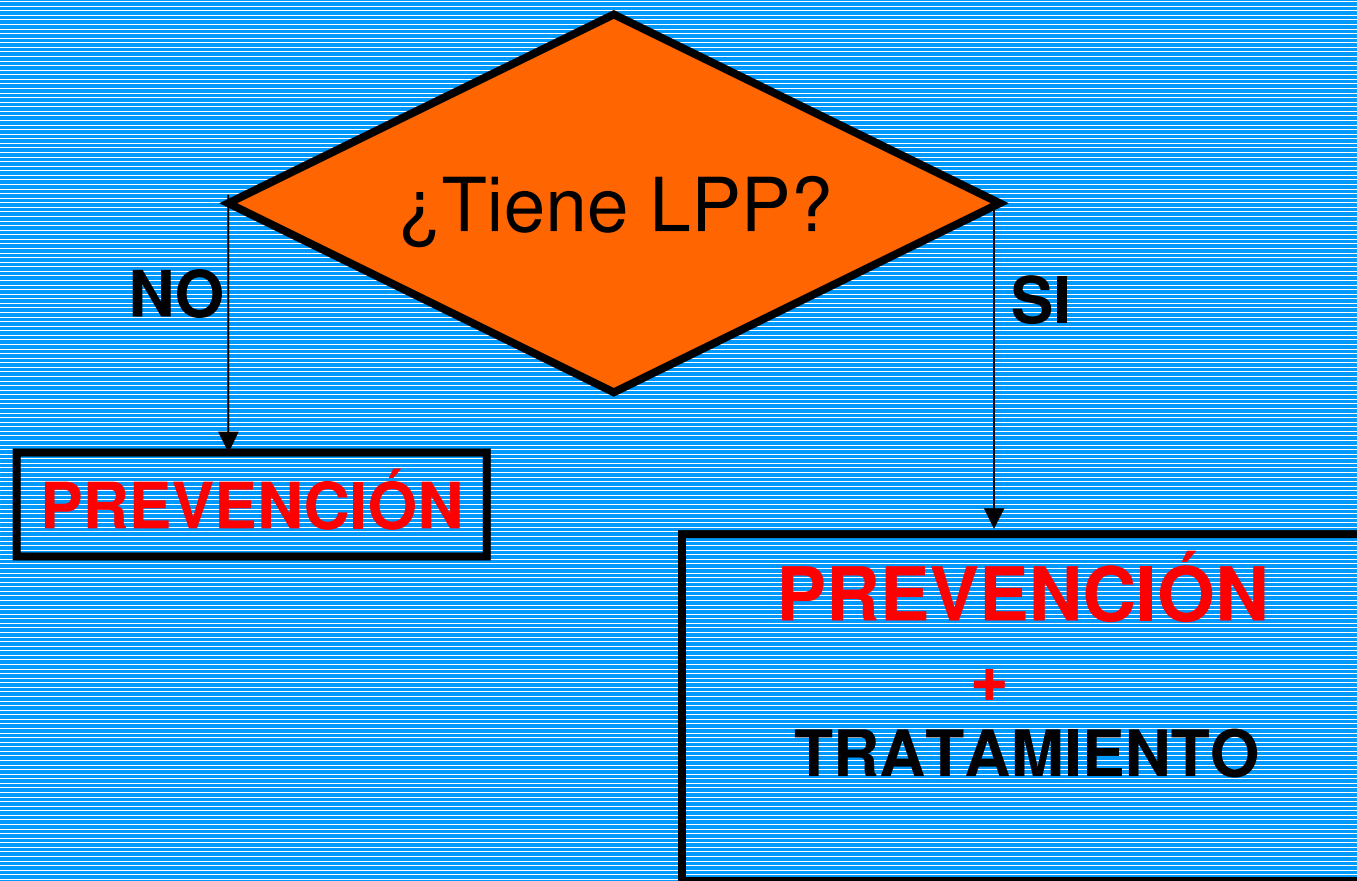
**VALORACIÓN PRECOZ
DEL PACIENTE
"INMOVILIZADO"**

**Y REGISTRO EN HISTORIA
CLÍNICA**

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE

FACTORES FISIOPATOLÓGICOS	FACTORES DERIVADOS DEL TTº	FACTORES SITUACIONALES Y DEL ENTORNO
Edad	Tratamiento con inmunosupresores	Modificaciones en el ambiente que le rodea
Lesiones cutáneas	Tratamiento con fármacos sedantes	Hábitos incorrectos
Trastorno del transporte de oxígeno	Cirugía de larga duración	
Alteraciones nutricionales	Uso de dispositivos y aparatos	
Trastornos inmunológicos		
Trastornos neurológicos		
Hábitos tóxicos		
Alteración del estado de conciencia		
Alteración de la eliminación		

Prevención de Lesiones por Presión



PREVENCIÓN



- ⊗ Valoración del riesgo.
- ⊗ Identificar al cuidador.
- ⊗ Cuidados de la piel.
- ⊗ Control de la humedad.
- ⊗ Cuidados en la nutrición e hidratación.
- ⊗ Manejo de la presión. Movilización.

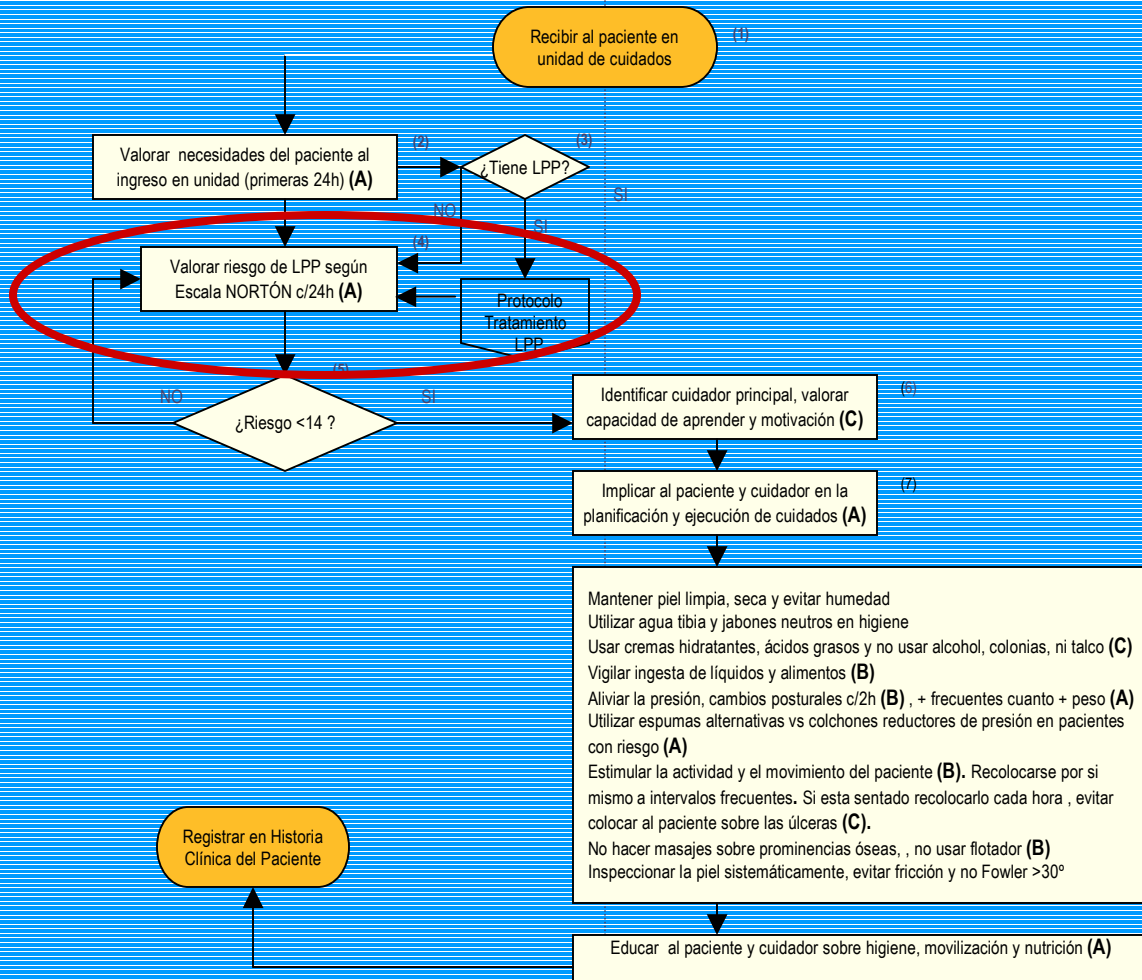
Proceso de procedencia:
Gestión de Cuidados

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

EVRPP



- ❑ **Instrumento** que establece una puntuación en función de unos parámetros considerados como factores de riesgo.
- ❑ **Objetivo:** identificar a un paciente de riesgo en un tiempo mínimo con el fin de establecer un plan de cuidados preventivos.

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO (EVRLPP)

⌘ NORTON MODIFICADA POR EL SALUD.

⌘ EMINA.

⌘ BRADEN.

Escala de Braden

Alto riesgo <12

Riesgo moderado 13-14

Riesgo bajo >15

<p>PERCEPCIÓN SENSORIAL</p> <p>Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. Completamente limitada</p> <p>Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo</p>	<p>2. Muy limitada</p> <p>Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo</p>	<p>3. Ligeramente limitada</p> <p>Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades</p>	<p>4. Sin limitaciones</p> <p>Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar</p>
<p>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</p> <p>Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>1. Constantemente húmeda</p> <p>La piel se encuentra constantemente expuesta al a humedad por: sudoración, orina, etc... Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente</p>	<p>2. A menudo húmeda</p> <p>La piel esta a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda</p> <p>La piel esta ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>4. Raramente húmeda</p> <p>La piel esta generalmente seca. La ropa de la cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de ropa.</p>
<p>ACTIVIDAD</p> <p>Nivel de actividad física</p>	<p>1. Encamado/a</p> <p>Paciente constantemente encamado/a.</p>	<p>2. En silla</p> <p>Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas</p>	<p>3. Deambula ocasionalmente</p> <p>Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.</p>	<p>4. Deambula frecuentemente</p> <p>Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<p>MOVILIDAD</p> <p>Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p>1. Completamente inmóvil</p> <p>Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad</p>	<p>2. Muy limitada</p> <p>Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a</p>	<p>3. Ligeramente limitada</p> <p>Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a</p>	<p>4. Sin limitaciones</p> <p>Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p>NUTRICIÓN</p> <p>Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<p>1. Muy pobre</p> <p>Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne, lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o esta en ayunas y/o dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada</p> <p>Raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda naso gástrica</p>	<p>3. Adecuada</p> <p>Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomara un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda naso gástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p>4. Excelente</p> <p>Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS</p>	<p>1. Problema</p> <p>Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p>2. Problema potencial</p> <p>Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>3. No existe problema aparente</p> <p>Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

Escala de EMINA

Puntos	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	<u>Orientado</u> Paciente orientado y consciente	<u>Completa</u> Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	<u>No</u> Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	<u>Correcta</u> Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	<u>Deambula</u> Autonomía completa para caminar
1	<u>Desorientado o apático o pasivo</u> Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	<u>Ligeramente limitada</u> Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	<u>Urinaria o fecal ocasional</u> Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	<u>Ocasionalmente incompleta</u> Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.	<u>Deambula con ayuda</u> Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2	<u>Letárgico o hipercinético</u> Letárgico (no responde órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad	<u>Limitación importante</u> Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	<u>Urinaria o fecal habitual</u> Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	<u>Incompleta</u> Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	<u>Siempre precisa ayuda</u> Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3	<u>Comatoso</u> Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	<u>Inmóvil</u> No se mueve en la cama ni en la silla	<u>Urinaria y fecal</u> Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreicas frecuentes	<u>No ingesta</u> Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	<u>No deambula</u> Paciente que no deambula. Reposo absoluto

Riesgo bajo 1-3

Riesgo medio 4-7

Riesgo alto 8-15

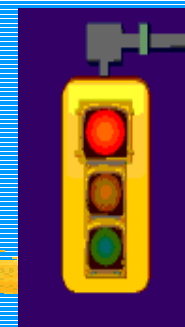
Valoración del Riesgo de presentar LPP

Plan de cuidados preventivos individualizado (C)

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

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”**

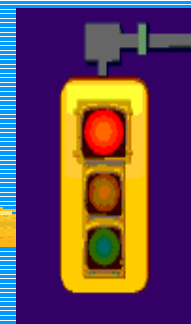
Riesgo muy alto 5-11

Riesgo evidente 12-14

Riesgo mínimo >14

Escala Norton Modificada.

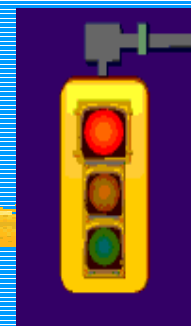
Estado Físico



Bueno <u>4</u>	Mediano <u>3</u>	Regular <u>2</u>	Muy malo <u>1</u>
<p>4 comidas diarias 4 raciones proteínas Menú 2000 Kcal. Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T^a 36-37°C Mucosas húmedas IMC 20-25</p>	<p>3 comidas diarias 3 raciones proteínas Menú 1500 Kcal. Toma más ½ del menú Bebe 1000-1500 ml T^a 37-37,5°C Relleno capilar lento IMC < 20 ó >25</p>	<p>2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 Kcal Toma ½ del menú Bebe 500-1000 ml T^a37,5-38°C Piel seca, escamosa IMC= ó > 50</p>	<p>1 comida día 1 ración proteína Menú <1000 Kcal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml T^a<35,5 ó >38 Edema, piel muy seca IMC= ó > 50</p>

Escala Norton Modificada.

Estado Mental

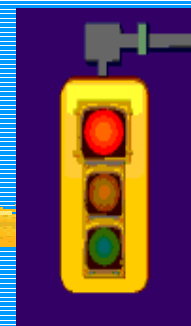


Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio

Alerta <u>4</u>	Apático <u>3</u>	Confuso <u>2</u>	Estuporoso/ comatoso <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

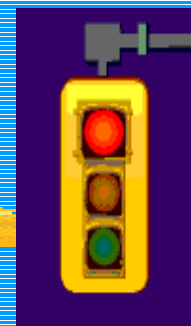


Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

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

Escala Norton Modificada.

Movilidad

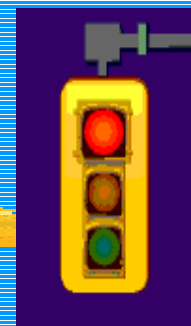


Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales

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

Escala Norton Modificada.

Incontinencia



Pérdida involuntaria de orina y/o heces

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

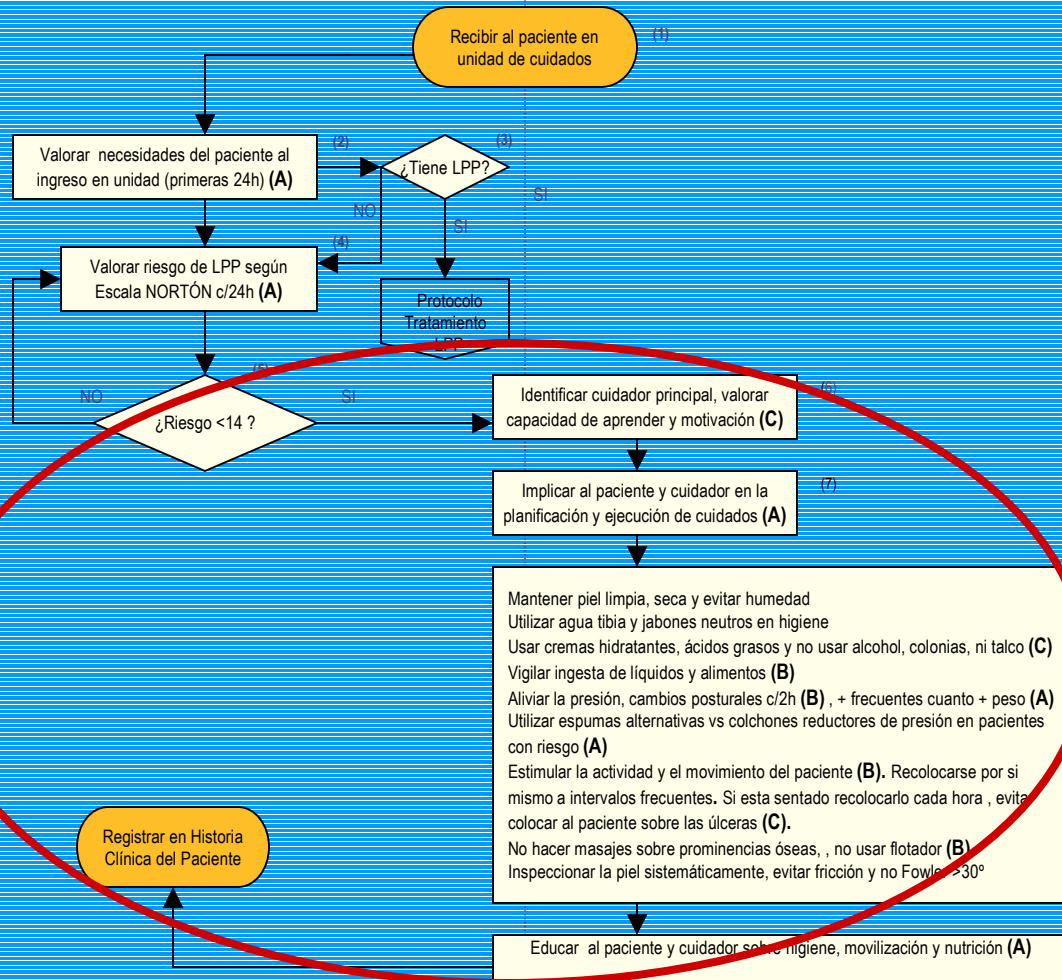
Proceso de procedencia:
Gestión de Cuidados

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

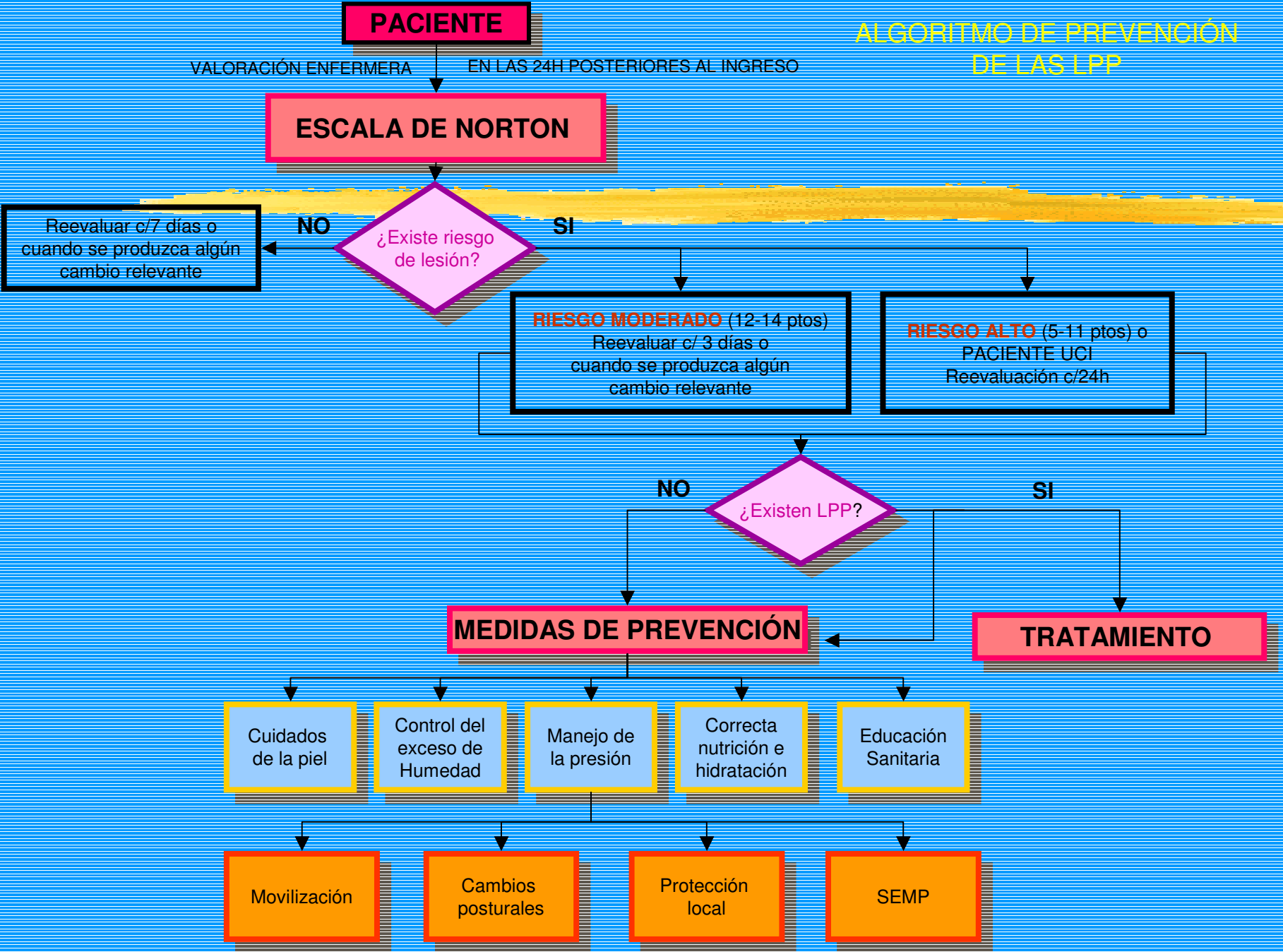
REGISTRO DE MODIFICACIONES

Nº	Fecha	Descripción

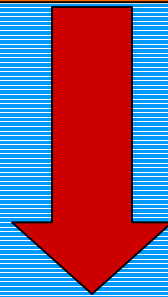
Descripción
Enfermera
Equipo de Enfermería de la Unidad
Registros


- (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

ALGORITMO DE PREVENCIÓN DE LAS LPP



IDENTIFICAR ACOMPAÑANTE/CUIDADOR (C)



**IMPLICAR AL PACIENTE Y CUIDADOR EN LA
PLANIFICACIÓN/ EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS. (A)**

Cuidados de la Piel

⌘ INSPECCIÓN DIARIA (C)



- 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 (C)
- SECADO POR CONTACTO : NO FRICCIÓN
- ATENCIÓN!! PLIEGUES CUTÁNEOS E INTERDIGITALES
- CAMA LIMPIA , SECA , SIN ARRUGAS

Cuidados de la Piel

⌘ HIDRATACIÓN (C)

SI → CREMAS HIDRATANTES / AGHO (A)
NO → COLONIAS , ALCOHOL , TALCO
NO → MASAJEAR PROMINENCIAS ÓSEAS

⌘ APÓSITOS PROTECTORES PARA DISMINUIR LA PRESIÓN.

AGHO *¡en todos los protocolos!*

- ⌘ Aceite : prevención LPP I.
- ⌘ Emulsión o leche : prevención de úlceras vasculares.
- ⌘ Función estructural y función reguladora.
- ⌘ Propiedades: aumentar la microcirculación, la resistencia de la piel a los agentes causales de LPP, reducir la fragilidad cutánea...

¡ no masajear !

Cuidados de la ***Incontinencia* | Control de** **la Humedad**

- ⌘ **Correcta *higiene*/ evitar humedad.**
- ⌘ **Incontinencia = aumenta riesgo LPP(B).**
- ⌘ **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 (B).**
- ⌘ **Vigilar ingesta líquidos y alimentos (B).**
- ⌘ **Garantizar aporte nutricional completo
dieta equilibrada.**
- ⌘ **Valoración nutricional (prot,kcal...).**
- ⌘ **Paciente alto riesgo de LPP
dieta hiperproteica e hipercalórica (C)**
- ⌘ **Suplementos hiperproteicos si son
necesarios.**

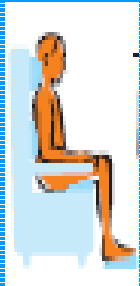
Cuidados en la Movilización

!!!CAMBIOS POSTURALES!!!

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

Cuidados en la **Movilización**

SEDESTACIÓN



**CORRECTO ALINEAMIENTO.
CORPORAL (C)**

MOVILIZACIÓN C/ HORA (C)

**NO! FLOTADOR O DISPOSITIVO DE
ANILLO (B)**

USO DE GRUA.

Cuidados en la **Movilización Superficies para** **el manejo de la presión (A)**

- 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

MANEJO DE LA PRESIÓN

SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN (S.E.M.P.)

Colchón convencional de espuma	Colchón de espuma viscolástico
Sacro a 30°: 40 mm/Hg.	Sacro a 30°: 18 mm/Hg.
Isquion a 30°: 54 mm/Hg.	Isquion a 30°: 39 mm/Hg.
Talón a 30°: 149 mm/Hg.	Talón a 30°: 104mm/Hg.

MANEJO DE LA PRESIÓN

**SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL
MANEJO DE LA PRESIÓN
S.E.M.P DINÁMICAS**



MANEJO DE LA PRESIÓN

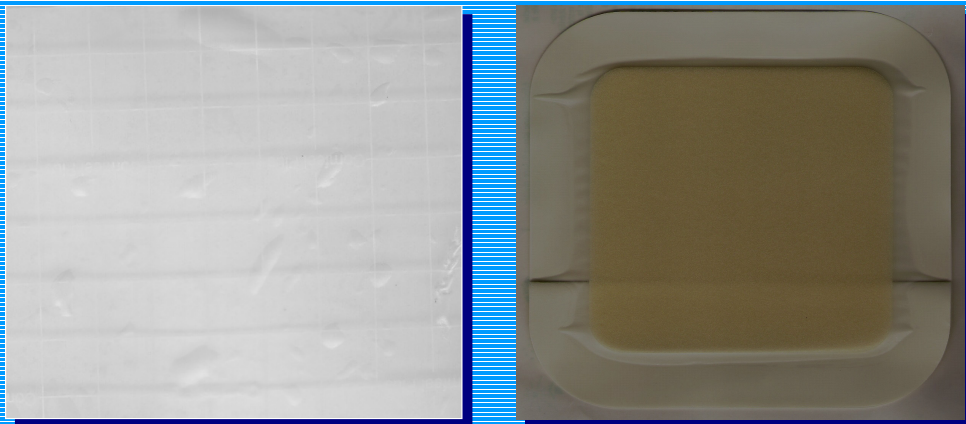
**SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL
MANEJO DE LA PRESIÓN
S.E.M.P. ESTÁTICAS.**



No utilizar
flotadores

MANEJO DE LA PRESIÓN

PROTECCIONES LOCALES



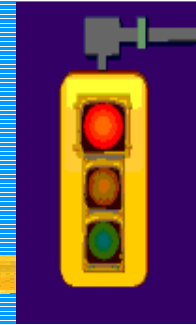
Para reducir lesiones por fricción usar apósitos de protección.

Hacer uso de taloneras y coderas.
Inspeccionar la zona cada 2-3 días.
EVITAR LOS VENDAJES DE PROTECCIÓN.



¡ Sorpresa!





GUIAS DE CUIDADORES

EDUCACIÓN (C)

REGISTRO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Instrumento para conseguir el nivel de independencia y autocuidado, por parte de pacientes y familias, a través de la información y adquisición de habilidades promoviendo hábitos y conductas saludables.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Prevención de LPP

HCU Lozano Blesa

ANEXO 6: GUÍA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA PERSONAS CUIDADORAS

¿QUÉ SON LAS LESIONES POR PRESIÓN (LPP)?

Las LPP también llamadas úlceras, escaras o llagas son lesiones que se producen en cualquier parte del cuerpo que sufre periodos largos de presión.

¿PORQUÉ SE PRODUCEN LAS LPP?

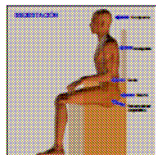
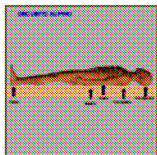
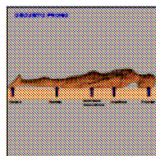
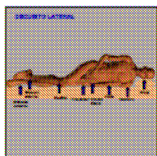
Fundamentalmente por la PRESIÓN directa (el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso), pero también por la FRICCIÓN (al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo) y el deslizamiento o CIZALLAMIENTO (cuando el paciente está sentado y se va resbalando poco a poco).

Su aparición se ve favorecida por:

- Exceso de humedad: sudoración excesiva, incontinencia urinaria o fecal y exudado de heridas.
- Alteración del estado de la piel por una deficiente nutrición e hidratación.

¿DÓNDE APARECEN?

Ver zonas marcadas en los dibujos.



Prevención de LPP

HCU Lozano Blesa

¿CÓMO PREVENIR LAS LPP?

CUIDADO DIARIO DE LA PIEL

- Higiene diaria de la piel con jabones de Ph neutro, aclarar con agua tibia y secar sin frotar, prestando atención a los pliegues y entre los dedos.
- NO utilizar ningún tipo de alcohol (romero, tanino, colonias...) ni talcos.
- Aplicar cremas hidratantes hasta su completa absorción con masaje suave evitando las zonas lesionadas.
- Se aconseja el uso de tejidos naturales.
- Examinar la piel en busca de zonas que continúan enrojecidas un rato después de eliminar la presión, rozaduras, pequeñas heridas ampollas...
- En las zonas de riesgo (talones, sacro, caderas...) o zonas enrojecidas se pueden utilizar ácidos grasos hiperoxigenados dos o tres veces al día extendiendo el producto hasta su total absorción, sin masajear.

CONTROL DEL EXCESO DE HÚMEDAD

Si el paciente presenta incontinencia urinaria y/o fecal, mantenerlo siempre seco cambiando el pañal con frecuencia.

Si presenta un exceso de sudoración, cambiarle de ropa frecuentemente.

NUTRICIÓN ADECUADA

- Alimentación variada. Debe de tomar diariamente proteínas (carne, pescado o huevos) minerales y vitaminas en forma de frutas y verduras.
- Triturar la comida si no puede masticar. En caso de no poder tragar, consultar con su enfermera.
- Si el aporte es insuficiente consulte la posibilidad de dar algún tipo de aporte nutricional.
- Estimular la ingesta de líquidos (agua, zumos infusiones...) de forma que tome aproximadamente 1,5 a 2 litros / día si no hay contraindicación.
- Si tiene dificultad para beber se aconseja el uso de espesantes.

DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN SOBRE LA PIEL

CAMBIOS DE POSTURA

- Si el paciente está EN LA CAMA cambiarse o cambiarlo de posición cada 2-3 horas (alargando este periodo por la noche). Si está sentado, animarle a que cambie de postura.
- En la realización de los cambios de postura deberá tener en cuenta:
 - No apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
 - Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí colocando almohadas.
 - Evitar el arrastre.
 - Mantener las sábanas sin arrugas.

Prevención de LPP

HCU Lozano Blesa

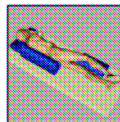
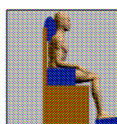
MOVILIZACIONES

- Estimular la movilización activa frecuente.
- Realizar ejercicios pasivos en caso de inmovilidad total.

USO DE DISPOSITIVOS QUE DISMINUYEN LA PRESIÓN

Cambiar foto

- Colocar protecciones locales: taloneras, coderas y calcoetines de algodón.
- Uso de colchones y cojines ESTÁTICOS especiales para disminuir la presión que no sean en forma de rodete o flotador.



- En pacientes de alto riesgo uso de colchones y cojines DINÁMICOS especiales para disminuir la presión.



Cambiar foto

EL MATERIAL DE ALIVIO DE PRESIÓN NO SUSTITUYE LOS CAMBIOS POSTURALES.

ANEXO 6: GUÍA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA PERSONAS CUIDADORAS

¿QUÉ SON LAS LESIONES POR PRESIÓN (LPP)?

Las LPP también llamadas úlceras, escaras o llagas son lesiones que se producen en cualquier parte del cuerpo que sufre periodos largos de presión.

¿PORQUE SE PRODUCEN LAS LPP?

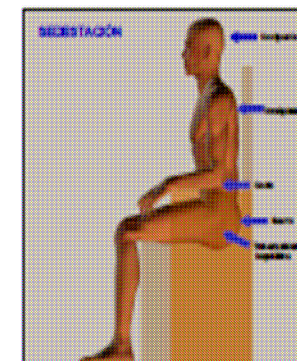
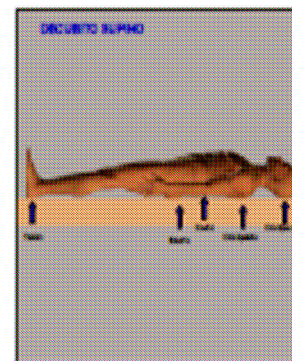
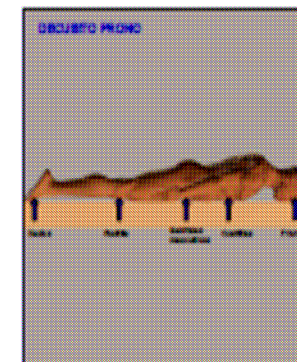
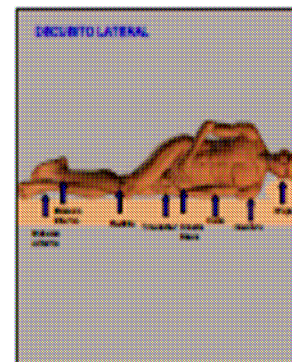
Fundamentalmente por la PRESIÓN directa (el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso), pero también por la FRICCIÓN (al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo) y el deslizamiento o CIZALLAMIENTO (cuando el paciente está sentado y se va resbalando poco a poco).

Su aparición se ve favorecida por:

- Exceso de humedad: sudoración excesiva, incontinencia urinaria o fecal y exudado de heridas.
- Alteración del estado de la piel por una deficiente nutrición e hidratación.

¿DÓNDE APARECEN?

Ver zonas marcadas en los dibujos.



¿CÓMO PREVENIR LAS LPP?

CUIDADO DIARIO DE LA PIEL

- Higiene diaria de la piel con jabones de Ph neutro, aclarar con agua tibia y secar sin frotar, prestando atención a los pliegues y entre los dedos.
- NO utilizar ningún tipo de alcohol (romero, tanino, colonias...) ni talcos.
- Aplicar cremas hidratantes hasta su completa absorción con masaje suave evitando las zonas lesionadas.
- Se aconseja el uso de tejidos naturales.
- Examinar la piel en busca de zonas que continúan enrojecidas un rato después de eliminar la presión, rozaduras, pequeñas heridas ampollas ...
- En las zonas de riesgo (talones, sacro, caderas...) o zonas enrojecidas se pueden utilizar ácidos grasos hiperoxigenados dos o tres veces al día extendiendo el producto hasta su total absorción, sin masajear.

CONTROL DEL EXCESO DE HÚMEDAD

Si el paciente presenta incontinencia urinaria y/o fecal, mantenerlo siempre seco cambiando el pañal con frecuencia.

Si presenta un exceso de sudoración, cambiarle de ropa frecuentemente.

NUTRICIÓN ADECUADA

- Alimentación variada. Debe de tomar diariamente proteínas (carne, pescado o huevos) minerales y vitaminas en forma de frutas y verduras.
- Triturar la comida si no puede masticar. En caso de no poder tragar, consultar con su enfermera.
- Si el aporte es insuficiente consulte la posibilidad de dar algún tipo de aporte nutricional.
- Estimular la ingesta de líquidos (agua, zumos infusiones...) de forma que tome aproximadamente 1.5 a 2 litros / día si no hay contraindicación.
- Si tiene dificultad para beber se aconseja el uso de espesantes.

DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN SOBRE LA PIEL

CAMBIOS DE POSTURA

- Si el paciente está EN LA CAMA cambiarse o cambiarlo de posición cada 2-3 horas (alargando este periodo por la noche). Si está sentado, animarle a que cambie de postura.
- En la realización de los cambios de postura deberá tener en cuenta:
 - No apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
 - Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí colocando almohadas.
 - Evitar el arrastre.
 - Mantener las sábanas sin arrugas.

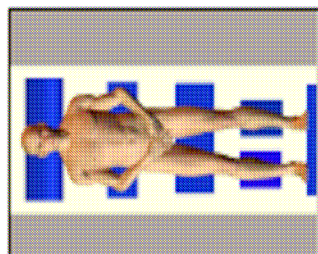
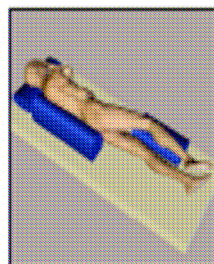
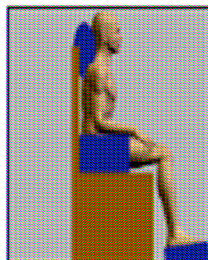
MOVILIZACIONES

- Estimular la movilización activa frecuente.
- Realizar ejercicios pasivos en caso de inmovilidad total.

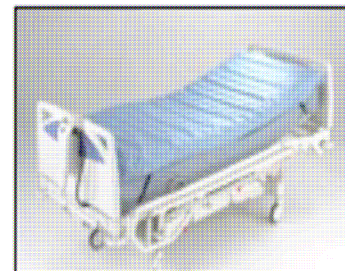
USO DE DISPOSITIVOS QUE DISMINUYEN LA PRESIÓN

Cambiar foto

- Colocar protecciones locales: taloneras, coderas y calcetines de algodón.
- Uso de colchones y cojines **ESTÁTICOS** especiales para disminuir la presión que no sean en forma de rodete o flotador.



- En pacientes de alto riesgo uso de colchones y cojines **DINÁMICOS** especiales para disminuir la presión.



Cambiar foto

**EL MATERIAL DE ALIVIO DE PRESIÓN
NO SUSTITUYE LOS CAMBIOS
POSTURALES.**

Caso Práctico

**Valoración
Escala Norton**

Valorar Norton – Caso práctico

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

Valoración de necesidades:

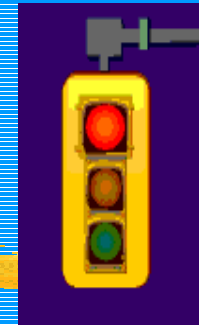
- Peso: 89 Kg. - Talla: 164 cm -IMC: 32
- Tres comidas diarias: De (vaso de leche con galletas)
Co (Verdura ,carne o pescado a la plancha y fruta)
Ce (Lácteo y algo de fruta)
- Bebe aprox. 1 botella de agua de 1.5 litros
- Camina con ayuda de un andador y necesita ayuda para las AVD
Vida sedentaria, en cama 12h/día.
- Incontinencia urinaria, utiliza pañales.
- TA 130/70, FC 88, Sat. O₂- 92%. T^a 37.5 °C. Presenta edemas maleolares

Tto. Médico:

- Reposo en cama.
- Oxigenoterapia domiciliaria.
- Corticoides y diuréticos junto con su medicación antihipertensiva habitual.

Modificada

Caso práctico



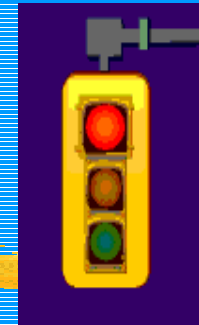
Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	
Bueno 4	Alerta 4	Ambulante 4	Total 4	Ninguna	4
Mediano 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Disminuida 3	Ocasional	3
Regular 2	Confuso 2	Sentado 2	Muy limitada 2	Urinaria o fecal	2
Muy malo 1	Estup./coma 1	Encamado 1	Inmóvil 1	Urinaria+fecal	1

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: →

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

VALORACIÓN DE LA LESIÓN

- ⌘ Localización de la herida
- ⌘ Tamaño.
- ⌘ 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.

DIMENSIÓN DE LA ÚLCERA

Medición de volumen

Planimetría

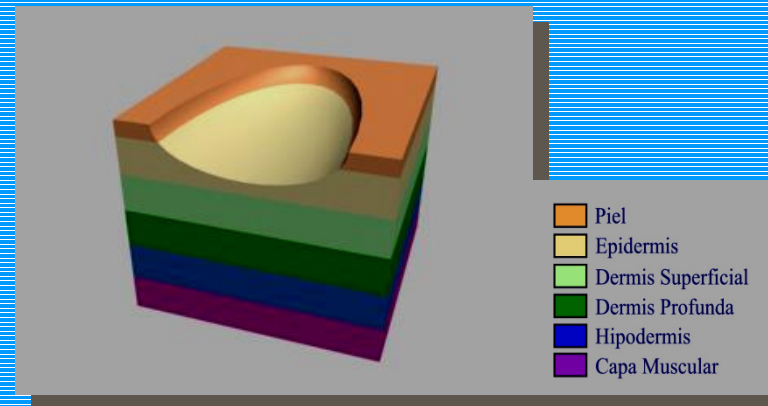


ESTADIAJE DE LPP



ESTADIO I

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

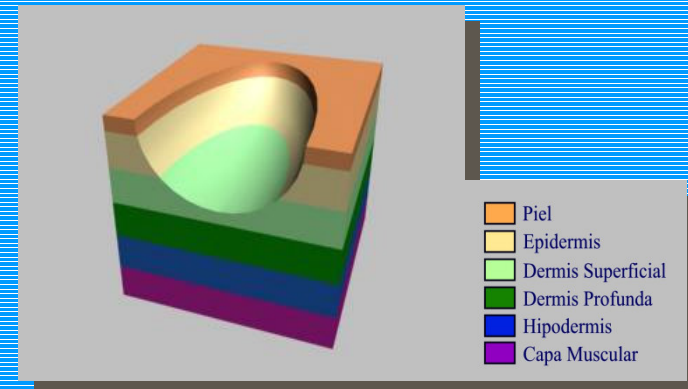


ESTADIAJE DE LPP



ESTADIO II

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

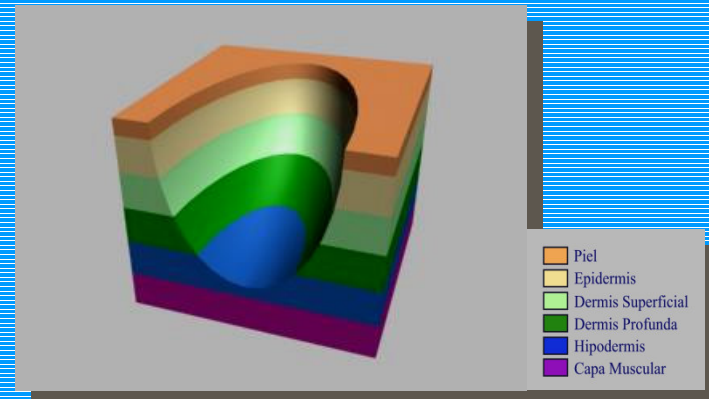


ESTADIAJE DE LPP

ESTADIO III



- Afectación de dermis profunda e hipodermis
- Fascia muscular integra

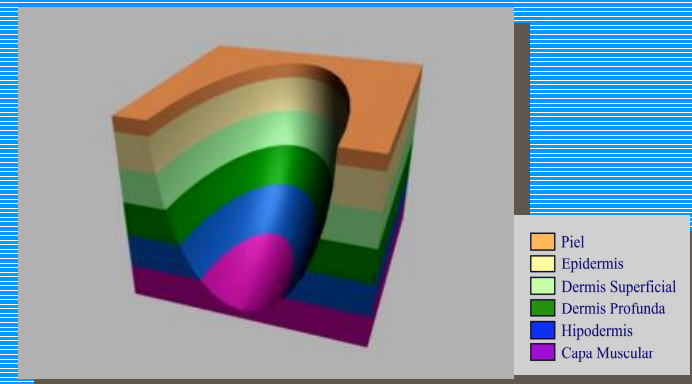


ESTADIAJE DE LPP



ESTADIO IV

- Destrucción extensa
- Afectación muscular osea



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.





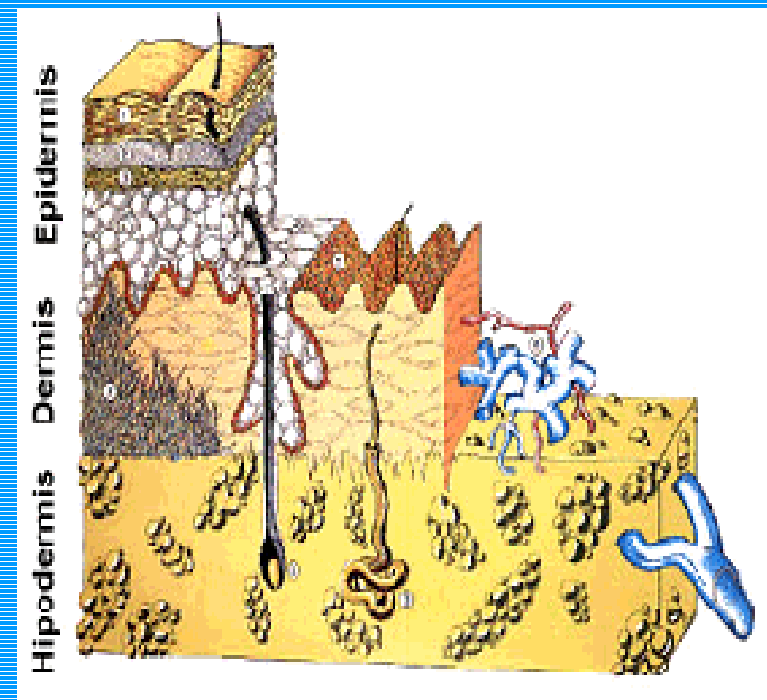
***Tratamiento de
las LPP.***



**EL MEJOR
TRATAMIENTO ES
LA PREVENCIÓN**

La piel

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



Capas



⌘ Epidermis:

- ☑ Basal

- ☑ Espinosa

- ☑ Granulosa

- ☑ Lúcida

- ☑ Córnea

⌘ Dermis.

⌘ Hipodermis.

Funciones



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

Proceso de Cicatrización

⌘ Fase Inflamatoria/ Exudativa:

- ☒ Formación de coágulo.
- ☒ Proceso inflamatorio.

⌘ Fase proliferativa:

- ☒ Angiogénesis.
- ☒ Síntesis de fibroblastos: colágeno.
- ☒ Factores de crecimiento(FGF) (PDGF).

⌘ Fase de reconstrucción:

- ☒ Contracción bordes de la herida.
- ☒ Epitelización. Migración de queratinocitos.

PRINCIPIOS DE LA CURA HUMEDA (TIME)

⌘ DESBRIDAMIENTO(T).

⌘ EQUILIBRIO BACTERIANO(I).

⌘ CONTROL DEL EXUDADO(M).

⌘ ESTIMULACIÓN DE LOS BORDES(E).

DEFINICIÓN



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

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



⌘ QUIRÚRGICO / CORTANTE

⌘ ENZIMÁTICO

⌘ AUTOLÍTICO

⌘ MECÁNICO

DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO / CORTANTE

- ⌘ Forma más rápida de eliminar tejido necrótico.
- ⌘ También es la más dolorosa.
- ⌘ Requiere destreza, técnica y material estéril.
- ⌘ Sus principales complicaciones: **HEMORRAGIA
Y SEPSIS.**

CONTRAINDICADO:



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

ENZIMÁTICO



- ⌘ Uso de compuestos que disuelven la necrosis: colagenasa.
- ⌘ 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.

AUTOLÍTICO



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

MECÁNICO



- ⌘ Retirada física de los restos de la herida.
- ⌘ 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.

CARGA BACTERIANA



⌘ CONTAMINACIÓN.

⌘ COLONIZACIÓN.

⌘ COLONIZACIÓN CRÍTICA.

⌘ INFECCIÓN.

CONTAMINACIÓN

- ⌘ Presencia de bacterias en la herida.
- ⌘ No retrasa la cicatrización.

COLONIZACIÓN



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

COLONIZACIÓN CRÍTICA

⌘ Las bacterias ocasionan daños locales.

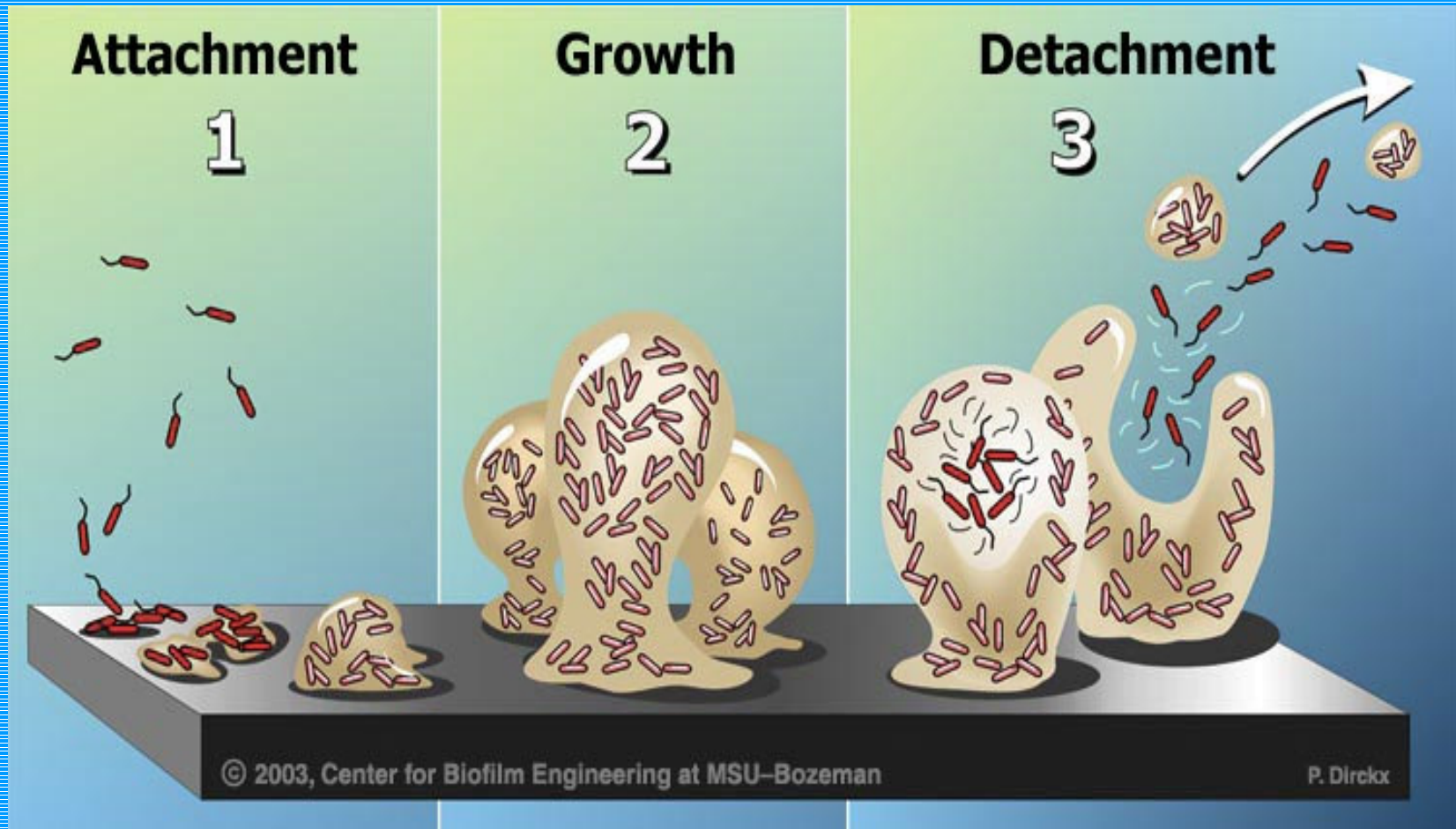
⌘ Se retrasa la cicatrización.

INFECCIÓN



- ⌘ 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.

BIOFILMS



¿QUÉ ES UN **BIOFILMS** ?



“ Una comunidad microbiana sésil, caracterizada por células que están adheridas irreversiblemente a un substrato o interfase, o unas con otras, encerradas en una matriz de sustancias poliméricas extracelulares que ellas han producido, y exhiben un fenotipo alterado en relación con la tasa de crecimiento y transcripción génica”.(Donlan 2002).

SIGNOS DE INFECCIÓN



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

EL DOLOR



MANEJO CARGA BACTERIANA



- ⌘ Lavado manos.
- ⌘ Uso guantes.
- ⌘ Material esteril.
- ⌘ Proteger lesiones de fuentes externas de contaminación: heces, orina.
- ⌘ Limpieza y desbridamiento.
- ⌘ Apósitos de plata.

Toma de muestras



⌘ NO SE DEBE RECOGER MUESTRAS MEDIANTE FROTIS.

⌘ LOS CULTIVOS SE REALIZAN MEDIANTE ASPIRADO PERCUTANEO.

LIMPIEZA DE H. CRÓNICAS

- ⌘ Limpiarlas inicialmente y en cada cura (C).
- ⌘ Utilizar solución no tóxica: S.Fco, agua destilada o del grifo potable (B).
- ⌘ Limpiar en último lugar la lesión con signos de infección.

Recomendaciones del GNEAUPP:

- ⌘ Usar presión lavado suave (x gravedad) que arrastre bacterias y tej. Necrótico, sin dañar el tej. sano (B).
- ⌘ NO usar antisépticos locales (C).

FORMACIÓN 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.

EPITELIZACIÓN DE LOS BORDES



- Epitelización desde los bordes al centro de la lesión.
- Valorar en los bordes signos de:
 - MACERACIÓN**
 - ENROJECIMIENTO**
 - INFLAMACIÓN**
 - IRREGULARIDAD....**
- Mientras los bordes no estén sanos no se producirá la epitelización.

Tratamiento de las upp.

Elección de un
apósito.

PRINCIPIOS DE CURA HUMEDA



- ⌘ **ELIMINACIÓN DE NECROSIS Y ESFACELOS (desbridamiento)**
- ⌘ **MANEJO DE LA CARGA BACTERIANA (apósitos antimicrobianos)**
- ⌘ **CONTROL DEL EXUDADO (Absorber o hidratar).**
- ⌘ **ESTIMULACIÓN DE LOS BORDES (Protección).**

CRITERIOS QUE DEBE CUMPLIR UN APÓSITO

- ⌘ Eliminar el exceso de exudado.
- ⌘ Mantener un adecuado nivel de humedad y piel perilesional seca.
- ⌘ Permitir intercambio gaseoso.
- ⌘ Aislar térmicamente.
- ⌘ Proteger de agresiones físicas, químicas y bacterianas.
- ⌘ Aplicar y retirar fácilmente.
- ⌘ Adaptable a las localizaciones difíciles.
- ⌘ Respetar la piel perilesional.
- ⌘ Permitir distanciar las curas.



TIPOS DE APÓSITOS

APÓSITOS 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 APÓSITOS

APÓSITOS 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 APÓSITOS

HIDROGELES

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

Se encuentran en forma de placa o gel amorfo.

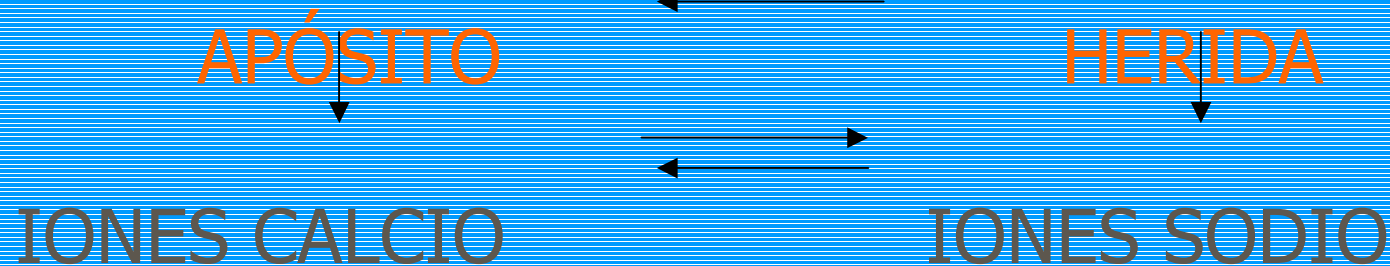
⌘ **Características:** Eliminan componentes tóxicos de la herida, mantienen la humedad y la temperatura, favorecen el desbridamiento autolítico.

⌘ **A tener en cuenta:** Un exceso de producto puede producir maceración de la piel perilesional. Precisan de apósito secundario (no son adhesivos).

TIPOS DE APÓSITOS

APÓSITOS DE ALGINATO CÁLCICO

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)

HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE

- ⌘ Tejido de CMC Na, que tiende a gelificarse una vez absorbido el exudado.**
- ⌘ Heridas con EXUDADO MODERADO a ABUNDANTE.**
- ⌘ En heridas tunelizadas o cavitadas.**
- ⌘ Facilita el desbridamiento autolítico.**

TIPOS DE APÓSITOS

APÓSITOS HIDROPOLIMÉRICOS

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

TIPOS DE APÓSITOS

APÓSITOS HIDROPOLIMÉRICOS

CARACTERÍSTICAS:

- ⌘ 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 APÓSITOS

APÓSITOS ANTIMICROBIANOS

- ⌘ Su componente fundamental es la PLATA.
- ⌘ 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 APÓSITOS

APÓSITOS 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 APÓSITOS

APÓSITOS DE SILICONA



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

Siempre en contacto con el lecho de la úlcera.

PRODUCEN ALTO NIVEL DE CONFORT Y BIENESTAR.

TIPOS DE APÓSITOS

APÓSITOS DE SILICONA



APÓSITOS 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
HÚMEDO.**

Tratamiento: Estadío I

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



Tratamiento: Estadío II

- ⌘ Lavado con S.F. por gravedad (SIN PRESIÓN)
- ⌘ Si no hay infección, no usar antisépticos.
- ⌘ Si exudado: APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO.
- ⌘ Si no exudado: APÓSITO HIDROCOLOIDE. **HIDROPOLIMÉRICO 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
cálcico**

Lesión con tejido de granulación.

Mucho exudado: APÓSITO
HIDROPOLIMÉRICO + ALGINATO.

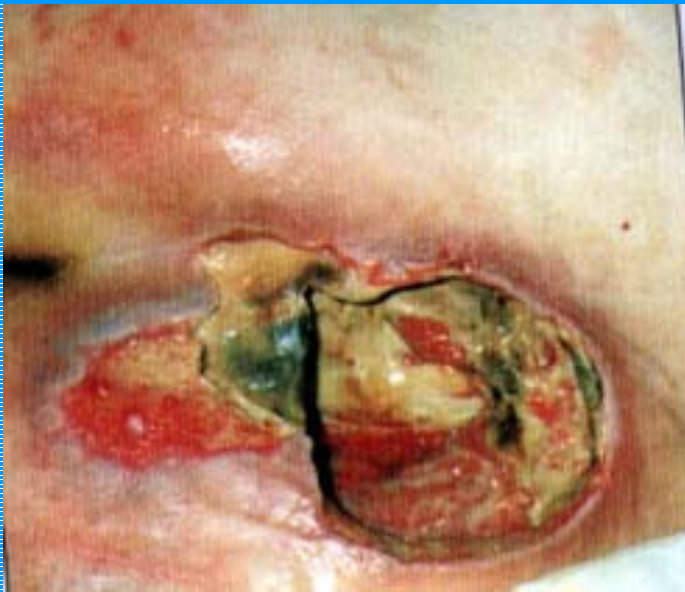
Poco exudado: APÓSITO
HIDROPOLIMÉRICO + HIDROGEL.

Tejido de epitelización



PROTEGER LA LESIÓN CON APÓSITO
HIDROCOLOIDE.

U.P.P. ¿Cómo la curo?



Úlcera por presión infectada estadío 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.

Describir:

Objetivos del tratamiento

Tratamiento de la lesión

Cuidados del paciente

PÁGINAS DE INTERÉS



⌘ ÚLCERAS.NET:

Catálogo materiales y apósitos.

“Guía de práctica clínica sobre prevención y tratamiento de lesiones por presión”, elaborada por la subcomisión de lesiones por presión del HCU “Lozano Blesa “de Zaragoza.

⌘ GNEAUPP

⌘ GUÍA SALUD

⌘ INTRANET área III

GRACIAS



❖ alix_torresaiz@hotmail.com

Alicia Torres Saiz.

❖ mjosem28@hotmail.com

M^a José Marco Navarro.