



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

CPE

Comisión Permanente
de Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería

25

ÚLCERAS POR PRESIÓN

SICALIDAD



Vivir Mejor



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

INDICE

Deterioro de la integridad cutánea / tisular.	333
Riesgo de Infección (del deterioro cutáneo)	335
Referencias bibliográficas y electrónicas	337
Participantes	339

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Se considera que las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico y localizadas como consecuencia del aplastamiento tisular provocado por una presión prolongada, por el roce, la fricción o cizallamiento del tejido entre dos planos que pueden evolucionar a la necrosis (o entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa) Se presentan en pacientes encamados por largo tiempo o con movilidad nula o disminuida.

Entre otros factores podemos mencionar la pérdida sensitiva, la parálisis motora asociada a atrofia muscular, las deficiencias nutricionales e hídricas, déficit metabólicos asociados a traumas, enfermedades metabólicas como la diabetes, lesiones cutáneas y las condiciones mismas de la senectud.

Se desarrollan tanto en pacientes hospitalizados como los que se encuentran en sus domicilios) esta situación tiene un impacto la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Se estima que al menos el 95% de las úlceras por presión son evitables; por tanto, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la puesta en práctica de las medidas de prevención, es necesario, intervenir, cuidar y disminuir la incidencia en un objetivo de calidad asistencial de gran importancia para todo el Sistema Nacional de Salud. .¹⁻²⁻³

1-2-3

1. <http://areasaludplasencia.es/3/35/pdf/86/Primaria/PGP0036.pdf>

2. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf> Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. I.S.B.N.: 978-84-690-9460-0 D.L.: SE-5964-07.

3. Úlceras por presión. AM Begoña Granados Gutiérrez. Ed. Adalia Farma.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Dominio: 11 Seguridad / protección. Clase: 2 Lesión física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Deterioro de la integridad cutánea / tisular.

Factores relacionados (causas) (E)

Factores Mecánicos por presión en prominencias óseas; hipertermia, hipotermia, humedad, factores Mecánicos (fuerza de cizallamientos, presión, sujeciones), extremos de la edad, inmovilidad física, secreciones, excreciones, etc.

Factores externos: Interacción del estado nutricional, alteraciones del estado metabólico, alteración de la circulación, edad extrema (senectud), alteraciones de la sensibilidad y turgor de la piel, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie, invasión de estructuras corporales, dolor, sangrado, aumento de la temperatura local, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Integridad tisular piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> - Integridad de la piel - Hidratación - Temperatura de la piel - Sensibilidad - Transpiración - Perfusión tisular. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Curación de la Herida por segunda intención	<ul style="list-style-type: none"> - Granulación - Formación de cicatriz - Disminución del tamaño de la herida. - Secreción purulenta - Secreción serosa - Secreción sero sanguinolenta - Eritema cutáneo circundante. - Inflamación de la herida - Edema perilesional - Piel macerada - Necrosis - Fistulización - Excavación - Olor de la herida - Epitelización - Resolución del eritema cutáneo circundante. - Resolución del edema perilesionar. - Resolución de la piel alterada circundante. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ninguno. 2. Escaso. 3. Moderado. 4. Sustancial. 5. Extenso. <ol style="list-style-type: none"> 1. Extenso. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Escaso. 5. Ninguno. 	

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADO DE LAS HERIDAS

ACTIVIDADES

- Observar y registrar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera.
- Aplicar apósitos para conseguir el equilibrio de la humedad con capacidad del control del exudado o apósito adhesivo permeable, si esta prescrito.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón y agua.
- Desbridar la úlcera si es necesario.
- Anotar las características del drenaje.
- Administrar medicación para control de dolor, por prescripción médica.
- Cambios de posición cada 2 o 3 hrs. durante el día y cada 4 hrs. durante la noche, evitando la presión sobre zonas ulceradas.
- Utilizar camas y colchones especiales.
- Utilizar mecanismos en la cama, como: barandales, almohadas, bolsas con agua, semillas para minimizar los daños y mejorar la circulación.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada (proteica y calórica)
- En cada ocasión que se realice la curación de la herida y el cambio de vendaje, verificar las condiciones o respuestas humanas del paciente.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de las características de la herida / úlcera condiciones del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998.
- Realizar el procedimiento del cuidado y curación de heridas acorde a la normatividad interna institucional.

INTERVENCIONES (NIC): CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ACTIVIDADES

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, (anchura, longitud y profundidad), estadio del I al IV, posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Monitorizar y controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel perilesional.
- Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
- Limpiar la úlcera con movimientos circulares del centro a la periferia, utilizar solución no tóxica de preferencia solución salina a presión utilizando una aguja calibre 19 y jeringa de 20 ml o más.
- Cambios de posición frecuentes de preferencia cada 2 horas, observando la evolución y respuestas humanas del paciente.
- Aplicar ungüentos en zonas ulceradas para mejorar el proceso de cicatrización o cierre por segunda intención.
- Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 11 Seguridad / protección. Clase: 1 infección

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
(NANDA)**

Etiqueta (problema) (P)

Riesgo de Infección de la zona de deterioro cutáneo

Factores relacionados (causas) (E)

Enfermedad Crónica, destrucción tisular, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos, inmunosupresión, procedimientos invasivos, malnutrición, defensas secundarias inadecuadas o bajas (disminución de la hemoglobina, leucopenia), defensas primarias inadecuadas o bajas (estasis de los líquidos corporales, cambio de pH de secreciones), etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Detección del Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos - Identifica los posibles riesgos - Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos - Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades 	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u> .
Control del riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Adapta con el familiar estrategias de control. - Sigue las indicaciones para el control del riesgo. - Utiliza sistemas de apoyo para la prevención. 		<p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>

INTERVENCIONES (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGO

ACTIVIDADES

- Utilizar una valoración constante de riesgos mediante la escala PUSH.
- Planificar actividades de disminución de riesgo, en colaboración con la persona / familia.
- Determinar los sistemas de apoyo con la familia en calidad y frecuencia.
- Dar cumplimiento preciso a la prescripción médica en la administración de antibióticos y otros medicamentos.
- Mantener herida limpia y seca.
- Colocación de apósitos indicados para mejorar el proceso de cicatrización y disminuir el riesgo de infección.
- Movilización continúa por lo menos cada dos horas y proporcionar masaje suave en las zonas de riesgo.
- Implementar medidas de protección en zonas cutáneas de presión como, talones, codos, coxis y otras.
- Solicitar el apoyo del familiar para la movilización constante y cambios de posición.

INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

ACTIVIDADES

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente para desarrollar una infección en el deterioro cutáneo.
- Limitar el número de visitas si fuera necesario para disminuir el riesgo de infección.
- Implementar las precauciones universales, enseñárselas al paciente y familia.
- Comunicar al médico sobre la sospecha del proceso infeccioso.
- Fomentar y motivar al paciente a que aumente su movilidad y procure caminar si su capacidad se lo permite, esto le permitirá generar una mayor cantidad de oxígeno para sus células.
- Monitorizar el estado y las condiciones de la úlcera para detectar y prevenir oportunamente signos y síntomas de infección.
- Para beneficio del paciente, recomendarle al familiar, el uso de colchón de agua, costalitos de semillas, colocación de bolsas de gel, fomentos de agua tibia o fría, calor seco, etc.
- Valorar la presencia de enrojecimiento, calor extremo, drenaje de la úlcera o membranas mucosas.
- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario y reportar los resultados al personal de control de infecciones nosocomiales.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Soldevilla Agreda, JJ y Torra i Bou, JE: Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10(2):75-87
5. Torra i Bou, JE; Rueda López, J; Ramón Cantón C: "Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlceras por presión con un apósito hidrocélular". Rol Enferm 2000; 23 (3):211-218.
6. Posnett J; Torrai Bou JE: "El coste de la atención sanitaria de las úlceras por presión en España". Mesa de Debate "Las UPP" un reto para el sistema de salud y la sociedad Barcelona/Madrid 26 y 27 de febrero de 2003. En: <http://multimedia.cesanitaris.com/gneaupp2003/posnett.pdf>
7. Maklebust JA; Siegreen M: Pressure Ulcers. Guidelines for prevention and management. Third Edition. Springhouse. Pennsylvania. 2001
8. Soldevilla JJ y Torra JE (eds.): Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Ed. Madrid. SPA. 2004:209-226.
9. Palomar F, García J, Fornes B, Del Prez R, Tarrega ML, Marco M I, Sanandres R, Albarracín MD, Viel N, Rodríguez R. Valoración al ingreso del paciente de riesgo de úlceras por presión. Enfermería integral Junio 2006: 7 - 13
10. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión. Distrito Sanitario Málaga 2004 Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_364.pdf
11. GNEAUPP. Documento Técnico nº3. Tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
12. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro M, Pérez-Hernández R. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Servicio de Andaluz de Salud. Consejería de Salud. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>
13. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus 1989 Aug; 2(3): 44-6, 50-1
14. Fuentes – Pumarola C, Bisbe-Company N, Galvany- Ferrer M, Garangou-Llenas D. Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crítico. GEROKOMOS 2007; 18 (2): 91-105
15. Araujo-Mendoza G, Ávila-Jiménez L, Jerónimo-Benítez V. Escala para identificar desnutrición energético-proteica del adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 387-394
16. Cañón Abuchar, Hilda María; Adarve Balcazar, Marcela; Castaño Duque, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
17. Blümel-M J, Tirado-G K, Schiele C, Schönffeldt-F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev. Méd. Chile 2004; 132: 595-600
18. Rodríguez-Torres M, Soldevilla-Ágreda J. ¿juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. Gerokomos 2007; 18 (1): 36-51
19. Moreno-Pina P, Richart-Martínez M, Guirao-Gorisc J, Duarte-Climentsd G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enf. Clin. 2007; 17(4):186-97.
20. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda J. Evaluación Técnica de materiales Preventivos y Terapéuticos en heridas crónicas: Guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de Posicionamiento Nº5. Disponible en: http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento_evaluación_técnica.pdf. Consultada el: 20 de mayo del 2008.
21. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Jaén. Ed. H.U. Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

22. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Hospital Universitario "Princesa de España" Jaén. 2001.
23. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de Prevención y Tratamiento. Cadiz. Hospital Universitario Puerta del Mar. 2003.
24. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro, Pérez-Hernández R. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
25. Díaz-Mendi R. Manual de prevención y cuidado de úlceras por presión. Servicio de Cantabro de Salud. http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf
26. Comunidad de Madrid. Guía para el Abordaje del Deterioro de la Integridad Cutánea. Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Área 5. Madrid: 2006.
27. Protocolo de Úlceras por Presión (UPP). Hospital Da Costa. Burela. Lugo. España: 2002.
28. Rich-Ruiz M. Protocolo de Úlceras por presión. Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería División de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.
29. Ruiz-Rozas J, Martí- Mateo A, Herrero-Ballestar J, Pomer-Monferrer M, Masoliver-Forés A, Lizán-Tudela L. Úlceras por presión. Guías Clínicas 2004; 4 (7).

PARTICIPANTES:

Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

Elaboró:

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Enf. Lizbeth del Carmen Reyes Ruiz.- UMAE Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional IMSS

L.E.O. Ma. Guadalupe Segura Martínez.- Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Lic. Enf. Judith Guzmán Morales. – Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF

Lic. Enf. María de los Ángeles García Núñez.- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Lic. Enf. Elisa Quintero Ramírez.- Hospital Santa Mónica.

Lic. Enf. Ma. Luisa Martínez Arzate.- Secretaria de Salud del Gobierno de Guanajuato, Hospital General de Celaya.

Lic. Enf. Verónica Pacheco Chávez.- Secretaria de Salud, Oficina Central, Quintana Roo.

MCE Rosa Carmen Rodríguez Nañez.- Oficina Central de la Secretaria de Salud de Chiapas.

Lic. Enf. María Luisa Osorio Guzmán.- CEMEV, "dr. Rafael Lucio" Jalapa, Veracruz.

Lic. Enf. Vid Samperio Pacheco.- DIF Nacional, Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social.