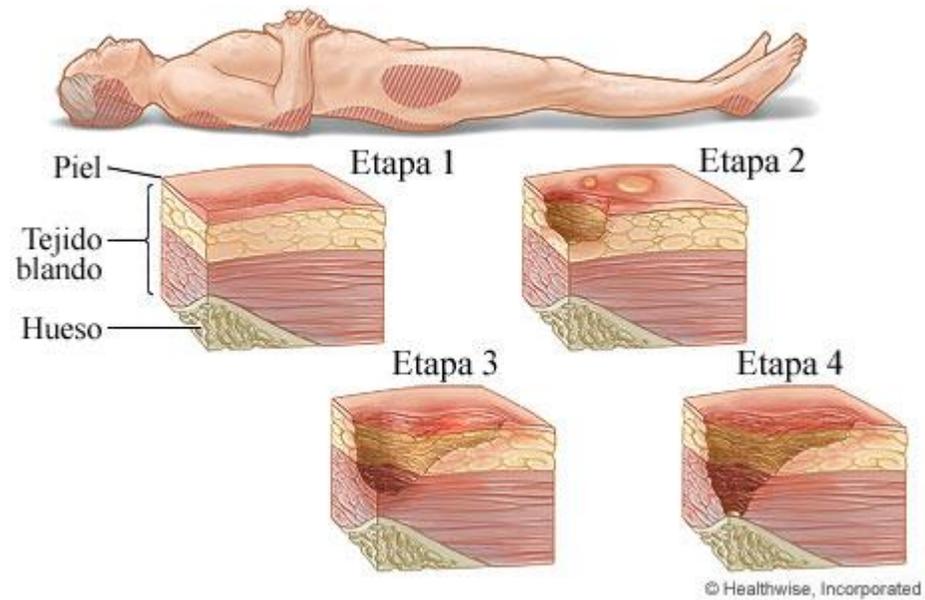


HERIDAS, ESTOMAS Y PIE DIABÉTICO MÓDULO 3. LESIONES POR PRESIÓN.

Dr. Ángel H. Albores Ríos

Definición

- Cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa...



Etiopatogenia y fisiopatología

- El factor más importante es la presión mantenida.
- Trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie
- Las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UP

Etiopatogenia y fisiopatología

- La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos (acúmulo de residuos tóxico-metabólicos).
- La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos.

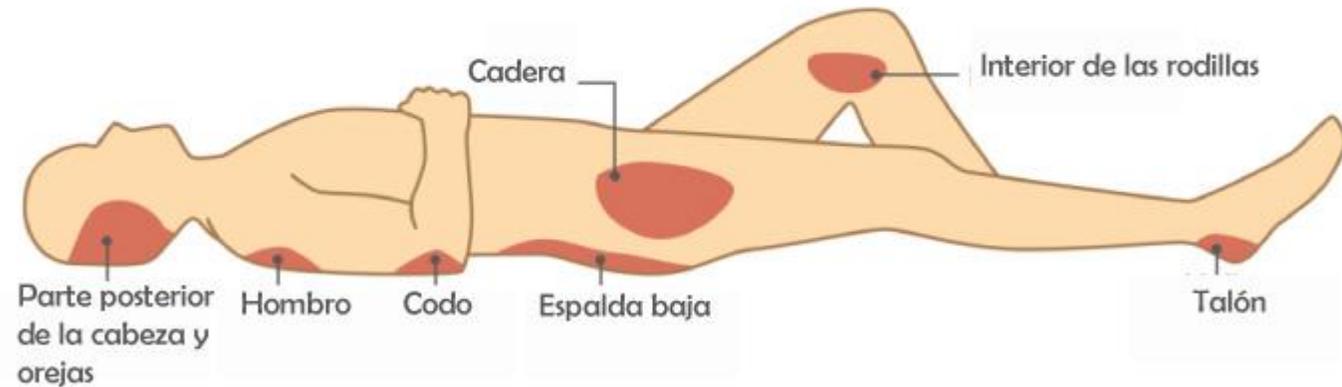
Etiopatogenia y fisiopatología

- La presión contra la piel reduce el riego sanguíneo hacia el área. Sin suficiente sangre la piel puede morir y se puede formar una úlcera. Se es más propenso a desarrollar una úlcera de decúbito si:
 - Usa una silla de ruedas o permanece en cama por mucho tiempo.
 - Es un adulto mayor.

Etiopatogenia y fisiopatología

- Las úlceras de decúbito se presentan con mayor frecuencia en:
- El codo

Lugares más comunes de una úlcera por presión



Valoración del riesgo de padecer úlceras por presión

- Existen multitud de escalas para valorar el riesgo de padecer UPP (EVRUPP).
- Las más conocidas en nuestro entorno son: Norton, Braden, Nova, etc.
- Aunque todas ellas utilizan parámetros similares para evaluar el riesgo, solamente algunas escalas han sido correctamente validadas y sus valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) están dentro de los límites aceptados por la comunidad científica, entre ellas la más elegida es la escala de Braden por ser la más utilizada en nuestro entorno y la recomendada por la Conselleria de Sanitat (Escala e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria de Josep Adolf Guirao Goris; Juan Gallud y editada por la Conselleria de Sanitat).

Escala de Norton

ESCALA DE NORTON				
CONCEPTO	Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton, en 1962, en el ámbito de la geriatría. Incluye 5 aspectos a valorar: <i>Estado Físico General</i> (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), <i>Estado Mental</i> , <i>Actividad</i> , <i>Movilidad</i> e <i>Incontinencia</i> .			
<i>ESTADO FÍSICO GENERAL</i>	<i>ESTADO MENTAL</i>	<i>ACTIVIDAD</i>	<i>MOVILIDAD</i>	<i>INCONTINENCIA</i>
Bueno - 4 Buen estado nutricional e hidratación	Alerta - 4	Ambulante - 4	Plena - 4	Ausencia - 4
Débil - 3 Aspecto seco de piel Relleno capilar lento	Apático - 3 Órdenes sencillas Mal Orientados	Necesita ayuda - 3	Disminuida - 3 Requiere ayuda	Ocasional - 3
Malo - 2 Ligera deshidratación y edematización. + Tª Lengua pastosa	Confuso - 2 Dormidos	Sentado - 2	Muy limitada - 2	Urinaria o fecal - 2 Falla uno de los dos esfínteres
Muy malo - 1 Deshidratación y desnutrición	Estupor/coma - 1 No respuestas Respuesta al dolor	Encamado - 1	Inmóvil - 1	Fecal y urinaria - 1 Fallan los dos
VALORACIÓN	Valores desde 4 hasta 20 : entre 5/11 , riesgo elevado; entre 12/14 , existe riesgo; entre 15/20 , riesgo mínimo. posted by Dr. Ramon Reyes MD			

Escala de Nova

ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP

ESCALA NOVA 5

ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN / INGESTA	ACTIVIDAD	PUNTUACIÓN
ALERTA	NO	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA	0
DESORIENTADO	OCASIONAL / LIMITADA	LIGERAMENTE INCOMPLETA	OCASIONALMENTE CON AYUDA	DEAMBULA CON AYUDA	1
LETÁRGICO	URINARIA O FECAL IMPORTANTE	LIMITACIÓN	INCOMPLETA, SIEMPRE CON AYUDA	DEAMBULA, SIEMPRE PRECISA CON AYUDA	2
COMA	URINARIA Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL, NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 HRS. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIA	NO DEAMBULA, ENCAMADO	3

PUNTOS	CATEGORÍA DE RIESGO
0	SIN RIESGO
1 A 4	RIESGO BAJO
5 A 8	RIESGO MODERADO
9 A 15	RIESGO ALTO

Factores de predisposición

- Son todos aquellos factores que, bien por las características de la salud del propio paciente o bien por circunstancias exteriores, predisponen o determinan la aparición de UPP.
- Se clasifican en :
 - Factores extrínsecos
 - Factores intrínsecos

Factores de predisposición

- Factores extrínsecos: son todas aquellas circunstancias que actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior y que pueden provocar la aparición de UPP si actúan de forma mantenida.
 - Presión: es la fuerza (perpendicular) de compresión de los tejidos que se produce cuando los cambios de posición no frecuentes, como consecuencia de apoyo del cuerpo (sobre todo las prominencias óseas) sobre una superficie dura. Conlleva el aplastamiento tisular.

Factores de predisposición

- Fricción: es el roce que se produce entre la piel y la superficie sobre la que se apoya. Puede producirse por rozamiento sobre las arrugas de la cama, o partículas extrañas a ellas, y por movilizaciones inadecuadas del paciente.
- Humedad: predispone, junto el calor propio del organismo, a la maceración de los tejidos. Puede ser consecuencia del sudor, de la orina o de las heces en un paciente incontinente, y del secado defectuoso al realizar el aseo.

Factores de predisposición

- Tiempo: la actuación prolongada de los factores anteriores es lo que, en último término, desencadena la lesión.

Factores de predisposición

- Factores intrínsecos: son aquellos factores que no pueden ser evitados fácilmente y que son característicos o propios del paciente, derivados o secundarios de la enfermedad que presenta.
 - Pérdida de la función sensitiva y motora en parálisis debidas a lesiones cerebrales o medulares. Estos pacientes, dada su pérdida de sensibilidad al dolor y a la presión, no perciben las molestias derivadas del apoyo prolongado. Además no pueden cambiar de postura voluntariamente

Factores de predisposición

- Riesgo de destrucción de la piel por deficiencias nutricionales, hipoproteínemia, deshidratación y déficits vitamínicos, sobre todo de vitamina C necesaria para la síntesis de colágeno.
- Sobrepeso y delgadez ya que el primero supone un aumento de presión; y la segunda, que se erosione la piel por haber menos tejido subcutáneo.
- Alteraciones de la eliminación: incontinencia.

Factores de predisposición

- Combinación de factores:
 - Edad avanzada: existe una mayor fragilidad y menor elasticidad de la piel, junto con una mayor tendencia a la inmovilidad, así como mayor incidencia de problemas de salud crónicos, pero estado nutricional...
 - Permanencia en cama o silla durante largos períodos de tiempo.

Factores de predisposición

- En definitiva, todos estos factores influyen en:
 - La resistencia de la piel
 - La cohesión celular en la epidermis
 - La renovación epidérmica.

Proceso de formación

- La presión capilar normal oscila entre 16 y 32 mmHg; si se ejercen presiones superiores a esta cifra en una zona del cuerpo durante un corto período de tiempo, se produce una vasodilatación reactiva que puede ser reversible. Pero si se ejerce durante un tiempo comprendido entre 2 y 6 horas, la lesión podrá ser irreversible. A partir de un colapso vascular, a consecuencia de la compresión de los tejidos, aparecerá anoxia y, si no se soluciona, isquemia y necrosis celular.

Proceso de formación

- Al interrumpirse el flujo sanguíneo, se acumulan los productos de desecho en los tejidos y se produce una inflamación: primero en el tejido celular subcutáneo y después en la superficie de la piel.
- En general, la hipoxia, como consecuencia de la compresión de los vasos sanguíneos de la piel y los tejidos subyacentes, producen un eritema en la zona de compresión, que no cede cuando desaparece la presión.

Proceso de formación

- Después se afecta la dermis, y aparecen vesículas, e incluso puede aparecer erosión. Si no se instaura el tratamiento apropiado, la necrosis sigue avanzando en profundidad y en extensión. Aumentan las erosiones y el exudado, y aparece una escara como resultado de la muerte y destrucción de los tejidos. De continuar evolucionando, puede afectar al músculo y al hueso.

Proceso de formación

- Una vez destruida la integridad de la piel, puede complicarse con una infección local o una septicemia, que complicaría el estado de salud del paciente, e incluso, podría conducirle a la muerte.
- El tamaño de la lesión exterior no suele corresponder con el de los tejidos subyacentes en los que la superficie lesionada suele ser mucho mayor. Lo observable desde el exterior puede ser una pequeña manifestación del interior.

Factores influyen en su aparición

1. Como consecuencia de diferentes problemas de salud(fisiopatológicos):
 - Lesiones cutáneas: edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad..
 - Trastornos del transporte de O₂: trastornos vasculares periféricos, cardiopulmonares
 - Deficiencias nutricionales: delgadez, desnutrición, deshidratación, obesidad..
 - Trastornos inmunológicos.
 - Alteración del estado de conciencia: confusión, coma.
 - Deficiencias motoras: parestias, parálisis.
 - Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.

Factores influyen en su aparición

- 2. Derivados del tratamiento
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: SNG, vesical.
- Tratamiento o fármacos que tienen acción inmunosupresora: corticoides, citostáticos, radioterapia.
- Inmovilidad impuesta resultado de determinadas alternativas terapéuticas: dispositivos y/o aparatos como escayolas, tracciones, respiradores...

Factores influyen en su aparición

- 3. Situacionales
 - Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos..
 - Inmovilidad: relacionado con dolor, fatiga, estrés..
 - Arrugas en ropa de cama, pijama...
- 4. Del desarrollo:
 - Niños lactantes: rash por el pañal.
 - Ancianos: piel seca, pérdida de elasticidad de la piel.

Factores influyen en su aparición

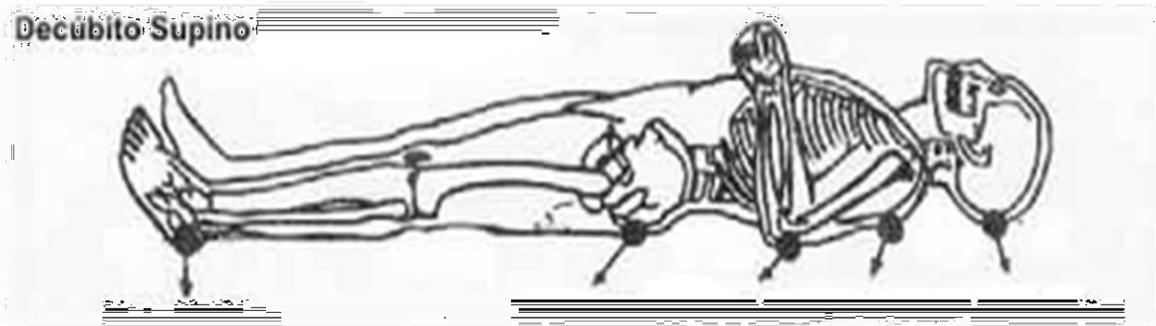
- 5. Del entorno:
 - Falta de educación sanitaria en los pacientes.
 - Sobrecarga de trabajo profesional
 - Falta o mala utilización del material de prevención, tanto el básico como el complementario.
 - Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.

Localización

- Tienen relación con la posición que se mantiene durante más tiempo.

Localizaciones de las UPP

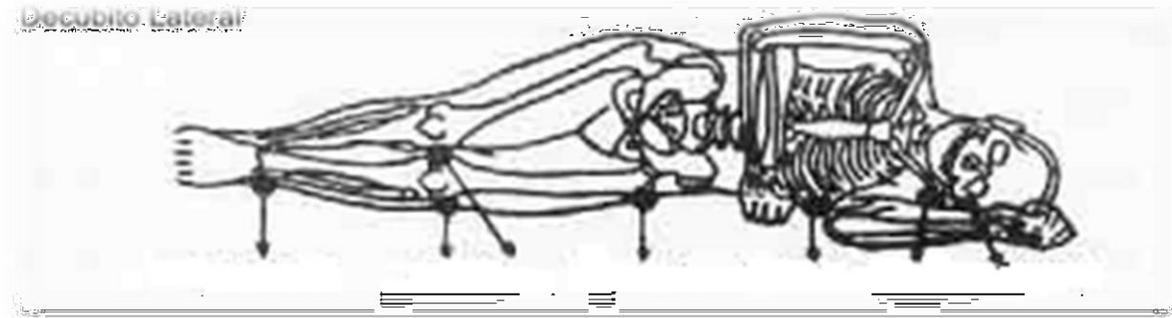
- Dependiendo de la posición que adopte el paciente, varían las zonas de riesgo.
- Decúbito supino: occipital, omóplato, codos, sacro, talones, isquion.



TALONES SACRO CODOS OMÓPLATO CABEZA

Localizaciones de las UPP

- Decúbito lateral: Trocánter, orejas, costillas, cóndilos, maléolos.



PIES

CÓNDILOS

TROCÁNTER

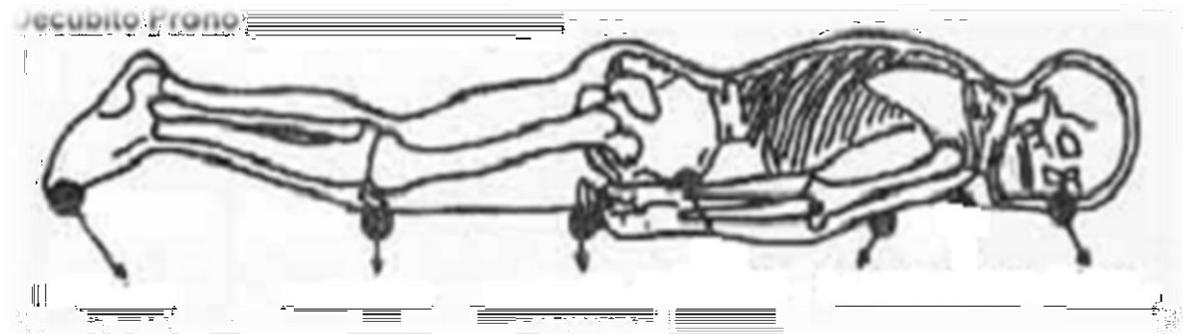
COSTILLAS

ACROMION

OREJAS

Localizaciones de las UPP

- Decúbito prono: dedos pies, rodillas, órganos genitales masculinos, mamas (↑), acromion, mejillas y orejas.



DEDOS PIES

RODILLAS

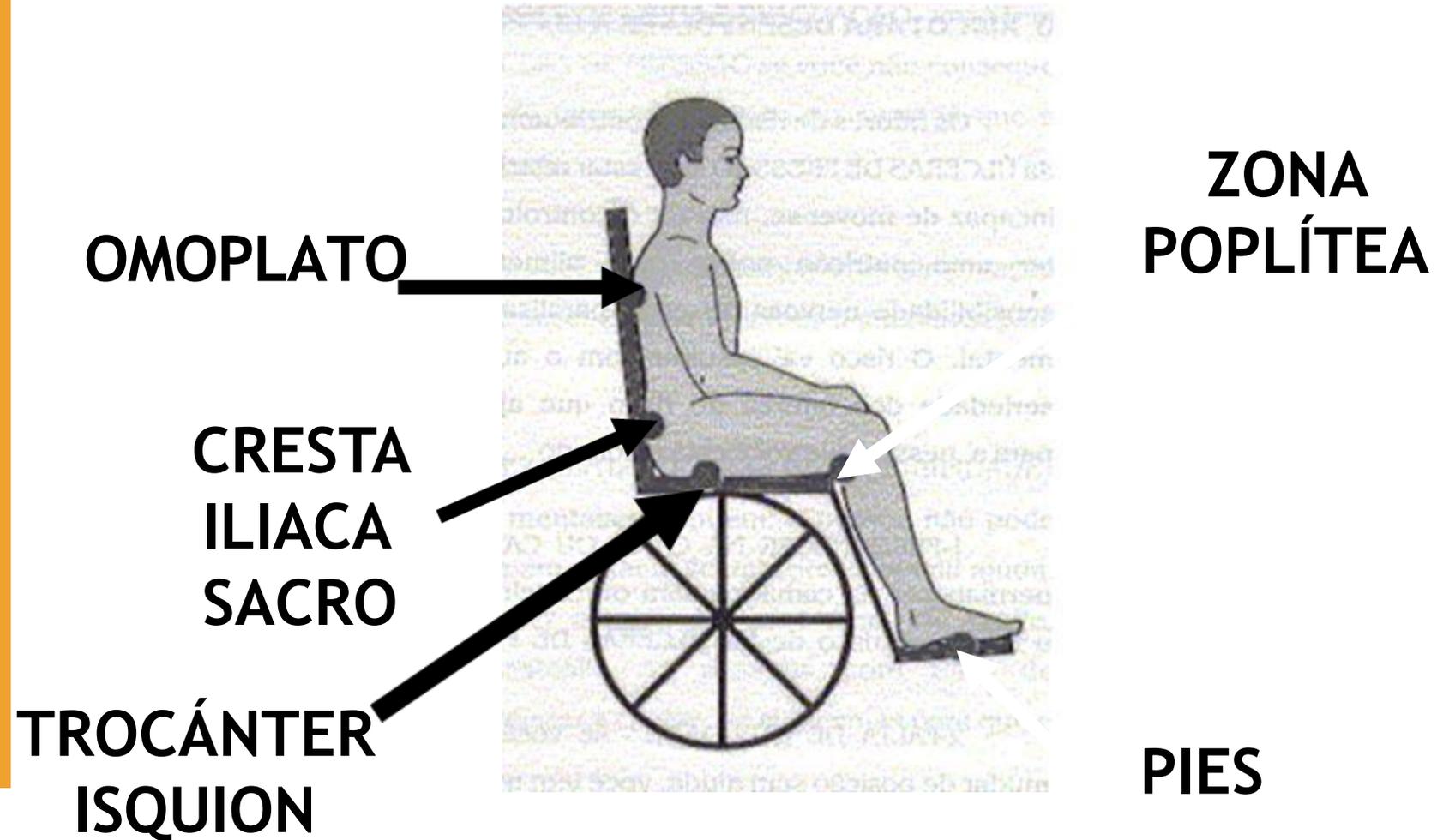
GENITALES (♂)

MAMAS (↑)

MEJILLAS

Localizaciones de las UPP

- Persona en silla/silla de ruedas



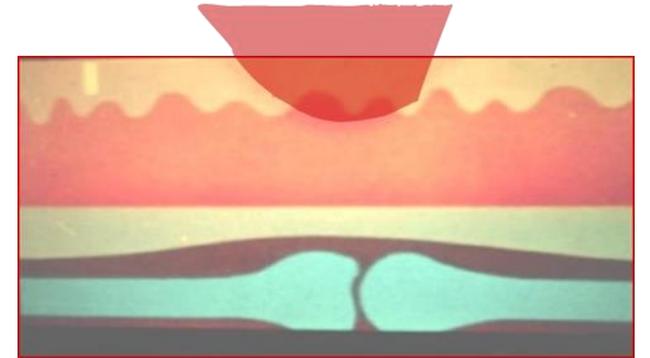
Clasificación Según la etapa en la que se encuentre la úlceras

Etapa	Descripción
Etapa I	Eritema cutáneo, no presenta pérdida de la continuidad de la piel.
Etapa II	Perdida de la epidermis, dermis o ambas.
Etapa III	Perdida completa de la epidermis, dermis, y daño del tejido subcutáneo que puede llegar hasta la fascia.
Etapa IV	Perdida completa del espesor de la piel con destrucción, necrosis y daño muscular, tendinoso u óseo.



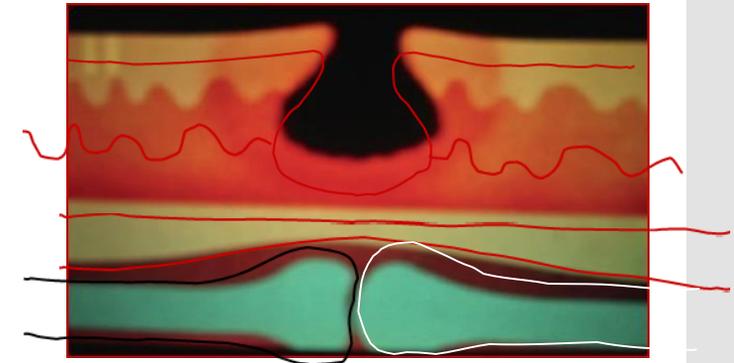
Úlceras por presión grado I

- GRADO I
- Eritema de la piel intacta que no recupera su color después de 15 a 20 minutos de aliviar la presión.
- En individuos con piel oscura la decoloración, tibieza, edema, o endurecimiento pueden ser indicadores .



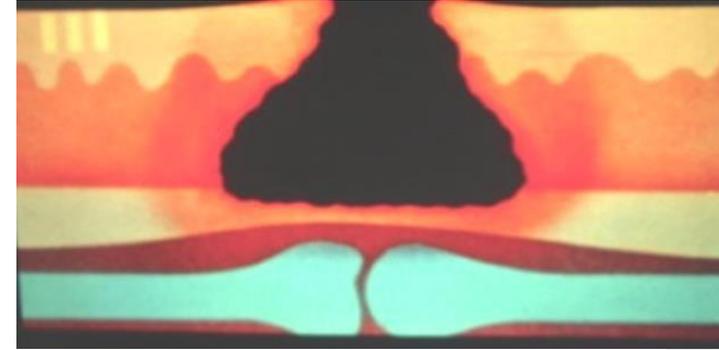
Úlceras por presión grado II

- Perdida de la piel de profundidad parcial involucra epidermis, dermis o ambas.
- Se presenta como una abrasión, ampolla o cráter pando .
- Son generalmente dolorosas.



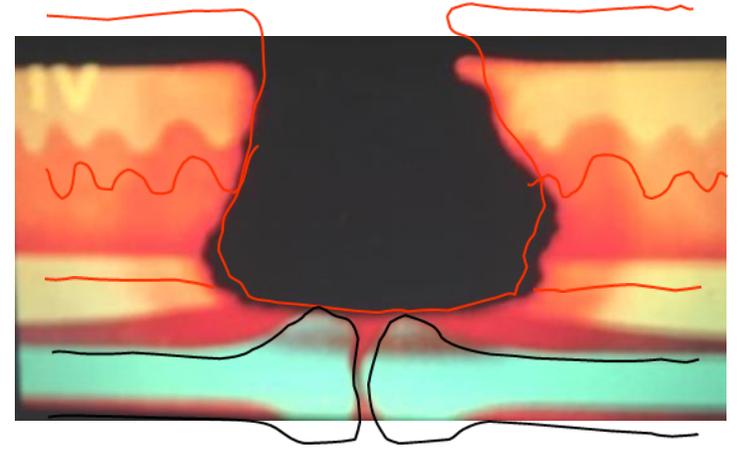
Úlceras por presión grado III

- Involucra daño o necrosis de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo.
- Se presenta como un cráter profundo con o sin erosión del tejido adyacente.
- Poco o ningún dolor.

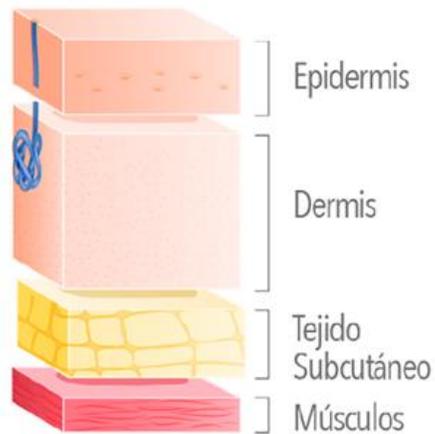


Úlceras por presión grado IV

- Pérdida de tejido de profundidad total con extensa destrucción, necrosis tisular o daño a músculos, huesos o estructuras de soporte, (tendones, cápsulas articulares).
- Erosión o tractos
- pueden estar asociados



PIEL SALUDABLE



ETAPAS DE LAS ÚLCERAS



ERITEMA

Enrojecimiento de la piel



PÉRDIDA PARCIAL

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis o ambas



PÉRDIDA TOTAL

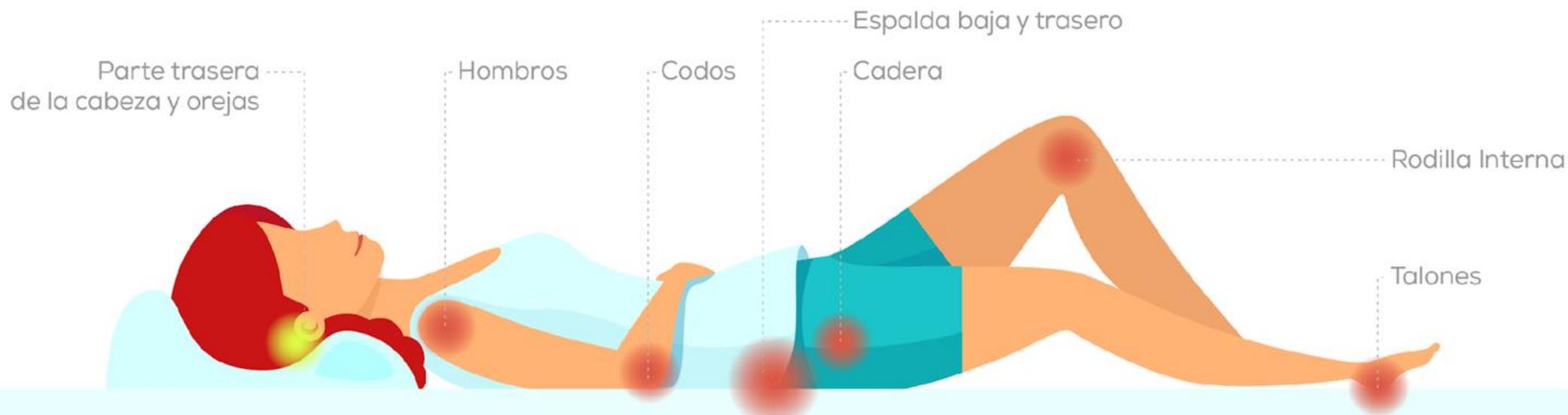
Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo



NECROSIS

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular

ZONAS MÁS COMUNES DE LAS ESCARAS



Factores de riesgos modificables



Valoración

- Antes de iniciar un tratamiento es primordial identificar y describir las características de la lesión
- Estado según su clasificación
- Localización
- Aspecto (Exudado, granulación, necrosis, tejido, esfacelado, infección)
- Tamaño
- Forma
- Profundidad
- Signos de infección