

Lesiones por presión en pacientes hospitalizados

Esther Cruz Conde

Cristina de la Arada Benavides

R1 Medicina Familiar y Comunitaria

Índice

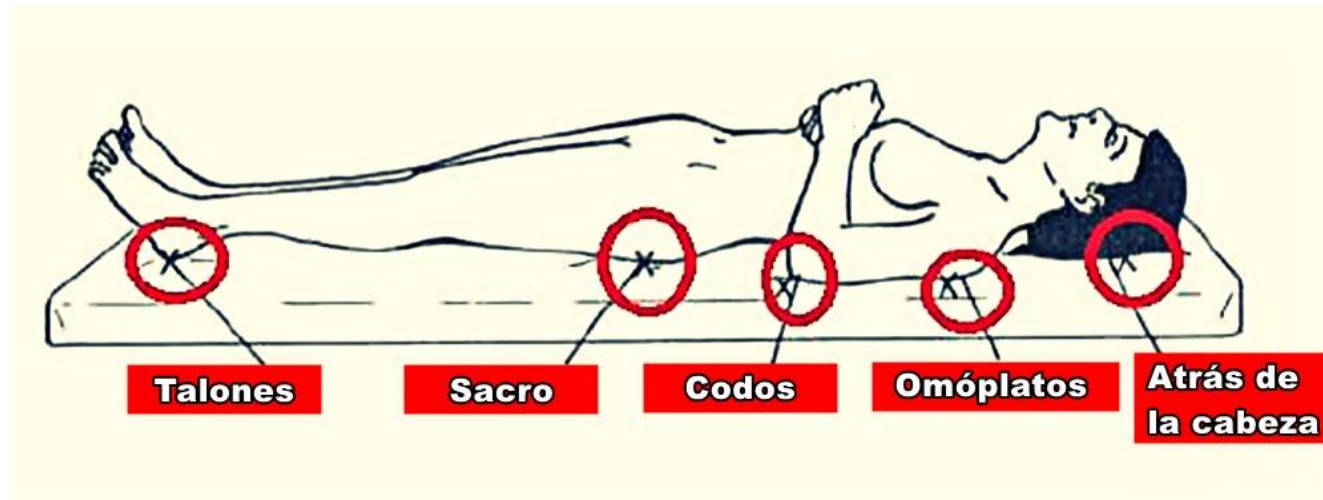
- ▶ 1. Introducción.
- ▶ 2. Definición.
- ▶ 3. Etiología y factores de riesgo.
- ▶ 4. Signos y síntomas.
- ▶ 5. Complicaciones.
- ▶ 6. Prevención.
- ▶ 7. Diagnóstico.
- ▶ 8. Tratamiento.
- ▶ 9. Bibliografía.

Introducción

- ▶ Las úlceras por presión suponen un gran problema de salud, tanto por su prevalencia como por sus repercusiones, ya que deterioran el estado de salud de los pacientes e influyen de forma importante en su calidad de vida, afectando también a familiares y amigos.
- ▶ El 51,6% se producen dentro del hospital y un 95% son evitables.
- ▶ Según el segundo estudio nacional de prevalencia de UPP realizado en España, estas lesiones afectan a un 9.1% de los pacientes que reciben atención domiciliaria, a un 8.91% de los pacientes ingresados en hospitales de agudos y a un 10.9% de los pacientes ingresados en residencias asistidas.

Definición

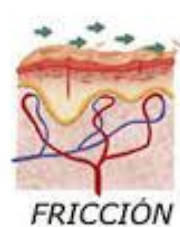
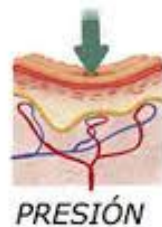
- ▶ La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos.



Etiología + Factores de riesgo

► Multifactorial

1. Presión
2. Cizallamiento
3. Fricción
4. Humedad
5. Inmovilización



- ▶ Edad >65 años
- ▶ Fisiopatológicos (tabla 1)
- ▶ Del entorno
- ▶ Situacionales
- ▶ Derivados del tratamiento

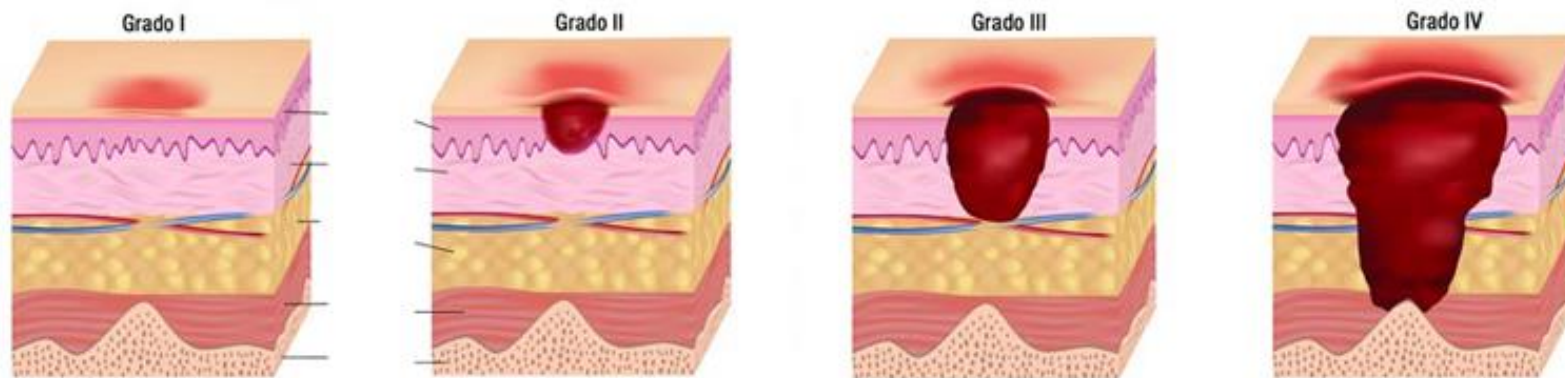
Diabetes	AVC
Enfermedad psiquiátrica	Anemia
Neoplasia	Lesionado medular
Fractura de fémur/pelvis en recuperación	Insuficiencia venosa
EPOC	Demencia o Alzheimer
Enfermedades de la piel	Esclerosis múltiple
Enfermedad terminal	Insuficiencia cardiaca

Signos y síntomas



Signos: Enrojecimiento y/o edema de la zona, descamación de la piel, cambios de temperatura en el área afectada, pérdida de integridad cutánea, presencia de ampollas, necrosis
Signos de infección (fiebre, inflamación, exudado purulento, mal olor).

Síntomas: Dolor, irritabilidad, insomnio, prurito, escozor.

ESTADIOS DE ÚLCERAS



PROCESO DE FORMACIÓN Y ESTADIOS DE EVOLUCIÓN

Estadios	Signos	Afectación	
Estadio I (úlceras de 1er grado)	<ul style="list-style-type: none"> -Eritema que no desaparece cuando cesa la presión, en piel intacta. -Suele ser indolora. 	Lesión de la epidermis y de la dermis.	
Estadio II (úlceras de 2º grado)	<ul style="list-style-type: none"> -Piel agrietada. -Vesículas. -Abrasión. 	Lesión epidérmica y dérmica más profunda y comienzo de la afectación hipodérmica.	
Estadio III (úlceras de 3er grado)	<ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de continuidad de la piel. Lesión con aspecto de cráter. -Escara. -Dolorosa. 	Necrosis o muerte celular. Extensión de la lesión hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla.	
Estadio IV (úlceras de 4º grado)	Aumento de la extensión y profundidad con necrosis de la úlcera	Daño muscular, óseo o de otras estructuras.	

Complicaciones

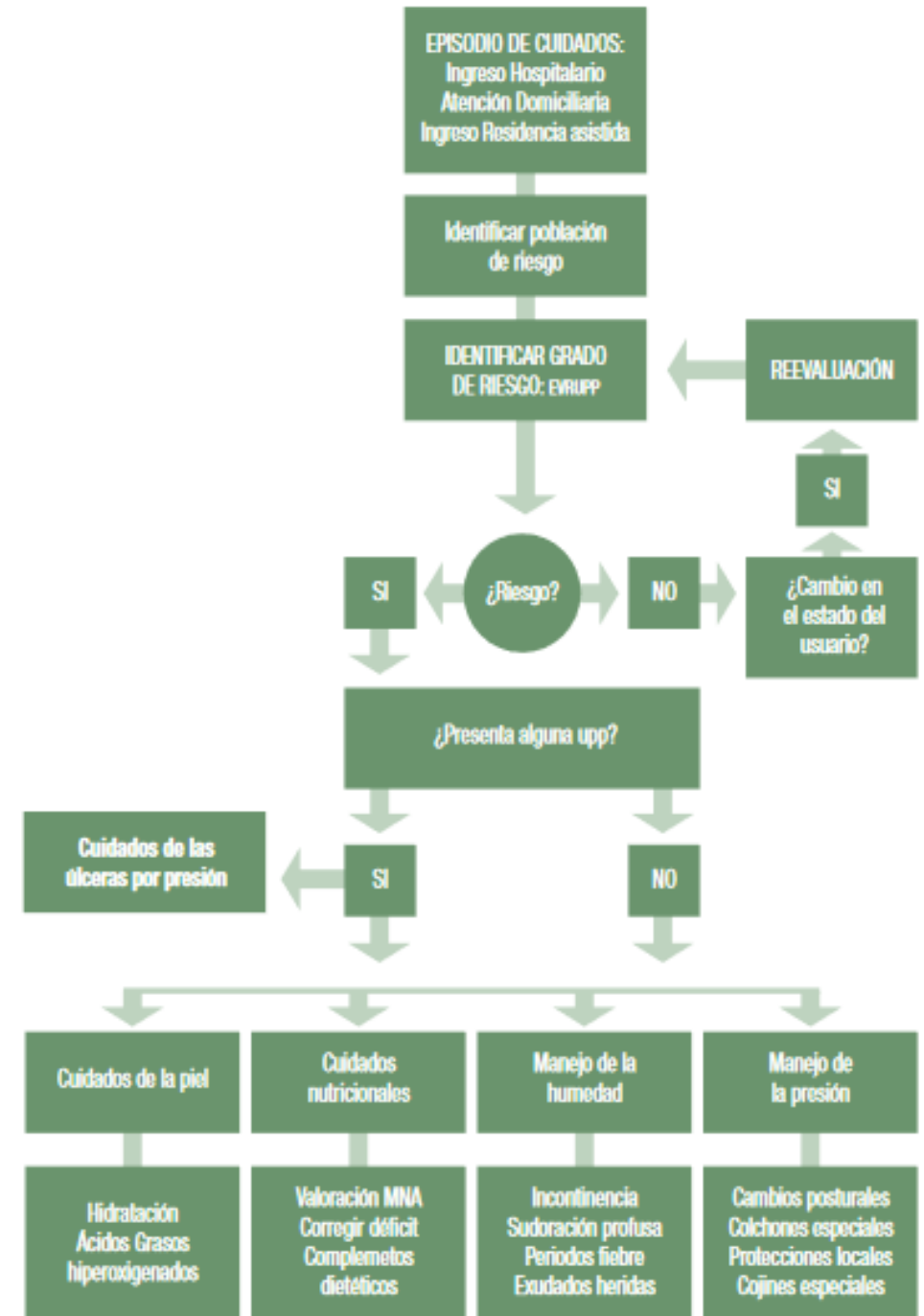
- ▶ Las lesiones por decúbito son un reservorio de microorganismos resistentes a los antibióticos adquiridos en el ámbito hospitalario. Los altos recuentos de bacterias dentro de la herida pueden dificultar la cicatrización del tejido.
- ▶ Clasificación:
 - ▶ Primarias.
 - ▶ Locales (osteomielitis)
 - ▶ Sistémicas (anemia, tétanos, carcinoma, etc.)
 - ▶ Secundarias (coste asistencial)



Prevención

► Incluye:

- Evaluación del riesgo de desarrollo de LPP.
- Inspección de la piel.
- Intervenciones nutricionales.
- Cambios posturales y movilización del paciente.
- Estrategias de educación del paciente y la familia.

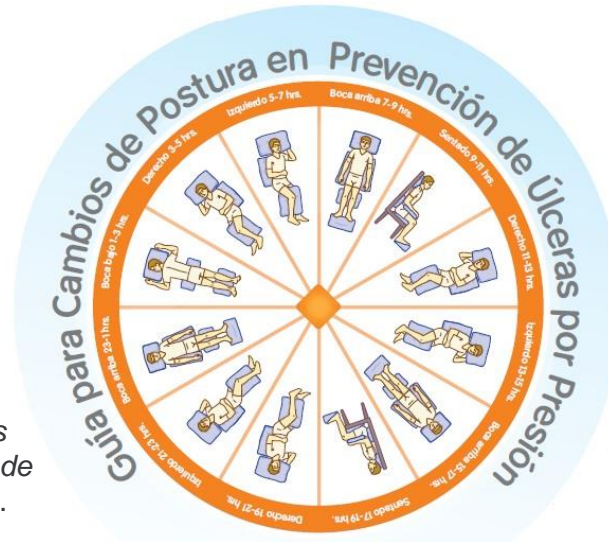


- ▶ Manejo de la presión: cambios posturales, movilización precoz y superficies especiales.
 - ▶ Zonas más propensas de aparición.

Posición del paciente	Zonas de riesgo
Decúbito supino	Región sacra, talones, coxis, escápulas y occipital.
Decúbito lateral	Maléolos, trocánter, costillas, hombros, orejas, crestas ilíacas, rodillas (cara interna/lateral).
Decúbito prono	Dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, pómulos, orejas, nariz y crestas ilíacas.
Sedestación	Coxis, escápulas, trocánteres, talones y dedos de pies.

- ▶ Intervenciones dirigidas a reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas más vulnerables.

- ▶ Las recomendaciones para realizar cambios posturales cuando el paciente está en la cama, incluyen:
 - ▶ Programar los cambios de manera individualizada, dependiendo de la superficie en la que está el paciente.



Skopein, Q. (2021, enero 27). *Guía de cambio de posturas para la prevención de úlceras por presión*. Qualis Skopein.

- ▶ Como regla general se pueden programar a intervalos de 2-4h.
- ▶ En decúbito lateral, no sobrepasar los 30°.
- ▶ En elevación de cama no sobrepasar los 30°.
- ▶ Si la elevación de la cama fuera de más de 30°, mantenerla el tiempo mínimo.

GRADO DE RECOMENDACIÓN A

GRADO DE RECOMENDACIÓN C

- ▶ Superficies especiales de manejo de la presión (SEMP):
 - ▶ Dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión y abarca el cuerpo de un individuo o una parte del mismo, según las diferentes posturas funcionales posibles.
 - ▶ Elección individualizada: nivel de inmovilidad, tamaño y peso, gravedad y localización de lesiones existentes...
 - ▶ NO sustituye al cambio postural o la movilización.



Aires, E. (2018, diciembre 10). *Dispositivos para el alivio de Úlceras por presión* - 2022. Enfermería Buenos Aires.

► Recomendaciones de uso de SEMP:

- Todos los pacientes de riesgo deberán situarse sobre una superficie especial.
- La elección de una superficie especial deberá basarse en el riesgo del paciente, según la escala elegida.

- Pacientes con lesiones medulares graves: deberán disponer de una superficie estática en primer término y valorar la alternancia de aire para su restricción de movilidad.
- Pacientes pediátricos: superficies dinámicas y estáticas adaptadas a su peso y tamaño.

GRADO DE
RECOMENDACIÓN
A

GRADO DE
RECOMENDACIÓN
C

► Escalas de valoración del riesgo:

- Objetivo: identificar a aquellos pacientes que se encuentran en riesgo de desarrollar LPP y los factores de riesgo.
- Escala de Norton: primera.
 - Parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico.
 - Escala negativa: a menor puntuación → mayor riesgo.

	4	3	2	1
Estado físico general	Bueno	Mediano	Regular	Muy malo
Estado mental	Alerta	Apático	Confuso	Estuporoso
Actividad	Ambulante	Camina con ayuda	Sentado	Encamado
Movilidad	Completa	Limitada ligeramente	Muy limitada	Inmóvil
Incontinencia	Ninguna	Ocasional	Urinaria o fecal	Urinaria y fecal

► Escala de Braden:

► Índice de riesgo:

► < 12: alto; 13-15: medio; 16-18: bajo; > 19: sin riesgo.

	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

► Escala EMINA:

► Riesgo:

► 0: sin riesgo; 1-3: bajo riesgo; 4-7: medio riesgo; 8-15: alto riesgo.

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

- ▶ Cuidado preventivo de la piel y uso de apósitos profilácticos.
 - ▶ Correcta higiene diaria e hidratación. Inspección frecuente de la piel.
 - ▶ Apósitos para mantener la integridad de la piel.
 - ▶ Ácidos grasos hiperoxigenados.
 - ▶ Productos barrera (que no contengan alcohol).



Diagnóstico.

- ▶ Valoración integral inicial:
 - ▶ H^a clínica + examen físico.
 - ▶ Evaluación:
 - ▶ Del riesgo de nuevas lesiones.
 - ▶ Registro de las principales características: antigüedad, tamaño, localización, tunelización, exudado, fístulas, tipo de tejido en el lecho (granulación esfacelado, necrótico)...
 - ▶ De posibles signos y síntomas de infección (colonización vs infección).
 - ▶ Del estado nutricional.

Tratamiento.

- ▶ LPP estadio 1: aliviar la presión, minimizar la anoxia tisular, protecciones...
- ▶ LPP estadio 2, 3 y 4:
 - ▶ Limpieza.
 - ▶ Desbridamiento.
 - ▶ Manejo del exudado.
 - ▶ Manejo de la carga bacteriana.
 - ▶ Cuidado de la piel perilesional.
 - ▶ Manejo del dolor.

► Limpieza de la lesión:

- Limpiar con suero salino, agua destilada o agua del grifo potable.
- Suero salino a temperatura corporal.



- Aplicar una presión de lavado que garantice el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas sin lesionar tejido sano.
- No es recomendable utilizar antisépticos de manera rutinaria en lesiones crónicas.

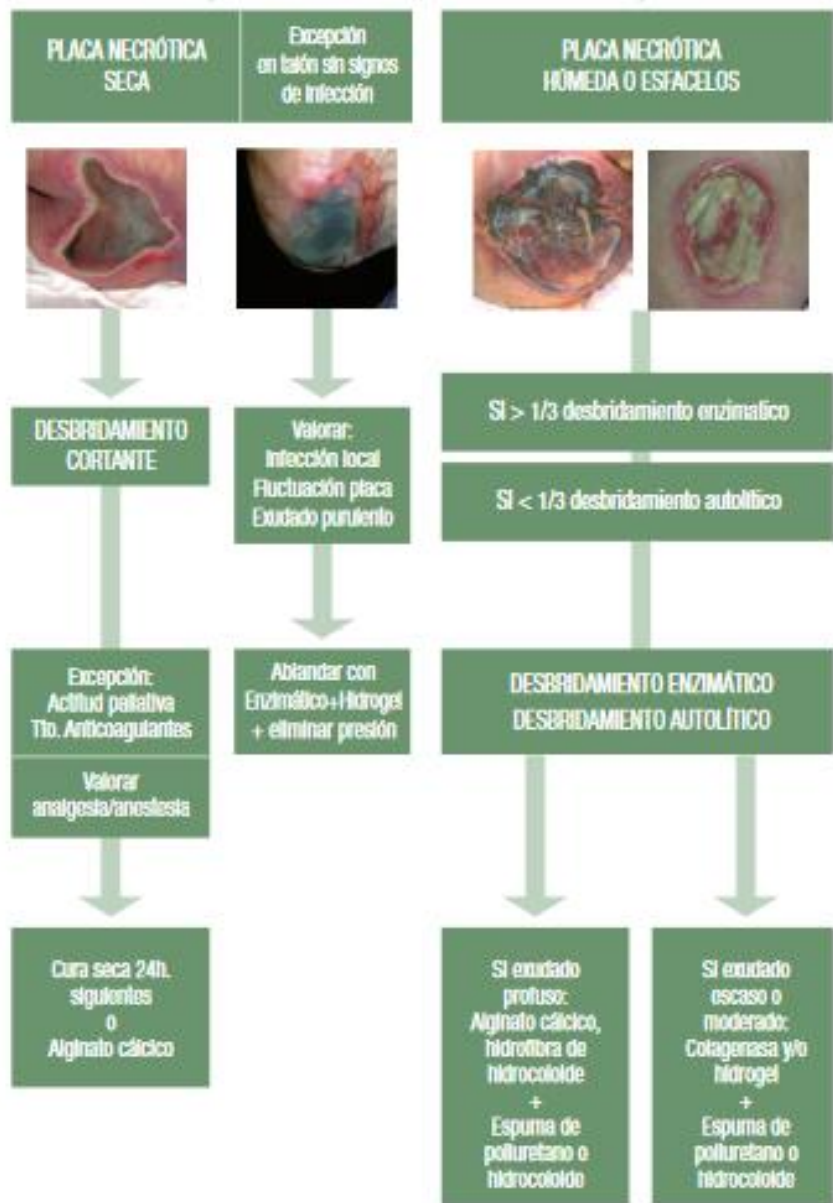
**GRADO DE
RECOMENDACIÓN
A**

**GRADO DE
RECOMENDACIÓN
B**

- ▶ Desbridamiento de la lesión:
 - ▶ Conjunto de mecanismos dirigidos a la retirada de tejido necrótico, exudados, cuerpos extraños...
 - ▶ Objetivos: eliminar el tejido desvitalizado y evitar la proliferación bacteriana e infección.
 - ▶ Tipos: quirúrgico, cortante, enzimático, autolítico, osmótico o mecánico.

Quirúrgico	Retirada completa de tejido necrótico. Quirófano. Escaras gruesas, lesiones extensas, celulitis/sepsis. Cruento, poco selectivo. Coste elevado. Consentimiento.
Cortante	Rápido. Reduce carga bacteriana y mal olor. Tejido necrótico seco, abundante exudado, signos de infección. Consentimiento. Por planos. Doloroso. Riesgo bacteriemia y sangrado.
Enzimático	Selectivo, alternativa al cortante, colagenasa (tejido granulación), protección piel perilesional, aumentar humedad. NO: alcohol, yodo, sales de plata, jabones.
Autolítico	Cura en ambiente húmedo, autodigestión de tejidos desvitalizados. Más selectivo, atraumático y menos doloroso. Maceración periulceral.
Osmótico	Intercambio de fluidos, soluciones hiperosmolares, selectivo.
Mecánico	Abrasión mecánica, traumático, no selectivo, irrigación continua a presión, frotamiento del lecho.

CLASE DE TEJIDO DESVITALIZADO



Se recomienda la combinación de diferentes tipos de desbridamiento.

- ▶ Desbridamiento de la lesión:

- ▶ Situaciones especiales:

- ▶ Localización en talones: necrosis secas, sin edema, eritema, fluctuación o drenaje: no desbridamiento inmediato. Vigilancia c/24h. Riesgo osteomielitis.



GRADO DE
RECOMENDACIÓN
C

► Manejo del exudado:

- Valoración: color, consistencia, olor y cantidad.

COLOR	Claro, ambarino	Normal. S. Aureus.
	Turbio, cremoso.	Fibrina (inflamación), infección.
	Rosado, rojizo.	Lesión capilar.
	Verdoso.	Infección bacteriana.
	Amarillento, marronáceo.	Esfacelos, fístula entérica/urinaria.
	Gris, azulado.	Apósitos de plata.
CONSISTENCIA	Alta viscosidad	Alto contenido proteico, necrótico, fístula entérica, apósitos.
	Baja viscosidad	Bajo contenido proteico, fístula urinaria/linfática.
OLOR	Desagradable	Infección, tejido necrótico, fístula entérica/urinaria.

- Apósitos: basados en cura de ambiente húmedo > cura seca.

► Manejo de la carga bacteriana:

► Medidas generales:

- Minimizar la contaminación y mejorar la curación (limpieza y desbridamiento). Apósitos de plata.
- Plata iónica o un antibiótico local (sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...): úlceras limpias que no curan tras 2-4 semanas.
- Antibióticos sistémicos: solo si existe diseminación (celulitis, sepsis...).
- No se recomienda la prevención de la infección con antibióticos sistémicos.

- Los antisépticos no deben utilizarse de manera rutinaria en la limpieza de lesiones.

- Las lesiones con signos sugerentes de colonización crítica deben ser tratadas como infectadas.
- Utilizar instrumentos estériles en el desbridamiento cortante.

**GRADO DE
RECOMENDACIÓN
A**

**GRADO DE
RECOMENDACIÓN
B**

**GRADO DE
RECOMENDACIÓN
C**

Estadios según la presencia de bacterias:

ESTADIO 1 Contaminación	Signos sutiles de infección (cierto olor, dolor o exudado)	NO requiere antibiótico	La cicatrización progresa normalmente
ESTADIO 2 Colonización	> Signos de infección (mayor olor, dolor o exudado)	Antibióticos tópicos	La cicatrización ya no progresa normalmente
ESTADIO 3 Colonización crítica	Signos de infección local (liberación de pus, edema, dolor, eritema, calor local) + Afectación perilesional	Antibióticos sistémicos + Antimicrobianos tópicos	La herida empeora (celulitis, linfangitis, gangrena)
ESTADIO 4 Infección	Signos de infección local y sistémica (fiebre y leucocitos)	Antibióticos sistémicos	Puede causar sepsis y fallo multiorgánico y ser potencialmente mortal.

► Manejo de la piel perilesional:

► Alteraciones más frecuentes:

- Maceración.
- Eritema.
- Excoriación.
- Descamación.
- Vesículas.
- Edema.
- Prurito.

► Recomendaciones generales: observar la piel, apósitos adecuados para el exudado, productos barrera.



► Manejo del dolor:

► Escalas de valoración del dolor validadas: EVA.

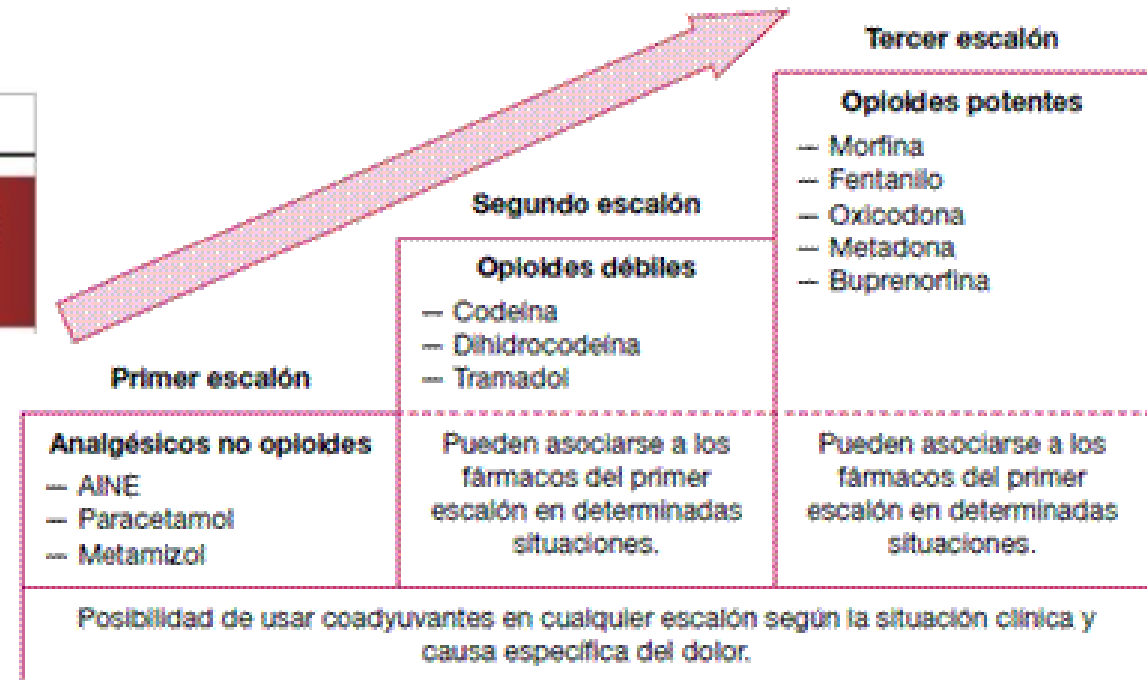
► Medidas de alivio del dolor durante la cura:

► Evitar estímulos innecesarios: pinchazos, corrientes de aire.

► Manipular con suavidad.

► Elección del apósito: buen control del exudado, frecuencia de las curas, cuidado piel perilesional.

► Medidas farmacológicas: analgesia.



Bibliografía.

- ▶ Nieto García, L. (2022). *Úlceras por presión: Una epidemia prevenible en el contexto de una práctica asistencial segura*. Universidad de Salamanca.
- ▶ Quizhpi Avila, M. del R., Tintin Criollo, S. E., Jácome Chica, J. S., & Cruz Salgado, G. V. (2022). Úlceras por presión. Diagnóstico, clasificación, tratamientos y cuidados. julio.2022.664-676
- ▶ (N.d.). Gneaupp.Info. Recuperado, de <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2022/01/guia-ulceras-sescam-albacete.pdf>
- ▶ (S/f-b). Pedpal.es. Recuperado, de <https://www.pedpal.es/site/wp-content/uploads/2022/08/LPP-modificada.pdf>
- ▶ (S/f). Guiasalud.es. Recuperado, de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_425.pdf
- ▶ Ayman Grada, Phillips TJ. Lesiones por presión [Internet]. Manual MSD versión para profesionales Manuales MSD; 2021 [cited 2022 Nov 13]. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/lesi%C3%B3n-por-presi%C3%B3n/lesiones-por-presi%C3%B3n>
- ▶ Úlceras por presión [Internet]. www.cancer.org. [cited 2022 Nov 13]. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/piel-cabello-unas/ulceras-por-presion.html>
- ▶ Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas. - GNEAUPP [Internet]. gneaupp.info. 2022. Recuperado de: <https://gneaupp.info/guia-de-prevencion-y-manejo-de-ulceras-por-presion-y-heridas-cronicas/>
- ▶ UpToDate [Internet]. <https://www.uptodate.com> Recuperado de: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-risk-assessment-of-pressure-induced-skin-and-soft-tissue-injury?search=etiologia%20ulceras%20por%20presion&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- ▶ Salazar C, Fernández O, Blanca D, Moreno T. L ÚLCERAS POR PRESIÓN Figura 1. Fuerzas de presión [Internet]. Recuperado de: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2021_II.pdf