

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud
Adaptación a Grado en Enfermería**

TRABAJO FIN DE GRADO.

Alumno/a: MARIA CELESTE BAYO IZQUIERDO

Tutor/a: JUAN FRANCISCO LEÓN PUY

Título: IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

RESUMEN:

A pesar del avance de la medicina y los servicios sanitarios, las Ulceras por Presión son un gran problema; se producen en pocas horas y pueden tardar meses en curarse, presentan una morbimortalidad asociada importante y una grave afectación en la calidad de vida de quién las padece. Como problema económico, el coste global de la atención de este problema es elevado.

La enfermera británica Pam Hibbs⁽¹⁾, en 1987 describió los efectos de las ulceras por presión como **“una epidemia bajo las sábanas”**.

El personal de enfermería debe evaluar el riesgo de desarrollar ulceras por presión a través un plan preventivo y de cuidados individualizado y efectivo. Para ello las enfermeras cuentan con una amplia variedad de Guías de Práctica Clínica, además de los diagnósticos NANDA, las intervenciones NIC y los Resultados NOC. Todo ello supone una herramienta fundamental como punto de partida del establecimiento de un programa de calidad, mejorar los cuidados a los pacientes, facilitar el trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

INTRODUCCIÓN:

1- ¿Qué es una Ulcera por presión (UPP)?:

Existen múltiples definiciones de las UPP; una de las más acertadas es la definición de MJ. Almendariz: **“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 duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él".⁽²⁾

2- ¿Cómo se produce una UPP?

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mmHg⁽³⁾. Si se ejercen presiones superiores a esta cifra en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, originando una rápida degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, ocasionando alteraciones a nivel de la membrana celular y liberándose aminas vasoactivas. Si esto se prolonga en el tiempo, ocasiona necrosis y muerte celular.⁽³⁾

3- ¿Cuáles son las causas de una UPP?

Además de las fuerzas de presión directa y perpendicular, hay otras fuerzas de cizalla o tangenciales que se producen cuando el enfermo, sentado o semi-incorporado, se va resbalando. También influyen la formación de arrugas en la piel, humedad (sobre todo debido a la incontinencia urinaria y el uso de pañales absorbentes), falta de higiene, arrugas en la ropa de cama, inmovilidad, disminución de la sensibilidad (ya que se disminuye la percepción del dolor y por tanto de la presión), desnutrición, deshidratación, alteración del estado mental, envejecimiento, alteración de la microcirculación, edemas, enfermedades endocrino-metabólicas (diabetes, obesidad, anemia, fiebre) y sedación.^(4,5)

4- ¿Dónde se localizan las UPP?

Se localizan sobretodo en las zonas que coinciden con prominencias óseas. Se distribuyen anatómicamente de la siguiente manera: el 65% en la zona pélvica, el 30 % en extremidades, y un 5 % en otras zonas⁽⁵⁾

5- ¿Cómo se clasifican las UPP?

Las UPP se clasifican en grados según su evolución:⁽⁶⁾

- Ulcera de Grado I: se observa una placa eritematosa que no desaparece al eliminar la presión, puede estar asociada o no a otros signos de inflamación (dolor local, calor o endurecimiento de la zona. En este grado, la piel no se ha roto, está integra y sólo está afectada la epidermis.



Imagen 1. Ulcera de Grado I. ⁽¹⁵⁾

- Ulcera de Grado II: puede afectar a la epidermis, dermis o a ambas. Aparecen flictenas y la epidermis se necrosa fácilmente. Se observa lesión en la piel.



Imagen 2. Ulcera de Grado II. ⁽¹⁵⁾



Imagen 3. Ulcera de Grado II ⁽¹⁵⁾

- Ulcera grado III: Afecta a dermis, epidermis y tejido subcutáneo. La piel pierde todo su grosor y aparece necrosis del tejido subcutáneo, es decir, la escara dura y negruzca.



Imagen 4. Ulcera grado III ⁽¹⁵⁾

- Ulcera Grado IV: es una úlcera extensa que afecta al músculo y al hueso. Hay exudado y tejido necrótico abundante, las lesiones pueden presentarse con cavernas o tunelizaciones.



Imagen 5. Ulcera Grado IV⁽¹⁵⁾



Imagen 6. Ulcera Grado IV⁽¹⁵⁾

6- ¿Cómo se previenen las UPP?

El cuidador debe observar detenidamente la piel todos los días para detectar rápidamente el inicio de una úlcera y comenzar el tratamiento⁽⁵⁾:

- Supervisar el estado de la piel.
- Disminuir o eliminar la presión: Cambios posturales cada 2 ó 3 horas en personas encamadas, enseñar a cambiar de posición alternando puntos de presión a los que permanecen sentados, evitar el contacto de prominencias óseas, usar dispositivos que mitiguen la presión (taloneras, cojines y colchones anti-escaras, almohadas especiales, etc.).
- Cuidado e higiene de la piel: mantener la piel limpia y seca, examen diario de la piel para descubrir enrojecimientos, usar ropa interior de tejidos naturales, no realizar masajes sobre las prominencias óseas, usar apósitos protectores, masajes que favorezcan la activación de la circulación.
- Cuidado de la cama: evitar que las sábanas tengan arrugas y resto de comida, evitar que la ropa de cama que cubre a la persona esté muy estirada para que no flexione los dedos y se produzcan úlceras, no usar colchones de muelles o lana.
- Control del estado general de la persona: estado nutricional, aporte adecuado de líquidos, prestar atención a la incontinencia urinaria y fecal, vigilancia y control de enfermedades, control farmacológico.
- Vigilar la aparición de úlceras por materiales o instrumentos médicos: sonda vesical, sonda nasogástrica, férulas, mascarilla de oxígeno, etc.

JUSTIFICACION:

Según el Dr. Jiménez Herrero, las UPP no son una enfermedad, son un "accidente asistencial" ya que pesar de los avances de la medicina y de los servicios sanitarios, las UPP se producen en pocas horas y pueden tardar meses en curarse.

Entre 57.000 y 100.000 pacientes con UPP son atendidos diariamente en nuestro país. Además, el 84,7% de los pacientes con UPP son mayores de 65 años ⁽⁷⁾ lo que supone entre 48.000 y 85.000 pacientes mayores de 65 años con UPP atendidos diariamente en España" (estimación GENEAUPP 2005) ".

En el medio hospitalario encontramos una incidencia entre 26.2% y 29.5%, en Atención Primaria un 22,7% y en Centros Sociosanitarios un 51,1%. Las UPP están asociadas a mayor mortalidad, pérdida de calidad de vida y aumento de los costes con los tratamientos. ⁽⁸⁾

En España el gasto total anual es de 461 millones de Euros. ⁽⁹⁾. En el año 2001 más de 600 ciudadanos mayores de 65 años morían por el problema de las UPP ⁽¹⁰⁾.

La repercusión de las UPP en los diferentes ámbitos o niveles de la vida, como problema de salud, radica en la afectación de los pacientes, repercute en sus entornos familiares y cuidadores informales, aumenta considerablemente el coste del tratamiento en los sistemas de salud y sus cuidados recaen principalmente en el personal de enfermería.

Para la enfermera Pam Hibbs⁽¹⁾, "el mejor cuidado de las UPP es su prevención, y cualquier esfuerzo debe ir fundamentalmente en esta línea, máximo cuando se ha estimado que al menos el 95% de las mismas son evitables".

METODOLOGÍA ENFERMERA EN LAS LESIONES POR PRESIÓN. NANDA, NIC, NOC.

Actualmente existe un elemento conceptual que une y enmarca el lenguaje enfermero y sus cuidados. Con la estructuración de los diagnósticos NANDA y las clasificaciones de resultados (NOC) e intervenciones (NIC), se pretende ofrecer una herramienta válida y útil para dicha conceptualización y transmisión de la información entre los diferentes niveles de salud así como, en la elaboración de un plan de cuidados estandarizado.

La necesidad que está íntimamente ligada a la aparición de lesiones por presión es la de higiene y cuidados de la piel, pero otras necesidades como la de movilidad, alimentación o eliminación también están relacionadas con este tipo de heridas.

Al aplicar la metodología NANDA a las lesiones por presión, encontramos tres diagnósticos directamente relacionados. Son:

- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionado con una puntuación < a 14 en la escala de Norton.
- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionado con factores mecánicos (presión, fricción y cizalla) y manifestado por la aparición de lesiones por presión de estadio I y II.
- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR relacionado con factores mecánicos (presión, fricción y cizalla) y manifestado por la aparición de lesiones por presión de estadio III y IV.

En el caso de encontrarnos en alguna o varias de estas situaciones, debemos plantearnos los objetivos que queremos conseguir. Para ello, la misma metodología enfermera nos lleva a aplicar los CRITERIOS DE RESULTADO o NOC, que son los objetivos que queremos alcanzar en el paciente con riesgo y/o con lesiones por presión.

Una vez planteados los objetivos o NOC, debemos llevar a cabo una serie de intervenciones o actividades, que nos ayudarán a conseguir el objetivo y que estarán englobadas dentro de lo que en metodología enfermera se denominan NIC.

Para trabajar estos diagnósticos se utilizarán dos intervenciones según taxonomía del Nursing Intervention Classification (NIC):

- 3540 Prevención de las úlceras por presión (Esta intervención incluye vigilancia de la piel, manejo de presiones, etc.).
- 3520 Cuidados de las Úlceras por presión. Hace referencia a los cuidados locales y generales de las upp.

La evolución de los cuidados pueden ser realizada mediante dos criterios de resultado, según taxonomía de la Nursing Outcomes Classification (NOC):

- 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas: Este criterio sería aplicable no sólo a las personas con riesgo sino también para todas las personas que presenten úlceras para evitar que aparezcan nuevas lesiones.
- 1102 Curación de la herida por primera intención: magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado
- 1103 Curación de la herida por segunda intención: Aplicable a los dos diagnósticos reales de deterioro de la integridad.

ANEXO I (16, 17, 18, 19)

ETIQUETA	INTERVENCION (NIC)	RESULTADOS (NOC)
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	3540 Prevención de UPP	1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
00046 Deterioro de la integridad cutánea	0840 Cambio de posición 3500 Control de presiones 3520 Cuidado de las úlceras por presión 3590 Vigilancia de la piel	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1908 Detección del riesgo 1902 Control del riesgo 0407 Perfusion tisular: periférica
00044 Deterioro de la integridad tisular	520 Cuidados de las úlceras por presión	1103 Curación de la herida por segunda intención 110301 Granulación 110321 Disminución del tamaño de la herida
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Fomento del ejercicio 0840 Cambio postural 1800 Ayuda para el autocuidado 0740 Cuidados del paciente encamado	0203 Posición corporal: autoiniciada 0208 Movilidad 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1612 Control del peso 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 0303 Autocuidados: comer	1050 Alimentación 1240 Ayuda para ganar peso 1260 Manejo del peso 1803 Ayuda con los Autocuidados: alimentación 1100 Manejo de la nutrición
00004 Riesgo de infección	6540 Control de infecciones 6550 Protección contra las infecciones 6680 Monitorización de los signos vitales	1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1807 Conocimiento: control de las infecciones 0305 Autocuidados: higiene
00062 Riesgo de cansancio en el rol de cuidador	7040 Apoyo al cuidador principal 6610 Identificación de riesgos 7260 Cuidados intermitentes 5240 Asesoramiento	2506 Salud emocional del cuidador principal 2507 Salud física del cuidador principal 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario
00132 Dolor agudo 00133 Dolor crónico	2102 Nivel del dolor 1605 Control del dolor 2100 Nivel de comodidad	2210 Administración de analgésicos 1400 Manejo del dolor 6482 Manejo ambiental: confort

ANEXO II (16, 17, 18, 19)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Código: 00047
Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada	
Factores de Riesgo:	
Externos Humedad Factores mecánicos Inmovilización física Hipertermia o hipotermia Sustancias químicas Radiación Extremos de edad Medicamentos	
Internos Prominencias óseas Alteraciones del estado nutricional Alteraciones del turgor Alteración del estado metabólico Déficit inmunológico Factores de desarrollo Alteración de la sensibilidad Alteración de la pigmentación Alteración de la circulación Alteración en el estado de los líquidos Psicogenéticos	
Criterios de Resultado: 1 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 2 Curación de la herida: por primera intención 3 Curación de la herida: por segunda intención 4 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Código: 0204
Definición: grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física	
Intervenciones: Cambio de posición Cuidados de la piel: tratamiento tópico Cuidados de tracción / inmovilización Cuidados del paciente encamado Fomento del ejercicio Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión Manejo de presiones Precauciones circulatorias Prevención de las úlceras por presión Terapia de ejercicios: control muscular Terapia de ejercicios: movilidad articular Vigilancia Vigilancia de la piel	
Curación de la herida: por primera intención	Código: 1102
Definición: magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado	

Intervenciones:

Administración de medicación: tópica
Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Cuidados de las heridas
Cuidados del sitio de incisión
Inmovilización
Precauciones circulatorias
Protección contra las infecciones
Vigilancia de la piel

Curación de la herida: por segunda intención**Código: 1103****Definición:** magnitud a la que las células y los tejidos de una herida abierta se regeneran**Intervenciones:**

Administración de medicación: tópica
Cambio de posición
Control de infecciones
Cuidados de la heridas
Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Inmovilización
Precauciones circulatorias
Protección contra las infecciones
Vigilancia de la piel

Integridad tisular: piel y membranas mucosas**Código: 1101****Definición:** indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas**Intervenciones:**

Administración de medicación: tópica
Asesoramiento en la lactancia
Cambio de posición
Cambio de posición: intraoperatorio
Control de infecciones
Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Cuidados de la ostomía
Cuidados de las heridas
Cuidados de los pies
Cuidados de tracción / inmovilización
Cuidados del paciente amputado
Cuidados del sitio de incisión
Manejo de presiones
Precauciones circulatorias
Precauciones con látex
Prevención de las úlceras por presión
Protección contra las infecciones
Vigilancia de la piel

Deterioro de la integridad cutánea**Código: 00046****Definición:** Alteración de la epidermis, la dermis o ambas**Factores Relacionados:**

Externos
Humedad
Factores mecánicos
Inmovilización física
Hipertermia o hipotermia
Sustancias químicas
Radiación

Extremos de edad
Medicamentos
Internos
Prominencias óseas
Alteraciones del estado nutricional
Alteraciones del turgor
Alteración del estado metabólico
Déficit inmunológico
Factores de desarrollo
Alteración de la sensibilidad
Alteración de la pigmentación
Alteración de la circulación
Alteración en el estado de los líquidos

Criterios de Resultado:

- 1 Curación de la herida: por primera intención
- 2 Curación de la herida: por segunda intención
- 3 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Curación de la herida: por primera intención

Código: 1102

Definición: magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado

Intervenciones:

Administración de medicación: tópica
Baño
Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Cuidados de las heridas
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
Cuidados del sitio de incisión
Cuidados perineales
Disminución de la hemorragia: heridas
Inmovilización
Manejo de líquidos/ electrolitos
Precauciones circulatorias
Sutura
Vigilancia de la piel

Curación de la herida: por segunda intención

Código: 1103

Definición: magnitud a la que las células y los tejidos de una herida abierta se regeneran

Intervenciones:

Administración de medicación: tópica
Baño
Cambio de posición
Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Cuidados de las heridas
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
Cuidados de las úlceras por presión
Inmovilización
Irrigación de heridas
Precauciones circulatorias
Vigilancia de la piel

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Código: 1101

Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

Intervenciones:

Administración de medicación: tópica
Baño
Cambio de posición
Cuidados de la piel: tratamiento tópico
Cuidados de las heridas
Cuidados de las úlceras por presión
Cuidados de los pies
Cuidados de la ostomía
Cuidados de tracción/inmovilización
Cuidados de una prótesis
Cuidados del paciente amputado
Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
Cuidados del sitio de incisión
Cuidados perineales
Irrigación de heridas
Manejo de la medicación
Manejo de líquidos/ electrolitos
Manejo de presiones
Precauciones circulatorias
Prevención de las úlceras por presión
Vigilancia de la piel

Deterioro de la integridad tisular**Código:** 00044

Definición: Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos

Factores Relacionados:

Mecánicos (p.ej., presión, cizallamiento, fricción)
Radiación (incluyendo las radiaciones terapéuticas)
Déficit o exceso nutricional
Agentes térmicos (extremos de temperatura)
Déficit de conocimientos
Productos irritantes, químicos (incluyendo las secreciones y excreciones corporales y los medicamentos)
Deterioro de la movilidad física
Alteración de la circulación
Déficit o exceso de líquidos

Criterios de Resultado:

- 1 Curación de la herida: por primera intención
- 2 Curación de la herida: por segunda intención
- 3 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Curación de la herida: por primera intención**Código:** 1102

Definición: magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado

Intervenciones:

Cuidados de las heridas
Cuidados del sitio de incisión
Inmovilización
Manejo de la nutrición
Manejo de líquidos
Protección contra las infecciones
Sutura

Curación de la herida: por segunda intención**Código:** 1103

Definición: magnitud a la que las células y los tejidos de una herida abierta se regeneran

Intervenciones:

Cuidados de las heridas
Cuidados de las úlceras por presión
Inmovilización
Irrigación de heridas
Manejo de la nutrición
Manejo de líquidos
Protección contra las infecciones

Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Código:1101

Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

Intervenciones:

Administración de medicación: oftálmica
Administración de medicación: ótica
Administración de medicación: rectal
Administración de medicación: vaginal
Administración de productos sanguíneos
Control de hemorragias
Cuidados de las heridas
Cuidados de las úlceras por presión
Cuidados de los ojos
Disminución de la hemorragia: gastrointestinal
Disminución de la hemorragia: nasal
Disminución de la hemorragia: útero postparto
Manejo de la nutrición
Manejo de líquidos
Manejo del prolapsos rectal
Mantenimiento de la salud bucal
Monitorización de líquidos
Prevención de las úlceras por presión
Protección contra las infecciones

Referencias bibliográficas:

1. Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. London. St. Bartholomews Hospital, 1987.
2. Almendariz Alonso M^a J. Úlceras por presión. En: ¿Heridas crónicas y agudas? EDIMSA Madrid.1999.
3. Landis. Sacks. Kosiak. Etiology and pathology of ischemic ulcers. Arch Phys Med Rehabil1959; 40(2):62-9
4. Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de la piel. 4^a edición. BRAUN. Madrid. 2004.
5. Fuertes E, Mateo M, Lanza Y. Manual de formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia. Gobierno de Aragón. Departamento de Servicios sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia. Zaragoza 2010.
6. Santos Franco J, Palacios Ceña D. Manual de formación para gerocultores. SINTESIS. Madrid. 2007.
7. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Mayan Santos JM, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Ulceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006; 17(3): 154-172.
8. Lobo A. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. Revista Brasileña de Geriatría y Gerontología. Vol.11 no.3 Río de Janeiro. 2008.
9. Posnett J.; Soldevilla JJ.; Torra JE.; Verdú J.; San Miguel L.; Mayán JM. 2007 (en prensa).
10. Verdú J, Nolasco A, García C. Gerokomos, 2003; 14(4):212-226
11. García González F, Gago Fornells M. Atención integral de las heridas crónicas. Cuidados de la piel perilesional. GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento de las ulceras por presión y heridas crónicas) 2004.
12. Herida, Ostomía y Continencia Sociedad de Enfermeras de HOC (TE). Guía para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Mount Laurel (NJ): Herida, Ostomía y Continencia

Sociedad de Enfermeras de HOC (TE), 2010 01 de junio. 96 p. (Directriz WOCN la práctica clínica; N ° 2).

13. Ayello EA, RG Sibbald. La prevención de las úlceras por presión y las heridas de la piel. En: Capezuti E, D Zwicker, Mezey M, T Fulmer, director (s). Las pruebas basadas en los protocolos de enfermería de geriatría para las mejores prácticas. 3 ^a ed. Nueva York (NY): Compañía Editorial Springer, 2008 enero p. 403-29.
14. Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). Evaluación y gestión de la etapa I a la IV úlceras por presión. Toronto (ON): Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), de marzo de 2007 112 p.
15. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadaje de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
16. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011.1^a Ed. Madrid: Eselvier; 2010.
17. Johnson M: Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2^a ed. Madrid: Eselvier, 2010.
18. Bulechek GM: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Madrid: Eselvier; 2009
19. Moorhead S: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a ed. Madrid: Eselvier; 2009.