

GRUPO 6. Úlceras por Presión

ÚLCERAS POR PRESIÓN



- **María Pareja Jiménez**
- **Karen Pérez Alfonso**
- **Javier Pérez Salvador**
- **Manuel Pérez Sánchez**
- **Carlos Rabadán Sainz**
- **Laura Ramiro Fernández**
- **Laura Redondo Artés**

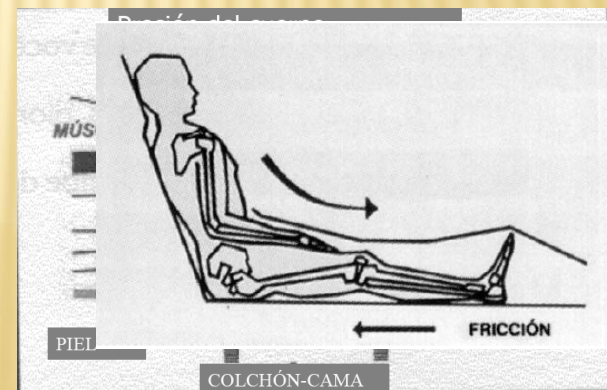
1.- INTRODUCCIÓN

- Problema de salud importante, debido a su alta incidencia y prevalencia.
- Repercusiones:
 - **Individuo:** dolor, pérdida de autonomía, incomodidad, miedo, ansiedad.
 - **Familia:** desgaste y cansancio.
 - **Sistema sanitario:** incrementan el coste de los procesos, imagen institucional negativa.
- Gran importancia de la enfermera en la prevención y en la educación para la salud.



2.- ETIOPATOGENIA

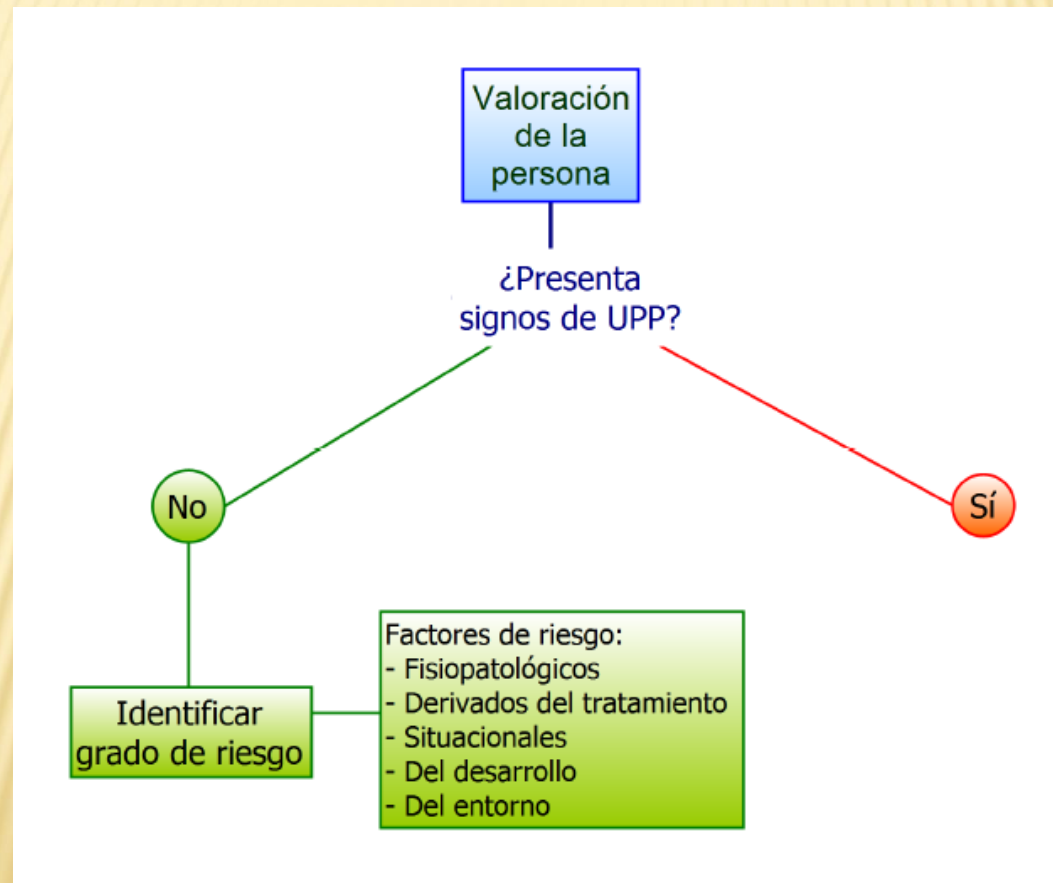
- Causa principal de las úlceras: la presión que ejerce un plano duro externo sobre una prominencia ósea.
- La presión produce sobre la piel y tejidos blandos disminución del aporte del riego sanguíneo, con obstrucción venosa y linfática → necrosis del tejido presionado.
- Dentro de ésta presión hay 3 tipos de mecanismos:
 1. Presión directa.
 2. Fricción
 3. Cizallamiento



2.- ETIOPOATOGENIA

- En la patogénia de las UPP intervienen 2 factores:
 - Factor extrínseco: presión que se realiza sobre un tejido concreto.
 - Factor intrínseco: patologías que la persona pueda presentar en ese momento y que influirá en la respuesta de cada organismo a la presión.

2.- ETIOPOATOGENIA II



3.- FACTORES DE RIESGO

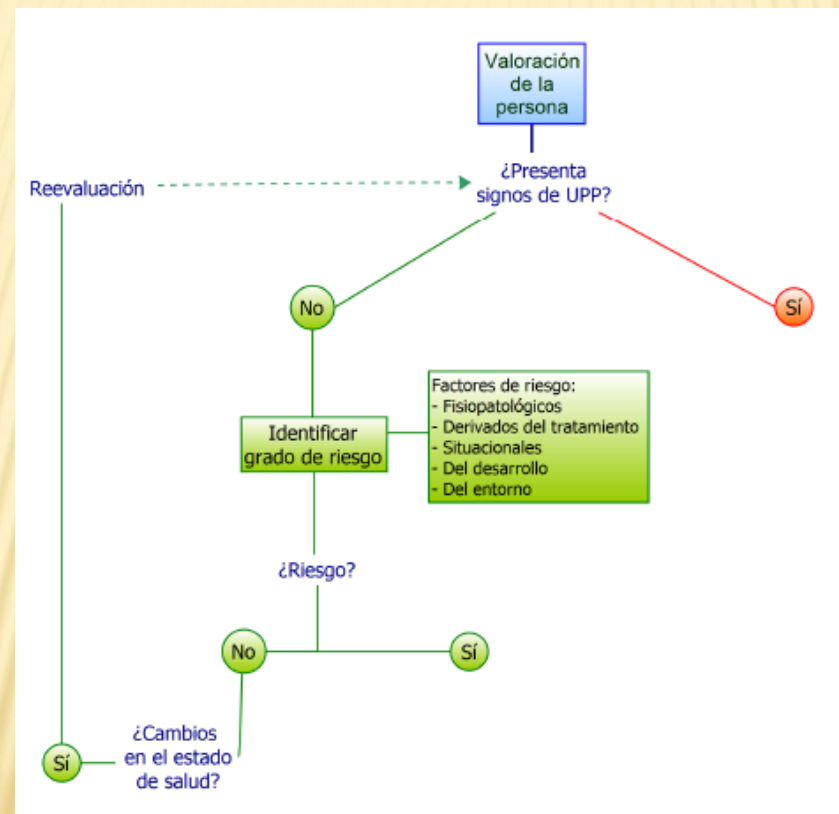
<u>Fisiopatológicos</u>	<u>Derivados del tratamiento</u>	<u>Situacionales</u>	<u>Del Desarrollo</u>	<u>Del Entorno</u>
-lesiones cutáneas -trastorno en el transporte de oxígeno -deficiencias nutricionales -trastorno inmunológicos -alteración del estado de conciencia -Deficiencias motores -Deficiencias sensoriales -alteración de la eliminación	-Inmovilidad impuesta -tratamientos o fármacos que tienen acción inmunopresora -Sondajes	-Inmovilidad -Arrugas en ropa de cama, pijama...	-En niños: rash por el pañal... - ancianos: piel seca, movilidad restringida	-Deterioro de la propia imagen -Falta de educación sanitaria -Falta o mala utilización del material de prevención -Sobrecarga del trabajo profesional -Falta de criterios unificados en la planificación de las curas

3.1 POBLACIÓN DIANA

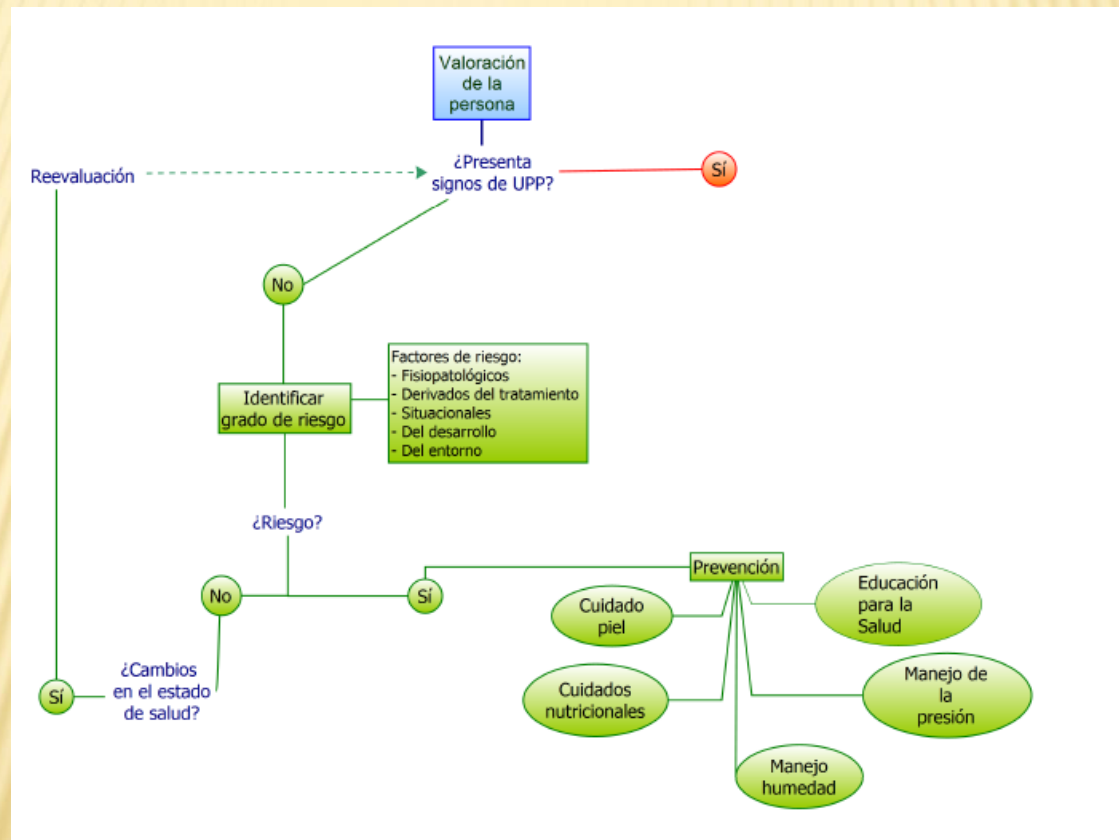
Las personas que tienen mayor riesgo de padecer úlceras por presión son:

- personas mayores con enfermedades crónicas
- pacientes encamados o inmovilizados en sillas
- pacientes con alteraciones de la sensibilidad y que no perciben el dolor isquémico
- pacientes que no son capaces de mantener una postura adecuada
- pacientes que ya padecen alguna úlcera por presión.

CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD



4.- PREVENCIÓN DE LAS UPP



4.- PREVENCIÓN DE LAS UPP II

- Plan de cuidados individualizado para ↓ los factores de riesgo. Abarca:
 - Identificar a los individuos de riesgo.
 - Cuidados nutricionales.
 - Cuidados de la piel.
 - Control del exceso de humedad
 - Manejo de la presión
 - Educación para la salud

4.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS INDIVIDUOS DE RIESGO.

- **Valoración del paciente utilizando la escala de Norton modificada.**
- Frecuencia de valoración:
 - Al ingreso del hospital o en cada visita domiciliaria.
 - Según el riesgo que presente.
 - Siempre que cambie el estado general del paciente.
- Valoración en pacientes de piel oscura:
 - Observar cambios en la coloración de la piel, como morado, marrón, azul y utilizando luz natural o halógena.
 - Valorar la temperatura de piel y la consistencia.
 - Preguntar al paciente si tiene dolor o escozor.
- Valoración del cuidador informal y de la capacidad del paciente para acceder a los recursos.

4.2 CUIDADOS NUTRICIONALES

- **La nutrición es importante para la cicatrización, un déficit de esta la retrasaría y favorecería la aparición de úlceras nuevas.**
- **El paciente que presentan UPP tiene dificultades para conseguir una nutrición adecuada debido a factores como:**
 - Edad avanzada.
 - La inapetencia derivada de la inactividad.
 - El dolor.
 - La carencia de dientes.
 - Problemas neurológicos.
 - Bajo nivel de conciencia.
- **Por esta razón es importante mantener el equilibrio nutricional vigilando que:**
 - El aporte de calorías sea de 30 a 35 calorías Kg./día
 - El aporte de proteínas sea de 1,25 a 1,50g por Kg./día

4.3 CUIDADOS DE LA PIEL

- El objetivo es mantener la integridad de la piel mediante las siguientes acciones:
 - **Inspección de la piel teniendo en cuenta:**
 - Las prominencias óseas.
 - Zonas con lesiones anteriores o con dispositivos terapéuticos
 - La presencia de sequedad,
 - Excoriación, eritema o maceración.
 - **Higiene básica**
 - Mantener la piel limpia y seca y evitar la fricción.
 - Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca.
 - En pacientes con alto riesgo de padecer UPP o que presentan en estadio I aplicar ácidos grasos hiperoxigenados.
 - Utilizar apósitos hidrocélulares en las prominencias óseas y zonas de presión o alto riesgo.
 - Utilizar apósitos de hidrocoloide para manejar la fricción.

4.4 CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD

- La humedad producida por la incontinencia fecal o urinaria provoca maceración y edema de la piel y aumenta la susceptibilidad a la abrasión, por ello es imprescindible:
 - Valorar y controlar las causas del exceso de humedad.
 - Si el paciente padece incontinencia, valorar la posibilidad de instaurar los dispositivos no invasivos (pañales, colectores) necesarios para evitarla.
 - Inspeccionar el pañal a menudo y cambiarlo lo antes posible cuando esté mojado

4.5 MANEJO DE LAS PRESIÓN

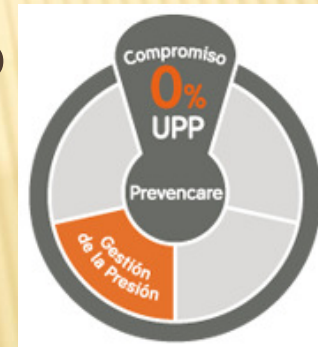
- Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP se tendrán que considerar 4 elementos:

- **4.5.1 Actividad física**

- Valorar la movilidad del paciente.
- Si tiene autonomía, elaboración de planes para estimular la actividad y el movimiento.
- Si no tiene la capacidad de moverse, realizar movilizaciones pasivas.

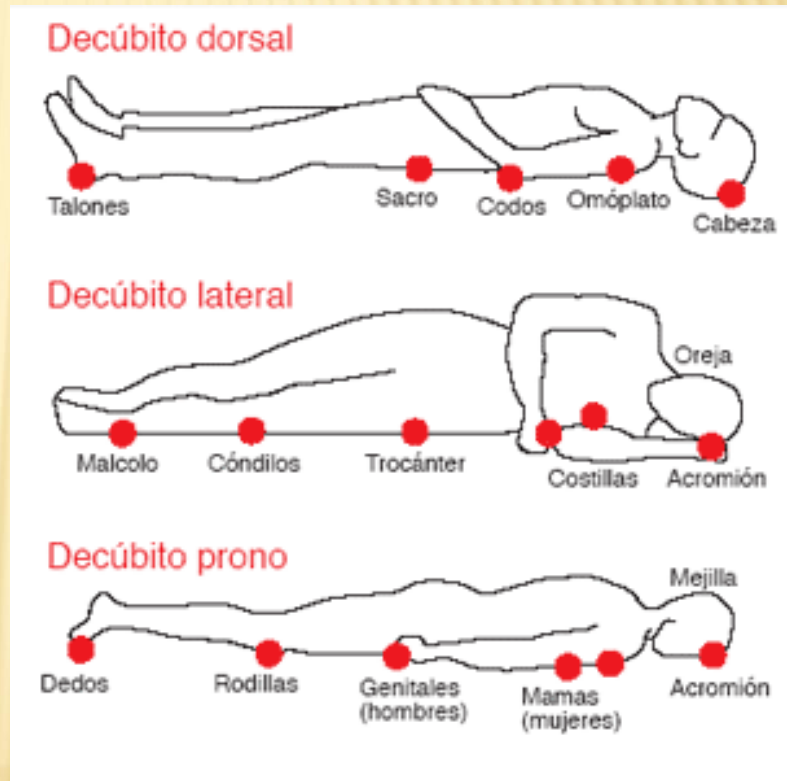
- **4.5.2 Cambios posturales**

- Son de gran importancia tanto en prevención como en tratamiento.
- La frecuencia de cambio postural varía según el riesgo de padecer UPP de cada paciente: alto, cada 2 horas, medio, cada 2-4 horas, leve, cada 4 horas.



4.5 MANEJO DE LAS PRESIÓN II

- **4.5.3 Protección local ante la presión.**
 - Al existir zonas con mayor riesgo de presentar UPP, para disminuir el riesgo podemos utilizar dispositivos específicos de protección local ante la presión como son:
 - apósitos hidrocélulares anatómicos
 - almohadillas especiales de gel
 - botines específicos.



4.5 MANEJO DE LAS PRESIÓN III

- Estas medidas deben permitir la inspección de la piel, ser compatibles con otras medidas de cuidado local y no lesionar la piel al retirarlas.
- Hay que evitar los problemas de presión y rozamiento sobre prominencias óseas, piel o mucosas cuando el paciente además presenta:
 - yesos.
 - sondas, catéteres.
 - tubos orotraqueales.
 - sondas nasogástricas.

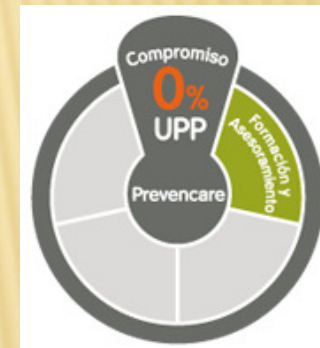
• **4.5.4 Superficies Especiales de Manejo de la Presión (SEMP)**

- Son superficies diseñadas para el manejo de la presión.
- A la hora de asignación de una SEMP, se han de tener en cuenta dos factores: riesgo y severidad o estadio de la UPP.

4.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

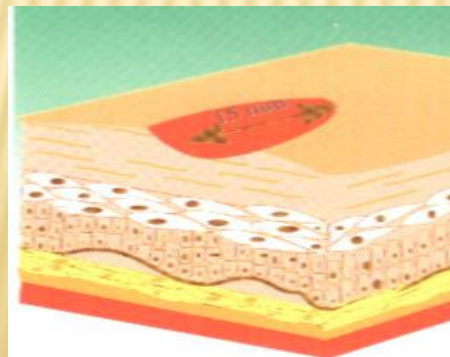
- El objetivo es facilitar los conocimientos y habilidades necesarias para la prevención de las UPP y evitar la sobrecarga en el cuidador principal. Para ello:

- Valorar la capacidad del paciente y del cuidador principal
- Si su participación es posible, hay que diseñar un programa de educación sanitaria el cual debe de:
 - Adaptarse a sus características personales.
 - Dirigirse a todos los niveles (paciente, familia, cuidadores).
 - Incluir conocimientos básicos sobre la fisiopatología de la formación de una UPP, los factores de riesgo, las repercusiones que conllevan, la detección precoz y los



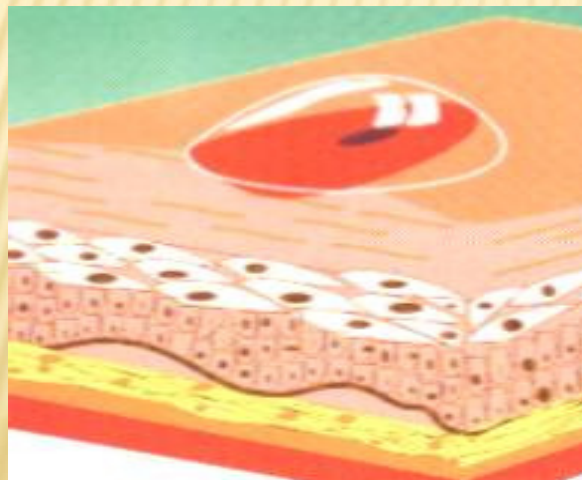
5.- ESTADIAJE DE LAS UPP I

ESTADIOS	DEFINICIÓN	AFECTACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Estadio I	Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel, consistencia del tejido (edema, induración...) y/o sensaciones (dolor, escozor...)	Epidermis íntegra	▪ Color rojo/rosado. En pieles oscuras, tonos rojos, azules o morados ▪ Hiperemia reactiva > 24H ▪ El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos



5.- ESTADIAJE DE LAS UPP II

ESTADIOS	DEFINICIÓN	AFECTACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Estadio II	Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial	Epidermis Dermis	▪ Flictenas o vesículas ▪ Descamación y grietas



5.- ESTADIAJE DE LAS UPP III

ESTADIO	DEFINICIÓN	AFECTACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Estadio III	Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.	Tejido celular subcutáneo	▪ Proceso necrótico ▪ Puede haber exudado seroso-sanguinolento ▪ Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas

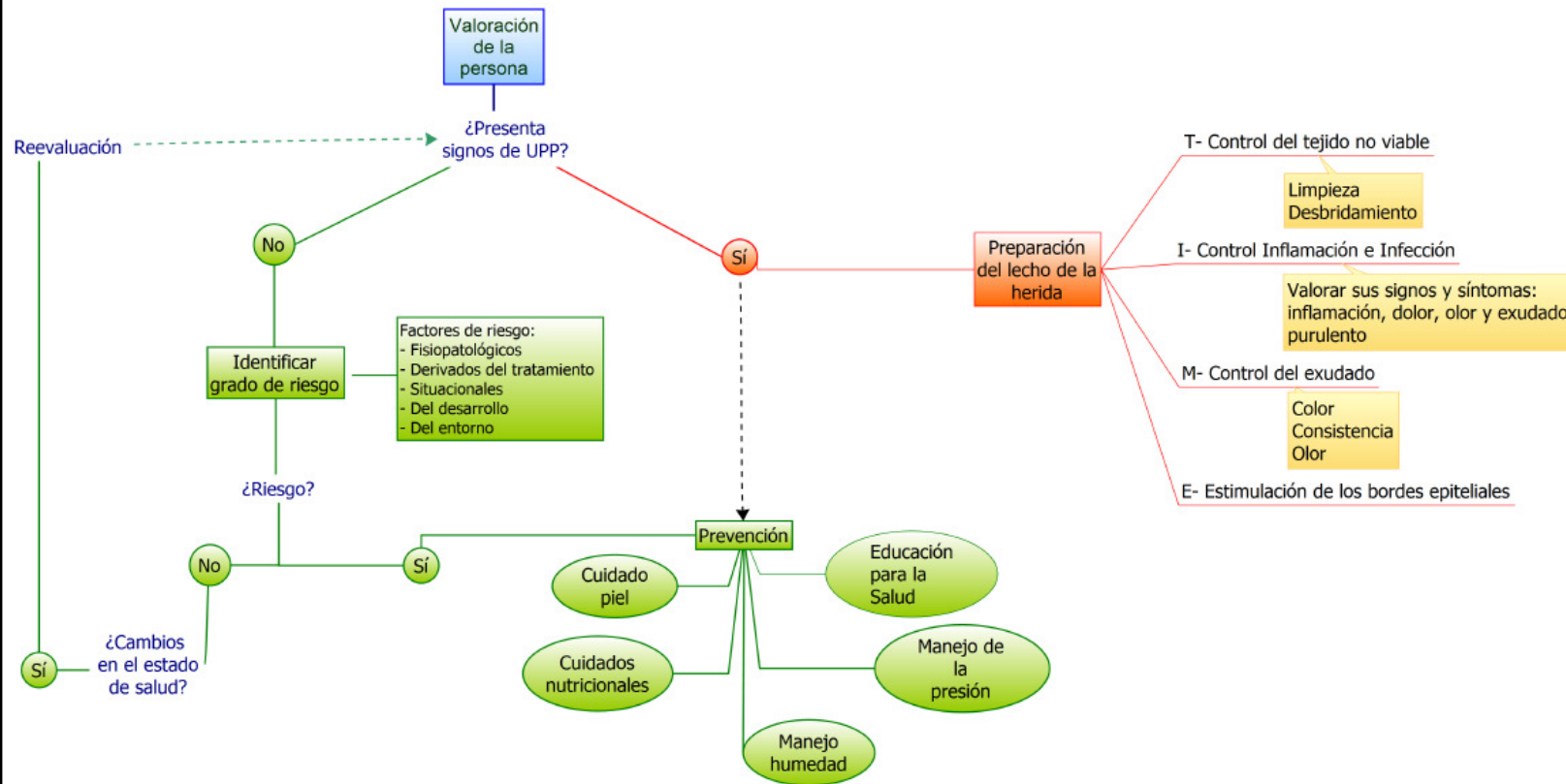


5.- ESTADIAJE DE LAS UPP IV

ESTADIOS	DEFINICIÓN	AFECTACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Estadio IV	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular...). En este estadio como en el tres pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.	Músculo Pueden alcanzar articulaciones	▪ Tejido necrótico y exudado abundante ▪ Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas

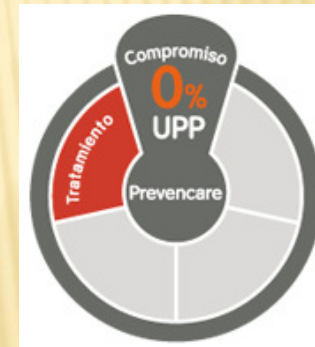


6.- TRATAMIENTO



6.- TRATAMIENTO

- Debe ser dinámico y multidisciplinar
- La etiología de las UPP condiciona las actuaciones a realizar → objetivo: conseguir la cicatrización
- Reevaluar al paciente para prevenir nuevas UPP y valorar las ya existentes.



6.- TRATAMIENTO II

- Requiere la valoración en tres áreas:
 - Valoración del paciente
 - Valoración del entorno
 - Valoración de la lesión

6.- TRATAMIENTO III (VALORACIÓN)

Requiere la valoración en tres áreas:

- Valoración del paciente: para detectar que aspectos pueden influir negativamente en el proceso de cicatrización de la lesión.→ énfasis en el soporte nutricional y en el área psicosocial.
- Valoración del entorno: pueden provocar cambios en las actividades diarias, debido a la pérdida de autonomía, cambios en la autoestima→ déficit de autocuidado

6.- TRATAMIENTO IV (VALORACIÓN)

- Valoración de la lesión: clasificación por estadios. Solo en el momento inicial, no sirve para la cicatrización de la UPP.

Una vez valorada se establece un plan de cuidados preparando el lecho de la herida para su cicatrización.

Importante registrar la valoración de la evolución al menos una vez a la semana y siempre que se produzca un cambio.

6.- TRATAMIENTO V VALORACIÓN DE LA LESIÓN

- Las características de la herida se deben registrar siguiendo una serie de parámetros que están consensuados:
 - Localización de la herida
 - Clasificación inicial
 - Dimensiones
 - Existencia de tunelizaciones, excavaciones y trayectos fistulosos
 - Tipo de tejidos presentes en el lecho de la lesión
 - Estado de la piel perilesionada
 - Secreción de la úlcera
 - Intensidad de dolor
 - Signos cénicos de infección local
 - Antigüedad de la lesión
 - Evolución de la lesión.

PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA I

Es el tratamiento de una herida orientado hacia la aceleración de la cicatrización endógena para facilitar la efectividad de otras medidas terapéuticas.

Según el profesor Vincent Falanga:

"La herida debe ser preparada desde su mismo lecho, así como en su ambiente inmediato, para poder asegurar que el proceso de cicatrización se desarrolle en un periodo de tiempo adecuado."

PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA I

Pero esto no es nuevo:

- F. Nightingale en su modelo de cuidados:

"objetivo de la enfermera conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él"

- El papel de la enfermería en la PLH:

"recrear las condiciones fisiológicas más adecuadas para que el organismo sea capaz de reponer las perdidas en el menor tiempo posible con las mejores secuelas posibles"



PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA II

- La preparación del lecho de la herida ofrece a los profesionales sanitarios un enfoque para la eliminación de obstáculos en la cicatrización, y para la estimulación del proceso.
- **Objetivo:** reducir el tiempo de cicatrización:
 - menor sufrimiento para el paciente
 - menos complicaciones
 - menos coste para el sistema de salud

PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA III

Engloba 4 componentes, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las UPP:

- "**T**" Control del tejido no viable
- "**I**" Control de la inflamación e infección
- "**M**" Control del exudado
- "**E**" Estimulación de los bordes epiteliales

El esquema TIME no es lineal:

- Durante el proceso de cicatrización hay que prestar atención a los diferentes elementos del esquema.
- Una única intervención puede afectar a más de un elemento del esquema.



6.2.1 **I** CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE

Esta parte del esquema TIME engloba las siguientes acciones:

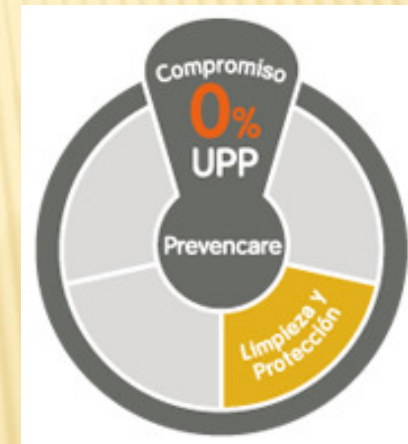
- Limpiar
- Identificar tejido desvitalizado
- Desbridar

6.2.1 I CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE II

Grupo 6 Úlceras por Presión

Limpieza de la lesión

- Al principio de cada cura
- Con suero fisiológico salino
- La presión debe:
 - Garantizar el arrastrado de bacterias
 - No lesionar tejido sano
- No utilizar antisépticos, ni limpiadores cutáneos



6.2.1 T CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE III

Grupo 6 Úlceras por Presión

Identificar tejido desvitalizado

Este tejido es habitual en las UPP, debido a la destrucción de tejidos, impidiendo la cicatrización.

Su eliminación permite fomentar la formación de tejido sano.

TIPOS DE TEJIDO:

- Tejido necrótico
- Escara
- Esfacelos



6.2.1 CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE IV

Grupo 6: Úlceras por Presión

Desbridamiento

Conjunto de mecanismos fisiológicos o externos, dirigidos a la retirada de todos los tejidos y materiales que no favorecen el proceso de cicatrización

Tipos de desbridamiento

- Quirúrgico
- Cortante
- Enzimático
- Autolítico
- Osmótico
- Mecánico
- Larval

6.2.1 I CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE V

Grupo 6 Úlceras por Presión

El desbridamiento debe:

- Eliminar el sustrato que permite el crecimiento de microorganismos favorecedores de la infección y que pueden evolucionar hacia la amputación o muerte.
- Aliviar la carga metabólica en la lesión y el estrés psicológico del paciente.
- Facilitar la curación
- Mejorar la restauración estructural y funcional de la piel.
- Desenmascarar posibles acúmulos de exudados o accesos
- Permitir la evaluación de la profundidad de la úlcera
- Detener la pérdida de proteínas a través del drenaje
- Controlar el olor de la herida.

6.2.1 I CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE VI

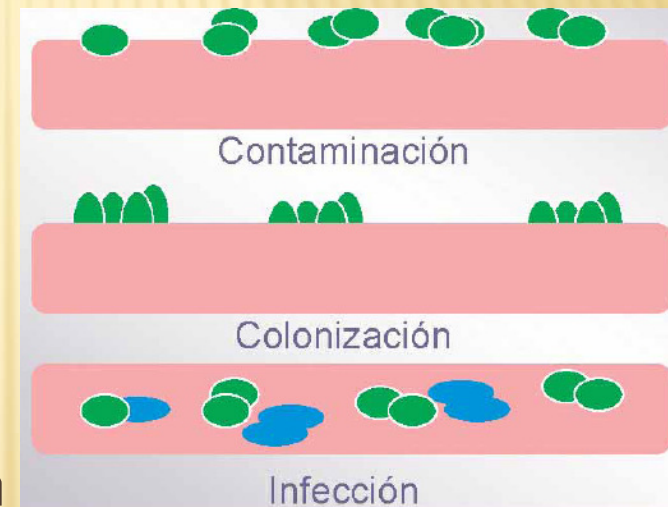
Grupo 6 Úlceras por Presión

Consideraciones previas al desbridamiento

- Valorar el estado general del paciente
- Características del tejido a desbridar, que orientan el tipo de desbridamiento
- Áreas anatómicas donde se encuentren las UPP
- Control del dolor.
- La necrosis seca del talón sin edema, eritema, fluctuación o drenaje no se debe desbridar. Excepción a la recomendación de que toda escara debe ser desbridada.
- Combinar diferentes tipos de desbridamiento ya que suelen ser compatibles.

6.2.2 I CONTROL DE LA INFLAMACIÓN-INFECCIÓN

- Las UPP pueden estar contaminadas por bacterias. Esto no quiere decir que este infectada, sino colonizada.
- La limpieza y el desbridamiento dificulta la colonización bacteriana infección.
- Las infecciones clínicas retrasan el proceso de cicatrización por lo que se deben tratar de forma agresiva y rápida.



6.2.2 **I** CONTROL DE LA INFLAMACIÓN- INFECCIÓN II

Puntos clave en el abordaje de la infección:

- El objetivo del tratamiento debe ser proporcionar las condiciones óptimas que promuevan la cicatrización rápida.
- Usar terapias antimicrobianas tópicas si existe sospecha de progresión hacia infección manifiesta o interrupción de cicatrización.
- Evitar el uso prolongado de antimicrobianos.
- Usar antibióticos en situaciones clínicas concretas y los microorganismos deben ser sensibles a éstos.
- Examinar regularmente el estado de la herida y cambiar el tratamiento cuando la cicatrización no progrese.

6.2.2 I CONTROL DE LA INFLAMACIÓN-INFECCIÓN III

La infección de una UPP puede estar influenciada por factores como:

- Factores propios del paciente
 - Déficit nutricional
 - Obesidad
 - Fármacos como los inmunosupresores o citotóxicos
 - Enfermedad concomitante (diabetes, neoplasias...)
 - Edad avanzada
 - Incontinencia
- Factores relacionados con la lesión:
 - Estado de la lesión
 - Existencia de tejido necrótico y esfacelado
 - Tunelizaciones
 - Lesiones tórpidas
 - Alteración circulatoria de la zona

6.2.2 I CONTROL DE LA INFLAMACIÓN-INFECCIÓN IV

Para diagnosticar la infección en una UPP se deben valorar los síntomas clásicos de cualquier infección local:

- Inflamación (eritema, edema, tumor y calor)
- Dolor
- Olor
- Exudado purulento.

6.2.2 I CONTROL DE LA INFLAMACIÓN-INFECCIÓN V

- Si hay signos de infección local se debe intensificar la limpieza y el desbridamiento.
- Si en 2-4 semanas no evoluciona favorablemente deberá implantarse un tratamiento específico.
- Si no existe respuesta favorable al tratamiento local se deben realizar cultivos bacterianos. Una vez identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, previa valoración del paciente y de la lesión

6.2.3 **M** CONTROL DEL EXUDADO

- El mantenimiento de la humedad de las heridas acelera la reepitelización, pero las condiciones de humedad o sequedad extrema afectan negativamente
- Existen apósitos que estimulan la cicatrización de las heridas en un ambiente húmedo
- Mantener húmeda una herida no aumenta el riesgo de infección

6.2.3 **M** CONTROL DEL EXUDADO II

Valoración del exudado.

- Color
 - Consistencia
 - Olor
-
- Importante valorar la CANTIDAD de exudado

6.2.3 **M** CONTROL DEL EXUDADO III

COLOR

- Claro ambarino
- Turbio, lechoso o cremoso
- Rosado o rojizo
- Verdoso
- Amarillento o marronoso
- Gris o azulado

6.2.3 M CONTROL DEL EXUDADO IV

CONSISTENCIA

- Alta viscosidad
- Baja viscosidad

OLOR

Muy desagradable, por el crecimiento bacteriano e infección

6.2.3 **M** CONTROL DEL EXUDADO V

- Un cambio en el exudado o en la enfermedad concomitante del paciente puede y debe conllevar una reevaluación del paciente
- Tras la evaluación del exudado el profesional sanitario decide qué tipo de apósito debe utilizar, ya que estos representan la mejor manera de manejar el exudado.
- Existen evidencias científicas que demuestran el beneficio de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional

6.2.3 **M** CONTROL DEL EXUDADO VI

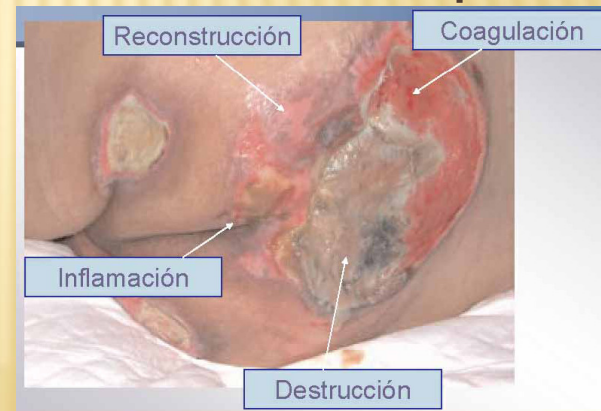
- Para evitar que se formen abscesos o que la ulcera se cierre en falso será necesario rellenar parcialmente las cavidades y tunelizaciones de la lesión con productos basados en el principio de la cura húmeda.

6.2.4 E ESTIMULACIÓN DE LOS BORDES EPITELIALES

- La cicatrización constituye una parte del proceso biológico normal de curación y reparación de las úlceras.
- La cicatrización eficaz precisa del restablecimiento de un epitelio intacto y la recuperación de la funcionalidad de la piel.

- PROCESO:

- Fase inflamatoria
- Fase proliferativa
- Fase contracción o maduración

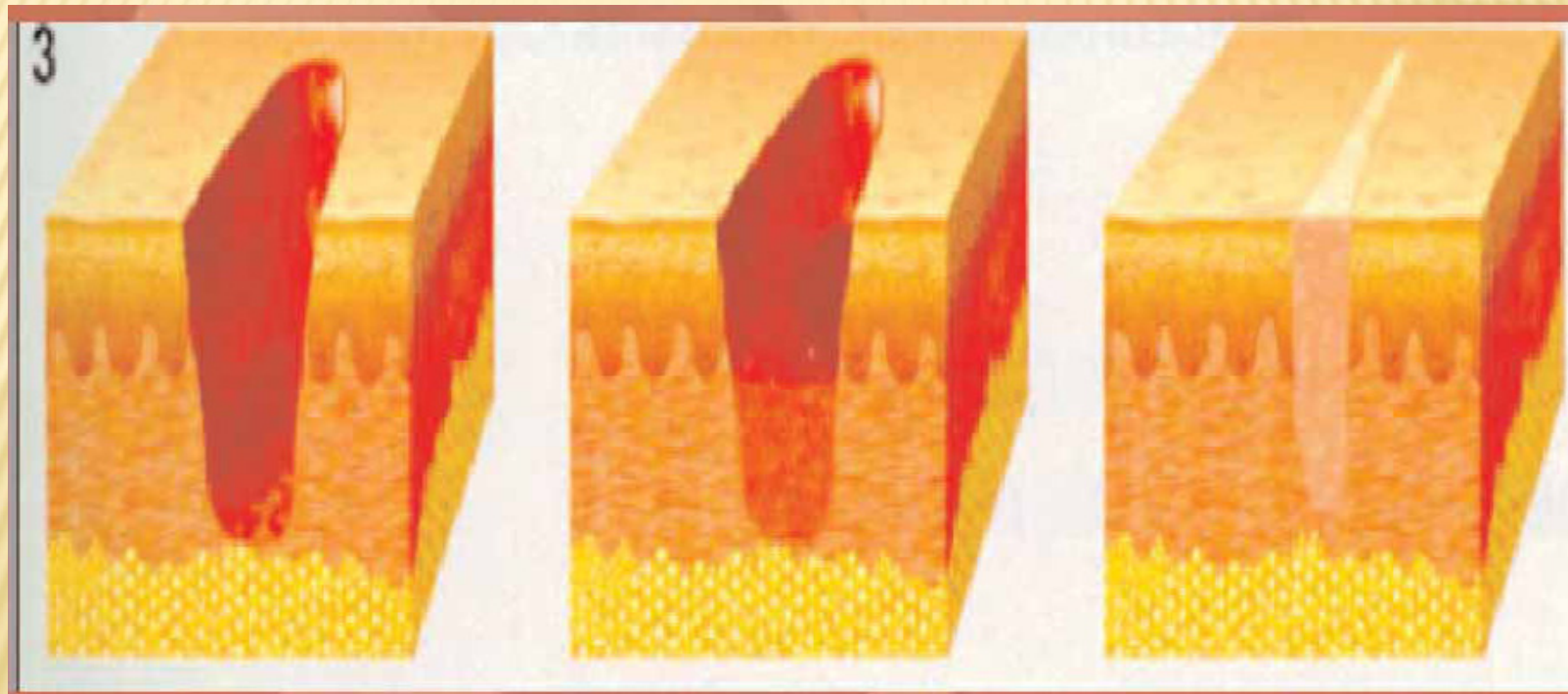


6.2.4.1 CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN

- Estas heridas son aquellas con pérdida de tejido o contaminación intensa que forman tejido de granulación y se contraen a fin de cicatrizar.



6.2.4.1 CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN II



6.2.4.1 CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN III

■ Cicatrización Normal

- Inicialmente:
 - Bordes de la herida inflamados, indurados y dolorosos
 - Tejido de granulación rosado que evoluciona a rosa mas profundo y rojo carnososo
 - Migración de las células epiteliales que rodean la herida a través del tejido de granulación
- A medida que se produce la cicatrización:
 - Bordes de la herida se tornan rosados
 - Disminuye el ángulo entre tejido circundante y herida,
 - Contracción de la herida
 - Reducción de tamaño.

6.2.4.1 CICATRIZACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN IV

- Defecto de la cicatrización
 - Se produce por la presencia de exudado, esfacelos o tejido necrótico en el suelo y paredes de la herida
 - Da lugar a desorganización, alteración del color, tumefacción, aumento del calor local y dolor

7.- APÓSITOS

- El apósito ``ideal`` para este tipo de heridas:
 - Biocompatible
 - Proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas
 - Mantener el lecho de la úlcera húmedo y piel circundante secas
 - Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico
 - Dejar la mínima cantidad de residuos
 - Ser adaptable a localizaciones difíciles
 - Respetar la piel perilesional
 - Ser de fácil aplicación y retirada

7.- APÓSITOS II

- Aspectos a tener en cuenta para elegir un apósito:
 - Acción que ha de realizar el apósito en la herida
 - Facilidad de aplicación y comodidad para el paciente
 - Coste/beneficio del tratamiento aplicar
 - Posibilidad de cura en la herida
 - Evidencia científica que apoya el tratamiento

7.- APÓSITOS III

- La tipología y evolución de las lesiones determina las necesidades y requisitos a cubrir por parte de un apósito.
- Las funciones más importantes de un apósito son:
 - Proteger
 - Absorber
 - Desbridar
 - Evaporar

7. APÓSITOS – ALGINATOS

<u>APÓSITOS</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>INDICACIONES</u>	<u>CONSIDERACIONES</u>
Alginatos	A base de sales de Ca y Na del ác. Algínico, polímero extraído de algas marinas llamadas Pardas y compuestas de residuos de ác. Gluculónico y Manurónico	▪ Heridas de moderada/alta exudación ▪ Lesiones contaminadas e infectadas ▪ Lesiones cavitadas ▪ Heridas sangrantes	Contraindicado en lesiones secas, con presencia de tejido necrótico o escara y que no son exudativas, ya que se adhieren y producen irritación

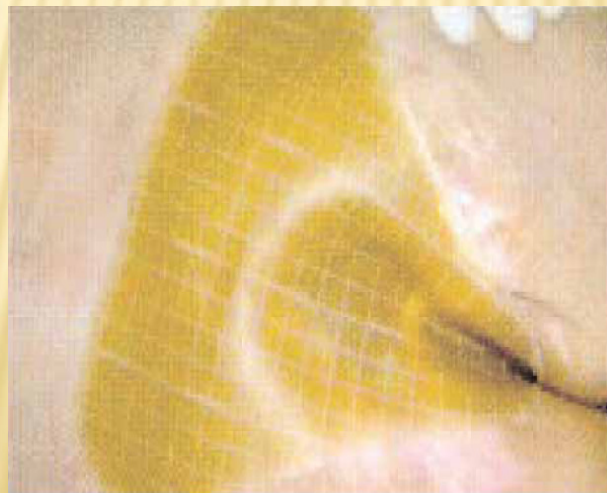


7. APÓSITOS – AC. GRASOS HIPOXIGENADOS

<u>APÓSITOS</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>INDICACIONES</u>	<u>CONSIDERACIONES</u>
Ácidos grasos hipoxigenados	Fundamentalmente compuestos por Ácidos. Grasos esenciales	▪ Prevención UPP ▪ Tto. UPP en estadio I	Aplicación sobre piel íntegra, pulverizando 2-3 veces al día en zona de riesgo

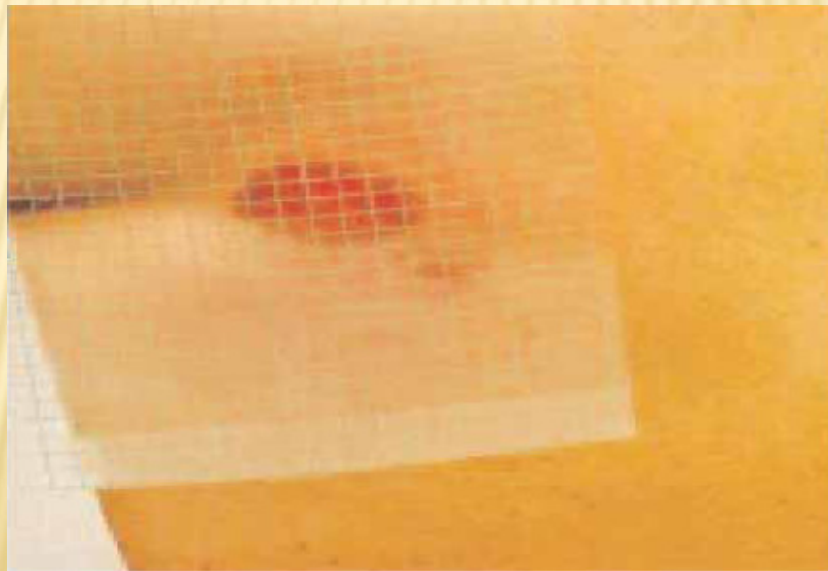
7. APÓSITOS - HIDROCOLOIDES

<u>APÓSITOS</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>INDICACIONES</u>	<u>CONSIDERACIONES</u>
Hidrocoloides	Composición basada en carboximetilcelulosa u otros polisacáridos y proteínas. Disponible en apósito, pasta o granulos.	▪ Heridas con drenaje mínimo a moderado ▪ Heridas que requieren desbridamiento ▪ Promover granulación y epitelización ▪ Proteger de la contaminación ▪ Protección zonas de fricción y roce	El apósito debe sobresalir de 2 a 2.5 cm de la lesión. Puede sustituirse cada 7 días y usarse con alginato o hidrofibra de hidrocoloide No utilizar en heridas con alta exudación, infectadas, afectación de músculos y tendones Pueden generar olor que no se debe confundir con infección



7. APÓSITOS - POLIURETANOS

<u>APÓSITOS</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>INDICACIONES</u>	<u>CONSIDERACIONES</u>
Poliuretanos	Láminas adhesivas semipermeables que permiten el paso de gases y vapor de agua previniendo la penetración de humedad y la infección bacteriana	▪ Heridas en riesgo de contaminación ▪ Protección de piel intacta de irritantes o infección ▪ Heridas superficiales	Deben cambiarse cada 7 días como máximo. Resistentes al baño. No usar en pieles con signo de infección ya que puede macerar la piel perilesional



7. APÓSITOS – HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDES

<u>APÓSITOS</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>INDICACIONES</u>	<u>CONSIDERACIONES</u>
Hidrofibra de Hidrocoloides	Producto de carboximetilcelulosa sódica, que tiende a gelificarse una vez absorbe el exudado	▪ Lesiones con exudación de moderada/intensa ▪ Lesiones cavitadas ▪ Facilita el desbridamiento autolítico de heridas exudativas ▪ Evita el trauma de tejidos frágiles de la herida ▪ Promover el confort	Frecuencia de cambio entre 1-4 días. En lesiones cavitadas no rellenar en su totalidad. Contraindicado en lesiones secas o tejido necrótico y no exudativo.



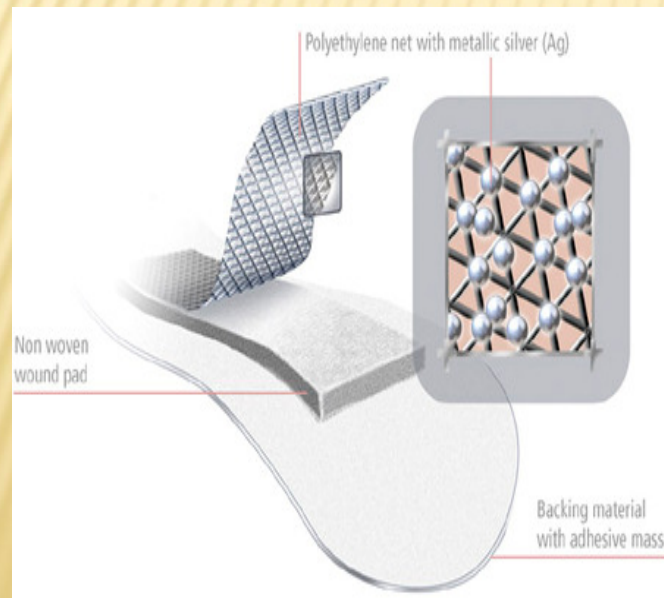
7. APÓSITOS - HIDROGELES

<u>APÓSITOS</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>INDICACIONES</u>	<u>CONSIDERACIONES</u>
Hidrogeles	Polímero compuesto principalmente de agua y diferentes sustancias: almidón, pectina...	▪ Herida necrótica, con escara ▪ Exudación moderada/escasa ▪ Heridas en fase de granulación ▪ Evita la adherencia del apósito, el sangrado y el dolor ▪ Lesión infectada	Requieren de otro apósito para fijarlos a la herida. Contraindicado en lesiones altamente exudativas. Se secan fácilmente y dan mal aspecto y olor No asociar con antisépticos



7. APÓSITOS – PRODUCTOS CON PLATA

APÓSITOS	DESCRIPCIÓN	INDICACIONES	CONSIDERACIONES
Productos con plata	Antibacterianos tanto profilácticos como en el tto. de heridas tanto infectadas como en el control de infecciones.	▪ Heridas infectadas y contaminadas ▪ Carcinomas fungoides ▪ Heridas malolientes	Antes de aplicar retirar el tejido necrótico. Deben estar en contacto directo con la herida Frecuencia de cambio entre 1-4 días según el exudado, cambiando el apósito secundario según necesidades



CUIDADOS ENFERMEROS

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00046. Deterioro de la integridad cutánea Situación en que el paciente sufre un deterioro de la epidermis, la dermis o de ambas.	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
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 Perfusión tisular: periférica

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Riesgo de que la piel se vea afectada negativamente	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
3540 Prevención de UPP	1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

CUIDADOS ENFERMEROS

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00085. Deterioro de la movilidad física Situación en que el paciente ve limitada su capacidad para mover de manera independiente e intencionada todo el cuerpo o algunas de las extremidades.	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
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

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00004. Riesgo de infección Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
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

CUIDADOS ENFERMEROS

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00002. Desequilibrio nutricional por defecto Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
1050 Alimentación 1240 Ayuda para ganar peso 1260 Manejo del peso 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación 1100 Manejo de la nutrición	1612 Control del peso 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 0303 Autocuidados: comer

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00001. Desequilibrio nutricional por exceso Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
1050 Alimentación 1280 Ayuda para disminuir peso 4360 Modificación de la conducta 1100 Manejo de la nutrición	1612 Control del peso 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos 1802 Conocimientos: dieta

CUIDADOS ENFERMEROS

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00132. Dolor agudo / 00133. Dolor crónico Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses (dolor agudo) o mayor de 6 meses (dolor crónico).	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
2210 Administración de analgésicos 1400 Manejo del dolor 6482 Manejo ambiental: confort	2102 Nivel del dolor 1605 Control del dolor 2100 Nivel de comodidad

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00062. Riesgo de cansancio en el rol de cuidador Situación en que el cuidador habitual de la familia tiene dificultad para seguir asumiendo su papel.	
<i>Intervenciones (NIC)</i>	<i>Resultados (NOC)</i>
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

CASO PRÁCTICO I



12 meses
evolución

Talón

diabético

Exudado
abundante

Piel
periulceral
frágil y
edematizada
y macerada

CASO PRÁCTICO II



CASO PRÁCTICO III



CASO PRÁCTICO IV





Gracias!!