



Cuidados de la piel



*Peligros Larrosa Sánchez
ESAD Área V-Altiplano*



Objetivos

- ❖ Proporcionar al paciente el máximo confort posible
- ❖ Mantener la piel limpia seca e hidratada
- ❖ Evitar la presión y el roce continuado en las zonas de riesgo
- ❖ Disminuir el riesgo de posibles alteraciones:
PREVENIR



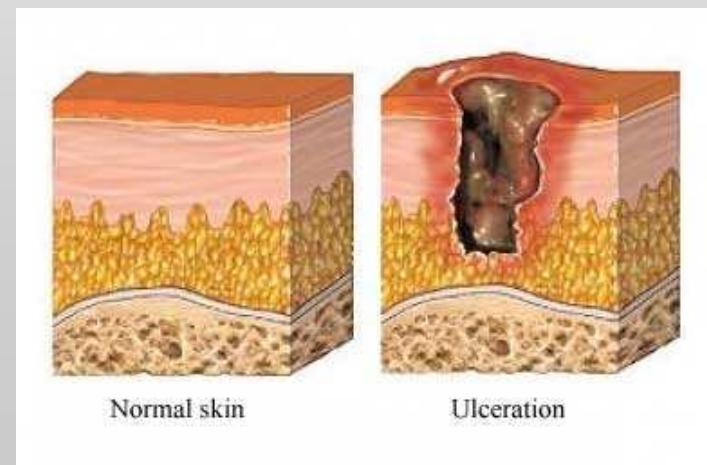
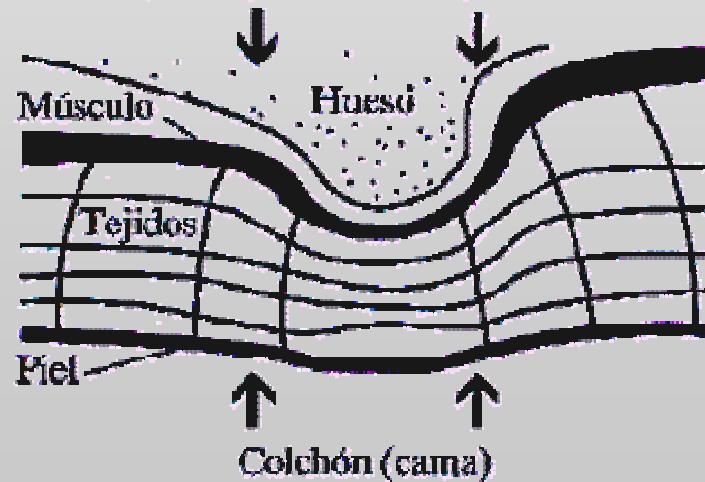
Úlceras Por Presión

DEFINICIÓN

Es una lesión de origen isquémico que afecta a la piel y tejido subyacente producidas por presión y/o fricción entre dos planos.

Los tejidos bajo presión

Presión por el peso del cuerpo





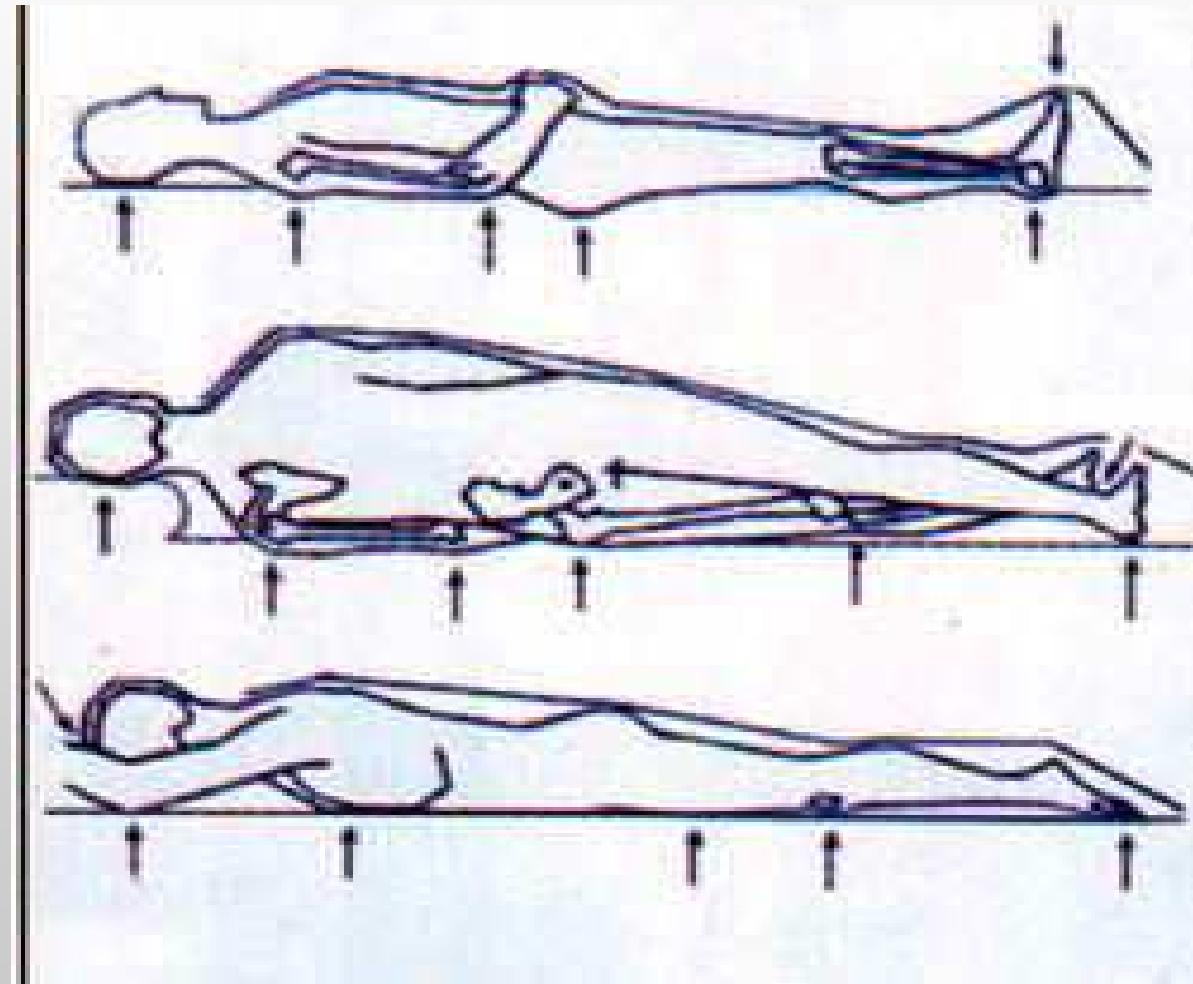
UPP: Etiopatogenia y secuencia

- ❖ Presión tisular entre dos planos duros
- ❖ Presión capilar normal: 16-33 mm Hg
- ❖ 70 mm Hg >2 horas = Isquemia
- ❖ Relación: presión – fricción/ tiempo
- ❖ Vasodilatación de la zona, extravasación de líquidos e infiltración celular



Fuerzas responsables

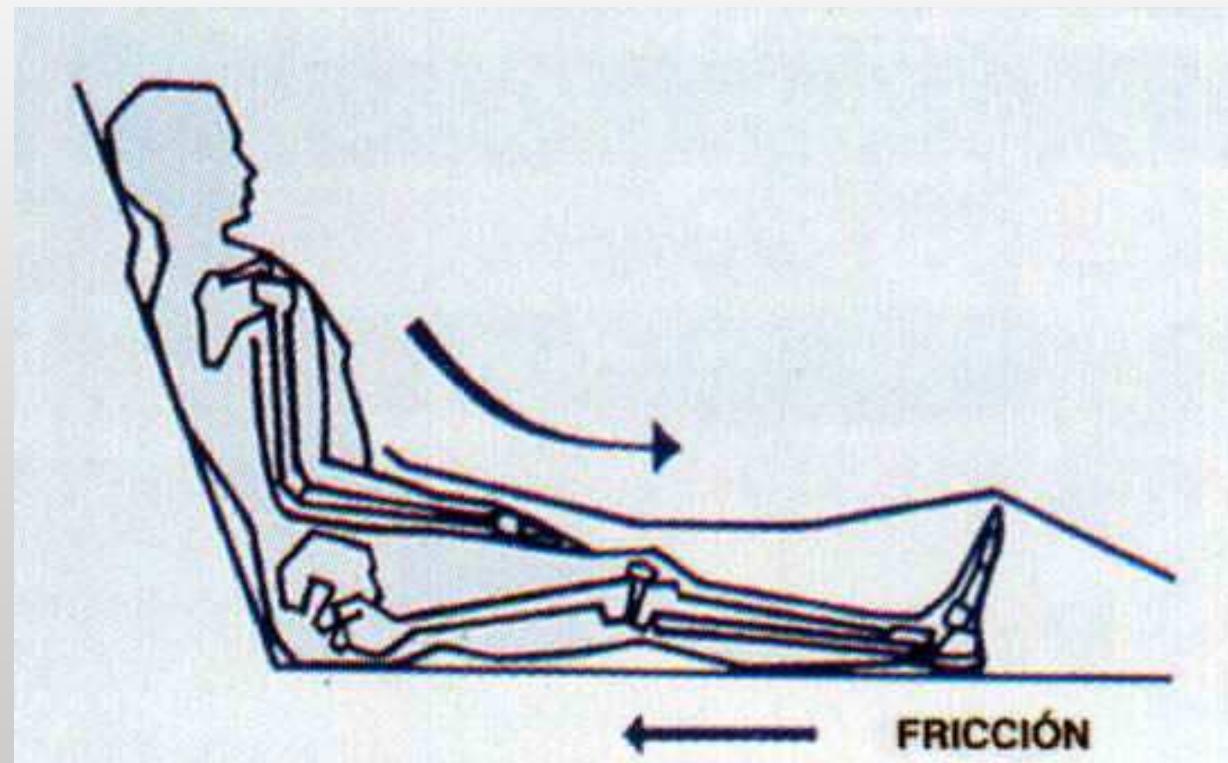
- Presión





Fuerzas responsables

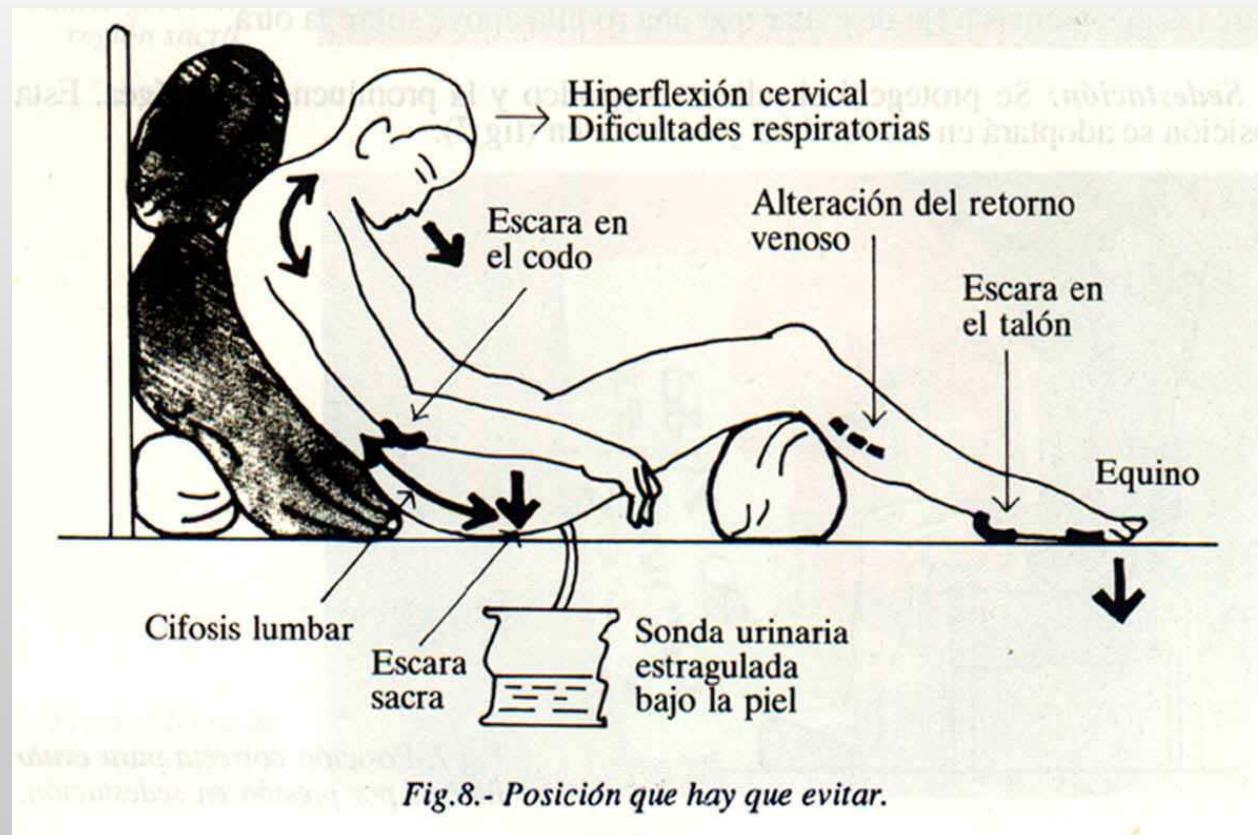
❖ Fricción





Fuerzas responsables

- **Fuerza externa de pinzamiento vascular**





UPP Otros Factores de Riesgo

❖ Fisiopatológicos:

-Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

❖ Derivados del tratamiento:

-Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

❖ Situacionales:

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

❖ Del Entorno



Localizaciones más frecuentes

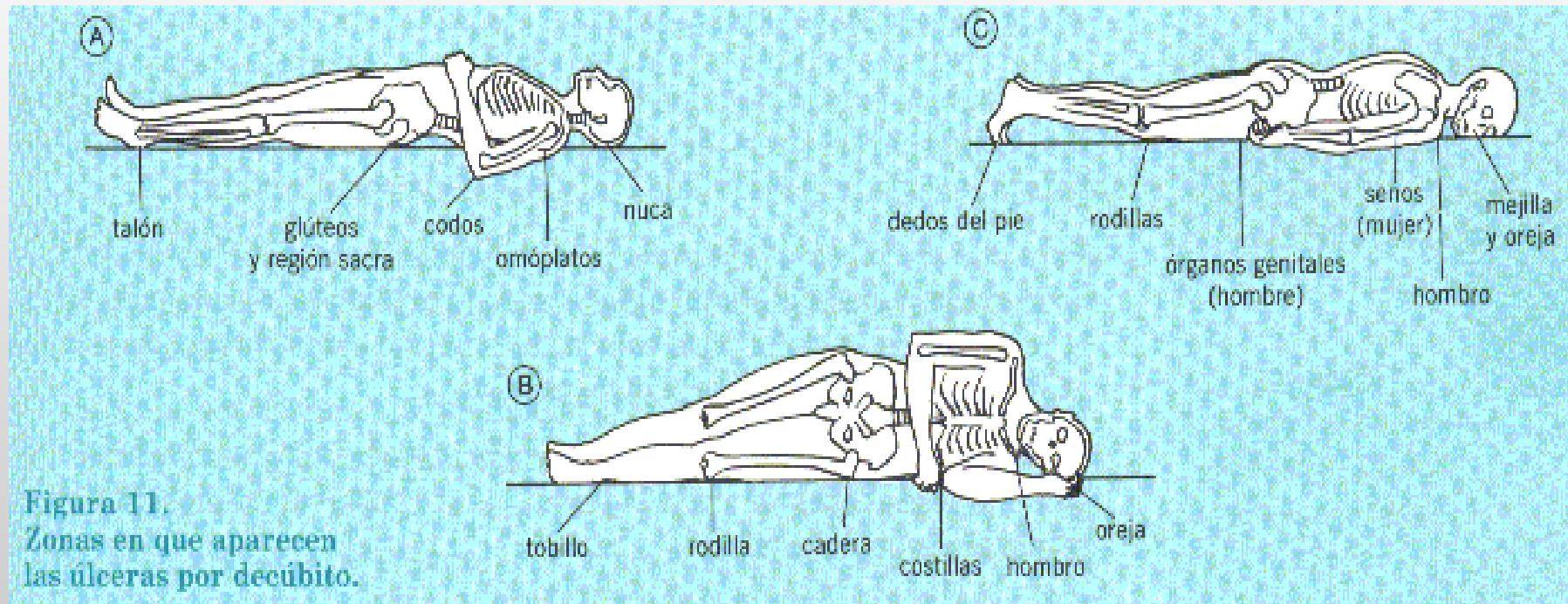
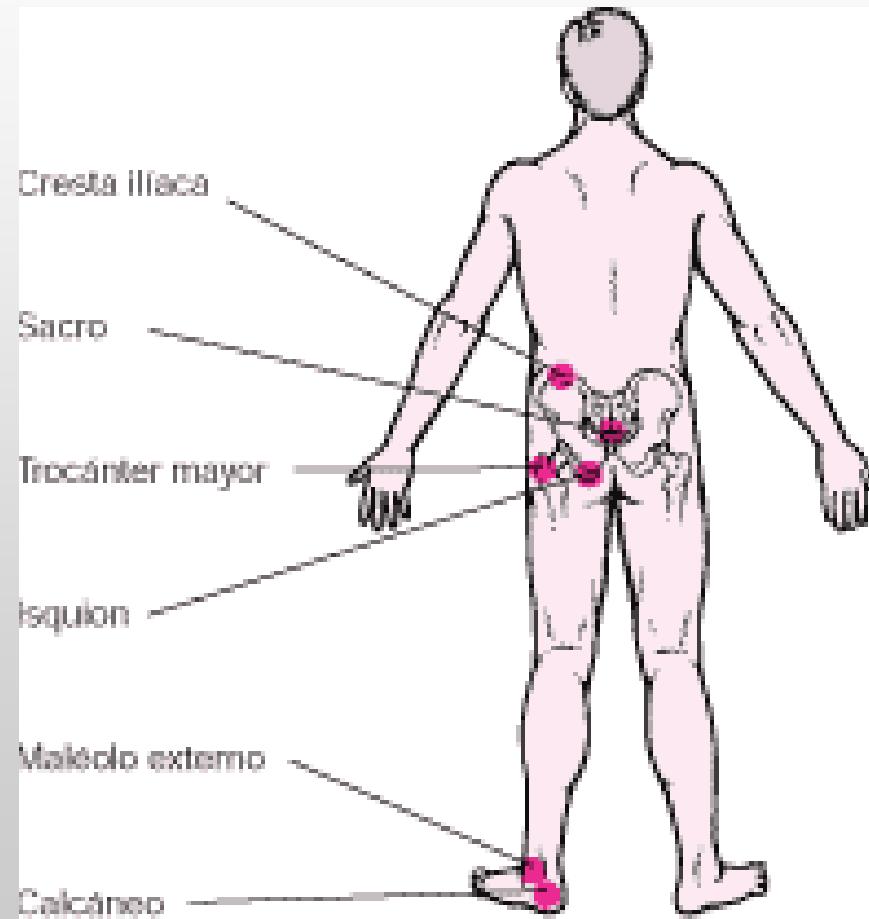
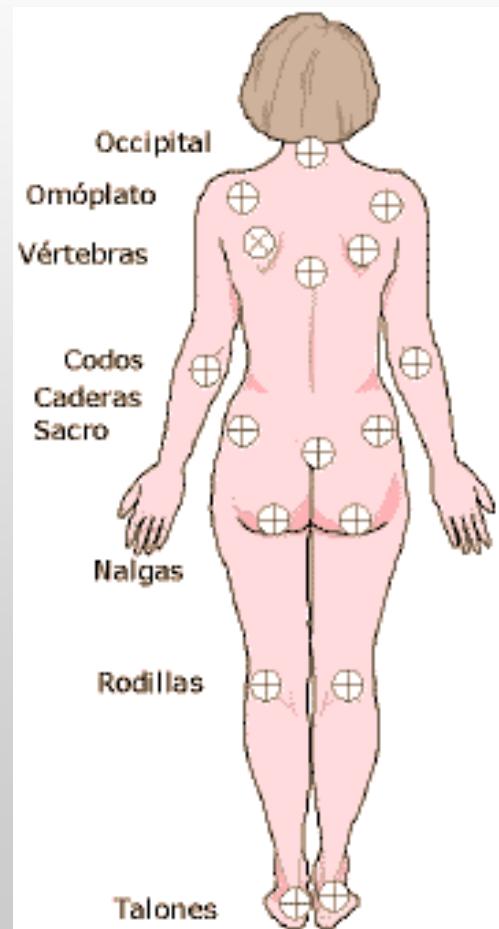


Figura 11.
Zonas en que aparecen las úlceras por decúbito.



Localizaciones más frecuentes:





Elección del Apósito

Se considerarán las siguientes variables:

- 1. Localización de la lesión**
- 2. Estado**
- 3. Severidad de la úlcera**
- 4. Cantidad de exudado**
- 5. Presencia de tunelizaciones**
- 6. Estado de la piel perilesional**
- 7. Signos de infección**
- 8. Estado general del paciente**
- 9. Nivel asistencial y disponibilidad de recursos**
- 10. Coste-efectividad**
- 11. Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado**



Elección del Apósito

Alginato Cálcico

Absorbentes / Muy cicatrizantes
Desbridantes/ Fácil uso y cambio
No usar en no exudativas y antib.

Bacteriostáticos / Aislantes

Desbridantes/ Fácil uso y cambio
↓ n° curas/ Absorbentes

Hidrocoloides

Hidrogel

Permeables Oxígeno/Visualizar
Desbridantes/ No adherentes
Mayor riesgo contaminación

Permeables gases/impermeables
a bacterias y agua

Menor riesgo infección
Mayor movilidad y confort

Poliuretano



Cuidados paliativos y UPP

Si el paciente presenta úlceras por presión se actuará:

- 1. No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de nuevas lesiones.**
- 2. Planteando objetivos terapeúticos realistas.**
- 3. Evitando el desarrollo de infecciones.**



- 4. Mejorando su bienestar, evitándole dolor y si lo hubiera el mal olor de las lesiones.**
- 5. Eligiendo apósitios adecuados.**
- 6. En agonía valorando la necesidad de cambios posturales.**



Cuidados de Enfermería en UPP

En ocasiones, a pesar de las medidas preventivas el grave deterioro físico provoca la aparición de UPP.

En estos casos:

- ❖ La gravedad del paciente y su pronóstico determinarán:
 - las acciones a emprender
 - la frecuencia de las curas



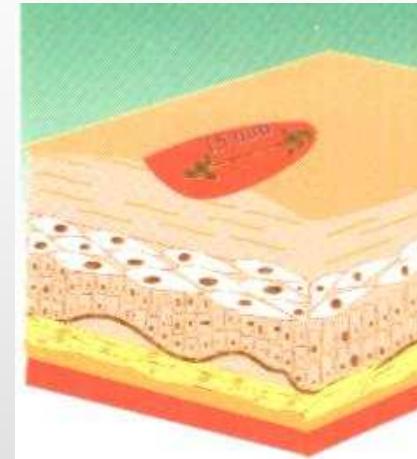
- ❖ Nuestro objetivo: su mayor confort.



UPP Clasificación-Estadaje

Estadio-I

- ❖ Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión.
- ❖ Se manifiesta por eritema cutáneo que no palidece al presionar .
- ❖ En piel oscura puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- ❖ El calor, edema o endurecimiento pueden ser también indicadores.





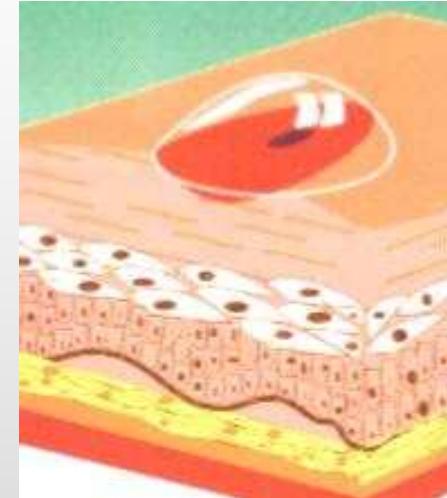
Cuidados en estadio-I

- ❖ Eliminar la presión sobre la zona afectada
- ❖ Lavar la zona afectada.
- ❖ Hidratar y masajear (no sobre la lesión)
- ❖ Aplicar apósitos hidrocoloides protectores
- ❖ Cambiar el apósito cuando se despegue o arrugue. De lo contrario cambio sistemático cada siete días
- ❖ Extremar la vigilancia en la zona



Estadio-II

- ❖ Pérdida parcial del grosor de la piel.
- ❖ Afecta a lo epidermis, dermis o ambas.
- ❖ Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial





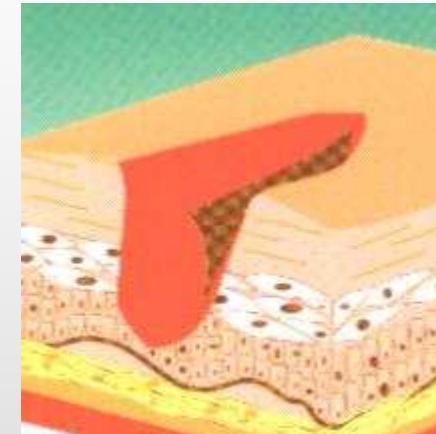
Cuidados en estadio-II

- ❖ **Limpiar con suero salino sin demasiada presión**
- ❖ **Desinfectar la zona.**
 - ☞ El yodo, el agua oxigenada y la clorhexidrina son tóxicas para el tejido de granulación. Su absorción puede tener efectos sistémicos.
- ❖ **Colocar apósito hidrocoloide protector.**
- ❖ **Si existe exudado infectado, no colocar apósito hidrocoloide, sino apósito absorbente estéril.**



Estadio-III

- ❖ Pérdida total del grosor de la piel.
- ❖ Implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- ❖ Puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente





Estadio-IV

- ❖ Pérdida total del grosor de la piel., con destrucción extensa.
- ❖ Necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.
- ❖ En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos,





Cuidados en estadio-III- IV

- ❖ **No recortar tejidos necrosados (según calidad de vida y pronóstico del paciente)**
- ❖ **Limpiar y desinfectar (como en los anteriores)**
- ❖ **Aplicar apóritos hidrocoloides semioclusivos si no hay signos de infección.**
- ❖ **Si la úlcera presenta mal olor por presencia de anaerobios, limpiar con metronidazol de 0.5 grs. (bolsas de 100ml).**

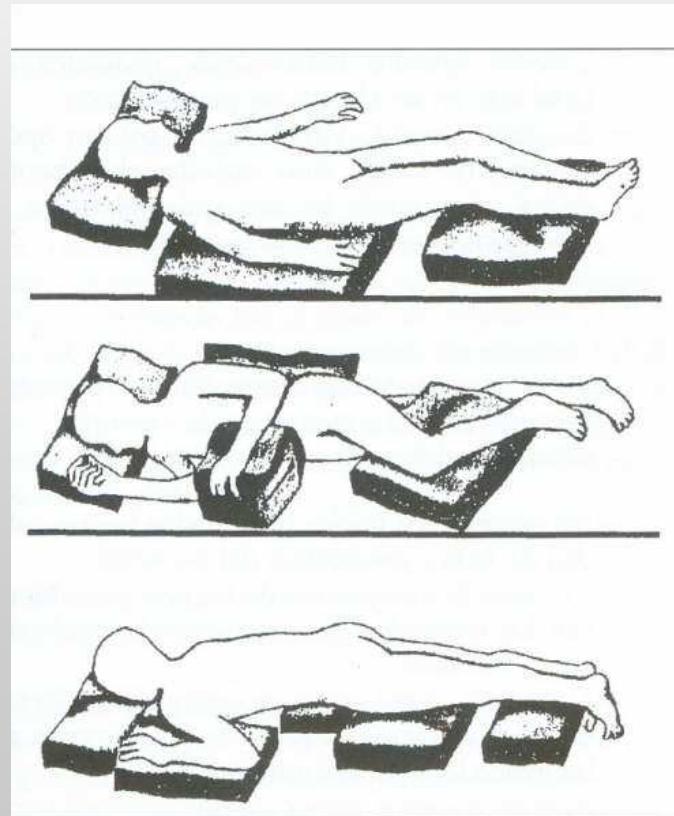


(II) Cuidados en estadio-III- IV

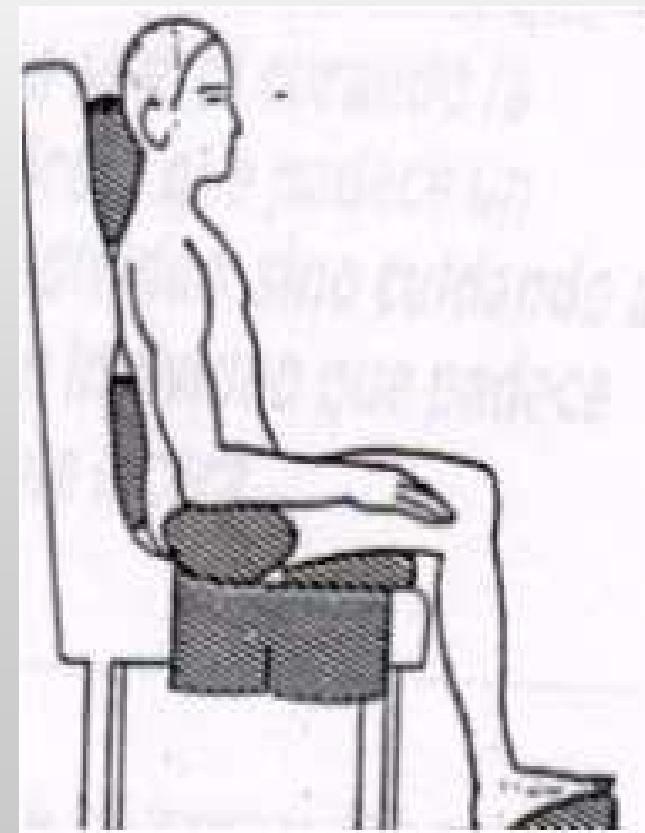
- ❖ Interrumpir las maniobras si el paciente presenta dolor, administrar analgesia pautada, esperar efecto para volver a actuar.
- ❖ Si sangrado realizar hemostasia.
- ❖ Ocluir la zona con apósitos, con fijaciones que no lesionen zona circundante a la úlcera.
- ❖ La frecuencia de la cura según:
 - ✓ Estado lesión
 - ✓ Olor
 - ✓ Estado y pronóstico del paciente



❖ Mantener al paciente en la postura adecuada en la cama



● Sentarle correctamente





UPP: Prevención en CP

- ❖ Fundamental para el confort del paciente.
- ❖ Pacientes de alto riesgo.
- ❖ Adoptar todas las medidas que impidan su aparición desde el primer momento.
- ❖ Si ya existe escara impedir su progresión.
- ❖ Utilización de escalas de valoración





❖ Escala de Norton de riesgo de Úlceras por Presión

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

Puntuación de **5 a 9** – Riesgo **muy alto**

Puntuación de **10 a 12** – Riesgo **alto**

Puntuación de **13 a 14** – Riesgo **medio**

Puntuación **mayor de 14** – Riesgo **mínimo/no riesgo**



Escala de Braden

BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO 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	



Riesgo de úlcera con puntuaciones = >12

variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (se dobla punt.)	No	Ocasional, nocturno, o por stress	Urinaria (solamente)	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla punt.)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (se dobla punt.)	Completa	Limitación ligera Ej. Artrosis con articulaciones rígidas	Limitación importante (parapléjico)	Inmóvil (tetraplajico)
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida, o deja grandes cantidades.	No suele tomar ninguna comida completa (deshidratado)	No come
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de contin. A nivel I	Edema con Fóvea. G II
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente



Cuidados preventivos

- ❖ **Explicar al paciente y a su familia el procedimiento a seguir, y pedir su colaboración en la medida de sus posibilidades.**

- ❖ **Instalar colchón preventivo.**

- ❖ **Valorar diariamente el estado de la piel.**

- ❖ **Realizar higiene con la frecuencia necesaria, mínimo c/24h.**



Cuidados preventivos

- ❖ Secar minuciosamente la piel.
- ❖ Mantener ropa de la cama seca. Evitando arrugas y cuerpos extraños.
- ❖ Masajear con aceites grasos hiperoxigenados, prominencias óseas vulnerables, nunca sobre zonas enrojecidas.
- ❖ Almohadillar zonas de riesgo.



Material

- ❖ **Colchón preventivo (de espuma viscoelástico o de aire alternante)**
- ❖ **Coderas, taloneras, calcetines algodón y almohadas o cojines de normales o de gel de silicona.**
- ❖ **Venda de algodón y malla elástica para almohadillar.**
- ❖ **Ácidos grasos hiperoxigenados.**
- ❖ **Crema hidratante.**





Tumores ulcerados



Tumores de color rojo-pardo

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T CD30-



Estamos ante un enfermo:

- ❖ Con una imagen distorsionada e incluso maloliente.
- ❖ Que presenta un sufrimiento añadido por rechazo.
- ❖ Con una sensibilidad a flor de piel.



Por ello hemos de ver
mucho más allá que
una herida, que entre
otras cosas, la
mayoría de veces no
vamos a curar.





DEFINICIÓN:

Es aquel tumor, que en su crecimiento, infiltra la piel y produce una solución de continuidad en ésta.

Pueden ser: Primarios → Si su origen es el tumor principal

|| Secundarios → Si su origen es una metástasis

Producen: Dolor, Exudado, Hemorragia, Infección y mal Olor.



Objetivos

Valorando las condiciones y pronóstico del paciente serán:

- ❖ Proporcionar máximo confort al enfermo.
- ❖ Prevenir o eliminar las infecciones.
- ❖ Evitar el mal olor.
- ❖ Prevenir el sangrado del tumor ulcerado.
- ❖ Facilitar la absorción y/o drenaje de los exudados.
- ❖ Favorecer la aceptación social.





Cuidados de enfermería

- ❖ Limpiar la herida con suero salino y después con povidona yodada al 1%.
- ❖ Evitar sangrado al retirar apóritos.
- ❖ Si está cerca de una traqueostomía, no verter suero abundante.
- ❖ En limpieza las maniobras de dentro hacia fuera.
- ❖ Secar la piel con toques suaves
- ❖ Para evitar que se peguen las gasas o apóritos al tumor, utilizar tul de vaselina cubriendo la superficie ulcerada del tumor





- ❖ **No frotar ni friccionar, para evitar sangrados.**
- ❖ **Si el tumor sangra, colocar apósitos hemostáticos, o gasas con adrenalina, o agua oxigenada de 10v al 1%.**
- ❖ **En caso de hemorragia masiva, ocluir la zona con paños verdes.**
- ❖ **Si existe mal olor por presencia de anaerobios, limpiar con metronidazol de 0.5.**
- ❖ **Medidas ambientales.**
- ❖ **Cuidar aspectos psicológicos y sociales**



<http://dermis.net>



Conclusión

Los síntomas que acompañan a estas lesiones, complican las actividades de la vida diaria, por lo tanto, en cuidados paliativos todo nuestro esfuerzo y el objetivo de todas nuestras acciones irán encaminados a minimizar su impacto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, procurándole el mayor confort posible.





Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Gracias por vuestra atención

