

altenpflege.de Edition

Libros de texto breves para la formación en enfermería - Enfoque en el
cuidado de personas mayores

Theo Ahrens

Profilaxis y tratamiento del decúbito

presented by

YES
ARCH
ITEC
TURE.

Referencia bibliográfica

Theo Ahrens – Breve biografía

Theo Ahrens, nacido en 1979 cerca de Múnich, es profesor de profesiones de enfermería y un comprometido pedagogo de la atención. Después de un año de servicio social voluntario en un hospital, completó una formación como enfermero y adquirió valiosa experiencia profesional en la unidad de cuidados intensivos. Impulsado por su deseo de transmitir conocimientos, estudió pedagogía de la enfermería y comenzó en 2009 como profesor en una escuela técnica en Múnich. Theo es conocido por su enseñanza práctica y empática, con la que prepara a futuros profesionales de enfermería para su exigente trabajo. En lo personal, vive con su esposa y sus dos hijos en Berlín y se dedica al voluntariado para mejorar las condiciones en la formación de enfermería.

Este breve libro de texto se formuló a partir de planes de estudio de sus clases utilizando inteligencia artificial. La traducción se realizó automáticamente.

Publicado por altenpflege.de

Precio DE/AT: 3,90 € CH: 5 Fr

Copyright 2024 altenpflege.de

Sugerencias y mejoras a team@altenpflege.de.

1/5-2412181531

preview

Índice

1 Introducción	4
1.1 Objetivos de este manual breve	4
1.2 Importancia de la profilaxis y tratamiento del decúbito en el cuidado de ancianos	4
1.3 Rol de los cuidadores en la prevención y tratamiento de úlceras por presión	5
2 Fundamentos del decúbito	6
2.1 Qué es un decúbito	6
2.2 Fisiopatología del decúbito	6
2.3 Factores de riesgo para el desarrollo de una úlcera por presión	7
2.4 Clasificación de los estadios de las úlceras por presión	8
2.4.1 Etapa 1: Enrojecimiento de la piel	8
2.4.2 Etapa 2: Defecto de la piel	9
2.4.3 Etapa 3: Daños tisulares más profundos	9
2.4.4 Etapa 4: Daño tisular profundo	10
3 Causas y factores de riesgo de las úlceras por presión	12
3.1 Causas primarias	12
3.2 Causas secundarias	12
3.3 Factores de riesgo individuales	13
3.4 Factores sistémicos	14
4 Diagnóstico y reconocimiento de úlceras por presión	15
4.1 Observación y reconocimiento de los signos tempranos	15
4.2 Diferenciación de enrojecimientos cutáneos	15
4.3 Uso de instrumentos de evaluación	16
4.4 Documentación de úlceras por presión	17
5 Profilaxis de úlceras por presión – Medidas preventivas	18
5.1 Fundamentos de la profilaxis del decúbito	18
5.2 Evaluación de riesgos y planificación de la prevención	19
5.3 Colocación y posicionamiento de residentes	19
5.3.1 Acolchado y microlocalización	19
5.3.2 Posición de 30°, Posición de 135°, Almohadillado	20
5.3.3 Movilización y activación de los residentes	21
5.4 Alivio de presión a través de ayudas técnicas	22
5.5 Fomento de la automovilización y promoción activa del movimiento	23
5.6 Cuidado y protección de la piel	24
5.7 Nutrición para la profilaxis del decúbito	24
6 Ayudas técnicas para la profilaxis de úlceras por presión	26
6.1 Ayudas para la movilización	26
6.2 Sistemas de alivio de presión	26
6.3 Cojines de asiento y cojines de silla de ruedas para la profilaxis del decúbito	27
6.4 Ayudas para la movilización	28
6.5 Dispositivos de protección para áreas corporales vulnerables	28
7 Tratamiento de úlceras por presión – Medidas e intervenciones de cuidado	30
7.1 Cuidado de las úlceras por presión en los estadios 1 a 4	30
7.2 Limpieza de la herida	31
7.3 Cuidado moderno de heridas	31
7.4 Tratamiento de infecciones en úlceras por presión	32
7.5 Medidas para promover la cicatrización de heridas	33
7.6 Uso de productos de cuidado especializados	34
8 Cuidado y apoyo de residentes con úlceras por presión	36
8.1 Medidas de cuidado en residentes con úlceras por presión	36
8.2 Fomento de la participación activa de los residentes en el cuidado	37
8.3 Comunicación con los familiares	37
8.4 Atención psicosocial de residentes con úlceras por presión	38
9 Documentación de la profilaxis y el tratamiento	40
9.1 Importancia de la documentación	40
9.2 Contenidos de la documentación de úlceras por presión	40
9.3 Uso de software de documentación para la planificación del cuidado	41
9.4 Fotodocumentación de úlceras por presión	42
10 Roles y responsabilidades de los cuidadores	44
10.1 Responsabilidad de los cuidadores en el área de la profilaxis del decúbito	44
10.2 Participación del personal de enfermería en la evaluación y valoración de riesgos	45
10.3 Colaboración interdisciplinaria con médicos, gestores de heridas y terapeutas	46
10.4 Importancia de la formación continua del personal de enfermería en el ámbito de la profilaxis de úlceras por presión	47
11 Aspectos éticos y legales de la prevención de úlceras por presión	48
11.1 Derecho de autodeterminación de los residentes	48
11.2 Cuestiones de responsabilidad en el caso de úlceras por presión	49
11.3 Responsabilidad de la institución de cuidado	50
11.4 Obligación de cumplir con la profilaxis de úlceras por presión según SGB XI	51
12 Aseguramiento de la calidad y medidas de higiene en el cuidado de úlceras por presión	52
12.1 Importancia de la garantía de calidad en la profilaxis del decúbito	52
12.2 Directrices de higiene y cuidado aséptico de heridas	53
12.3 Supervisión y control de la eficacia de las medidas de prevención	53
12.4 Auditorías externas e internas para la verificación de la profilaxis de úlceras por presión	54
13 Casos prácticos y aplicaciones prácticas	56
13.1 Caso de estudio: Planificación de cuidados para la profilaxis de úlceras por decúbito en residentes inmovilizados	56
13.2 Caso práctico: Cuidado de una úlcera por presión (Estadio 2) con tratamiento de heridas moderno	57
13.3 Reflexión y discusión de la práctica de cuidados en el tratamiento de úlceras por presión	58

1 Introducción

1.1 Objetivos de este manual breve

Este libro de texto breve proporciona conocimientos sólidos sobre la profilaxis y el tratamiento de las úlceras por presión. Permite comprender la formación, los factores de riesgo y la clasificación de las úlceras por presión. Se hace hincapié en las medidas preventivas y el cuidado profesional de las personas afectadas. También se presentan estrategias efectivas para el cuidado de heridas y el uso de ayudas técnicas.

Fomenta específicamente habilidades prácticas a través de estudios de casos y guías prácticas. Se posibilita a los cuidadores tomar decisiones basadas en evidencia y elaborar planes de cuidado individualizados. Se da especial importancia a la colaboración interdisciplinaria.

El libro de texto toma en cuenta aspectos éticos y legales del cuidado. Además, incluye directrices para la documentación de las medidas, esenciales para asegurar la calidad. El objetivo es apoyar a los cuidadores en la óptima atención de los residentes y reducir de manera sostenible las tasas de úlceras por presión.

1.2 Importancia de la profilaxis y tratamiento del decúbito en el cuidado de ancianos

Dekubitus representa un riesgo significativo para la salud en el cuidado de ancianos. Si no se trata, puede tener consecuencias graves para la salud, incluidas infecciones y heridas crónicas. Por lo tanto, la prevención requiere especial atención.

La profilaxis del decúbito no solo reduce las complicaciones de salud, sino que también promueve la calidad de vida de los residentes. Un alivio efectivo de la presión y un cuidado cuidadoso de la piel son fundamentales para minimizar el riesgo de aparición de úlceras por presión. Las medidas preventivas ayudan a reducir la necesidad de cuidados y disminuyen a largo plazo los costos de atención.

Además de la prevención, la detección y tratamiento temprano del decúbito son cruciales. Métodos de tratamiento como el cuidado moderno de heridas contribuyen significativamente a la curación y reducción del dolor. Enfoques multidisciplinarios, que incluyen la colaboración con profesionales médicos, mejoran los resultados del tratamiento.

El papel de los cuidadores es de especial importancia aquí. Su ojo entrenado para reconocer factores de riesgo y la aplicación de prácticas de cuidado profesional son esenciales para una profilaxis y tratamiento exitosos. Las escuelas e instituciones educativas para profesiones de cuidado guían el desarrollo de estas competencias para ofrecer a los residentes la mejor atención posible. A través de la cualificación continua, los cuidadores se mantienen siempre al día con los últimos avances científicos, lo cual es decisivo para la implementación exitosa de medidas de profilaxis y tratamiento.

1.3 Rol de los cuidadores en la prevención y tratamiento de úlceras por presión

Las personas cuidadoras tienen un papel central en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Su influencia comienza con la evaluación e identificación de factores de riesgo. Realizan inspecciones regulares de la piel y utilizan herramientas de evaluación para identificar a los residentes en riesgo.

Una planificación cuidadosa es crucial. Las personas cuidadoras elaboran planes de atención individualizados e integran todas las medidas necesarias para minimizar riesgos. La selección de técnicas y intervalos de posicionamiento adecuados se ajusta al estado de salud de cada residente.

En la práctica, el uso de ayudas es esencial. Las personas cuidadoras usan colchones o cojines especiales para reducir la presión en áreas corporales vulnerables. La colaboración del personal de enfermería es indispensable para implementar y ajustar correctamente las medidas preventivas.

La movilidad es un elemento esencial de la profilaxis. Las personas cuidadoras fomentan activamente la automovilización de los residentes, apoyan regularmente en ejercicios de movimiento e integran estrategias de movilización en el cuidado diario.

En el tratamiento de úlceras por presión existentes, las personas cuidadoras emplean métodos calificados de cuidado de heridas. Escogen los materiales de vendaje y productos de cuidado adecuados, aseguran condiciones higiénicas y son un punto de contacto importante tanto en el cuidado directo de las heridas como en la comunicación con médicos y terapeutas.

La formación y capacitación continua del personal de enfermería son cruciales para mantener el conocimiento especializado actualizado. Solo así pueden trabajar eficazmente en el equipo interdisciplinario y mejorar continuamente el cuidado de los residentes.

Finalmente, las personas cuidadoras son responsables de una documentación exhaustiva. Registran cambios en el estado de la piel y documentan todas las medidas profilácticas y terapéuticas. Esto no solo asegura la calidad de la atención, sino que también forma la base para la revisión y ajuste de la planificación del cuidado.

2 Fundamentos del decúbito

2.1 Qué es un decúbito

Dekubitus, también conocido como úlcera por presión, es un daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes que se produce por presión prolongada o presión combinada con fuerzas de cizallamiento. Estos daños en los tejidos ocurren frecuentemente en áreas donde los huesos están cerca de la superficie de la piel, como los talones, el sacro, los codos o el omóplato. Debido a la presión, la circulación sanguínea en las áreas afectadas se interrumpe, lo que lleva a un suministro insuficiente de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Esta falta de suministro puede finalmente conducir a la muerte del tejido, también denominada necrosis. El dekubitus es una complicación grave que ocurre especialmente en personas inmóviles o postradas en cama. Un reconocimiento temprano y una prevención consecuente son cruciales para evitar la aparición de úlceras por presión y asegurar la calidad de vida de las personas afectadas.

2.2 Fisiopatología del decúbito

Un decúbito se origina principalmente por una presión prolongada sobre la piel y el tejido subyacente. Esta influencia conduce a una alteración de la microcirculación. La presión comprime los capilares, lo que disminuye el flujo sanguíneo y afecta el suministro de oxígeno y nutrientes al tejido. Se produce una acumulación de productos finales del metabolismo que interrumpen aún más el metabolismo celular.

Ya después de dos horas de presión continua pueden presentarse los primeros daños irreversibles en el tejido. Sin embargo, las graves consecuencias no se deben solo a la presión. Otros factores de influencia, como las fuerzas tangenciales que surgen al desplazar las capas de piel, favorecen la lesión de los capilares, empeoran adicionalmente el flujo sanguíneo y así promueven la formación de un decúbito.

Los citoquinas vasoactivas y mediadores inflamatorios se liberan en respuesta al daño celular. Estos intensifican la reacción inflamatoria local. Con la presión continua y sin intervención, los daños también avanzan hacia capas de tejido más profundas como músculos y huesos.

Un indicio visualmente perceptible de estos procesos puede ser un enrojecimiento de la piel que no desaparece, causado por una inflamación subyacente y daño capilar. Si la presión no se trata, esto puede llevar a la necrosis completa del tejido afectado. La infección de la herida representa otra complicación, porque los patógenos pueden penetrar en el tejido dañado.

Por lo tanto, la fisiopatología del decúbito implica una compleja interacción de fuerzas mecánicas y procesos bioquímicos que finalmente conducen a daño tisular. Una comprensión profunda de estos procesos es crucial para desarrollar medidas profilácticas y terapéuticas efectivas.

2.3 Factores de riesgo para el desarrollo de una úlcera por presión

Dekubitus no solo surge debido a influencias físicas como la presión y las fuerzas de cizallamiento. Diversos factores de riesgo favorecen la aparición de una úlcera por presión y deben ser considerados constantemente en el día a día de la atención médica.

Un factor esencial es la limitación del movimiento. La inmovilidad, provocada por encamamiento o movilidad reducida, conduce a una carga estática prolongada en ciertas áreas del cuerpo. Esto incrementa el riesgo de una circulación sanguínea inadecuada y, por lo tanto, de la degradación del tejido.

Otro factor de riesgo es el estado nutricional. Un suministro insuficiente de proteínas, vitaminas y minerales debilita la estructura de la piel y los tejidos, y ralentiza los procesos regenerativos. La desnutrición y la deshidratación deterioran el sistema inmunológico, aumentando la susceptibilidad a daños en la piel y alargando el tiempo de cicatrización de heridas.

La humedad elevada de la piel, causada por incontinencia o sudoración excesiva, también eleva el riesgo de decúbito. La piel húmeda es más blanda y pierde más rápido su función protectora. Las consecuencias son maceraciones que dañan la barrera cutánea y sirven como puertas de entrada para gérmenes.

Enfermedades como la diabetes mellitus o los trastornos vasculares también influyen en la susceptibilidad al decúbito. La diabetes puede provocar micro y macroangiopatías, que empeoran la circulación sanguínea y afectan la cicatrización de heridas. Los trastornos circulatorios arteriales o venosos empeoran el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos.

Las limitaciones sensoriales, como las que ocurren en enfermedades neurológicas, también juegan un papel. Los pacientes con disminución de la percepción del dolor a menudo no notan las áreas de presión a tiempo, lo que aumenta el riesgo de empeoramiento.

En general, los factores de riesgo de decúbito son diversos y requieren una evaluación crítica por parte del personal de enfermería. Un análisis de riesgos integral permite una planificación preventiva individual y medidas específicas para la profilaxis del decúbito.

2.4 Clasificación de los estadios de las úlceras por presión

2.4.1 Etapa 1: Enrojecimiento de la piel

Una enrojecimiento de la piel que no desaparece al presionar caracteriza el primer estadio de un decúbito. Este cambio en la piel se presenta frecuentemente en prominencias óseas y áreas del cuerpo donde la piel está expuesta a una elevada carga de presión y cizallamiento, como en el sacro, los talones o los codos.

El enrojecimiento de la piel es la señal más temprana de daño tisular, que sin una intervención rápida y constante, puede progresar a estadios más graves de decúbito. La diferencia con un simple enrojecimiento de la piel radica en que al presionar, la zona roja no cambia de color, lo que indica una microtrombosis capilar y procesos inflamatorios incipientes.

Sin la liberación de presión, el daño progresa. Por ello, el reconocimiento rápido de este estadio es crucial. El personal de enfermería debe realizar inspecciones periódicas de la piel en residentes en riesgo y prestar especial atención a enrojecimientos que no desaparecen al presionar.

Las medidas más importantes para el tratamiento en este estadio son la liberación de presión y la eliminación de fuerzas de cizallamiento. Es necesario el cambio inmediato de posición de la parte del cuerpo afectada para evitar un daño mayor. Ajustes en la técnica de posicionamiento, como el uso de sistemas de soporte blando, ayudan adicionalmente a reducir la presión.

También es importante mantener un cuidado de la piel consistente. Se debe equilibrar la sequedad y la humedad para mantener la función protectora natural de la piel. El uso de jabones neutros y cremas emolientes puede apoyar la barrera cutánea.

El estadio también requiere una mayor sensibilización del personal de enfermería y de los afectados. Las formaciones adecuadas para la detección y prevención son esenciales. La movilización y fomento del movimiento propio de los afectados se pueden usar de manera preventiva para promover la circulación sanguínea y mantener la salud de la piel.

En general, el primer estadio representa una fase crítica que marca el rumbo del desarrollo de un decúbito. Una intervención temprana puede prevenir la transición a estadios más graves y mejorar significativamente la calidad de vida de los afectados.

2.4.2 Etapa 2: Defecto de la piel

En la etapa 2 de úlceras por presión, es característico una pérdida parcial de tejido. Esta afecta a la epidermis y puede llegar hasta la dermis, a menudo visible como una úlcera superficial o ampolla. La lesión presenta un lecho de herida de color rosa-rojo y no tiene tejido necrótico.

Las ampollas pueden estar intactas o abiertas, lo que da como resultado una herida abierta. A menudo, esta etapa ocurre en áreas corporales expuestas a presión constante, como nalgas o talones.

El diagnóstico en esta etapa requiere una inspección y palpación minuciosa de las áreas de piel afectadas. Es importante proteger las ampollas intactas; las ampollas abiertas son tratadas como heridas. El uso de apósitos transparentes o hidrocoloides es común, ya que apoyan un proceso de cicatrización húmedo.

El objetivo principal del tratamiento incluye el alivio de presión y el mantenimiento de un ambiente húmedo en la herida. Es esencial una supervisión continua para detectar signos de infección. Asimismo, es importante el apoyo nutricional a través de una dieta rica en proteínas y energía; así se optimiza la curación.

Reubicar regularmente y usar dispositivos de posicionamiento que distribuyan y reduzcan la presión son medidas profilácticas cruciales. También preste atención al cuidado de la piel. La limpieza de la piel debe realizarse con cuidado y se deben usar cremas hidratantes para asegurar la función de barrera.

Para los involucrados en el cuidado es crucial la capacitación en el manejo de los afectados y en los signos de detección temprana de esta etapa. Contar con amplios conocimientos en técnicas de tratamiento de heridas para prevenir el avance al estadio 3 es fundamental.

La colaboración estrecha en el equipo interdisciplinario es necesaria para garantizar un plan de atención integral que aborde las necesidades específicas de cada individuo.

2.4.3 Etapa 3: Daños tisulares más profundos

En la etapa 3 de la úlcera por presión, se produce una pérdida completa de las capas de la piel hasta el tejido subcutáneo. Estos daños tisulares profundos se presentan clínicamente como heridas abiertas profundas, con o sin tejido adiposo subcutáneo visible. Las zonas de tejido adyacente dañadas suelen ser necróticas y están cubiertas con fibrina de color amarillento a grisáceo. Los bordes de la herida por lo general no están bien definidos.

La exposición del tejido subcutáneo conlleva un mayor riesgo de infección, por lo que el cuidado de la herida tiene la máxima prioridad. La limpieza de la herida se realiza idealmente con solución salina estéril, para eliminar material necrótico y detritos. Se utilizan materiales modernos de cuidado de heridas que se adaptan al balance de humedad de la herida, como los alginatos o los apósitos de espuma. Estos materiales promueven la limpieza autolítica de la herida y crean un entorno óptimo para la curación.

Además del cuidado de la herida, el alivio de presión constituye una medida central. Esto se debe a que la aparición de daños profundos se debe a la continua presión y fuerzas de cizallamiento. Por tanto, son esenciales los cambios regulares de posición, así como el uso de ayudas especializadas para el posicionamiento y colchones de alivio. La región de la piel afectada debe mantenerse especialmente libre de presión.

La colaboración multiprofesional es decisiva en esta etapa. Esto incluye la consulta con terapeutas de heridas, médicos especialistas y asesores nutricionales. Debe tratarse cualquier posible causa sistémica o enfermedad concomitante que afecte la cicatrización de la herida. El estado nutricional del afectado debe optimizarse, siendo necesaria una ingesta suficiente de proteínas, vitaminas y calorías.

Es necesaria una documentación minuciosa del estado de la herida, las intervenciones y el curso de la curación para evaluar el éxito del tratamiento y poder realizar ajustes en el plan de cuidado. Estos registros deben revisarse y actualizarse regularmente.

Para los cuidadores, manejar úlceras por presión profundas es complejo. Es necesaria una formación y capacitación adecuadas en el ámbito del cuidado moderno de heridas e intervenciones preventivas para garantizar una atención adecuada. El objetivo es aumentar la calidad de vida de los afectados mediante medidas efectivas y promover la curación de los tejidos gravemente dañados.

2.4.4 Etapa 4: Daño tisular profundo

En el estadio 4 del decúbito existen daños profundos en los tejidos, que pueden extenderse más allá de las capas subcutáneas hasta los músculos, huesos y tendones. Estas heridas profundas son condiciones médicas graves que requieren atención y tratamiento intensivos.

La herida a menudo presenta signos visibles de pérdida de tejido hasta los músculos y huesos, posiblemente asociados con necrosis. Puede desarrollarse una cavidad en la herida, caracterizada por la destrucción de la estructura subyacente. Frecuentemente se encuentran en la herida recubrimientos extensos o tejido necrótico, que deben eliminarse cuidadosamente para promover la curación.

Es necesaria una limpieza exhaustiva de la herida mediante desbridamiento, que puede realizarse quirúrgica o enzimáticamente, para eliminar el material necrótico. Esta medida reduce la carga bacteriana y fomenta la granulación del tejido. El uso de técnicas avanzadas de cuidado de heridas, como la terapia de vacío, puede ayudar a apoyar el proceso de curación y a juntar los bordes de la herida.

La descarga de presión sigue siendo una medida central para promover la curación y prevenir más daños. Los sistemas de posicionamiento avanzado y los colchones de distribución de presión son esenciales para reducir la carga sobre los tejidos afectados. Los hospitales y las instituciones de cuidado deben asegurarse de que haya suficientes ayudas especializadas disponibles.

7 Este es solo un avance

El libro completo está disponible en <https://www.altenpflege.de> para usuarios registrados. El registro y el uso son gratuitos. Quien no quiera registrarse, puede transferir el importe mencionado en la página 2 a través de Paypal a buchhaltung@factsoft.de indicando tanto el título del libro como la dirección de correo electrónico. Luego recibirá el PDF por correo electrónico.

Además del acceso gratuito a los libros de texto cortos, registrarse en [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de) permite postularse directamente a empleos. Y también, publicar un anuncio de empleo gratuito. Únete a la comunidad de [altenpflege.de](https://www.altenpflege.de).