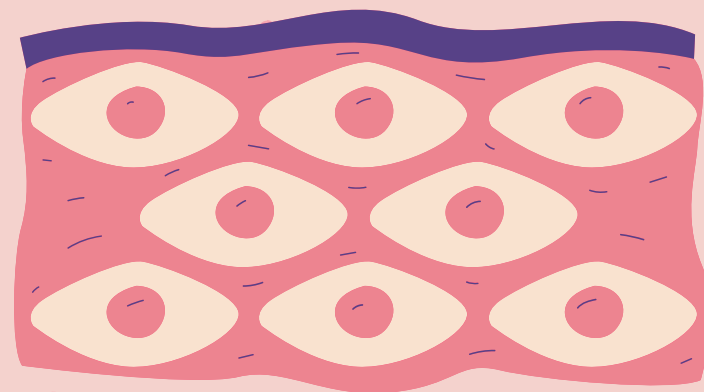


# Lesiones por presión en pediatría



María Martín Alonso  
R2 Enfermería pediátrica  
Servicio: UCI Pediátrica  
Tutora: Aitana Gomis  
Abril 2023

# ÍNDICE

01

Introducción

02

Prevención

03

Medidas terapéuticas

04

Conclusiones

05

Bibliografía

# 1 INTRODUCCIÓN

Diagnóstico de enfermería NANDA «Lesión por presión en el niño» (00313):

Daño localizado en epidermis o dermis de un niño, como resultado de presión o presión combinada con rozamiento.



# Recuerdo anatómico: la piel

La piel conforma la capa límite exterior entre el ser humano y el medio ambiente. Actúa por una parte como barrera, y por otra como enlace entre el mundo exterior y los órganos internos. Con una superficie de aproximadamente  $2 \text{ m}^2$  es el órgano más grande del cuerpo.

Preserva órganos  
internos

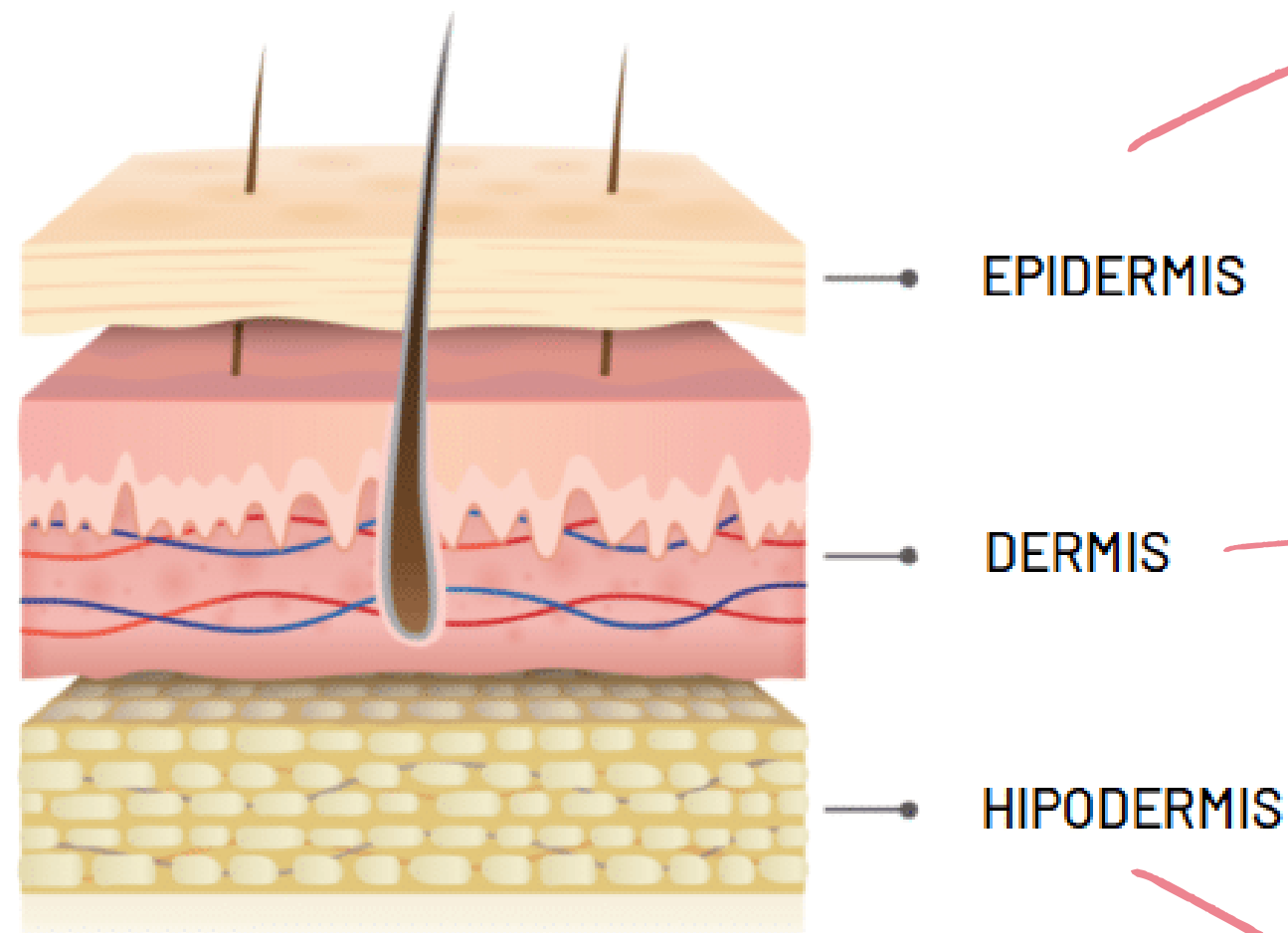
Protector

Percepción y localización de  
estímulos mecánicos

Tejido adiposo: función aislante,  
modeladora y fuente de energía

Mantenimiento de la  $T^{\circ}$  corporal

# Capas de la piel

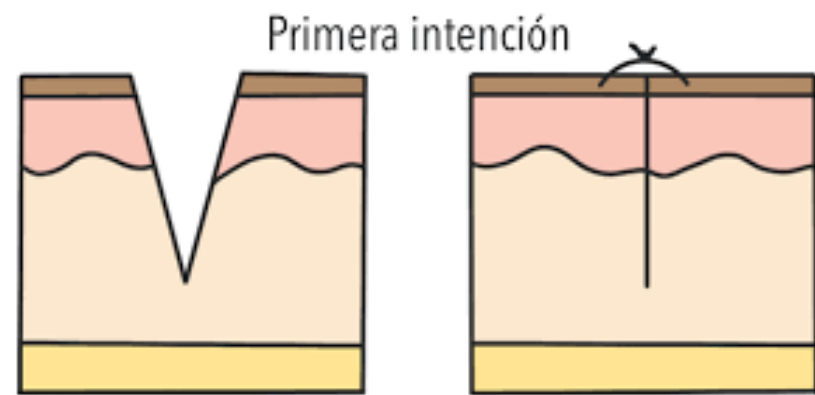


Epitelio plano avascular, formado principalmente por queratinocitos. Consta de 5 estratos: basal, espinoso, granuloso, lúcido y córneo. Células de Langerhans, células sensoriales de Merkel y melanocitos.

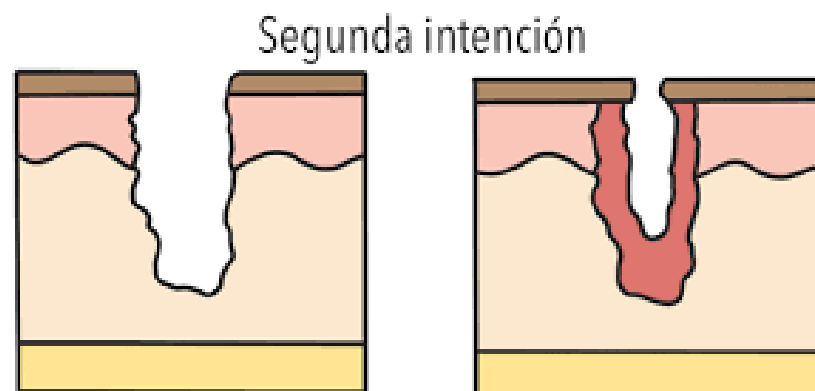
Tejido conjuntivo vascularizado y abundantes terminaciones nerviosas. Colágeno: formado por fibroblastos. Esta capa le da a la piel flexibilidad y fuerza. Corpúsculos de Meissner.

Tejido conjuntivo laxo y está unida a las fascias musculares. Red de colágeno y células adiposas. Corpúsculos de Ruffini.

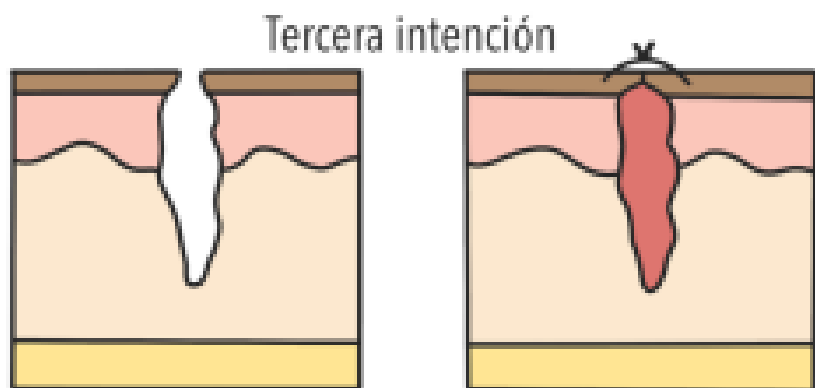
# Cicatrización



**Primera intención:** en heridas limpias no contaminadas, en las que se pueden aproximar los bordes con una sutura precisa. Su cicatriz es más estética.



**Segunda intención:** en riesgo de infección alto o pérdida significativa de tejido. Las heridas pueden dejarse abiertas para que se curen mediante el crecimiento de nuevo tejido en lugar de mediante el cierre primario.

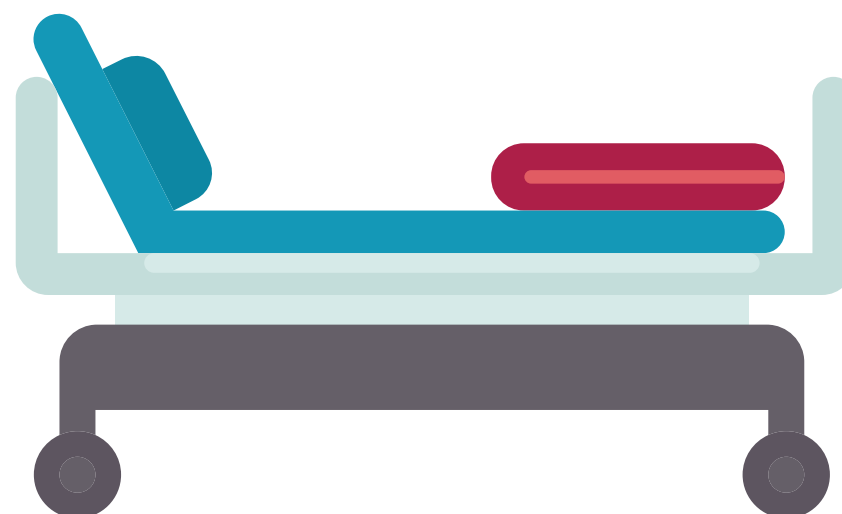


**Tercera intención:** cuando la herida está contaminada o con alto riesgo de infección. La herida se deja abierta y, una vez que se resuelve la infección, se realiza el cierre, aproximando sus bordes.

# Etiopatogenia LPP

Las LPP son lesiones de etiología conocida y multifactorial, con dos elementos clave:

- ➔ **Fuerzas de presión, fricción y cizalla:** Son los principales contribuyentes.
- ➔ **Disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas** relacionada con los siguientes factores de riesgo: inmovilidad, pérdida de percepción sensorial, nutrición e hidratación deficientes y/o enfermedades que afectan al flujo sanguíneo.



# Magnitud de las LPP en la población infantil

Gracias al avance de las nuevas tecnologías sanitarias adaptadas a la edad pediátrica y neonatal, la mortalidad provocada por ciertas enfermedades ha disminuido radicalmente. Por contra, el uso de esta **tecnología sanitaria** obliga al niño a tener un **estado de inmovilidad** que favorece la aparición de LPP relacionadas con la presión sobre la piel.

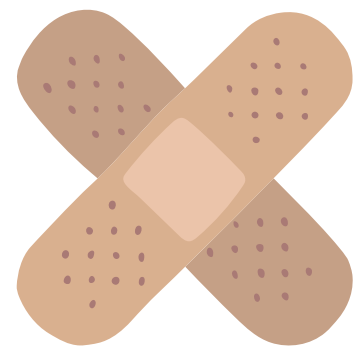
En el contexto específico de las UCIP, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas español (GNEAUPP) reportó en su estudio nacional del 2017 una **prevalencia de LPP del 9,39% para UCIP**.



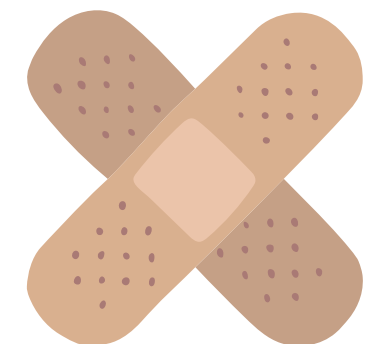


# Localizaciones

- Las localizaciones más frecuentes en los niños son diferentes a las de los adultos.
- Existe una relación directa entre la superficie corporal del niño y la presión en el sacro. Niños con una superficie menor a 1 m<sup>2</sup> tienen menores cifras de presión en sacro y escápula respecto al occipucio.
- A medida de que el niño crece (a partir de los 6-10 años) las proporciones corporales se parecen a las del adulto y comienza a tener sus mismas características frente a las LPP.
- Las zonas donde se apoyan dispositivos clínicos están en riesgo. Pulsioxímetros, dispositivos de VMNI...



Edad	Localizaciones
Menor de 36 meses (<3 años)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Región occipital: por su desproporción cabeza tronco.</li><li>2. Las orejas: sobre todo cuando están intubados o están con la ECMO.</li><li>3. Pies: ante la presencia de pulsioxímetro.</li></ol>
Mayor de 36 meses (>3 años)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zona sacra: en decúbito supino y por estar en posición <u>semi sentada</u> en 45°.</li><li>2. Talones: en decúbito supino.</li></ol>

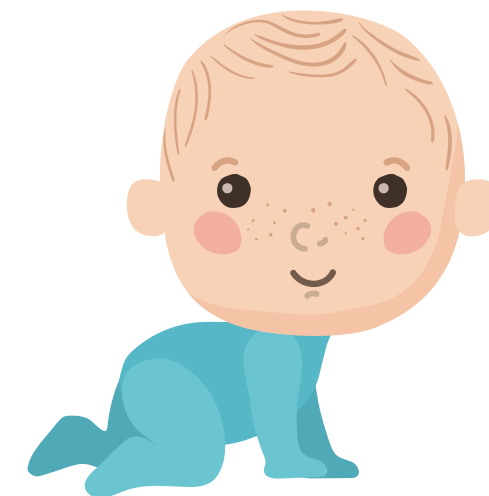


## 2 PREVENCIÓN

Para llevar a cabo un plan preventivo adecuado, es necesario tener en cuenta los diferentes factores que pueden favorecer la aparición de una LPP.

# Factores de riesgo

- Los bebés y los niños tienen distintos factores anatómicos, fisiológicos y de desarrollo que alteran el riesgo y la manifestación de úlceras respecto a los adultos.
- Otros factores de riesgo inherentes al paciente pediátrico: la edad (los menores de 36 meses tienen más riesgo de desarrollar LPP) y la dificultad para comunicarse que tienen los niños pequeños.



# Factores anatómicos relacionados con la aparición de LPP en pacientes pediátricos

<b>Morfología de la piel</b>	<p>En los niños se presentan diferentes circunstancias que afectan a la morfología y al funcionalismo de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Subdesarrollo del estrato córneo</li><li>• Disminución de la cohesión entre la epidermis y la dermis</li><li>• Inestabilidad dérmica</li><li>• pH de la superficie de la piel</li></ul>
<b>Tamaño de la cabeza</b>	<p>Proporcionalmente más grande y pesada que en adultos, lo que configura puntos de presión primarios diferentes a adultos (zona occipital)</p>
<b>Tamaño y silueta del cuerpo</b>	<p>Diferentes en relación a la población adulta, lo que configura puntos de apoyo y niveles de presión local diferentes</p>
<b>Alteraciones fisiológicas, de fluidos y desequilibrio de electrolitos</b>	<p>Ocurren con mayor frecuencia y se desarrollan más rápidamente en bebés y en niños jóvenes, lo que se traduce en: edemas localizados o sistémicos en zonas que pueden ser dañadas por dispositivos sanitarios que ejercen una presión excesiva</p>
<b>Mayor proporción de contenido en agua + mayor superficie del área cefálica</b>	<p>Demandas metabólicas elevadas asociadas a la infección e hipertermia incrementan el riesgo de deshidratación. La piel sobre o deshidratada es más susceptible a lesiones</p>
<b>Hipovolemia y vasoconstricción periférica causadas por la utilización de inotropos y vasopresores</b>	<p>Fenómenos que se traducen en una disminución de la perfusión en las extremidades, con lo que la piel hipoperfundida tiene un mayor riesgo de trauma cutáneo</p>
<b>Limitación de la capacidad de comunicación debido a su desarrollo</b>	<p>Lo que se traduce en el caso de los bebés y niños pequeños a una limitación en la capacidad de comunicar la necesidad de cambiar de posición y/o expresar el malestar en relación a dispositivos sanitarios</p>
<b>Alteraciones neurológicas o degenerativas</b>	<p>Efecto de mielomeningocele, lesiones medulares o lesiones miotróficas congénitas en la capacidad de movilización, mantenimiento de la alineación corporal y percepción sensorial</p>

# Factores causales de las LPP en pacientes pediátricos

<b>Movilidad limitada (tolerancia a la presión)</b>	El desarrollo inmaduro neuromuscular afecta a la capacidad de moverse de manera independiente y/o ante estímulos nocivos como la presión
<b>Actividad reducida</b>	Frecuencia de cambios de posición del cuerpo disminuida que puede ser debida a la gravedad de la enfermedad, tono muscular disminuido, factores mecánicos, farmacológicos o manipulaciones en bloque
<b>Percepción sensorial disminuida</b>	Los pacientes tienen una capacidad limitada de responder al malestar r/c la presión
<b>Perfusión alterada en los tejidos</b>	Mayor riesgo en alto gasto energético asociado a la prematuridad o enfermedad
<b>Estatus nutricional</b>	Una adecuada nutrición es un requisito básico para una óptima cicatrización. La nutrición rutinaria es ideal pero muchos pacientes requieren de suplementación IV. Las deficiencias de grasas y zinc pueden interferir negativamente
<b>Temperatura de la piel</b>	La inestabilidad térmica puede rápidamente tender a afecciones r/c estrés por calor o frío, incremento en el consumo de O2 y un posible distrés respiratorio
<b>Humedad de la piel</b>	La humedad altera la resistencia de la epidermis
<b>Fuerzas de fricción y cizalla</b>	Los tejidos subyacentes están comprometidos por fuerzas externas
<b>Edad</b>	Mayor riesgo en el prematuro por la fragilidad de la piel
<b>Factores ambientales</b>	Incubadoras, superficies de apoyo...
<b>Dispositivos terapéuticos</b>	Pulsioxímetros, catéteres, fijaciones o inmovilizaciones, dispositivos nasales de presión positiva, tiras de mascarillas, ECMO...
<b>Agresiones concomitantes</b>	Diarrea, exudado, material de cura en heridas quirúrgicas, ostomías...

# Valoración del riesgo

La valoración del riesgo debe realizarse a todos los niños en el momento del **ingreso** en cualquier unidad de hospitalización pediátrica, ante cualquier **cambio significativo** en el estado del niño y **de manera periódica** (al menos cada 48h).



# ● Braden Q

## ENTRE 1 MES Y 14 AÑOS

ESCALA BRADEN Q				
MOVILIDAD	1.- Completamente inmóvil.	2.- Muy limitada.	3.- Ligeramente limitada.	4.- Sin limitaciones.
ACTIVIDAD	—————→			4.- Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar O camina frecuentemente.
	1.- Encamado.	2.- En silla.	3.- Camina ocasionalmente.	
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1.- Completamente limitada.	2.- Muy limitada.	3.- Ligeramente limitada.	4.- Sin limitaciones..
HUMEDAD	1.- Piel constantemente húmeda.	2.- Piel muy húmeda.	3.- Piel ocasionalmente húmeda.	4.- Piel raramente húmeda.
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	1.- Problema significativo.	2.- Problema.	3.- Problema potencial.	4.- Sin problema aparente.
NUTRICIÓN	1.- Muy pobre.	2.- Inadecuada.	3.- Adecuada.	4.- Excelente.
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida.	2.- Comprometida.	3.- Adecuada.	4.- Excelente.

Puntuación  $\leq 16$  puntos **RIESGO**  
 Puntuación  $> 16$  puntos **NO RIESGO**

# e-NSRAS

**e-NSRAS**  
**Neonatal Skin Risk Assessment Scale**

www.uppeditalia.org @UPPeditalia @Creative\_Nurses

	CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	HUMEDAD
<b>1</b>	EDAD GESTACIONAL <b>≤28</b> semanas	COMPLETAMENTE LIMITADO  NO RESPONDE A ESTÍMULOS EXTERNOS	COMPLETAMENTE INMÓVIL  NO REACCIONA NI MUEVA FRECUENTES CAMBIOS DE POSICIÓN	COMPLETAMENTE ENCAMADO/A  EN CUNA SANSIJA O EN UCI	MUY DEFICIENTE  EN AYUNAS Y/O LEJADOS INTERFERENCIA EN EL SUT	PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA  PIEL HÚMEDA/HUMEDA CADA VEZ QUE SE MUEVA EN CUNA
<b>2</b>	<b>&gt;28</b> <b>≤33</b> semanas	MUY LIMITADO  RESPONDE SOLO A ESTÍMULOS EXTERNOS	MUY LIMITADA  OCASIONALMENTE REAGIA FRECUENTES CAMBIOS DE POSICIÓN	ENCAMADO/A  EN INCUBADORA O EN CUNA FANCO O SUT	INADECUADA  + CANTIDAD DE LA ÓPTIMA LECHE MATERNA Y/O ARTIFICIAL + NP O SUT	PIEL HÚMEDA  PIEL HÚMEDA CON FRECUENTES PERO NO SIEMPRE (CAMBIO SANSIJA O VECES) SUT
<b>3</b>	<b>&gt;33</b> <b>≤38</b> semanas	LIGERAMENTE LIMITADO  Z <sub>2</sub> SITANCO	LIGERAMENTE LIMITADA  FRECUENTEMENTE REAGIA CAMBIOS DE POSICIÓN	LIGERAMENTE LIMITADA  EN INCUBADORA DE PARED SIMPLE O CUBILET EN ESTACIONES INTERMEDIAS	ADECUADA  ALIMENTACIÓN ENTERAL	PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA  PIEL HÚMEDA OCASIONALMENTE (CAMBIO SANSIJA O VECES)
<b>4</b>	<b>&gt;38</b> semanas postparto	SIN LIMITACIONES  SERVO Y ACTIVO	SIN LIMITACIONES  SUAVE CAMBIO DE POSICIÓN RESPONDE FRECUENTEMENTE Y SIN AYUDA	SIN LIMITACIONES  EN CUNA SANSIJA	EXCELENTE  LACTANCIA MATERNA O AL SUT	PIEL RARA VEZ HÚMEDA  PIEL HABITUALMENTE SECA (CAMBIO SANSIJA O VECES) SUT

Se adjuntan dos métodos para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS. La primera clasifica el riesgo en dos niveles y la segunda clasifica en tres niveles.

Neonato CON riesgo de UPP	≤ 17 puntos
Neonato SIN riesgo de UPP	> 17 puntos

Neonato con riesgo ALTO de UPP	< 13 puntos
Neonato con riesgo MODERADO de UPP	13-17 puntos
Neonato con riesgo BAJO de UPP	> 17 puntos

Escala e-NSRAS. Autor: Dr. Pablo Borda-Molina y Dr. B. Adaptada de la original. Nuffield Institute for Health, 2017



## ESCALA GLAMORGAN

Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pediatría

www.appocdm.org @Creative\_Nurses

### MOVILIDAD

<p><b>NECESITA GRAN AYUDA</b></p>  <p><small>De movilidad consciente deterioro de su condición/estado general</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">20</p> <p>PUNTOS</p>	<p><b>INCAPAZ DE CAMBIAR DE POSICIÓN SIN AYUDA</b></p>  <p><small>0 capacidad de control del movimiento corporal</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">15</p> <p>PUNTOS</p>	<p><b>ALGO DE MOVILIDAD</b></p>  <p><small>Poco movilidad para su edad</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">10</p> <p>PUNTOS</p>	<p><b>MOVILIDAD NORMAL</b></p>  <p><small>Para su edad. No precisa cambios posturales</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">0</p> <p>PUNTOS</p>
--	---	---	---

<p><b>ANEMIA SIGNIFICATIVA</b></p>  <p><small>Hb &lt;9 g/dl</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>	<p><b>PIREXIA PERSISTENTE</b></p>  <p><small>Tª &gt; 38°C durante más de 4 horas</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>	<p><b>MALA PERFUSIÓN PERIFÉRICA</b></p>  <p><small>(Extremidades frías/taquicardia &gt; 2 seg / piel cianótica y/o)</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>	<p><b>NUTRICIÓN INADECUADA</b></p>  <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>	<p><b>ALBÚMINA SÉRICA BAJA</b></p>  <p><small>(&lt;35 g/l)</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>	<p><b>PESO POR DEBAJO DEL PERCENTIL 10</b></p>  <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>	<p><b>INCONTINENCIA</b></p>  <p><small>(inapropiadas su edad)</small></p> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">1</p> <p>PUNTO</p>
---	--	---	---	--	---	---

### DISPOSITIVOS

(equipos/objetos/superficies duras que presionan o friccionan la piel)



Colchones, gafas nasales, CPAP, sondas...etc.

10

PUNTOS

**PUNTUACIÓN TOTAL = MOVILIDAD + DISPOSITIVOS**

↓

<p>Inspeccionar la piel al menos 2 veces/día. Aliviar presión ayudando a moverse cada 2 horas. Utilizar una superficie apropiada de redistribución de la presión según edad/peso al sentir dolor. Reposicionar los equipos y/o dispositivos cada 2 horas.</p>	<p><b>EN RIESGO</b> &lt;10 PUNTOS</p>
<p>Inspeccionar la piel en cada posicionamiento. Reposicionar cada 2 horas. Aliviar la presión antes de que se desarrolle el enrojecimiento de la piel. Utilizar una superficie apropiada de redistribución de la presión según edad/peso. Asegurarse de que los equipos/objetos no están presionando la piel.</p>	<p><b>ALTO RIESGO</b> &gt;15 PUNTOS</p>
<p>Inspeccionar la piel cada hora. Monitorizar o cambiar de posición antes de que la piel se enrojezca. Asegurarse de que los equipos/objetos no están presionando la piel. Considerar la utilización de equipos especializados de alivio de presión.</p>	<p><b>MUY ALTO RIESGO</b> &gt;20 PUNTOS</p>

FUENTE: Escala Glamorgan. Autor español: Español Fernández Santos, D. 2014. Adaptación de la original: Wilson, J. 2007



# Manejo de la presión

Cambios posturales teniendo en cuenta: el riesgo, la edad, tolerancia al movimiento, la presencia de LPP y la estabilidad clínica del niño.

**RIESGO** de LPP: cambio postural cada 4 o 6 horas si se encuentra sobre una superficie especial de apoyo. Si no estuviera sobre una superficie adecuada será necesario plantearse hacer los cambios cada 2 horas.



Para evitar las LPP de los talones se colocarán los pies al aire usando posicionadores o almohadas.



Movilizar los dispositivos clínicos según la presión ejercida y su potencial efecto lesivo. El sensor de pulsioximetría: movilizaciones cada 3 horas en niños en riesgo.



Evitar la hiperextensión cervical y elevar el cabecero de la cama lo mínimo posible (máx 30°). Se pueden utilizar apósitos protectores para reducir la fricción (hidrocoloides finos o films de poliuretano) o la presión sobre algunas zonas (espumas de poliuretano en sacro, talones y occipucio), además de dispositivos de gel para aliviar la presión en zonas localizadas.







## Superficies especiales para el manejo de la presión:

- **Superficies estáticas:** dispositivos de espuma de poliuretano, espumas de alta densidad, viscoelásticos, gel, agua o aire que se ajustan al contorno del niño distribuyendo el peso en una superficie mayor, reduciendo así la presión.
- **Superficies dinámicas:** colchones o sobrecolchones de aire alternante. Diseño para el paciente pediátrico. Las celdas del colchón deben ser pequeñas. Muy útiles en pacientes a los que no se les puede realizar cambios posturales. No utilizar en pacientes con sospecha de lesión medular.



# Manejo del exceso de humedad

-  **Crema hidratante** una vez al día y **ácidos hiperoxigenados** dos veces al día en las zonas de riesgo de desarrollo de LPP sin efectuar masaje sobre las prominencias óseas.
-  Cambiar los **pañales** lo antes posible cuando están mojados, limpiar y secar la zona en cada episodio de incontinencia.
-  **Productos barrera** testados en los pacientes pediátricos (cremas, lociones, pastas y emolientes enriquecidas con óxido de zinc, espráis de poliuretano, pastas moldeadoras, siliconas).
-  Aplicar **apósitos entre los dispositivos y la piel** según necesidades de absorción (poliuretano, alginato, fibras de hidrocoloide).

# Nutrición

- 🍊 **Valoración nutricional completa:** estado nutricional, capacidad de deglución, capacidad de absorción de nutrientes, necesidades calóricas, historia dietética, determinaciones bioquímicas. Reevaluaciones nutricionales de forma periódica.
- 🍊 Valorar la inclusión de **suplementos multivitamínicos o nutricionales** en: desnutrición, disminución de la ingesta, pérdida de peso o etapa del desarrollo de crecimiento acelerado.
- 🍊 **Vía oral o enteral** de forma preferentemente.
- 🍊 En LPP graves que no evolucionen adecuadamente y que estén consumiendo el 100% de sus necesidades calóricas y proteicas, valorar el **aumento de proteínas** entre un 20%-25%. Valorarse con cautela si existen problemas renales y/o hepáticos.

## 3 MEDIDAS TERAPÉUTICAS

Es importante llevar a cabo una valoración exhaustiva de la piel que nos ayude a determinar la actitud terapéutica más adecuada en cada caso.

# Clasificación de las LPP



## Grado I

Eritema cutáneo que no palidece al presionar



## Grado II

Pérdida parcial del espesor de la piel, afecta a la epidermis y a la dermis. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial



## Grado III

Pérdida completa del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo pero que no afecta a huesos, músculo ni tendones.



## Grado IV

Pérdida total del espesor de la piel y tejido subcutáneo. Los huesos, músculos o tendones están expuestos y pueden verse afectados.



# Abordaje terapéutico según estadio

## Grado I

- Aliviar la presión
- Ácidos grasos esenciales c/8 horas
- Apósito de espuma de poliuretano (de baja adhesividad) cuando la presión siga siendo mantenida (p.e con la interfase de la VMNI)

## Grado II

- Desbridamiento cortante total de la flictena (técnica aséptica)
- Valoración del grado de exudado, signos de infección, localización, tamaño, profundidad y dolor para elegir el tipo de cura
- Suelen ser superficiales y si no se interpone la presión, pueden ser curadas mediante apósitos hidrocoloides extrafinos (bajo exudado), apósitos de espuma de poliuretano de baja adhesividad (más exudativas), incluso apósitos de malla. Si signos de infección: valorar apósitos con agentes antimicrobianos

# Abordaje terapéutico según estadio

## Grado III

- Retirar completamente la presión de la zona (uso de SEMP reactiva con motor o cambios posturales)
- Preferible métodos como el desbridamiento autolítico, frente al resto
- Intervención similar a la de grado II. Será necesario rellenar cavidades formadas mediante otro tipo de apósitos como los alginatos o la hidrofibra, usando como secundario un apósito de espuma p.e
- Frecuencia de la cura: según estado del apósito y fase de curación. Facilitar la retirada atraumática del apósito. El dolor debe ser vigilado y controlado

## Grado IV

- Similar a la grado III
- Desbridamiento del tejido necrótico
- Evitar infección: antibioticoterapia sistémica y reducir carga bacteriana en la lesión

# Tipos de apósitos

La elección de un apósito se basará en: cantidad de exudado, dolor, colonización, región anatómica, tunelizaciones, piel perilesional y lecho de la lesión.

## Apósito ideal

Protección mecánica

Mantener el ambiente húmedo

Absorber el exudado excesivo y los componentes tóxicos

Facilitar la eliminación de exudado y tejido necrótico

Impermeable a los líquidos

Favorecer la cicatrización

Actuar de barrera frente a m.o

Permitir el intercambio gaseoso

No ser adherente a la herida



**GASAS:** últimos estadios y principalmente limpia. Hay que cambiarlos diariamente para evitar infecciones y la incorporación con el tejido de granulación. Han quedado relegados en la actualidad.

**CELULOSA BACTERIANA:** alto valor clínico para la reparación de tejido epitelial y aceleramiento del proceso de cicatrización. Se utilizan para las suturas y lesiones poco exudativas.





**ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS:** prevención de LPP principalmente. Su función es restaurar el manto hidrolipídico de la piel. Actúa sobre la microcirculación de la piel, induciendo una vasodilatación local y produce un aumento de la presión transcutánea de oxígeno.

**APÓSITOS BARRERA EN PULVERIZACIÓN O CREMA:** capacidad de formar una barrera protectora en la piel frente a agresiones externas y de regenerar el epitelio dañado. Previenen la maceración de la piel perilesional por ser barrera frente a la agresión de exudados y mejoran la adhesión de apósitos secundarios.





**APÓSITOS EN MALLA:** son mallas de diversos componentes: hidrocoloide, siliconadas, libres de partículas, vaselinadas. Su función es evitar la adhesión al lecho o el dolor según el tipo de herida o técnica realizada de los apósitos secundarios.

**HIDROCOLOIDES:** favorecen ambiente húmedo y cálido debido a la gelificación. Protegen frente a la fricción, evitan la producción excesiva de fibrina, permiten el intercambio gaseoso, favorecen la aparición de colágeno, estimulan la migración de fibroblastos y la angiogénesis. El objetivo básico es mantener la herida limpia, indolora, curada y cerrada. En fase de granulación y con escaso o moderado exudado. No apropiados si abundante exudado.





**POLIURETANOS:** film o spray, transparentes, semioclusivos, permeables a gases y vapor de agua e impermeables al agua. Óptimos para fijar otros apósitos secundarios en zonas de difícil adherencia. Facilitan la visualización de la zona a tratar. Poca capacidad de absorción y se saturan rápidamente.

**ESPUMAS:** gran capacidad de absorción. Protegen frente a presiones externas en zonas de riesgo, favorecen el desbridamiento autolítico, no se adhieren al lecho de la úlcera y están cubiertos por un poliuretano fino que los hace semioclusivos. Indicadas en lesiones con moderado a alto nivel de exudado, y asociadas a tratamientos tópicos. Contraindicadas en quemaduras de 3er grado, úlceras infectadas, úlceras grado IV, úlceras secas y con escaras necróticas.





**HIDROFIBRAS:** poder de absorción y humectante, consiguiendo con ello un aumento del desbridamiento autolítico. Son muy útiles en heridas cavitadas o fistulizadas. Son de fácil acoplabilidad, pero precisan apósito secundario para su sujeción.

**ALGINATOS:** alta absorción, biocompatibilidad, biodegradabilidad, capacidad para formar películas e hidrogeles. Tienen gran capacidad de absorción. Para heridas moderadas a muy exudativas, infectadas o que precisan desbridamiento autolítico, y son muy útiles en heridas cavitadas o fistulizadas. También útil en heridas sangrantes. Contraindicados en heridas secas y su uso con povidona yodada. Para su sujeción es necesario un apósito secundario.







**HIDROGELES:** mantienen un medio húmedo, alivian el dolor, rellenan cavidades y facilitan el desbridamiento autolítico natural. Favorecen la aparición del tejido de granulación y epitelización. Para el desbridamiento de tejido necrosado y esfacelos, heridas en fase de granulación y epitelización, heridas infectadas, úlceras grado II, III y IV, úlceras vasculares, heridas abiertas y quemaduras. Contraindicados en heridas cavitadas de difícil acceso, lesiones altamente exudativas, y no pueden asociarse con antisépticos tipo yodo, clorhexidina o hipocloritos. Necesitan un apósito secundario y cambio diario de este.

**CARBÓN ACTIVO:** gran capacidad de absorción y especialmente útiles en úlceras malolientes, neutralizando los olores desagradables. Son compatibles con infección, tejido desvitalizado y de granulación. Contraindicados en úlceras en fase de granulación no infectadas.





**SILICONADOS:** no se adhiere al lecho de la úlcera pero si a la piel circundante. Absorbe exudado y minimiza el traumatismo en los cambios de apósito. Puede asociarse con pomadas desbridantes. Se utilizan en úlceras dolorosas, venosas, necróticas, fijación de injertos, piel frágil, o úlceras con tejido de granulación. Contraindicados en heridas cavitadas e infectadas.

**APÓSITOS CON PLATA:** gran capacidad antimicrobiana con un amplio espectro de acción. Su principal indicación son las úlceras con colonización crítica. Se utilizarán el tiempo necesario evaluando el beneficio y se recomienda valorar su uso tras dos semanas.



**APÓSITOS BIOACTIVOS:** desempeñan un papel activo en el proceso de cicatrización. Entre ellos se encuentran también los apósitos hidrocoloides, hidrogeles y alginatos.



- Polvo de colágeno: acelera la reparación tisular y estimula el proceso de granulación.
- Ácido hialurónico: implicado en la formación del tejido de granulación. Muy absorbentes, hidratantes e hidroreguladores.
- Inhibidores de metaloproteasas: estimula la angiogénesis inactivando a las proteasas, cuyo exceso se ha demostrado perjudicial para el proceso de cicatrización.
- Apósitos con miel: efecto antibacteriano, antiinflamatorio y antioxidante. Están indicados en úlceras colonizadas o infectadas.

**PREPARADOS ENZIMÁTICOS:** se utilizan para el desbridamiento enzimático.



# 4 CONCLUSIONES

- La menor prevalencia de LPP en la población pediátrica con respecto a la adulta, en ocasiones, da lugar a un menor conocimiento por parte del profesional de enfermería sobre estas lesiones, su prevención y respectivo tratamiento.
- Conocer las características específicas de los niños y la adecuada valoración del riesgo de desarrollar LPP pueden prevenir este tipo de lesiones y sus consecuentes complicaciones.
- Las LPP pueden clasificarse en 4 estadios, pero para aplicar un tratamiento eficaz, es necesario atender a las características individuales de cada lesión.

# 5 BIBLIOGRAFÍA

1. Torrai JE, Pérez G, Bosch A, García FP, Sarabia R, Soldevilla JJ et al. Incidencia de lesiones por presión en unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales: revisión sistemática (2000-2016). Gerokomos [Internet]. 2020 [citado el 28 de marzo de 2023] ; 31( 3 ): 180-192. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000300180&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000300180&lng=es). Epub 28-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2020000300010>.
2. Camarasa L. Cuidados de enfermería en las úlceras por presión en pediatría. Enfermería integral [Internet]. 2017 [citado el 28 de marzo de 2023] ; (117): 59-65. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/117/ENF-INTEG-117.pdf>
3. Fau R, Peón I, Larriba T, Benito C, Gasca M, Maza M. Úlceras por presión en pacientes pediátricos. Revisión sistemática. Revista sanitaria de investigación [Internet]. 2022 [citado el 28 de marzo de 2023] ; 3 ( 8 ). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ulceras-por-presion-en-pacientes-pediatricos-revision-sistemica/>
4. Aguado AC. Actuación de enfermería ante úlceras por presión en población pediátrica. Ocronos [Internet]. 2021 [citado el 28 de marzo de 2023] ; 4 ( 3 ): 155. Disponible en: <https://revistamedica.com/actuacion-enfermeria-ulceras-presion-poblacion-pediatrica/>
5. García P, Quesada C, Balaguer E, Ferrera MA, León JA, Pereyra C. Upp en pediatría. Úlceras.net [Internet]. [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://ulceras.net/monografico/124/118/upp-en-pediatria.html>
6. Fernández I. Clasificación y funciones de los diferentes apósitos existentes para el cuidado de las úlceras por presión. NPunto [Internet]. 2021 [citado el 28 de marzo de 2023] ; 4 ( 38 ): 71-92. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/38/clasificacion-y-funciones-de-los-diferentes-apositos-existentes-para-el-cuidado-de-las-ulceras-por-presion>



# Gracias

María Martín Alonso

marizzu92@hotmail.com

