

**PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS
LESIONES POR PRESION EN EL ADULTO
MAYOR**

Alumno: Salas Torres Estefani
Santiz López Stefani
Mendez Mendez Witmab Esau

Materia: Taller de Elaboración de Tesis

Catedrático: García Alfonzo Mireya del Carmen

Noveno cuatrimestre

Licenciatura en enfermería

Comitán de Domínguez Chiapas a 27 de Mayo del 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres. A Dios porque ha sido mi guía en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes desde muy pequeña me enseñaron no abandonar mis sueños. A mi familia, amigos , docentes que ha depositado su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello por lo que soy lo que soy ahora.

Salas Torres Stefani

Gracias

Este trabajo de titulación es el resultado del esfuerzo de años de estudio y de trabajo duro por obtener los conocimientos científicos que guarda esta noble profesión como lo es Enfermería. A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida me han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades. A mis familiares, amigos y docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió abre sus puertas a personas como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como cuidadores del ser humano.

Santiz López Stefani

Gracias

En primer lugar, a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar, a mis padres; por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. Por último, a mis compañeros de clases porque en esta armonía grupal lo hemos logrado y a mi tutor quién nos ayudó en todo momento.

Méndez Méndez Witmab Esaú

Gracias

INDICE

Contenido

DEDICATORIA	3
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
JUSTIFICACIÓN	11
HIPOTESIS.....	13
METODOLOGIA	14
CAPITULO 2	15
2. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU CONOCIMIENTO A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	15
3. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES.....	18
3.1. La piel	18
Epidermis	19
Dermis	20
3.2. Valoración de la piel.....	20
3.3. Definición Úlceras Por Presión.....	21
3.4. Etiopatogenia de las úlceras por presión.....	21
3.4.1. Factores de riesgo	22
3.4.2. Factores de riesgo intrínsecos	23
3.4.3. Factores de riesgo extrínsecos.....	25
3.5. Clasificación De Las Úlceras Por Presión.....	26
3.5.1. Categoría I	26
3.5.2. Categoría II.....	26
3.5.3. Categoría III	26

3.5.4. Categoría IV.....	26
3.6. Localización de las úlceras por presión.....	27
3.7. Complicaciones de las úlceras por presión.....	27
3.8. Tratamiento de las úlceras por presión.....	28
3.9. Prevención de las úlceras por presión.....	30
3.10. Manejo de la presión.....	32
3.11. Escalas de Evaluación de Riesgo.....	33
Escala de Norton.....	34
Escala de Braden.....	36
Escala EMINA.....	39

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores por el hecho de cursar por una edad avanzada, aumenta su vulnerabilidad para desarrollar úlceras por presión, dado que la piel se vuelve reseca, la movilidad se deteriora con el pasar del tiempo y algunos padecen de enfermedades metabólicas o circulatorias que lo predispone.

Según estudios realizados a nivel mundial se ha evidenciado que las úlceras por presión pueden ser prevenidas al realizar valoración con escalas estandarizadas y validadas en a desarrollar dichas lesiones en la piel. Por estas razones y el interés en el tema de las úlceras por presión como indicador de calidad del cuidado de Enfermería dentro de la línea de conceptualización y práctica, motivaron a la realización de este estudio de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo, el cual tiene por objetivo determinar la valoración de las úlceras por presión en los adultos mayores.

La prevención de úlceras por presión es un tema en el que la enfermera tiene gran responsabilidad dentro de su rol autónomo. Se estima que un 95% de las úlceras se pueden prevenir, por lo que el índice de úlceras por presión se ha convertido en un indicativo de la calidad de los cuidados enfermeros.

Además, la valoración y la actuación sobre el diagnóstico enfermero "Riesgo de alteración de la integridad de la piel" repercuten en la comodidad del paciente, la prevención del dolor y de complicaciones como la infección y posible sepsis, el aumento de la estancia hospitalaria, la prevención de nuevos ingresos y el gasto sanitario.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se realiza porque se ha percibido que presentan varios factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión, entre los cuales están: dificultad para la movilidad, encamamiento por periodos de tiempo prolongados, enfermedades circulatorias o neurológicas, incontinencia urinaria o fecal, por lo tanto, están expuestos a situaciones que afectan la piel que por su edad es más sensible y menos resistente.

En el hipotético caso que se presente la úlcera tendrá repercusiones en la salud, en la calidad de vida, tanto en lo económico y en lo familiar, pues inicia una secuencia de situaciones desagradables como lo son las curaciones de la herida y tratamiento farmacológico a las que debe ser sometido el adulto mayor.

Las úlceras por presión, por lo general son detectadas en revisiones de rutina que realiza el personal de enfermería o quien esté al cuidado del adulto mayor, estas lesiones en la piel representan un problema de salud para el cliente, los cuidadores, sistema de salud e institución.

Con frecuencia pasan desapercibidas dado que no se realiza una adecuada valoración del estado de la piel, ya sea por temor de moverlo, evitar despertarlo o invadir la privacidad durante el baño.

Por otro lado, se ha observado que el personal de enfermería ya sea auxiliar o profesional tiene dificultades para la valoración del riesgo de úlceras por presión, pues no aplican escalas ya estandarizadas y validadas que faciliten la identificación del riesgo, por el desconocimiento y la falta de capacitación, por lo tanto, es un factor que afecta negativamente al momento de detectar factores de riesgo y prevenir ulceraciones en los residentes.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se realiza valoración del riesgo por úlceras por presión por parte del personal de Enfermería en adultos mayores?

¿Cuál es la clasificación de las úlceras por presión?

¿Cuáles son las escalas que utilizan para la valoración de las úlceras por presión?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la valoración del riesgo de úlceras por presión por parte del personal de enfermería en adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos para desarrollar úlceras por presión en los adultos mayores.

2. Describir la clasificación de las úlceras por presión.

3. Determinar las escalas que utilizan para la valoración de las úlceras por presión.

JUSTIFICACIÓN

Como estudiantes de enfermería nos motivó realizar este estudio al observar la no aplicación de las escalas de valoración del riesgo de úlceras por presión en los adultos mayores, es muy importante prevenir antes que lamentar.

Puesto que las actividades de enfermería no solo están enfocadas para la etapa curativa o de rehabilitación del paciente, sino también a la parte preventiva.

Padecer de úlceras por presión tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas, convirtiéndose así en un problema de Salud pública.

En primer lugar, se considera como problema personal porque se ve vulnerada la calidad de vida de los adultos mayores afectados, de su familia y de sus cuidadores, ya que se inicia una secuencia de situaciones a las que debe ser sometido el paciente, algunas de ellas son la curación de las lesiones, administración de antibióticos, factores que al articularse entre sí generan una influencia negativa para el adulto mayor y todo su entorno familiar.

Las úlceras por presión son evitables y más aún si se aplican escalas validadas para la valoración del riesgo de padecer tal lesión, por lo que uno de los motivos para realizar este estudio es exponer la realidad en cuanto a la

aplicación de instrumentos reconocidos y estandarizados que contribuyan a la prevención de desarrollar úlceras por presión en los adultos mayores.

Otra de las razones es profundizar en cuanto al contenido y la importancia que tiene aplicar las escalas de Braden, Emina, Norton y Waterlow para la prevención de úlceras por presión.

Además, con los datos resultantes se pretende contribuir a la disminución del riesgo de padecer úlceras por presión, puesto que esta situación genera gastos para los familiares, pacientes e institución de salud y disminuye la calidad de vejez que pudiera tener las personas mayores

Las escalas de valoración de riesgo de úlcera por presión (EVRUPP) son la base de los protocolos de prevención, ya que ayudan a identificar a los pacientes de riesgo, suponiendo un criterio objetivo en la utilización de recursos preventivos.

HIPOTESIS

Unos cuidados de enfermería adecuados tienen una influencia positiva en la prevención de úlceras por presión en pacientes de edad adulta. Los cuidados de enfermería adecuados como aquellas medidas preventivas que han demostrado su efectividad en la prevención de úlceras por presión, como son los cambios posturales, la protección de áreas de riesgo o la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados.

Una correcta nutrición e hidratación ayuda al tratamiento de las úlceras por presión.

METODOLOGIA

Se comenzó la investigación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, nace la necesidad de poder investigar nuevas medidas y cumplir las medidas correspondientes. Con una herramienta que es la investigación de manera de que se pueda ampliar y aplicar.

CAPITULO 2

2. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU CONOCIMIENTO A LO LARGO DE LA HISTORIA

Las heridas causan dolor, discapacidad y muerte. Desde el principio de los tiempos, han estado vinculadas al ser humano en cualquier momento de su ciclo vital y los problemas asociados a su cuidado y su tratamiento son, por lo tanto, tan antiguos como la humanidad misma.

El objetivo del tratamiento de las heridas a lo largo de la historia siempre ha sido reducir los riesgos causados por la herida en sí misma y minimizar las complicaciones potenciales. El dolor, la pérdida de continuidad de la piel y de los tejidos han puesto a prueba el ingenio del hombre a lo largo de los siglos.

Es imposible saber cómo el hombre prehistórico llegó a descubrir la cantidad de pomadas y ungüentos con los que recubrían las heridas. El agua fría, la nieve, el hielo, la aplicación de hierbas y de arcilla, no sólo aliviaban el dolor, sino que favorecían la curación. Como consecuencia de esto, desde hace aproximadamente 6.000 años, el hombre dispone de tratamientos tópicos eficaces para el tratamiento de las heridas.

Los primeros registros escritos que contienen información sobre las heridas datan del año 2500 AC. Se trata de tablas de arcilla procedentes de la civilización mesopotámica. En ellas se refiere que las heridas se lavaban con agua o leche y se recubrían con miel, resina procedente de coníferas, incienso o mirra. Los vendajes se fabricaban con lana o lino.

Los primeros papiros egipcios aparecen unos 700 años después. Los egipcios comprobaron que una herida cerrada curaba antes que una herida abierta e inventaron el vendaje adhesivo aplicando goma a tiras de lino para poder aproximar los bordes de las heridas. Para curar las heridas utilizaban mezclas de miel, grasa de cerdo y resinas. Las razones para el uso de las resinas no están claras, pero parece ser que, por su capacidad de solidificación, se usaban para rellenar y sellar heridas. Además, su fragancia era un aliciente para usarlas en casos de úlceras malolientes

El papiro de Smith que está datado en el año 1650 AC, aunque se postula que es copia de un documento más antiguo, incluye 48 casos de heridas, lesiones y fracturas, ordenados topográficamente desde el cráneo hasta la columna dorsolumbar. Ofrece opciones de tratamiento como el cierre de heridas con suturas (para las heridas de los labios, la garganta y los hombros), prevenir y curar la infección con miel, y detener la hemorragia con la carne cruda.

La civilización griega heredó muchos de los conocimientos egipcios. Hipócrates (460-377 AC), sugirió que las heridas contusas debían tratarse con pomadas con la finalidad de promover la supuración, eliminar el material necrótico y reducir la inflamación y el resto de las heridas debían ser lavadas para posteriormente dejarse secar en contacto con el aire. La naturaleza favorecería la cura de la herida. La observación clínica fue la base del

tratamiento hipocrático pero la gente no estaba dispuesta a dejar nada al azar, y la superstición y la magia florecieron.

Durante la hegemonía del Imperio Romano y aproximadamente en el año 50 DC, Cornelius Celsus escribió la enciclopedia "De Medicina". En ella hace una distinción clara entre heridas y úlceras crónicas y argumenta que requieren tratamientos diferentes.

Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna y contemporánea de Charcote, trabajó en Inglaterra y no está claro si su influencia llegó hasta París. En 1859 publicó "Notas sobre enfermería", haciendo una clara referencia a la responsabilidad de las enfermeras en la prevención de las UPP: "Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería." En la misma obra refiere: "Merece la pena subrayar, que cuando existe peligro de escaras, no se debe colocar nunca una manta debajo del paciente. Retiene la humedad y actúa como una cataplasma."

Casi al mismo tiempo, Sir James Paget, eminente profesor y patólogo, definió las UPP como "la pérdida de integridad y la mortificación o muerte de una zona producida por la presión". Identificó ciertos precursores como la inflamación que afecta a las prominencias óseas, generalmente el sacro, las espinas ilíacas, los trocánteres y las apófisis espinosas de las vértebras. Pero también comprobó que el daño de la piel va acompañado de daño en tejidos más profundos, de manera que se producía la muerte de éstos incluso antes de la pérdida de la integridad cutánea y "cuando la piel desaparece, el espacio ocupado anteriormente por estos tejidos queda vacío".

Estudió factores predisponentes para el desarrollo de las UPP: "los más ancianos, especialmente los que tienen fracturado el cuello del fémur, los más gruesos y pesados, pero también los más delgados" y observó que las medidas preventivas debían instaurarse en el momento en que el paciente fuese encamado, de ahí la importancia que daba al conocimiento y entrenamiento en estas medidas preventivas pues "una vez que la UPP aparece, es muy difícil deshacerse de ella".

Según Paget si un paciente puede adoptar 4 posiciones diferentes durante su encamamiento, sobre su espalda, a cada lado y sobre su cara, las UPP pueden ser prevenidas y aunque aparezca una UPP en alguna zona, las medidas preventivas deben continuar para prevenir la aparición de otras nuevas.

3. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

3.1. La piel

Representa el órgano más extenso del organismo humano, se conforma de diversos tipos de tejidos que unidos entre sí cumplen un objetivo específico. Su grosor oscila entre 0,5 y 4 mm, se caracteriza por ser más gruesa en las manos y en las plantas de los pies.

En el cuerpo humano la piel cumple varias funciones importantes:

- 1.- Es una barrera entre el medio ambiente y el medio interno.
- 2.- Sirve de protección de agentes lesivos, ya sean de origen físico, biológico o químico.
- 3.- Termorregulación
- 4.- Sintetiza la vitamina D
- 5.- Cumple funciones sensitivas

La piel está conformada de 3 capas:

Epidermis

Esta capa se encuentra en parte más superficial de la piel. Consiste en un epitelio escamoso estratificado que se conforma por 4 tipos de células:

- Queratinocitos
- Melanocitos
- Células de Merkel
- Células de Langerhans

Dentro de la epidermis se encuentran varios estratos:

A) Estrato córneo

Es el más externo. Se conforma por células planas y muertas, ocupadas por queratina.

B) Estrato lúcido

Sólo está presente en las zonas de piel gruesa.

C) Estrato granuloso

Está formado por varias hileras de células en fase de degeneración. Contiene precursores de la queratina.

D) Estrato espinoso

Está constituido por varias hileras de células poliédricas unidas por “espinas” o desmoronas.

E) Estrato basal

Es el más profundo. Está constituido por una sola capa de células cúbicas, dichas células pueden dividirse y forman los queratinocitos y melanocitos.

Dermis

Dicha capa se sitúa debajo de la epidermis, forma una red de colágeno y fibras elásticas. Representa la segunda barrera defensiva brindando protección ante traumatismos. Se constituye por 2 capas:

- 1.- Dermis papilar: capa superficial constituida por tejido conectivo laxo debajo de la epidermis.
- 2.- Dermis reticular: capa más profunda y gruesa de la dermis, se conforma de tejido conjuntivo denso.

3.2. Valoración de la piel

Al valorar la piel los principales signos para úlceras por presión son:

- Edema
- Eritema
- Induración
- Calor local

Para detectar signos de úlceras por presión es necesario lo siguiente:

- 1.- Inspeccionar la piel de todos los pacientes al ingreso hospitalario.
- 2.- Inspeccionar la piel al menos cada 24 horas para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión.
- 3.- Prestar especial atención a las prominencias óseas, los talones, tuberosidades isquiáticas, región sacra y zonas con lesiones anteriores.

3.3. Definición Úlceras Por Presión

La OMS define las úlceras por presión a las lesiones de la piel o tejido, se dan por lo general en las prominencias óseas, los causantes por lo general son el exceso de presión o fricción que se infringe sobre ellas.

3.4. Etiopatogenia de las úlceras por presión

Las úlceras por presión son lesiones de etiología multifactorial, con dos factores principales: las fuerzas de presión, fricción y/o cizalla y la disminución de la tolerancia de los tejidos a estas fuerzas, propiciadas por factores extrínsecos, intrínsecos o ambos.

Presión: “la presión es la fuerza ejercida por un cuerpo y perpendicular al plano”. Dicha presión provoca compresión y alteración en la circulación sanguínea, en algunos casos isquemia. Son 4 los componentes que la causan.

Magnitud: “una presión externa que sobrepase la presión capilar media (17-20 mm de hg) es suficiente para lesionar el tejido, sobre todo si se da por tiempos prolongados”

Dirección: se debe tomar en cuenta en qué lugar se ejerce la presión, dado que si es en las prominencias óseas hay mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Tiempo: si la presión ejercida, en especial sobre las prominencias óseas es por largos periodos de tiempo, la resistencia de la piel disminuye, aumenta la temperatura y humedad.

Cizalla: el cizallamiento altera la estructura de la piel y los tejidos provocando micro desgarros internamente a la persona.

Fricción: “Es la fuerza tangencial, en la misma dirección y sentido opuesto, que se opone al movimiento de la superficie de la piel sobre otra superficie (cama, silla); se asocia al rozamiento superficial en la epidermis y la dermis”.

3.4.1. Factores de riesgo

El principal factor para desarrollar úlceras por presión es la excesiva presión que provoca la oclusión de los capilares, disminuyendo la oxigenación de tejidos.

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de úlceras por presión tenemos:

1.- Fisiopatológicos:

- Deshidratación de la piel, alteraciones en la elasticidad aumentan el riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Alteraciones vasculares que contribuyen a la disminución del aporte de oxígeno a los tejidos.
- Déficit nutricional, ya sea por deficiencia o por exceso.
- Inmunodepresión producto de patologías como: HIV, cáncer, sepsis, etc.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma, trastornos que disminuyen la movilidad del paciente.
- Trastornos sensoriales: pérdida de la sensibilidad, neuropatías, etc.

Derivados del tratamiento:

- Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas. En el caso de lesiones en el sistema musculoesquelético que impiden la movilidad.
- Medicamentos inmunosupresores, como corticoides, que disminuyen la respuesta inmunológica y provocan atrofia cutánea.
- Fármacos Sedantes, ya que provocan disminución de la movilidad y de la respuesta al dolor y a la incomodidad.
- Presencia de catéteres endovenosos o sondas, existe el temor al movimiento por evitar que éstos se salgan, por lo tanto, la movilidad se ve disminuida.

Derivados del entorno:

- Poca educación sanitaria de los cuidadores para los pacientes dependientes, cambios poco frecuentes de posición, pañal demasiado tiempo húmedo, etc.
- Colchonetas o sillas demasiado rígidas o blandas, fáciles de aplastar.
- Praxis deficiente por parte de los equipos sanitarios.

3.4.2. Factores de riesgo intrínsecos

Estado de movilidad: la movilidad reducida afecta a la capacidad para liberar la presión en los tejidos vulnerables.

Estado nutricional: una mala nutrición puede tener múltiples efectos; el estado nutricional puede evaluarse mediante un sencillo control del peso y la evaluación de indicadores específicos como la hemoglobina o la albúmina sérica

Humedad de la piel: ésta es una sección polifacética; es fundamental ser consciente de la incontinencia, sin embargo, también se debe considerar el aumento de la temperatura corporal y sus efectos.

Edad: se ha demostrado que los efectos de la edad se asocian con un aumento del riesgo, sin embargo, tenga en cuenta que las úlceras por presión pueden aparecer a cualquier edad si se presenta una combinación de factores de riesgo.

Antecedentes de úlceras por presión previas: los sitios con úlceras curadas representan un sitio de alto riesgo, ya que el tejido cicatricial tendrá un máximo del 80 % de la resistencia a la tensión original.

Antecedentes farmacológicos: como el uso de esteroides, que puede afectar a la integridad de la piel.

Problemas relacionados con la perfusión / oxigenación: se ha descrito que la inestabilidad CV, el apoyo inotrópico o la necesidad de oxígeno aumenta el riesgo de úlcera por presión.

Los factores intrínsecos son aquellas condiciones propias del paciente, que lo predisponen a desarrollar úlceras por presión. Se debe evaluar en todo paciente dependiente como:

- Inmovilidad o movilidad limitada.
- Hospitalización prolongada.
- Deterioro de la consciencia
- Enfermedades preexistentes (diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.).
- Hipotensión.
- Cáncer.
- Fracturas
- Déficit nutricional

- Fármacos que deprimen el sistema nervioso central.
- Depresión
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Envejecimiento de la piel.

3.4.3. Factores de riesgo extrínsecos

Los factores extrínsecos son aquellas condiciones relacionadas con el entorno del individuo. Entre ellos tenemos:

Presión: La presión que se ejerce y se mantiene por largos periodos de tiempo, en especial sobre una prominencia ósea es la principal causa para el desarrollo de una úlcera por presión.

Fricción: se considera a la acción que produce el roce de la superficie de la piel con otras superficies. Se da cuando la piel que entra en contacto con otras superficies rígidas produciendo descamación y deteriorando la resistencia de la epidermis.

Cizallamiento: se conoce como las fuerzas paralelas cuando dos superficies se deslizan la una sobre la otra. En el paciente se evidencia cuando se encuentra sentado o la cabecera se eleva, en esta posición los tejidos externos se quedan fijos contra la cama, sin embargo, internamente los vasos sanguíneos se oclucionan disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos periféricos.

Humedad: se conoce como cualquier tipo de líquido que logre impregnar la superficie de la piel, estos pueden ser heces fecales, orina, saliva, sudor, etc. Provocando la erosión y ulceración de la piel. Cabe indicar que la piel húmeda disminuye su resistencia y por ende aumenta el riesgo de padecer úlceras por presión.

3.5. Clasificación De Las Úlceras Por Presión

En la actualidad se utiliza la palabra grado o estadio para caracterizar la categoría de la úlcera por presión. A continuación, se describen las categorías de acuerdo con la gravedad de la úlcera.

3.5.1. Categoría I

Epidermis íntegra: en esta categoría la piel presenta coloración roja, asolada, debido a la Hiperemia que se presenta durante las 24 horas.

3.5.2. Categoría II

Epidermis y dermis: ampollas o flictenas, grietas de la piel y descamación son las principales características de esta categoría.

3.5.3. Categoría III

Tejido celular subcutáneo: bordes están definidos, tejido necrótico, presencia de exudado y sero-hemático, algunos presentan tunelizaciones y cavernas.

3.5.4. Categoría IV

Músculo. Se pueden alcanzar articulaciones: en esta categoría hay aparición de tejido necrótico, abundante exudado, pérdida de la sensibilidad y en ocasiones pueden aparecer pequeñas cavernas.

3.6. Localización de las úlceras por presión

Las úlceras por presión pueden presentarse en cualquier zona del cuerpo, todo dependerá de la presión a la que esté siendo sometida la piel y la posición más habitual que adopten la persona. Por lo general se localizan en zonas de apoyo o en prominencias óseas.

En decúbito supino: región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca/occipital, coxis.

En decúbito lateral: maléolos, trocánteres, costillas, hombro/acromion, orejas, cresta ilíaca, cara interna de las rodillas.

En decúbito prono: nariz, orejas, mejillas, genitales masculinos, mamas, rodillas, crestas ilíacas, dedos de los pies.

En sedestación (sentado en posición de 45°): omóplatos, isquión, coxis, trocánter, talones y metatarsianos.

Sujeciones: labios, tobillos y muñecas.

3.7. Complicaciones de las úlceras por presión

Infección: la forma más explicar de disminuir los riesgos de infección en una úlcera por presión es la limpieza. Se debe tomar en cuenta y reconocer en los signos de infección para proceder a hacer una mejor limpieza, sin embargo, en el caso de que el apósito presente gran cantidad de exudado, el cambio del mismo será mucho más frecuente.

Se recomienda no realizar cultivos rutinarios cuando no haya signos de infección, tampoco se indica la administración de antibióticos, existen estudios que esta práctica aumenta el grado de infección.

En caso de no presentará signos de infección, se indicará la administración de antibióticos en crema en aquellas úlceras que presentan gran cantidad de exudado dentro de las cuatro semanas del tratamiento.

Se suele usar metronidazol, puesto que ha demostrado eficacia en la curación de infecciones en úlceras por presión. Cabe indicar que no se debe usar yodo Povidona.

Malignización: Esta complicación de proceso que se daba con poca frecuencia y que se origina por la presencia de venas varicosas, no doloroso irregulares produciendo cáncer de piel.

Dermatitis: esta complicación se caracteriza por presentar descamación y eritema, en ocasiones se la confunde como infección de la úlcera por presión. En estudios realizados se ha demostrado que sus principales causas son la aplicación de agentes químicos y los apósitos.

El tratamiento consiste en aplicar corticoides a nivel tópico.

3.8. Tratamiento de las úlceras por presión

Para el tratamiento de las úlceras por presión se debe planificar los cuidados de manera integral, ya sean cuidados generales como cuidados enfocados en la úlcera.

Entre las recomendaciones generales tenemos:

- Disminuir la presión sobre la úlcera
- Prevenir y nuevas úlceras por presión.
- Mantener una nutrición adecuada para el paciente en riesgo de úlcera por presión.
- Control del dolor.
- Valoración psicosocial.
- Valoración cognoscitiva.
- Educación a los familiares y paciente fomentando el autocuidado.

Entre los cuidados enfocados a la úlcera tenemos:

- Limpieza apropiadas de la úlcera
- Desbridamiento del tejido muerto.
- Administración de antibióticos y cremas para combatir la infección en la úlcera.

Es conveniente planificar los cuidados en cuanto a la continencia urinaria y fecal, tratando de limpiar inmediatamente la piel, evitando así la exposición y la pérdida de resistencia que puede haber en debido a la humedad.

Cada vez que se realice la curación en la úlcera por presión deberá cambiarse el apósito.

La solución a utilizarse para la limpieza de la úlcera es solución salina 0.9% o agua estéril, en caso de que no hubiesen las soluciones antes descritas se puede utilizar agua tibia potable.

Cuidados generales en úlceras por presión en categoría I:

- 1.- Disminuir la presión de la zona en riesgo úlceras
- 2.- Reducir la fricción y el cizallamiento, se puede colocar un apósito transparente que permita visualizar la evolución de la úlcera.
- 3.- No es conveniente realizar aportaciones sobre la piel cuando se realice la limpieza, esto puede provocar dolor y destrucción del tejido, sobre todo en adultos mayores donde la piel es más frágil.

Cuidados generales en úlceras por presión en categoría II, III y IV

- 1.- Limpieza de la úlcera por presión
- 2.- Desbridamiento del tejido muerto.
- 3.- Profilaxis contra bacterias oportunistas.
- 4.- Mantención o de la humedad fisiológica en el sitio de la úlcera por presión con el fin de mantener la temperatura corporal.

Para la regulación de la úlcera por presión en categoría de ser superiores I, se recomienda irrigar con agua estéril o suero fisiológico, en los domicilios se puede realizar la limpieza con agua potable o hervida.

Para la limpieza de las úlceras por presión se deben utilizar solución salina isotónicas, dado que este tipo de solución no causar daño alguno al tejido ulcerado, además no producen alteraciones en la flora bacteriana de la piel.

3.9. Prevención de las úlceras por presión

Las recomendaciones para detectar en la úlcera por presión hacienda de categoría están enfocadas en:

- Evaluación del riesgo
- Medidas generales en cuanto al cuidado de la piel.
- Educación sanitaria al paciente y sus familiares
- Capacitación continua al personal de salud
- Disminución de la presión en la zona afectada
- Valorar el estado nutricional del paciente

Se debe capacitar al personal de salud en cuanto a la valoración y detección de alteraciones en la integridad de la piel. Para ello se debe establecer la utilización de un instrumento para valorar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, en este caso puede ser la escala de Braden.

Además, se debe instruir al familiar y a los pacientes en cuanto al reconocimiento de signos de deterioro de la piel. La información que se debe brindar a dichas personas debe contener:

- Cómo prevenir la úlcera por presión
- Evaluación de la humedad de la piel
- Curación adecuada de las heridas
- Cómo movilizar al paciente
- Reducción de fricción y disminución de presión en zona afectada

Al valorar los signos del riesgo de úlcera por presión se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Identificación de piel seca
- Eritema.
- Maceración
- Valoración de la piel en zonas donde haya dispositivos invasivos como sondas vesicales, tubo endotraqueal, sonda oro gástrica, etc.
- Identificar en especial en personas con piel oscura la presencia de edema, calor local, eritema, etc.
- La secuencia para cambios posturales es:
 - Decúbito supino.

- Decúbito lateral derecho.
- Decúbito lateral izquierdo.
- En la medida de lo posible posición fowler, evitando cizallamiento en cóccix y sacro.

3.10. Manejo de la presión

El manejo adecuado de la presión contribuye a reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Dicho manejo incluye la movilización, los cambios posturales, las superficies especiales para el manejo de la presión y la protección local de las zonas vulnerables.

Movilización

- Planificar los cuidados fomentando la movilización del paciente, educando e implicando, siempre que sea posible al paciente, familiares y cuidadores
- Proporcionar dispositivos que faciliten el movimiento independiente (trapezio, barandilla en el lateral de la cama, andador, etc.) para facilitar la movilización

Cambios Posturales

Los cambios posturales reducen la duración y la magnitud de la presión ejercida sobre las zonas vulnerables.

- Se realizarán, siempre que no exista contraindicación, para evitar o minimizar la presión en pacientes con movilidad y actividad reducida.
- Deben mantener la comodidad del paciente y su capacidad funcional.

- Su frecuencia vendrá determinada por el estado de la piel, las necesidades del paciente y la redistribución de las presiones de la superficie de apoyo.
- Es necesario realizarlos con mayor frecuencia cuando la superficie donde se encuentra el paciente no redistribuye la presión.
- Como norma general se realizarán cada 2-3 horas durante el día y, como máximo, cada 4 horas durante la noche, coordinándolo con otras actividades cuando sea posible, para favorecer el descanso del paciente.

3.11. Escalas de Evaluación de Riesgo

Una de las veneras de escalas descritas para valorar el riesgo de úlceras por presión fue la de Norton. Por otro lado, Bárbara Braden en desarrolló su escala utilizando conceptos y conocimientos ya existentes acerca de la úlcera por presión, los cuales delinearon lo fundamentos en los que se basa su escala.

Los argumentos presentados por las autoras antes descritas han servido de referencia para reunir los requisitos que componen una escala de valoración ideal, la cual debe permitir valorar, evaluar y prevenir los riesgos para desarrollar dicha lesión. Entre las características que deben estar presentes se tienen:

- Alta sensibilidad: la escala debe permitir identificar a las personas que tienen patologías o se encuentran en situaciones de riesgo para desarrollar úlceras por presión.
- Alta especificidad: la escala debe enfocarse correctamente en la persona o pacientes y filtrar a las que no presentan patologías o situaciones de riesgo para desarrollar úlceras por presión.

- Debe ser fácil para su utilización
- Que se pueda aplicar en todas las situaciones de la atención asistencial

Se considera que una escala es válida cuando se ha realizado más de dos trabajos que hayan demostrado su eficacia, identificando a los pacientes en riesgo para desarrollar úlceras por presión. Entre los factores que indican la validez de la escala tenemos la eficacia al momento de identificar los pacientes que se presentan riesgo y los que no presentan riesgo para desarrollar úlceras por presión.

Escalas validadas

En la actualidad, 22 escalas para la valoración del riesgo de úlcera por presión han sido validadas y cabe indicar que se sigue desarrollando nuevos instrumentos similares a estos.

Entre esas 22 escalas están algunas de uso general, es decir se pueden utilizar en cualquier instancia de la atención asistencial; otras están dirigidas a la valoración de pacientes críticos, pediátricos, en sus domicilios a, etc. Se conoce que la mayoría de estas escalas no ha sido validada adecuadamente, por lo tanto, no existen garantías acerca de su validez.

Escala de Norton

Es la primera escala descrita para la valoración del riesgo de úlceras por presión, fue desarrollada luego de una investigación realizada por su autor en pacientes geriátricos, a raíz de este estudio la escala de Norton ha conseguido una difusión a nivel mundial.

En esta escalada se considera 5 parámetros:

- Estado mental

- Incontinencia
- Movilidad
- Estado físico y la actividad

Es considerada una escala negativa, dado que en su calificación un menor puntaje indica mayor el riesgo. En su formato original, su puntuación de corte eran los 14, sin embargo, después se propuso modificar el punto de corte situándolo en 16.

Esta escala fue desarrollada, partiendo de un estudio de prevalencia de las úlceras por presión, el cual demostró que los pacientes que fueron valorados por la escala de Norton, algunos no clasificaban como pacientes en riesgo y

ESCALA DE NORTON MODIFICADA					
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMAD O	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:	
PUNTUACION DE 5 A 9-----	RIESGO MUY ALTO.
PUNTUACION DE 10 A 12-----	RIESGO ALTO
PUNTUACION 13 A 14 -----	RIESGO MEDIO.
PUNTUACION MAYOR DE 14 ----	RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

que finalmente desarrollaron úlceras.

Al realizar una revisión acerca de los factores, etiología y la fisiopatología de las úlceras por presión Waterlow manifestó 6 subescalas:

- Relación talla/peso
- Continencia
- Aspecto de la piel
- Movilidad,
- Edad/sexo
- Apetito

Además, mencionó 4 categorías para otros factores de riesgo

- Malnutrición tisular
- Déficit neurológico
- cirugía
- Medicación

Escala de Braden

Esta escala fue desarrollada en estados unidos, para su realización se efectuó un proyecto investigativo en centros socio sanitarios, en el cual se buscaba dar solución a algunas deficiencias que presentaba la escala de Norton. La escala de Braden fue diseñada en base a conocimientos y teorías acerca de

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

las úlceras por presión, lo cual contribuyó para la definición de los fundamentos de dicha escala en cuanto a la evaluación del riesgo para el desarrollo de o úlceras por presión.

La Escala de Braden consta de seis subescalas:

- Percepción sensorial
- Exposición de la piel a la humedad
- Actividad física
- Movilidad
- Nutrición
- Roce.

Los tres primeros para todos tienen por objetivo medir la exposición a la presión prolongada e intensa, mientras que los otros se relacionan con la resistencia de los tejidos a dicha presión.

Niveles de riesgo

- Alto riesgo ≤ 12
- Riesgo moderado 13-14
- Riesgo bajo 15-18
- Sin riesgo ≥ 19

A) Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.

1. Completamente limitada. No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.

2. Muy limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.

3. Levemente limitada. Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.

4. No alterada. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

B) Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. Constantemente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.
2. Muy húmeda. La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).
3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).
4. Rara vez húmeda. La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina.

Escala EMINA

Esta escala fue desarrollada por el instituto catalán de salud para la valoración y seguimiento de la úlcera por presión, dentro de su contenido se enfoca en 5 factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Su nombre se debe a un acrónimo, dado que las primeras letras de cada factor componen el mismo.

Al igual que la Escala de Braden tiene una buena definición operativa de términos, lo que hace que disminuya la variabilidad entre interobservadores. Las autoras definen su punto de corte en cuatro, aunque otras investigaciones

TABLA 1 Escala EMINA^o

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Puntuación total
Sin riesgo = 0 puntos; Bajo riesgo = 1 a 3 puntos; Medio riesgo = 4 a 7 puntos; Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

sugieren que, para hospitales de media estancia, el punto de corte debería ser de cinco.