



Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín

Grado: 6º

Grupo: A

Asignatura: Geriatria

Tema: ULCERAS POR PRESION

Dr. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

Úlceras por presi3n

Representa un problema frecuente en el anciano, relacionado con los cambios con el proceso de envejecimiento, vinculados con la incapacidad para movilizarse y el agotamiento o desequilibrio de reserva homeostática. La aparici3n m1s frecuente de estas lesiones es por la mala prevenci3n y control, las úlceras por presi3n son lesiones consecutivas en particular a la presi3n, no controlada y prolongada, ejercida sobre la piel, que esto ocasiona un da1o en los tejidos subyacentes.

Son lesiones agudas y prevenibles, se puede producir en 1 a 2 h tras una presi3n sostenida de 55 a 65 mmHg, difícil conocer la incidencia de úlceras por presi3n, en un porcentaje las desarrollan en su domicilio, y en contextos de enfermedades coexistentes e inmovilidad. En Europa hasta el 12% de los pacientes tiene úlceras por presi3n y en otras series notifican prevalencia de 8 a 20%, en Estados Unidos el 20 a 35% de los ancianos tienen úlceras por presi3n al ingresar a una instituci3n, en general el 45 a 70% de los pacientes con úlceras por presi3n corresponde a mayores de 75 a1os.

Fisiopatogenia que interviene factores intrínsecos relacionados con la respuesta biol3gicas de cada organismo a la presi3n, cambios en la piel del anciano que favorece la aparici3n de úlceras por presi3n, menor fuerza de uni3n de las células de la epidermis, retraso en su regeneraci3n y menor riego sanguíneo de la dermis, adelgazamiento de las capas de la piel y p3rdida de elasticidad y colágeno de los tejidos que la componen. Se presentan las úlceras por presi3n en situaci3n que se establecen p3rdidas de consideraci3n, como desequilibrio nitrogenado e hipoproteïnemia, anemia u otros d3ficits nutricionales

Enfermedades osteoarticulares y neurol3gicas pueden determinar una situaci3n postural que da lugar a que la presi3n actúe con especial intensidad sobre las estructuras inm3viles o deformadas, y otras situaciones como la deshidrataci3n, infecciones, problemas metab3licos, edema, alteraciones sensoriales y edad avanzada. Distinguir tambi3n los factores extrínsecos, como presi3n ejercida sobre un tejido y que representa el motivo primordial para el trastorno úlcero, los factores ambientales que son las superficies de apoyo inadecuadas, la excesiva

prescripción de reposo o fármacos que tiene efectos hipnóticos y sedantes a dosis inconvenientes, los factores sociales como frágil red de apoyo.

Sobre todo, en el cuidado del anciano, con limitación para la movilización al no realizar cambios de postura con la frecuencia necesaria, la disfunción endotelial y úlceras por presión y la incapacidad del endotelio vascular para vaso dilatarse ante un apremio isquémico. La disfunción del endotelio vascular se presenta en enfermedades crónicas, como la diabetes, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia. Aterosclerosis que es un proceso inflamatorio crónico presente con frecuencia en el anciano, provoca alteraciones en la pared vascular y deficiencia en la irrigación que repercute en la perfusión y la nutrición de los tejidos.

Fisiopatogenia de úlceras por presión resulta muy compleja y de origen multifactorial, como disminución del riego sanguíneo en la zona de presión modifica la perfusión y la provisión de nutrientes. Tenemos que entender que la presión es la fuerza que actúa de forma perpendicular a la piel, como resultado de la fuerza de gravedad. Se produce la lesión debido a la presión entre dos planos de tejido estructural y por lo general estructuras óseas prominentes y superficies de apoyo, la presión capilar de los tejidos oscila entre 16 y 32 mmHg, una presión superior a 17 mmHg ocluye el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos y provoca hipoxia y si esta se prolonga, isquemia y necrosis. La fricción es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel y produce roces por movimientos o arrastres,

Este mecanismo da lugar al desprendimiento del estrato corneo de la piel, cuando esta se desliza sobre otra superficie. El cizallamiento se combina los efectos de presión y fricción, que se generan como consecuencia del principio físico de la acción y la reacción, una fuerza ejercida se opone una fuerza de la misma intensidad, pero en sentido contrario, estas fuerzas reducen la presión necesaria para producir daño, durante el deslizamiento se producen estiramiento y angulación de los capilares, la cual favorece una isquemia más rápida.

En su localización es que en ninguna zona del cuerpo está exento de desarrollar úlceras por presión, la cintura pélvica es la que tiene mayor porcentaje de localización, en especial las zonas sacras, isquiática y trocanterica y representa más

de 70%. En pacientes ambulatorio es frecuente observar úlceras en el maléolo interno del pie o en el talón, los pacientes que yacen en cama en unidades de cuidados intensivos, la región sacra y los talones. Son algunos de los puntos más comunes, dado que los individuos permanecen durante mucho tiempo en decúbito supino.

Ancianos postrados en sillas de ruedas, la región anatómica más susceptible de presentar ulceraciones es la región isquiática, ya que debe soportar durante más tiempo el efecto de la presión por el peso del cuerpo. La clasifican las úlceras por presión en cuatro grados de acuerdo con su profundidad

Grado I que en este se lesiona la epidermis y la dermis, pero no están destruidas, y se caracteriza por eritema, que no palidece a la presión digital. Grado II se encuentra una pérdida parcial de las capas de la piel, con compromiso de la epidermis, dermis o ambas, la úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una ampolla. Grado III implica la pérdida de todas las capas de la piel con compromiso o necrosis del tejido subcutáneo, se puede extender en profundidad, pero sin la lesión de la fascia subyacente y el último grado que es el IV con la pérdida del tejido incluye todas las capas de la piel, con compromiso o necrosis de los tejidos subcutáneo, muscular y óseo.

Su clasificación de las úlceras por presión de acuerdo con la evolución clínicas, es la fase de eritema que esta se caracteriza por un enrojecimiento persistente sobre una prominencia ósea, que este constituye el punto de alarma inicial para la formación de una ulceración y representa la única fase reversible de las úlceras, la fase de escara que esta continua la presión, se producen isquemia y necrosis de la parte de tejido comprendida entre la piel y el hueso subyacente, lo que da lugar a la aparición de una placa oscura, de aspecto seco, que se mantiene así durante varios días y que experimenta de manera progresiva un reblandamiento por los bordes, y luego comienza a macerarse para formar al final gruesos esfacelos húmedos que se eliminan de forma paulatina y espontánea. La fase de detención que es durante la úlcera se presenta como una oquedad profunda, con la aparición de esfacelos necróticos y restos de fibrina en el fondo, con un tejido recubierto de un exudado

purulento y maloliente como consecuencia de los productos de invasión bacteriana y la destrucción de tejido.

En plano microscópico se observa un infiltrado celular de neutrófilos y linfocitos en los tejidos afectados, con un incremento de la fagocitosis, estas células hacen posible la limpieza microscópica del tejido desvitalizado, en los exudados de superficie se puede reconocer la existencia de gérmenes gramnegativos, cuyo número de colonias aumenta durante toda la fase de detersión. La fase de cicatrización que una vez reparada la lesión se encuentra cubierta por un nuevo tejido y representa la etapa de curación de la lesión, la reducción significativa del exudado purulento, que representa un signo de inicio de los fenómenos de relación espontánea.

Los objetivos de atención del paciente anciano con úlceras por presión es considerar al paciente un ser integral, hacer énfasis en las medidas de prevención, conseguir toda la participación posible del paciente, familiares o cuidadores en la planificación y ejecución de los cuidados, desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión a nivel local, con la intervención de todas las formas de asistencia, configurar un marco de práctica asistencial sustentada en evidencias científicas, tomar decisiones basadas en la relación costo-beneficio y valorar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales en las actividades de investigación.

Bibliografía

Garcia, R. R. (2011). *Practica de la Geriatria*. Mexico: Mc Graw Hill.