

Úlceras Por Presión

Epidemiología

Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años.

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Fisiopatología

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mmHg, y la presión tisular media entre los 16-33mm Hg.

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

***Presión:** Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel, que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa.

*** Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

*** De pinzamiento vascular:** Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

Factores de riesgo

*** Fisiopatológicos:** lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas, trastornos del transporte de oxígeno, déficit nutricional, trastornos inmunológicos, alteraciones del estado de conciencia, déficit motor, déficit sensorial, alteraciones de la eliminación

*** Derivados del tratamiento:** Inmovilidad impuesta por tratamiento, tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia; Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

Localización

Dependiendo de la posición que adopte el paciente, varían las zonas de riesgo.

* **Decúbito supino:** occipital, omóplato, codos, sacro, talones, isquion, talones sacro, codos, omóplato, cabeza.

* **Decúbito lateral:** Trocánter, orejas, costillas, cóndilos, maléolos, pies cóndilos trocánter, costillas acromion orejas.

* **Decúbito prono:** dedos pies, rodillas, órganos genitales masculinos, mamas acromion, mejillas y orejas. Dedos pies, rodillas, genitales, mujeres mamas, hombros mejillas.

Factores de riesgo

***Situacionales:** Falta de higiene, arrugas en la ropa, objetos de roce, inmovilidad por dolor, fatiga.

* **Del entorno:** Falta o mala utilización del material de prevención, desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica. Sobrecarga de trabajo, falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.

Etapas

La evaluación de las úlceras por presión incluye su descripción y documentación, así como el seguimiento de su progreso.

***Lesión de tejido profundo (se sospecha):** La piel no está abierta pero está de color morado o granate y parece contusionada, o bien hay una ampolla llena de sangre. La zona se siente adolorida, blanda, caliente o fría al tacto.

***Primera etapa:** La piel no está rota, pero está enrojecida y no blanquea (al aplicar presión).
Nota: Puede ser difícil determinar si hay blanqueo en las pieles de tono más oscuro. El área afectada puede ser de color distinto al de la piel que la rodea.

***Segunda etapa:** Ha habido pérdida parcial del espesor de la piel y el lecho de la herida es de color rojo-rosado. No hay escara (tejido muerto) pero puede ser visible una ampolla (rota o intacta) llena de suero.

Cuidados y control de úlceras

Prevención Constituye la medida más importante.
Medidas preventivas:

* **Cambios de posición** cada 2 horas como mínimo de decúbito supino a decúbito lateral 30°.

* **Buen estado nutricional**

* **Higiene de la piel:** útil mantenerlo lubricado.

* **Uso de dispositivos anti compresión.** Colchón "anti escaras" disminuye en un 50% aparición de úlceras.

* **En los casos ya se ha formado una lesión ulcerada por presión, es imprescindible evaluar periódicamente:**

- Número, tamaño, estadio y localización.

- Cambios en cuanto a olor, aparición de eritema perilesional, purulencia.

***Tercera etapa:** Ha habido pérdida de piel en todo su espesor. Es posible que haya escara (tejido muerto). La grasa subcutánea puede resultar visible, pero el hueso, el tendón y el músculo no se ven. También puede haber socavación o tunelación del tejido subcutáneo.

***Cuarta etapa:** Ha habido pérdida de piel en todo su espesor. El hueso, tendón o músculo resultan visibles. Puede haber escara (tejido muerto) pero se ve la base de la herida. Suele haber socavación y tunelación del tejido subcutáneo.

***Etapa indeterminada:** Ha habido pérdida de piel en todo su espesor. La base de la herida está cubierta de escara. La profundidad de la herida no puede determinarse debido a la escara.

- Poner en práctica un plan de tratamiento para la lesión (sospechada) al tejido profundo.
- Limpiar y humedecer ligeramente la piel.
- Aplicar un apósito protector, si se lo indican.
- Eliminar el tejido muerto (desbridamiento) si resulta necesario.
- Absorber la supuración.
- Llenar la cavidad de la úlcera con el apósito adecuado.
- Reevaluar la etapa de la úlcera una vez que la base resulte visible.
- Controlar el dolor de la úlcera.
- Evaluar si hay infección.
- Hablar con el médico sobre la úlcera por presión.