



**Nombre de alumnos: Karen Jazziel  
Bautista Peralta**

**Nombre del profesor: Nancy  
Domínguez**

**Nombre del trabajo: Úlceras por  
presión**

**Materia: Enfermería clínica I**

**Grado: 4to. Cuatrimestre**

**Grupo: Ú**

Pichucalco, Chiapas a 25 de septiembre de 2020.

## **INTRODUCCIÓN**

Durante este ensayo hablaremos sobre las úlceras por presión, su etiología, signos y síntomas, su clasificación, así como los cuidados que el personal de enfermería debe realizar en cada uno de estos casos. Este tema es de mucha importancia en nuestra área, para brindar un mejor cuidado a los pacientes encamados que pasan mucho tiempo acostados, ya sea por la edad, por las condiciones de salud o porque han estado internados por largos periodos de tiempo.

# ÍNDICE

## Tabla de contenido

<b>PORTADA</b> .....	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN .....	2
ÍNDICE.....	3
<b>ÚLCERAS POR PRESIÓN</b> .....	<b>4</b>
ETIOLOGÍA .....	4
SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	4
<b>CLASIFICACIÓN</b> .....	<b>4</b>
DIAGNÓSTICO.....	5
<b>TRATAMIENTO</b> .....	<b>5</b>
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	6
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>8</b>

## ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Una definición más completa es la siguiente: “*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.*”<sup>1</sup> Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

### Factores de riesgo (ETIOLOGÍA)<sup>2</sup>

1. Pacientes mayores de 65 años
2. Disminución de la movilidad
3. Exposición a sustancias irritantes de la piel
4. Alteración de la capacidad para la cicatrización de heridas
5. Sensación alterada

**Signos y síntomas:** Dependiendo del grado en el que se encuentre la Úlcera, podemos encontrarnos enrojecimiento (eritema) cutáneo, alteraciones en la temperatura, diferencia en la consistencia de los tejidos o sensación de malestar local con dolor o escozor. En Úlceras de mayor grado aparece clínicamente como una abrasión o flictena, con incluso una destrucción total del espesor de la piel.

### Clasificación

Existen varios sistemas de estadificación. El sistema más utilizado clasifica a las lesiones por presión en cuatro estadios:<sup>3</sup>

1. Se manifiestan con piel sana que presenta un eritema que no palidece a la presión, y suelen aparecer sobre una prominencia ósea. Los cambios en el color pueden no ser visibles en las personas con piel oscura. La lesión también puede ser más

---

<sup>1</sup> Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño; 2003. Revisión 27/04/2003. [Fecha de consulta 26/05/05. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/webgneaupp/index.php>

<sup>2</sup> <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/%C3%BA%u00FAlceras-por-dec%C3%BA%u00F1bito/%C3%BA%u00FAlceras-por-dec%C3%BA%u00F1bito>

<sup>3</sup> El sistema más utilizado procede del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), que clasifica a las lesiones por presión en cuatro estadios (1 a 4) de acuerdo con la extensión del daño a los tejidos blandos.

caliente, más fría, más firme o más blanda, o más dolorosa que el tejido adyacente o contralateral. Aún no existe una úlcera real (un defecto de la piel que afecta la dermis). No obstante, la úlcera se formará si no se detiene o se revierte el curso clínico.

2. Se caracterizan por pérdida de la piel de espesor parcial con pérdida de la epidermis (erosión o ampolla) con ulceración real o sin esta (defecto debajo de la epidermis); el tejido subcutáneo no está expuesto. La úlcera es superficial, con una base de color rosado a rojizo. No hay tejido mucoso ni necrótico en la base. La etapa 2 también incluye ampollas intactas o parcialmente rotas secundarias a la presión.
3. Se manifiestan con pérdida de piel de espesor total con daño del tejido subcutáneo que se extiende hasta (pero sin incluir) la fascia subyacente. Las úlceras son crateriformes sin exposición del músculo o el hueso subyacente.
4. Se manifiestan con pérdida de piel de espesor total con destrucción extensa, necrosis tisular y daño al músculo subyacente, el tendón, el hueso u otras estructuras de soporte expuestas.

#### **Diagnóstico<sup>4</sup>**

El diagnóstico de la lesión por presión se basa en la evaluación clínica. Una lesión por presión generalmente se identifica por su apariencia característica y por su ubicación sobre una prominencia ósea. El sacro es la ubicación más frecuente, seguida por los talones. Se recomienda una evaluación nutricional en pacientes con úlceras por decúbito, particularmente aquellos con úlceras en estadio 3 o 4. Las pruebas recomendadas incluyen hematocrito, transferrina, prealbúmina, albúmina, y recuentos de linfocitos CD4+ y totales. La desnutrición requiere una evaluación más profunda y tratamiento.

#### **Tratamiento**

Este tratamiento es para pacientes que ya sufren de úlceras:

-Disminución de la presión

---

<sup>4</sup> **Ayman Grada**

*MD, MS, Department of Dermatology, Boston University School of Medicine;*

**Tania J. Phillips**

*MD, Boston University School of Medicine*

- Cuidados directos de la herida
- Manejo del dolor
- Control de la infección
- Evaluación de las necesidades nutricionales
- Tratamiento adyuvante o cirugía

### **Cuidados de enfermería<sup>5</sup>**

Esta parte es de suma importancia que, como personal de enfermería, debemos aplicarlos y ser cuidadosos en nuestra atención. Según algunos de los patrones funcionales de Margory Gordon<sup>6</sup> los cuidados deben ser:

-Actividad y reposo: Realizar cambios de posición alternando las áreas más expuestas a la presión (por lo menos cada 2 horas), establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma frecuente (durante el baño, en cada cambio de posición, cambio de ropa de cama, en la eliminación), evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas, baño cada 24 horas y parcial cuando se precise, mantener el alineamiento corporal, distribución del peso y el equilibrio, no sobrepasar los 30° en posición fowler con un tiempo mínimo posible muy útil para la ingesta de alimentos, luego reacomodar.

-Nutrición: Potencializar la ingesta oral del paciente, administrando suplementos nutricionales indicados para mantener una ingesta calórica óptima, brindar alimentación asistida con el objetivo de garantizar la ingesta de la dieta indicada, potencializar una ingesta hídrica adecuada.

-Eliminación: Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca, lavar la piel del paciente si se encuentra expuesta a la presencia de fluidos corporales o a otro tipo de contaminación, utilizar jabones neutros evitando la abrasión de la piel, colocar pañal absorbente y cambiarlo las veces necesarias, utilizar los sistemas de drenaje de forma

---

<sup>5</sup> Protocolo y pautas de actuación: Directrices para el tratamiento de las úlceras por presión. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

<sup>6</sup>[https://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones\\_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones\\_funcionales\\_mgordon.pdf](https://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf)

adecuada, vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad, utilizar tópicos para la protección de la piel en la área genital y perianal.

Seguridad y protección: Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad, utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto, evitar ejercer presión sobre las prominencias óseas, utilizar opósitos protectores hidrocoloides para reducir las lesiones por fricción, realizar los cambios de posición con los recursos de enfermería necesarios para evitar dañar más la piel por cizallamiento, valorar periódicamente la eficacia de las medidas o cuidados implementados, apoyar emocionalmente y facilitar adquisición de habilidades cognitivas y psicomotoras, fomentar la participación del paciente en la medida de lo posible en la planificación y realización de sus cuidados, registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad color, induración, lesiones), no utilizar sobre la piel alcoholes para realizar masajes (colonias aromáticas), no frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.

## CONCLUSIÓN

Las úlceras por presión son muy dolorosas e inclusive incómodas para los pacientes, el permanecer tanto tiempo acostados por alguna enfermedad o la incapacidad de poder levantarse les lleva a tener estas úlceras. No solo les afecta físicamente, en mi opinión personal, también es un impacto emocional y psicológico. El tener que estar sufriendo por la enfermedad que los obliga estar acostados y sumarle el dolor por estas llagas, es motivo de estrés para ellos, muchas veces pueden sentir que son una carga para sus familiares y esto sin duda para ellos es una experiencia traumática. Como personal de enfermería debemos de brindarles los cuidados para aliviar su dolor y evitar que la úlcera sea más grande o más profunda, pero aparte de eso, debemos de brindar un apoyo emocional, tanto al paciente encamado, como a su familia. Porque estas situaciones suponen mucho estrés y fatiga emocional para ellos. Si podemos ayudar a que los pacientes se sientan mejor, debemos hacerlo con todo gusto. Porque es nuestro deber y más que nada, por humanidad.

Como dijo Florence Nightingale:

*“La enfermería pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda sanar las heridas.”*

***“Si una enfermera se niega a ayudar a un paciente porque ‘no es asunto de ella’, entonces debo decir que la enfermería no es su vocación.”***