

**NOMBRE DEL ALUMNO: Perez Perez Donaide,
Sanchez Mejia Adaleni, Morales Ramirez
Jomny Alexei**

NOMBRE DEL PROFESOR: Silvestre Castillo Ervin

LICENCIATURA: Enfermería

MATERIA: Seminario de Tesis

**CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 8vo
Cuatrimestre Grupo "A" Semiescolarizado,
sabados**

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:
1er y 2do Capitulo de Tesis**

AUTORIZACION DE IMPRESION

DEDICATORIA

INDICE

INTRODUCCION

Como bien sabemos los cuidados a los pacientes siempre han estado desde las antiguas civilizaciones, más sin embargo la profesión de la enfermería no se establecía tal y como es hasta la llegada Florence Nightingale (1820-1910) en el siglo XIX dando así el paso a la enfermería moderna y a la profesionalización, para que podamos entender esto un poco más debemos remontarnos un poco hacia atrás e incluso antes de que se definiera a la enfermería tal y como una ciencia, ya que tanto como los cuidados y su evolución han estado presentes en la vida del hombre desde un tiempo inmemorial desde el principio de los tiempos, lo que quiero decir es que los cuidados se han ido adaptando a las necesidades de cada población y consecuentemente junto con el concepto de salud destacando así a Virginia Henderson.

González Consuegra & Verdú (2010) mencionan que:

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo, perturbando su estado de salud y bienestar, conduciendo a la discapacidad e incluso a la muerte. Sin embargo, pese a que existen estudios científicos sobre la etiología de la problemática aun es considerado un problema en todos los niveles asistenciales de salud, ocasionando altos costos sanitarios y una carga emocional y de sufrimiento familiar e individual afectando a personas de todos los grupos de edad, teniendo mayor índice de incidencia en adultos mayores.

Sibbald RG, (2011), Thomas DR, (2014), dicen:

La úlcera por presión es una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o

cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida. Dicha compresión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y los tejidos subyacentes, produciendo isquemia, necrosis y la pérdida de la arquitectura tisular.

GNEAUPP (2016), dice:

Las úlceras por presión (UPP) se dice que, son lesiones 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. Este es un problema muy grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad, les hacen pasar la mayor parte del tiempo en una cama o silla y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial, las UPP representan un significativo problema de salud no solo para pacientes y familias, sino también para los sistemas sanitarios, estos pueden manifestar una incidencia y prevalencia a nivel mundial.

Avilés Martínez M, Sánchez LLorente M.

Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido; suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación.

Anónimo menciona:

Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud que durante mucho tiempo ha pasado desapercibido; suponen un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación.

Ayello EA, Frantz R.

Las úlceras por presión (UPP) deterioran las posibilidades de recuperación de los pacientes siendo en muchos casos lesiones agregadas a la patología original. Una vez instaurada, la úlcera por presión genera un impacto muy importante en el paciente ya que puede complicar e incluso hacer fracasar el tratamiento de la enfermedad por la que fue internado. En general, estas UPP no tienen relación con la enfermedad de base y afectan tanto la evolución como la calidad de vida de los enfermos.

ANM (2018) dice:

“las UPP son Lesiones de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o presión asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él, o contrapuestos del mismo paciente”.

Verdú Soriano J, Nolasco A, García C, (2003) dicen:

La importancia de las UPP radica en la gravedad de sus complicaciones, dolor, infección, sepsis y aumento de la mortalidad; aumento de los días de estancia de un paciente hospitalizado, demanda de mayor cantidad de personal de enfermería, así como el gasto sanitario, que se eleva hasta cinco veces en comparación con los pacientes que no presentan UPP, aunado al incremento de tiempo requerido de cuidados, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería.

Reyes Marín Fernández, (2013) dice:

Las Úlceras por Presión (UPP) se constituyen en un gran problema de salud: deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentando el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y en la actualidad tienen una connotación legal importante para el equipo de salud, pues representan una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible exclusivamente al cuidado de enfermería. Si bien la ausencia de Úlceras por Presión es considerado un indicador del cuidado de enfermería, que los profesionales de enfermería asumen de manera más integral los pacientes, el abordaje en la prevención y manejo debe ser multidisciplinario.

Guías ACOFAEN. (2005) menciona:

Las úlceras por presión son un problema importante de salud que afecta a todo tipo de individuos en fase aguda o crónica de su enfermedad y por su historia natural es posible prevenirlas con intervenciones de enfermería fundamentadas en una serie de cuidados que se centren en la persona y sus necesidades. Cada paso en la prevención de las úlceras por presión es sencillo, cuando es independiente, pero los pacientes que desarrollan úlceras por presión, con frecuencia presentan una condición de salud compleja y exigen una gran cantidad de cuidado de Enfermería, por esta razón, prevenir las úlceras no es sencillo.

Soto I, Zavala M, (2003) dice:

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" repercute 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

En este estudio de investigación se hablará sobre la formación y la influencia que tiene el rol del enfermero en la prevención de las úlceras por presión en los pacientes encamados, ya que ellos sufren eventos adversos mientras reciben los cuidados de salud, esta inadecuada atención al paciente genera gastos médicos, de hospitalización, infecciones nosocomiales y discapacidad, la seguridad del paciente podemos definirlo como la evitación y prevención de fallas durante la atención que proporcionan en los servicios sanitarios, es por eso que el personal de enfermería juega aquí un papel muy importante ya que como profesionales de la salud somos los principales proveedores de cuidados durante la estancia hospitalaria.

CAPITULO I

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

TEMA: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES ENCAMADOS DENTRO DEL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO DE FRONTERA COMALAPA.

Agreda & Rodríguez, (2015) dice:

En la actualidad las úlceras por presión se han convertido en un importante problema de salud en diferentes partes del mundo. La Sociedad Iberoamericana de úlceras y heridas (SILAHUE), señala que hasta un 95% de los casos de úlceras por presión (en adelante UPP) son evitables.

Albalá B. (2007) Comenta:

En la actualidad los índices de esperanza de vida de la población Mexicana van en aumento, según el INEGI (2016) la esperanza de vida de la población para el 2015 era de 74 años, mientras que para el 2016 son de 75.2 años, en estos resultados hay un crecimiento optimo; sin embargo el envejecimiento va a acompañado de la dependencia por ser personas vulnerables; un estudio de Albalá B, determinó que la etiología de la dependencia se relaciona con aspectos de orden osteoarticular, siendo la fractura de cadera la más recurrente, en segundo lugar se encontraba el accidente vascular encefálico, donde la patología más prevalente es la hipertensión arterial seguido por la demencia.

Pancorbo Hidalgo (2013) dice:

Esta problemática social se remite de manera importante a las comunidades por el desgaste no solo económico, sino físico y emocional de la persona dependiente y de los mismos cuidadores informales, por el aumento gradual de personas con una UPP que se complican debido al desconocimiento de las medidas preventivas y a la falta del desarrollo de la agencia de cuidado domiciliario del paciente dependiente.

Núñez Rodríguez, (2004) comenta:

En los estudios en Cuba se observó algo similar sobre riesgos biológicos y psicológicos de inmovilización en pacientes geriátricos con la prevalencia de enfermedades de diferentes etiologías, algunas de las cuales son enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones neurológicas, y metabólicas que a un tiempo corto genera dependencia física.

Zuñiga Carrasco, (2015) afirma:

En el estudio del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica menciona que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en México del 2011, se realizó el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de las UPP, dando como resultado una prevalencia de 12.92% que lo ubica en un nivel medio con respecto a otros países como España y Alemania, cuya prevalencia oscila entre 6 y 13%.

Stegensek Mejía (2015) menciona:

La edad de pacientes con mayor propensión de presentar UPP, oscila entre los 71 y 80 años de edad; por presentar enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias, ocasionándoles pérdida de conciencia, debilidad muscular e incontinencia urinaria; sin embargo, se ha observado otro grupo de pacientes que no por ser más jóvenes están exentos de

presentar una UPP, como los que presentan deterioro neurológico a causa de enfermedad vascular cerebral (EVC). La dependencia física que es progresiva se presenta en personas jóvenes como en adultos mayores, y en la mayoría de los casos con un alto riesgo de padecer una UPP.

Rueda López J (2015), afirma:

La población anciana la que se ve más afectada por este tipo de heridas debido dos características que se atribuyen a este tipo de población que son la dependencia según su estudio los talones junto con la zona sacra, son las partes del cuerpo que con mayor frecuencia presentan úlceras por presión (UPP).

Vega Morales E, Collí Novelo L (2015), dicen que:

Coinciden Rueda López J en que la región sacra es la región más propensa al desarrollo de UPP, condicionado por la presión, fricción y cizallamiento y sugieren reforzar con educación continua la aplicación de la escala de Braden e implementar programas de medidas preventivas, para que el profesional de Enfermería cuente con herramientas que afirmen bases para generar la cultura de prevención.

Tizón Bouza E. (2013) dice:

Las horas en urgencias son suficientes y determinantes para iniciar el proceso de UPP en pacientes de riesgo que se encuentran en situación aguda, por lo que se requiere necesaria la identificación de todas las personas de riesgo a través de las Escalas de valoración de Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) con evidencia científica demostrada como es la escala de Braden-Bergstrom y la instauración precoz de medidas de prevención, lo que contribuirá a la disminución de la incidencia de estas

lesiones y la mejora en la continuidad de cuidados que se establezcan entre los distintos niveles asistenciales. Sin olvidarnos del cuidado de las heridas ya existentes cuando el paciente ingresa en el SUH, sea o no su motivo de consulta.

Department of Health. The “never events” (2012) menciona:

El estado actual del conocimiento acerca de las úlceras o lesiones por presión (UPP) define a estas como una circunstancia evitable en un altísimo porcentaje de casos; por este motivo, son consideradas como un problema de salud que coincide plenamente con las agendas de seguridad de los pacientes, un tema de gran vigencia e imprescindible en la definición de políticas para el sistema de salud, El NQF de los EE.UU. considera, desde el año 2002, a las UPP, en sus categorías o estados más avanzados (III y IV), como en su listado de eventos notificables graves.

Un paso más en la relación entre las UPP y la cultura de seguridad son las iniciativas gubernamentales orientadas a la notificación obligatoria de las UPP, incidentes que llegan a categoría III o IV, como es el caso, por poner algunos ejemplos, de Medicare y Medicaid, los estados de California, Minnesota y Connecticut en EE.UU., el National Health Service (NHS) británico en Escocia y el Sydney South West Area Health Service en Australia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1. ¿Qué conocimientos posee el personal de enfermería sobre la prevención de las Ulceras por Presión?
2. ¿Cuáles son las medidas de prevención para evitar la aparición de las Ulceras por Presión en pacientes hospitalizado?
3. ¿Conocen los pacientes hospitalizados los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las Ulceras por Presión?
4. ¿Cuáles son los tratamientos opcionales de los pacientes hospitalizados que presenten Ulceras por Presión?
5. ¿Identifican los pacientes y familiares los signos y síntomas de las Ulceras por presión?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar y lograr las medidas de prevención para la aparición de las Ulceras Por Presión (UPP) en pacientes encamados dentro del Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Aumentar el conocimiento en el personal de enfermería sobre las medidas preventivas para el desarrollo de las Ulceras por Presion.
- Constatar el estado nutricional en los pacientes dentro del Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa.
- Determinar si los cuidados generales para prevenir las UPP están haciendo aplicadas en los pacientes dentro del Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa.
- Evaluar el tipo de tratamiento de elección para las Ulceras por Presion dentro del Hospital Básico Comunitario de Frontera Comalapa.
- Conocer los factores de riesgo para la aparición de las Ulceras por Presión.
- Identificar los signos y síntomas de las Ulceras por Presión.

1.4 HIPOTESIS

Cuanto mayor sea la información proporcionada al personal de enfermería, pacientes y familiares sobre las medidas de prevención de las UPP, menor será la incidencia de estos casos.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El tema escogido es de gran interés ya que es un tema muy importante para nuestra formación como profesionales de la salud, en este dado caso hablaremos sobre las Úlceras por Presión ya que este ha sido un problema que viene afectando a la población desde hace muchos años y que hoy en día las vivimos tratando de combatirlas con diferentes tipos de intervenciones así como cuidados que los pacientes requieren, actualmente las úlceras por presión son muy frecuentes en la población siendo uno de los problemas de salud pública más importante, la frecuencia de este problema seguirá aumentando debido al incremento y el envejecimiento de la población siendo ellos los más propensos a desarrollar estas heridas crónicas y no solo eso, sino que también podemos ver que la falta de conocimiento por parte del personal de salud y personas ha sido un problema grave.

Un paciente por el hecho de estar encamado, ya sea por un tiempo prolongado o corto, se deben de abarcar múltiples cuidados para que podamos satisfacer necesidades que el enfermero deberá de tener en cuenta, sabemos que en la práctica cotidiana como enfermeros dentro de cualquier tipo de centro salud siempre nos encontraremos con cualquier problema, las úlceras por presión realmente es un problema que enfrentamos día con día en los hospitales en donde los pacientes, familiares, enfermeros, e incluso el hospital salen afectados, las complicaciones que sufren los pacientes ante una úlcera por presión son el dolor y las infecciones, estas úlceras pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente cuando haya una manipulación de ellas. Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoraran el estado general y facilitara la movilidad y la cooperación en los cuidados.

Las infecciones siempre dificultarán la curación de las heridas siendo otras complicaciones más habituales, siempre debemos de tomar en cuenta que toda ulcera por presión que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que, si presentan signos clínicos de infección como las inflamaciones, aumento de exudado, de dolor o de tamaño, siempre derivarán complicaciones fundamentalmente la pérdida de calidad de vida y el aumento de morbimortalidad siendo que este de una mayor estancia hospitalaria, un mayor retraso en la recuperación y retraso en la rehabilitación.

Estas lesiones son realmente preocupantes, ya que si no somos capaces de prevenirlo podemos ver las consecuencias mucho más graves, entonces somos quienes debemos de intervenir ante este tipo de situaciones, haciendo hincapié en la prevención de estas úlceras a través de salud pública informando así a las personas de esta problemática.

Cova et A. (2010) afirma:

En realidad, las úlceras por presión son un importante reto al que nos enfrentamos los profesionales, sobre todo que estas podemos prevenirlas uno de los pasos para la prevención son las escalas para detectar el tipo de riesgo y de acuerdo a la valoración se deben de elaborar un plan de cuidados pertinentes para así poder evitar o disminuir el desarrollo de la úlcera, la aparición de las UPP es un proceso al que se halla íntimamente relacionado con los cuidados de enfermería proporcionados al paciente.

No existe duda de cuanto a mayor sea la calidad de los cuidados preventivos en pacientes con riesgo a desarrollar una UPP, se reflejará en una reducción en la incidencia.

1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

La presente investigación pretenderá el desarrollo y fortalecimiento en la prevención de las úlceras por presión, la realización de una revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería recomendados y adecuados para este tipo de pacientes, así como también las habilidades para las aplicaciones de prácticas seguras y eficaces por parte del equipo de salud responsable del cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su repercusión.

Este estudio se enfocará más que nada en los pacientes adultos mayores con un rango 70-80 años de edad, ya que ellos son los más propensos a desarrollar o adquirir una Úlcera por presión, así como también la interacción con el equipo de salud para saber si ellos tienen el conocimiento para poder evitar o disminuir la incidencia de este problema.

En este caso el estudio se estará realizando en la localidad de Frontera Comalapa Chiapas con coordenadas de longitud $92^{\circ}14'54.24''$ W a $91^{\circ}54'52.56''$ W, Latitud $15^{\circ}37'35.76''$ N a $15^{\circ}56'16.44''$ N y un total de 80897 personas en el año 2020 cifras aportadas por el INEGI, viendo una población de manera extensa y de gran número es probable que las incidencias de las UPP estén presentes y es por eso que también será motivo de la realización de esta investigación dentro del Hospital Básico Comunitario de esta localidad que está ubicada en Av. Dr. Manuel Velasco Siles, rumbo a la carretera hacia Comitán de Domínguez.

CAPITULO II

2.- MARCO DE REFERENCIA.

2.1 MARCO FILOSOFICO-ANTROPOLOGICO.

2.1.1 LA EDAD ANTIGUA.

Joan Enric Torra (2018) menciona:

Las úlceras por presión han acompañado al ser humano desde los inicios de su existencia, ya que sus agentes causales principales son esenciales a la interacción del ser humano con el medio que le rodea, aunque la constatación de su existencia es pareja a los legados de diferente carácter propia de cada cosa que nos llegan de tiempos pasados. Conocer aspectos relacionados con el pasado de las UPP nos puede ser de gran utilidad para ayudar a comprender su presente y su futuro.

Thompson Rowling J. (2014) afirmaba:

La primera referencia histórica contrastada que tenemos sobre las UPP la encontramos en el hallazgo, por parte de los paleopatólogos, de extensas UPP en los isquiones y las escápulas de la momia de una sacerdotisa anciana de Amon, de la dinastía XXI del antiguo Egipto (del 1070 al 945 a.C.), las cuales fueron cubiertas por los embalsamadores con trozos de piel suave, probablemente de gacela, no con fines terapéuticos, sino con una finalidad meramente estética:

Agrawal K, Chauhan N. (2012) menciona:

El primer registro escrito acerca de las UPP corresponde a Hipócrates (460-370 a.C.), quien describió la aparición de una lesión de este tipo en un

paciente parapléjico con disfunciones en la vejiga y en los intestinos, tal como cita Agrawall.

Barutçu A, (2009) dice:

Ya después del nacimiento de Jesucristo encontramos referencias indirectas a las UPP en la leyenda de los siete santos durmientes de Éfeso, historia datada en los tiempos del emperador Decio (249-271 d.C.) y de los primeros cristianos. Según dicha leyenda, los siete santos durmieron durante un período prolongado de tiempo, más de 200 años, y fueron reposicionados, se supone que, para evitar lesiones por presión, Esta leyenda también fue recogida en el Corán.

2.1.2 EL RENACIMIENTO: AMBROISE PARÉ

Levine JM (2010) menciona:

A Ambroise Paré (1510-1590), un cirujano francés considerado como el padre de la cirugía moderna que trabajó para los reyes franceses Enrique II, Francisco II, Carlos IX y Enrique III, le corresponde el mérito de la que probablemente sea la primera descripción de una UPP, desde su valoración, hasta su tratamiento, y a una interpretación acerca de sus posibles causas. Paré es famoso porque introdujo cambios en el tratamiento de las heridas por arma de fuego como alternativa a la utilización de aceite hirviendo y el cauterio con hierro al rojo vivo, prácticas que, no sin razón, definió como de gran crueldad. Los nuevos avances en el tratamiento de heridas por parte de Paré fueron recogidos en su obra *Of ulcers, Fistulas and Hemorrhoids*, en la que enfatizaba en la necesidad de, dentro del tratamiento de las heridas, tratar la causa, junto al manejo del dolor, la dieta, el hecho de dormir y descansar y hacer un moderado ejercicio; en palabras de Paré: “Si no es eliminada la úlcera no podrá cicatrizar”.

Al referirse al tratamiento de las heridas, Paré hizo mención a algunos aspectos que hoy en día continúan siendo plenamente vigentes, en especial, a la necesidad de eliminar el tejido desvitalizado y crear un ambiente local propicio para la reconstrucción del nuevo tejido.

Levine JM, (2010) mencionaba:

Cinco años antes de su muerte en 1585, Paré escribió un libro autobiográfico, *The Apology and Treatise*, en el que hizo una detallada y vívida descripción de un caso de UPP en un aristócrata francés herido por arma de fuego.

En 1569 Ambroise Paré trató a un paciente herido de bala, encamado y casi moribundo, el paciente presentaba una úlcera en las nalgas y una herida en el muslo que drenaba pus, el paciente también presentaba en sus nalgas una ulceración del tamaño de la palma de la mano.

Paré prescribió para el paciente un plan terapéutico que incluía las siguientes medidas:

- Animar al paciente en su recuperación (“Por la gracia de Dios y con la ayuda de sus médicos y cirujanos”).
- Proporcionar al paciente un rico caldo de carne y hierbas.
- Drenaje del absceso junto a la eliminación de fragmentos óseos.
- Medicación inductora del sueño.
- Aplicación de varios emplastes, linimentos y vapores para inhalar.

Levine JM (2005) dice:

Paré explicó también la causa de la UPP y planteó un tratamiento que Levine transcribe en inglés, y que por su interés y relevancia se traduce al castellano:

La úlcera de cama (bedsore) en su nalga viene de haber estado demasiado tiempo apoyando sobre ella sin moverse por sí mismo, lo que ha sido la causa de que los espíritus (vitales) no hayan sido capaces de sobresalir. Debido a ello ha habido una inflamación desde el absceso inflamatorio, después ulceración, incluso con pérdida de sustancia de los tejidos de la carne adherida, con mucho dolor debido a los nervios diseminados en esta parte. Es por tanto necesario que deberíamos poner al paciente en otra cama muy suave, y proporcionarle un camisón limpio y sábanas limpias, ya que si no todas las cosas que uno podría hacer por él no serían de utilidad.

Hay que aplicar en la nalga un gran emplaste hecho a partes iguales de “Dessicativum Rubrum y Unguentum Comitissae” con el objeto de aliviar su dolor y secar la úlcera, también deberíamos aplicarle una pequeña almohada debajo para dejar la nalga al aire y evitar que se apoye en ella.

El marqués estuvo de acuerdo y convencido con el plan de tratamiento y este se implementó, con el resultado de una rápida evolución; en palabras de Paré:

En un mes estuvimos convencidos de que el paciente se podía sentar en una silla y podía ser llevado a su jardín y a la puerta de su castillo para ver pasar la gente... En seis semanas empezó a aguantarse por sí mismo mediante unas pequeñas muletas, a engordar y a recuperar un color vivo y natural.

Casi al mismo tiempo que Paré, Fabricius Hildanus (1593) describió las UPP en pacientes encamados como un fenómeno relacionado con la gangrena, y unos doscientos años después de Paré, Wohlleben en 1777 se refirió a las UPP como “gangrena per decubitus”.

2.1.3 EL SIGLO XIX: CHARCOT.

Levine JM (2005) menciona:

En pleno siglo xix, Jean-Martin Charcot (1825-1893), un médico francés recordado como uno de los fundadores de la neurología como disciplina, y que fue el primero en describir la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), además del llamado, en su nombre, pie de Charcot, ejerció en el hospital asilo de mujeres de Salpêtrière, un centro parisino de grandes dimensiones que atendía a 5000 pacientes repartidos en 45 edificios y en el que había una gran cantidad de ellos con enfermedades agudas y crónicas del cerebro y de la médula espinal. Se refirió, de manera explícita, a las UPP con el término decúbitos en su libro *Lectures on diseases of the nervous system*, un clásico en la literatura médica publicado en 1877.

Bedsore over the centuries, (1997) menciona:

En 1868, Charcot publicó un informe en el que describía la aparición de UPP inmediatamente después del desarrollo de lesiones medulares; en dicho informe afirmaba que el desarrollo de este tipo de lesiones estaba directamente relacionado con problemas tróficos y alteraciones en la nutrición tisular que tenían como consecuencia una interrupción del aporte de nutrientes a los nervios, lo que las hacía inevitables (*troubles de la nutrition fort graves*).

Charcot atribuía en dicha obra, y de manera errónea tal como se pudo demostrar después, el origen de las UPP basándose en lo que él llamó “Teoría neurotrófica”, según la cual, la destrucción de la piel en los pacientes afectados de enfermedades nerviosas era un resultado directo de los daños en el cerebro o en la médula espinal.

La teoría neurotrófica de Charcot servía de marco de referencia como hipótesis para explicar claramente lo que pasaba en los pacientes con UPP,

en el caso de lesionados medulares con un claro mecanismo causa-efecto. En el caso de los pacientes que no tenían un daño neurológico agudo, Charcot, atribuyó la causalidad al deterioro neurológico progresivo.

Palabras de Charcot:

En estos casos, las ulceraciones e incluso zonas de necrosis profunda se desarrollan en el área sacra; además, a los pocos días después del accidente, por esto, la influencia mecánica de la presión puede considerarse en estos casos como un factor contribuyente más.

Charcot también comentaba: He sido con frecuencia testigo de este hecho, que ocurre en las personas mayores en el hospital, y muchas veces me he convencido de que la presión en el lugar ocupado por la erupción no jugaba allí un rol esencial.

Además de los lesionados medulares, Charcot también se enfrentaba a otro tipo de pacientes neurológicos y geriátricos. Aunque en sus tiempos aún no se había descrito la enfermedad de Alzheimer, muchos de los pacientes encamados o postrados lo eran por el hecho de ser ancianos y enfermos, mientras que otros estaban diagnosticados de demencia paralytica, lo que hoy conocemos como sífilis terciaria, una complicación de la sífilis muy frecuente cuando no había antibióticos. Tal como nos explica Levin, en estos casos Charcot describió la aparición de UPP en un curso indolente, lento y progresivo diferente del de las lesiones neurológicas agudas, caracterizado por una aparición rápida.

Charcot utilizó la teoría neurotrófica para explicar estas observaciones, diferenció entre lesiones pasivas como resultado de una inactividad funcional y trastornos tróficos posteriores a lesiones agudas del sistema

nervioso y definió diferentes tipos de lesiones por presión en función de su cronología de aparición:

- Decubitus ominosus: lesiones en las nalgas o el sacro antes de la muerte del paciente.
- Decubitus acutus: lesiones que aparecían después de una lesión neurológica.
- Decubitus chronicus: lesiones que aparecían en pacientes con inactividad.

En el caso de los decubitus acutus, Charcot correlacionó la localización del daño en el nervio con la zona de ulceración.

Brown-Séquard E. menciona:

Charcot tuvo un ilustre compatriota y contemporáneo suyo, oponente a su teoría neurotrófica, con el que entabló una interesante discusión científica. Este era Eduard Brown-Sequard, un neurofisiólogo nacido en 1827, un excéntrico personaje, famoso por tener su laboratorio de experimentación con animales en su apartamento de París.

Eduard Brown (1853) Afirmaba:

En cobayas a las que se les ha seccionado la médula espinal en la región dorsal, y en palomas a quienes se les destruyó la médula espinal desde la quinta vértebra costal hasta su terminación, he observado que no apareció ninguna ulceración cuando puse en marcha cuidados para prevenir que cualquier parte de sus cuerpos estuviese en un estado continuo de compresión además de lavarlos muchas veces al día para eliminar la orina y las heces, en los casos en los que se había producido una ulceración, tuve éxito en curarlas mediante su lavado y el alivio de la compresión. Sin

embargo, las ulceraciones que han aparecido, en los casos de paraplejia, no se deben directamente a la parálisis, se pueden prevenir y en la mayoría de casos se pueden curar.

Haymaker W, (1970) dice:

Charcot replicó a Brown-Sequard, no sin cierta ironía, ya que llegó a colgar un cartel en la puerta de su despacho en la que se afirmaba: “Esto no es una clínica para perros”, en clara referencia a su desprecio a los experimentos que refutaban su teoría.

Charcot (1992) decía:

Las circunstancias en las que las úlceras por presión agudas de pacientes aplopégicos se desarrollan, evidentemente no nos permiten referirnos a la intervención de la presión en las zonas en donde aparecen como único elemento causal... ni tampoco puede ser causada por el contacto irritante de la orina. En algunos casos he visto a este líquido fluyendo hora tras hora y de día y de noche durante todo el tiempo de la enfermedad. Aún y teniendo cuidado para evitar en lo posible la irritación de la piel en la zona de asiento y a pesar de los cuidados, la escara se produjo de acuerdo con las reglas que he indicado.

Sin lugar a dudas, este fue un tiempo único y apasionante en el que dos grandes figuras de la medicina se preocuparon sobre la etiopatogenia de las UPP, pero desgraciadamente estas cayeron en el olvido durante más de un siglo.

El abordaje nihilista de Charcot orientaba, a diferencia de Paré, a la imposibilidad de prevenir las UPP, y considerarlas o aceptarlas como una

“consecuencia neurológica” de la vida, corriente de opinión que, de una u otra manera, ha perdurado en muchos profesionales hasta tiempos bastantes recientes, y que algunos parece que aún comparten, aunque el estado actual del conocimiento acerca de dicho problema nos lleva hacia la maximización y optimización de los esfuerzos orientados a su prevención.

Charcot menciona:

En el año 1873, sir James Paget, un cirujano y patólogo inglés, se refirió a las UPP en un artículo titulado *Clinical lectures on bed-sores*. Dicho autor mantenía que la presión sostenida en los tejidos era la primera causa de estas lesiones y que si no se limpiaba la zona afectada de la orina y heces su desarrollo se aceleraba.

Hagisawa y Ferguson-Pell hacen referencia a Florence Nigthingale y las UPP cuando esta se refirió a los cambios posturales en su libro *Nurses, training of and nursing the sick*, publicado en 1882.

Gestionar la posición en estos casos (pacientes con UPP); para prevenir o vendar las UPP.

Hagisawa y Ferguson-Pell también citan diferentes textos de enfermería, como los de Pope (1914) y Harmer (1922, 1928, 1934, 1939 y 1955), en los que se relata la importancia de los cambios posturales como medida de prevención de UPP; un folleto de C.W. Smart titulado *Bedsore: Their prevention and cure*, en el que ponía de manifiesto que la causa de las UPP es la presión y que se debían efectuar cambios posturales, así como trabajos de diferentes autores como R.J. McNeil Love (1936) y M.E. Newton (1938) que hablan de manera abierta de la prevención de UPP.

2.1.4 DEL SIGLO XX A NUESTROS DIAS.

Levine JM, (1992) menciona:

Munro, un neurocirujano de Boston, escribió en el año 1940 acerca de las UPP relacionadas con la paraplejia, rechazando la teoría neurotrófica de Charcot.

Munro D. dice:

El proceso debería basarse, si es posible, en hechos conocidos y se deberían descartar conceptos altamente teóricos como los sugeridos por términos inexplicables como “nervios tróficos” y “cambios tróficos” .

En el año 1942, K.-E. Groth diferenció entre dos tipos de UPP en razón a su origen anatómico, describiendo como benignas aquellas que se desarrollaban en la piel y malignas las que se desarrollaban en el músculo.

Hagisawa y Fergusson-Pell también se refieren a los trabajos de L. Guttmann (1945, 1946, 1948, 1953, 1955, y 1976) centrados en la rehabilitación de pacientes con lesión medular en los que la prevención y el tratamiento de las UPP es una constante.

Gardner WJ, Anderson RM, (1992) menciona:

Posteriormente, y como muestra de la creciente importancia de las UPP, Gardner y Anderson describieron en 1948 una superficie alternante de aire formada por celdas transversales a lo largo de un colchón de 32 mm de diámetro, las cuales se hinchaban y desinchaban en ciclos de 2-3 minutos; este fue el inicio de los sistemas alternantes de aire.

Harrington (1950) dice:

La cama oscilatoria, sea cual sea su tipo, parece ofrecer una solución definitiva al problema de las úlceras por decúbito. Estas no se formarán de manera ordinaria cuando el paciente se posicione encima de ellas, o en el caso de que ya existan, cicatrizarán de manera progresiva a pesar de la condición general del paciente, asumiendo que las úlceras no se deben a otra causa que el efecto de la presión.

Guttmann L. (1955) afirma:

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, se empezó a tomar consciencia acerca de las UPP a medida que iban avanzando los cuidados de salud, y diferentes autores empezaron a estudiar la etiología de estas. Tal es el caso de Groth en 1942, un médico inglés pionero en la atención a los lesionados medulares, quien en 1955 describió la primera clasificación de este tipo de lesiones en tres estadios. Posteriormente, Reichel, en 1958 y Kosiak, en 1959, hicieron importantes aportaciones acerca de la etiopatogenia de las UPP.

Samuel M. Reichel (1958) afirma:

Publicó un trabajo en el que hacía referencia a las fuerzas de cizalla y las UPP. Un año más tarde, Kosiak, en su célebre trabajo sobre el rol de la presión en el desarrollo de las lesiones isquémicas, que posteriormente amplió con su estudio experimental con perros en el que ya habló directamente de UPP (úlceras por decúbito, aportó elementos para descartar totalmente la teoría neurotrófica de Charcot.

De todas maneras, esta teoría presenta algún punto indirecto de validez, en el sentido de que hoy en día se sabe que además de la presión directa existen ciertos cambios diferidos a consecuencia de esta, que provocan agresiones en el entorno extracelular (a modo de factores tróficos, pero no neurotróficos), como es la toxicidad por óxido nítrico.

Kosiak, menciona:

Estudió también el efecto de la presión en los tejidos en experimentos con ratones y perros, lo mismo que hizo en 1974 Dinsdale con cerdos.

Es en este contexto de la década de los años cincuenta y sesenta del siglo pasado cuando la efervescencia del análisis de los factores de riesgo se traduce en una pionera investigación orientada a prevenir las mismas en función de los factores de riesgo que habían sido identificados hasta la fecha. Dicho estudio, denominado “An investigation of geriatric nursing problems in hospital”, desarrollada en 1962 por dos enfermeras, Doreen Norton y Rhoda McLaren, junto con el geriatra Arthur Exton-Smith, marcará un antes y un después en la prevención de estas lesiones.

Esta investigación dio como fruto el diseño de la primera Escala de Valoración del Riesgo de Desarrollar Úlceras por Presión (EVRUPP) descrita en la literatura, y en el contexto de este trabajo centrado en pacientes geriátricos y con el fin de instruir a las enfermeras menos expertas que participaban en ella, Doreen Norton desarrolló su conocida escala, que aún hoy sigue siendo utilizada en muchos hospitales y residencias en el mundo.

Bajo la óptica del tratamiento de las UPP, es también a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando se empieza a acuñar el concepto de apósito moderno tal y como hoy los concebimos y que posteriormente tendrá una

gran aplicabilidad en el tratamiento de las lesiones por presión como heridas.

Bloom (1945) dice:

La revista The Lancet sus experiencias con un apósito semipermeable de celofán que mejoraba los resultados de la cura tradicional en pacientes con quemaduras. En 1948, Bull describió un apósito semipermeable de un derivado del nailon; posteriormente, Schilling publicó un ensayo clínico con este apósito. Estos trabajos preliminares tuvieron continuidad con los trabajos experimentales de George Winter y Hinman y cols, quienes a principios de los años sesenta sentaron las bases de la utilización de los apósitos basados en la técnica de la cura en ambiente húmedo, piedra angular del tratamiento actual de las heridas crónicas, que empezó a tomar cuerpo a raíz de la comercialización en 1971 del apósito Opsite (Smith&Nephew), un film semipermeable de poliuretano.

Shea (1975) publicó:

Un trabajo en el que por primera vez se describían cuatro estadios de UPP. Durante este período no había una terminología única para este tipo de lesiones, y los autores mencionados se referían a ellas de diferentes maneras, como decúbitos, úlceras por decúbito, llagas por presión e incluso úlceras isquémicas, lo que creaba una cierta confusión en cuanto a la etiología y el alcance del problema de las UPP.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, (2014) dice:

A pesar de que con posterioridad a una primera conferencia internacional acerca de la etiología de las UPP, que se celebró en Glasgow en 1975, se publicó un libro llamado *Bedsore Biomechanics*, el cual hacía referencia a lo que podríamos traducir como úlceras o llagas de cama, el término “úlceras por presión” empezó a popularizarse a principios de los años setenta en contraposición al de úlceras de cama (bedsores) o úlceras de decúbito, siendo úlceras por presión el término comúnmente aceptado a partir de los años noventa del siglo pasado. Prueba de ello es la publicación por Torrance en 1983 de su libro *Pressure sores: aetiology, treatment and prevention*. Recientemente, en la zona del sudeste asiático, Australia y Nueva Zelanda se ha empezado a utilizar el término “lesiones por presión” (pressure injuries)

La aparición del National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) norteamericano en los años setenta del pasado siglo y de grupos nacionales como el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas de España (GNEAUPP) en 1994, y el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) en 1996, una gran cantidad de grupos y sociedades científicas, ha supuesto un espaldarazo rotundo y una referencia de gran importancia para el avance y la difusión del conocimiento en temas relacionados con el estudio de la etiopatogenia, definición, clasificación, prevención y tratamiento de las UPP.

Emily Haesler, (2014) menciona:

Son de destacar las contribuciones de Braden y Bergstrom (1987), que dieron luz a un modelo conceptual que sirvió de punto de partida para el desarrollo de la EVRUPP de Braden. De igual modo, las aportaciones de Coleman y cols, con la presentación de factores clave causales directos e indirectos, así como otros factores causales indirectos.

García-Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. (2014) dicen:

Más recientemente, la contribución de García Fernández y cols. (2014), quienes tras revisar de manera sistemática los diferentes factores de riesgo incluidos en las 65 EVRUPP publicadas entre 1962 y 2009, definieron un nuevo término: las lesiones relacionadas con la dependencia con siete posibles tipos de lesiones y un nuevo marco conceptual, Este trabajo de García Fernández y cols, además de modificar la clasificación existente hasta la fecha que ya ha sido adoptada por el GNEAUPP, abrió la puerta a la reconsideración de la denominación de lesiones por presión frente al término úlceras por presión, término que posteriormente fue adoptado por la Pan Pacific Pressure Injury Alliance en 2014, y que recientemente, y no con cierta polémica, ha sido acuñado el NPUAP norteamericano, habiéndose generado una intensa polémica debido a las connotaciones en inglés del concepto “injury” o lesión.

AIACH, (2020) menciona:

La pandemia por SARS-CoV-2 ha exigido una rápida respuesta de los agentes de salud de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a nivel mundial. El uso de estrategias terapéuticas ya conocidas como el decúbito prono (DP) para el cuidado del paciente con distrés respiratorio e hipoxemia grave refractaría, trajo aparejada la aparición de las Úlceras por Presión en áreas de apoyo, vinculadas a esta posición.

La morbimortalidad asociada a las UPP exige el uso y cofección de protocolos para su prevención y tratamiento, el manejo del paciente crítico en decúbito prono demanda a su vez cuidados especiales.

El trabajo de enfermería en la UCI, debe de ser simultáneo y coordinado, requiriendo de preparación y conocimiento en la ejecución de las maniobras para la movilización e higiene del enfermo, como en la supervisión permanente para la prevención y tratamiento de las UPP.

El cuidado de las distintas áreas del tegumento, incluyendo piel y mucosas, con sus diferentes requerimientos de humectación, diferentes susceptibilidades al roce, infecciones y exposición a secreciones de distinto pH o acidez, es esencial en este sentido, se pretende acercar definiciones y pautas de cuidados básicos y avanzados, que constituirán de la guía para la prevención de las UPP en pacientes en DP internados en la UCI.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Tesis titulada “Fortalecimiento del conocimiento en cuidadores informales para prevenir Úlceras por presión en personas con dependencia física en Xalapa, Veracruz”

AUTOR O ELABORO: L.E. Martínez Rodríguez Magali (julio 2019)

Esta tesis fue realizada para la obtención de grado de maestría en enfermería.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION: estaba dada a evaluar el impacto de una intervención educativa en el conocimiento de los cuidadores informales para prevenir úlceras por presión en personas con dependencia física, ya que como bien sabemos no todos los personales contamos con ese conocimiento eficaz para poder evitar una UPP.

RESULTADOS: en esta tesis la licenciada Martínez destaca que los cuidadores informales evaluados en la investigación presentan características como el género, la edad, parentesco y patologías relacionadas, los resultados de la investigación y a la escala de Braden que evalúa el riesgo de presentar una úlcera por presión en personas con dependencia física, se encontró una diferencia significativa en la evaluación final en comparación con la inicial; donde las personas dependientes presentaron en un inicio un alto riesgo de UPP con un puntaje de 8 a 10, posterior a la intervención se observó que disminuyo el riesgo a moderado al aumentar la puntuación de 13 a 14 y los que se encontraban en un riesgo moderado su puntuación aumento a 15 convirtiéndose en un riesgo bajo.

CONCLUSIÓN: la licenciada afirma que la intervención educativa, refleja un cambio significativo en el conocimiento de los cuidadores informales, identificando que hubo un aumento en dicho conocimiento. Todo esto corroborado con la implementación de estadística descriptiva e inferencial,

esta intervención educativa es efectiva para aumentar el conocimiento sobre la prevención de úlcera, con dicha intervención pretendió capacitar a los cuidadores informales con dependencia física debido a que, si existe un impacto positivo en la vida de las personas dependientes, el proyecto realmente fue cumplida con los objetivos planteados gracias al uso de una metodología definida y propia de la disciplina, además de una teoría de enfermería acorde al estudio y al problema tratado, aunado a la aplicación de pruebas estadísticas relacionadas directamente con la naturaleza de los datos, cada vez serán más las personas con dependencia física en el País y el no intervenir en etapas primarias, en la persona dependiente con instrumentos adecuados que permitan identificar, pronosticar y tratar el riesgo de presentar una UPP oportunamente incrementará el problema que empeorará con la edad siendo así importante la detección oportuna para capacitar a los cuidadores en materia de prevención.

Tema: “investigación en el Hospital General de Zona 1, departamento de Enfermería. Aguascalientes, Aguascalientes, México”.

AUTOR O ELABORÓ: Rodríguez Renobato Ricardo, del Rocío Esparza Acosta Guadalupe y González Flores Silva Patricia.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería en prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

RESULTADOS: ellos presentan que la falta de conocimientos del personal puede ser un factor determinante que influirá en la aparición de UPP en los pacientes hospitalizados. La mayor parte del personal toma sus decisiones y lleva a cabo intervenciones clínicas con base en su experiencia laboral, Existiendo prácticas arraigadas que deben ser descartadas y se debe

capacitar al personal en el uso de nuevos materiales de curación y en cuanto a nuevos conocimientos generados.

CONCLUSIÓN: Llegan a una conclusión de que ellos sugieren unificar los criterios de atención en el cuidado de enfermería a los pacientes con alto riesgo de UPP, realizar un protocolo o un manual de procedimiento clínico de manejo intrahospitalario que opere en todos los servicios para evitar que existan diferentes intervenciones en distintas áreas de hospitalización, así como realizar un curso de actualización o conformar un grupo de especialistas en el cuidado de este tipo de heridas, dado lo reportado por otros investigadores en sus conclusiones, que mencionan que manipular la variable de conocimientos en el personal incrementa únicamente el 15% en puesta en práctica para evitar mayores gastos asociados a la atención de este problema, llegando a una conclusión que el nivel de conocimiento fue insuficiente, habiendo una notable falta de actualización sobre el tema, teniendo como resultados obtenidos para implementar cursos de actualización y mejoras en la atención hospitalaria mediante la evaluación de la disminución de la incidencia de UPP.

Tesis titulada “Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario virgen del rocío”.

AUTOR O ELABORÓ: González Méndez Isabel, (2016).

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Identificar factores de riesgo del desarrollo de úlceras por presión en esta población de pacientes críticos, así como factores de riesgo independientemente predictivos que permitan estimar, en función del tiempo, la probabilidad de que se desarrolle una úlcera por presión.

RESULTADOS: menciona que en relación a la valoración del riesgo de aparición de UPP mediante la escala de Braden en nuestro entorno, el 99,7% de los pacientes fue clasificado con riesgo para desarrollar UPP en las primeras 24 horas de su admisión en la unidad. De ellos un 29,9% presentó riesgo leve, riesgo moderado un 23,9%, riesgo alto un 31% y riesgo muy alto un 14,9%. Un total de 307 pacientes (91,6%) fue considerado como en riesgo, pero no desarrollaron UPP. Todos los pacientes que desarrollaron UPP fueron clasificados como pacientes de riesgo. La mediana de las puntuaciones de la escala de Braden para el total de pacientes que conformaron la muestra fue de 13,0 (11,0-15,0); 12,0 (10,0-13,0) en el caso de los pacientes que desarrollaron UPP y 13,0 (11,0-15,0) para los pacientes que permanecieron libres de lesiones. Cuando se comprobó la relación entre la aparición de úlceras por presión y la puntuación de la valoración del riesgo en la escala de Braden como predictora de éstas, apareció significación estadística en las diferencias entre individuos que desarrollaron UPP y los que no lo hicieron, si bien esta asociación no se mantuvo en el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Lo mismo ocurrió al analizar las sub escalas de percepción sensorial y movilidad. En el caso del resto de subescalas, las diferencias no resultaron significativas.

CONCLUSIÓN: González Méndez Isabel, menciona varios puntos en donde da respuesta a el objetivo general, en una de ellas dice que, del total de 335 pacientes ingresados en la UCI de adultos del Hospital Virgen del Rocío

durante nuestro periodo de estudio, 27 pacientes desarrollaron UPP. Por tanto, la incidencia de pacientes que desarrollaron UPP ha sido de un 8,1%. Tres de estos pacientes desarrollaron 2 UPP y uno de ellos desarrolló 3 UPP. Por tanto, el número total de UPP desarrolladas ha sido de 32. Expresada la incidencia como tasa de incidencia de pacientes que desarrollaron UPP, el resultado ha sido de 11,72 por 1000días de estancia con un intervalo de confianza al 95% entre 7,88 y 16,82.

Otro punto a destacar en donde dice que, En relación al estadio de las UPP desarrolladas, 13 (40,6%) UPP han sido de estadio I y 19 (59,4%) UPP de estadio II. No ha aparecido ninguna UPP en estadios III o IV.

Al igual menciona que, en relación a la evaluación de la capacidad predictiva de la escala de Braden, la consistencia interna, Alfa de Cronbach, utilizada en nuestro estudio con la finalidad de analizar la fiabilidad de los ítems de la escala de Braden indicó una relación moderada entre ellos, presentando un valor de 0,429. En el análisis de fiabilidad para los 6 ítems o subescalas que componen la escala de Braden apareció el ítem nutrición con correlación negativa. La fiabilidad de la escala de Braden en nuestra muestra mejoró al excluir este ítem, presentando un alfa de Cronbach de 0,597. Los ítems o subescalas Braden que han mostrado una mayor correlación con el riesgo total Braden han sido la percepción sensorial, movilidad y fricción/deslizamiento. Un 64% de la variabilidad de la escala de Braden se ha explicado por la percepción sensorial. Un 60,3% por la movilidad y un 36,9% de la variabilidad de la escala de Braden se explicó por la fricción/deslizamiento.

Y finalmente hace hincapié de respuesta a objetivo de identificación factores de riesgo que permitan estimar, en función del tiempo, la probabilidad de que se desarrolle una úlcera por presión, en nuestro proyecto hemos incorporado para su estudio un total de 88 posibles factores de riesgo. En el análisis invariante, 37 posibles factores de riesgo presentaron

significación estadística en las diferencias entre individuos que desarrollaron UPP y los que no lo hicieron. Un total de seis variables resultaron significativas en el estudio de supervivencia bivariante y finalmente tres emergieron como variables explicativas en el modelo depurado: la puntuación obtenida en la escala SAPS 3 como medida de la gravedad y pronóstico vital, la duración de la inmovilización en días y el desarrollo de complicaciones durante el periodo de ingreso.

2.3 MARCO TEÓRICO.

2.3.1 La piel.

2.3.1.1 Anatomía de la piel.

Guyton y Hall (2016) señalan:

La piel es un órgano fino y relativamente plano clasificado como membrana cutánea, además, es la cubierta exterior del organismo y el órgano más amplio del cuerpo que se define como “una frontera entre el medio corporal interno y el mundo exterior”, es junto al sistema inmunitario la protección del cuerpo, desempeña las funciones de protección, sensación, crecimiento, endocrina, excreción, regulación de temperatura e inmunidad; sobretodo, estas funciones forman parte de la misma supervivencia ya que son imprescindibles para el mantenimiento del homeostasis.

Fernandez RP (1997) señala:

La piel es un órgano primordial en todas las etapas del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la muerte. La función de barrera de la piel es ya madura en las últimas semanas de edad gestacional, también la piel es un excelente escaparate de nuestra salud física y mental, capaz de delatar a través de sus alteraciones la existencia de trastornos con origen en otros sistemas del cuerpo; en el transcurso de la vida dependemos de la piel para que nuestro organismo se adapte a los cambios climáticos. Lo expuesto permite que la persona pueda interactuar con el entorno y las personas en diferentes momentos de la vida. Además, la piel manifiesta y preserva nuestra individualidad mediante las huellas dactilares que nos identifican. En otro aspecto, la piel sufre cambios desde el nacimiento hasta la madurez, en la edad adulta disminuye la actividad de las glándulas sebáceas

provocando que la piel se vuelva menos elástica, formando arrugas· estos cambios en las diferentes etapas de la vida proporcionan identidad e individualidad a las personas. Finalmente, la piel constituye una frontera activa entre el organismo y el medio ambiente y este “órgano cutáneo” cumple funciones de cara a las relaciones entre seres humanos.

Merino Pérez (2015) dice:

La piel es un órgano de gran tamaño, el mayor del organismo, ya que tiene una superficie de alrededor de 2 m² (depende de la altura y peso de la persona) y un peso de 4 kg, lo que supone aproximadamente el 6% del peso corporal total. Desde afuera hacia dentro, se distinguen tres capas de tejido, cuyo origen embriológico es totalmente distinto, perteneciendo cada capa a una capa embriológica diferente.

Dermatología (2010) señala:

La piel es un órgano complejo que constituye la envoltura elástica, impermeable y protectora que defiende al organismo de los elementos exteriores.

Es una estructura que recubre todos los tejidos y órganos de cuerpo humano; sin embargo, no es solamente una membrana de revestimiento, sino que es un órgano de grandes dimensiones que tiene masa. Se interrelaciona con los demás órganos del cuerpo por vías vasculares, nerviosas y linfáticas e interviene en los cambios humorales, así como en la producción de anticuerpos de varios tipos. Esta membrana viva y funcionante se continúa a nivel de los orificios naturales con las mucosas, bien bruscamente o por una transición que se denomina semimucosa

2.3.1.2 Histología de la piel.

2.3.1.2.1 Epidermis.

Dermatología (2010)

Es la capa más externa de la piel, está enteramente compuesta por células, sin ningún soporte intersticial, en esencia es un epitelio pavimentoso estratificado. Deriva de la hoja epiblastica o ectodermo y consta a su vez de varias capas, que de afuera hacia adentro son:

Estrato córneo, Estrato lúcido, Estrato granuloso, Estrato espinoso, Estrato germinativo o capa de células germinativas.

El estrato germinativo o capa de células basales, consta de tres tipos de células: los queratinocitos, las células de Langerhans y los melanocitos.

Por microscopia electrónica, este estrato se divide en: La membrana plasmática de la célula basal, la cual posee los hemidesmosomas, La lámina lúcida, La lámina densa, La lámina fibrosa sub basal que contiene las llamadas fibrillas de anclaje. Esta subdivisión dentro del estrato germinativo ha sido de gran relevancia en el diagnóstico diferencial de algunas enfermedades ampollares que lesionan la unión dermo-epidérmica. Queratinocitos.

Los queratinocitos proceden de la capa malpighiana primordial y secretan la queratina proteica y fibrosa, dan origen a las otras células de la epidermis estratificada, son células cepa progenitoras capaces de diferenciarse en los demás elementos celulares de la epidermis, se encuentran unidos entre si por pequeñas prolongaciones citoplasmáticas denominadas desmosomas o acantos.

Queratinización.

La epidermis está en constante cambio y movimiento hacia el exterior, con expulsión incesante e imperceptible en condiciones normales, lo que produce un recambio de todas estas células con excepción de las basales.

Esto constituye la queratinización por medio de la cual las células se van modificando y viajando hacia el exterior transformándose en una fibroproteína que se llama queratina. Este proceso se presenta también en los folículos pilosos y en los repliegues ungueales dando origen al crecimiento de los pelos y las uñas. Tanto los folículos pilosos como los repliegues ungueales son invaginaciones de la epidermis dentro del dermis, las otras invaginaciones intraepidérmicas son las glándulas sudoríparas, pero estas no presentan el fenómeno de queratinización. Los estudios de cinética cutánea han puesto de manifiesto que el fenómeno completo de queratinización ocurre en un lapso entre 13 y 18 días.

Células de Langerhans

Las células de Langerhans son parecidas a los melanocitos, se tiñen de negro con el método de cloruro aúrico, son células dendríticas, derivadas de la medula ósea y residen en los epitelios escamosos estratificados y se ha demostrado que existen en tejidos mesenquimatosos como el dermis y los ganglios linfáticos. Se visualizan al microscopio óptico utilizando técnicas histoquímicas y/o inmunomarcadores apropiados. Intervienen en la función inmunológica de la piel.

Melanocitos.

Los melanocitos son células dendríticas, se multiplican por mitosis y se localizan en la membrana basal de la epidermis, el núcleo está rodeado por una membrana doble, existe un nucleolo, así como un retículo endoplasmático, mitocondrias en abundancia, aparato de Golgi y vesículas picnóticas.

Pigmentación.

El color de la piel depende de la cantidad de pigmento melánico y también del grado de vascularización y de los carotenos presentes. El pigmento está constituido principalmente por melanina, la cual aparece en los cortes como pequeños gránulos, amarillentos de tamaño bastante uniforme situados en las células basales. La melanogénesis tiene lugar en los melanocitos dendríticos situados en la piel y concretamente en la capa celular basal y

en el bulbo piloso, los melanocitos son los que elaboran los gránulos de melanina con la activa participación de las células de Malpigio, la melanina se origina por una serie de complicados procesos metabólicos a partir del aminoácido tirosina.

2.3.1.2.2 Dermis.

Manuel Palomino (2016)

Conocido también como corion o cutis verdadero constituye una capa elástica y fibrosa densa, situada inmediatamente debajo de la epidermis cuya misión principal consiste en proporcionar fortaleza y elasticidad a la piel. Está constituida por tejido conjuntivo y comprende las papilas, fibras, sustancia fundamental y células, además contiene el soporte vascularizado de la piel, esta se divide en dos estratos:

Estrato papilar:

Tejido conjuntivo superficial, delgado y rico en células y vasos. Su superficie forma papilas y contiene numerosos capilares. Este "solapamiento" e incremento de la superficie de contacto explica la unión mecánica entre la epidermis y la dermis, así como también la nutrición de la epidermis carente de vasos y la cooperación en las reacciones defensivas.

Estrato reticular

La capa más profunda y gruesa es rica en fibras, aporta firmeza del tejido conjuntivo cutáneo y se confunde en profundidad con el tejido subcutáneo. Contiene los anexos cutáneos, los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios

2.3.1.3 Fisiología de la piel.

Dermatología (2010)

La piel posee múltiples e importantes funciones, destacaremos las siguientes:

1-Protección física contra agentes mecánicos, térmicos, químicos, actínicos e infecciosos. La mayoría de las bacterias no pueden sobrevivir un largo tiempo en la piel a causa del efecto inhibitorio directo del ácido láctico y de los ácidos grasos por el pH bajo que generan.

2-Función melanogénica. Ejerce una acción protectora contra la acción de la luz excesiva y otros agentes por medio de la producción de melanina. Además, está demostrada la existencia en la piel de mecanismos bioquímicos genéticamente determinados que reparan los filetes de DNA dañados por el sol.

3-Función detergente. Realiza autodesinfección y limpieza por la continua descamación de la capa cornea.

4-Función emuntoria. En cuanto al agua, electrolitos y algunas sustancias de desecho, sobre todo cuando fallan otros emuntorios

5-Función Inmunológica. Como la barrera más externa del huésped frente al medio ambiente, la epidermis está continuamente expuesta a diferentes agentes potencialmente nocivos, algunos de los cuales son antigénicos. La generación de respuestas inmunes T dependientes frente a estos antígenos introducidos o generados de novo en la piel es un mecanismo efectivo para mantener la homeostasis del huésped.

Los queratinocitos, que son la mayor parte del componente celular epidérmico, poseen antígenos de los grupos sanguíneos A y B, producen y liberan mediadores de la respuesta inflamatoria e inmune y son capaces de influir en la maduración post tímida de los linfocitos T.

Las células de Langerhans llevan receptores para la fracción Fc de las inmunoglobulinas y para los componentes del complemento, exhibiendo otros marcadores fenotípicos típicos de las células inmunológicas, no obstante, su función primordial como elemento inmune es la capacidad presentadora de antígeno de los linfocitos T.

7-Función endocrina. La piel metaboliza hormonas, pero, con la excepción que supone la Vitamina D, aun no se sabe si ello contribuye significativamente al pool hormonal sistémico. Interviene en el metabolismo estrogénico por medio del tejido celular subcutáneo, y además, posee receptores específicos para los andrógenos.

8-Función termorreguladora. La realiza por medio de la vasodilatación y vasoconstricción de su rica red vascular y por intermedio de la evaporación del sudor, así como por la contracción de los músculos erectores del pelo "piel de gallina".

2.3.2 Úlceras por Presión

2.3.2.1 Definición.

Alexandra Mijangos Pacheco (2017) menciona

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como úlceras de decúbito o escaras son una lesión isquémica localizada en la piel o tejido subyacente con pérdida de sustancia cutánea; por lo general, se producen como resultado de la presión y fricción donde se localiza una prominencia ósea.

GNEAUPP (2013) dice:

Las úlceras por presión (UPP) se dice que, son lesiones 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. Este es un problema muy grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad, les hacen pasar la mayor parte del tiempo en una cama o silla y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial, en la mayoría de los casos, las escaras se manifiestan en la piel

que recubre las partes óseas del cuerpo, como los talones, tobillos, caderas y coxis.

Sibbald RG, (2011), Thomas DR, (2007) comentan:

La úlcera por presión es una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida. Dicha compresión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y los tejidos subyacentes, produciendo isquemia, necrosis y la pérdida de la arquitectura tisular.

2.3.2.2 Clasificación de úlceras por presión

NPUAP, EPUAP, PPPIA, (2015) dicen:

Las úlceras por presión se clasifican en 4 categorías o estadios

- Categoría I: Enrojecimiento que no palidece a la presión, la piel está intacta.
- Categoría II: Pérdida del espesor parcial de la piel o ampolla.
- Categoría III: Pérdida del grosor completo de la piel lográndose visualizar el tejido graso.
- Categoría IV: Pérdida completa del tejido hasta visualizar daño al músculo / hueso.

2.3.2.3 Factores de Riesgo para Úlceras por presión

Grey JE, (2006) dice:

Las úlceras por presión se desarrollan como resultado de una compresión sostenida de un área corporal específica, entre dos planos duros, por lo regular sobre alguna prominencia ósea.

Berlowitz D, (2014) menciona

La compresión aplicada a la piel que sobrepasa la presión arteriolar de 32 mmhg, origina hipoxia, acumulación de productos de degradación metabólica y generación de radicales libres. La presión que excede > 70 mmhg por 2 horas resulta en un daño celular irreversible. La formación de las úlceras ocurre más rápidamente ante presiones mayores y el alivio intermitente de la presión previene el daño.

GNEAUPP, (2013) afirma:

En la formación de las úlceras por presión parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo.

Berlowitz D, (2014) dice:

Los pacientes que se encuentran en decúbito supino o prono en un colchón “estándar” de hospital pueden generar presiones de 150 mmHg y al estar en posición sedente presiones hasta de 300 mmHg en las tuberosidades isquiáticas.

Berlowitz D, (2014) menciona:

Las presiones sobre las prominencias óseas suelen resultar en una distribución en “cono” o “punta de iceberg”, siendo afectado en mayor medida el tejido más profundo adyacente a la interface hueso-músculo, por lo que la extensión del tejido dañado es mayor a la visible, Cerca de cien factores de riesgo se han identificado en la literatura, siendo los más importantes: Inmovilidad, Adultos mayores, Estado nutricional, Hipoperfusión, Pérdida de la sensibilidad.

2.3.2.3.1 Inmovilidad.

Alonso, (2006) dice:

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras, se caracteriza por una reducción de la tolerancia a la actividad física que provoca debilidad muscular generalizada y, en casos graves, pérdida de automatismos y reflejos posturales. Se habla de inmovilismo agudo cuando aparece un episodio de declive rápido de las funciones motoras, llegando incluso a un estado de inmovilidad absoluta que implique un encamamiento y/o mínima variabilidad postural en un periodo de 72 horas.

2.3.2.3.2.1 Factores de riesgo de inmovilización.

Alonso, (2006), menciona:

Las principales causas de inmovilidad son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio, reposo prolongado en cama, caídas, fractura de cadera y problemas psicológicos, entre otros. El paciente geriátrico presenta una serie de características especiales que obligan a valorar y detectar problemas médicos, funcionales, psicológicos y sociales.

Rey GM (2018) afirma:

Enfermedades, cerebrovasculares, enfermedades debilitantes
enfermedades, pulmonares, enfermedades neurológicas, enfermedades

metabólicas, depresión en primer lugar luego le sigue demencia, riesgos ambientales, calzados inadecuados, polifarmacia, mal estado hidroelectrolítico, alteración de la marcha, disfunción vestibular, debilidad muscular, alteraciones visuales y auditivas, neuropatía periférica, edad avanzada, depresión, mareo, vértigo y síncope.

2.3.2.3.2 Adulto mayor.

Márquez (2007) señala:

Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Al adulto mayor se le asoció generalmente con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Al aprendizaje se le consideró como un proceso siempre activo que se realizó a lo largo de la vida, en este proceso siempre la actualización de los conocimientos ya alcanzados, asociándolos, comparándolos, reflexionando sobre sus propias creencias y explicar frente a los otros.

2.3.2.3.2.1 Envejecimiento

Schneider y Bernal (2008) señalan:

El envejecer es un proceso de declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas, el envejecimiento es un proceso fisiológico de cambios sufridos por el individuo que empieza desde el momento mismo de el nacimiento, ocurre de forma diferente en cada persona e incluye modificaciones orgánicas, sistemáticas, funcionales y psicológicas, enmarcadas por el estilo de vida,

las condiciones ambientales y sociales, y en gran medida las tendencias alimentarias a lo largo de la vida.

2.3.2.3.3 Estado nutricional.

2.3.2.3.3.1 Nutrición.

Posthauer ME, (2015) afirma:

La nutrición e hidratación desempeña un papel importante en la preservación de la integridad de la piel y la viabilidad del tejido, favorece además al proceso de reparación para la curación de las úlceras por presión.

NPUAP/EPUAP/PPPIA, (2014) dicen.

El objetivo de la valoración nutricional está encaminado a:

- Evaluación de la ingesta.
- Identificar pérdida de peso no intencionada.
- Efecto del estrés fisiológico.
- Identificar problemas neuropsiquiátricos.
- Incluir los requerimientos calóricos, proteicos y de líquidos.

2.3.2.3.3.2 Mal nutrición.

SOFA (2014) menciona:

La mal nutrición se define como la condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo.

Macías, Guerrero, Prado, Hernández y Muñoz (2000) dicen:

La mal nutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor de fragilidad, no solo es signo de enfermedad, sino que su presencia aumenta la mortalidad, estancia hospitalaria, institucionalización y mortalidad por enfermedades concomitantes. Hasta 2/3 partes de los casos de malnutrición se deben a causas reversibles. La intervención nutricional es útil asociada al tratamiento etiológico para revertir la situación de malnutrición en algunas enfermedades.

La OMS (2020) afirma:

El término mal nutrición se refiere a las creencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona, la desnutrición que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); la mal nutrición relacionada con los micronutrientes que incluyen las creencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionados con la alimentación (con las cardiopatías, las diabetes y algunos cánceres).

2.3.2.3.3.2.1 Causas de la mal nutrición.

Ramos Martínez A, Asensio Vegas A, Núñez Palomo S, Millán Santos I. (2004) dicen:

- Mentos especiales, malas condiciones o barreras de la vivienda, desconocimiento de técnicas culinarias, malos hábitos dietéticos, falta de ayuda y tiempo para alimentar al dependiente, maltrato.
- Entorno físico: la comida es un acto social placentero. Hay que cuidar la presentación de los platos ofreciendo variedad de menús; alimentos identificables por la vista, color y olor; varias comidas al día de varios platos. El lugar donde se come debe resultar agradable, con compañía, incluso participando en la elaboración de algunas comidas o en la elección de menús. Mejorar el entorno donde se realiza la comida puede mejorar significativamente la ingesta.
- Enfermedades cuyo tratamiento obliga a restricciones y modificaciones en la dieta habitual: diabetes, hipertensión, dislipemias, insuficiencia hepática o renal...
- Presencia de síntomas desencadenados por la ingesta: dolor, náuseas y vómitos, atragantamiento, diarrea, estreñimiento, etc.
- Infecciones y enfermedades crónicas: insuficiencia cardiaca severa, bronquitis crónica severa, artritis reumatoide, tuberculosis...
- Alteraciones bucales: pérdida de piezas dentarias, boca seca, candidiasis, aftas.
- Alteración de musculatura orofaríngea (ictus, demencia, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedades del esófago, laringe, faringe y cavidad oral) que condiciona incapacidad para masticar o tragar ciertos alimentos (verduras crudas, carne, líquidos).
- Enfermedades digestivas, hepáticas, pancreáticas y biliares.
- Hipercatabolismo y aumento de necesidades: sepsis, politraumatismo, cáncer, hipertiroidismo, diabetes descontrolada, demencia con vagabundeo, úlceras por presión.

- Hospitalización: ayunos por exploraciones, elección inadecuada de dietas, falta de seguimiento nutricional, falta de ayudas para la alimentación en el dependiente, horarios inadecuados, polifarmacia, etc.
- Fármacos: son una causa frecuente.

Macías, Guerrero, Florentino, Hernández, & Muñoz, s/f, afirman:

La etiología de la malnutrición en el anciano es compleja y depende de la confluencia de varios factores:

- Cambios fisiológicos del envejecimiento: Reducción de la masa magra, aumento de la masa grasa, disminución del gusto por pérdida de papilas y el olfato, reducción en la secreción de saliva, reducción de la secreción gástrica que puede dificultar la absorción de fósforo, hierro, calcio y B12 y enlentecimiento del vaciamiento gástrico que produce saciedad precoz, frecuente déficit adquirido de lactasa que produce intolerancia a la leche (no al yogurt), Predominio de hormonas anorexígenas.
- Dependencia en actividades instrumentales: incapacidad para comprar, preparar o servirse comidas adecuadas por alteración:
 - Física (movilidad).
 - Sensorial (visual, auditiva o de la comunicación).
- Psíquica (depresión, demencia, paranoia, manía, alcoholismo y tabaquismo).
- Social (soledad, ingresos insuficientes, falta de transporte adecuado para ir a comprar alimentos especiales, malas condiciones o barreras de la vivienda, desconocimiento de técnicas culinarias, malos hábitos dietéticos, falta de ayuda y tiempo para alimentar al dependiente, maltrato).

- Entorno físico: la comida es un acto social placentero. Hay que cuidar la presentación de los platos ofreciendo variedad de menús; alimentos identificables por la vista, color y olor; varias comidas al día de varios platos. El lugar donde se come debe resultar agradable, con compañía, incluso participando en la elaboración de algunas comidas o en la elección de menús.
- Alteraciones bucales: pérdida de piezas dentarias, boca seca, candidiasis.
- Enfermedades digestivas, hepáticas, pancreáticas y biliares
- Fármacos: son una causa frecuente

2.3.2.3.3.2.2 Consecuencias de la mal nutrición.

Carbajal A, Varela-Moreiras G, Ruiz-Roso B, Perea I, Moreiras O, afirman:

- Pérdida de peso y masa grasa, flacidez y pliegues cutáneos.
- Edema, hepatomegalia, diarrea.
- Alteración de la respuesta inmune, mayor incidencia de infecciones.
- Sarcopenia y pérdida de fuerza muscular: caídas y fracturas, riesgo de neumonía.
- Astenia, depresión y mayor anorexia.
- Riesgo de intoxicación farmacológica por reducción de fracción libre de fármacos con alta afinidad por albúmina y menor eficacia del metabolismo hepático.
- Síntomas específicos de cada déficit.
- Riesgo de proveer úlceras por presión.

Martorrell, Reynaldo, Smith, Haddad, dicen:

En cuanto a las consecuencias de la mal nutrición, durante la infancia y la edad preescolar se asocian con el retardo en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, mayor riesgo de movilidad con efectos adversos a largo plazo, incluyendo la disminución en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual en la edad escolar, la adolescencia y la edad adulta, lo que repercute en la capacidad del individuo para generar ingresos y en ocasiones, incrementa la propensión a enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias, incapacidades.

2.3.2.3.4 Hipoperfusión.

Manji RA, Wood KE, Kumar DA, (2014) dicen:

La inadecuada entrega de oxígeno y nutrientes a los órganos vitales en relación con sus demandas metabólicas que amenazan la vida, se conoce como shock; en otras palabras, es un estado de hipoperfusión tisular que puede obedecer a múltiples causas y conlleva una disfunción orgánica múltiple que predispone a la muerte. Durante el siglo XIX se usaron varias herramientas clínicas para el diagnóstico del shock. Las más empleadas fueron la frecuencia o la fuerza del pulso, el nivel de conciencia y la temperatura corporal. Lockhart Mummery y George Washington Crile (famoso cirujano de finales del siglo XIX y fundador de la Cleveland Clinic) planteó que la presión arterial baja era la característica central y debía ser la mejor herramienta para definir el shock.

2.3.2.3.5 Pérdida de sensibilidad.

Michael c Levin (2019) dice:

El entumecimiento hace referencia a la pérdida parcial o completa de la sensibilidad. Puede ser un síntoma de una disfunción del sistema nervioso, Una persona con entumecimiento puede ser incapaz de sentir el

tacto ligero, el dolor, la temperatura o la vibración o desconocer en qué posición están partes de su cuerpo (sentido de la posición). Cuando la persona desconoce la posición de partes de su cuerpo, tiene problemas de equilibrio y de coordinación.

2.3.2.4 signos y síntomas de las úlceras por presión.

Mayo clinic (2020) dice:

Los signos de advertencia de las úlceras de decúbito o las úlceras por presión son:

- Cambios inusuales en el color o la textura de la piel.
- Hinchazón.
- Drenaje similar al pus.
- Un área de la piel que se siente más fría o más caliente al tacto que otras áreas.
- Áreas sensibles.

Las úlceras de decúbito pasan por distintos estadios que se diferencian por su profundidad, severidad y otras características. El grado de daño de la piel y los tejidos oscila desde una piel roja e intacta hasta una lesión profunda que afecta los músculos y los huesos.

Ananya Mandal MD, (2020) dice:

Hay generalmente síntomas de dolores de la presión y de úlceras anteriores de la presión.

- Éstas podrían ser cicatrices doloridas previamente curadas de la presión.
- Puede haber presencia de infección y éste lleva a los exudados, a la formación del pus y al licenciamiento sangriento de los filos de la lesión. En

caso de infecciones los ganglios linfáticos locales pueden ser afectados y pueden ser hinchados doloroso.

- Puede o no puede haber dolor sobre la úlcera de la presión. En pacientes con diabetes y otras condiciones con daño del nervio no puede haber dolor sobre la úlcera.
- Los filos de los alrededores se enrojecen en la mayoría de los casos.
- Puede haber un carril o un canal del pus llamado un sino o una fístula. Éstos son generalmente difíciles de tratar.
- En caso de la infección puede haber un olor asqueroso sobre la úlcera.

2.3.2.5 Localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión.

GNEAUPP (2020) afirma:

2.3.2.5.1 Decúbito supino.

- Occipital.
- Escapula.
- Codo.
- Sacro.
- Talón.

2.3.2.5.2 Decúbito lateral.

- Costillas.
- Oreja.
- Cresta iliaca.
- Cóndilos.
- Maléolos.
- Hombro.
- Trocánter.

2.3.2.5.3 Decúbito prono

- Mejilla.
- Mamas.
- Genitales.
- Rodillas.
- Nariz.
- Punta de los dedos de los pies.

2.3.2.5.4 Otras localizaciones.

- Meato por sondaje vesical.
- Orificios nasales por gafas/mascarilla para oxigenoterapia, SNG.
- Muñeca/tobillo por sujeción.
- Isquion por sedestación prolongada.
- Boca por tubos endotraqueales.
- Zonas inmovilizadas con férulas o yesos.

2.3.2.6 Prevención de las Úlceras por Presión

2.3.2.6.1 Valoración

- Realizar una valoración del riesgo a todos los pacientes con un déficit de movilidad o actividad.
- Valorar al paciente en el momento de ingreso, tras un hecho clínico relevante o un cambio en su estado y a intervalos regulares.
- Considerar en la valoración del riesgo las siguientes variables clínicas: la movilidad, la incontinencia, el estado nutricional y el estado neurológico del paciente.
- Clasificar a los pacientes según las siguientes categorías: paciente de bajo riesgo, con riesgo moderado o con alto riesgo.

- Hacer una valoración de la piel de los pacientes “con riesgo” como mínimo una vez al día y tras un cambio situacional del paciente.
- Examinar especialmente las prominencias óseas.
- Documentar cualquier cambio que se detecte en la piel.
- Hacer una valoración nutricional de los pacientes “con riesgo” en el momento de su ingreso y monitorizarla.

2.3.2.6.1.1 Escalas de valoración del riesgo de desarrollar UPP (EVRUPP).

2.3.2.6.1.1.1 Escala de Braden (1987).

Luisa Paniagua Asensio (2020) afirma:

Contempla seis parámetros: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce y peligro de lesiones. Cada uno de ellos puntuados desde 4, como mejor situación a 1, como peor situación, por lo que a menor puntuación mayor riesgo.

Ventajas:

- Objetiva: presenta definición de los términos, esto reduce la variabilidad interobservador, al reducir la subjetividad.
- Completa: Incluye tanto parámetros referidos a la exposición a la presión, como parámetros que valoran la tolerancia de los tejidos a la misma.
- Es la escala más validada por la literatura científica.

Inconvenientes:

- La valoración correcta, obliga al profesional a tener la definición de los parámetros consigo, o de lo contrario la valoración será subjetiva.
- Sin la definición de los parámetros, los términos empleados en general no son suficientemente intuitivos.

- Más difícil de usar, requiere más entrenamiento por parte del profesional que la use.
- Presenta una puntuación negativa (a menor puntuación mayor riesgo), lo que dificulta la interpretación del resultado.

2.3.2.6.1.1.2 Escala Norton (1962).

Luisa Paniagua Asensio (2020) afirma:

Contempla cinco parámetros: estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Cada uno de ellos puntuados desde 4 como mejor situación, a 1 como peor situación, por lo que a menor puntuación mayor riesgo.

Ventajas:

- Fácil de usar

Inconvenientes:

- Subjetiva: no cuenta con definición de parámetros, lo que la hace susceptible a presentar gran variabilidad interobservador. (Existe una modificación del INSALUD de 1998 con definición operativa de términos).
- No contempla el aspecto nutricional, también indicativo de riesgo de desarrollar UPP.
- No contempla la fricción sobre la piel.
- Presenta una puntuación negativa (a menor puntuación mayor riesgo), lo que dificulta la interpretación del resultado

2.3.2.6.1.1.3 Escala Emina (2001).

Luisa Paniagua Asensio (2020) afirma:

Contempla cinco parámetros: estado mental, movilidad, humedad relacionada con la incontinencia, nutrición y actividad. Cada uno de ellos puntuados desde 0, como mejor situación a 3, como peor situación, por lo que a mayor puntuación mayor riesgo.

Ventajas:

- Objetiva: presenta definición de los términos, esto reduce la variabilidad interobservador, al reducir la subjetividad.
- Los términos empleados son claros y bastante intuitivos.
- Presenta una puntuación positiva, (a mayor puntuación mayor riesgo), lo que facilita la interpretación del resultado.
- Es fácil de usar.

Inconvenientes:

- Aunque intuitiva, para una valoración correcta, con la mayor objetividad posible, el profesional debe tener la definición de los parámetros consigo, o de lo contrario la valoración será subjetiva.

2.3.2.6.2 Diagnósticos enfermeros reales o potenciales más frecuentes en pacientes con riesgo de desarrollar Úlceras por Presión.

2.3.2.6.2.1 Taxonomía NANDA.

2.3.2.6.2.1.1 Dominio 2. Nutrición.

- 00002 Desequilibrio nutricional.
- 00027 Déficit de volumen de líquidos.

2.3.2.6.2.1.2 Dominio 3. Eliminación.

- 00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 00014 Incontinencia fecal.

2.3.2.6.2.1.3 Dominio 4. Actividad/Reposo.

- 00085 Deterioro de la movilidad física.
- 00108 Déficit de autocuidado: baño.

2.3.2.6.2.1.4 Dominio 11. Seguridad/Protección.

- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- 00035 Riesgo de lesión.

2.3.2.6.3 Planificación y ejecución de cuidados de enfermería en la prevención de las UPP.

GNEAUPP (2007) dice:

La presión ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados de enfermería en los pacientes con riesgo de padecer UPP, una vez identificado el riesgo, esta actividad se realizara de forma individualizada, teniendo en cuenta el mayor o menor riesgo que presenta el paciente y los factores alterados, con los cuidados aplicados se debe lograr que no se desarrollen UPP, in olvidar que las medidas preventivas se deben continuar aplicando una vez desarrollada la lesión, para evitar que progrese a estadios superiores, favoreciendo con ello el proceso de curación.

Virani T (2011) menciona:

Las úlceras por presión suelen desarrollarse en las prominencias óseas, las siguientes zonas se deben evaluar:

- Región occipital y temporal del cráneo.
- Omóplatos.
- Apófisis espinales.
- Hombros y codos.
- Sacro y cóccix.
- Tuberosidades isquiales.
- Trocánteres.
- Rodillas, talones y maléolos.
- Zonas metatarsianas, dedos de los pies.
- Pabellones auriculares.

NPUAP/EPUAP (2009) dicen:

Se debe de concientizar y educar al profesional de la salud en la valoración integral de la piel para detectar cualquier alteración en su integridad, a través de:

- Establecer la valoración del riesgo como política institucional.
- Empleo estructurado de un instrumento de valoración del riesgo (Escala de Braden).
- Capacitar al personal de salud en la documentación y el uso del instrumento para la valoración del riesgo.

Alepuz VL, (2012) menciona:

Para los cuidados generales de la piel se recomienda:

- Inspeccionar la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento, calor, edema, induración, dolor o molestia en los individuos identificados con riesgo de padecer úlcera por presión.

- Lavar la piel con agua y jabón, secar cuidadosamente sin friccionar los pliegues cutáneos.
- Utilizar jabones no irritantes y con pH neutro.
- Evitar utilizar soluciones que contengan alcohol.

NPUAP/EPUAP/PPPIA, (2014) mencionan:

Se debe utilizar productos emolientes como cremas, ungüentos o vaselina que lubriquen e hidraten la piel seca para reducir el riesgo de daño, no se debe dar masaje en la zona lesionada o con sospecha de úlceras por presión.

Ephraim J, 2010 Roosen K, (2010) mencionan:

Para proteger la piel de la humedad debido a incontinencia, transpiración, drenajes, secreciones, entre otros, se recomienda:

- Cambio frecuente de pañal y ropa de cama en caso de incontinencia urinaria y/o fecal.
- Aplicar productos locales de barrera para proteger la piel, por ejemplo, vaselina, ungüentos, óxido de zinc.
- Limpiar la piel con delicadeza cuando se ensucie, evitando la fricción.
- Controlar la humedad utilizando compresas absorbentes, gasas o pañales.
- Cambiar compresas y ropa de cama cuando estén mojadas.
- Solo en caso muy necesario se deberá evaluar la instalación de catéter vesical para reducir el riesgo de contaminación de la úlcera evaluando riesgos y beneficios, retirando tempranamente.

NPUAP/EPUAP/PPPIA, (2014) Moore Z, (2013) mencionan:

En las intervenciones para la redistribución de la presión (cambios de posición) en pacientes inmóviles, se recomienda:

- La frecuencia de cambios de posición será determinada por la tolerancia individual, nivel de actividad, movilidad, condición médica, objetivos del tratamiento y evaluación de las condiciones de la piel.
- En adultos en riesgo de desarrollar úlceras por presión los cambios de posición cada dos horas, aun cuando esté presente alguna superficie que alivie la presión por ejemplo colchones de presión alterna o fluida.
- Los cambios de posición durante la noche serán cada tres horas con la cabecera a 30°.
- Registrar en documentos institucionales la frecuencia de los cambios de posturales y el resultado obtenido.
- Colocar el programa de cambios posturales en la cabecera a la vista de todos.

NPUAP/EPUAP/PPPIA, (2014) afirman:

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

Si el adulto se sienta fuera de la cama:

- Favorecer una posición cómoda para minimizar la presión sobre la piel y tejidos blandos.
- Auxiliarse con cojines para aliviar la presión.

Si el paciente es capaz de movilizarse en cama por sí mismo:

- Redistribuir su peso cada 15 minutos, empujándose con sus brazos, subiendo y bajando la cabeza o movilizándose de lado a lado.

2.3.2.7 Tratamiento de las Úlceras por Presión.

2.3.2.7.1 Valoración.

Arango-Salazar C, (2006) menciona:

Para una valoración integral recomendamos incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar úlceras por presión.

2.3.2.7.2 Diagnósticos enfermeros reales o potenciales más frecuentes en pacientes con riesgo de desarrollar UPP.

2.3.2.7.2.1 Taxonomía NANDA.

2.3.2.7.2.1.1 Dominio 2. Nutrición.

- 00002 Desequilibrio nutricional.
- 00027 Déficit de volumen de líquidos.

2.3.2.7.2.1.2 Dominio 3. Eliminación.

- 00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 00014 Incontinencia fecal.

2.3.2.7.2.1.3 Dominio 4. Actividad/Reposo.

- 00085 Deterioro de la movilidad física.

- 00108 Déficit de autocuidado: baño.

2.3.2.7.2.1.4 Dominio 6. Autopercepción.

- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional.
- 00118 Trastorno de la imagen corporal.

2.3.2.7.2.1.5 Dominio 11. Seguridad/Protección.

- 00004 Riesgo de infección.
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea.
- 00044 Deterioro de la integridad tisular.

2.3.2.7.2.1.6 Dominio 12. Confort.

- 00132 Dolor agudo.

2.3.2.7.3 Planificación y ejecución de cuidados de enfermería en el tratamiento de las UPP.

Saha S, (2013) menciona:

Las utilidades de los apósitos en el tratamiento de las úlceras por presión incluyen:

- Acojinamiento y protección de la úlcera de la fricción y la presión.
- Protección de la desecación del lecho de la herida y mantenimiento de un ambiente húmedo.
- Impermeabilidad a agentes contaminantes y de infección en pacientes con incontinencia fecal y/o urinaria.
- Absorción del exudado en el lecho de la úlcera.
- Permita el desbridamiento de material necrótico o friable de la úlcera.

Ferrell BA, (2000) Saha S, (2013) mencionan:

El apósito comúnmente utilizado es la gasa seca, más no el más adecuado. Su uso persiste a pesar de la información sugerente que retrasa la curación de la úlcera por presión. Se recomienda el uso de los apósitos humedecidos en lugar de la gasa seca ya que son claramente superiores las primeras. La curación húmeda induce la disminución de la profundidad de la úlcera por presión hasta un 40% más rápido que la exposición ambiental.

Saha S, (2013) afirma:

Para el tratamiento local de las úlceras por presión se han utilizado distintos tipos de apósitos:

- Gasa húmeda con solución salina.
- Film de polímero.
- Film de esponja.
- Hidrogeles.
- Hidrocolodes.
- Alginatos granulados y derivados de la plata.
- Biomembranas.

Saha S, (2013) menciona:

Se recomienda utilizar alguno de los distintos tipos de apósitos que han demostrado acelerar en mayor o menor proporción la granulación, epitelización y curación de las úlceras por presión. El éxito de cada uno de ellos dependerá que se use de forma adecuada en base a las características de la úlcera por presión considerando lo siguiente:

- Tolerancia al dolor.
- Categoría y localización de la úlcera.

- Cantidad de exudado.
- Frecuencia de cambio de apósito.

Schwien T, (2005) dice:

En pacientes con úlceras por presión en etapa III/IV el uso de terapia de presión negativa ha demostrado mejorar el dolor producido por la lesión y menores índices de hospitalización por problemas relacionados con la úlcera.

Bollero D, (2010) menciona:

Antes de la aplicación de terapia por presión negativa se deben cumplir los siguientes requisitos de acuerdo al tipo de paciente y tipo de herida que se considere tratar:

- Optimizar las condiciones generales del paciente.
- ❖ Soporte nutricional adecuado.
- ❖ Adecuado estado de hidratación.
- ❖ Buen control glicémico.
- ❖ Control adecuado de comorbilidades.
- ❖ Interrumpir hábito tabáquico y alcohol.
- Control local de la herida.
- ❖ Redistribución de la presión.
- ❖ Reducción de las fuerzas de fricción y cizallamiento.
- ❖ Desbridamiento en caso necesario.
- ❖ Tratamiento de la infección.
- ❖ Mantenimiento de la humedad y temperatura.
- Educación del paciente y la familia.
- ❖ Informe a la familia sobre cuidados del paciente y la herida.
- ❖ Manejo adecuado del dolor y depresión en el paciente.

2.4.- MARCO CONCEPTUAL

Abceso: es una infección e inflamación del tejido del organismo caracterizado por la hinchazón y la acumulación de pus.

Ácido láctico: Es un compuesto que genera nuestro cuerpo como consecuencia de la degradación de las moléculas de glucosa.

ACOFAEN: Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería

Aftas: son pequeñas lesiones superficiales que aparecen en los tejidos blandos de la boca o en la base de las encías

Albumina: es una proteína que se encuentra en gran proporción en los linfocitos, siendo la principal proteína de la sangre, y una de las más abundantes en el ser humano la cual se sintetiza en el hígado

Alginatos: es un polisacárido aniónico presente ampliamente en las paredes celulares de las algas marinas pardas.

Alteración neurológica: son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos.

Alzheimer: es una enfermedad progresiva que afecta a la memoria y otras importantes funciones mentales.

Amiotrofia: es la presencia de músculos estriados debido a una inmovilización demasiado prolongada (como en el caso de miembros escayolados), a una miopatía (enfermedad del músculo) o a una degeneración de las neuronas motoras de la médula espinal. T

Amón: fue un dios egipcio celeste, dios de la creación. Fue atestiguado desde el Imperio Antiguo junto con su esposa y paredro o doble femenino Amonet.

Analgesia: Desaparición, natural o provocada, de cualquier sensación de dolor.

Andrógenos: son hormonas sexuales masculinas y corresponden a la testosterona, la androsterona y la androstenediona. Los andrógenos son hormonas esteroideas del ciclopentanoperhidrofenantreno, cuya función principal es estimular el desarrollo de los caracteres sexuales masculinos.

Anorexia: es un trastorno alimentario que provoca que la persona se obsesione con su peso y lo que ingiere.

Antígenos: es una sustancia que desencadena la formación de anticuerpos y puede causar una respuesta inmunitaria.

Aparato de Golgi: El aparato de Golgi es un orgánulo presente en todas las células eucariotas que pertenece al sistema de endomembranas.

Aplopegía: sangrado dentro de los órganos internos y los síntomas que la acompañan.

Apósitos: es una almohadilla o compresa estéril que se aplica a una herida para promover la curación y proteger la herida de un daño mayor.

Arquitectura tisular: : es un adjetivo que se emplea en el ámbito de la biología para hacer referencia a aquello vinculado a un tejido.

Astenia: es una debilidad la cual puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente. Por ejemplo, tener un mal estado físico, estar en recuperación de un entrenamiento de fuerza o la fatiga extrema.

Automatismos: es el movimiento o actividad propios de un mecanismo automático o un autómeta (mecánico). En seres vivos, acciones inconscientes o involuntarias: reflejos, tropismos, taxias, etc. También, en cierto modo, los instintos y el condicionamiento.

Autónomo: es aquella persona física que realiza de forma habitual un trabajo para obtener una remuneración, sin un contrato de trabajo que lo vincule a trabajar por cuenta del empleador

Bedsore: traducido al español, Úlceras por presión

Biomembranas: son estructuras de naturaleza principalmente lipídica, muy dinámicas y selectivas, que forman parte de las células de todos los seres vivos.

Candidiasis: es una infección de la vagina. Con mayor frecuencia se debe al hongo *Candida albicans*.

Carotenos: el término caroteno se utiliza para muchos relacionados hidrocarburos insaturados sustancias que tienen la fórmula $C_{40}H_x$, que son sintetizados por las plantas, pero en general no se pueden hacer por animales.

Célula: es la unidad más pequeña que puede vivir por sí sola y que forma todos los organismos vivos y los tejidos del cuerpo.

Células dendríticas: son responsables de la iniciación de las respuestas inmunitarias adaptativas, y funcionan como “centinelas” del sistema inmunitario.

Células de langherhans: es la presentadora de antígenos por antonomasia. Ejerce una función primordial en el inicio y regulación de la respuesta immune.

Cizallamiento: Rotura que sufre un hueso cuando se ve sometido a dos fuerzas en dirección paralela y en sentido opuesto.

Cognición: es la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información.

Condilo: es la cabeza, eminencia o protuberancia redondeada en la extremidad de un hueso que encaja en el hueco de otro para formar una articulación.

Connotación: es una asociación cultural o emocional comúnmente entendida que alguna palabra o frase lleva, además de su significado explícito o literal, que es su denotación.

Cresta iliaca: es el nombre que recibe el borde superior del ala del ilion que se extiende hasta el margen de la pelvis mayor.

Cuidados: Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.

Curación: Restablecimiento o recuperación de la salud y eliminación de una enfermedad, una herida o un daño físico.

d.C: después de Cristo.

Declive: Pérdida progresiva de la fuerza, intensidad, importancia o perfección de una cosa o una persona.

Decio: fue un emperador romano que gobernó entre 249 y 251. Distinguido político durante el reinado de Filippo el Árabe, Decio fue proclamado emperador por sus tropas después de sofocar una rebelión en Moesia.

Décubito supino: es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal acostado boca arriba, generalmente en un plano paralelo al suelo. Cuello en posición neutra, con mirada dirigida al cémit.

Décubito lateral izquierdo: El decúbito lateral es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal: acostado de lado o de costado, en un plano paralelo al suelo. Cuello generalmente en posición neutra con relación al tronco. En general con las extremidades en flexión.

Demencia: Pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, debido a la edad o a una enfermedad, que se caracteriza por alteraciones de la memoria y la razón y trastornos en la conducta.

Desmosomas: son estructuras celulares que mantienen adheridas a células vecinas. Estructuralmente dicha unión está mediada por cadherinas (desmogleína y desmocolina), a sus filamentos intermedios (queratina).

Dependencia física: afección que se manifiesta cuando una persona que toma un medicamento durante mucho tiempo presenta síntomas físicos desagradables si el medicamento se suspende repentinamente o se ingiere en dosis más pequeñas.

Depresión: Grupo de afecciones asociadas a los cambios de humor de una persona, como la depresión o el trastorno bipolar.

Dermis: Capa interna de las dos capas principales de la piel. La **dermis** tiene tejido conjuntivo, vasos sanguíneos, glándulas sebáceas y sudoríparas, nervios, folículos pilosos y otras estructuras.

Desecación: la desecación es un procedimiento físico por el cual se reduce la proporción de agua del producto evitando así la proliferación bacteriana

Deterioro neurológico: es una anomalía funcional de un área del cuerpo. Esta alteración funcional se debe a una disminución del funcionamiento del cerebro, la médula espinal, los músculos o los nervios.

Dislipemias: Niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre.

Distrés: “estrés desagradable”, aquel que “produce una progresiva pérdida de energía, agotamiento emocional y desmotivación general”.

DNA: El ácido desoxirribonucleico, conocido también por las siglas ADN, es un ácido nucleico que contiene las instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos y algunos virus; también es responsable de la transmisión hereditaria.

Dolor: es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Es una sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia.

Edema: Hinchazón causada por el exceso de líquido atrapado en los tejidos del cuerpo.

ELA: Enfermedad del sistema nervioso que debilita los músculos y afecta las funciones físicas.

En esta enfermedad, las células nerviosas se degradan, lo que reduce la funcionalidad en los músculos con los que se conectan.

Embalsamadores: Persona que trata los cadáveres con líquido embalsamante (un producto químico como el formaldehído) para impedir que se deterioren.

Enfermedades crónicas degenerativas: Son aquéllas que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos.

Enfermedades cardiovasculares: Afección cardíaca que se manifiesta mediante vasos sanguíneos enfermos, problemas estructurales y coágulos sanguíneos.

Enfermedades metabólicas: Las enfermedades metabólicas congénitas son un grupo de trastornos genéticos poco comunes con los cuales el cuerpo no es capaz de transformar los alimentos adecuadamente.

Epiblastica: es una clase de células presentes durante la etapa de gastrulación del desarrollo embrionario.

Epidermis: es la capa externa de la piel, un epitelio plano estratificado, compuesto de queratinocitos que proliferan en su base y se diferencian progresivamente, a medida que son empujados hacia el exterior.

Epitelización: Proceso mediado por los queratinocitos, La función de dichas células es la de regenerar una barrera contra la infección y la pérdida hidroelectrolítica.

Epitelio pavimentoso: Es el que recubre externamente la piel o internamente los conductos y cavidades huecas del organismo, en el que las células epiteliales se disponen formando láminas.

EPUAP: Grupo Europeo de Úlceras por Presión

Escapula: Uno de los dos huesos triangulares de la parte de atrás del hombro. La escápula conecta la clavícula con el hueso superior del brazo.

Escaras: Tejido muerto que con el tiempo se desprende de la piel sana después de una lesión.

Esclerosis lateral amiotrófica: es una enfermedad de las neuronas en el cerebro, el tronco cerebral y la médula espinal que controlan el movimiento de los músculos voluntarios.

Estrato córneo: Es la capa más externa de la epidermis y comprende, en promedio, unas 20 subcapas de células muertas, aplanadas, en función de la parte del cuerpo que recubre la piel.

Estrato espinoso: este es el contiene hasta seis capas de células estructuradas de manera irregular, las cuales sintetizan queratina y presentan una actividad mitótica mínima.

Estrato germinativo: es una monocapa de células cilíndricas, las únicas que experimentan mitosis. A medida que se forman nuevas células, las primeras emigran o se desplazan hacia las capas superiores de la epidermis, hasta que se desprenden en la superficie cutánea.

Estrato granuloso: en esta capa se inicia el proceso de queratinización. Las células contienen unos gránulos que tiñen intensamente, rellenos de una sustancia llamada queratohialina, necesaria para la producción de queratina.

Estrato lúcido: También llamada capa transparente, se halla solamente en las partes más gruesas de la epidermis, como ser, por ejemplo, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Es muy delgada, donde los bordes o núcleos de las células ya no son reconocibles.

Estrato papilar: este tiene tejido conjuntivo y vasos sanguíneos que nutren la epidermis (capa más externa de la piel), y ayuda a controlar la temperatura de la piel.

Estrato reticular: Capa inferior gruesa en la base de la dermis (la capa más interna de la piel). La dermis reticular tiene vasos sanguíneos y tejido conjuntivo que sostienen la piel.

Etiología: Estudio sobre las causas de las cosas.

EVC: enfermedad vascular cerebral.

Evento adverso: es cualquier aparición inesperada y perjudicial en un paciente o un sujeto de ensayo clínico a quien se administró un producto farmacéutico que no tiene, necesariamente, una relación causal con el tratamiento.

EVRUPP: escalas de valoración del riesgo de presentar upp

Excreción: Acción por la que el organismo excreta sustancias de desecho.

Exudado. es el conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades del organismo. Provoca edema, diferenciándose del trasudado por la mayor riqueza de proteínas y células.

Fascia: Es un tejido conectivo fibroso que permite que los músculos se muevan libremente junto a otras estructuras y reduce la fricción.

Fecal: son el conjunto de los desperdicios sólidos o líquidos que constituyen el producto final del proceso de la digestión.

Férulas: es un dispositivo o estructura de metal, madera, yeso, cartón, tela o termoplástico que se aplica con fines generalmente terapéuticos.

Friable: tejido que se desmenuza o se aplasta con facilidad

Fricción: Rozamiento entre dos cuerpos en contacto, uno de los cuales está inmóvil.

Ganglios: son estructuras anatómicas normales de menos de un centímetro de diámetro que forman parte del sistema linfático. Este sistema es una gran red de pequeños tubos que recorre nuestro cuerpo y que transporta un líquido llamado linfa.

Gangrena: Muerte de tejidos orgánicos que se produce por la falta de riego sanguíneo o por la infección de una herida.

Glándulas sebáceas: están situadas en la dermis media y formadas por células llenas de lípidos que se desarrollan embriológicamente en el cuarto mes de gestación, como una gemación epitelial del folículo piloso.

GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.

Gránulos: es una partícula pequeña, puede ser cualquier estructura apenas visible por microscopio óptico.

Hemidesmosomas: son estructuras de unión celular que conectan las células epiteliales a la membrana basal. Son especialmente importantes en los tejidos sometidos a tensión mecánica.

Hepatomegalia: El agrandamiento del hígado puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente.

Hidrocoloides: abarca un gran grupo de polisacáridos y proteínas que se disuelven en agua en forma de coloides y son altamente propensos a formar geles. Forman parte de nuestra vida cotidiana y aportan un valor añadido a muchos productos gracias a sus diversas funcionalidades técnicas, como: Texturización.

Hidrogele: se define como una red tridimensional de cadenas flexibles, constituida por unos elementos conectados de una determinada manera e hinchada por un líquido.

Hipercatabolismo: se define como una elevada destrucción de la musculatura esquelética.

Hipertensión: Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.

Hipertiroidismo: Exceso de producción de una hormona de la glándula con forma de mariposa ubicada en el cuello (tiroides). El hipertiroidismo es la producción de demasiada hormona tiroxina. Puede aumentar el metabolismo.

Los síntomas incluyen pérdida de peso inesperada, ritmo cardíaco acelerado o irregular, irritabilidad y sudoración.

Hipoperfusión: disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano

Hipoxemia: bajo nivel de oxígeno en la sangre.

Homeostasis: conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en la composición y las propiedades del medio interno de un organismo.

Hormona anorexígenas: es la que a largo plazo equilibra la combustión de calorías, la ingesta de alimentos y con ello se logra perder peso. Conseguimos así almacenar menos grasa y quemar la depositada.

Incontinencia urinaria: es la pérdida del control de la vejiga o la incapacidad de controlar la micción (orinar). Es una afección común. Puede variar desde un problema menor hasta algo que afecta en gran medida su vida diaria. En cualquier caso, puede mejorar con un tratamiento adecuado.

.INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.

Infeción: Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo:

Infección nosocomial: son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso.

Ingesta: La ingestión es la introducción de la comida en el aparato digestivo al servicio de la alimentación o de la hidratación, y en la forma que nos es más familiar se realiza a través de la boca.

Inmunoglobina: son anticuerpos para proteger al cuerpo de bacterias, virus y alérgenos

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

Isquemia: Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

Isquion: es una estructura ósea p.equeña que forma parte de la pelvis, y que se localiza en la parte inferior y externa del hueso ilíaco

Lesión: Área anormal de tejido dentro o fuera del cuerpo que se puede agrandar o cambiar de apariencia, y puede o no ser cancerosa.

Lesión medular: Lesión en cualquier parte de la médula espinal o en los nervios ubicados en el extremo del conducto vertebral.

Linimentos: se le lla así a la preparación menos espesa que el ungüento en la cual entran como base aceites y bálsamos y se aplica exteriormente en fricciones.

Maléolos: son cada una de las partes que sobresalen de la tibia y del peroné en el tobillo.

Manía: Humor muy elevado y alborotado, generalmente asociado con el trastorno de bipolaridad.

Masa magra: es todo lo que queda en el cuerpo sin contar la grasa de depósito, es decir, la masa corporal magra se refiere exclusivamente a los lípidos que constituyen una reserva de energía para el cuerpo.

Meato: es una abertura o canal del cuerpo humano.

Melanina: es un pigmento natural responsable del color de la piel, el pelo y el cabello.

Melanocitos: es una célula dendrítica que deriva de la cresta neural y que migra hacia la epidermis y el folículo piloso durante la embriogénesis.

Melanogénesis: representa el mecanismo que da lugar a la síntesis de melanina, la cual se efectúa en el seno de una organela intracitoplasmática, de la familia de los lisosomas secretores, llamada melanosoma.

Mitocondrio: son orgánulos celulares eucariotas encargados de suministrar la mayor parte de la energía necesaria para la actividad celular.

MmHg: milímetros de mercurio.

Morbimortalidad: es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado.

Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Necrosis: Muerte de las células y los tejidos de una zona determinada de un organismo vivo.

Neurología: es la especialidad médica que trata los trastornos del sistema nervioso.

Neuropatía: Debilidad, entumecimiento y dolor, generalmente en las manos y los pies, ocasionado por un daño neurológico.

Neuropsiquiatría: es la rama de la medicina que se ocupa de los trastornos mentales atribuibles a enfermedades del sistema nervioso.

NHS: Servicio Nacional de Salu

NQF: Un marco nacional de calificaciones

Nucleolo: es una región del núcleo que se considera una estructura supra-macromolecular, que no posee membrana que lo limite.

Nutrientes: Sustancia que asegura la conservación y crecimiento de un organismo.

Occipital: Es un hueso de gran importancia anatómica, ya que posee una gran apertura, el agujero occipital por donde se comunica el cráneo con el canal raquídeo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Osteoarticular: es un proceso degenerativo e inflamatorio de la articulación que afecta a las articulaciones de carga fundamentalmente y suele ser más frecuente en personas de edad avanzada.

Osteomielitis: Es una infección ósea. Es principalmente causada por bacterias u otros gérmenes.

Orofaringea: Parte de la garganta detrás de la cavidad oral. La orofaringe incluye el tercio posterior de la lengua, el paladar blando, las paredes laterales y posteriores de la garganta, y las amígdalas.

Óxido nítrico: un gas con características dañinas para la atmósfera.

Oxigenoterapia: es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.

Paciente: Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

Paciente geriátrico: se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Paleopatologo: es la disciplina científica que estudia las enfermedades padecidas por personas o animales en la antigüedad, a través de vestigios hallados en los huesos, restos orgánicos e inmediaciones donde se hallan dichos restos.

Paranoíá: Enfermedad mental que se caracteriza por la aparición de ideas fijas, obsesivas y absurdas, basadas en hechos falsos o infundados, junto a una personalidad bien conservada, sin pérdida de la conciencia ni alucinaciones.

Parapléjico: De la paraplejia o que tiene relación con este tipo de parálisis

Parkinson: Trastorno del sistema nervioso central que afecta el movimiento y suele ocasionar temblores.

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

pH: El pH es una medida de acidez o alcalinidad de una disolución. El pH indica la concentración de iones de hidrógeno presentes en determinadas disoluciones. La sigla significa potencial de hidrógeno o potencial de hidrogeniones.

Pigmento picnoticas: es la condensación irreversible de la cromatina en el núcleo de una célula que experimenta necrosis o apoptosis.

Población: Conjunto de seres vivos de la misma especie que habitan en un lugar determinado.

Politraumatismo: es todo aquel que presenta múltiples lesiones orgánicas o musculoesqueléticas con alteración de la circulación y ventilación que comprometen su vida de forma inmediata o en las horas siguientes.

Posición fowler: se trata de una posición dorsal en un plano inclinado de tal modo que la espalda forme un ángulo de unos 45 grados con la horizontal. Se obtiene al elevar unos 40-50 cm la cabecera de la cama.

Pool hormonal: es prolactina consiste en la toma de muestra seriada: basal, 15 minutos y 30 minutos luego de los cual las tres muestras son mezcladas y procesadas a la vez.

Presión: es una magnitud física que mide la proyección de la fuerza en dirección perpendicular por unidad de superficie, y sirve para caracterizar cómo se aplica una determinada fuerza resultante sobre una línea.

Presión arteriolar: es la tensión ejercida por la sangre que circula sobre las paredes de los vasos sanguíneos, y constituye uno de los principales signos vitales.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado.

Protuberancia: Elevación o bulto redondeado que sobresale de una superficie.

Pus: Líquido espeso, de color blanco amarillento o verdoso que se forma en los tejidos infectados o inflamados y fluye de algunas heridas y llagas.

Queratinocitos: son las células predominantes (80%-90%) de la epidermis, la capa más superficial de la piel

Retículo endoplasmático: es un orgánulo que se encuentra en el citoplasma de la célula eucariota y su función primordial es la síntesis de proteínas y lípidos.

Sacro: es una estructura ósea en forma de escudo que está localizada en la base de las vértebras lumbares. Está conectado a la pelvis, forma la pared pélvica posterior y fortalece y estabiliza la pelvis.

Salud pública: es el cuidado y la promoción de la salud aplicados a toda la población o a un grupo preciso de la población.

Sarcopenía: Síndrome caracterizado por la pérdida progresiva y generalizada de masa muscular y fuerza que acarrea riesgos de desenlaces desfavorables para la salud como discapacidad sica, pobre calidad de vida y muerte

Semimucosa: en donde el epitelio carece de una protección tan importante como son la capa córnea y las glándulas sebáceas de la piel que hacen de barrera para el sol, esta parte del labio no la tiene y por eso es más susceptible.

Sepsis: Complicación potencialmente mortal de una infección.

La sepsis ocurre cuando las sustancias químicas liberadas en el torrente sanguíneo para combatir una infección desencadenan una inflamación en todo el cuerpo.

Servicios sanitarios: son “las organizaciones que prestan servicios sanitarios (hospitales, centros de salud, funcionarios profesionales y servicios de salud pública) así como otras redes, sectores, instituciones, ministerios y organizaciones que tiene una influencia definida en el objetivo último del sistema – la salud. Importantes a este respecto son la educación, el transporte, los servicios sociales, la vivienda, la industria alimentaria, etcétera”.

Shock: Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente. Muchos órganos pueden dañarse como resultado de esto.

Sifilis: es una infección bacteriana que suele transmitirse por contacto sexual.

SILAHUE: Fundación Colombiana de Profesionales en el cuidado de la piel y las heridas.

Síncope: desmayo o pérdida temporal y súbita de la conciencia.

Síndromes: Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

SNG: Sondaje Nasogástrico.

SOFA: es el acrónimo en inglés de Sequential Organ Failure Assessment score. Es utilizado para seguir el estado del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos.

SUH: síndrome urémico hemolítico.

Sustancia cútanea: es un cosmético hidratante debe mantener o restituir la homeostasis de la piel, retrasar el envejecimiento cutáneo y dar soluciones a pieles problemáticas y esto se consigue aportando lípidos de calidad, humectantes y agua

Tejido mesenquimatosos: es el **tejido** del organismo embrionario, de conjuntivo laxo: con una abundante matriz extracelular, compuesta por fibras delgadas y relativamente pocas células.

Trocánter: es cada uno de los abultamientos que hay en el extremo superior del fémur y otros huesos largos.

UCI: Unidad de Cuidado Intensivos.

Úlcera: es toda lesión abierta de la piel o membrana mucosa con pérdida de sustancia.

UPP: Úlcera por Presión

Unguentum comitissae: Perfume condesa

Vascularización: Presencia y disposición de los vasos sanguíneos y linfáticos en un tejido, órgano o región del organismo.

Vasodilatación: Ensanchamiento de los vasos sanguíneos, por lo general cerca de la superficie de la piel, lo que aumenta el flujo sanguíneo con enrojecimiento o calor.

Vértigo: Es una sensación giratoria repentina que se manifiesta de forma interna o externa, y que suele producirse al mover la cabeza rápidamente.

Vésicula: Área de piel cubierta por una burbuja en relieve, llena de líquido.

Zona sacra: está en la parte inferior de la columna vertebral y está ubicada entre el quinto segmento de la columna lumbar y el cóccix.