



**Nombre del alumno: Ramos Pérez  
Nancy Natividad**

**Nombre del profesor: Lic. Ervin  
Silvestre Castillo.**

**Nombre del trabajo: capítulo I y II.**

**Materia: seminario de tesis.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grado: 8°**

**Grupo: B-sábado**

**Portada.**

**Autorización de impresión.**

## **Dedicatorias.**

## **Dedicatorias.**

## **Dedicatorias.**

## Índice.

## Índice.



## **Introducción.**

La piel es uno de los órganos más importantes en la estructura del ser humano, debido a que protege al cuerpo, favorece la termorregulación y brinda información sensorial, que nos alerta ante circunstancias extrañas como la exposición a fuentes de calor, productos tóxicos y el frío, estos mensajes de alerta ayudan a preservar la vida de cada individuo. Pero por ser un órgano superficial y expuesto a diversos agentes es más vulnerable ante infecciones, enfermedades y heridas, aunque gracias a su localización es más fácil inspeccionarla en busca de cambios de color, apariencia e incluso forma lo cual nos permite conocer el estado de salud-enfermedad de cada individuo.

Es importante conocer la anatomía de la piel, así sabremos la importancia que tiene en la salud de cada individuo y lo necesario que es brindarle los cuidados de enfermería para mantener la salud, revertir los posibles daños que ya se le hayan ocasionado, así también es importante para reconocer y limitar los factores desencadenantes de las úlceras por presión, las cuales son originadas por un aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y una superficie externa.

La piel es un órgano extenso que se localiza en todo en el cuerpo y consta de dos partes principales; la más superficial se llama epidermis y la más profunda se llama dermis, debajo de la piel existe una capa llamada tejido subcutáneo que sirve como reserva de grasa y contiene un extenso número de vasos sanguíneos que irrigan la piel, el cual es importante cuidar porque una presión prolongada en esta zona puede originar isquemia y como consecuencia puede ocasionar la necrosis de la zona afectada. La epidermis juega un papel fundamental en la integridad de la piel debido a que en ella hay diversas células; por citar algunas en ella encontramos células que producen queratina, la cual es una proteína que protege a la piel del calor, de ciertos microorganismos y de agentes químicos, cuando existe una alteración en la producción de esta proteína

se pone en peligro la integridad del paciente porque puede ser un puente ante enfermedades graves. En esta zona también están los Gránulos lamelares que repelen el agua e inhiben la entrada de materia extraña y las células de Langerhans que participan en la respuesta inmunitaria contra microorganismos y gracias a los discos y las células de Merkel se pueden atender las sensaciones táctiles, cuando estos últimos dos componentes son dañados o se deterioran por la edad del paciente, la seguridad en la salud del paciente también se ve afectada.

En casi todo el cuerpo la epidermis está constituida por cuatro estratos: basal, espinoso, granuloso, estrato corneo fino, a diferencia de la piel de las plantas de las manos y los pies que constan de cinco capas. El estrato basal es conocido como estrato germinativo debido a su papel en la formación de células nuevas, cuando hay una destrucción de las células madre que radican en el estrato basal es imposible la regeneración de la piel.

El segundo segmento de la piel es la dermis la cual se divide en región reticular y papilar, en la dermis se encuentran los vasos sanguíneos, nervios, glándulas y folículos, en la región papilar se encuentran los corpúsculos de Meissner que dan origen a sensaciones como el frío, calor, cosquilleo y comezón. El colágeno y las fibras elásticas le otorgan a la piel extensibilidad y elasticidad. Estas estructuras pueden ser dañadas severamente por la aparición de las úlceras por presión.

Las úlceras por presión son una lesión en la piel y sus tejidos subyacentes originadas por una presión prolongada en la zona afectada, por fricción o pinzamiento vascular, esta afección se clasifica en cuatro estadios; estadio I conocido como eritema cutáneo, estadio II: ulcera por presión, estadio III pérdida del grosor de la piel y el cuarto estadio se caracteriza por la necrosis del tejido con lesión de la estructura de sostén (huesos, músculos y terminaciones nerviosas).

Es importante identificar y monitorizar los factores desencadenantes de las úlceras por presión para evitar complicaciones en el paciente, debido a que por lo general los pacientes que presentan esta afección es la población geriátrica que está hospitalizada y presenta limitaciones en su movilidad, el personal de enfermería tiene la principal función de brindar un cuidado holístico al paciente por lo cual debe prevenir la aparición de nuevas patologías y en su defecto debe evitar las complicaciones, por lo cual entre las formas de prevenir la aparición de las úlceras por presión es brindar cuidados a la piel del paciente mediante la hidratación de esta y en los pacientes que tienen una movilidad limitada, el personal de enfermería debe promover los cambios de posición del paciente, otra de las acciones que debemos emprender es el uso de ropa adecuada y en pacientes con nula movilidad como por ejemplo en el caso de los pacientes con una intubación endotraqueal se puede implementar el uso de superficies de apoyo cómodas y menos dañinas para la piel como lo son los colchones de agua o aire.

# 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las úlceras por presión son áreas de la piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo, comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

Las úlceras por presión son un problema importante de la salud, que afecta al individuo en la fase aguda o crónica de su enfermedad, es posible prevenirlas con intervenciones de enfermería fundamentadas en una serie de cuidados que se centren en la persona y sus necesidades.

Las personas con mayor riesgo son las que tienen alguna afección que limitan su capacidad de cambiar de posición. Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base.

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente.

Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud a nivel Nacional, dado que, prolongan las estancias hospitalarias e incrementan los costos de los procesos del sistema sanitario, constituyen un indicador negativo de la institución, ya que el 95 % de ellas pueden ser evitables, es decir, este porcentaje puede ser atribuible al déficit de la calidad asistencial. Los mecanismos que causan las UPP son innumerables y precisan ser atenuados o prevenidos, completamente, para que la integridad cutánea sea mantenida.

Como problema de salud repercuten en diferentes niveles:

- En primer lugar, afecta a los pacientes
- En segundo lugar, repercute en los entornos familiares y cuidadores no profesionales del paciente.
- En tercer lugar, sobre los sistemas de salud aumentando considerablemente el costo del tratamiento.
- En cuarto lugar, sobre los profesionales de enfermería, porque además de aumentar sus cargas de trabajo considerablemente, en cada vez más instituciones son un indicador, a veces casi único, de la calidad de los cuidados de enfermería.

Por lo que es importante establecer la incidencia y el nivel de riesgo, permitiendo así elaborar estrategias preventivas que optimizan la calidad del cuidado de enfermería y recursos.

En México, dos estudios multicéntricos reportan que la prevalencia de UPP es del 12% y del 17%, respectivamente. En América Latina, Brasil presenta una prevalencia del 41%, en tanto que en España es del 7%. Como puede observar, la presencia de UPP es un problema común en diferentes países.

Debido a que tienen la propiedad de poder ser evitables, las demandas legales en relación a las UPP son muy frecuentes y, actualmente están aumentando en países desarrollados como el Reino Unido y Estados Unidos, y según especialistas, se verían próximamente en todo el mundo, debido a su gran trascendencia en relación al efecto sobre el deterioro de la salud, pérdidas económicas, sobre la calidad de vida y en los sistemas de salud.

Es por ello que autoridades sanitarias en México realizaron el Primer estudio nacional de prevalencia de UPP en 175 unidades de segundo nivel de atención a lo largo de todo el país, en cuyos resultados se reportó una prevalencia media del 20.1%, encontrándose la mayor proporción de los casos en las siguientes localizaciones anatómicas: sacro (27%), talón (27%), isquion (10%), cabeza (4%) y codos (35%). En cuanto a la severidad de las lesiones, la mayoría de ellas fueron consideradas como categoría I 39% del total de lesiones.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1. ¿Sabes el concepto de Úlceras por presión los adultos de 55 a 65 años de edad?
2. ¿Cuáles son las estrategias para limitar el desarrollo y las complicaciones de las úlceras por presión?
3. ¿Conocen los adultos de 55 a 65 años de edad los factores desencadenantes de las úlceras por presión?
4. ¿Identifican los signos y síntomas de la aparición de una UPP los adultos de 55 a 65 años de edad?
5. ¿Cómo podemos evitar que se desencadenen los factores de riesgo de úlceras por presión en el paciente hospitalizado?

## 1.3 OBJETIVOS.

### 1.3.1 Objetivo General.

- ❖ Explicar los factores que desencadenan una úlcera por presión en pacientes de 55 a 65 años de edad y de esta forma lograr una mejor calidad de vida en el paciente encamado.

### 1.3.2 Objetivos específicos.

- ❖ Definir el concepto de úlcera por presión.
- ❖ Identificar los factores de riesgo que desencadenan las úlceras por presión.
- ❖ Otorgar los cuidados de enfermería necesarios para disminuir el riesgo de padecer úlceras por presión.
- ❖ Informar a la población de 55-65 años, así como a las personas que los cuidan, cuales son los factores de riesgo para padecer úlceras por presión.
- ❖ Valorar las necesidades que presenta el paciente encamado.
- ❖ Lograr que tanto el paciente como el cuidador identifiquen la aparición de signos y síntomas de una Úlcera por Presión.



## 1.4 HIPOTÉISIS.

A menor información sobre los factores que desencadenan la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, mayor será la incidencia de este problema.

## 1.5 JUSTIFICACIÓN.

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un gran problema de salud, deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentan 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, para este trabajo de investigación sobre los factores desencadenantes de las úlceras por presión (UPP) los pacientes hospitalizados, principalmente en adultos mayores de 55-65, son propensos a las UPP, debido a alteración de nivel de consciencia, disminución de la movilidad física por un periodo prolongado de tiempo e inestabilidad, dependiente de oxígeno, sedación, se justifica ya que da a conocer que la incidencia de las úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad y seguridad de los cuidados que presta el profesional de enfermería, el papel del profesional de enfermería no solo se centra en el aspecto curativo; sino preventivo, se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son prevenibles ya que hay muchos factores desencadenantes, lo cual nos hace reflexionar y darle prioridad, las úlceras por presión representan una problemática muy importante de salud a nivel mundial.

También las úlceras por presión ocasionan un gasto económico muy elevado, por tener más tiempo hospitalizado al paciente, por lo que los resultados de este trabajo ayudarán a obtener una información veraz sobre la situación actual de esta problemática en el hospital Básico Frontera Comalapa, contribuirá a crear, elaborar y difundir conocimientos útiles entre los profesionales encargados de la valoración de este tipo de heridas, de manera que puedan desarrollar su labor como profesionales de la Enfermería con eficacia, ayudando a disminuir complicaciones y problemas agregados a estas lesiones.

## 1.5 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

Las úlceras por presión (UPP) se definen como una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan y son considerados un problema bastante común en nuestro medio. Diversos estudios estima que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan a los hospitales desarrollan UPP, cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización, ya que su primer causa de la formación de la úlcera por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos, las UPP no cicatrizan a menos que las causas sean tratadas efectivamente, todos los pacientes deben ser evaluados, según Silvestre el 95% de las UPP son evitables, el 60% son prevenibles a través de la aplicación de escalas de valoración y riesgo.

En la presente investigación se hablará de la importancia de conocer los factores desencadenantes de las úlceras por presión (UPP) en la población de 55-65 años que se encuentran hospitalizados en el Hospital Básico Comunitario Frontera Comalapa, ubicado en carretera Comalapa-Pasó Hondo, km 1, barrio Vista Hermosa, Frontera Comalapa.

## CAPITULO II

### MARCO DE REFERENCIA

#### 2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

(Lavin, 2017) Menciona:

Las úlceras por presión (UPP) han acompañado al ser humano desde los inicios de su existencia, ya que sus agentes causales principales son inherentes 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 índole que nos llegan de tiempos pretéritos. Conocer aspectos relacionados con el pasado de las UPP nos puede ser de gran utilidad para ayudar a comprender su presente y su futuro.

Las heridas y su abordaje van emparejadas al desarrollo e importancia que ha tenido la salud y sus factores principales (sanitarios) y sus diferentes enfoques desde el principio de los tiempos.

(Cuervo, 1999) Menciona:

En los distintos periodos de la historia, el cuidado de las personas ha ofrecido una especial importancia al individuo que no podía moverse y debía permanecer en cama durante largo tiempo. El estigma de las UPP como consecuencia menos deseada en esa situación ha sido uno de los problemas habituales en los cuidadores en cualquier civilización.

Las UPP, dentro de las heridas crónicas, van incluidas en la historia desde la antigüedad, del recorrido humano afectando a todos los individuos, durante todos los periodos históricos, porque estas lesiones no entienden de posiciones, sin distinción social ni de situaciones personales, por lo que nadie se ha librado de padecerlas.

La presencia de las enfermedades en los tiempos pretéritos se ven confirmados por los hallazgos paleopatológicos, contribuyendo a la comprensión de cómo la enfermedad, al igual que todos los seres vivos, ha variado en el transcurso de los milenios desde el inicio de la vida en nuestro planeta.

(Charcot, 1877) Menciona:

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.

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.

Durante largos siglos la UPP ha sido denostada e infravalorada exceptuando excepciones como el alemán Fabricius Hildanus (1560-1634), (padre de la cirugía alemana y representante importante de la latromecánica, movimiento que propone la aplicación de la física ,más concretamente la mecánica y la matemática a la medicina), describió en el siglo XVI las características clínicas de las úlceras por presión, identificando factores naturales externos e internos como causas de interrupción de sangre y nutrientes de las UPP.

Durante el Siglo XX y a consecuencia de las dos guerras mundiales, una gran cantidad de soldados heridos con lesiones medulares y que a su vez desarrollaron úlceras por presión, hizo que por primera vez se planteasen

cuestiones y dudas sobre la afianzada “inevitabilidad” de estas lesiones, expuesta desde Charcot en el siglo XIX, y a las que se prestaba poca atención o se daban por supuestas en el estado general de los pacientes, practicando el “Nihilismo terapéutico” (negar intervenciones terapéuticas a personas mayores o dependientes fundamentándose en justificaciones del tipo: “como es mayor, ya no hay nada que hacer”, “ahora ya, qué se va a hacer...”, “ya no merece la pena”), mantenido en los siglos anteriores y continuado durante gran parte del siglo XX.

(Güimil-Esperón JA, 2004) Menciona:

La mejora en el abordaje preventivo y terapéutico de las UPP viene de la mano de diferentes entidades y asociaciones científicas que a finales del siglo XX iniciaran su andadura para el cuidado de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.

En España, la creación en 1994 del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), marca un antes y un después en la evolución del cuidado de estas lesiones. El GNEAUPP es un grupo interdisciplinar, independiente que aglutina a diferentes tipos de profesionales interesados en las UPP.

Ya 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, además del llamado, en su nombre, pie de Charcot, ejerció en el hospital asilo de mujeres, 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.

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.

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

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 parálitica, 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 ominusus: 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.

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.

(Villanueva-mayer, 2003)

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.

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.

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, 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 y Guttman, 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.

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. En 1945, Bloom publicó en 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, un film semipermeable de poliuretano.

En 1975, Shea 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.

(Restrepo-Medrano JC, 2015) Menciona:

En la actualidad se han creado diversos métodos, fármacos y materiales para la cura de las úlceras por presión. En Cuba, la no estabilidad de los fármacos necesarios producto del bloqueo económico a que está sometido el país, hizo acudir a otras alternativas para solucionar este problema; que, aunque en menos cuantía que en décadas anteriores, sigue repercutiendo en las unidades asistenciales y áreas de salud.

La sacarosa (azúcar) nombrada en los primeros años de nuestra era “sal india o miel sin abeja”, es un producto derivado de la caña de azúcar, natural del sur de la India. La planta se extendió por diversos países como a Sicilia, Marruecos y España, y en 1535 se introduce en Cuba por el español Diego Velásquez.

Testimonios escritos que datan del año 170 a.c señalan el uso del azúcar común para el tratamiento de las heridas, luego 700 años existen referencias del uso de la miel y la sacarosa como producto curativo; aplicada por diferentes civilizaciones del mundo, formando parte de las tradiciones orales heredadas de nuestros antepasados. En 1864, el científico francés Grosuary en su libro “El médico botánico criollo”, describe que la azúcar cristalina se utiliza para reprimir carnosidades, como cicatrizante en la córnea ocular, para curar aftas, grietas del pezón y úlceras.

En Argentina en 1980, el Dr. León Herezage comenzó a utilizar la sacarosa para el tratamiento de heridas complicadas, luego amplió su radio a todo tipo de lección donde el componente infeccioso e inflamatorio eran la expresión más notable. Legó a extender su aplicación en animales

de sangre fría y caliente, aves y plantas; realizó estudios in vitro con un elevado porcentaje de curación. Estos trabajos experimentales fueron mostrados 21 años después.

En España en 1998, el enfermero Manuel Cid González, tomó estas experiencias reportadas en la década de los 50 por algunas salas del Hospital de las Cinco Llagas, en Sevilla; donde se utilizó la sacarosa de forma habitual para la cura de heridas y úlceras por presión, con tórpida evolución. Por tanto, comenzó su aplicación en los pacientes en su forma natural (granulada) o en pastas y posteriormente mostró sus resultados en diciembre de 2002.

En Cuba, en las guerras de independencia, Rosa Castellanos (la bayamesa) curaba con sumo de plantas, mieles, hojas y raíces las heridas de los mambises. En la actualidad a pesar de los avances médicos que existen, en los campos cubanos ante una herida o lesión, lavan la lesión con agua y jabón, y polvorean azúcar granulada.

La sacarosa posee propiedades antibacterianas, bacteriostática, antiséptica, desbridante antiedematosa, no irritante, inmunológica, estimula la cicatrización y no se absorbe por vía tópica. Su aplicación en la piel y mucosa genera una presión osmótica que deshidrata el citoplasma bacteriano de las columnas presentes en el lecho de las bacterias, consiguiendo por un lado la lisis bacteriana y por otro la incapacidad reproductora de las bacterias no lisadas de las heridas.

Por los resultados obtenidos en cuanto a la supresión de la lesión en menor tiempo con respecto a los métodos convencionales y la eliminación del olor característico de este tipo de lesión; se propuso realizar el presente trabajo con el objetivo de demostrar los beneficios obtenidos con la aplicación de este método de cura en las úlceras por presión.

## 2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**NOMBRE DE LA TESIS:** Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión 2017.

**AUTOR:** Lourdes Montero Pomalaya

**AÑO:** 2018

**OBJETIVO:** El objetivo general de esta investigación, es determinar la relación entre el riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión- 2017.

Identificar el nivel de riesgo de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión- 2017. La evaluación inicial para detectar a los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión (mayores de 60 años, pacientes con enfermedad neurológica, pacientes con malnutrición o deshidratación, pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal, pacientes inmovilizados). Habrá que reconocer y corregir los factores causales, fundamentalmente la presión directa prolongada (mediante cambios posturales, almohadones, cuñas de espuma, colchones o camas especiales), así como otros factores importantes (fricción, humedad, sequedad excesiva, falta de higiene, malnutrición y deshidratación). Cuando la úlcera por presión haga su aparición se pasará al tratamiento local.

La presente investigación busca la reflexión sobre el riesgo y la incidencia de las úlceras por presión, los resultados del estudio, esto beneficiara a los adultos hospitalizados y a los profesionales de salud, ya que podremos

conocer cuál es el riesgo y la incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado para que así el personal de enfermería pueda realizar programas sobre la prevención de las úlceras por presión y enfatizar la salud que debe ser integral, la familia promueve respuestas de adaptación efectivas en las diferentes situaciones de salud y enfermedad que permiten evitar los las úlceras por presión.

**HIPOTESIS:** el riesgo se relaciona significativamente con la incidencia de úlcera por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-2017. No existe relación significativa entre el riesgo e incidencia de úlcera por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-2017.

**RESULTADOS:** después de la recolección de datos en la cual se aplicó el instrumentó la escala de Norton y la ficha de observación de datos, permitió recolectar información de la población de 30 personas hospitalizadas entre los meses de julio-setiembre, en el servicio de medicina del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión -2017, éstos resultados fueron procesados manualmente en una matriz y con ayuda de programas estadísticos se agrupo, de tal forma que fueron presentados en cuadros estadísticos y gráficos siendo susceptibles de análisis e interpretación en concordancia con el marco teórico

**CONCLUSIÓN:** que llegaron es, que existe correlación positiva fuerte y significativa mediante Rho Spearman que fue 0,88 entre riesgo e incidencia evidenciado que en total son 20 pacientes tuvieron alto y mediano riesgo, fue el 67% desarrollaron algún grado de úlcera por

presión durante su estancia hospitalaria. El nivel de riesgo de úlceras por presión es alto en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina se identificó que el 47% desarrollaron alto riesgo, 20% desarrollo mediano riesgo y el 33% se encuentra sin riesgo. 3. Se identificó la incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor el 67% desarrollo ulcera por presión, el tipo de paciente que actualmente se atiende requiere una valoración y aplicación de un plan preventivo urgente para disminuir la incidencia de las úlceras por presión siendo los mayores de 60 años el grupo de mayor riesgo.

**NOMBRE DE LA TESIS:** Prevalencia y factores asociados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de III nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009.

**AUTOR:** Ingrid Esperanza Bautista Montaña y Laura Alejandra Bocanegra Vargas.

**AÑO:** 2009

**OBJETIVO:** el objetivo general es determinar la prevalencia y factores asociados a las úlceras por presión (UPP), en pacientes adultos hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de III nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009.

**HIPOTESIS:** cuales son los factores asociados o encadenados de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna, neurología y cuidados intensivos de una institución prestadora de salud de tercer nivel de la ciudad Bogotá en el año 2009.

**RESULTADOS:** como resultado se afirma que el 34,34% son pacientes adultos mayores los que podrían representar mayor riesgo para desarrollar úlceras por presión dado que la hidratación y capa grasa disminuyen aumentando la presión que se puede ejercer sobre los sitios de prominencias óseas.

**CONCLUSIÓN:** la conclusión a la que llegaron es que las UPP son un problema de salud presente en los servicios de hospitalización de Medicina Interna y Unidad de Cuidados Intensivos de una institución prestadora de salud, con una prevalencia de 18% en los días en que se realizó el estudio, durante el mes de noviembre de 2009; prevalencia que se encuentra dentro del intervalo de los servicios de hospitalización realizados en otros estudios donde ésta oscila entre 3,5% y el 29%, según la literatura. Discriminado por servicios, la prevalencia en la Unidad de Cuidados Intensivos es de 31.25%, la cual supera el límite superior encontrado en otras Unidades (15.58% y 22.03%) y la de Medicina Interna es de 17,64%.

**NOMBRE DE LA TESIS:** escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Revisión sistemática con meta-análisis” 2011.

**AUTOR:** Francisco Pedro García Fernández.

**AÑO:** 2011

**OBJETIVO:** El objetivo general de esta investigación es Identificar las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP) publicadas en la literatura científica internacional y sus características. Determinar la evolución de los factores de riesgo incluidos en el desarrollo de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar

úlceras por presión. Desarrollar un marco conceptual sobre el mecanismo de producción de las úlceras por presión basado en los factores de riesgo de las EVRUPP.

**HIPOTESIS:** Su hipótesis sería, se podrá obtener Escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión con Revisión sistemática con meta-análisis”

**RESULTADOS:** los resultados serían, el total de las 57 escalas han identificado un total de 453 factores de riesgo, aunque muchos de ellos se repiten en las diferentes escalas, de manera que realmente podemos decir que una vez agrupados, las mismas, consideran 83 factores de riesgo diferentes. Una de las escalas, la denominada Pressure Ulcer Predictor Scale (PUPS) desarrollada en 1994 por Kenneth Olshansky no valora factores de riesgo de los pacientes sino que valora a la institución que presta los cuidados. Concretamente analiza 10 cuestiones del tipo: -Si la institución tiene un equipo de cuidados de la piel activo, con enfermeras, especialistas clínicos, médicos, fisioterapeutas, etc. -Si tiene un horario formal de cambios posturales para cada paciente de alto riesgo. -Si asegura que los pacientes y las familias se implican y reciben formación sobre la prevención de las úlceras por presión.

**CONCLUSIÓN:** En conclusión que llegaron es, las escalas son desarrolladas fundamentalmente por esfuerzos aislados de un investigador o equipos pequeños de dos a tres personas, al menos al principio, siendo en la última década cuando ha ido aumentando el número de autores de las escalas hasta situarse en grupos grandes de investigadores (de tres a seis o incluso más), las escalas han sido diseñadas fundamentalmente para pacientes hospitalizados en unidades



convencionales o de cuidados críticos, aunque también se han desarrollado escalas para el resto de contextos: cuidados paliativos, entorno comunitario, larga estancia, residencias y situaciones especiales.

**NOMBRE DE LA TESIS:** “Frecuencia y factores de riesgos asociados al desarrollo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en el centro médico issemym, Toluca, México. 2012”

**AUTOR:** Lic. En enfermería Erika Gómez Figueroa.

**AÑO:** 2012.

**OBJETIVO:** El objetivo general de esta investigación es, determinar la frecuencia y los factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en pacientes que ingresan al Centro Médico ISSEMyM, Toluca, 2012.

**HIPOTESIS:** el factor de riesgo que se asocia prioritariamente en el desarrollo de las úlceras por presión es la movilidad.

**RESULTADOS:** Los resultados sería, al inicio del estudio los casos prevalentes de úlceras en los pacientes que fueron hospitalizados fue de 4 casos, éstos fueron excluidos del estudio. Los sujetos que no presentaban úlceras por presión al momento de su ingreso a hospitalización fueron reclutados en el estudio y clasificados en base a su exposición o no a los factores de riesgo para el desarrollo de esta complicación. La incidencia acumulada de úlceras por presión durante el periodo de estudio fue de 8.14%.

**CONCLUSIÓN:** En conclusión que llegaron, fue importante conocer la magnitud de un problema de salud pública que está afectando a la

población derechohabiente del centro médico ISSEMyM y que estamos obligados a encararlo de manera preventiva, es importante tener hallazgos epidemiológicos de las úlceras por presión para determinar aspectos relacionados con las actividades preventivas en el tercer nivel, el sitio más frecuente afectado es la zona de los talones, aunque la zona de sacro y maléolo son las que requieren de mayores intervenciones de tratamiento preventivo, los padecimientos más comúnmente asociados tienen que ver con la necesidad de inmovilización, la hiperglucemia es un factor importante para desarrollar úlceras por presión.

## **2.3 MARCO TEÓRICO.**

### **2.3.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA PIEL.**

La piel se desarrolla a partir del ectodermo y del mesodermo. En el primer trimestre aparecen la epidermis, la dermis y los anexos cutáneos y se pueden reconocer los melanocitos y las células de Langerhans y Merkel. Durante el segundo trimestre existen indicios de diferenciación (queratinización), se desarrollan los anexos; (lanugo, glándulas sebáceas), el tejido subcutáneo y los vasos de la piel. En el tercer trimestre prosigue la maduración funcional y el crecimiento progresivo de la piel. Durante la pubertad y la adolescencia se produce el desarrollo de la delgada piel infantil para convertirse en la resistente piel del adulto con los rasgos sexuales secundarios (vellos femenino o masculino). La piel del anciano muestra signos de atrofia y pérdida de definición.

#### **2.3.1.1 ESTRUCTURA DE LA PIEL.**

(Gerard J. Tortora, 11ª edición) menciona que:

La piel está constituida por tres capas, llamadas epidermis, dermis y tejido graso subcutáneo (hipodermis). La epidermis es una estructura queratinizada y consta de cuatro capas que del interior hacia la superficie son conocidas como estrato basal, estrato espinoso, estrato granuloso y el estrato córneo. Esta estructura está constituida por diversas células, como los queratinocitos los cuales producen queratina, una proteína impermeable al agua que protege a la piel de agresiones y abrasiones externas, Melanocitos; producen melanina, sustancia que le da el pigmento a la piel, Células de Langerhans; su función es fagocitaria y presta antígenos y Células de Merkel las cuales actúan como receptores del tacto.

### **2.3.1.2 CAPAS.**

**Estrato basal o germinativo**, es una capa simple en la que se encuentran células madre o progenitoras, capaces de una división celular continuada, las células progenitoras se dividen y forman queratinocitos que van subiendo hacia la superficie externa y se van incorporando a las capas más superficiales. A medida que los queratinocitos ascienden y se alejan de los vasos de la dermis que los nutre, sus núcleos degeneran, con lo que mueren y pueden ser expulsadas al exterior.

**Estrato espinoso**, contiene de 8-10 capas de células poliédricas unidas entre sí por desmosomas.

**Estrato granuloso**, consiste en 3-5 capas de células aplanadas que fabrican una sustancia precursora de la queratina.

**Estrato lúcido**, está formado por 3-5 capas de células planas muertas que contienen una sustancia precursora de la queratina o la propia queratina.

**Estrato córneo o queratinizado**, consiste en 25-30 capas de células planas muertas, completamente rellenas de queratina que se descaman continuamente al exterior, y son reemplazadas por células de los estratos profundos. Este estrato sirve como una barrera efectiva contra la luz, las bacterias y muchos compuestos químicos, tiene la capacidad de ser impermeable al agua y cuando está lesionada produce fenómenos de reparación y desencadena respuestas inflamatorias defensivas.

### **2.3.1.3 ESTRUCTURA DE LA DERMIS.**

Se distinguen dos capas morfológicas: Dermis Papilar: es la porción más rica en elementos celulares, está formada por unas elevaciones o crestas que se denominan papilas dérmicas. La capa Dermis Reticular: es la porción mayor de la dermis es más profunda y gruesa, rica en fibras, aporta firmeza del tejido conjuntivo cutáneo, contiene los anexos cutáneos, los vasos sanguíneos y linfáticos y los nervios.

Hipodermis: la grasa subcutánea es otro importante componente de la piel, pues sirve como almohadilla absorbente de golpes, protegiendo estructuras vitales; manteniendo el calor corporal, al actuar de aislante y de reservorio de energía en caso de ayuno. Además, permite el desplazamiento y movilidad de la piel sobre los planos profundos. Es el soporte de vasos sanguíneos y nervios que pasan desde los tejidos subyacentes hacia la dermis.

La epidermis y la dermis están unidas tanto de forma morfológica como funcional, en condiciones fisiológicas mantienen la función, la estructura y la homeostasia, se encargan también de la regeneración y curación de heridas mediante reacciones inmunológicas. La piel tiene el objetivo de adaptar y conectar al individuo con su medio ambiente, difiere de una región a otra debido a que en algunas zonas es más gruesa y en otras más fina.

### **2.3.1.4 PROLIFERACIÓN Y RELACIONES ENTRE LAS CÉLULAS.**

La epidermis es un tejido mutante, en el que se produce la neoformación permanente y regulada de queratinocitos (zona de proliferación) y una eliminación de los mismos (zona funcional, capa córnea). La zona de proliferación es un depósito de células proliferativas (células madre y

células más proliferativas), que probablemente se organizan en unidades funcionales. Normalmente sólo una parte de las células son realmente proliferativas, mientras que las restantes tienen una función de reserva (activación para la curación de las heridas o en las enfermedades cutáneas proliferativas).

### **2.3.1.5 FUNCIONES DE LA PIEL.**

La piel es un órgano de protección y barrera, se enfrenta a diversos estímulos ambientales deseables o no (microorganismos, mecánicos, térmicos, radiaciones o químicos), los cuales pueden ser de intensidad fisiológica o no, los estímulos de intensidad distinta a la fisiológica se encuentran en primer lugar, con los mecanismos de defensa y protección locales de la piel.

#### **Las funciones protectoras de la piel son:**

- ❖ **Defensa ante las infecciones por virus, bacterias u hongos:** la película superficial cutánea tiene un efecto antimicrobiano, la capa córnea representa una barrera frente a los patógenos. Cuando existe una puerta de entrada (herida), se desencadena una reacción defensiva de la piel en forma de inflamación local.
  
- ❖ **Defensa frente a estímulos nocivos térmicos:** la piel actúa como barrera aislante (sobre todo el tejido subcutáneo). Un 90% de la circulación cutánea sirve para la termorregulación y un 10% para la nutrición y la secreción de las glándulas sudoríparas permite una termorregulación reactiva.
  
- ❖ **Defensa frente a las radiaciones nocivas:** la piel refleja y absorbe la luz. Después de la absorción de la luz en la película superficial y en la capa córnea, se produce la absorción de los rayos que hayan

penetrado por la melanina. No obstante, los daños celulares (de los ácidos nucleicos) por la radiación se evitan por los mecanismos de reparación enzimáticos.

- ❖ **Barrera respecto al mundo interior:** la piel impide el intercambio incontrolado de sustancias entre el cuerpo y el entorno, por lo que resulta fundamental para la homeostasis interna. Cuando se producen lesiones o defectos existe el riesgo de pérdida de líquido, electrolitos y proteínas con las consiguientes alteraciones del metabolismo o pérdidas de sangre. La pérdida de la piel sería mortal y se ha empleado para la pena de muerte (desollamiento).
- ❖ **Función sensitiva:** la piel tiene receptores sensitivos repartidos en toda su superficie que le permiten el reconocimiento del medio ambiente y la defensa ante los peligros. Los estímulos adecuados provocan las sensaciones de tacto, presión, temperatura y dolor y permite el reconocimiento de la intensidad y la procedencia del estímulo (palpación de un tumor cutáneo, picadura de insecto en la espalda, uña dentro del zapato, agua demasiado caliente).
- ❖ **Función de comunicación y expresión:** la piel, como órgano superficial, desempeña un papel esencial en la comunicación psicosocial, sobre todo a nivel facial. Gracias a su aspecto podemos obtener conclusiones acerca de la edad, estado anímico, carácter, pero también descartar posibles enfermedades internas. El estado y el aspecto de la piel determinan en gran medida la propia imagen.
- ❖ **Función metabólica y de reserva:** la piel puede acumular agua en forma de edema y desecarse ante una gran pérdida de agua. Cuando se produce una sobre alimentación se puede acumular un

exceso de grasa en la piel, mientras que en la desnutrición se pierde dicho depósito (caquexia).

- ❖ **Órgano de alta complejidad inmunológica:** participa en la vigilancia inmunológica. Dado que sus células: queratinocitos, linfocitos, fibroblastos, melanocitos y células de Langerhans sintetizan numerosas sustancias inmunológicamente activas, intervienen a modo de portero inmunológico en el reconocimiento y la internalización de antígenos, autorregulan el crecimiento y la diferenciación de sus componentes celulares, participan activamente en el tráfico linfocitario, y es uno de los órganos diana en los intrincados mecanismos de la inflamación.

### **2.3.2 DEFINICIÓN DE ÚLCERA.**

Las úlceras surgen cuando las células superficiales se inflaman, mueren y se desechan, causando pérdida de la piel, así como una rotura del recubrimiento de la piel o un tejido.

### **2.3.3 DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.**

(Sibbald RG, 2015) menciona:

Que 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.

(Salud, 2019) define:



La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base.

(Salud R. , 2009) define:

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejidos subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.

(Lopez, 2002) dice:

La úlcera por presión es una lesión de la piel, producida secundariamente a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar aquellas zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo donde se asientan, incluso pudiendo llegar a afectar articulación y hueso.

#### **2.3.4 ETIOPATOGENIA.**

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. 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. 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.

(Navarra, 2018) informa:

La formación de UPP se ve influenciada por los siguientes factores de riesgo primarios:

- **Presión:** Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento de los tejidos entre dos planos, uno que pertenece al paciente y el otro es externo (silla, cama, sondas).
- **Fricción:** acción que produce el roce de la piel contra otra superficie. Es una fuerza tangencial que actúa paralela a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente (codos, sacro y tobillos) roza contra una superficie áspera como la sábana descamando las células epidérmicas, disminuyendo la resistencia de la piel.
- **Cizallamiento:** Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presentan cuando el paciente se encuentra mal sentado o la cabecera se eleva más de 30°. En esta situación los tejidos externos permanecen fijos contra la sábana, mientras que los más profundos se deslizan, comprimiendo los vasos sanguíneos y privando de oxígeno la piel (combinan los efectos de presión y fricción).

- **Humedad:** El control ineficaz de la humedad provoca la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel, después de los cuidados del baño o higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, provocando disminución de resistencia, se vuelve más vulnerable la piel a la erosión y ulceración (Gneaupp, 2013). La piel se macera y reblandece la piel disminuyendo su resistencia e incrementa 5 veces el riesgo de presentar erosión y ulceración.

### **2.3.5 EPIDEMIOLOGÍA.**

(salud, 2015) indica:

La prevalencia reportada de UPP a nivel mundial de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) está entre el 5% y 12%, en el continente americano es del 7%. En México, en 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%. El último cuatrimestre de 2013 a nivel nacional, ubica el cumplimiento al indicador de UPP en 91.89%, en referencia al estándar esperado del 95-100%, en el estado de Quintana Roo, en este mismo período fue de 79.97%.

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

torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años.

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 más comparado 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. Las UPP se asocian a un incremento de la morbilidad e incluso mortalidad en pacientes que permanecen en cama. Cabe señalar también las repercusiones económicas para los centros hospitalarios, al aumentar los costos directos e indirectos en el tratamiento.

Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por tanto, el mejor cuidado de las UPP es su prevención, estimándose que al menos el 95% de las mismas son evitables.

### **2.3.6 FACTORES DE RIESGO.**

(Catherine, 2015) dice:

Los factores de riesgo que predisponen a un individuo al desarrollo de úlceras por presión varían entre cada paciente y en cada escenario clínico.

Los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión los podemos clasificar como:

- ◆ Intrínsecos.
- ◆ Extrínsecos.

Los factores de riesgo más importantes son los siguientes

- Inmovilidad.
- Malnutrición.
- Hipoperfusión.
- Pérdida de la sensibilidad.

Los factores intrínsecos fisiopatológicos son aquellos que forman parte de las condiciones propias del paciente, y se debe evaluar en todo paciente dependiente como:

- ❖ Inmovilidad o movilidad limitada.
- ❖ Hospitalización prolongada.
- ❖ Enfermedades neuro-degenerativas.
- ❖ Comorbilidades (diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal). Tener sobrepeso o estar por debajo del peso normal. Cuando uno está por debajo del peso normal, tiene menos abultamiento natural para proteger las áreas de su cuerpo, de manera que su piel se puede deteriorar aun con poca cantidad de presión. Pero cuando tiene sobrepeso, es más difícil mover el peso de su cuerpo y hacer alivios de presión, y toda esa grasa usa oxígeno y nutrientes que pudieran estar nutriendo su piel.
- ❖ Cáncer.
- ❖ Fractura de cadera.
- ❖ Malnutrición o restricciones dietéticas.
- ❖ Edentulia o mala salud bucal.
- ❖ Fármacos que deprimen el sistema nervioso central (tratamiento con efectos inmunosupresores: radioterapia, corticoides, citostáticos; tratamiento con sedantes: benzodiazepinas).
- ❖ Incontinencia urinaria o fecal.
- ❖ Envejecimiento general y cutáneo (El envejecimiento causa que la piel se vuelva más delgada, se reseque más y sea más frágil).

- ❖ Lesiones cutáneas: edema, sequedad piel, pérdida de elasticidad.
- ❖ Alteraciones del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- ❖ Pérdida de grasa subcutánea.
- ❖ Pérdida de masa muscular. Con parálisis, los músculos tienden a encogerse por la atrofia. La masa o volumen muscular sirve como un amortiguador natural sobre las prominencias óseas. Una reducción en la masa muscular resulta en menos protección sobre las superficies huesudas y más presión en las capas delgadas de la piel.
- ❖ Patologías cardiovasculares: el flujo sanguíneo hacia las extremidades paralizadas se reduce debido a la falta de movimiento muscular, y la piel recibe menos nutrientes y oxígeno, originando trastornos circulatorios (isquemia periférica, hipotensión arterial, éxtasis venoso), trastornos vasculares profundos (trombosis, arterioesclerosis).

Los factores intrínsecos del entorno son aquellos que causan un riesgo inminente en la integridad de la piel de los individuos que tienen un riesgo colateral, entre ellos figuran:

- ✓ Arrugas en la ropa de cama, pijama, camisón.
- ✓ Falta de higiene
- ✓ Desconocimiento de los factores de riesgo y prevención.
- ✓ Uso inadecuado de materiales.
- ✓ Falta de formación y/o información específica de los profesionales.

Los factores extrínsecos son aquellas condiciones que se relacionan con el entorno del paciente. Estos incluyen:

- ❖ Presión.
- ❖ Fricción.
- ❖ Humedad.
- ❖ Cizallamiento.

Existen diversas situaciones en las que se puede generar mucha presión, como por ejemplo mantener una misma posición durante mucho tiempo, la falta de relleno en la cama en la que predispone la vulnerabilidad de las prominencias óseas del paciente encamado.

Localizaciones más frecuentes.

Las UPP pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo dependiendo de la zona que esté sometida a mayor presión y de la postura habitual del paciente. Las localizaciones más frecuentes son las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo:

- En decúbito supino: región sacra, talones, codos, omoplatos y coxis.
- En decúbito lateral: maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas ilíacas, cara interna de las rodillas.
- En decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mejillas, nariz, crestas ilíacas.

### **2.3.8 CLASIFICACIÓN.**

Las úlceras por presión se clasifican según el tejido que comprometan:

**Grado I:** La piel se encuentra íntegra, pero aparece alteración que se observa como eritema (enrojecimiento) que al presionar no palidece. Estas lesiones suelen acompañarse de induración, dolor, insensibilidad, edema, aumento o disminución de la temperatura en la periferia.

**Grado II:** Se observa una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión (ampolla). Hay una pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar

la epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.

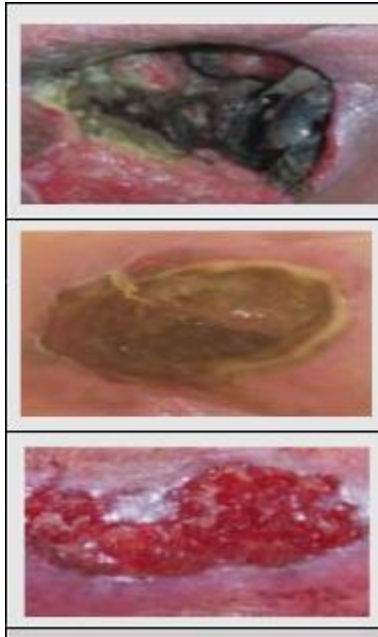
**Grado III:** En esta etapa ya hay una pérdida del grosor de la piel y la lesión se observa oscura (necrosis) pues ya hay muerte de las células de la piel y el tejido subcutáneo (grasa); y puede extenderse hacia abajo. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.

**Grado IV:** Existe pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular).

**No clasificable.** Existe una pérdida total del tejido y el tejido necrótico presente en la base de la úlcera no permite valorar la profundidad de la misma. La base puede estar cubierta por una escara o placa de coloración amarillenta, verdosa, gris o café. La lesión puede categorizarse una vez que se haya retirado el tejido necrótico.

**Sospecha de lesión profunda o determinada.** Son lesiones con pérdida de coloración de la piel o lesiones marmóreas azuladas o grises en piel íntegra. O bien presentarse como flictena hemorrágica derivada de la presión o el cizallamiento.





### **2.3.9 SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

Las úlceras por presión suelen no manifestarse en etapas tempranas, o sus síntomas suelen confundirse con otras alteraciones tisulares, por lo cual se debe 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, cambios de color o la textura de la piel, hinchazón, drenaje similar al de la pus, el área se puede encontrar más sensible de lo usual.

La infección de la úlcera puede presentarse con signos locales como: calor, eritema, dolor, exudado purulento, fetidez, principalmente estas alteraciones suelen manifestarse en los talones, tobillos, caderas y coxis.

Signos sistémicos de infección son fiebre persistente, inestabilidad hemodinámica, respuesta inflamatoria sistémica.

### 2.3.10 DIAGNÓSTICO.

El manejo de las úlceras por presión inicia con una evaluación integral, considerando la condición general del paciente, identificar factores de riesgo reversibles que favorecen la formación de la úlcera y la evaluación clínica de la úlcera.

La evaluación del estado de la piel sirve como un indicador temprano de daño tisular, por ejemplo, identificar la presencia de eritema, calor local, edema, induración o dolor, además de que podemos conocer 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.

La evaluación de la úlcera incluye:

- Longitud, anchura y profundidad,
- Presencia de fistulas, tejido necrótico y exudados.
- Evidencia de curación como presencia de tejido de granulación.
- Presencia de edema.
- Cambios en la consistencia del tejido afectado en relación al sano.

La infección de la úlcera afecta su curación. La posibilidad de infección puede presentarse aún en ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica. Las úlceras por presión pueden colonizarse o infectarse por organismos resistentes como staphylococcus aureus, metilcilina-resistente, enterococo resistente a vancomicina y bacilos gram negativos multirresistentes, actuar como reservorio y ser potencial factor de riesgo para otros pacientes hospitalizados.

Existen más de 40 herramientas de evaluación de riesgo de úlceras por presión, en la actualidad las más utilizadas son:

- ◆ Escala de Braden: 74% y 68%.
- ◆ Escala de Cubin y Jackson: 89% y 61%.
- ◆ Escala de Norton: 75% y 68%.

- ◆ Escala de Waterlow: 88% y 29%.

Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo lo antes posible (máximo 8 horas después de su ingreso) con el objetivo de identificar individuos en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Deben ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en la condición individual.

La puntuación de la escala de Braden va de 6 a 23 puntos.

La graduación del riesgo de úlceras es el siguiente:

- ◆ 17 a 23. Riesgo mínimo o sin riesgo de úlceras por presión.
- ◆ 15 a 16. Riesgo leve.
- ◆ 13 a 14. Riesgo moderado.
- ◆ 6 a 12. Riesgo alto.

Dentro de la valoración integral se recomienda documentar todos los factores de riesgo de úlceras por presión. Se recomienda incrementar la frecuencia de la evaluación de la piel en respuesta a cualquier deterioro en la condición general del paciente.

### **2.3.11 TRATAMIENTO.**

(Laura, 2016) menciona:

En el tratamiento de las úlceras por presión se debe tener una visión integral de los cuidados que involucre tanto los cuidados generales como los cuidados locales de la lesión.

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, codos, sacro, cóccix,

tuberosidades isquiales, trocánteres, rodillas, talones, maléolos, zonas metatarsianas, dedos de los pies y pabellones auriculares.

Los cuidados generales recomendados son:

- ◆ Alivio de la presión sobre los tejidos ulcerados.
- ◆ Prevención de aparición de nuevas lesiones.
- ◆ Soporte nutricional.
- ◆ Manejo adecuado del dolor.
- ◆ Valoración psico-social.
- ◆ Valoración cognoscitiva.
- ◆ Educación del cuidador principal y el paciente.

Cuidados locales de la lesión son:

- ◆ Limpieza de la úlcera.
- ◆ Mantenimiento de la higiene del lecho ulcerado.
- ◆ Desbridamiento.
- ◆ Tratamiento de la infección en la úlcera.

(Hidalgo, 2009) informa:

Se debe limpiar la úlcera por presión cada vez que se realice el cambio de apósito que la cubre. La primera intervención es la irrigación con agua estéril o solución salina 0.9% en hospitalización.

En las úlceras categoría I, los cuidados generales deben incluir:

- ◆ Aliviar la presión de la zona afectada.
- ◆ Uso de medidas locales que disminuyan la presión y que reduzcan la fricción, el cizallamiento y que permitan la visualización de la zona dañada sin lesionarla (apósito transparente). La fricción puede

provocar dolor y destrucción aún mayor de tejido, reacción inflamatoria local, particularmente en adultos mayores frágiles.

En las úlceras en categoría II, III y IV los cuidados generales deben incluir además de los referidos para la categoría I:

- ◆ Limpieza de la úlcera.
- ◆ Desbridamiento del tejido necrótico.
- ◆ Aplicación de un material protector terapéutico que prevenga la infección bacteriana.
- ◆ Mantener la humedad en el lecho ulcerado a temperatura corporal.

Los objetivos recomendados para la limpieza de las úlceras en categoría II, III y IV son:

- ◆ Retirar restos orgánicos, inorgánicos y el exudado presente en la lesión.
- ◆ Rehidratar la superficie de la herida.
- ◆ Facilitar la inspección de la herida.
- ◆ Disminuir el riesgo de infección.

Se recomienda considerar el uso de soluciones con surfactantes y/o antisépticos/antimicrobianos para la limpieza de úlceras en categoría II, III, IV, solo si se encuentran con sospecha de colonización bacteriana crítica, sospecha de infección o infección confirmada.

Para la limpieza de la herida se recomienda la siguiente técnica:

- ◆ Limpieza gentil con solución fisiológica, agua destilada o agua potable.
- ◆ Utilizar una jeringa de 20 ml con un catéter venoso periférico para la irrigación de la herida durante la limpieza.

- ◊ No lesionar el tejido durante la limpieza de la herida evitando en lo posible abrasión, fricción y demasiada presión.
- ◊ Evitar el sangrado durante la limpieza.
- ◊ La úlcera por presión con tractos tunelizados o socavados, debe limpiarse con mayor precaución y menor presión de lavado.
- ◊ La zona de limpieza debe extenderse 1 cm al borde de la úlcera.
- ◊ Vigilar el flujo de la irrigación y desechar de manera adecuada el líquido ocupado, de manera que se evite la contaminación cruzada.

Las úlceras por presión categoría III y IV son las que presentan más índices de infección debido a la mayor concurrencia de factores de riesgo intrínsecos, así como factores extrínsecos.

Se identifican 4 tipos de interacciones bacterianas y úlceras por presión:

**Contaminación:** bacterias presentes en el lecho de la herida, pero sin replicación activa.

**Colonización:** replicación activa de bacterias, pero sin daño en el tejido del huésped.

**Colonización crítica:** Replicación de bacterias que enlentece la cicatrización de la herida.

**Infección:** replicación activa de bacterias con invasión a tejidos profundos de la úlcera que evocan una respuesta inmune local y/o sistémica.

Se recomienda evaluar los siguientes criterios clínicos de sospecha de infección en las úlceras por presión:

- ◊ Celulitis.
- ◊ Cambio en la intensidad del dolor en la úlcera.

- ◊ Crépitos en el tejido ulcerado o circundante.
- ◊ Incremento en el volumen del exudado y mal olor.
- ◊ Material purulento.
- ◊ Exudado seroso con inflamación de la úlcera.
- ◊ Tejido friable o macerado.
- ◊ Aumento de la temperatura en el tejido adyacente a la úlcera.

Para realizar un adecuado tratamiento de la úlcera por presión infectada se debe clasificar en

**Infección superficial:** la infección se extiende a tejidos blandos adyacentes y subyacentes, se caracteriza por una úlcera que no sana, pero no hay signos sistémicos de infección.

**Infección profunda:** incluye infección local complicada con celulitis, fascitis, osteomielitis, bacteriemia o sepsis.

Para el tratamiento de úlcera por presión con infección superficial se recomienda:

- ◊ Tratamiento Integral de la úlcera por presión (limpieza de la UPP, desbridamiento de tejido necrótico).
- ◊ Uso de agentes antimicrobianos tópicos.
- ◊ Evitar en lo posible antisépticos citotóxicos (ej. clorhexidina, yodopovidona, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno, etc.).
- ◊ Uso de antibióticos tópicos, cuando haya indicación

En relación al tratamiento Integral de la úlcera por presión.

- ❖ Alivio/mitigación de la presión/compresión y demás factores de progresión/desarrollo de UPP.
- ❖ Limpieza de la UPP.

- ❖ Desbridamiento de tejido necrótico.
- ❖ Soporte nutricional.
- ❖ Uso de apósitos.
- ❖ Control glucémico.
- ❖ Mejorar perfusión arterial sistémica.
- ❖ Reducir terapia y/o fármacos inmunosupresores de ser posible.

### **2.3.11.1 DESBRIDAMIENTO.**

Los objetivos de las diferentes técnicas de desbridamiento en las úlceras por presión son:

Remover:

- ❖ Tejido necrótico o escaras.
- ❖ Tejido infectado.
- ❖ Exudado.
- ❖ Áreas de hiperqueratosis.
- ❖ Cuerpos extraños o del material de curación.

Disminuir:

- ❖ Riesgo de infección.
- ❖ Exceso de humedad.
- ❖ Olor.

Estimular:

- ❖ La curación de la herida.
- ❖ Tejido de granulación.

Existen diversos tipos de desbridamiento de las úlceras por presión y se pueden clasificar en:



- ❖ Mecánicos.
- ❖ Autolíticos.
- ❖ Quirúrgicas.
- ❖ Desbridamiento por métodos biológicos (larvas).

El desbridamiento quirúrgico es otra opción de tratamiento para retirar material necrótico, infectado o fibrinoso que impida el proceso de epitelización de la úlcera, se recomienda en presencia de necrosis extensa, celulitis, crepitación o fluctuación del tejido y/o sepsis secundaria a infección de la úlcera.

Son indicaciones para desbridamiento quirúrgico:

- ❖ Cuando las técnicas de limpieza y de desbridamiento menos cruentas no generan respuesta favorable.
- ❖ Cuando exista una clara delimitación del tejido necrótico o desvitalizado del resto del tejido sano.
- ❖ Proceso infeccioso con repercusión sistémica (sepsis).
- ❖ Complicaciones infecciosas locales (Abscesos, fístulas, osteomielitis o fascitis).

### 2.3.12 Complicaciones.

Son numerosas y variadas las complicaciones que se pueden desencadenar, las más frecuentes son:

- ❖ Bacteriemia y sepsis: Producida habitualmente por *Staphylococcus aureus*, bacilos gram-negativos o *Bacterioides fragilis*. Si los pacientes con UPP desarrollan signos clínicos de sepsis (fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación, letargo), se precisa una atención médica urgente.

- ❖ Celulitis: Es una infección que afecta a partes blandas profundas, de rápida extensión, causada generalmente por el *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*. A nivel local el tejido de celulitis presenta eritema, dolor y calor local. Puede haber también linfangitis y afectación de los ganglios linfáticos. El tratamiento de la celulitis requiere antibióticos, inmovilización y elevación de la parte afectada, aplicación de calor y de apósitos húmedos, así como una continua inspección.
  
- ❖ Osteomielitis: Es una complicación infecciosa de algunas UPP que afecta al hueso subyacente de la lesión. Es una entidad patológica de difícil diagnóstico, esto hace que sea un problema generalmente infravalorado o ignorado, pudiendo dar lugar a su cronificación con lesión tisular más extensa, hospitalización más larga y mayores tasas de mortalidad.

Las complicaciones poco frecuentes asociadas a las úlceras por presión se incluyen:

- ❖ Tracto fistuloso que puede comunicar al intestino y vejiga.
- ❖ Calcificación heterotrófica.
- ❖ Amiloidosis sistémica debido a proceso inflamatorio crónico favorecido por la úlcera.
- ❖ Carcinoma de células escamosas. Puede desarrollarse en úlceras por presión crónicas y debe ser considerada en úlceras que no curan.

### 2.3.13 Cuidados de enfermería.

Cuidados y tratamiento de las UPP según estadio.

**Estadio I.** El cuidado local de una úlcera en estadio I se basa en:

- ❖ Valorar la lesión una vez por turno.
- ❖ Mantener la zona afectada, seca e hidratada.
- ❖ Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados de forma tópica cada 8 horas en las lesiones.
- ❖ Aliviar la presión en la zona afectada mediante: la movilización o realización de cambios posturales cada 4 horas mínimo.

En caso de necesitar que el paciente se apoye sobre la lesión, se recomienda utilizar un apósito hidrocélular (apósito efectivo en el manejo de la presión, que reduzca la fricción, que no dañe la piel sana y que sea compatible con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel) que se mantendrá sin levantar 3 –7 días.

**Estadio II.** El cuidado de una úlcera en estadio II se basa en:

- ❖ Valorar la lesión y la piel una vez por turno.
- ❖ Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- ❖ Aliviar la presión en la zona afectada mediante: la movilización o realización de cambios posturales cada 2-3 horas.
- ❖ Limpiar la zona con suero salino fisiológico.
- ❖ Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera.
- ❖ Si hay presencia de flictenas, pinchar y aspirar contenido.
- ❖ Secar minuciosamente la zona.
- ❖ Colocar apósito hidrocólido, que se mantendrá sin levantar 3 –7 días.

**Estadío III y IV.** El cuidado de las UPP de grado III y IV debe contemplar:

- ❖ Las medidas preventivas para la zona perilesional.
- ❖ La preparación del lecho de la herida y la cura de la misma.
- ❖ Valorar la lesión cada vez que se realice la cura.
- ❖ Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- ❖ Aliviar la presión en la zona afectada mediante: la movilización o realización de cambios posturales cada 2-3 horas.
- ❖ La utilización de colchones de aire de presión continua y alternante de grandes celdas.
- ❖ Preparación del lecho de la herida:
- ❖ Limpiar la zona con suero fisiológico o agua destilada y cepillado quirúrgico.
- ❖ Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera.
- ❖ Utilizar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de bacterias y restos de curas anteriores, evitando traumatismos en el tejido sano (la presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo la que realizamos a través de una jeringa de 20 cc con aguja de 19 x 1/5" G o Irrigar el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes, hasta que la lesión esté limpia).

No limpiar la herida con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito, etc).

Cura de la herida siguiendo el concepto TIME.

Es necesario tratar todos aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las UPP, como alteraciones respiratorias, circulatorias, y/o metabólicas.

(A., 2000) informa:

Los cuidados generales son:

- ❖ Higiene corporal diaria para mantener la piel limpia y seca.
- ❖ Utilizar jabones o sustancias limpiadoras neutras.
- ❖ Lavar la piel con agua tibia, aclarar abundantemente y realizar un secado meticuloso sin fricción, teniendo especial cuidado entre los dedos y los pliegues.
- ❖ Aplicar crema hidratante o aceite de almendras, procurando su completa absorción sin fricciones ni masajes bruscos.

Examen de la piel.

El examen del estado de la piel resulta fundamental al menos una vez al día (aprovechar cuando se realiza la higiene). Se debe vigilar especialmente:

- ◊ Prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos) y puntos de apoyo según la posición del paciente.
- ◊ Zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones).
- ◊ Presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.

### **UPP antiguas, nutrición e hidratación.**

El estado de nutrición del paciente es uno de los factores que más influye en la aparición de UPP por lo que resulta clave identificar y corregir los diferentes déficits nutricionales, así como las causas que los provocan.

Para la prevención de la UPP es imprescindible una dieta equilibrada, que se ajuste a las necesidades del paciente en función de edad, sexo,

actividad física que realiza, patología y preferencias, aportando todos los nutrientes necesarios.

### **Manejo de la presión.**

Para minimizar el efecto de la presión como causa de la UPP hay que considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales de apoyo y la protección local ante la presión.

- ◆ Fomentar el movimiento del paciente en la medida de sus posibilidades.
- ◆ Proporcionar dispositivos de ayuda según la situación del paciente, como barandillas, trapecio, andador y bastones.

Cuando se produzca cambios en el estado general del paciente será necesario nueva valoración.

- ◆ Isquemia de cualquier origen:
  - a) Intervención quirúrgica prolongada > 10 a 12 horas.
  - b) Pérdida de la sensibilidad y movilidad.
  - c) Hipotensión prolongada.
  - d) Pruebas diagnósticas o terapéuticas con indicación de reposo de 24 horas.
  - e) Cambio de cuidador (persona que acompaña a paciente en la estancia hospitalaria con permiso de la dirección).
- ◆ Examinar especialmente las prominencias óseas diariamente a la hora del baño.
- ◆ Documentar cualquier cambio que se presente en la piel (Notas de Enfermería) y reportar de inmediato al médico.
- ◆ Utilización de Diagnósticos de Enfermería en la valoración e implementación de cuidados.

- ◆ Realizar cambios de posición alternando las áreas más expuestas a la presión (se recomienda cada 2 horas).
- ◆ Establecer la frecuencia de los cambios posturales inspeccionando la piel de forma frecuente (durante el baño, en cada cambio de posición, cambio de ropa de cama, en la eliminación).
- ◆ Evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas.
- ◆ Aseo general (baño) cada 24 horas y parcial cuando se precise.
- ◆ Mantener el alineamiento corporal, distribución del peso y el equilibrio.
- ◆ No sobrepasar los 30° en posición fowler con un tiempo mínimo posible muy útil para la ingesta de alimentos.

### **Eliminación.**

- ◆ Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- ◆ Colocar pañal absorbente y cambiarlo las veces necesarias.
- ◆ Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- ◆ Lavar la piel del paciente si se encuentra expuesta a la presencia de fluidos corporales o a otro tipo de contaminación.
- ◆ Utilizar tópicos para la protección de la piel en la área genital y perianal.

### **Seguridad y protección.**

- ◆ Mantener la cama limpia, seca, sin arrugas y libre de humedad.
- ◆ Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas y las superficies de contacto.
- ◆ Utilizar opósitos protectores hidrocálidos para reducir las lesiones por fricción.
- ◆ Realizar los cambios de posición con los recursos de enfermería necesarios para evitar dañar más la piel por cizallamiento.

- ◊ Valorar periódicamente la eficacia de las medidas o cuidados implementados.
- ◊ Apoyar emocionalmente y facilitar adquisición de habilidades cognitivas y psicomotoras.
- ◊ Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad color, induración, lesiones).
- ◊ No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- ◊ Utilización del índice o escala de Norton de riesgo de úlceras por presión. El cual es un instrumento objetivo para valorar y tomar decisiones de forma muy sencilla. Mide el riesgo que tiene un paciente de padecer UPP. Fue creada por Doreen Norton (enfermera, inglesa) en el año 1962, valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20.

(Salud S. d., 2009) especifica:

Se consideran pacientes de riesgo aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

**CUADRO IVB: ESCALA DE NORTON MODIFICADA.**

<b>Puntos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Estado físico general</b>	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
<b>Incontinencia</b>	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
<b>Estado mental</b>	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
<b>Actividad</b>	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
<b>Movilidad</b>	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

Puntuación de 5 a 9 = Riesgo muy alto.

Puntuación de 10 a 12 = Muy alto.

Puntuación de 13 a 14 = Riesgo moderado.

Puntuación mayor de 14 = Riesgo mínimo/no riesgo.



## **Valoración específica de un paciente con UPP ingresado.**

Descripción y localización de la lesión:

- a) Extensión y tamaño en centímetros de diámetro.
- b) Profundidad.
- c) Coloración de los tejidos

Estudio de la piel y los tejidos circundantes

- a) Color: pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada.
- b) Textura: ruda, gruesa, fina.
- c) Turgencia: buena, mala.
- d) Temperatura: fría < 37° C, caliente > 37° C, normal.
- e) Humedad: seca, humedad, normal.
- f) Edema: grado y localización.
- g) Dolor: localización y erradicación.

## 2.4 MARCO CONCEPTUAL

- ❖ **Tejido epitelial:** Tipo de tejido que limita tanto las cavidades internas como las superficies libres del cuerpo, proporciona protección y permite la absorción y transporte de sustancias.
- ❖ **Tejido desvitalizado:** Capa viscosa de color amarillo o blanquecino que se suelta con facilidad, de composición semejante al tejido necrótico, con mayor cantidad de fibrina y humedad.
- ❖ **Tejido necrótico:** Tejido muerto, negrozco que se adhiere fuertemente al lecho de la úlcera o a los bordes. Está compuesto por proteínas (colágena, fibrina, elastina) y diversos tipos de células, así como cuerpos bacterianos que constituyen una costra dura.
- ❖ **Absceso:** Acumulación de pus en una cavidad del cuerpo debido a un proceso infeccioso en el que se produce una destrucción de tejidos orgánicos, viene acompañado de fenómenos inflamatorios agudos.
- ❖ **Antiséptico:** Producto con actividad antimicrobiana diseñado para usar sobre la piel u otros tejidos superficiales; puede dañar las células.
- ❖ **Apósitos Primarios:** En contacto con la lesión. Son una medida terapéutica. Actúan como barrera ante gérmenes patógenos, absorben las secreciones y los gérmenes y mantienen la humedad.
- ❖ **Auto cuidado:** Actividad del individuo aprendida y orientada al mantenimiento de su vida propia, salud y bienestar.

- ❖ **Caquexia:** Estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, fatiga, debilidad, anorexia en personas que no están tratando perder peso.
  
- ❖ **Celulitis:** Expresión médica que indica inflamación aguda de los tejidos blandos de la piel, de carácter difuso, doloroso y supurativo, que afecta a la dermis y al tejido celular subcutáneo.
  
- ❖ **Cizallamiento:** Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presentan cuando el paciente se encuentra mal sentado o la cabecera se eleva más de 30°. En esta situación los tejidos externos permanecen fijos contra la sábana, mientras que los más profundos se deslizan, comprimiendo los vasos sanguíneos y privando de oxígeno la piel. Debido a este efecto la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor produciendo isquemia del músculo rápidamente.
  
- ❖ **Colonización:** Proliferación de gérmenes y bacterias en el lecho de las lesiones. Estado en el que las bacterias se encuentran presentes en los tejidos y se están desarrollando, dando origen a una reacción inflamatoria de extensión relativamente discreta.
  
- ❖ **Contaminación:** Presencia de gérmenes o bacterias sin proliferación.
  
- ❖ **Compresión:** Conjunto de fuerzas que se produce por presión, fricción y cizallamiento que conllevan la aparición de tensiones sobre la superficie cutánea.

- ❖ **Cura seca:** Cura tradicional en la cual se utilizan gasas secas o húmedas.
  
- ❖ **Cura en ambiente húmedo:** La cura en ambiente húmedo se basa en mantener el lecho de la úlcera aislado del medio ambiente exterior, con lo que el exudado de la herida permanece en contacto con esta, lo cual mantiene la herida en un ambiente húmedo.
  
- ❖ **Desbridamiento:** Retiro de tejido necrótico, que tiene como fin disminuir la carga bacteriana en las úlceras y favorecer la cicatrización. Puede realizar a través de diferentes métodos:
  - **Enzimático:** Con la aplicación de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papaína-urea, etc.) que actúan sinérgicamente con las enzimas endógenas.
  
  - **Autolítico:** Se realiza a través de hidrocoloides e hidrogeles y su acción se favorece con la aplicación de apósitos en ambientes húmedos. Se utilizan para eliminar las úlceras secas.
  
  - **Cortante:** Se realiza en varias sesiones, al pie de la cama, con instrumental estéril y medidas de asepsia. Se deben aplicar medidas generales y/o locales para el control del dolor.
  
  - **Quirúrgico:** Se realiza en una sola sesión, en quirófano bajo anestesia. Se indica ante la presencia de escaras gruesas y adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas y/o profundas; signos de celulitis y en forma urgente ante la presencia de sepsis.

- ❖ **Epitelización:** Estado de evolución en la curación de tejido en el que las células epiteliales migran a través de la superficie de una herida, durante este estadio el epitelio tiene una apariencia rosa opaco.
  
- ❖ **Eritema:** Edema y enrojecimiento del tejido perilesional provocado por el exudado o el adhesivo de apósitos, esparadrapo, etc. También puede ser producido por reacciones alérgicas a alguno de los productos utilizados.
  
- ❖ **Escara:** Tejido desvitalizado, negro, grueso, duro, de aspecto acartonado.
  
- ❖ **Exudado:** Líquido que se fuga de los vasos sanguíneos hacia los tejidos corporales a un ritmo que se encuentra determinado por la permeabilidad de los capilares (aumentada por la inflamación) y las presiones hidrostática y osmótica. El exceso de líquido penetra en la herida formando la base del exudado, ayuda en la cicatrización.
  
- ❖ **Factor de riesgo:** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.
  
- ❖ **Flictena:** Lesión cutánea con levantamiento de la epidermis, que forma una vesícula o ampolla conteniendo líquido seroso.
  
- ❖ **Fricción:** Acción que produce el roce de la piel contra otra superficie; es una fuerza tangencial que actúa paralela a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente (codos, sacro, tobillos u otra prominencia ósea) roza contra una superficie áspera como la sábana descamando las células epidérmicas y disminuyendo la resistencia de la piel.

- ❖ **Fómite:** Cualquier objeto es capaz de almacenar y/o transportar agentes infecciosos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos desde un individuo a otro.
  
- ❖ **Hidrocoloides:** Son compuestos de carboximetilcelulosa sódica (CMC) junto con otros hidrocoloides (elastómeros), sustancias adherentes y en ocasiones con compuestos hidroactivos, que le dotan de su potencial de absorción, son recubiertos de una lámina de poliuretano que les confiere propiedades de oclusividad o semioclusividad. Absorben el exudado y los restos de necrosis y forman un gel de color y de olor característicos.
  
- ❖ **Hiperqueratosis** es un engrosamiento de la capa externa de la piel. Esta capa externa contiene una proteína resistente y protectora, llamada queratina. Este engrosamiento de la piel es a menudo parte de la protección normal de la piel contra la fricción, la presión y otras formas de irritación local.
  
- ❖ **Incontinencia Urinaria:** Es la incapacidad para impedir que la orina se escape de la uretra, esto puede variar desde un escape ocasional de orina hasta una incapacidad total para contener cualquier cantidad de orina.
  
- ❖ **Maceración:** Aspecto húmedo y blando del tejido perilesional. Suele estar provocada por fugas en el exudado al utilizar apósitos muy ajustados al tamaño de la lesión o por un mal control de ese exudado.

- ❖ **Presión:** Es la fuerza aplicada en forma perpendicular a la piel, cuando se aplica en forma directa produce anoxia, isquemia y muerte celular. La formación de una úlcera por presión depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel, así como del tiempo que se mantiene esta presión.
  
- ❖ **Regeneración:** implica la sustitución de componentes tisulares, idénticos a aquellos extirpados o muertos. Se produce en tejidos que son capaces de reconstruirse de forma completa tras el daño.
  
- ❖ **Sepsis:** Es la reacción que produce el organismo como respuesta a la presencia de microorganismos patógenos, y está causada por la acción del propio sistema inmune, que libera sustancias pro inflamatorias que ponen en marcha el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS).
  
- ❖ **Parisino:** Personas que son de la ciudad de París.
  
- ❖ **Nihilista:** es una doctrina filosófica que considera que al final todo se reduce a nada.
  
- ❖ **Inherentes:** Que es esencialmente inseparable de aquello a lo que está unido.
  
- ❖ **Hallazgos paleontológicos:** Se encarga del estudio de los indicios de actividad (trazas fósiles) de organismos del pasado.
  
- ❖ **Esclerosis lateral amiotrófica:** es una enfermedad de las neuronas en el cerebro, el tronco cerebral y la médula espinal que controlan el movimiento.

- ❖ **Aftas:** es una úlcera o llaga abierta y dolorosa en la boca.
  
- ❖ **Heridas de los mambises:** El término mambises (mambí, en singular) se utiliza para referirse a los guerrilleros independentistas dominicanos, cubanos y filipinos.
  
- ❖ **Lisis bacteriana:** lisis se refiere al deterioro de una célula debido a una lesión en su membrana plasmática (exterior).



## **Bibliografía.**

- A., G. (2000). Cuidados de enfermería en el tratamiento de las úlceras por presión . *Revista enfermería integral*, pp 53.
- Ana, M. S. (2018). MANEJO DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES GERIATRICOS . *REVISTA SCIELO*, 234-245.
- Catherine. (2015). úlceras por presión. -*GPC prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto*, pp. 1-84.
- Gerard J. Tortora, B. D. (11° edición). principios de anatomía y fisiología. En *Tortora* (págs. 147-153).
- Hidalgo, P. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas*, 20-31.
- Laura, G. (2016). Impacto de las úlceras por presión en el ambiente hospitalario . *Boletín epidemiológico* , 1-5.
- Lopez, J. L. (2002). Definición y clasificación de úlceras por presión. *Revisión de conjunto*, pp 194.
- Navarra, C. U. (2018). Atención al cliente. *Guía de Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión*, pp 4-8.
- Salud, O. P. (2019). Úlcera por Presión. *Guía de Diagnóstico y manejo*, 409.
- Salud, R. (2009). Úlceras por presión. *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlcersa por presión*, 13.
- Salud, S. d. (2009). Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Guía de práctica clínica*, 20-25.
- salud, S. d. (2015). Impacto de las úlceras por presión en el ambiente hospitalario. *Boletin epidemiológico*, pp 1-2.
- Sibbald RG. (2015). úlceras por presion. -*GPC prevención, diagnóstico y manejo de las úlceras por presión en el adulto 2015*, pp 1-84.
- Cuervo, M. (1999). el cuidado de las heridas. *gerokomos*, 92-182.
- Charcot, J. M. (1877). *lectures on the diseases of the nervous system*. New Sydenham Society, 1877.

- Güimil-Esperón JA, V.-V. F. (2004). Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *Gerokomos*, 16-117.
- Lavin, R. s. (2017). una contribucion al conocimiento del contexto historico de las ulceras por presion. *scielo*.
- Restrepo-Medrano JC, V.-S. J. (2015). Medida de la cicatrización en úlceras por presión. *Gerokomos*, 25-52.
- Villanueva-mayer, M. (2003). ambroise paré de ingenioso barbero a doctor de medicina. *galenus*.