



Mi Universidad

CAPITULO II: MARCO

TEORICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Yoana Itzel Gutiérrez Álvarez

TEMA: Prevención de lesiones cutáneas en pacientes diabéticos de 40 a 50 años.

PARCIAL: N° 3

MATERIA: Seminario de tesis

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 8° Cuatrimestre

FECHA: 13/03/2022

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA PIEL

2.3.1.1. LA PIEL

(Diego Stalin Chuchuca, 2014) Explica:

Es un órgano que cubre toda la superficie corporal y se prolonga con las membranas mucosas a nivel de los orificios cutáneos naturales. Tiene un grosor variable, esto va a depender de la región anatómica desde 0.5 mm en el párpado, hasta 6 a 8 mm en la palma de la mano o planta del pie. Nuestra piel es un órgano extenso, la de mayor tamaño del organismo, puesto que tiene una superficie de alrededor de 2 m² (dependiendo de la talla y peso de cada individuo) y un peso de 4 kg, lo que supone aproximadamente el 6% del peso corporal total.

2.3.1.2. ESTRUCTURA DE LA PIEL

(Borge, 2011) Menciona:

La piel es la cubierta externa del cuerpo humano y uno de los órganos más importantes del mismo tanto por tamaño como por sus funciones. La piel separa al organismo del medio ambiente externo y, al mismo tiempo, permite su comunicación con él mismo. Es una envoltura completa sin soluciones de continuidad, ya que en las regiones donde se encuentran los orificios naturales del organismo, la piel se transforma paulatinamente en una mucosa. La piel sana es una barrera contra agresiones mecánicas, químicas, tóxicos, calor, frío, radiaciones ultravioleta y microorganismos

patógenos. Además, la piel es esencial para el mantenimiento del equilibrio de fluidos corporales actuando como barrera ante la posible pérdida de agua (pérdida transcutánea de agua), el mantenimiento del equilibrio térmico y la transmisión de una gran cantidad de información externa que accede al organismo por el tacto, la presión, temperatura y receptores del dolor. Es más, prueba de que la piel juega un papel muy importante en nuestra función de relación es que exteriorizamos nuestro estado emocional por la piel: nos sonrojamos, palidecemos, nuestro pelo se eriza y emanamos olor (feromonas).

Desde afuera hacia dentro, se distinguen tres capas de tejido, cuyo origen embriológico es totalmente distinto, perteneciendo cada capa a una capa embriológica diferente: La epidermis, la dermis o corion y el tejido subcutáneo o también denominado hipodermis o subcutis.

❖ EPIDERMIS

La epidermis es un epitelio plano poliestratificado y queratinizado que cubre la totalidad de la superficie corporal. Es la capa de la piel con mayor número de células y con una dinámica de recambio extraordinariamente grande. Presenta un espesor variable, con un valor medio de 0,1 mm, pudiendo alcanzar en zonas como las plantas de los pies y las palmas de las manos espesores de hasta 1 ó 2 mm.

❖ DERMIS O CORION

La dermis es la estructura de soporte de la piel y le proporciona resistencia y elasticidad. Está formada básicamente de tejido conectivo fibroelástico. La matriz extracelular contiene una elevada proporción de fibras, no muy compactadas, de colágeno (>75%), elastina y reticulina. Es un tejido

vascularizado que sirve de soporte y alimento a la epidermis. Constituye la mayor masa de la piel y su grosor máximo es de unos 5 mm.

❖ **HIPODERMIS O SUBCUTIS**

El espesor de la hipodermis es muy variable dependiendo de la localización, el peso corporal, el sexo o la edad. Está formada por tejido adiposo (de ahí las denominaciones de grasa subcutánea o panículo adiposo) que forma lobulillos separados por tabiques de tejido conectivo, continuación del conectivo de la dermis reticular y por donde discurren vasos y nervios. El tejido subcutáneo sirve de almacén de energía, además de aislante térmico y de protector mecánico frente a golpes.

2.3.2. FISIOLÓGÍA DE LA PIEL

(Borge, 2011) Sostiene:

La piel sana es una barrera contra agresiones mecánicas, químicas, tóxicos, calor, frío, radiaciones ultravioleta y microorganismos patógenos. Además, la piel es esencial para el mantenimiento del equilibrio de fluidos corporales actuando como barrera ante la posible pérdida de agua (pérdida transcutánea de agua), el mantenimiento del equilibrio térmico y la transmisión de una gran cantidad de información externa que accede al organismo por el tacto, la presión, temperatura y receptores del dolor. Es más, prueba de que la piel juega un papel muy importante en nuestra función de relación es que exteriorizamos nuestro estado emocional por la piel: nos sonrojamos, palidecemos, nuestro pelo se eriza y emanamos olor (feromonas).

2.3.3. DEFINICIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS

(Ermitaño, 2019) Comenta:

Úlcera cutánea o también llamada herida es toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales. Existen innumerables clasificaciones de heridas, la mayoría de ellas, de difícil manejo.

(Connect, 2018) Afirma:

Las lesiones cutáneas lo hacemos de cualquier anomalía que se produzca en nuestra piel; desde una pequeña excoriación hasta una herida más profunda.

2.3.4 TIPOS DE LESIONES

(Ermitaño, 2019) Refiere:

Es importante diferenciar entre herida aguda y herida crónica, basados en los conceptos de orden y temporalidad del proceso de cicatrización; utilizando el concepto de orden como aquella secuencia ordenada de eventos biológicos y moleculares que ocurren en la reparación de una herida, esta secuencia tiene un orden lógico definido por el mismo proceso de cicatrización, mientras que el concepto de temporalidad, se refiere al tiempo que demora el proceso.

2.3.4.1 LESIONES AGUDAS

Herida aguda, es aquella que tiene un tiempo de evolución hasta 30 días y sigue un proceso de reparación ordenado, dentro de un tiempo adecuado,

hasta restaurarse la integridad anatómica y funcional del tejido inicialmente lesionado.

2.3.4.2 LESIONES CRÓNICAS

Herida crónica, es aquella solución de continuidad de la piel con pérdida de sustancia de cualquier superficie epitelial del organismo, que no sigue un proceso de reparación ordenado o se estancan en alguna fase de la cicatrización, sin que se restaure la integridad anatómica ni funcional del tejido lesionado, caracterizándose por su nula o escasa tendencia a la curación espontánea.

2.3.5 LESIONES CUTÁNEAS MÁS COMUNES

(A.G. Fuentes-Nava, 2015) Comentan:

La hiperglucemia se asocia con daño a lo largo de casi todos los órganos del cuerpo, y la piel no es la excepción, se ha estimado que más del 30% de los pacientes presentan manifestaciones cutáneas al inicio de la enfermedad y hasta el 100% durante el curso de la misma.

A continuación se revisarán algunas de las lesiones más comunes:

2.3.5.1 PIE DIABÉTICO

(María Menéndez, 2020) Refiere:

El pie diabético se puede definir como aquel estado de infección, ulceración o destrucción de las estructuras más profundas de los pies que va asociado a anomalías neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica, en los miembros inferiores de pacientes diabéticos, motivado todo ello por un mal control metabólico y un estado de hiperglucemia general y prolongado en el tiempo. El pie diabético es secundario a una patología denominada neuropatía diabética, así se conoce a la afectación que sufren los nervios de los miembros inferiores y los pies por haber registrado altos niveles de glucosa en sangre. Se estima que el 7.5% de las personas que padecen diabetes sufren neuropatía diabética y que suele afectar en mayor medida a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (24.1%) que a aquellos que padecen tipo I.

❖ CAUSAS/FACTORES DE RIESGO

La vasculopatía, la neuropatía, los traumatismos, el mal control de la glucemia, las alteraciones de la inmunidad y, en ocasiones, la falta de higiene son los factores de riesgo determinantes del desarrollo de infecciones del pie diabético, se convierten en un problema sanitario, por su alta frecuencia, recidiva y costos.

Los factores de riesgo para el desarrollo del síndrome del pie diabético incluyen aquellos relacionados con la aparición de úlceras y la amputación del pie, ya que las primeras constituyen una expresión del síndrome y la amputación es su complicación más frecuente. Según la posibilidad de intervenir sobre ellos y eliminarlos, pudiéramos dividirlos en factores de riesgos modificables y no modificables.

- Factores modificables: descontrol metabólico, factores sociales, deformidades anatómicas, aumento de la presión plantar, calzado inadecuado, sobre peso corporal u obesidad, alcoholismo, tabaquismo, ingesta de beta bloqueadores.

- No modificables: edad, tiempo de evolución de la diabetes, sexo, antecedentes de úlceras y/o amputaciones, antecedentes de neuropatía, angiopatía, retinopatía y nefropatía (pueden ser modificables en estadios iniciales), limitación de los movimientos articulares.
- Otros factores: duración de la diabetes mayor de 10 años, hemoglobina A1c >7.0%, sexo masculino, enfermedad arterial periférica, insuficiente educación diabetológica, condiciones sociales de privación: vivir solo, dificultad con el acceso a los sistemas de salud.
- Existen distintas situaciones patogénicas en los enfermos diabéticos, que inicialmente predisponen y finalmente determinan la aparición y evolución de las diferentes alteraciones en sus pies y que conforman la entidad que denominamos pie diabético

❖ SIGNOS Y SÍNTOMAS

El mal perforante constituye uno de los hallazgos más frecuentes. Se localiza por lo general en los puntos de mayor presión, comienza como una hiperqueratosis que se va acentuando y posteriormente una ulceración indolora, casi siempre circular y en sacabocado.

(María Menéndez, 2020) Explica:

La neuropatía diabética presenta diferentes y diversos síntomas, como por ejemplo:

- Parestesias a nivel distal, sensación de hormigueo, acorchamiento, frialdad desde los dedos de los pies y de manera ascendente hacia los tobillos y las piernas.

- Pérdida de sensibilidad en los pies, lo que ocasiona que heridas pasen desapercibidas y desencadenen heridas de mayor consideración en los pies.
- Dolor en las piernas y pies especialmente al acostarse.

❖ DIAGNÓSTICO

Debemos instruir al paciente en la evaluación del pie diabético, pues será él el que pueda detectar las pequeñas heridas antes que el profesional, mediante la revisión diaria de las extremidades y el correcto trato de los mismos. Además, la evaluación del profesional deberá contemplar la revisión de las estructuras anormales, valuación de la propia neuropatía, evaluación de la enfermedad vascular periférica y la presencia de úlceras y signos de infección. Para saber con qué frecuencia debemos revisar el pie diabético existe una tabla que nos puede ayudar a programar las revisiones:

Historia clínica y hábitos de vida. Supone la colección de todo tipo de datos para hacerse una idea general del paciente: edad, tipo de diabetes, años de evolución, control glucémico, hemoglobina glicosilada, etc.

Exploración física del paciente. Se ha de explorar minuciosamente las zonas declives y sujetas a más presión del pie, especialmente a las plantas de los mismos. Al existir una pérdida de sensibilidad debido al deterioro nervioso es frecuente que algunas úlceras o heridas pequeñas pasen desapercibidas y empeoren con el paso del tiempo.

Detección de la neuropatía sensitiva. Existen varios artilugios para la detección de los problemas neurosensitivos en el paciente diabético.

Detección de enfermedad vascular periférica. Para la detección precoz de enfermedades vasculares periféricas existen principalmente dos técnicas a usar:

- Palpación de pulsos.
- Índice tobillo/brazo.

❖ INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

(María Menéndez, 2020) Comenta:

La neuropatía y la isquemia son las dos causas principales de la aparición de úlceras en el pie diabético. Las técnicas dirigidas al tratamiento y curación de estas heridas se basan en el recubrimiento de la lesión, el tratamiento de la infección presente o posible y por último al alivio de la presión que ha llegado a producir isquemia en primer lugar.

La incidencia de úlceras en los pies es mayor en personas que ya las han sufrido anteriormente, por lo que han de tener especial cuidado en la higiene y cuidado de los pies y en la utilización de un calzado adecuado que no ejerza demasiada presión. Para un correcto tratamiento de la lesión en primer lugar debemos clasificarla. Una de las escalas recomendadas para la valoración del pie diabético es la escala de Wagner.

- Pie de riesgo
- Úlceras superficiales
- Úlceras profundas
- Úlceras profundas más abscesos (osteomielitis)
- Gangrena limitada
- Gangrena extensa

El tratamiento del pie diabético se puede realizar con los siguientes métodos y/o materiales:

- **Apósitos:** La protección de la úlcera ha de realizarse mediante el empleo de apósitos adecuados al estado de la lesión en cada momento.
- **Desbridamiento:** Si en el lecho ulceral existen zonas necrosadas han de desbridarse en primer lugar, pues esa zona cubierta con tejido muerto no dejará crecer tejido de granulación bajo él. Generalmente la retirada del tejido necrótico puede realizarse de forma cortante ya que suelen ser zonas no muy extensas, teniendo siempre especial cuidado con el tejido viable.
- **Dispositivos de descarga en zonas de presión:** A menudo existen deformidades en los pies de las personas con diabetes que cursan con engrosamiento o aumento de zonas de presión. Uno de los pilares de curación de estas heridas que se puedan producir es el alivio de presión para conseguir que el riego sanguíneo llegue correctamente a esas zonas que han de curarse.
- **Tratamiento de las infecciones:** Las úlceras son heridas que por definición se clasifican como heridas crónicas, y aún más las del pie diabético. Suelen estar colonizadas por microbiota inocua al ser humano que incluye microorganismos aerobios (*S. aureus*, *S. epidermidis*, etc), anaerobios y hongos.

❖ PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

Enfermería juega un papel fundamental ante esta enfermedad para disminuir tanto prevalencia como complicaciones a corto y largo plazo,

centrándose en la prevención, diagnóstico precoz y educación para la salud, siendo este último un elemento fundamental:

- **Prevención.** Es importante promocionar hábitos de vida saludables y hacer hincapié en la repercusión de los mismos, insistiendo en los grupos de riesgo.
- **Diagnóstico precoz.** Las manifestaciones y síntomas de la enfermedad en el debut han de ser reconocidas por la enfermería para poder actuar en consecuencia, con el fin de prevenir complicaciones agudas iniciando el tratamiento de forma urgente y consiguiendo así resultados más favorables, previniendo y disminuyendo la morbimortalidad.
- **Educación para la salud.** La OMS la define como “la combinación de actividades de información y educación que conduzcan a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla, y busquen ayuda cuando la necesiten”.

2.3.5.2 ÚLCERAS POR PRESIÓN

(Médica, 2021) Sostiene:

Una UPP (úlceras por presión) es cualquier lesión de la piel y tejido subyacentes originada por un proceso isquémico sobre un plano o prominencia ósea, debido a una presión excesiva o prolongada o por una fricción entre una superficie externa y un plano óseo o cartilaginoso. En su formación participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento.

(Maria Alexandra Mijangos, 2015) Afirma:

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

Las UPP se producen debido a la presión aplicada al tejido blando, lo cual conlleva un flujo de sangre completa o parcialmente obstruido.

(David Paratore, 2016) Comenta:

Las úlceras por presión son lesiones causadas por la falta de oxígeno e irrigación de una zona del cuerpo que soporta presión o fricción por tiempo prolongado, generalmente se localiza en zonas de apoyo como cadera, omoplatos, talones, entre otros.

❖ CAUSAS/ FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para desarrollar este tipo de lesiones, pueden dividirse en intrínsecos (inmovilidad, incontinencia urinaria, diabetes, edad, malnutrición, deshidratación, insuficiencia vasomotora, anemia, trastorno neurológico, etc.) y extrínsecos (humedad, superficie de apoyo, sondaje vesical, fricción, presión, etc.). Todos ellos influyen notablemente en la resistencia de la piel, cohesión celular en la epidermis y en la renovación epidérmica.

❖ SIGNOS Y SÍNTOMAS

Según la magnitud de la lesión existe la siguiente categorización basada en el sistema de clasificación del NPUAP (The National Pressure Ulcer Advisory Panel) de las úlceras por presión:

- **Úlcera por presión (UPP) de grado I:** Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible y su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. Indica personas “en riesgo”.
- **Úlcera por presión (UPP) de grado II:** La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas.
- **Úlcera por presión (UPP) de grado III:** Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.
- **Úlcera por presión (UPP) de grado IV:** Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón, músculo, fascia o cápsula de articulación. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Máximo riesgo de que ocurra una osteomielitis o una osteítis.

❖ DIAGNÓSTICO

Lo primero que hay que hacer es identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar una úlcera, teniendo en cuenta principalmente 5 de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon:

- **Patrón percepción de la salud:** Desconocimiento de la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar; incapacidad por parte del paciente o familia para realizar las actividades de promoción y prevención de riesgo; falta de disposición/capacidad para aprender los cuidados oportunos.
- **Patrón nutricional-metabólico:** Un déficit nutricional de forma prolongada provoca disminución del tejido celular subcutáneo provocando una mayor presión directa; menor resistencia a infecciones; enlentecimiento y dificultad en el proceso de cicatrización. Por ello, se hace necesario la valoración de la talla, peso, medición del pliegue cutáneo del tríceps y circunferencia del músculo del brazo.
- **Patrón de eliminación:** La existencia de incontinencia urinaria por disminución del tono muscular, problemas en el control intestinal y/o presencia de humedad favorecen la aparición de una úlcera.
- **Patrón actividad-ejercicio:** La inmovilidad física prolongada favorece una mayor presión en zonas susceptibles de aparición.
- **Patrón cognitivo-perceptual:** Una inmovilidad prolongada puede alterar las capacidades intelectuales y la percepción sensorial siendo incapaz de reaccionar ante una molestia relacionada con la presión o sin poder manifestar el dolor.

Al ingreso se realiza un análisis sistemático usando herramientas de valoración de riesgo validada como las escalas Norton, Nova 5, Emina, Waterlow o índice de Braden.

Una de las escalas más utilizadas hoy en día es la escala Norton. Comprende 5 categorías a valorar: Estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. A menor puntuación, mayor es el riesgo de desarrollar una úlcera. La puntuación mínima es 5 y la máxima 20, lo que sería un estado óptimo del individuo y ausencia de cualquier tipo de riesgo

❖ INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

- **Vigilancia de la piel:** Vigilar color y temperatura de la piel. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro como un colchón antiescaras y cambios de posición. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema, infección, erupciones, excesiva sequedad o humedad, presión o fricción en la piel y mucosas.
- **Manejo de presiones:** Vestir al paciente con prendas no ajustadas. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas sometidas a presión, roce o cizallamiento. Comprobar movilidad y actividad del paciente. Utilizar dispositivos para mantener prominencias óseas libres de presión. Lavar la piel con agua tibia, y realizar un secado meticuloso, pero sin friccionar. Mantener la piel limpia y seca. Movilizar al paciente según sus necesidades.
- **Prevención de úlceras por presión (UPP):** Registrar el estado de la piel. Eliminar la humedad excesiva. Aplicar barreras de protección. Valorar estrechamente cualquier zona enrojecida. Evitar masajes en punto de presión. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión cuando se cambia de posición al paciente. Proporcionar cambios de peso corporal. Controlar movilidad y actividad. Asegurar una nutrición adecuada.

- **Cambio de posición:** Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio de posición. Poner en posición de alineación corporal correcta que facilite la ventilación/perfusión. Fomentar la realización de ejercicios activos y pasivos. Evitar posiciones que aumenten el dolor. Minimizar el roce cuando se cambia de posición.
- **Control de infecciones:** Instruir sobre técnicas correctas de lavado de manos al paciente y familia. Lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidado. Usar guantes estériles en las curas. Mantener ambiente aséptico. Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario y administrar terapia de antibióticos si procede. Observar signos y síntomas de infección y grado de vulnerabilidad.

❖ **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Se debe llevar a cabo el proceso de atención enfermera realizando una valoración de riesgo minuciosa orientada hacia la prevención, que consiste fundamentalmente en movilizar al paciente, mantener su piel hidratada y seca, realizar procedimientos que eviten la anoxia e isquemia tisular e informar al paciente y cuidadores de dichas pautas. Los resultados que muestran los estudios es que la adopción de medidas preventivas reduce la incidencia de lesiones por presión.

2.3.5.3 ÚLCERAS VENOSAS

(Nora Sánchez, 2019) Explica:

Definidas como pérdida de continuidad en la piel por más de seis semanas sin cicatrización después de tres meses; son predominantemente de etiología venosa (70%), seguidas por las arteriales (20%) y neuropáticas.

❖ CAUSAS/ FACTORES DE RIESGO

(Puncernau, 2022) Señala:

Las úlceras venosas surgen tras producirse una lesión cutánea en la pared dilatada de una vena varicosa por estancamiento venoso de la sangre o por insuficiente nutrición de la piel.

La causa más frecuente en adultos es la insuficiencia venosa que suele afectar a la parte interna de la pierna, mientras que las úlceras arteriales suelen afectar a la parte lateral externa.

❖ SIGNOS Y SÍNTOMAS

(Nora Sánchez, 2019) Sostiene:

Síntomas venosos: edema, fatiga, calambres, prurito. Factores exacerbantes y de alivio de los mismos. La exploración física debe incluir cambios de coloración de la piel, patrón de las dilataciones venosas, tamaño y forma de la extremidad.

(Puncernau, 2022) Comenta:

Entre los síntomas generales que presentan las úlceras venosas son dolor continuo o pesadez en las piernas que se agudizan al estar de pie. En

estados iniciales, la piel de los tobillos y la parte inferior de las piernas puede desarrollar manchas de color marrón de forma paulatina.

Si se fricciona la zona, la piel puede irritarse, fraccionar, enrojecerse o hincharse con la formación de costras o supurando. Con el paso del tiempo, algunos cambios pueden volverse crónicos.

❖ **DIAGNÓSTICO**

(Nora Sánchez, 2019)Sostiene:

Es de vital importancia una identificación correcta del tipo de úlcera, realizar escrutinio y descartar componente arterial, así como de posible etiología reumática, neoplásica o puramente venosa; por ello, realizar un historial clínico y evaluación física adecuados nos ayudará a diagnosticar la úlcera, así como a identificar casos donde es útil un perfil metabólico completo, o bien, manejo interdisciplinario en conjunto con otras especialidades.

❖ **INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO**

El manejo integral de las úlceras venosas incluye en primera instancia curar o lograr el cierre de la herida; en segunda instancia, evitar la recurrencia a través del manejo de la etiología que condicionó el desarrollo de la úlcera, ya sea por enfermedad venosa crónica por reflujo o por obstrucción, como es el síndrome postrombótico. Consideramos cuatro pilares en el tratamiento de la úlcera venosa:

- Compresión.
- Adecuada preparación del lecho de la herida.
- Tratamientos quirúrgicos.

- **Tratamiento médico adyuvante.**

Cada uno consiste en lo siguiente:

- **Compresión**

La terapia compresiva es la piedra angular del tratamiento en todas las etapas de la enfermedad venosa crónica, la utilidad de los vendajes está basada en conceptos mecánicos aplicados en la presión controlada de la extremidad, mejorando la hemodinámica de la bomba venosa, la gama de opciones efectivas en compresoterapia van desde los textiles elásticos hasta las vendajes multicapa, estos últimos combinan vendajes elásticos y componentes adhesivos y cohesivos, mismos que deben ser colocados por un personal capacitado.

- **Adecuada preparación del lecho de la herida.**

Lo cual incluye, un control de la infección, una desbridación adecuada, y terapia con apósitos, hidrogeles y cuidados de piel.

- **Tratamientos quirúrgicos**

El manejo actual mínimamente invasivo mediante ablación endovenosa con láser (EVLA) o ablación por radiofrecuencia (RFA) de troncos venosos superficiales con reflujo es parte del manejo integral de la enfermedad venosa crónica con presencia de úlcera.

- **Tratamiento médico adyuvante**

La evidencia actual es de baja calidad y denota que los flebotónicos no son superiores a placebo en relación con el tiempo de cicatrización de las úlceras venosas; sin embargo, son eficaces en la disminución de síntomas agregados como edema, cambios distróficos, parestesias y calambres

❖ PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS VENOSAS

(Alcaráz, 2021) Comenta:

Los cuidados de Enfermería en las úlceras venosas pretenden mantener la herida en las mejores condiciones posibles.

Enfermería es la encargada de identificar a los pacientes portadores de úlceras venosas, realizando una evaluación en todos sus aspectos y condiciones socioeconómicas, actividad laboral, factores de riesgo, factores que dificulten el tratamiento y hábitos de vida. Tras la evaluación, se establecerá el tratamiento más adecuado para la lesión, haciendo al paciente y a su familia partícipes del proceso.

Como medidas preventivas, Enfermería recomendará llevar una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico a diario y mantener diariamente una higiene de las extremidades, hidratándolas y cuidando las uñas e inspeccionando los pies para evitar lesiones que puedan producirse por el calzado o traumatismos.

El rol que Enfermería desempeñará en un paciente que presenta una úlcera venosa se basa en apoyar y ayudar en la recuperación del paciente, identificando los diagnósticos de Enfermería (NANDA), los objetivos a conseguir (NOC) y las intervenciones (NIC) necesarias para alcanzar la recuperación y la autonomía del paciente.

2.3.6 FACTORES DE RIESGO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS

(Diego Stalin Chuchuca, 2014) Sostiene:

El 90% de los pacientes con DM tienen DM tipo II. Se estima que alrededor del 30% de las personas con DM tienen algún tipo de compromiso cutáneo durante el transcurso de su enfermedad.

La mayoría de los pacientes tenía una duración de la diabetes de 10 años. 84.5, 60.9 y 83.3 % de los pacientes notado por Bhat y col, Ahmed y col y en este estudio, respectivamente. En este estudio la duración media de la DM para la mayoría de las dermatosis se encontró entre 9 y 13 años del inicio de la diabetes y este hallazgo fue similar al de Bhat y col, quienes notaron un incremento en la incidencia de compromiso cutáneo al incrementar los años de DM. Cuando se incrementa la duración de la diabetes, no existe glucosilación enzimática del colágeno dérmico y mucopolisacáridos, ocasionando varias manifestaciones cutáneas y complicaciones.

Cuando la hiperglucemia se hace sostenida en el tiempo, se producen proteínas irreversiblemente glicosiladas lo que se conoce como "Productos de glicosilación avanzada (AGE por sus siglas en inglés). Los AGE se encuentran en pacientes diabéticos de larga evolución (alrededor de 10 años) y pueden acumularse en proteínas de larga vida, como el cristalino del ojo, la mielina del sistema nervioso central, las paredes de los vasos sanguíneos y también en el colágeno. Esto se traduce en un daño irreversible de estos tejidos, lo que se traduce clínicamente.

2.3.6.1 TERAPIA ANTIDIABÉTICA ANTE LAS LESIONES CUTÁNEAS

Debido a que el envejecimiento trae consigo algunos cambios fisiológicos del organismo, también va a provocar que existan modificaciones en la farmacocinética y con ello una gran susceptibilidad del adulto a presentar reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas.

2.3.7. DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS

(Pozo, 2012) Refiere:

En Dermatología, los antecedentes personales o familiares, o los síntomas que pueda referir el paciente son importantes, pero el diagnóstico en general se basa en el reconocimiento e identificación de las lesiones, nos vamos a centrar en la exploración del paciente, ayudándonos en los datos de la exploración como los más relevantes. Algunas lesiones cutáneas son tan características que su presencia prácticamente nos da el diagnóstico de la enfermedad, es el caso de los habones (urticaria) o las pápulas umbilicadas (molusco contagioso), pero con frecuencia tendremos que hacer un diagnóstico diferencial y para ello debemos fijarnos también en los demás aspectos de la erupción cutánea: el patrón de distribución, su disposición, su evolución y frecuentemente las complicaciones.

2.3.8. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS

El tratamiento de las lesiones cutáneas dependerá del tipo de lesión que presente nuestro paciente. Algunos aspectos muy generales pueden verse a continuación.

(Discapnet, 2022) Sostiene:

Ante un enrojecimiento de la piel, hay que procurar evitar la presión continuada sobre esta zona hasta que la piel vuelva a su color normal. También puede utilizarse algún tipo de cremas o pomadas adecuadas y/o colchones o almohadones antiescaras.

Para la limpieza de la piel es importante mantener una rutina de baño o ducha diarios. Se utilizará jabón neutro, y es muy importante enjuagar bien

la piel y sobre todo mantenerla seca principalmente en las zonas de los pliegues cutáneos.

Respecto a los cambios posturales que son del todo aconsejables, las indicaciones a seguir cuando la persona está sentada en la silla de ruedas implicará:

- Realizar movimientos frecuentes para evitar una presión continuada sobre el sacro y las nalgas.
- Evitar colocarse objetos, llaves, mecheros, móvil, etc., en los bolsillos del pantalón o de la falda, ya que al estar sentado encima de ellos puede provocar a la larga una presión y por tanto una úlcera.
- Si es posible para dormir se intentará hacerlo en posición de decúbito supino para liberar durante unas horas la presión sobre la espalda y las nalgas.

Cuando la persona está en la cama, las indicaciones que se deben considerar son tener mayor precaución en las zonas más sensibles a la ulceración como: la zona occipital, los omóplatos, los codos, el sacro-coxis y los talones.

Por tanto habrá que movilizar al paciente frecuentemente para evitar una presión continuada en estas zonas. Si el paciente es incapaz de moverse él solo, los cambios deberán ser realizados por los familiares o cuidadores. Es importante que el colchón no sea ni muy duro ni muy blando, en ocasiones será necesario colocar almohadas de espuma en las zonas de prominencias óseas para evitar las escaras. Se cambiará la posición del paciente como alrededor de cada tres horas. Se alternarán sucesivamente las posiciones de decúbito prono, decúbito supino, sobre el lateral izquierdo y sobre el lateral derecho.

Hay que ser cuidadoso al girar al paciente levantándolo bien y sin arrastrarlo y teniendo cuidado si lleva sueros o sondas para que no se suelten. Acordarse de no levantar la bolsa de la orina, si existe, por encima del paciente sin pinzar previamente la sonda, ya que esto podría producir retorno de la orina a la vejiga con el consiguiente riesgo de infecciones.

Los almohadones de espuma deben usarse para evitar que las zonas óseas más prominentes rocen con el colchón, es decir habrá que colocarlos en:

- Debajo de la cabeza
- Debajo de la espalda para evitar que las espátulas y el sacro se apoyen en el colchón.
- Por debajo de las piernas, desde el sacro hasta las rodillas, y otro por debajo de las rodillas sin tocar los talones.
- Es aconsejable colocar uno al final de la cama manteniendo los pies en un ángulo de 90 grados.

2.3.9. COMPLICACIONES DE LAS LESIONES CUTÁNEAS

(Discapnet, 2022) Comenta:

Los problemas de la piel en las personas con una movilidad disminuida puede aparecer precisamente por la falta de movilidad, algunas veces acentuada por otras afecciones asociadas a su enfermedad, como pueden ser alteraciones de la sensibilidad o de la termorregulación corporal. Los principales problemas en estas personas, son:

- Las úlceras por presión o de decúbito
- Las quemaduras

- Las congelaciones
- Las uñas encarnadas

❖ **PREVENCIÓN**

Es muy importante que bien el cuidador o el propio paciente inspeccionen de forma rutinaria la piel, especialmente aquellas zonas que están más sometidas a una presión.

Los puntos rojos, son los puntos de presión más sensibles a escaras en los enfermos encamados o en sillas de ruedas.

Buscar, cualquier zona que aparezca más enrojecida de lo normal. Esta es la primera señal de que puede aparecer una úlcera de decúbito.

❖ **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LESIONES CUTÁNEAS.**

(Guanajuato, 2018) Describe:

El profesional de enfermería deberá:

- Valorar y registrar factores de riesgo que predisponen al paciente para la aparición de lesiones cutáneas.
- Establecer el plan de cuidados y ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo.
- Utilizar los elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de lesiones cutáneas.

- Orientar al paciente y familiar sobre las formas de prevenir lesiones cutáneas.
- Revalorar y reajustar de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.