

Alumno:

Jesús Alexis López Sánchez

Ensayo

Ulceras por presión

Enfermería Gerontogediátrica

Catedrático

Lic. Mariano Raymundo Hernández Hernández

Licenciatura en Enfermería General

Sexto Cuatrimestre

**San Cristóbal de las Casas, Chiapas a 19
de mayo de 2022**

Introducción

Las úlceras por presión se define como una afección en las protuberancias el cuerpo por causa de compresión y fricción de la misma, en el cual este trabajo se abordara este tema de gran importancia en el área hospitalario, puesto que es un problema que se desencadena por causa de otras patologías, aún más común en pacientes geriátricos que permanecen postrados por la falta de movilidad o deterioro del cuerpo que hacen imposibles de realizar actividades cotidianas.

El personal de la salud debe estar capacitado ante la prevención de úlceras por presión como también dar promoción a la salud a los familiares, así como también el comportamiento natural por cada estadio e identificar las posibles alteraciones.

A Continuación se mencionara, las clasificaciones de las úlceras como también los factores de riesgo que contribuyen a la formación de las úlceras por presión, del mismo modo abordaremos intervenciones en la prevención de cómo evitar complicaciones, al mismo tiempo veremos los cuidados y técnicas para una buena praxis evitado complicaciones.

Úlceras por presión

Son lesiones que se provocan en la piel y tejidos, esta se produce por la compresión, presión, fricción entre una prominencia ósea contra una superficie externa, esto da lugar cuando la compresión es prolongada o sostenida, dado como resultado la reducción del flujo sanguíneo de la piel y los tejidos, produciendo isquemia, necrosis y la pérdida de la arquitectura tisular.

Clasificación

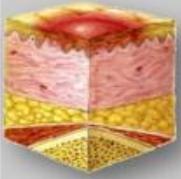
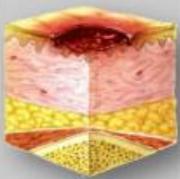
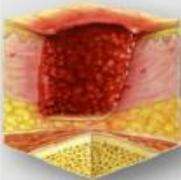
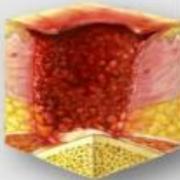
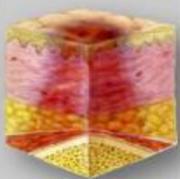
Las UPP se clasifican en 4 categorías o estadios.

Categoría I: Enrojecimiento que no palidece a la presión, la piel está intacta, hay presencia de enrojecimiento sin presencia de una úlcera abierta.

Categoría II: Pérdida del espesor parcial de la piel o ampolla, hay presencia de úlcera generalmente se afecta la epidermis y dermis.

Categoría III: Pérdida del grosor completo de la piel logrando visualizar el tejido graso, en otras palabras afecta hasta el tejido hipodérmico.

Categoría IV: Pérdida completa del tejido hasta visualizar daño al músculo / hueso.

5.3 Escalas de Clasificación Clínica			
CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ACUERDO A CATEGORÍA			
<p>CATEGORIA I</p> 	<p>Categoría/Estadio I. En pacientes con piel clara eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; en individuos de piel oscura puede ser difícil la detección de la palidez. Estas lesiones suelen acompañarse de induración, dolor, insensibilidad, edema, aumento o disminución de la temperatura en la periferia.</p>	<p>CATEGORIA II</p> 	<p>Categoría/Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.</p>
<p>CATEGORIA III</p> 	<p>Categoría/Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.</p>	<p>CATEGORIA IV</p> 	<p>Categoría/Estadio IV. Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.</p>
<p>Categoría No clasificable</p> 	<p>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.</p>	<p>Sospecha de lesión profunda</p> 	<p>Sospecha de lesión profunda no determinada. Lesiones con pérdida coloración de la piel o lesiones marmóreas, azuladas o grises en piel íntegra. O bien presentarse como una flictena hemorrágica derivada de la presión o el cizallamiento.</p>

Factores de riesgo

Los factores de riesgos son todas aquellas circunstancias o situaciones que afectan a las personas a contraer alguna patologías, así también como son los grupos vulnerables, ya sea por edad, sexo, creencias, falta de conocimientos, ubicación sociodemográfico, entre otros. En general las UPP se desarrollan por una compresión sostenida de un área corporal, entre dos planos duros y sobre alguna prominencia ósea, tomando en cuenta esto se puede clasificar en general las más importantes que son:

- Inmovilidad (pacientes postrados).
- Malnutrición.
- Hipoperfusión (pacientes en cama a causa de patologías).
- Pérdida de la sensibilidad (pacientes que tienen poca o nula sensibilidad en diferentes áreas del cuerpo).

Los factores intrínsecos son aquellos que son parte de la salud del paciente, desde sus incapacidades, alteraciones del equilibrio, en general problemas para realizar tareas diarias y se debe evaluar en todo paciente dependiente como:

- Inmovilidad o movilidad limitada.
- Hospitalización prolongada.
- Deterioro del estado de alerta.
- Enfermedades neuro-degenerativas.
- Comorbilidades (diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal).
- Hipotensión.
- Cáncer.
- Fractura de cadera.
- Malnutrición o restricciones dietéticas.
- Edentulia o mala salud bucal.
- Fármacos que deprimen el sistema nervioso central.
- Depresión.
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Envejecimiento general y cutáneo. o Pérdida de elasticidad cutánea. o Pérdida de grasa subcutánea.

Evaluación y Detección de Úlceras por Presión

El personal debe de conocer puntos claves para la evaluación del estado de la piel en el cual sirve como un indicador temprano de daño tisular, por ejemplo la presencia de eritema, calor local, edema, induración o dolor, suelen indicar el inicio de una úlcera

por presión y así también la evaluación si existe una alteración físico-neurológico del paciente.

Recomendamos que la evaluación de la úlcera incluya:

- Longitud, anchura y profundidad, esto para medir el estadio de la úlcera.
- Presencia de fístulas, tejido necrótico y exudados.
- Evidencia de curación como presencia de tejido de granulación.
- Temperatura.
- Presencia de edema.
- Cambios en la consistencia del tejido afectado en relación al sano.

Ante un paciente con piel oscura se recomienda priorizar la evaluación en:

- Temperatura de la piel.
- Presencia de edema.
- Cambios en la consistencia del tejido afectado en relación al sano.

Recomendaciones para la detección

Se debe identificar la presencia de dolor como parte de evaluación ya que puede ser atribuido al daño por compresión.

En la búsqueda de signos que nos indiquen presencia de daño por presión se debe inspeccionar la piel que están en contacto y alrededor de los dispositivos (colchón) por lo menos 2 veces al día.

Realizar evaluaciones frecuentes en pacientes vulnerables a retención hídrica y/o en aquellos que presentan edema periférico o generalizado.

Así también se debe reconocer los signos de infección ocasionadas por las úlceras como:

- Calor.
- Eritema.
- Dolor.
- Exudado purulento.
- Fetidez.

Hablaremos de la Escala de Braden en el cual identifica a pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión debido a su mayor difusión y fácil empleo, utiliza 6 subescalas:

- Percepción sensorial.
- Actividad.
- Movilidad
- Humedad.

- Nutrición.
- Fricción y cizallamiento.



Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL 	COMPLETAMENTE LIMITADA <small>< NIVEL DE CONCIENCIA < CAPACIDAD SENSITIVA</small>	MUY LIMITADA <small>NO COMUNICA MALESTAR DÉFICIT SENSORIAL</small>	LIGERAMENTE LIMITADA <small>< COMUNICA MALESTAR < DIFICULTAD SENSORIAL</small>	SIN LIMITACIONES <small>BUENA COMUNICACIÓN SIN DÉFICIT SENSORIAL</small>
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD 	CONSTANTEMENTE HÚMEDA <small>SE DETECTA HUMEDAD AL MOVER AL PACIENTE.</small>	A MENUDO HÚMEDA <small>ROPA DE CAMA MUY HÚMEDA (CAMBIO DE ROPA DE CAMA POR TURNO).</small>	OCASIONALMENTE HÚMEDA <small>ROPA DE CAMA HÚMEDA (CAMBIO DE ROPA DE CAMA CADA DÍA).</small>	RARAMENTE HÚMEDA <small>CUANDO LA ROPA DE CAMA SE CAMBIA DE FORMA RUTINARIA.</small>
ACTIVIDAD 	EN CAMA 	EN SILLA 	DEAMBULA OCASIONALMENTE 	DEAMBULA FRECUENTEMENTE 
MOVILIDAD 	COMPLETAMENTE INMÓVIL 	MUY LIMITADA 	LIGERAMENTE LIMITADA 	SIN LIMITACIONES 
NUTRICIÓN 	MUY POBRE <small>< 2 RACIONES AYUNO, DIETA LÍQUIDA O SUERO > A 5 DÍAS</small>	PROBABLEMENTE INADECUADA <small>x3 RACIONES RECIBE MENOS QUE LA CANTIDAD ÓPTIMA DE UNA DIETA LÍQUIDA</small>	ADECUADA <small>x4 RACIONES RECIBE NUTRICIÓN POR SNG O POR VÍA PARENTERAL</small>	EXCELENTE <small>4+ RACIONES COME ENTRE HORAS Y NO REQUIERE SUPLEMENTOS</small>
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO  <small>ROZADURAS</small>	PROBLEMA <small>REQUIERE MODERADA O MÁXIMA ASISTENCIA PARA SER MOVIDO</small>	PROBLEMA POTENCIAL <small>SE MUEVE DEBILMENTE O REQUIERE DE MINIMA ASISTENCIA</small>	SIN PROBLEMA APARENTE <small>SE MUEVE EN LA CAMA Y EN LA SILLA CON INDEPENDENCIA</small>	

REALIZA ESTA EVALUACIÓN PARA SABER EL RIESGO DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO: < A 12 PUNTOS

MODERADO: 13-14 PUNTOS

BAJO: 15-16 PUNTOS (SI <75 AÑOS)
15-18 PUNTOS (SI >75 AÑOS)

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.

Intervenciones para la prevención o evitar la progresión de las úlceras por presión

- Evaluar el riesgo, en que disposición se encuentra el paciente.
- Educación al paciente y personal de salud, una buena promoción a la salud ayuda a prevenir complicaciones o evitar úlceras por presión.
- Cuidados generales de la piel.
- Evaluar y maneja cambios de posiciones ayudan a la reducción de úlceras por presión en pacientes postrados.
- Reducir la fricción y cizallamiento, con buenas técnicas ayudamos al paciente para que a decirlos.
- Evaluar y mejorar estado nutricio, homologar al paciente a un profesional capacitado para ayudar a su nutrición del paciente.

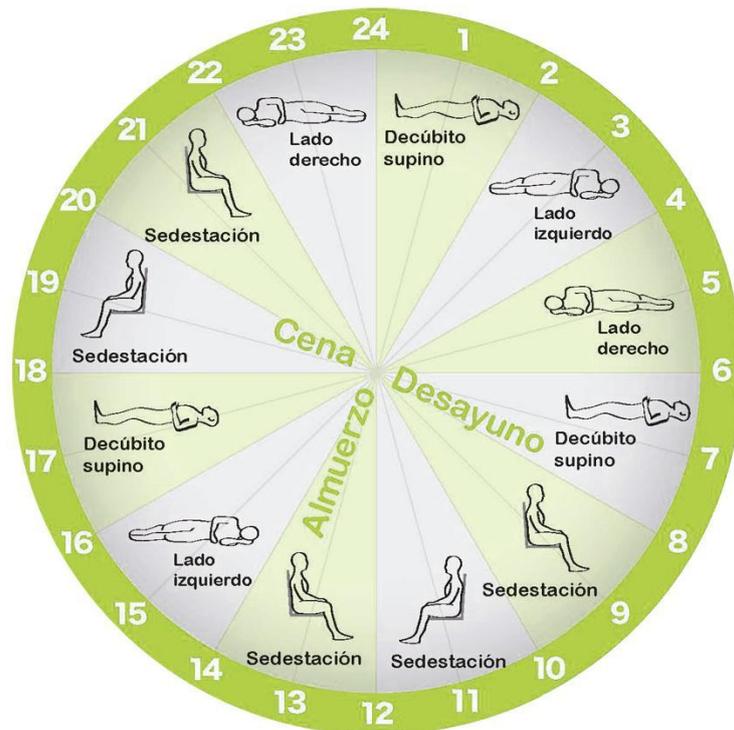
Así también educando al paciente, familiar o cuidador respecto a:

- Capacidad de reconocimiento de signos tempranos de daño por presión, con herramientas visuales ayudan a reconocerlos fácilmente
- Movilización, enseñar y educar a los familiares de las diferentes posiciones anatómicas.
- Control de la humedad.
- Uso de superficies que alivien la presión, existen diferentes colchones que evitan la formación de úlceras.
- Cuidado de las heridas, la cátedra del cuidado es muy importante para prevenir complicaciones e infecciones futuras.

Para los cuidados generales de la piel se recomienda:

- Una buena inspección de la piel nos ayuda a detectar signos de enrojecimiento, calor, edema, induración, dolor o molestia.
- Lavar la piel con agua y jabón, secar cuidadosamente sin friccionar los pliegues cutáneos, el no utilizar algún tipo de herramienta de baño para exfoliación evita la fricción en la piel.
- Utilizar jabones no irritantes y con pH neutro.
- Evitar utilizar soluciones que contengan alcohol.
- No se debe dar masaje en la zona lesionada o con sospecha de úlceras por presión.

A Continuación se muestra una tabla de posiciones y el cambio de acuerdo la hora.



Cuidados de la úlcera por presión

Los cuidados abarcan desde aspectos generales hasta localizar la lesión, tomando en cuenta que todo cuidado se basa en tareas asépticas para la disminución de futuras complicaciones.

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 y desinfección de la úlcera ayuda a una buena cicatrización.
- Mantenimiento de la higiene del lecho ulcerado.
- El desbridamiento de la úlcera consiste en remover los tejidos muertos o dañados para favorecer la cicatrización.
- Tratamiento de la infección en la úlcera.

- Anexamos técnicas asépticas.
- Limpieza de manos y el ambiente del paciente.

Algunas recomendaciones son:

- Tener un plan de continencia urinaria-fecal, en caso si la úlcera fue expuesta hay que hacer una limpieza inmediatamente.
- Se debe mantener limpia y seca la úlcera, se recomienda limpiar en cada cambio de apósito, se debe utilizar agua destilada o cloruro de sodio al 0.9 %, en caso de no existir utilizar agua para tomar.

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

Alivia la presión de la zona afectada esto se logra con los cambios de postura del paciente. 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). Evitar frotar vigorosamente la zona dañada.

Dentro de las úlceras en categoría II, III y IV los cuidados deben incluir cuidados de la categoría I:

- Limpieza de la úlcera.
- Desbridamiento del tejido necrótico para favorecer la cicatrización.
- Aplicación de un material protector terapéutico que prevenga la infección bacteriana, como apósitos, gasas, entre otros.
- Mantener la humedad en el lecho ulcerado a temperatura corporal.

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.
- El uso de soluciones con surfactantes y/o antisépticos/antimicrobianos para la limpieza de úlceras en categoría II, III, IV, en caso de una úlcera infectada.

Técnica para la limpieza de las úlceras:

- Utilizar 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 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.

Datos clínicos de sospecha de infección en las úlceras por presión:

- Celulitis.
- Cambio en la intensidad del dolor en la úlcera.
- Incremento en el volumen del exudado y mal olor.
- Material purulento.
- Exudado seroso con inflamación de la úlcera.
- Aumento de la temperatura en el tejido adyacente a la úlcera.
- Retardo en el proceso de curación de la úlcera a pesar de manejo integral.
- Signos sistémicos de infección (fiebre persistente, inestabilidad hemodinámica, respuesta inflamatoria sistémica).
- Avisar al personal en caso de sospecha de úlceras.

Conclusión

El objetivo de este trabajo fue el aprendizaje del cuidado como la importancia del impacto de llevar a cabo los lineamientos desde la prevención de las úlceras por presión hasta la prevención de complicaciones.

Dentro del trabajo abordado, podemos rescatar la importancia que juega el área de la enfermería, como bien sabemos es el encargado del primer contacto con el paciente, en donde se evalúa desde los cambios fisiológicos hasta asistencia en cambios de posiciones para evitar las úlceras por presión.

Referencia

Guía de práctica clínica, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Ulceras por Presión en el Adulto. Actualización 2015. Instituto Mexicano del Seguro Social.