

Integrantes:

- **García Aguilar Carlos Oswaldo**
- **Tomas Domínguez Roxana**
- **Velazquez Herrera Britney Michell**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 8vo Cuatrimestre.

Grupo: LEN "A-B".

Comitán de Domínguez Chiapas

ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

DESARROLLO DE LA PROBLEMÁTICA

La prevalencia de las úlceras por presión en ancianos institucionalizados es un tema preocupante en la elaboración de los planes de cuidados de enfermería. Las úlceras por presión son el resultado de un conjunto de factores: encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas, incontinencia, etc. Deseamos conocer y especificar, los aspectos relacionados con las estrategias y prácticas actuales de prevención de las mismas en los pacientes de un centro socio-sanitario.

Enfocándonos específicamente en: “Casa hogar ancianos II” Ubicado en: Carretera Lago de Monte Bello Kilómetro 2, Barrio San José, 30160 La Trinitaria, Chiapas.

Los centros residenciales para personas mayores o residencias de mayores son definidos como aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral a personas mayores en situación de dependencia, con el objetivo de facilitar un entorno sustitutivo del hogar familiar ya sea de forma temporal o permanente, adecuado y adaptado a las necesidades de asistencia y que favorezca la recuperación o el mantenimiento del máximo grado de autonomía personal y social.

Sabemos que las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud que afecta de manera primordial, pero no exclusiva, a personas de edad avanzada.

¿Cuál es el método de trabajo que tiene el personal de enfermería que labora en “Casa hogar ancianos II” de la Trinitaria, Chiapas, en relación a los cuidados de los adultos mayores con UPP?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuántos adultos mayores se encuentran albergados en “Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, presentan UPP?
2. ¿Cuántos enfermeros laboran en Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas?
3. ¿Qué conocimientos poseen los enfermeros que laboran en Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, respecto a los cuidados adecuados que debe de recibir un paciente adulto mayor con UPP?
4. ¿Cuáles son los cuidados que brindan los enfermeros que laboran en Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas a los adultos mayores que sufren de UPP?

HIPOTESIS

No existe un método de trabajo bien definido por parte de los enfermeros que labran en Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, con relación a los cuidados que deben de recibir pacientes adultos mayores con UPP.

VARIABLES

A mayor capacitación sobre las medidas que se pueden tomar para la prevención de las UPP en los adultos mayores del personal que labora en “Casa hogar ancianos 2” de la trinitaria, Chiapas, menor será el riesgo de aparición de dichas lesiones.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer las formas de trabajo que realizan los enfermeros que laboran en Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, respecto a los pacientes mayores que sufren de UPP.

Objetivos específicos:

- Identificar los cuidados que tiene el personal de enfermería de Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, con los pacientes que sufren UPP.
- Identificar si el personal de enfermería de Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, cuenta con el material suficiente y adecuado para el cuidado de las personas mayores con UPP.
- Identificar si el personal de enfermería de Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, cuenta con la capacitación adecuada para la atención y cuidados con personas mayores que padecen UPP.

JUSTIFICACIÓN

Las UPP suponen un gran problema de salud y que con el paso de los años está pasando de ser un fenómeno considerado tradicionalmente inherente a la edad avanzada de los pacientes o a situaciones de inmovilidad o de terminalidad.

Es por esta razón que hicimos este tema de nuestra elección, ya que, al ser estudiantes del área de la salud, nos preocupa el tipo y calidad de cuidados que se brindan en “Casa hogar ancianos II” de la trinitaria de Chiapas, porque, al tratarse de úlceras por presión se sabe que existen diversas acciones de enfermería para ayudar en su prevención de la aparición de estas lesiones en la piel, sin embargo, los pacientes de la institución antes mencionada siguen presentando la aparición de las UPP.

Es por ello que al prestar atención a las diferentes opiniones o comentarios de personas que han tenido o tienen ingresado a un familiar en “Casa hogar ancianos II”, nos percatamos de que el personal que labora ahí, no cuenta con la capacitación adecuada para enfrentar esta problemática, por consiguiente, no cuenta con el desarrollo necesario para realizar las intervenciones de manera ética y profesional, ocasionando así que al no prestar los cuidados como deberían, los pacientes ingresados presentan las lesiones con mayor regularidad y ya incluso haciendo caso omiso a los primeros signos de aparición, permitiendo que estas avancen con el tiempo, ocasionando que después sean lesiones más difíciles de tratar ya que involucrarían mayor carga de trabajo para el personal de enfermería, así como también degradando la calidad de vida de los pacientes, comprendiendo también que al ser una institución de carácter público, los insumos médicos tampoco son eficientes para enfrentar esta problemática.

MARCO TEORICO

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

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.

La paleopatología describe lesiones en el Egipto de los faraones en restos bien conservados de momias que presentaban restos de superficies similares a escaras en nalgas y espalda, disimuladas durante el proceso de momificación con una fina piel de gacela.

Si bien las UPP como lesión producida en procesos de enfermedad no es uno de los temas principales de la paleopatología, sí que, a través de los textos narrativos de la historia, aparecen referencias sobre diferentes úlceras, tanto en la Biblia, como en papiros egipcios y textos griegos para la transmisión del conocimiento.

La Biblia describe como Moisés, tras su vuelta a Egipto para liberar a Israel, propició la sexta plaga: las úlceras (Éxodo 9:8-12), que padecieron todos los egipcios; *“Y los hechiceros no podían estar delante de Moisés a causa del sarpullido, porque hubo sarpullido en los hechiceros y en todos los egipcios”* (9:11).

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 iatromecánica, 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.

Varios autores en el siglo XIX plasmaron en sus artículos la conexión de úlcera por presión con encamamiento y la relación que conlleva esta lesión con sufrimiento y aumento en la carga de trabajo:

- W. Heberden (Londres 1710-1801) autor de *“Commentarii de morborum historia et curatione”* afirma: *“Deplora la condición desgraciada de los que, siendo postrados en cama a través de accidente o por cuidados, han contraído úlceras de una clase muy dolorosa y peligrosa”*.
- Jean Martin Charcot (París 1825-1893) autor de diferentes tratados definió la inevitabilidad de las úlceras por decúbito en pacientes encamados por lesiones neurológicas.

El último tercio del siglo XIX, Florence Nightingale, considerada iniciadora de la enfermería moderna, en su libro “Notas sobre Enfermería” (Notes on Nursing), reconoce de forma inequívoca la responsabilidad de las enfermeras en la prevención de UPP, manteniendo que éstas podían ser evitadas mediante unos buenos cuidados de enfermería: *“Si un paciente tiene frío o fiebre, o está mareado, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la enfermería”*. (Nightingale, Siglo XIX)

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.

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 y las heridas crónicas que tiene como principales objetivos:

- Acentuar el problema de las UPP y otras heridas crónicas en nuestro medio y concienciar a la sociedad ante estos importantes problemas de salud para conseguir disminuir su incidencia y prevalencia.
- Colaborar, discutir y difundir el conocimiento científico que permita a los diferentes profesionales implicados en la atención a las UPP y otras heridas crónicas desarrollar una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas contribuyendo al mejor desarrollo del estudio y de la investigación en la prevención y el tratamiento de las heridas crónicas.
- Asesorar a pacientes, cuidadores familiares, profesionales, otros grupos científicos, empresas farmacéuticas y entidades públicas o privadas, españolas o extranjeras, haciendo visible lo que era invisible o se tapaba.
- Organizar jornadas, actos, conferencias y cualquier evento dirigido a la formación y divulgación entre los profesionales de la salud y la sociedad en general, de la importancia de las heridas crónicas como problema de salud y los avances de la investigación en su prevención y tratamiento.
- Mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes con heridas crónicas y de sus cuidadores a través del fomento de los cuidados de prevención y de la mejora de los tratamientos dispensados.

Úlceras por presión

Concepto

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

(Salazar, 2003)

son el resultado de una necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea. (OMS)

Fisiopatología

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mm Hg, y la presión tisular media entre los 16-33 mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. En la formación de la UPP 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, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales.

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

- Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante.
- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.
- De pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro. (Salazar, 2003)

FACTORES DE RIESGO

a) Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.

- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas. — Déficit sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
 - Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.
- b) Derivados del tratamiento
- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
 - Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
 - Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.
- c) Situacionales
- Falta de higiene.
 - Arrugas en la ropa.
 - Objetos de roce.
 - Inmovilidad por dolor, fatiga.
- d) Del entorno
- Falta o mala utilización del material de prevención.
 - Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
 - Sobrecarga de trabajo.
 - Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
 - Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
 - Deterioro de la propia imagen de la enfermedad

VALORACION CLINICA

1. Valoración del paciente

Las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención. Este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. La escala de Braden y la escala de Norton (tabla 1) son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UPP. La escala de Braden tiene una sensibilidad del 83-100% y una especificidad del 64-77%; la escala de Norton tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%. Otras escalas son: Waterlow, Arnell y las derivadas de Norton (la escala de Gosnell, de Ek, de Nova-4, de Emina y la de Norton modificada del Insalud). Las pruebas imprescindibles de laboratorio incluyen: hemograma, coagulación, VSG y bioquímica completa.

2. Valoración de la lesión

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:

- a) Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.

b) Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.

- Estadio I: eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.
- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos sinuosos. (Duque, 2003)

PREVENCION

Piel:

Objetivo: Mantener una piel intacta en el paciente.

Cuidados:

- Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.
- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm) , procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las

prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

Exceso de Humedad:

Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados:

- Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores.

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:

- 1.-Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.
 - 2.-Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible• Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
- Reeducar en lo posible los esfínteres.
 - En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

Movilización:

Objetivo: Aliviar la presión sobre las áreas de riesgo (prominencias óseas).

Cuidados:

Realizar cambios posturales:

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. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.

- En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya

siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapéuticas y colocación de almohadas).

- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
- En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
- Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización. (Duque, 2003)

Posiciones terapéuticas para los cambios posturales:

Decúbito supino:

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de la cintura
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)

Deberán quedarse libres de presión: Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

Precauciones:

Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Evitar la rotación del trocánter.

Decúbito lateral:

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza

- Una apoyando la espalda.
- Una entre las piernas.

Precauciones:

La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Sentado:

Las almohadas se colocarán:

- región cervical
- región lumbo-sacra

Precauciones:

Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

- No utilizar roscos de caucho o flotadores.
 - Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
 - Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel.
- (Acendra, 2010)

VALORACION

- Valore la úlcera por presión inicialmente y vuelva a valorarla al menos semanalmente.

Documente las características físicas, incluyendo:

- localización,
 - Categoría / estadio,
 - tamaño,
 - tipo de tejido (s),
 - color,
 - estado de piel perilesional,

- bordes de la herida,
- fístulas,
- cavitaciones,
- tunelización,
- exudado,
- olor
- Posibles localizaciones de upp

- Seleccione un método uniforme y consistente para medir la longitud y la anchura de la herida o el área de la herida para facilitar comparaciones significativas de las mediciones de la herida a través del tiempo.

- Considere nuevas pruebas diagnósticas del tejido del lecho de la herida cuando la curación no progresa.

- Valore a todas las personas en busca de dolor relacionado con una úlcera por presión o su tratamiento y documente sus hallazgos.

LIMPIEZA

- La mayoría de las úlceras por presión se limpian con agua potable (es decir, el agua apta para el consumo) o suero salino fisiológico.
- Considere el uso de soluciones de limpieza con agentes tensioactivos y / o antimicrobianos para limpiar las úlceras por presión con restos, infección confirmada, sospecha de infección, o sospecha de niveles altos de colonización por bacterias. Un ejemplo es Polihexanida y betaína (PHMB) {Prontosan}.
- Limpie la piel circundante.

DESBRIDAMIENTO

- Desbride el tejido desvitalizado en el lecho de la herida o el borde de las úlceras por presión cuando sea apropiado según el estado general de la persona y esté en consonancia con los objetivos generales de la atención.
- Seleccione el método(s) de desbridamiento más adecuado para la persona, el lecho de la herida, y el entorno clínico. Los métodos más comunes utilizados para el desbridamiento de las úlceras por presión son:

- quirúrgico/ cortante,
- conservador cortante,
- autolítico,
- enzimático,
- larval,
- mecánico (incluyendo ultrasonidos e hidroquirúrgico).

INFECCIÓN

- Considere el diagnóstico de infección aguda diseminada si la úlcera por presión tiene signos locales y / o sistémicos de la infección aguda, tales como:
 - eritema que se extiende desde el borde de la úlcera;
 - endurecimiento;
 - nuevo o aumento del dolor o calor;
 - drenaje purulento;
 - aumento de tamaño;
 - crepitación, fluctuación o decoloración en la piel circundante;
 - fiebre, malestar y agrandamiento de los ganglios linfáticos;
 - confusión / delirio y anorexia.
- Prevenga la contaminación de la úlcera por presión
- Considere el uso de antisépticos tópicos no tóxicos, en concentración adecuada para los tejidos, durante un periodo de tiempo limitado para controlar la carga bacteriana.

Los antisépticos usados comúnmente en las heridas incluyen:

- compuestos de yodo (povidona yodada y cadexómero de yodo de liberación lenta),
- compuestos de plata (incluyendo sulfadiazina de plata),
- polihexanida y betaína (PHMB),
- clorhexidina,
- hipoclorito de sodio,
- ácido acético.

Considere el uso de antisépticos tópicos para las úlceras por presión que no avanzan hacia cicatrización y están críticamente colonizadas / infectadas localmente.

En general, no se recomiendan antibióticos tópicos para el tratamiento de las úlceras por presión.

- **Seleccione un apósito para las heridas** en base a la:

- capacidad para mantener el lecho de la herida húmedo;
- necesidad de abordar la carga bacteriana;
- naturaleza y el volumen de exudado de la herida;
- estado del tejido en el lecho de la úlcera;
- estado de la piel periulceral;
- tamaño de la úlcera, la profundidad y la ubicación;
- presencia de tuneles y / o cavitaciones;
- objetivos personales del individuo con la úlcera (Andaluz, págs. 24-27)

Como tratar las UPP en las personas mayores

son **lesiones que aparecen en la piel**. Mayormente afectan a personas con dificultad para moverse, utilizan sillas de ruedas o se encuentran encamados y deben **permanecer en una misma posición durante mucho tiempo**.

¿Por qué se producen las úlceras por presión?

En el caso de las personas mayores, cuando ésta se encuentra inmobilizada o pasa varias horas al día en la misma posición se produce una **fricción o presión sobre determinadas zonas corporales que provoca la rotura de los vasos sanguíneos**. Esta rotura **impide una correcta oxigenación del organismo, provocando la muerte celular** y, como consecuencia, favorece la aparición de llagas posturales o lesiones en la piel.

No obstante, la formación **de úlceras de piel o escaras** no solo afecta a personas mayores. Factores como el uso continuo de una **silla de ruedas**, estar **encamado**, padecer **diabetes o una enfermedad vascular**, tener una **piel sensible**, no recibir **suficientes nutrientes, no controlar los esfínteres** (aprendizaje para ir al baño) o padecer algún tipo de trastorno mental como **Alzheimer**, suelen ser los principales motivos que facilitan la aparición de las tan temidas úlceras por presión.

Síntomas de las úlceras de decúbito

De acuerdo a la gravedad de los síntomas, las **úlceras de decúbito se clasifican en cuatro etapas**, siendo la **etapa I la más leve** y la **etapa IV la más grave**. Las **llagas en la piel** de los ancianos en las **dos primeras etapas pueden sanar** si se les presta una pronta y cuidadosa atención. Por el contrario, las **úlceras en fase III y IV resultan muy difíciles de tratar** y su curación puede llevar mucho más tiempo. (Lopez, 2019)

Etapas de las úlceras de piel

Etapa I

La zona afectada presenta un **color rojizo** y al recibir presión no experimenta cambio alguno. Esta es la **primera señal** de la formación de una **úlcera en la piel**.

Etapa II

En esta etapa ya se han formado **ampollas** o una **llaga abierta** y el área que la rodea puede estar **irritada** y con un **color rojo**.

Etapa III

La **llaga se abre** y se hunde formando una abertura que se denomina cráter. En esta fase, el **tejido subcutáneo** ya empieza a mostrar **daños**.

Etapa IV

La **úlceras** resulta ser tan profunda que existen **daños en los músculos y en el hueso**.

Existen otros tipos de úlceras por presión que no encajan con las etapas indicadas anteriormente. Se tratan de **úlceras cubiertas por una capa de piel muerta** de color amarillento, verdoso o marrón que **impiden ver la profundidad de la llaga**.

También se pueden presentar úlceras por debajo de la piel y es lo que se denomina **lesión en tejidos profundos**. En este tipo de **lesión**, el área afectada puede presentar un **color marrón o púrpura**.

Úlceras por presión: Zonas más afectadas

Las úlceras posturales suelen aparecer generalmente en **zonas donde la piel cubre el hueso**, como:

- La parte posterior de la cabeza
- Los hombros
- La espalda
- Los codos
- Las caderas
- Los glúteos
- Los tobillos
- Los talones

¿Cuándo es necesario avisar a un médico?

Será de carácter **urgente avisar al médico** cuando la úlcera presente síntomas de **infección**:

- Mal olor
- Pus
- Enrojecimiento
- Dolor alrededor de la llaga
- Fiebre

- La piel está caliente y/o hinchada

¿Cómo prevenir las úlceras por presión en personas mayores?

El **cuidado de la piel, favorecer la movilidad y usar dispositivos de apoyo** que aminoren la presión sobre la piel serán decisivos para **evitar** la formación de las **úlceras o escaras**.

Cuidado de la piel en la persona mayor

- Observar e inspeccionar todo el cuerpo al menos una vez al día.
- Lavar diariamente la piel con agua tibia y jabón neutro.
- Hidratar continuamente la piel.
- Mantener a la persona mayor bien alimentada e hidratada.
- Activar la circulación de la sangre masajeando suavemente la piel tras el lavado. Debe evitarse el masaje sobre las prominencias óseas.
- Evitar las arrugas en la ropa de cama.
- Si existe incontinencia urinaria, usar pañales desechables y cambiarlos con frecuencia.

Favorecer la movilidad de la persona mayor

- Si es posible, estimular para que la persona mayor se mueva por sí misma.
- Si la persona está encamada, cambiar su postura cada 2 horas.
- Cambiar de postura cada 15 o 30 minutos si la persona está sentada durante largos periodos de tiempo, levantándola un poco e inclinándola (alternativamente) hacia los lados.
- Usar un sillón con respaldo alto en el que pueda apoyar la cabeza y a la espalda.

Uso de artículos de apoyo

- **Colchones y cojines antiescaras**. Estos pueden ser de diferentes materiales (espuma, aire, agua, gel, silicona) y su uso debe ser **valorado por el médico que aconsejará el más apropiado según el tipo de úlcera**.
- **Protectores específicos** como mantas, taloneras, rodilleras o coderas antiescaras que **reducen la presión sobre las zonas afectadas**.

Cuidados de las úlceras por presión

Es de suma importancia **seguir las pautas que el médico indique para el cuidado de las úlceras posturales**. Con el fin de **evitar una infección**, la herida debe mantenerse siempre bien limpia y es necesario cambiar el vendaje en cada lavado.

Curar las úlceras en etapa I

En esta etapa, se puede **lavar la zona** dañada con **agua tibia y jabón neutro**. Al finalizar es recomendable aplicar crema hidratante.

Curar las úlceras en etapa II

Las úlceras en **etapa II** deben **limpiarse con una solución salina que elimine el tejido muerto** (no se debe usar agua oxigenada o productos que contengan yodo ya que dañan la piel). Tras la limpieza hay que **cubrir la herida con un vendaje específico**. Con ello se evitarán infecciones y mantendrá la humedad de la piel, con lo que la herida cicatrizará más rápidamente.

Curar las úlceras en etapa III y IV

Normalmente, dada la **gravedad de las heridas**, estas úlceras **suelen ser tratadas por el personal sanitario**. En el hogar solo deberá seguirse las **instrucciones** que el profesional de la salud indique.

Recomendaciones y cuidados para la úlcera por presión

- Para **evitar una mayor lesión y fricción**, es recomendable aplicar un poco de polvo a las sábanas para que la **piel no sufra un roce** continuado al permanecer mucho tiempo en la cama.
- **Evitar las posiciones** que ejercen **presión sobre la lesión**.
- **Cuidar la piel** sana, manteniéndola **limpia e hidratada**.
- **Revisar la piel** a diario en busca de úlceras.
- Si la **úlcera cambia** o se forma una nueva, **consultar con el médico**.
- **No realizar masajes** sobre la **úlcera** ni alrededor.
- **No usar cojines en forma de anillo** ya que reducen el flujo sanguíneo en la zona y pueden llegar a producir nuevas lesiones. (Lopez, 2019)

Conceptos generales:

UPP: son el resultado de una necrosis isquémica en el nivel de la piel, así como tejidos subcutáneos, comúnmente debido a la presión ejercida sobre una prominencia ósea. (OMS)

Lesiones en el adulto mayor: Son todas aquellas relacionadas con problemas en el equilibrio, la pérdida de movilidad, alteración en la visión o auditiva, problemas cardiovasculares y musculares, falta de sensibilidad (sobre todo en los pies), deterioro de las capacidades cognitivas, así como el uso de ciertos medicamentos. (Quejar, 2011)

ADULTO MAYOR: personas de 65 años o más de edad. (OPS, 1994)

RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES: (también llamadas establecimientos de cuidados especializados de enfermería o centro de cuidados prolongados) y convalecientes es un lugar para personas que no necesitan permanecer en un hospital, pero que necesitan cuidados especiales. (envejecimiento, 2008)

Cuidados de enfermería: a toda la atención especializada que pueda recibir una persona, bien sea de manera preventiva o cuando se encuentre *enferma*, bien sea que esté recluida en una institución de salud o en su casa. (Castro, 2010)