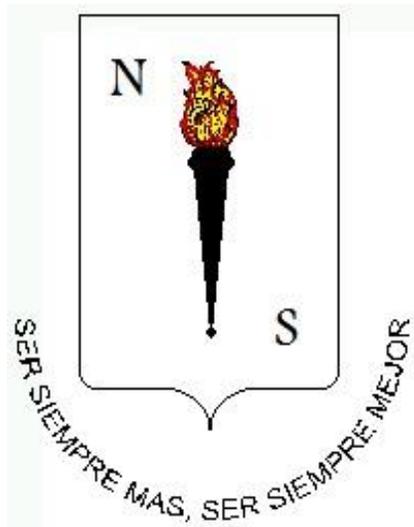


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MIRIAM NAYELI BARAJAS ALEJANDRE.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **AGRADECIMIENTOS**

## **A Dios**

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el tiempo de estudio.

## **A mis padres**

Que siempre se ha preocupado por mi bienestar y que si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, mis estudios no vieran sido posibles.

A mi papá, que con sus consejos y experiencias me ha ayudado a que se cumplan uno a uno todos mis objetivos; y a mi mamá, por su apoyo incondicional durante estos años, su cariño y cuidado que ha estado desde pequeña.

## **A mis hermanos**

Por su amor incondicional y apoyo cuando estaba estresada, por los momentos divertidos, felices y alegrías compartidas en este proceso.

## **A mis maestros**

Que con sus grandes conocimientos me brindaron las bases necesarias para iniciar y culminar este proyecto.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de la tesis. Es un orgullo y satisfacción el terminar este proyecto.

## **DEDICATORIA**

A mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores los cuales me han ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles.

A mis hermanos, porque son la razón de sentirme orgullosa de culminar mi meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
ANTECEDENTES .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	9
OBJETIVOS .....	10
GENERAL.....	10
ESPECÍFICOS.....	10
HIPÓTESIS .....	11
JUSTIFICACIÓN .....	12
CAPÍTULO 1. Generalidades.....	14
1.1. Concepto .....	14
1.2. Etiopatogenia .....	15
1.3. Epidemiología .....	16
1.4. Factores de riesgo .....	16
1.5. Localización más frecuente .....	18
1.6. Evaluación y detección de úlceras por presión .....	19
1.7. Clasificación.....	20
1.8. Complicaciones.....	22
CAPÍTULO 2. Herramientas para valoración de riesgo y factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión.....	25
2.1. Escala de Braden (Barbara Brande) .....	25
2.1.1. Percepción sensorial .....	26
2.1.2. Humedad .....	26
2.1.3. Actividad .....	27
2.1.4. Movilidad .....	28

2.1.5. Nutrición .....	28
2.1.6. Fricción y descamación .....	29
2.2. Escala de Norton (Doreen Norton).....	30
2.2.1. Estado mental.....	30
2.2.2. Continencia.....	31
2.2.3. Movilidad .....	32
2.2.4. Actividad .....	32
2.2.5. Nutrición .....	33
CAPÍTULO 3. Intervenciones para la prevención o evitar la progresión de úlceras por presión. ....	36
3.1. Instrumental médico de riesgo .....	36
3.2. Intervenciones de enfermería y familiares .....	37
3.3. Cambios de posición.....	40
3.4. Fricción y cizallamiento.....	41
CAPÍTULO 4. Dispositivos terapéuticos para las úlceras por presión.....	44
4.1. Dispositivos para alivio de la presión .....	44
4.2. Materiales protectores para el tratamiento local de las úlceras por presión	45
ANÁLISIS DE DATOS.....	49
CONCLUSIONES .....	58
SUGERENCIAS .....	60
Valoración clínica.....	60
Cuidados de la úlcera por presión .....	61
Limpieza de la úlcera por presión.....	62
Cuidados de la úlcera por presión infectada.....	64
Desbridamiento .....	67

Manejo del dolor .....	69
Nutrición .....	70
ANEXOS .....	73
Anexo 1. Consentimiento informado .....	73
Anexo 2. Cuestionario.....	76
Anexo 3. Hipócrates.....	77
Anexo 4. Los 7 santos durmientes de Éfeso.....	77
Anexo 5. Ambrose Pare.....	77
Anexo 6. Jean-Martin.....	78
Anexo 7. ÚPP de Charcot.....	78
Anexo 8. Cama de aire .....	78
Anexo 9. Doreen Norton .....	78
Anexo 10. Úlcera por Presión .....	79
Anexo 11. Factores de riesgo fisiológicos.....	79
Anexo 12. Factores de riesgo situacionales.....	79
Anexo 13. Locaciones mas frecuentes de las Úlceras por Presión .....	80
Anexo 14. Estadio 1 de las ÚPP .....	80
Anexo 15. Estadio 2 de las ÚPP .....	80
Anexo 16. Estadio 3 de las ÚPP .....	81
Anexo 17. Estadio 4 de las ÚPP.....	81
Anexo 18. Escala de Barbara Braden.....	82
Anexo 19. Escala de Doreen Norton.....	82
BIBLIOGRAFÍA .....	83

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema de Úlceras por Presión que se puede definir como una lesión de tipo isquémico presente en la piel la cual es desarrollada por distintos factores entre ellos la presión y fricción entre dos planos que son la persona y la superficie en la que se encuentra posicionado. Los sitios principales de desarrollo de estas lesiones son los omoplatos, los codos, la zona sacra, los glúteos, los talones y los pies.

Para analizar la problemática es necesario identificar distintos factores de riesgo, de los cuales se destacan los fisiológicos, situacionales, derivados del tratamiento y del entorno. Estos factores condicionan a los pacientes para que sean más susceptibles al desarrollo de estas lesiones, de los cuales también se desencadenan por enfermedades crónicas y la edad.

La investigación de esta problemática se realizó por el interés de conocer las verdaderas causas y factores de riesgo que ocasionan la aparición de las Úlceras por Presión, dado que en mi práctica hospitalaria existe gran variedad de pacientes con enfermedades crónicas, edad avanzada y estancias hospitalarias de largo tiempo y con ello el poder ayudar y agregar a nuestras actividades diarias el proteger y prevenir la aparición de estas lesiones.

Por otra parte también se suscitó mi interés académico porque me gusta indagar sobre algunas escalas e valoración para las Úlceras por Presión e identificar precozmente los signos y síntomas. Y sin menos importancia, al ya estar presentes éstas lesiones, saber cómo actuar para mejorar la estancia hospitalaria de los pacientes y crear ambientes seguros y cómodos para ellos, de igual manera que incluir en su tratamiento algunas sugerencias para aliviar las úlceras y el dolor que estas causan.

Esta investigación se realizó un una serie de cuestionarios a personal profesional de enfermería, así como a estudiantes de enfermería. Se tuvo un numero definido de encuestados los cuales fueron solo 20 personal y el cuestionario constó de 15 preguntas. Durante esta investigación no hubo ningún obstáculo muy grande o evidente siendo que existe en la actualidad mucha información actualizada en libros

e internet para obtener; sin embargo uno de los pequeños obstáculos fue en los encuestados dado que en algunas de las preguntas abiertas se tuvo que explicar un poco más del tema a los encuestados para que pudieran contestar más abiertamente sus respuestas.

Con todo esto la finalidad de mi objetivo general es “Determinar la relación entre los cuidados de enfermería y aparición de úlceras por presión en pacientes con factores de riesgo evidentes” y de mis objetivos específicos son “Analizar el concepto de úlceras por presión y describir los tipos de estadios en que se desarrollan las úlceras por presión. Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo y de acuerdo a las escalas de valoración. Describir las diferentes estrategias e intervenciones para mantener la úlcera por presión limpia, sin contaminación y que promuevan la cicatrización.” Y de acuerdo al propósito de mi investigación se irán desarrollando a lo largo de los capítulos.

Los diversos temas se encuentran distribuidos de la manera que en el capítulo 1 se analizarán algunas generalidades del tema como lo es la definición, la etiopatogenia, epidemiología, factores de riesgo, localizaciones más frecuentes, clasificación, entre otras más cosas.

En el capítulo 2 se analizan las dos más importantes escalas de valoración que son la escala de Barbara Braden y Doreen Norton, describiendo cada uno de sus puntos a valorar.

En el capítulo 3 se hará referencia a intervenciones para la prevención o evitar la progresión de úlceras por presión en donde se evaluará el riesgo, veremos también la correcta educación al paciente y el personal de salud, conocimiento de los cuidados de la piel, cómo reducir la fricción y el cizallamiento y algunos cambios de posición adecuados.

En el capítulo 4 veremos algunos dispositivos terapéuticos para las Úlceras por presión, ahí mismo los dispositivos para aliviar la presión y materiales protectores para el tratamiento local de las Úlceras por presión.

## ANTECEDENTES

Las Úlceras por Presión (ÚPP) han estado presentes en la humanidad desde los inicios de ésta, ya que sus principales agentes causales son inherentes a la interacción del ser humano con el medio que lo rodea; por ello es importante comprender los aspectos relacionados con las UPP desde sus inicios, descubrimientos y evolución hasta el día de hoy.

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. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017).

Una de las primeras aportaciones de la historia de las UPP se basan a los años antes de Cristo en donde se observan formaciones de las lesiones en una sacerdotisa anciana de Amon, las cuales aparecen en sitios más comunes como lo fueron en las escapulas y los isquiones.

El primer registro escrito acerca de las UPP corresponde a Hipócrates (460-370 a.C.) (Anexo 3), quien describió la aparición de una lesión de este tipo en un paciente parapléjico con disfunciones en la vejiga y en los intestinos. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017).

Basándome en las redacciones presentes en la historia encuentro escritos sobre Hipócrates en donde descubre la aparición de estas lesiones en un paciente el cual se encuentra inmóvil por presentar una patología que le impide trasladarse o siquiera movilizarse en su propia cama. Con esto me doy una idea que desde la época de Hipócrates se iniciaban a investigar estas lesiones y a pesar de no tener una causa química o física desconocida, se tomaba en cuenta el ambiente externo del paciente.

Ya después del nacimiento de Jesucristo encontramos referencias indirectas a las UPP en la leyenda de los siete santos durmientes de Éfeso, historia datada en los tiempos del emperador Decio (249-271 d.C.) y de los primeros cristianos. Según dicha leyenda, los siete santos durmieron durante un período prolongado de tiempo, más de 200 años, y fueron reposicionados, se supone que para evitar lesiones por presión (Anexo 4). Esta leyenda también fue recogida en el Corán. A finales de la Edad Media empiezan a aparecer en la literatura menciones a los diferentes tipos de “llagas”, su tratamiento y sus consecuencias. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017).

De acuerdo a este párrafo nos da otro acontecimiento de las UPP en donde se narra una pequeña leyenda de unos cristianos que son siete santos que se duermen durante doscientos años pero en ellos se demuestra la importancia de la movilización ya que durante todo este tiempo estuvieron siendo movilizados para evitar el desarrollo de úlceras por presión y claro que se logró el objetivo.

A Ambroise Paré (1510-1590) (Anexo 5), un cirujano francés considerado como el padre de la cirugía moderna que trabajó para los reyes franceses Enrique II, Francisco II, Carlos IX y Enrique III, le corresponde el mérito de la que probablemente sea la primera descripción de una UPP, desde su valoración, hasta su tratamiento, y a una interpretación acerca de sus posibles causas. Paré es famoso porque introdujo cambios en el tratamiento de las heridas por arma de fuego como alternativa a la utilización de aceite hirviendo y el cauterio con hierro al rojo vivo, prácticas que, no sin razón, definió como de gran crueldad. Los nuevos avances en el tratamiento de heridas por parte de Paré fueron recogidos en su obra *Of ulcers, Fistulas and Hemorrhoids*, en la que enfatizaba en la necesidad de, dentro del tratamiento de las heridas, tratar la causa, junto al manejo del dolor, la dieta, el hecho de dormir y descansar y hacer un moderado ejercicio; en palabras de Paré: “Si no es eliminada (la causa) la úlcera no podrá cicatrizar”. Al referirse al tratamiento de las heridas, Paré hizo mención a algunos aspectos que hoy en día continúan siendo plenamente vigentes, en especial, a la necesidad de eliminar el

tejido desvitalizado y crear un ambiente local propicio para la reconstrucción del nuevo tejido. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017)

En la etapa del renacimiento encuentro un autor muy reconocido en este tema en donde inicia sus investigaciones más a fondo dado que describe el desarrollo, valoración e incluso tratamiento para estas UPP. Utiliza un método en el tratamiento muy cruel ya que lo considero un poco inhumano en donde utiliza aceite hirviendo y cauteriza con hierro y sobretodo estando los pacientes completamente conscientes.

Ya en pleno siglo xix, Jean-Martin Charcot (1825-1893) (Anexo 6), un médico francés recordado como uno de los fundadores de la neurología como disciplina. 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. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017).

Charcot hace una amplia investigación en el tema de las UPP en donde se basa a la neurología, que era su rama de estudio, dado que en su ejercicio profesional se relacionaba con pacientes con enfermedades agudas y crónicas relacionadas con el sistema nervioso central (SNC), principalmente con el cerebro y médula espinal.

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. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017). (Anexo 7).

Charcot en la Teoría Neutrófica narra el agente causal de estas lesiones, en donde claramente menciona que la presión es la principal causa de ello y de ahí se une

más factores para el desarrollo de las lesiones, de igual manera describe que las lesiones aparecen y tienen un curso lento, indolente y progresivo, sin embargo exclama que de acuerdo a las diferentes patologías el curso de la aparición de las UPP será diferente, siendo de la mayoría de las veces como se mencionó anteriormente, y en algunas puede ser caracterizado por una aparición rápida.

Charcot utilizó la teoría neurotrófica para explicar estas observaciones, diferenció entre lesiones pasivas como resultado de una inactividad funcional y trastornos tróficos posteriores a lesiones agudas del sistema nervioso y definió diferentes tipos de lesiones por presión en función de su cronología de aparición:

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

En el caso de los decubitus acutus, Charcot correlacionó la localización del daño en el nervio con la zona de ulceración. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017).

Charcot diferencia las lesiones por presión de acuerdo a diferentes etiologías y con ello también le ayuda para desarrollar mejor su teoría analizando cada lesión, sus características y su evolución día con día.

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

Harrington publicó en el año 1950 la descripción de una cama oscilatoria de su invención, la cual ofrecía en su opinión una solución definitiva a las UPP. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017) (Anexo 8).

En el siglo XX se evoluciona un nuevo tratamiento, no curativo sino más preventivo, en donde consta de una cama oscilatoria de aire que hace que la piel no presente

la misma presión como un colchón normal sino que esta cama tenía celdas transversales que se inflaban y desinflaban al tiempo de dos o tres minutos y como resultado daba una disminución de la presión en la zona dorsal de todo el cuerpo (escapulas, espalda baja, zona sacra, glúteos, piernas y tobillos).

Es en este contexto de la década de los años cincuenta y sesenta del siglo pasado cuando la efervescencia del análisis de los factores de riesgo se traduce en una pionera investigación orientada a prevenir las mismas en función de los factores de riesgo que habían sido identificados hasta la fecha. Dicho estudio, denominado “An investigation of geriatric nursing problems in hospital”, fue desarrollada en 1962 por dos enfermeras, Doreen Norton y Rhoda McLaren.

Esta investigación dio como fruto el diseño de la primera escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP) descrita en la literatura, y en el contexto de este trabajo centrado en pacientes geriátricos y con el fin de instruir a las enfermeras menos expertas que participaban en ella, Doreen Norton desarrolló su conocida escala, que aún hoy sigue siendo utilizada en muchos hospitales y residencias en el mundo. (Bou, Levin, Casanova, & Bravo, 2017). (Anexo 9).

Norton y McLaren fueron dos grandes enfermeras investigadoras en el desarrollo de la teoría y métodos de valoración de las úlceras por presión, Norton desarrolló una escala de valoración para identificar las UPP de acuerdo a varios factores y en torno al paciente como son el estado físico general, el estado mental, la actividad física, su movilidad y por último si presenta algún tipo de incontinencia.

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU., en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP). La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad

física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. (Fernandez, Hidalgo, Ágreda, & García, 2008).

Braden, una teórica muy importante al igual que Norton realiza una escala de valoración de las UPP, a diferencia de Norton, Braden señala que los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En las tareas cotidianas, se puede observar uno de los principales problemas con el que se encuentra el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones, es el de las úlceras por presión. La problemática que suscita este tipo de lesiones, afecta en diferentes medidas, al paciente, a la propia unidad de hospitalización y también a los familiares.

La úlcera por presión es una complicación habitual en los pacientes hospitalizados y en personas con patologías que les impiden su movimiento en donde se encuentran completamente en su cama y frecuentemente suele presentarse en enfermos graves y con estancias largas. Existe una mayor incidencia debido a una errónea definición y sobretodo una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de las mismas, 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.

De igual manera debemos conocer las estrategias para evaluar los grados de lesión y el sitio donde se encuentran las UPP; por otro lado es de suma importancia conocer los métodos y tipos de tratamientos que podemos utilizar el personal de enfermería en los pacientes como medicamentos, apósitos e incluso la terapia VAC; y sin menos importancia se deben reconocer las escalas para la prevención de la formación de las lesiones.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿El personal de enfermería cuenta con los conocimientos necesarios para valorar las Úlceras por Presión?

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la relación entre los cuidados de enfermería y aparición de úlceras por presión en pacientes con factores de riesgo evidentes.

### **ESPECÍFICOS**

- Analizar el concepto de úlceras por presión y describir los tipos de estadios en que se desarrollan las úlceras por presión.
- Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo y de acuerdo a las escalas de valoración.
- Describir las diferentes estrategias e intervenciones para mantener la úlcera por presión limpia, sin contaminación y que promuevan la cicatrización.

## HIPÓTESIS

La hipótesis es una proposición que aún no ha sido corroborada y a partir de la cual se puede desarrollar una investigación.

Es decir, una hipótesis es una afirmación que puede o no ser cierta. Sin embargo, se formula en base a un indicio o a una serie de hechos, a los cuales se puede añadir determinados supuestos. La hipótesis puede fundamentarse en la evidencia científica o un conjunto de argumentos que cuenten con sustento. De otro modo, no tendría sentido iniciar un trabajo de análisis al respecto. Cabe destacar que la hipótesis es un elemento esencial en el método científico, pues se parte de una hipótesis para, a través de la experimentación, comprobarla o refutarla. (Westreicher, 2020)

- Hipótesis de investigación (HI):

El personal de enfermería no cuenta con los conocimientos necesarios para valorar una Úlcera por Presión.

- Hipótesis nula (HO):

El personal de enfermería cuenta con los conocimientos para valorar una Úlcera por Presión.

## JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema común a todos los países y niveles asistenciales de salud; afectan a personas de todos los grupos de edad y producen elevados costes tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel socio-económico de consumo de recursos.

Las UPP representan un significativo problema de salud no solo para pacientes y familias, sino también para los sistemas sanitarios. Manifiestan una incidencia y una prevalencia importantes a nivel mundial.

Su carácter iatrogénico plantea que su aparición es evitable y, por este motivo, son indicadores de calidad científico-técnica tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención especializada.

Las UPP son también un motivo de sufrimiento para quienes las padecen y para sus familiares. Cuidar a un paciente con úlceras por presión provoca desgaste y cansancio. Es normal que los familiares y cuidadores principales sientan tristeza, preocupación, irritabilidad, soledad y culpabilidad. Estas emociones, unidas al agotamiento, pueden provocar el cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Por esto mismo es importante no solo basarse en el tratamiento de las lesiones, sino principalmente en la prevención para evitar el agotamiento tanto del paciente como de sus familiares y así mismo disminuir el sufrimiento y dolor de la patología presente.

## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO 1. Generalidades.**

## **CAPÍTULO 1. Generalidades.**

### **1.1. Concepto**

Úlcera es la rotura de la piel, el recubrimiento de un órgano o la superficie de un tejido. Una úlcera se forma cuando las células superficiales se inflaman, mueren y se desechan. Las úlceras pueden vincularse con el cáncer y otras enfermedades crónico-degenerativas. (Cáncer, 2018) (Anexo 10).

Presión 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. (Claudia Aragón Salazar, 2012).

Úlcera por presión es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él. En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la microcirculación. En su formación participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento. (Martha, s.f.).

Con lo mencionado anteriormente se sustenta la información que hemos obtenido y aprendido en el hospital de prácticas, ya que al observar a pacientes que presentan esta afección nos damos cuenta que el mayor factor de riesgo es la presión, la cual se lleva a cabo cuando los pacientes deben tener un reposo absoluto y prolongado y por consecuente se ejerce una presión seguida de fricción con la cama, así como hay un cizallamiento de la piel con las sábanas y de igual manera se llega a tener un pinzamiento vascular cuando de llegan a combinar la presión con la fricción al mismo tiempo causando un daño tisular más rápido, como lo vemos principalmente en la posición de fowler.

## 1.2. Etiopatogenia

Las úlceras por presión son causadas por cualquier daño que produce una presión constante o persistente sobre un tejido, lo que da como resultado un daño subyacente. Se produce con mayor frecuencia en aquellas áreas en las que el hueso subyacente está cerca de la piel; por ello más del 90% de las úlceras por presión están localizadas en la parte inferior del cuerpo y de estas el sacro es el sitio anatómico más común. (Lopez, s.f.)

De acuerdo a lo aprendido en la práctica clínica, lo podemos constatar ya que como lo menciona el autor, donde uno de los sitios más afectados son el sacro, vemos que en el área clínica también suele suceder en la mayoría de los pacientes, sin embargo también las partes más afectadas son los tobillos, los codos y los omoplatos ya que los unas de las regiones donde hay un hueso que está cerca de la piel.

En general, no existe un factor único que pueda explicar la aparición de las úlceras por presión, en su lugar existe una compleja interacción de factores que aumentan la probabilidad de desarrollarla. Según recientes investigaciones los factores de riesgo que surgen con mayor frecuencia como predicadores independientes del desarrollo de úlceras por presión son los siguientes:

1. Los relacionados con la actividad/ movilidad del paciente.
2. Relacionados con el estado de la piel.
3. Relacionados con alteraciones de la perfusión. (M. Lima Serrano, 2017)

Con esto expuesto acertamos que unos de los principales factores de riesgo son los mencionados anteriormente, de igual manera como lo vemos en el área de hospitalización de pacientes graves se encuentran también factores como la falta de medios de prevención, la temperatura ambiental, la hidratación, e incluso las alteraciones inmunológicas; así como una de los principales factores de riesgo es la falta de actividad física como son la disminución de los cambios de posición.

### **1.3. Epidemiología**

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 y 3,3% entre 70-75 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. 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. (Elena Pereira Jimenez, 2017).

Nos damos cuenta que las úlceras por presión se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre un hueso o prominencia ósea y una superficie externa durante un periodo prolongado; son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial. Los datos obtenidos anteriormente destacan que la prevalencia del desarrollo de UPP se da en pacientes hospitalizados sobre todo en las primeras dos semanas de estancia, sin embargo también existe un riesgo en los pacientes inmovilizados en sus hogares; la mortalidad hospitalaria de esta patología es muy mínima sin embargo no es menos importante que otras enfermedades ya que a pesar de llegar a ser mortal causa mucho dolor, desesperación y sufrimiento en los usuarios que las desarrollan.

### **1.4. Factores de riesgo**

a) Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricional: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: EVC (Evento Vascular Cerebral), fracturas.
- Déficit sensorial: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

(Anexo 11)

#### 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.

(Anexo 12)

#### 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. (Claudia Aragón Salazar, 2012)

Existe una gran variedad de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión uno de los más importantes para mí son los fisiológicos y derivados del tratamiento porque me doy cuenta que los pacientes que tienen enfermedades crónico-degenerativas son más susceptibles a presentar UPP; me llama la atención la obesidad relacionado con las UPP dado que México es uno de los países con mayor índice de obesidad en el mundo y a pesar de esto poder ser prevenible teniendo una buena alimentación siendo saludable, cada vez es peor porque no solo se desarrolla en personas adultas sino también está prevaleciendo en niños. Esto nos da un resultado a pensar que la obesidad tiene más patologías aunadas y el riesgo de inmovilidad en estos pacientes es mayor y como consecuencia de ello acarrearía el desarrollo de una lesión tisular.

Los factores de riesgo de situaciones y del entorno también tienen importancia porque estos de igual manera pueden ser prevenibles y no tienen costos muy altos, sino incluso se derivan del cuidado solamente del paciente y como personal de enfermería es parte de nuestra labor tratar de prevenir estos factores de riesgo y sobretodo en pacientes más susceptibles.

Algunos ejemplos que tomo de la prevención en los factores de riesgo que hago en mis prácticas clínicas es el evitar arrugas en las sábanas de los pacientes; mantener limpia su piel, principalmente la que está más en contacto con la superficie del colchón; cambiar de posición varias veces durante el turno, ya sea en lateral izquierdo, lateral derecho o decúbito ventral; poner un colchón de aire debajo de sus sabanas para que disminuya la presión ejercida de su cuerpo (sacro, coxis, escápulas); utilización de donas (algodón cubierto de vendas en forma de dona); incluso, la utilización de terapia VAC cuando las lesiones ya están presentes.

## **1.5. Localización más frecuente**

Las localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión son las óseas como:

- Sacro.

- Coxis.
- Tuberosidades isquiáticas.
- Trocánteres mayores.
- Codos.
- Talones.
- Escápulas.
- Maléolos laterales y mediales.

El desarrollo de úlceras en los glúteos es muy frecuente en pacientes en silla de ruedas aunque otros sitios de prominencias óseas son sometidos a presión cuando el paciente está en posición supina u otras posiciones. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005). (Anexo 13).

Es muy importante reconocer los sitios más frecuentes de aparición de UPP dado que al identificarlos tenemos un mejor cuidado y mayor movimiento en esas zonas localizadas. Así como es de gran interés evaluar el estado de la piel de estas zonas porque nos daremos una idea de qué tan susceptible es la región para la aparición de las UPP y podríamos tener una mala prevención y mal diagnóstico desde el ingreso de nuestro paciente o desde la revisión del paciente en su cama en caso de ser foráneo a un hospital.

## **1.6. Evaluación y detección de úlceras por presión**

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 las úlceras y la evaluación clínica.

La evaluación del estado de la piel 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. (Claudia Aragón Salazar, 2012).

Con esto mencionado se reitera en lo aprendido durante la práctica clínica en donde inicialmente debemos buscar los factores de riesgo evidentes para tratar desde ahí el problema, siguiendo de una evaluación clínica completa por parte de la enfermera y el médico tratante para así poder brindarle un ambiente seguro y confortable a nuestro paciente. Como lo vemos principalmente en el área de hospitalización de pacientes graves en el hospital antes mencionado, haciendo así que exista un menor riesgo de una formación de una úlcera haciendo actividades enfermeras se fácil acceso como lo son el cambio de posición cada dos horas regularmente, evitar el pinzamiento vascular, disminuir las arrugas en las sábanas, poner colchones de aire para disminuir la presión completa de la parte dorsal del cuerpo y sin menos importante mantener una buena higiene y alimentación de nuestros pacientes.

## **1.7. Clasificación**

Estadio 1: Eritema no blanqueante en la piel intacta.

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. (García Fernández FP, 2005). Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible, pueden presentar tonos rojos, azules o morados. (Anexo 14).

Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. El Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

Estadio 2: Pérdida parcial del espesor de la piel o ampolla.

La pérdida de espesor parcial de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas se presenta como una úlcera abierta poco profunda, con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos que tiene aspecto de abrasión o cráter superficial. También puede mostrarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. (García Fernández FP, 2005). (Anexo 15).

Otras características: Luce como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas. Este estadio no debería emplearse para describir laceraciones de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoiación.

Estadio 3: Pérdida total del grosor de la piel (grasa visible).

Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. (García Fernández FP, 2005) (Anexo 16).

Otras características: La profundidad de las UPP de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente; en el puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo que no tienen tejido subcutáneo (adiposo), las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Estadio 4: Pérdida total del espesor de los tejidos (musculo/hueso visible).

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén. (García Fernandez FP, 2005). Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. (Anexo 17).

Otras características: La profundidad de la UPP de estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente; en el puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo que no tienen tejido subcutáneo (adiposo), estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

De acuerdo a lo mencionado en su clasificación, vemos en el hospital de prácticas distintos pacientes con lesiones en todos tipos de estadios y características que menciona, así como llegamos a ver pacientes en donde inician con un estadio 1 y pueden llegar a desarrollarse hasta estadio 4 y su evolución de la afección.

Con ello, cuando ingresa un paciente al área de urgencias por una UPP podemos diagnosticar en qué estadio se encuentra y cuál es el manejo que se le debe brindar para que tenga una recuperación segura y rápida; de igual manera en el área de hospitalización cuando un paciente llega a presentar signos de úlcera o ya la presencia de ella, saber diferenciar y diagnosticar el estadio y brindarle la atención adecuada.

Sin menos importancia también valoramos a los pacientes que pueden ser susceptibles para el desarrollo de una lesión y principalmente los tratamos con mayor cuidado tratando de prevenir una UPP. Por otro lado en algunas guardias especiales que hacemos en servicios foráneos a las prácticas en el hospital, es decir, en personas que se encuentran en sus hogares también encontramos la aparición de lesiones y debemos tratarlas con cuidado para evitar el deterioro y mayor daño en la zona afectada.

## **1.8. Complicaciones**

Pueden dividirse en primarias y secundarias:

1. Complicaciones primarias:

a) Locales: originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones y originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida. Los patógenos más frecuentes son gérmenes gramnegativos, anaerobios y staphilococo aureus meticilin resistente. La osteomielitis se debe sospechar ante úlceras de evolución tórpida, sepsis, leucocitosis sin otra causa o VSG mayor o igual a 120 mm/h. Otra de las complicaciones que puede condicionar el manejo y tratamiento es el dolor.

b) Sistémicas: entre las que debemos destacar la anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.

## 2. Complicaciones secundarias:

Algunas son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la iatrogenia. (Claudia Aragón Salazar, 2012)

**CAPÍTULO 2. Herramientas para valoración de riesgo y factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión.**

## **CAPÍTULO 2. Herramientas para valoración de riesgo y factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión.**

En la actualidad existen diferentes instrumentos para valorar las úlceras por presión, sin embargo uno de los más importantes y específicos en la práctica de enfermería son las escalas de valoración de Braden y Norton que veremos a continuación.

La Escala de Braden ha sido aprobada y llevada a cabo por diferentes sitios en donde incluyen unidades médico-quirúrgicas, unidades de cuidados intensivos y casas de cuidado de enfermería para personas de edad avanzada.

La Escala de Norton también ha sido aprobada y llevada a cabo en casas de personas de edad avanzada.

Estas dos escalas de valoración muestran muy buenas funciones en el área de enfermería para el diagnóstico de las úlceras por presión, incluso son mejores predictores de riesgo que los diagnósticos médicos, ya que estos no representan el nivel de discapacidad o inmovilidad que acompaña el diagnóstico.

La Escala de Braden hace contemplar 6 variables. Cada una de ellas se mide de menor a mayor y con numeración en donde se marca del 1 (menor) al 4 (mayor), con excepción de la variable Fricción y descamación en donde solo se miden 3 puntos como máximo; con ello se tiene un puntaje máximo total de 23. Puntajes superiores o iguales a 15 clasifican a los individuos en alto riesgo para desarrollar úlceras por presión. (Anexo 18).

La Escala de Norton hace contemplar 5 variables. Cada una de ellas se mide de mayor a menor y con una numeración en donde se marca del 4 (mayor) al 1 (menor); con ello se tiene un puntaje máximo total de 20. Puntajes inferiores o iguales a 12 clasifican a los individuos en alto riesgo para desarrollar úlceras por presión. (Anexo 19).

### **2.1. Escala de Braden (Barbara Brande)**

### **2.1.1. Percepción sensorial**

Habilidad del individuo para responder significativamente a la presión relacionada con incomodidad.

1. Completamente limitado: El individuo no responde (no se queja, no rechaza, no agarra) a estímulos dolorosos, debido a disminución en los niveles de conciencia o sedación o habilidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.
2. Muy limitado: El individuo responde solamente a estímulos dolorosos. No comunica disconfort excepto con quejidos o inquietud o tiene un daño sensorial que limita la habilidad de sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.
3. Escasamente limitado: El individuo responde a órdenes verbales pero no puede siempre comunicar su disconfort o necesita ser volteado o tiene algún daño sensorial que limita la habilidad para sentir dolor o disconfort en 1 o 2 extremidades.
4. No hay Daño: El individuo responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial ni limitación en el deseo de sentir o manifestar dolor o disconfort.  
(Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La percepción sensorial es la primera variable de valoración en la escala de Braden la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia a la presión relacionada con la incomodidad. Aquí el individuo lo evaluamos de acuerdo a la respuesta que tiene sobre la presión e incomodidad en su cuerpo, sin embargo también aunado a esto se caracteriza con el grado de alerta (neurológico).

### **2.1.2. Humedad**

Grado en que la piel del individuo está expuesta a la humedad.

1. Constantemente húmedo: La piel del individuo se mantiene húmeda casi constantemente por transpiración, orina, etc. La humedad es detectada cada vez que la persona es movida o volteada.
2. Húmedo: La piel del individuo está casi siempre húmeda. La ropa puede ser cambiada al menos una vez en el turno.
3. Ocasionalmente húmedo: La piel del individuo esta ocasionalmente húmeda. Requiere un cambio de ropa extra aproximadamente una vez al día.
4. 4. La piel del individuo esta usualmente seca: La ropa solamente se cambia en los intervalos de rutina. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La humedad es la segunda variable de valoración en la escala de Braden la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia al grado en que la piel del individuo está expuesta a la humedad. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo al grado de humedad en que se encuentra de acuerdo a su inmovilidad.

### **2.1.3. Actividad**

Grado de actividad física del individuo.

1. Acostado. La persona esta confinada a la cama.
2. Sentado. La habilidad del individuo para caminar, está severamente limitada o no existe. No puede soportar por sí mismo su peso y/o necesita ayuda para pasar a la silla o silla de ruedas.
3. El individuo camina ocasionalmente durante el día pero por muy cortas distancias, con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del tiempo del turno en la silla o en la cama.
4. La persona camina fuera de la habitación por lo menos dos veces al día y dentro de la habitación por lo menos cada dos horas en las horas diurnas. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La actividad es la tercera variable de valoración en la escala de Braden la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia al grado de actividad física del individuo.

Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo a las limitaciones que presenta al trasladarse de un lugar a otro, en donde puede presentarse completamente nula su actividad física o de lo contrario puede trasladarse de un lugar a otro y sin problema.

#### **2.1.4. Movilidad**

Habilidad del individuo para cambiar y controlar las posiciones del cuerpo.

1. Completamente inmóvil: El individuo no puede hacer el menor cambio en la posición de su cuerpo o extremidades sin asistencia.
2. Muy limitado: El individuo ocasionalmente realiza cambios en la posición de su cuerpo o extremidades pero es incapaz de realizar cambios frecuentes o significativos independientemente.
3. Ligeramente limitado: El individuo realiza frecuentemente, aunque ligeramente limitados, cambios de la posición de su cuerpo y extremidades con independencia.
4. No hay limitaciones: El individuo realiza mayor y frecuentemente cambios en su posición sin asistencia. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La movilidad es la cuarta variable de valoración en la escala de Braden la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia a la habilidad del individuo para cambiar y controlar las posiciones del cuerpo. Aquí el individuo lo evaluamos de acuerdo al grado de movilidad que realiza él mismo con su propio cuerpo principalmente basándonos en movimientos de sus extremidades, incluso haciendo cambios de posición completas.

#### **2.1.5. Nutrición**

Consumo modelo de comida de la persona

1. Muy pobre: El individuo nunca come la comida completa. Rara vez come más de 1/3 parte de la comida ofrecida. Come dos o menos porciones de proteínas (carne, lácteos) por día. Toma pocos líquidos. No toma suplementos alimenticios o líquidos claros o líquidos intravenosos por más de cinco días.
2. Muy limitado: El individuo raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de la comida ofrecida. Solamente come tres porciones de proteínas al día. Ocasionalmente toma suplemento alimenticio o recibe menor cantidad a la óptima de dieta líquida o alimentación enteral.
3. Adecuada: El individuo come más de la mitad de las comidas. Come un total de 4 porciones de proteínas cada día. Ocasional refuerza su alimentación pero siempre toma los suplementos ofrecidos o Tiene régimen de alimentación enteral o parenteral para cubrir todas sus necesidades nutricionales.
4. Excelente: El individuo come todas sus comidas. Nunca deja nada. Come un total de cuatro o más porciones de proteínas (carnes, productos lácteos) al día. Ocasionalmente come entre comidas. No necesita suplemento alimenticio. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La nutrición es la quinta variable de valoración en la escala de Braden la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia al consumo modelo de comida de la persona. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo al plan de alimentación en el que se encuentra, siendo ésta una comida que contenga proteínas y líquidos, así como agregar algunos suplementos alimenticios en los primeros grados de valoración porque su ingesta de alimentos es muy mínima.

### **2.1.6. Fricción y descamación**

1. Problema: El individuo requiere de moderada a máxima asistencia en el movimiento. Es imposible que no resbale en las sabanas al levantarlo.

Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiere reposicionarlo con máxima asistencia. Hay espasticidad, contracturas o movimientos agitados con constante fricción.

2. Problema Potencial: El individuo tiene movimientos disminuidos o requiere mínima asistencia. Durante el movimiento la piel probablemente resbala en alguna extensión sobre la sabana, la silla u otros aditamentos. Mantiene relativamente buena posición en la cama o la silla pero en algunas ocasiones se desliza hacia abajo.
3. No hay problema aparente: Los movimientos que realiza el individuo en la cama y la silla son independientes. Tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente en los movimientos. Mantiene buena posición en la cama o en la silla todo el tiempo. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La fricción y descamación es la sexta variable de valoración en la escala de Braden la cual se divide en 3 fases, ésta hace referencia a los posibles problemas en que se encuentra al paciente en permanecer en cama o silla. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo al grado de fricción y descamación que tiene con su ambiente, en este caso las sábanas de su cama o los colchones de su sillón en donde se valora si es posible que llegue a resbalarse en estas superficies o si tiene la fuerza muscular necesaria para mantenerse inmóvil en ellas.

## **2.2. Escala de Norton (Doreen Norton)**

### **2.2.1. Estado mental**

Valoración del nivel de respuesta de la persona al medio.

1. Estupor o inconciencia. La persona está totalmente desorientada. No responde a su nombre, órdenes sencillas ni estímulos verbales. No responde a estímulos dolorosos.

2. Confusión: La persona tiene desorientación temporal, espacial y de persona parcial y /o intermitente. Tiene una respuesta inespecífica a los estímulos. Esta agitado, agresivo, irritable, ansioso. Puede requerir tranquilizantes o sedantes.
3. Apático: La persona está letárgica, olvidadiza, somnolienta, pasiva, Lenta y deprimida. Es capaz de obedecer órdenes simples. Posible desorientación temporal.
4. Alerta: La persona está orientada en tiempo, espacio y persona. Responde a todos los estímulos, comprende explicaciones. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

El estado mental es la primera variable de valoración en la escala de Norton la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia a la valoración del nivel de respuesta de la persona al medio. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo a estado de conciencia y repuestas que tiene a estímulos.

### **2.2.2. Continencia**

Grado de control corporal que tiene el individuo de la micción y la defecación.

1. Ausencia de control: La persona tiene incontinencia continua de la orina y heces.
2. Mínimamente controlada: La persona tiene incontinencia de orina o heces, al menos una vez cada 24 horas.
3. Generalmente controlada: La persona tiene incontinencia de orina y / o heces con frecuencia menor de 48 horas o con sonda Foley e incontinencia de heces.
4. Control normal. La persona controla totalmente orina y heces. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La continencia es la segunda variable de valoración en la escala de Norton la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia al grado de control corporal que tiene el individuo de la micción y la defecación. Aquí el individuo lo evaluamos de acuerdo

a la incontinencia que tiene sobre las heces y la orina y la frecuencia en que las presenta y valorar de igual manera si presenta sonda Foley o no.

### **2.2.3. Movilidad**

Grado en que la persona tiene control del movimiento corporal

1. Inmóvil: El individuo no colabora en los cambios de posición. Es incapaz de cambiar de posición sin ayuda, depende totalmente de otros para el movimiento.
2. Muy limitada: La persona no colabora con otra persona para iniciar los movimientos.
3. Limitación ligera: La persona es capaz de mover y controlar las cuatro extremidades, pero con cierto grado de limitación. Requiere ayuda de otra persona para girar, sentarse o equilibrarse, pero inicia los movimientos o pide ayuda para moverse.
4. Completa: La persona es capaz de controlar y mover todas las extremidades. Puede requerir el empleo de un dispositivo, pero gira, se levanta, se sienta y equilibra a voluntad. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La movilidad es la tercera variable de valoración en la escala de Norton la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia al grado en que la persona tiene control del movimiento corporal. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo al grado de movilidad que tiene él mismo sobre su cuerpo, las limitaciones que presenta y el movimiento siquiera de sus extremidades. Se valora si puede colaborar al movilizarlo o si es incapaz de tener fuerza muscular necesaria para ayudar en su movilización.

### **2.2.4. Actividad**

Capacidad de la persona para caminar.

1. Encamado: La persona está confinado a la cama durante las 24 horas del día.
2. Cama-sillón. La persona camina sola hasta el sillón, requiere asistencia para hacerlo o esta confinada a una silla de ruedas.
3. La persona camina con ayuda: Es capaz de caminar con ayuda de otra persona, muletas o bastón. Puede verse limitado en las escaleras.
4. Ambulatorio: La persona es capaz de caminar sin ayuda. Se levanta de la cama sin ayuda. Empleando como ayuda un bastón o andador, puede caminar sin ayuda de otra persona. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La actividad es la cuarta variable de valoración en la escala de Norton la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia a la capacidad de la persona para caminar. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo a las limitaciones que presenta para permanecer en actividad, es decir, caminando sobre una superficie plana. Se valora desde una persona que está encamada sin poder caminar hasta una persona que puede mantenerse deambulando continuamente sin ayuda de otra persona que lo auxilie.

## **2.2.5. Nutrición**

Capacidad del individuo para alimentarse.

1. La persona tiene o recibe la alimentación a través de una sonda.
2. La persona rara vez toma una comida completa y solo unos bocados en cada comida.
3. La persona rechaza ocasionalmente una comida o suele dejar al menos la mitad del alimento.
4. La persona come algún alimento de cada grupo básico todos los días, la mayoría de las comidas le son servidas o se alimenta por sonda. (Cañón Abuchar, Adarve Balcazar, & Castaño Duque, 2005)

La nutrición es la quinta variable de valoración en la escala de Norton la cual se divide en 4 fases, ésta hace referencia a la capacidad del individuo al alimentarse. Aquí al individuo lo evaluamos de acuerdo a la porción de alimentos que ingiere en su dieta diaria, ya sea esta en bocados o por medio de una sonda. Se valora la cantidad de ingesta de proteínas y líquidos, así como el porcentaje que llega a comer de todo el platillo servido.

### **CAPÍTULO 3. Intervenciones para la prevención o evitar la progresión de úlceras por presión.**

## **CAPÍTULO 3. Intervenciones para la prevención o evitar la progresión de úlceras por presión.**

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

- Región occipital y temporal del cráneo
- Omóplatos
- Apófisis espinales
- Hombros y codos
- Sacro y cóccix
- Tuberosidades esquiáles
- Trocánteres
- Rodillas, talones y maléolos
- Zonas metatarsianas, dedos de los pies
- Pabellones auriculares. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto , 2015)

Habitualmente en mi práctica clínica los pacientes hospitalizados con factores de riesgo al desarrollo de lesiones ulcerosas llegan a desarrollar enrojecimientos principalmente en sus prominencias óseas como lo son las escápulas, el sacro, los tobillos e incluso en la zona occipital.

### **3.1. Instrumental médico de riesgo**

El instrumental médico que está en contacto con distintas partes del cuerpo, predispone a úlceras por presión, ejemplo de ellos son:

- Tubos endotraqueales
- Sondas naso/orogástricas
- Mascarillas para oxígeno
- Accesos vasculares periféricos o centrales
- Sondas vesicales
- Sujeciones mecánicas

- Férulas y yesos. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto, 2015)

En mi práctica diaria habitualmente me encuentro con pacientes con signos de eritema o cizallamiento, edema y calor en distintas áreas del cuerpo, no solo en prominencias óseas y esto es dado por factores externos como el instrumental médico, donde principalmente es causado por férulas y yesos y sujeciones mecánicas.

### **3.2. Intervenciones de enfermería y familiares**

Las intervenciones para prevenir y evitar la progresión de las úlceras por presión están orientadas a:

- Evaluar el riesgo.
- Educación al paciente y personal de salud.
- Cuidados generales de la piel.
- Redistribución de la compresión (cambios de posición).
- Reducir la fricción y cizallamiento.
- Evaluar y mejorar estado nutrición. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto, 2015)

Es de suma importancia hablar sobre prevención porque dado esto evitamos un tratamiento complicado y doloroso para el paciente; las acciones antes mencionadas las considero de suma importancia porque son muy fáciles de llevar a cabo y el beneficio de hacerlas es muy grande y grato para los pacientes susceptibles a la formación de úlceras por presión.

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

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

Se debe educar al paciente, familiar o cuidador respecto a:

- Capacidad de reconocimiento de signos tempranos de daño por presión.
- Proporcionar información verbal y por escrito acerca de: Prevención de úlceras por presión; Movilización; Control de la humedad; Uso de superficies que alivien la presión; Cuidado de las heridas. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto , 2015).

En esta patología no solo se involucra el paciente y el personal médico sino también a los familiares o cuidadores del mismo paciente, debemos educar sobre los cuidados y la prevención de las UPP, así como el manejo de ellas y del pacientes, incluyendo curaciones de las heridas, cambios de posiciones, identificar los signos objetivos y subjetivos en la persona enferma, y por otro lado, brindar buen confort, higiene y buena alimentación y sobretodo cambios de posición en cama.

Para los cuidados generales de la piel se recomienda:

- Inspeccionar la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento, calor, edema, induración, dolor o molestia en los individuos identificados con riesgo de padecer úlcera por presión.
- Lavar la piel con agua y jabón, secar cuidadosamente sin friccionar los pliegues cutáneos.
- Utilizar jabones no irritantes y con pH neutro.
- Evitar utilizar soluciones que contengan alcohol.

No se debe dar masaje en la zona lesionada o con sospecha de úlceras por presión.

Se debe utilizar productos emolientes como cremas, ungüentos o vaselina que lubriquen e hidraten la piel seca para reducir el riesgo de daño.

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

- Cambio frecuente de pañal y ropa de cama en caso de incontinencia urinaria y/o fecal.
- Aplicar productos locales de barrera para proteger la piel por ejemplo, vaselina, ungüentos, óxido de zinc.
- Limpiar la piel con delicadeza cuando se ensucie, evitando la fricción.
- Controlar la humedad utilizando compresas absorbentes, gasas o pañales.

- Cambiar compresas y ropa de cama cuando estén mojadas.
- Solo en caso muy necesario se deberá evaluar la instalación de catéter vesical para reducir el riesgo de contaminación de la úlcera evaluando riesgos y beneficios, retirando tempranamente. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto, 2015).

Es de suma importancia mantener unos cuidados especiales en los pacientes con la formación de UPP, mencionando uno de los más importantes es la higiene de las lesiones, debe hacerse todos los días independientemente se de baño de cama o no; debe asearse con agua y jabón neutro y secar muy bien con gasas estériles, cuidando que no quede ningún lugar húmedo, todo esto sin olvidar primero hacer el lavado de manos adecuado.

Se deberá valorar signos de alarma cutáneos tales como:

- Identificar resequedad.
- Lesiones incipientes.
- Eritema.
- Maceración
- Piel de cebolla.
- Zonas con dispositivos terapéuticos invasivos (ventilación mecánica, sondas vesicales, sondas nasogástricas), no invasivos (sujeciones mecánicas, férulas y yesos, entre otros)
- Zonas con lesiones anteriores.
- Observar la existencia de eritema y de cualquier tipo de calor localizado, edema o induración, especialmente en personas con pigmentación oscura. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto , 2015)

Existen signos de alarma característicos para el desarrollo de UPP y nosotros como personal de enfermería debemos tenerlos presentes en todo momento porque solo así se puede realizar una buena valoración y diagnóstico de una posible lesión ulcerosa. Los datos más significativos que valoro en mi práctica clínica son el identificar las zonas más susceptibles y buscar si hay presencia de resequedad, eritema o también temperatura más alta que al resto del cuerpo.

### **3.3. Cambios de posición**

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

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

La secuencia para cambios posturales es:

- Decúbito supino.
- Decúbito lateral derecho.
- Decúbito lateral izquierdo.
- En la medida de lo posible posición fowler, evitando cizallamiento en cóccix y sacro.

Si el adulto se sienta fuera de la cama:

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

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

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

Para redistribuir la presión se pueden utilizar cojines y almohadas para que sirvan de apoyo, alineación corporal y protección de las salientes óseas.

Las personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben de ser colocadas sobre superficies de redistribución de la presión como camas y colchones especiales. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto, 2015)

Uno de los puntos clave para disminuir el riesgo de desarrollo de úlceras por presión es la movilización en cama o movilización de un lugar a otro. Considero que es un punto fundamental tanto preventivo como curativo y sobretodo económico en el cual solo se necesitará la fuerza de una o varias personas para poder movilizar a los pacientes en riesgo del desarrollo de las lesiones; se debe realizar periódicamente durante el día evitando tiempos prolongados en una misma posición.

Existen diferentes tipos de posición en las que podemos mantener a los pacientes, como son en decúbito supino, decúbito lateral izquierdo, decúbito lateral derecho e incluso en posición fowler, así como los pacientes que pueden trasladarse de un lugar a otro, mantenerlos en diferentes superficies y siempre recargados sobre un colchón o almohada especial.

### **3.4. Fricción y cizallamiento**

En las intervenciones para reducir la fricción y cizallamiento se aconseja:

- Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.
- Tender la cama dejando holgada la sabana móvil en la zona los dedos de los pies evitando la fricción.
- Movilizar cuidadosamente al paciente, evitando la fricción y cizallamiento
- Instaurar medidas encaminadas al alivio de la presión y la fricción especialmente en las zonas más propicias para desarrollar úlceras por presión por ejemplo:
  - Películas transparentes.
  - Apósitos hidrocoloides.
  - Cremas sobre prominencias óseas.
- No sobrepasar los 30° en posición decúbito lateral para evitar apoyar el peso sobre el trocánter.

- Colocar protectores en codos y talones, si fuera necesario.

No se recomienda la utilización de:

- Superficies absorbentes y porosas como el colchón de poliuretano (ej. colchón cáscara de huevo).
- Uso de instrumentos con forma de flotadores o anillos ya que concentran la presión y las fuerza tangenciales sobre la periferia de la úlcera y aumentan el cizallamiento.
- Las almohadas rellenas de semillas por ser fómites de microbiota patógena en áreas de hospitalización.
- Guantes llenos de agua o bolsas de solución intravenosa. (IMSS, Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto, 2015)

Para el personal de salud debe ser muy importante mantener confort en los pacientes y con ello debemos evitar la fricción y el cizallamiento que pueden ocasionar agentes externos al cuerpo del paciente como lo pueden ser el uso de colchones de poliuretano, instrumentos en forma de anillos, almohadas rellenas de semillas e incluso el uso de soluciones intravenosas o guantes con agua para ponerlos en forma de almohadilla.

Se recomiendan muchas otras actividades que serán más beneficiosas como lo son el cambio de ropa de cama, estiramiento de las mismas sabanas, no sobrepasar los 30° en decúbito lateral porque podríamos localizar el presión en un solo lugar y de igual manera utilizar protecciones en codos y talones para evitar la fricción de la piel con las sábanas.

## **CAPÍTULO 4. Dispositivos terapéuticos para las úlceras por presión.**

## **CAPÍTULO 4. Dispositivos terapéuticos para las úlceras por presión.**

### **4.1. Dispositivos para alivio de la presión**

Las superficies de alivio de presión deben de tener alguna de las siguientes características:

- Redistribución de la carga de presión sobre los tejidos.
- Reducción de las fuerzas de cizallamiento.
- Mantener una adecuada posición del paciente.
- Mantener un microambiente adecuado para evitar el desarrollo de las úlceras o promover su curación.

Los dispositivos para alivio de la presión se recomiendan en:

- Adultos con riesgo alto de desarrollar úlceras por presión.
- Aquellos que requieren distribución de presión.
- En el postquirúrgico prolongado.
- Pacientes con posición sedente prolongada o que utilizan silla de ruedas por periodos prolongados.

Se debe elegir la superficie de alivio de presión de acuerdo a la necesidad del paciente y considerarse los siguientes factores:

- Número, gravedad y localización de las úlceras por presión.
- Riesgo de úlceras por presión adicionales.
- Control de humedad, temperatura, y/o las fuerzas de fricción/cizallamiento.

El paciente clasificado en riesgo de desarrollar una úlcera por presión podrá utilizar, de acuerdo a las características de cada centro hospitalario y a las condiciones del paciente, alguna superficie para alivio de la presión.

Los colchones de espuma y la zalea de borrego como superficie de alivio de la presión no tienen efecto de reducción sobre la presión ejercida por el cuerpo del paciente.

Los pacientes que utilizan los colchones de presión alterna experimentan significativamente mejores rangos de curación y reducción del lecho ulcerado con

un porcentaje de cierre de la herida de 30% y una probabilidad de cierre total en 30 días.

La mayoría de los colchones reducen la presión pero no por debajo del nivel de compresión con que se colapsan los capilares (32 mmHg), por lo que se recomienda continuar la movilidad postural cada dos horas para permitir la perfusión capilar de los tejidos.

Se deberá utilizar la ropa de cama hospitalaria, los dispositivos de alivio de presión (colchón) y en su caso los pañales para la incontinencia que sean compatibles a la superficie de alivio de presión para evitar:

- Calentamiento con uso de cobertores.
- Cizallamiento por uso de telas ásperas.
- Humedad.

## **4.2. Materiales protectores para el tratamiento local de las úlceras por presión**

La utilidad de los apósitos en el tratamiento de las úlceras por presión incluye:

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

El apósito comúnmente utilizado es la gasa seca, más no el más adecuado. Su uso persiste a pesar de la información sugerente que retrasa la curación de la úlcera por presión.

Se recomienda el uso de los apósitos humedecidos en lugar de la gasa seca ya que son claramente superiores las primeras. La curación húmeda induce la disminución

de la profundidad de la úlcera por presión hasta un 40% más rápido que la exposición ambiental.

Los apósitos hidrocoloides son superiores a la gasa seca y húmeda, ya que son capaces de mantener un microambiente húmedo en el lecho de la úlcera.

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

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

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

- Tolerancia al dolor.
- Categoría y localización de la úlcera.
- Cantidad de exudado.
- Frecuencia de cambio de apósito.

Los diferentes apósitos utilizados para el tratamiento local de las úlceras por presión han evidenciado distintos efectos adversos de los cuales los más importantes son:

- Hidrogeles: irritación y deterioro del lecho de la herida.
- Apósito absorbente: hemorragia, sobregranulación y maceración.
- Film transparente: Deterioro de la herida, irritación.
- Alginatos y derivados de la plata: irritación de la piel, infección, sobregranulación, hemorragia.

La utilización de terapia de presión negativa (VAC) no ha demostrado mejoría en el volumen y extensión de las úlceras por presión.

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

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

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

Se debe considerar el uso de terapia con presión negativa como tratamiento adyuvante para úlceras por presión profundas en categoría III/IV cuando se cumplan los requisitos mencionados previamente.

La terapia por presión negativa está contraindicada en los siguientes casos:

- Úlceras inadecuadamente desbridadas, necróticas o con posibilidad de malignidad.
- Adyacentes a órganos vitales.
- Úlceras que no tienen exudado.
- Pacientes con coagulopatías.
- Presencia de osteomielitis.

- Signos de infección sistémica o local.

Y debe utilizarse con precaución en:

- Úlceras con hemorragia activa.
- Pacientes anticoagulados.
- Cuando la herida se encuentra en proximidad a grandes vasos.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

### **VARIABLES**

En la presente tesis se distinguen las siguientes variables:

INDEPENDIENTE: Úlceras

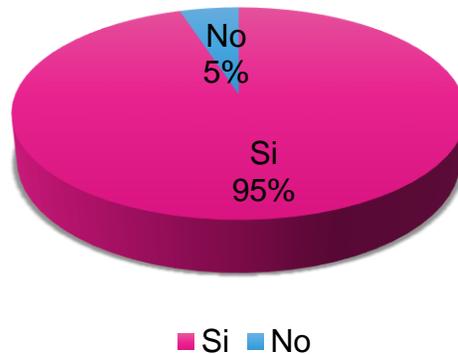
DEPENDIENTE: Presión, factores de riesgo, prevención, calidad del cuidado, estadio de la lesión, métodos y tipos de tratamiento.

### **MÉTODO**

Método deductivo. Es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas o principios. En este sentido, es un proceso de pensamiento que va de lo general (leyes o principios) a lo particular (fenómenos o hechos concretos). (Significados.com, 2022).

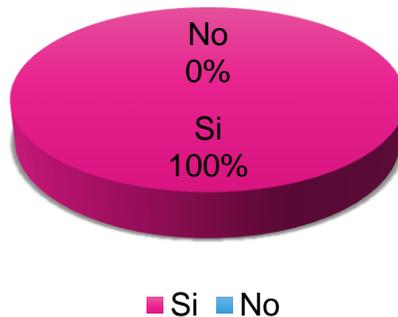
Método cuantitativo. Metodologías cuantitativas o investigaciones cuantitativas son el conjunto de estrategias de obtención y procesamiento de información que emplean magnitudes numéricas y técnicas formales y/o estadísticas para llevar a cabo su análisis, siempre enmarcados en una relación de causa y efecto. (Etecé, 2022).

**PREGUNTA 1**  
**¿Tienes algunos conocimientos sobre las Úlceras por Presión?**



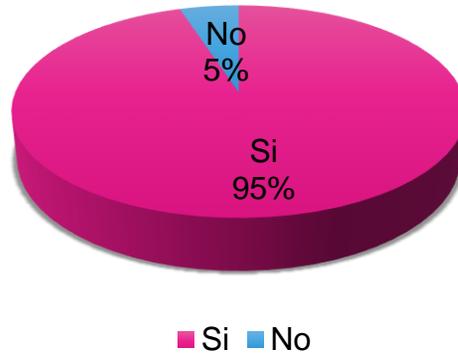
De acuerdo a los resultados obtenidos, el 95% de la población encuestada sí tuvo conocimientos sobre las Úlcera por presión, sin embargo sólo el 5% de la población no tuvo conocimientos sobre este tema.

**PREGUNTA 2**  
**¿Crees que un factor de riesgo importante para el desarrollo de ÚPP es la deficiencia de la actividad/movilidad de una persona?**



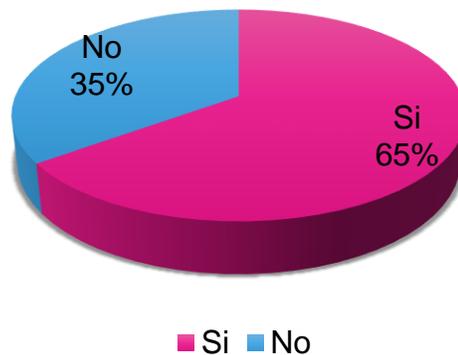
De acuerdo a los resultados arrojados en ésta gráfica, se obtuvo que el 100% de la población encuestada consideró que la deficiencia de la movilidad de una persona es un factor de riesgo muy importante para desarrollar Úlceras por Presión.

**PREGUNTA 3**  
**¿Conocer algunas de las regiones anatómicas más frecuentes para el desarrollo de las ÚPP?**



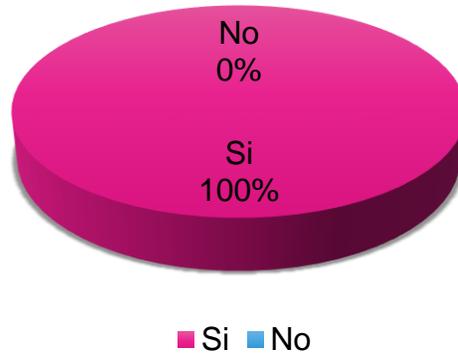
De acuerdo a los resultados obtenidos en esta gráfica, se presentó que el 95% de la población encuestada identificó algunas de las regiones anatómicas más frecuentes para el desarrollo de una ÚPP, en cambio sólo el 5% de la población no identificó algunas de las regiones anatómicas más frecuentes.

**PREGUNTA 4**  
**¿Sabes que existen clasificaciones (estadios) en los que se valoran las ÚPP?**



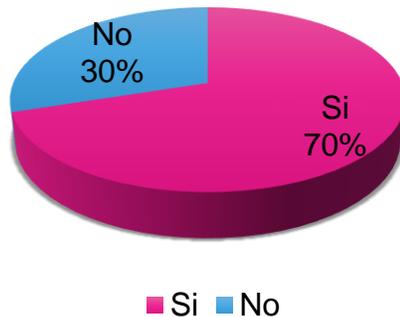
En esta pregunta se identificó que el 65% de la población reconoció que existen estadios o clasificaciones de acuerdo a las ÚPP, sin embargo, el 35% de la misma población no tuvo conocimiento de ello.

**PREGUNTA 5**  
**¿Evaluar el estado de la piel nos puede ayudar a diagnosticar una probable úlcera?**



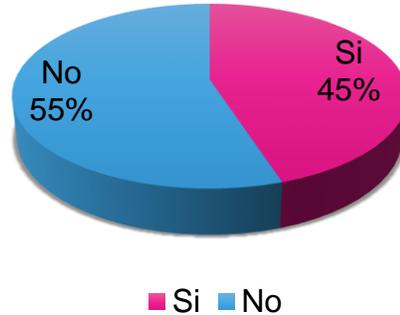
De acuerdo a los resultados obtenidos me di cuenta que el 100% de la población identificó que una manera de diagnosticar una probable úlcera fue el evaluar el estado de la piel en cada paciente.

**PREGUNTA 6**  
**¿Conoces algunas de las complicaciones sistemáticas (fisiológicas) y económicas que puede tener una persona al desarrollar una ÚPP?**



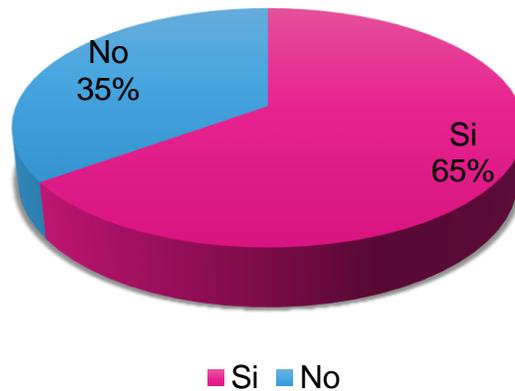
En esta gráfica se relacionó que el 70% de las enfermeras encuestadas demostraron conocimiento de algunas de las complicaciones económicas y fisiológicas que tiene una persona para desarrollar una ÚPP, de misma manera, se plasmó que el 30% de la población no demostró conocimiento de estas complicaciones.

**PREGUNTA 7**  
**¿Identificas algunos instrumentos de valoración de enfermería más sobresalientes para el diagnóstico de las ÚPP?**



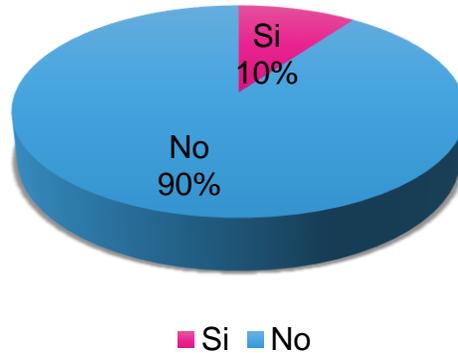
En esta gráfica se demostró que sólo el 45% conoce sobre algunos instrumentos de valoración a utilizar para diagnosticar una lesión; sin embargo el 55% de esta misma población no tuvo conocimientos sobre algunos de los instrumentos de valoración.

**PREGUNTA 8**  
**¿Consideras que las escalas de Braden y Norton para el diagnóstico de ÚPP se deben aplicar paulatinamente a los pacientes que lo requieran?**



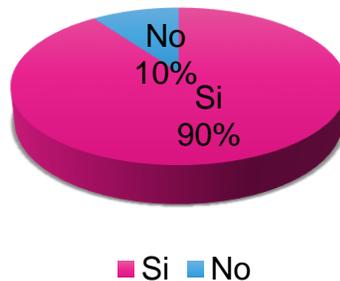
Con estos resultados me di cuenta que el 65% de los encuestados consideró que si se deben aplicar las escalas de valoración paulatinamente y esto para tener un mejor control de las probables lesiones, sin embargo, sólo el 35% de las personas consideraron que no se deben aplicar.

**PREGUNTA 9**  
**¿Alguna vez has aplicado la escala de valoración de Braden y Norton en tu práctica hospitalaria?**



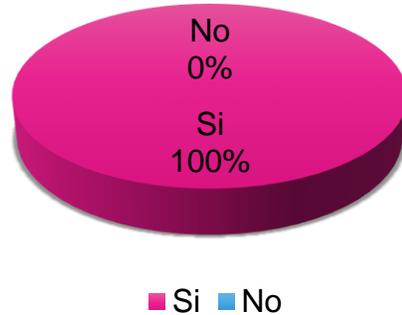
En esta tabla se identificó que el 90% de las enfermeras encuestadas en alguna ocasión de sus prácticas hospitalarias han aplicado la escala de Braden y/o la de Norton; en cambio, sólo un 10% de ellas no han aplicado nunca estas escalas.

**PREGUNTA 10**  
**Como personal de enfermería ¿Conoces algunas de las actividades a realizar para la prevención y evitar la progresión de ÚPP en pacientes muy susceptibles?**



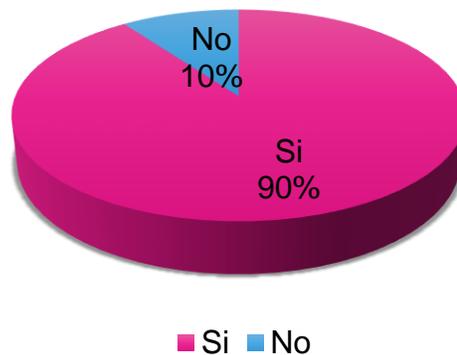
De acuerdo a la gráfica se percibió que el 90% de la población si conoce las actividades a realizar para evitar la progresión y prevenir las ÚPP; y sólo un 10% de la población no conoce estas actividades a realizar.

**PREGUNTA 11**  
**¿El educar no solo a los pacientes sino tambien a los familiares facilitaría el proceso de cicatrización de una ÚPP?**



En esta pregunta identifiqué que el 100% de la población encuestada considera que es de suma importancia educar al paciente y sobretodo educar a los familiares a la recuperación del mismo paciente y con ello favoreceremos el proceso de cicatrización.

**PREGUNTA 12**  
**¿Consideras como cuidado terapéutico de una úlcera el eliminar la presión local?**



Los resultados de esta pregunta arrojaron que el 90% de las encuestadas estuvieron a favor y consideraron que eliminar la presión local se puede utilizar como un cuidado terapéutico; en cambio, sólo el 10% consideró lo contrario a lo mencionado anteriormente.

**PREGUNTA 13. Si un paciente debe permanecer inmobilizado por un tiempo prolongado. ¿Qué acciones puedo tomar para que no se desarrolle una ÚPP?**

De acuerdo a esta pregunta identifiqué que la mayoría de las personas encuestadas respondieron que una de las acciones más importantes para ellos fue la movilización continua del paciente, seguido de agregar a su cama un colchón de aire para disminuir consigo la presión que se genera; por otro lado también respondieron que es importante el hidratar la piel, hacer masajes en las zonas más susceptibles, mantener una buena higiene de la piel y el evitar arrugas en las sábanas.



En esta pregunta identifiqué que el 100% de los encuestados estuvo a favor de realizar el lavado de manos adecuado y sobretodo llevarlo a cabo antes de una curación de una ÚPP, previniendo así la contaminación y proliferación de microorganismos.

**PREGUNTA 15. ¿Qué materiales cree usted que puedo utilizar para hacer una curación de una ÚPP?**

De acuerdo a lo analizado en esta pregunta se obtuvo que la mayoría de los encuestados respondieron que son importantes e indispensables ciertos materiales para llevar a cabo una correcta curación de una lesión en donde los más mencionados fueron el jabón quirúrgico o de clorhexidina, los guantes y gasas; sin dejar atrás otros materiales también mencionados que fueron la aplicación de anestesia, agua estéril, agua oxigenada y gasas furasinas.

## CONCLUSIONES

Tras la investigación realizada, puedo deducir que de acuerdo a lo analizado y considerando la pregunta de investigación que a la letra dice “¿El personal de enfermería cuenta con los conocimientos necesarios para valorar las Úlceras por Presión?”, se responde de la siguiente manera. De acuerdo a la investigación realizada y la información obtenida mediante las encuestas se demuestra que el personal de Enfermería tiene los conocimientos adecuados para identificar una Úlcera por Presión; así como buenos y escasos conocimientos para dar un tratamiento oportuno; sin embargo con los datos obtenidos en las mismas encuestas encuentro que para realizar una valoración de una Úlcera no tienen los conocimientos para llevarlas a cabo, desde lo más principal que es conocer ciertas escalas de valoración hasta valorar el grado de lesión en el que se encuentran.

De acuerdo a los objetivos, que el general menciona “Determinar la relación entre los cuidados de enfermería y aparición de úlceras por presión en pacientes con factores de riesgo evidentes” sí se llevó a cabo en esta investigación en donde se desglosan herramientas para determinar las relaciones enfermera-paciente-úlceras y los cuidados a realizar para disminuir la aparición de estas lesiones aunque existan factores de riesgo en los pacientes.

En los objetivos específicos que son “- Analizar el concepto de úlceras por presión y describir los tipos de estadios en que se desarrollan las úlceras por presión.

- Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo y de acuerdo a las escalas de valoración.

- Describir las diferentes estrategias e intervenciones para mantener la úlcera por presión limpia, sin contaminación y que promuevan la cicatrización,” se desglosan de manera muy preparada dentro del marco teórico, teniendo así un conocimiento más especial sobre cada punto mencionado y especificando así en el primer capítulo el concepto y los tipos de estadios; en el segundo capítulo desarrollando las escalas de valoración de las Úlceras por Presión y por último en el tercer y cuarto capítulo describiendo las estrategias e intervenciones para mantener una lesión sin contaminación y promoviendo a la cicatrización.

Por otro lado concluyo con hipótesis de las cuales fue un trabajo muy importante de describir ya que la información que tenía al inicio de mi investigación era muy breve, sin embargo al plantear las hipótesis identificaba la deficiencia de información en el personal de salud sobre este tema de investigación.

La hipótesis de investigación menciona que “El personal de enfermería no cuenta con los conocimientos necesarios para valorar una Úlcera por Presión”, y ahora en estos momento llego a la conclusión de que verdaderamente, se afirma la hipótesis en donde el personal de salud no cuenta con los conocimientos necesarios para valorar una Úlcera por Presión y que los que sí llega na contar con esos conocimientos es muy mínima la población.

La hipótesis nula menciona que “El personal de enfermería cuenta con los conocimientos para valorar una Úlcera por Presión”, en donde de acuerdo a nuestra investigación ésta hipótesis se rechaza dado que nuestra población no cuenta con la información y conocimientos necesarios para llevar a cabo una correcta valoración de una Úlcera por Presión.

Por último al aplicar las encuestas se realizaron a estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, aplicándose a 20 de ellas y obteniendo con ello los resultados ya plasmados en el análisis de datos.

## SUGERENCIAS

### Valoración clínica

Es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

#### 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 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.

En todos, retirar el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

c) Área: registrar el diámetro de las lesiones circulares y las longitudes perpendiculares mayores de las lesiones irregulares.

d) Profundidad:

— Grado I: afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente.

— Grado II: afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea.

— Grado III: llega hasta la fascia profunda.

— Grado IV: la necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso.

e) Secreción de la úlcera: estimar la cantidad, identificar el grado de olor y purulencia.

f) Tejido existente en el lecho ulceral: si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado y/o necrótico, y tunelizaciones o fístulas.

g) Estado de la piel perilesional: diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea la mayoría de las heridas en vías de cicatrización; buscar dolor, calor y enrojecimiento.

h) Presencia o ausencia de dolor relacionado con la lesión.

### **Cuidados de la úlcera por presión**

## **Limpieza de la úlcera por presión**

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.

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.

Se recomienda instaurar un plan de continencia urinaria/fecal individualizada. Se debe limpiar inmediatamente la piel circundante y la úlcera por presión (si fue expuesta) posterior a cada episodio de incontinencia.

Se recomienda mantener la piel limpia y seca. 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 los cuidados en domicilio, si no es factible este tipo de soluciones, se puede utilizar agua que se usa para beber.

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).

No se recomienda frotar vigorosamente la piel con riesgo de úlcera por presión o en categoría I cuando se realice la limpieza. 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.

Se recomienda para la limpieza de la UPP en categoría II, III y IV irrigación con agua estéril o solución salina 0.9% en hospitalización o en domicilio agua que se utiliza para beber.

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 debe emplear solución salina para la limpieza de las úlceras por presión no infectadas ya que no impide el proceso de cicatrización, no provoca daño tisular, alergias, ni altera la flora normal de la piel.

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.

### **Cuidados de la úlcera por presión infectada**

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.
- 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).

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.

En paciente con sospecha de infección o retraso en el proceso de curación de la úlcera a pesar de manejo integral, se recomienda realizar toma de muestra para cultivo basándose en 3 técnicas posibles:

- Frotis de la lesión con hisopo (técnica de Levine).
- Aspiración percutánea con aguja fina.
- Biopsia de tejido profundo. Hay que tomar en cuenta que la mayoría de los organismos reportados por frotis se deben a colonización de la úlcera, al contrario, los microorganismos reportados por biopsia generalmente son los responsables de la infección.

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

A) Tratamiento Integral de la úlcera por presión (Limpieza de la UPP, desbridamiento de tejido necrótico, etc.). B) Uso de agentes antimicrobianos tópicos (ej. Sulfadiazina de plata). C) Evitar en lo posible antisépticos citotóxicos (ej. clorhexidina, yodine-povidona, hipoclorito de sodio, peróxido de hidrógeno, etc.). D) Uso de antibióticos tópicos, cuando haya indicación (ver líneas abajo).

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.

En infección superficial se recomienda el uso de agentes antimicrobianos tópicos no citotóxicos, estos agentes reducen la cantidad de colonias bacterianas sin dañar el tejido e incluyen:

- Sulfadiazina de plata al 1% en crema.
- Propylene Glycol

En infección superficial se recomienda evitar en lo posible agentes antisépticos citotóxicos para los fibroblastos y otras células inmunitarias ya que retrasan la curación, tales como:

- Peróxido de hidrógeno: totalmente contraindicado en úlcera por presión categoría III, IV debido al riesgo de enfisema y embolo de gas.
- Clorhexidina: tóxico en cualquier concentración. Utilizarlo con precaución y el menor tiempo posible.
- Compuestos a base de yodo (iodin-povidona, iodinecadexómero: contraindicados en paciente con disfunción renal, enfermedad tiroidea o alergia al yodo. Se puede utilizar si no existe otro recurso.
- Hipoclorito de sodio (Solución de Dankin): citotóxico en cualquier concentración, se puede utilizar a concentraciones del 0.025% por períodos de tiempo corto y solo cuando no existe otra opción disponible.
- Ácido acético (vinagre): se puede utilizar, sin embargo hay riesgo de acidosis metabólica cuando se utiliza por largos períodos de tiempo o en áreas extensas.

En relación al uso de antibióticos tópicos para el tratamiento de úlceras por presión con infección superficial, se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Solo se recomienda usar antibióticos tópicos en úlceras por presión que no sanan y existe evidencia clínica de infección, o en donde se ha confirmado infección.
- En todo caso se recomienda valorar los riesgos (efectos adversos, toxicidad, resistencia bacteriana) para indicar su uso.

- No existe una recomendación sobre cuál antibiótico usar, no existen estudios de confrontación o de superioridad.
- Siempre deben de ir acompañados de tratamiento integral (limpieza, desbridación, etc.) y antisépticos tópicos no-citotóxicos.

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

- Tratamiento integral de la úlcera por presión. B
- Uso de antimicrobianos tópicos no citotóxicos.
- Uso de antibióticos sistémicos: estos solo se indicarán cuando existan datos clínicos de infección profunda (celulitis, fascitis, osteomielitis, sepsis) o se haya corroborado infección (hemocultivo, cultivo de tejido).
- Utilizar antibioticoterapia empírica, aunque no existe evidencia para recomendar un antibiótico sobre otro. E) Se sugiere el uso de cultivos de alto rendimiento (aspiración por aguja fina, biopsia de tejido) para direccionar la terapia antimicrobiana.

Se debe ofrecer tratamiento antibiótico sistémico en aquellos pacientes con úlceras por presión categoría II, III y IV donde los signos de infección profunda involucren la presencia celulitis y/o osteomielitis o bien exista evidencia de sepsis. La elección del antibiótico se hará bajo la supervisión del servicio de infectología o el comité local de infecciones cuando proceda.

### **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).

Se puede utilizar desbridamiento mecánico con gasa seca en paciente con úlceras categoría III y IV siempre evaluando la presencia de dolor y la tolerancia del paciente en el recambio de los apósitos.

Para los cuidados en domicilio, una opción económica para desbridamiento autolítico es el uso de miel de abeja en úlceras en categoría III y IV infectadas aplicando 20ml por cada 10cm<sup>2</sup> de lesión con recambios de los apósitos cuando la miel sea diluida por el exudado.

Se contraindica el uso de miel de abeja en los siguientes casos:

- Presencia de úlceras por presión en etapa no determinada que contengan lecho o escaras secas.
- Alergia conocida a la miel o al veneno de abeja.
- Dolor intenso con la aplicación de la miel.

El desbridamiento quirúrgico es otra opción de tratamiento para retirar material necrótico, infectado o fibrinoso que impida el proceso de epitelización de la úlcera y en lo posible deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- Deberá realizarse por personal capacitado de acuerdo a los recursos disponibles (cirujanos generales, vasculares, traumatólogos, plásticos, etc.).

- Considerar de acuerdo a la extensión o número de úlceras, analgesia y/o anestesia.

En la medida de lo posible, se debe realizar la limpieza de las lesiones que requieran intervención en un ambiente estéril (quirófano) y de preferencia en un solo evento. El desbridamiento quirúrgico se recomienda en presencia de necrosis extensa, celulitis, crepitación o fluctuación del tejido y/o sepsis secundaria a infección de la úlcera.

Se recomienda valoración por el servicio de cirugía en individuos con úlceras por presión en categorías III/IV con tractos tunelizados, extensión no determinada y/o grandes cantidades de tejidos necrótico que no son removidos fácilmente por otras técnicas de desbridamiento.

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).

Debe evitarse el desbridamiento de úlceras en miembros inferiores con presencia de escara seca, dura y estable o cuando exista sospecha de compromiso vascular. Las contraindicaciones del desbridamiento quirúrgico son relativas y deben considerarse:

- Mal estado general del paciente.
- Alteraciones en la coagulación.

### **Manejo del dolor**

El tratamiento integral del dolor es importante ya que afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

No existe una relación entre la intensidad del dolor que experimenta un paciente y el tipo y tamaño de la lesión. En este sentido, se identifican como eventos críticos en la generación del dolor:

- Retiro y cambio de los apósitos.
- Limpieza de las úlceras.
- Desbridamiento.
- Aplicación de antisépticos.

Se recomienda el empleo de analgésicos previo a la realización de eventos críticos en el cuidado de las úlceras por presión.

Se recomienda realizar una determinación objetiva del dolor con la Escala Visual Análoga del Dolor y de acuerdo a su puntaje para valorar el uso de analgésicos antes del evento crítico **como se muestra en el Anexo 5.3, Cuadro 7.**

## **Nutrición**

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

El objetivo de la valoración nutricional está encaminado a:

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

Se recomienda realizar tamizaje del estado nutricional en individuos en riesgo o con úlceras por presión:

- A su ingreso a hospitalización.
- Con cada cambio significativo de su condición clínica.
- Cuando no existe progreso en la curación de la úlcera por presión.

Se recomienda utilizar herramientas validadas de tamizaje para determinar el riesgo nutricional. (p.ej. Malnutritional Screening Tool, Nutrition Risk Screening 2002, MiniNutritional Assessment) **(Ver Anexo 5.3, Cuadro 8)**.

Debe integrarse al equipo de nutrición clínica en el manejo integral de pacientes en riesgo de desnutrición, con malnutrición y en quienes se identifiquen úlceras por presión.

Se debe determinar el peso en cada paciente para identificar pérdida significativa definida como  $\geq 5\%$  en 30 días o  $\geq 10\%$  en 6 meses.

Se debe evaluar de forma individual la capacidad de comer de manera independiente, así como la calidad y cantidad de la ingesta nutricia. (p.ej. comida, suplementos orales/enterales, líquidos).

Se recomienda realizar un plan de soporte nutricional en individuos con o en riesgo de úlceras por presión.

Como parte del soporte nutricional se recomienda individualizar el aporte calórico de acuerdo a la condición médica y nivel de actividad.

Proporcionar 30 a 35 Kcal/kg de peso en adultos en riesgo de úlceras por presión que han sido evaluados con riesgo de malnutrición.

Proporcionar 30 a 35 Kcal/kg de peso en adultos con presencia de úlceras por presión que han sido evaluados con riesgo de malnutrición.

Reajustar la ingesta energética basada en el cambio de peso o nivel de obesidad. Los adultos que están en bajo peso o que tiene pérdida de peso significativa no intencionada requieren ingesta calórica adicional.

En pacientes que no logren los requerimientos por baja ingesta se les puede ofrecer alimentos enriquecidos y/o altos en calorías o suplementos altos en proteínas entre las comidas.

Considerar nutrición enteral o parenteral en pacientes que no logren los objetivos individuales de ingesta por vía oral. La alimentación enteral (sonda nasogástrica) es la ruta preferida si el tracto gastrointestinal esta funcional. El riesgo y beneficio del soporte nutricional debe ser evaluado de forma individual de manera temprana.

En relación a la ingesta de proteínas se recomienda una adecuada ingesta proteica que logre un balance nitrogenado positivo en pacientes con riesgo de desarrollar o que ya han desarrollado úlceras por presión.

Aquellos pacientes que han desarrollado úlceras por presión y con riesgo de malnutrición, se debe de ofrecer un aporte de 1.25 a 1.5 gr proteínas/kg de peso al día.

En caso de que el paciente no cumpla los requerimientos nutricionales proteicos recomendados diarios, se deberá proporcionar suplementos altos en proteínas y calorías.

Se recomienda evaluar la función renal en los pacientes con alta ingesta de proteínas.

El juicio clínico es necesario para determinar el nivel apropiado de ingesta de proteínas en cada paciente, basado en el número de úlceras, estado nutricional, comorbilidades y tolerancia a las intervenciones nutricionales.

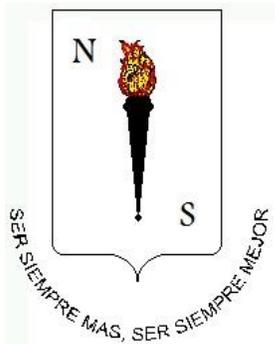
Entre otras funciones los líquidos sirven como solventes de vitaminas, minerales, glucosa y transporte de nutrientes y en la excreción de los productos del catabolismo del cuerpo.

Se debe proporcionar la ingesta adecuada de líquidos en pacientes con riesgo o con úlceras por presión, considerando las comorbilidades de cada paciente. Así mismo, monitorear los signos y síntomas de deshidratación incluyendo cambios en el peso, turgencia de la piel, gasto urinario, hipernatremia y osmolaridad en sangre. Incrementar la cantidad de líquidos en pacientes con deshidratación, fiebre, vómito, sudoración profusa, diarrea o heridas con gran exudado.

Se recomienda proporcionar y asegurar una dieta balanceada con adecuado consumo de vitaminas y minerales en pacientes con riesgo y que han desarrollado úlceras por presión.

La evidencia hasta el momento no ha mostrado ningún beneficio de la suplementación con vitamina C comparado contra placebo.

## ANEXOS



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE  
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
CLAVE 8722**

Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.

Se pide de la manera más atenta conceda su consentimiento para participar en la metodología de este proyecto de investigación, que tiene como objetivo general determinar la relación entre los cuidados de enfermería y aparición de úlceras por presión en pacientes con factores de riesgo evidentes.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido(a) que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

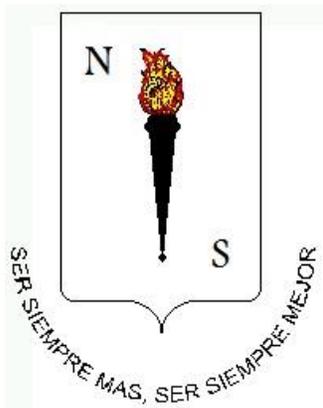
Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

---

Firma. Acepto participar

Morelia, Michoacán 2022

**Anexo 1. Consentimiento informado**



## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

### CUESTIONARIO

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar la relación entre los cuidados de enfermería y aparición de úlceras por presión en pacientes con factores de riesgo evidentes.

**INDICACIONES:** Subraya la respuesta correcta y completa algunas que se te piden.

SEXO: **F**      **M**      ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

1. ¿Tienes algunos conocimientos sobre las Úlceras Por Presión (ÚPP)?  
**A) SÍ**      **B) NO**
2. ¿Cree que un factor de riesgo importante para el desarrollo de ÚPP es la deficiencia de la actividad/movilidad de una persona?  
**A) SÍ**      **B) NO**
3. ¿Conoces algunas de las regiones anatómicas más frecuentes para el desarrollo de las ÚPP?  
**A) SÍ**      **B) NO**
4. ¿Sabes que existen clasificaciones (estadios) en los que se valoran las ÚPP?  
**A) SÍ**      **B) NO**
5. ¿Evaluar el estado de la piel nos puede ayudar a diagnosticar una probable úlcera?  
**A) SÍ**      **B) NO**
6. ¿Conoces algunas de las complicaciones sistemáticas (fisiológicas) y económicas que puede tener una persona al desarrollar una ÚPP?  
**A) SÍ**      **B) NO**

7. ¿Identificas algunos instrumentos de valoración de enfermería más sobresalientes para el diagnóstico de las ÚPP?

**A) SÍ            B) NO**

8. ¿Consideras que las escalas de Braden y Norton para el diagnóstico de ÚPP se deben aplicar paulatinamente a los pacientes que lo requieran?

**A) SÍ            B) NO**

9. ¿Alguna vez has aplicado la escala de valoración de Braden o de Norton en tu práctica hospitalaria?

**A) SÍ            B) NO**

10. Como personal de enfermería ¿Conoces algunas de las actividades a realizar para la prevención y evitar la progresión de ÚPP en pacientes muy susceptibles?

**A) SÍ            B) NO**

11. ¿El educar no solo a los pacientes sino también a los familiares facilitaría el proceso de cicatrización de una ÚPP? ¿Por qué?

**A) SÍ            B) NO**

**¿POR QUÉ?**

12. ¿Consideras como cuidado terapéutico de una úlcera el eliminar la presión local? ¿Por qué?

**A) SÍ            B) NO**

**¿POR QUÉ?**

13. Si un paciente debe permanecer inmovilizado por un tiempo prolongado, ¿Qué acciones puedo tomar para que no se desarrolle una ÚPP?

14. ¿Crees que el lavado de manos es importante para realizar una curación de una ÚPP?

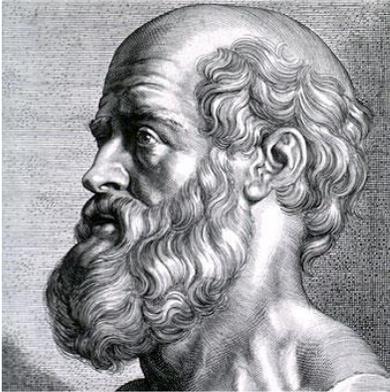
**A) SÍ      B) NO**

**¿POR QUÉ?**

15. ¿Qué materiales cree usted que puedo utilizar para hacer una curación de una ÚPP?

**¡GRACIAS!**

**Anexo 2. Cuestionario**



**Anexo 3. Hipócrates**



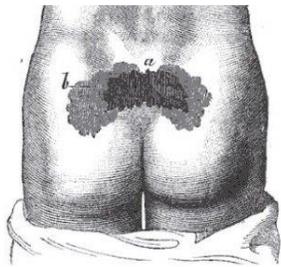
**Anexo 4. Los 7 santos durmientes de Éfeso.**



**Anexo 5. Ambrose Pare.**



**Anexo 6. Jean-Martin**



**Anexo 7. ÚPP de Charcot**



**Anexo 8. Cama de aire**



**Anexo 9. Doreen Norton**



## Anexo 10. Úlcera por Presión

### Problemas de Salud...

Enfermedades  
cardiopulmonares



Obesidad/  
delgadez



Diabetes



Incontinencia  
urinaria/intestinal



## Anexo 11. Factores de riesgo fisiológicos

### Situacionales...

INMOVILIDAD



Fatiga



Estrés

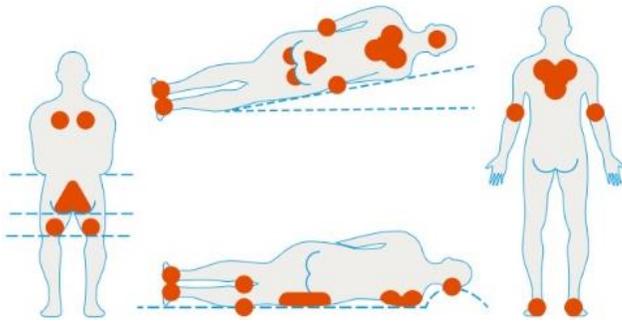


Dolor

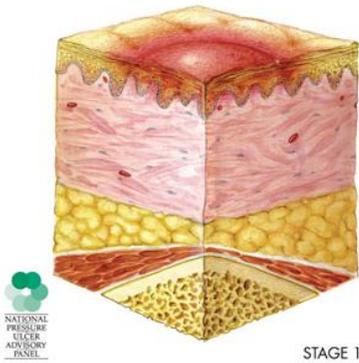
Arrugas en napa  
de cama



## Anexo 12. Factores de riesgo situacionales

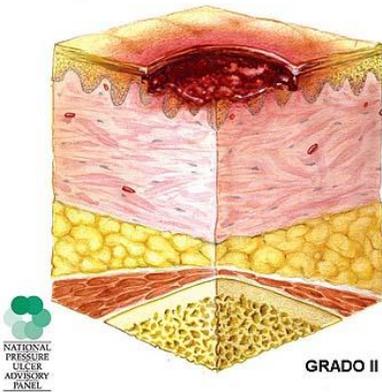


**Anexo 13. Locaciones mas frecuentes de las Úlceras por Presión**



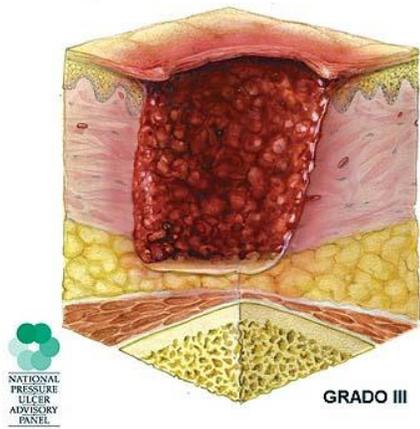
STAGE 1

**Anexo 14. Estadío 1 de las ÚPP**

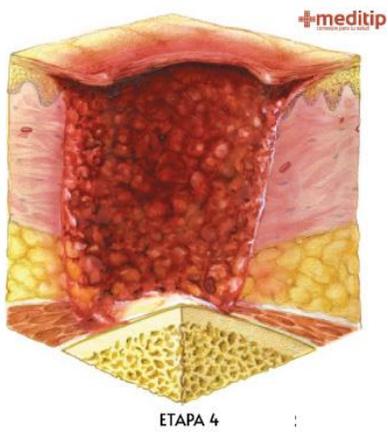


GRADO II

**Anexo 15. Estadío 2 de las ÚPP**



**Anexo 16. Estadio 3 de las ÚPP**



**Anexo 17. Estadio 4 de las ÚPP**

	<b>1 PUNTO</b>	<b>2 PUNTOS</b>	<b>3 PUNTOS</b>	<b>4 PUNTOS</b>
<b>PERSEPCIÓN SENSORIAL</b>	<b>COMPLETAMENTE LIMITADA</b>	<b>MUY LIMITADA</b>	<b>LIGERAMENTE LIMITADA</b>	<b>SIN LIMITACIÓN</b>
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b>	<b>SIEMPRE HÚMEDA</b>	<b>A MENUDO HÚMEDA</b>	<b>OCASIONALMENTE HÚMEDA</b>	<b>RARAMENTE HÚMEDA</b>
<b>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</b>	<b>ENCAMADO</b>	<b>EN SILLA</b>	<b>DEAMBULA OCASIONALMENTE</b>	<b>DEAMBULA FRECUENTEMENTE</b>
<b>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</b>	<b>INMÓVIL</b>	<b>MUY LIMITADA</b>	<b>LEVEMENTE LIMITADA</b>	<b>SIN LIMITACIÓN</b>
<b>NUTRICIÓN</b>	<b>MUY POBRE</b>	<b>PROBABLEMENTE INADECUADA</b>	<b>ADECUADA</b>	<b>EXCELENTE</b>
<b>CIZALLAMIENTO Y ROCE</b>	<b>RIESGO MÁXIMO</b>	<b>RIESGO POTENCIAL</b>	<b>SIN RIESGO APARENTE</b>	

### Anexo 18. Escala de Barbara Braden

#### ESCALA DE NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitado	Sentado	Urinaría o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaría y Fecal	1

#### CLASIFICACION DE RIESGO

PUNTUACION DE 5 A 9

PUNTUACIÓN DE 10 A 12

PUNTUACIÓN DE 13 A 14

PUNTUACIÓN MAYOR DE 14

RIESGO MUY ALTO

RIESGO ALTO

RIESGO MEDIO

RIESGO MINIMO/NO RIESGO

### Anexo 19. Escala de Doreen Norton

## BIBLIOGRAFÍA

- Bergstrom, N. (Noviembre de 1998). Escala de Braden para la valoración del riesgo de presentar úlceras por presión . (J. E. Bou, Entrevistador)
- Bou, J. E., Levin, R. S., Casanova, P. L., & Bravo, P. P. (Septiembre de 2017). *Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión*. Obtenido de Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión.: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000300151#:~:text=El%20primer%20registro%20escrito%20acerca,como%20cita%20Agrawall2%2C3](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300151#:~:text=El%20primer%20registro%20escrito%20acerca,como%20cita%20Agrawall2%2C3).
- Cáncer, I. N. (06 de Abril de 2018). *NIH*. Obtenido de Departamento de Salud y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de la Salud : <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ulcera>
- Cañón Abuchar, H. M., Adarve Balcazar, M., & Castaño Duque, A. (2005). *Prevención de las úlceras por presión en personas adultas*. Colombia : Acofaen.
- Claudia Aragón Salazar, O. F. (28 de junio de 2012). *Úlceras por presión* . Obtenido de file:///C:/Users/miria/Downloads/S35-05%2021\_II%20(1).pdf
- Elena Pereira Jimenez, I. C. (2017). Valoración en pacientes con úlceras por presión . *Portales Academicos.com*.
- enfermero, D. (6 de Abril de 2017). *Doreen Norton y su escala*. Obtenido de Doreen Norton y su escala: <http://divertimentoenfermero.blogspot.com/2017/04/doreen-norton-y-su-escala.html>
- Etecé, E. e. (28 de Abril de 2022). *Método cuantitativo* . Obtenido de Método cuantitativo: <https://concepto.de/metodo-cuantitativo/>

- Fernandez, F. P., Hidalgo, P. P., Ágreda, J. S., & García, C. B. (Septiembre de 2008). *Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión*. . Obtenido de Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. : [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2008000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005)
- García Fernández FP, C. G. (septiembre de 2005). *ciberindex*. Obtenido de Clasificación de úlceras por presión: <http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/anexo2.php>
- García Fernández FP, C. G. (2005). Guía para el manejo de Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. . *Evidentia* .
- IMSS. (2 de Diciembre de 2015). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto*. Obtenido de Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
- IMSS. (2 de Diciembre de 2015). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto*. Obtenido de Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
- IMSS. (2 de Diciembre de 2015). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto* . Obtenido de Prevención, Diagnóstico y Manejo de las Úlceras por Presión en el Adulto : <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>
- Lopez, J. L. (s.f.). *ulceras.net*. Obtenido de Úlceras por presión: Etiopatogenia: <https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etipatogenia.html>
- M. Lima Serrano, M. I. (Agosto- Septiembre de 2017). *medicina intensiva*. Obtenido de Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática:

<https://www.medintensiva.org/es-factores-riesgo-asociados-al-desarrollo-articulo-S0210569116301887>

Martha, A. D. (s.f.). *Untitled*. Obtenido de Prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105\\_GPC\\_Ulcpresion1NA/ULCERADECUBITO\\_1ER\\_NIVEL\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/105_GPC_Ulcpresion1NA/ULCERADECUBITO_1ER_NIVEL_RR_CENETEC.pdf)

Significados.com. (2 de Mayo de 2022). *Método deductivo* . Obtenido de Método deductivo : <https://www.significados.com/metodo-deductivo/>

Westreicher, G. (24 de Septiembre de 2020). *Hipótesis*. Obtenido de Economipedia.com: <https://economipedia.com/definiciones/hipotesis.html>