

RESUMEN. Tema 32. Conocimientos básicos sobre las úlceras por presión: Concepto, factores de riesgo. Localización. Etiología. Medidas de prevención. Movilización y cambios posturales

Las **úlceras por presión** son lesiones o trastornos de la integridad de la piel que se manifiestan como zonas localizadas de necrosis isquémica; se dan en tejidos que cubren prominencias óseas o en zonas de apoyo prolongado (sobre el colchón o sobre una silla). Se las considera incluidas en el concepto «heridas crónicas» (en el que son las lesiones dominantes), junto a otras lesiones de la piel, como úlceras vasculares y cutáneas. La prevalencia varía entre el 7 y el 38 %, estando la media en torno al **12 %**.

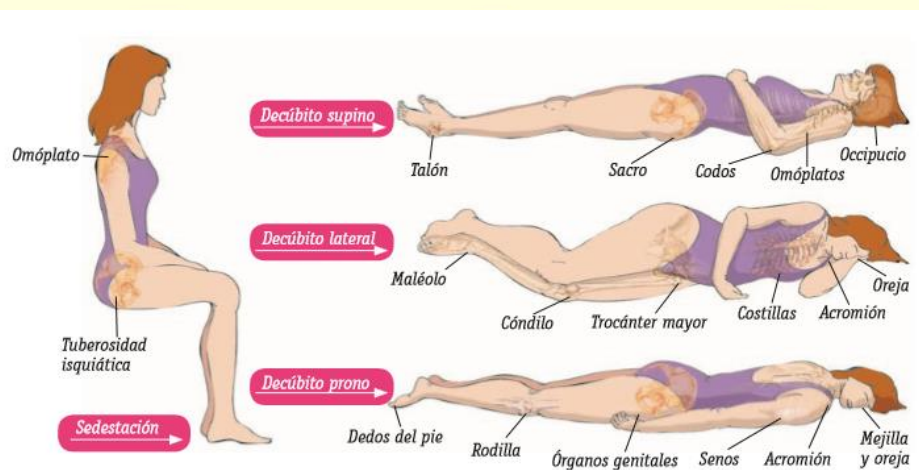
### **Factores de predisposición**

**Factores extrínsecos: Presión, fricción, humedad y tiempo:** la actuación prolongada de los factores anteriores es lo que, en último término, desencadena la lesión.

**Factores intrínsecos:**

- Pérdida de la función sensitiva y motora
- Disminución de la actividad
- Disminución de la percepción sensorial
- Deficiencias nutricionales.
- Alteración de la integridad de la piel
- Déficit de oxígeno.
- Edad avanzada

### **Localizaciones más frecuentes**



Las localizaciones **más frecuentes en orden descendente:**

- Sacro
- Talón
- Maléolos externos
- Glúteos
- Trocánteres
- Escápulas
- Isquion
- Región occipital
- Codos
- Crestas iliacas
- Orejas
- Apófisis espinosas
- Cara interna de las rodillas
- Cara externa de las rodillas
- Maléolos internos
- Bordes laterales de los pies.

### Proceso de formación

La **presión capilar normal** oscila entre **16 y 32 mmHg**; si se ejercen presiones superiores a esta cifra en una zona del cuerpo durante un corto periodo de tiempo, se produce una vasodilatación reactiva que puede ser reversible. Pero si se ejerce durante un tiempo comprendido entre 2 y 6 horas, la lesión podrá ser irreversible. A partir de un colapso vascular, a consecuencia de la compresión de los tejidos, aparecerá anoxia y, si no se soluciona, isquemia y necrosis celular.

### Estadios

- Estadio I (Úlcera de 1<sup>er</sup> grado): Lesión epidermis y dermis
- Estadio II (Úlcera de 2<sup>o</sup> grado): Lesión epidérmica y dérmica más profunda y comienzo de la afectación hipodérmica
- Estadio III (Úlcera de 3<sup>er</sup> grado): Necrosis o muerte celular. Extensión de la lesión hasta la fascia adyacente, pero sin atravesarla
- Estadio IV (Úlcera de 4<sup>o</sup> grado): Daño muscular, óseo o de otras estructuras

### Actuación de enfermería

**Valoración del riesgo.** Una de las escalas más empleadas hoy día es la de **Doreen Norton**. Comprende la observación y revisión de cinco aspectos valorados en la situación del paciente: Estado físico general, Estado mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia. Otras escala de valoración: **Braden**, , Arnell, Nova-5, etc.

#### **Riesgo de úlcera por presión según Norton. (menor puntuación = mayor riesgo)**

- ❖ Riesgo muy alto: índice de 5 a 9.
- ❖ Riesgo alto: índice de 10 a 12.
- ❖ Riesgo medio: índice de 13 a 14
- ❖ Sin riesgo o riesgo mínimo: índice > 14.

#### **Riesgo de úlcera por presión según Braden (menor puntuación = mayor riesgo)**

- ❖ Braden < 12 = alto riesgo
- ❖ Braden 13-15 = riesgo moderado o medio
- ❖ Braden > 16 = bajo riesgo

La **prevención** comprende una serie de actividades que se deben llevar a cabo sistemáticamente, con rigurosidad, tanto en pacientes de riesgo como en los que ya se ha producido la lesión. Considerar al paciente como un ser integral

### Eliminación o disminución de la presión y del tiempo

**\*Cambios posturales:** Cada dos-tres horas, aproximadamente, individualizando esta medida según se precise. Se realizarán durante las 24 horas del día. Cuando el paciente permanezca mucho tiempo sentado, deben hacerse pequeños cambios de posición cada 15-30 minutos. Se emplearán algunos de estos dispositivos:

- Camas especiales
- Cojines, almohadas, almohadillas neumáticas o de silicona, toallas enrolladas u otros sistemas que eviten el roce en las prominencias óseas.
- Tradicionalmente, también se empleaban vendajes protectores, hoy en día se utilizan apósitos hidrocelulares.

Eliminación de la fricción

Eliminación de la humedad y mantenimiento de la piel

Vigilancia del estado nutricional

**Procedimientos curativos**

Para valorar la evolución de las úlceras se utiliza el índice de gravedad cada 14 días:

$$\text{Índice de gravedad} = (\text{anchura} + \text{longitud}) \times \text{estadio} / 2$$

**Desbridar** es hacer la resección de los tejidos desvitalizados que impiden la regeneración y favorecen la proliferación bacteriana.

- **Desbridamiento quirúrgico:** recortar por planos y en diferentes sesiones, empezando por el área central. Es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína al 2 %). En caso de sangrado aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos. Realizar la técnica con instrumental estéril.
- **Desbridamiento enzimático:** aplicar productos enzimáticos del tipo de la colagenasa.
- **Desbridamiento autolítico:** aplicar cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles y apósitos hidrorreguladores).

