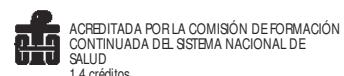


**Formación Continuada y Autoevaluación
Revisión de conocimientos sobre cuidados
en la prevención y tratamiento
de las úlceras por presión
(Vol. 14 - n.º 4)**

M. C. Asiaín Erro¹ y B. Marín Fernández²



¹Supervisora. Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universitaria. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de la Universidad de Navarra. Pamplona.

²Profesora titular de Enfermería Médico-Quirúrgica. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. España.

1. *Respuesta B.* El envejecimiento, entre otras alteraciones funcionales, conduce a una disminución de la percepción sensorial, a una mayor sequedad y adelgazamiento de la piel y a una disminución de la función termorreguladora. El pH normal de la piel es 5,5, y la utilización de jabones alcalinos puede perturbar el manto ácido normal, alterando la resistencia a las bacterias. La dieta es otro factor importante, debe ser equilibrada ya que las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales son componentes esenciales en una dieta. Finalmente, los fármacos administrados por vía tópica o sistémica también pueden afectar directamente a la integridad e la piel.
2. *Respuesta D.* Como sugiere el mismo nombre, las úlceras por presión (UPP), son producidas por factores mecánicos. Recientes estudios sugieren que la necrosis y ulceración están causadas principalmente por factores mecánicos que comprometen el flujo sanguíneo, entre los que se destacan la compresión, la fricción y las fuerzas tangenciales o fuerzas de cizalla; estas últimas se producen principalmente en el procedimiento habitual de desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama, sin haber separado totalmente el cuerpo del colchón. Los pliegues de la piel favorecen la formación de esas fuerzas tangenciales. Otros factores que incrementan el riesgo de desarrollar UPP son la inmovilidad, desnutrición, humedad, etc. El alcance de la ulceración viene determinado por el número de factores que intervienen, entre los que destacan la cantidad y duración de la presión.
3. *Respuesta B.* La presión capilar normal oscila entre 16 y 32 mmHg. Si se ejercen presiones superiores a esa cifra y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que origina una rápida degeneración de éstos por la respiración anaerobia, que ocasiona alteraciones de la membrana celular y libera aminas vasoactivas. Si esta situación de presión se prolonga, ocasiona necrosis y muerte celular, dando lugar a ulceración.
4. *Respuesta C.* Diferentes investigaciones experimentales han demostrado que una presión constante de 70 mmHg, mantenida durante 2 h, produce daño celular irreversible. En la intensidad de la presión intervienen tanto la postura, constitución del paciente (sobrepeso o delgadez) como el colchón utilizado. En cuanto a la nutrición del paciente, aunque su déficit contribuya al desarrollo de UPP, la nutrición en sí misma no influye en la presión aplicada a los tejidos.
5. *Respuesta D.* La duración de la compresión sobre una zona concreta de un paciente depende de varios factores: la capacidad de éste para percibir inicialmente las molestias, dolor, etc., la autonomía de que dispone para modificar su postura y el número de intervenciones médicas y de enfermería aplicadas. Hay que destacar que en cuidados intensivos, de forma general, se debe cambiar de postura a todos los pacientes cada 2 o 3 h, como mínimo. La estancia del paciente no influye para nada en la duración de la compresión de un área tisular determinada.
6. *Respuesta E.* La escala ideal para valorar el riesgo de desarrollar UPP debería tener un buen valor predictivo, alta sensibilidad, alta especificidad y ser fácil de utilizar por cualquiera de las personas que componen el equipo de enfermería. A pesar de que existen numerosas escalas de valoración elaboradas para predecir el riesgo de los pacientes para desarrollar UPP, no hay ninguna que cumpla rigurosamente todos los requisitos para ser aplicada en los diferentes ámbitos donde existen personas susceptibles de desarrollar UPP (hospitalización, instituciones geriátricas, domicilio, etc).

34

7. *Respuesta C.* La escala de Walt valora objetivamente el estado de la boca del paciente, observa las alteraciones que pueden producirse en los labios, lengua, encías, paladar, saliva y la presencia de residuos. La puntuación de cada ítem oscila entre 1 y 3 puntos, la máxima puntuación es de 18 puntos, que corresponde a una boca en perfecto estado. Las escalas de Norton, Gosnell, Braden y Waterlow están diseñadas para valorar el riesgo de los pacientes para desarrollar UPP. Las escalas de Braden y Waterlow son las únicas que han sido probadas científicamente para su utilización en UCI, aunque no se dispone de una validación adecuada de ninguna de ellas.
8. *Respuesta E.* Se ha observado que la valoración del desarrollo de UPP en el momento del ingreso tiene una alta predicción en todos los ámbitos. Sin embargo en vez no es tan predictiva como la valoración realizada en las 48 y 72 h después del ingreso. Esto, probablemente es debido a que en el momento del ingreso no se dispone de toda la información necesaria sobre otros factores de riesgo como la nutrición, incontinencia, etc. Por ello, en UCI es recomendable valorar el riesgo periódicamente y siempre que haya un cambio en la situación clínica del paciente.
9. *Respuesta C.* La valoración frecuente del riesgo es una medida necesaria para que en cada momento se introduzcan los cuidados necesarios para la prevención de las UPP. La higiene e hidratación de la piel, los cambios posturales cada 2 h y la administración de una dieta equilibrada con suficiente aporte energético son cuidados básicos para minimizar los factores de riesgo a los que está sometido el paciente en estado crítico. La realización de masajes sobre las zonas prominentes está contraindicada, ya que puede lesionar aún más los tejidos.
10. *Respuesta A.* Según la GNEAUP, la presencia de eritema cutáneo que no palidece en piel intacta, se refiere a úlcera en estadio o grado I; estadio II se refiere a la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas; estadio III implica la pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente, y estadio IV afecta a la pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (p. ej., tendón, cápsula articular, etc.)
11. *Respuesta E.* La presencia de eritema cutáneo que no desaparece producido por presión, corresponde al estadio I en la clasificación de las UPP (GNEAUP). En el momento de su diagnóstico, es necesario establecer cuidados que eviten o alivien la compresión de los tejidos, como incrementar la periodicidad de los cambios posturales para disminuir el tiempo de apoyo, proteger cuidadosamente las zonas de riesgo, etc. Saber el peso del paciente no es suficiente para conocer con exactitud el compromiso del flujo capilar.
12. *Respuesta B.* El cálculo de la prevalencia de las UPP se basa en el número total de casos de una población que desarrollan UPP en un momento determinado. El número de casos nuevos en un grupo de pacientes durante un período determinado se denomina incidencia.
13. *Respuesta A.* Incidencia se refiere al número de pacientes que desarrollan UPP (casos nuevos) durante un período determinado, en relación con el número total de pacientes.
14. *Respuesta C.* Según la GNEAUP, la úlcera en estadio III, implica la pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente; estadio I (o grado I) se refiere a la presencia de eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; estadio II se refiere a la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, y estadio IV afecta a la pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (p. ej., tendón, cápsula articular, etc.)

15. *Respuesta E.* Los pacientes de cuidados intensivos presentan una menor tolerancia a la intensidad y duración de la presión en los tejidos, debido a múltiples factores. Por un lado, la fiebre provoca una mayor demanda de oxígeno. Además, las alteraciones respiratorias y cardiocirculatorias, así como la administración de algunos fármacos vasoactivos interfieren en el aporte de oxígeno. Tanto los problemas en la demanda como en el aporte de oxígeno a los tejidos, unidos a la presión externa, provocan isquemia y muerte celular, dando lugar a la formación de UPP.
16. *Respuesta D.* Los resultados de estudios de investigación realizados en pacientes hospitalizados en planta general, informan de la existencia de una asociación entre la presencia de UPP con 4,5 veces más riesgo de muerte. Del mismo modo, otras investigaciones realizadas prospectivamente en pacientes de UCI han confirmado esta asociación.
17. *Respuesta D.* El desarrollo de UPP tiene implicaciones importantes para el paciente y para la enfermera. Las UPP se asocian a resultados negativos en términos de dolor, pérdida de función e independencia, incremento del riesgo de infección y sepsis y, en muchas ocasiones, necesidad de procedimientos quirúrgicos durante su tratamiento. Todo ello da lugar a una hospitalización más prolongada y algunas veces está asociada a una mayor mortalidad. Por otro lado, supone una mayor carga de trabajo para la enfermera que debe tratar periódicamente las lesiones y establecer cuidados para prevenir nuevas complicaciones. La prolongación de la hospitalización y el aumento de la carga de trabajo asociados al tratamiento de las UPP son las causas principales del incremento del coste. Varias investigaciones concluyen que el tiempo invertido en cuidados para prevenir las UPP supone un menor coste que el que se produce una vez desarrolladas las UPP.
18. *Respuesta C.* La utilización de flotadores, que generalmente son de goma o de plástico, está contraindicada ya que está demostrado que causan congestión venosa y edema, lo que a su vez dificulta la circulación capilar. Esto, en lugar de prevenir las UPP, aumenta el riesgo de que se desarrolle. La utilización de almohadas u otras superficies de apoyo para evitar que se ejerza presión sobre los talones es una medida muy eficaz, ya que actúa sobre la causa principal del problema. El resto de sistemas que se citan, cojines de silicona y diferentes tipos de colchones que proporcionen una menor presión de superficie de apoyo al paciente, son solamente medidas coadyuvantes en la prevención de las UPP.
19. *Respuesta E.* Los microorganismos que con más frecuencia producen infección en las úlceras cutáneas, generalmente están asociados con la flora de la propia piel y con la del tracto gastrointestinal. La infección de las úlceras suelen ser polimicrobiana y los patógenos más habituales son: *Staphylococcus aureus* (que se encuentra en el tracto respiratorio superior de los pacientes infectados o portadores); *Pseudomonas aeruginosa* (asociada a lugares húmedos y, en pequeño número, al intestino); *Proteus* (bacterias habituales del intestino inferior, cuyo vehículo de contaminación son las manos); enterococos y levaduras.
20. *Respuesta D.* Los criterios a considerar cuando se va a seleccionar una superficie de apoyo (colchones, cojines, etc.) para prevenir las UPP son múltiples. Por un lado es necesario tener en cuenta el estado clínico del paciente para seleccionar el dispositivo más adecuado, así como la tolerancia del paciente al sistema. Por otro lado, es conveniente manejar criterios sobre la eficacia, durabilidad y facilidad de uso del dispositivo, así como sobre el mantenimiento que necesitan y las condiciones para la limpieza y desinfección del equipo.
21. *Respuesta E.* Para valorar la calidad de los cuidados de enfermería en la prevención de las UPP, es necesario que a nivel institucional se establezcan indicadores de resultado. Los indicadores reflejados en la bibliografía incluyen los siguientes: valoración precisa del riesgo, registro de la incidencia de UPP, establecimiento de estrategias y acciones para prevenir las lesiones de la piel y diseño de programas educativos dirigidos a todo el personal que cuida al paciente. Los 4 indicadores señalados deben estar correctamente documentados para poder hacer auditorías que permitan conocer la situación y establecer estrategias de mejora.

36

22. *Respuesta A.* El dolor varía de acuerdo con la localización y la extensión de la úlcera. Generalmente, las heridas pequeñas y profundas son menos dolorosas que las de gran tamaño y superficiales. La existencia de dolor debe considerarse siempre, aunque el paciente no pueda expresarlo o no reaccione ante él. Además, hay que tener en cuenta que, en los ancianos la sensación de dolor puede estar disminuida. Seguramente el dolor más intenso se experimenta en el momento de los cambios de apósito y en algunas ocasiones durante el desbridamiento quirúrgico, por lo que será necesario tenerlo en cuenta para instaurar las medidas analgésicas precisas.
23. *Respuesta C.* Las localizaciones más frecuentes donde se desarrollan UPP dependen de la posición del paciente. En decúbito lateral las localizaciones más frecuentes son: oreja, hombro, codo, cadera, entre las rodillas y los tobillos. En decúbito supino: nuca, omóplato, zona lumbar, codo y talón. En posición *semifowler*: nuca, omóplato, zona lumbar, pelvis y talón. Y en posición de sentado (en silla de ruedas o sillón): omóplato, región lumbar, cadera, pelvis, dorso del talón y planta del pie.
24. *Respuesta E.* La GENEAUP considera que el ABC de la cura local de las úlceras es: retirar el apósito, limpiar la herida, desbridar los restos necróticos, prevenir, diagnosticar y tratar la infección si existe y seleccionar el apósito más adecuado según las características de la lesión, los objetivos terapéuticos, la comodidad para el paciente y el coste-efectividad del apósito elegido.
25. *Respuesta E.* El desbridamiento mecánico es una técnica poco selectiva y su utilización es poco frecuente. Incluye el uso de apótsitos húmedos-secos, hidroterapia mediante el lavado continuo de la herida y el uso de dextranomeros. El desbridamiento selectivo de material necrótico y que no lesiona al tejido sano es el enzimático. Se consigue mediante el uso de preparados formados por una o varias enzimas proteolíticas, que actúan como desbridadores locales. Éste es más efectivo cuando se combina con el desbridamiento mecánico o quirúrgico. El desbridamiento autolítico es el procedimiento más natural. Mediante el uso de apótsitos que mantienen la humedad de la herida, se propicia una desintegración espontánea y gradual de los tejidos no viables por la acción de enzimas proteolíticas, presentes en el propio exudado de la herida. Está contraindicado si la úlcera está infectada. El desbridamiento quirúrgico es el procedimiento de mayor rentabilidad y rapidez, y está contraindicado en pacientes con trastornos de la coagulación.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

1. Courtney H, Lyder ND. Pressure Ulcer Prevention and Management. JAMA 2003;289:223-6.
2. Hill MJ. Atlas en color de la piel. En: Trastornos cutáneos. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1996; p. 1-11.
3. Keller PJA, Wille J, Ramshorst B, Werken CH. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. Intensive Care Med 2002;28:1379-88.
4. Lee Cheng T, editor. Prediction and prevention of pressure ulcers in adults. Moh nursing clinical practice guidelines 1/2001. Disponible en: <http://www.ahcpr.gov/clinic/cpgonline.htm>
5. Lubisch K. Wound Care: management of peripheral vascular disease and pressure ulcers. Disponible en: <http://www.nursingceu.com/NCEU/courses/wound>
6. Soldevilla Ágreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. 4.^a ed. Madrid: Grupo Masson, Editorial Garsi S.A., 1998.