

# Úlceras por presión

Natalia Soengas

Versión web: [http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num\\_rst.php?recordID=201601](http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201601)

## INTRODUCCIÓN

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, tanto en niños como en adultos, que se produce por presión prolongada asociada a cizallamiento o fricción entre dos planos, que pertenecen al propio paciente o a un plano externo a él.

Internacionalmente la UPP es reconocida como indicador de calidad de cuidados. Tiene un impacto negativo a nivel económico, de recursos de salud, lucro cesante y calidad de vida, además del impacto fisiológico, funcional y emocional del paciente y su familia<sup>1</sup>.

Se conocen datos estadísticos y estudios de países como EE.UU., Canadá, Australia, Reino Unido y España. En EE.UU. se calcula que 3 millones de adultos presentan úlceras por presión. En Latinoamérica, México reportó en estudios epidemiológicos una prevalencia de 60% de pacientes con UPP dentro de la población de riesgo con puntuación en la escala de Braden mayor de 16 puntos. En nuestro país son escasas las estadísticas sobre el tema. En Australia, en el año 2003, el estudio PUPPS 1 (*Pressure Ulcer Point Prevalence Survey*) encontró un porcentaje de UPP de 26,5%, 1 de cada 5 pacientes internados presentaban úlceras por presión de las cuales dos tercios se adquirieron con posterioridad a la admisión hospitalaria.

En el PUPP 2 (el reporte posterior) se tomaron las recomendaciones del PUPPS 1 para mejorar la prevención y el tratamiento, y encontraron que la prevalencia fue del 21,5% (es decir disminuyó la prevalencia de las UPP); y en el tercer estudio, PUPPS 2006, se bajó la prevalencia al 17,6%. En Canadá se estudiaron las UPP entre los años 1990 y 2003, evaluando a los pacientes in-

ternados en servicios de atención de agudos y crónicos, lo que mostró un porcentaje de 25,1%. España y Gran Bretaña tuvieron un porcentaje de 5,89% en mayores de 14 años con atención domiciliaria, en atención hospitalaria fue del 7,2% y los costos sociosanitarios aumentaron en un 6,39%<sup>2</sup>.

En La Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) se propuso asegurar el acceso universal a la prevención y tratamiento, desarrollar políticas futuras, aplicar los criterios de calidad y lo mejor de la evidencia científica, fomentar la investigación, el desarrollo en formación básica y posbásica y fortalecer el liderazgo de enfermería en este tema.

Las coincidencias en los diferentes estudios nos muestran que estas lesiones son más frecuentes en ámbitos hospitalarios y se hallan en mayor porcentaje en pacientes internados en sectores de cuidados intensivos y geriátricos. Como ubicación más frecuente se halla la región occipital en niños, y el E1 es más frecuente encontrarlas que en estadio E4, siendo la localización en el sacro la más frecuente con un porcentaje del 65% y un porcentaje del 30% en trocánteres y talones.

La fisiopatología de estas lesiones se debe al aumento de presión que produce la oclusión de vasos sanguíneos y linfáticos, hiperemia, isquemia endotelial y acidosis, aumento de la permeabilidad capilar, edema, eritema y hemorragia con aumento local de células inflamatorias, bacterias, detritus y necrosis tisular.

No existe regresión en el estadio de las UPP, aún con evolución favorable.

Los factores de riesgo más importantes son la obesidad, la diabetes mellitus, las personas mayores de 70 años, la caquexia, el tratamiento con corticoides, cistotáticos, anticoagulación, sedación y/o analgesia.

Hay varias escalas para detectar a los pacientes con riesgo aumentado de desarrollar úlceras por presión. Las más usadas son las escalas de Braden y la de Norton.

La escala de Braden toma en cuenta varios ítems: movilidad, humedad, cizallamiento y estado nutricional.

## CLASIFICACIÓN DE LAS UPP

**Sistema de clasificación internacional de las úlceras por presión de la *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) / *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP)**

### Categoría o estadio I

Eritema no blanqueable en piel intacta. Piel intacta con eritema no blanqueable de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. El área puede ser dolorosa, firme, suave, con aumento o disminución de temperatura en comparación con los tejidos adyacentes, puede ser difícil de detectar en personas de piel oscura.

### Categoría o estadio II

La pérdida de espesor de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos.

También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero serosanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas (el hematoma indica lesión de los tejidos profundos).

### Categoría o estadio III

Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de varía según la localización anatómica.

### Categoría o estadio IV

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos.

Pueden aparecer esfacelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión varía según su localización en la anatomía del paciente; se pueden extender al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, fascia, tendón o cápsula de la articulación) y provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso y/ o músculo expuesto es visible o directamente palpable.

### Categorías adicionales para los EE.UU.

Inclasificable / sin clasificar: la profundidad real de la úlcera está completamente oscurecida por esfacelos (amarillos, de color bronceado, grises, verdes o marrones) y/o escaras (de color bronceado, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o escaras para exponer la base de la herida, no puede determinarse su verdadera profundidad.

Entre las complicaciones más frecuentes se hallan la desnutrición, las infecciones locales y sistémicas, la anemia, la depresión, la inmovilidad, el aislamiento, la dependencia, la internación en residencias de crónicos y la muerte.

## TRATAMIENTO

- General: cuidados de higiene de la piel con temperatura adecuada del agua, jabones neutros, secar sin fricción, usar ropa limpia y sin pliegues, evitar el arrastre del paciente, no ángulos mayores a 30°, evitar extensión de rodillas, cambiar de decúbito según la capacidad de recuperación de la piel.
  - Colchones de aire, espuma de poliuretano para disminuir presión local.
  - Valoración de la piel según riesgo.
  - Retirar en forma no agresiva los apósitos.
  - Tener cuidado con sondas vesicales, nasogástricas, oxigenoterapia, catéteres, tubos orotraqueales.
  - Estimular la movilidad del paciente.
- En **estadio 1**, el objetivo es disminuir la presión, mejorar las condiciones del paciente, mantener la temperatura y humedad que favorezcan la cicatrización. Usar cremas con ácidos grasos hiperoxigenados y apósitos coloides extrafinos.
- En **estadios de 2 en adelante** se hace debridamiento, asepsia, manejo de la infección y apósitos.
  - El debridamiento puede ser autolítico, con hidrogeles; enzimático, con colagenasa; con vendas y apósitos con principio de cura húmeda.
  - El abordaje de la infección con antibioticoterapia local o sistémica según el caso.
  - La asepsia con yodopovidona o clorhexidina.
  - Los apósitos como filmes de poliuretano, hidrocoloides, hidrogeles, alginato de calcio, apósitos con bactericidas, esponjas de poliuretano, matrices moduladoras y apósitos combinados.
- Cirugía reparadora con injertos.
- Láser de baja intensidad.
- Fitoterapia, azúcar medicinal.
- Terapia con larvas.
- Estimulación eléctrica, factores de crecimiento dérmico, sistema de vacío para curación de heridas y cámaras hiperbáricas.
- Tratamiento del dolor adecuado.
- Tratamiento nutricional con suplementos en los casos necesarios.
- Rehabilitación kinésica.
- Colchones de aire y suplementos para alivio de presión en regiones en riesgo.
- Educación del personal sanitario y familiar a cargo del cuidado del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 1. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
2. 2. García Fernández, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia - series de documentos Técnicos GNEAUPP(\*) nº 11 GNEAUPP-Logroño 2014.
3. 3. Soldevilla Agreda J, Enric Torra i Bou J (coordinadores). Manual de atención integral de las heridas crónicas. Cap. 3.2 - Pág 189-194 - Madrid - 2004 SPA, S.L.
4. 4. Martínez Cuervo F. Las úlceras por presión: una problemática prevenible. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2044;39(S4):25-34.

(\*) GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlcera Por Presión y heridas crónicas.