

Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que presenta úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo

Janeth Islas-Pérez¹

¹ Pasante de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

RESUMEN

Introducción: Una úlcera por presión se define como lesión de origen isquémico que se localiza en la piel y tejidos subyacentes, sobre una prominencia ósea, causada por presión prolongada, fricción o fuerzas de cizallamiento. El 95% de los casos son prevenibles, y el 5% restante se presenta debido a las condiciones del paciente que no permiten modificar los factores de riesgo. **Objetivo:** Realizar intervenciones a un paciente con sospecha de daño tisular profundo, en donde se establecen las intervenciones realizadas por la Clínica de Heridas. **Metodología:** Estudio de caso clínico en masculino de 33 años, descriptivo, prospectivo y longitudinal con seguimiento de un mes, basado en el proceso de atención de enfermería, con el enfoque conceptual de Virginia Henderson, con abordaje de tres necesidades alteradas. Se establecen diagnósticos y planes basados en interrelación taxonómica NANDA-NIC-NOC. **Resultados:** Se identificaron tres diagnósticos reales en la necesidad de seguridad; la categoría diagnóstica principal fue deterioro de la integridad cutánea; los secundarios fueron riesgo de infección y dolor agudo. Se estableció un diagnóstico de riesgo: deterioro de la integridad cutánea. **Conclusión:** A través de las intervenciones estable-

cidas mediante la aplicación de terapia en ambiente húmedo se observó una resolución y cicatrización completa de la úlcera por presión con sospecha de daño tisular profundo, sin progresión a estadios más severos, lo que permitió que el paciente egresara a su domicilio y continuara con el tratamiento y seguimiento ambulatorio.

Palabras clave: Úlcera por presión, daño tisular profundo, atención de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: A pressure ulcer is defined as an ischemic injury which is located in the skin and underlying tissues, over a bony prominence, caused by prolonged pressure, friction or shear forces. 95% of cases are preventable, and the remaining 5% occur due to patient conditions that do not allow modifying risk factors. **Objective:** To make interventions for a patient with suspected deep tissue injury, where the interventions made by the Wound Clinic are established. **Methodology:** Clinical case study in male aged 33, descriptive, prospective and longitudinal with monitoring for a month, based on the process of nursing care of Virginia Henderson conceptual approach addressing three altered needs. Diagnostic and plans are based on the taxonomic interrelationships NANDA-NIC-NOC. **Results:** 3 real diagnoses were identified in the need for security; the main diagnostic category was impaired skin integrity; secondaries were risk of infection and acute pain. A risk diagnosis was established: impaired skin integrity. **Conclusion:** Through established interventions by applying wet environment therapy full resolution and healing of pressure ulcers with suspected deep tissue damage were observed, without progression to more severe stages, allowing that the patient went home to continue treatment and outpatient follow-up.

Key words: Pressure ulcers, deep tissue damage, nursing care.

Recibido para publicación: 30 junio 2014.

Aceptado para publicación: 25 julio 2014.

Dirección para correspondencia:

Janeth Islas-Pérez

Calle Fuente de Diana Núm. 271,

Colonia Evolución, C.P. 57700,

Ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México.

E-mail: jaispe@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

INTRODUCCIÓN

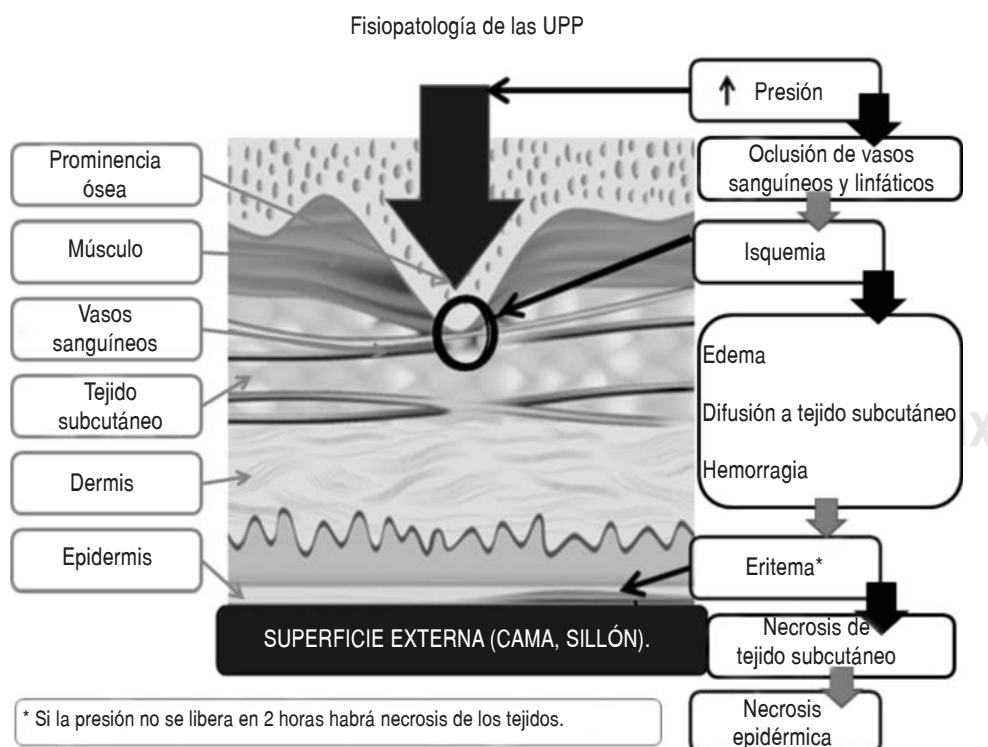
Existe una gran variedad de definiciones en relación con la úlcera por presión (UPP), para lo cual se han conjuntado algunos términos y definido como: "lesión de origen isquémico, la cual se localiza en la piel y tejidos subyacentes, sobre una prominencia ósea; causada por presión prolongada o fricción entre dos planos duros: prominencia ósea y sillón o cama, también se origina por fuerzas de cizallamiento en donde se combinan los efectos de la presión y fricción". Dicha presión puede reducir el flujo sanguíneo capilar de la piel y tejidos subyacentes, si la presión no desaparece, puede producir muerte celular, necrosis y rotura tisular (*Figura 1*). La presión capilar máxima se encuentra aproximadamente en 20 mmHg y la presión tisular media se ubica entre 16-33 mmHg.¹⁻⁶

Kosiac, en 1959 demostró que la aplicación de una presión externa de 70 mmHg sobre las prominencias óseas durante una hora, fue suficiente para producir necrosis de los tejidos y ulceración. Las presiones en el colchón de una cama de hospital, medidas bajo las prominencias óseas, oscilan entre los 100 y los 150 mmHg, en una silla de ruedas se elevan a 300 mmHg o más. La exposición de los tejidos a una presión elevada y sostenida induce a isquemia, vasodilatación, aumento de la presión intersticial, oclusión y obstrucción (microtrombos) de los vasos sanguíneos y linfáti-

cos; provoca extravasación de líquidos, fuga de plasma, proteínas, sangre y células al espacio intersticial, aparece edema y hemorragia; estas alteraciones progresivas provocan el inicio del daño tisular.

El daño tisular se inicia en los tejidos profundos y posteriormente se extiende de forma ascendente hasta la dermis y la epidermis. La lesión tisular profunda se produce en primer lugar en el músculo y en el tejido celular subcutáneo, por una pobre tolerancia a la disminución del flujo sanguíneo. Incluso, se han observado cambios irreversibles en la exposición de una a dos horas a la presión, finalmente, la lesión alcanza la dermis y la epidermis.⁷

Son muchos los factores asociados al riesgo de aparición de UPP e incluyen el estado general de salud, estado nutricional, humedad de la piel, edad, antecedentes de úlceras por presión, cantidad de presión, fricción, fuerzas de cizallamiento y humedad, componentes claves que aumentan el riesgo de aparición.⁸ El estándar de oro para la prevención y tratamiento es la movilización y los cambios frecuentes de posición, se debe mantener al paciente en una posición adecuada que distribuya el peso en una mayor superficie (la cabecera debe elevarse por encima de 30° y elevar la piédera, para evitar el deslizamiento), proteger a los pacientes del arrastre, cuerpos extraños en las superficies y las irregularidades. Las superficies especiales para el ma-



Fuente: TheraMart.com [Internet]. Disponible en: <http://www.theramart.com/category/unca-tegorized/>

Figura 1.

Fisiopatología de las UPP.

nejo de la presión no sustituyen los cambios frecuentes de posición, sólo facilitan el cuidado de los pacientes mediante el espaciado de los mismos. Antes de abordar a un paciente con UPP, se deberá corregir la causa y los factores de riesgo asociados a su origen.¹

Para el abordaje de las UPP es necesario catalogarlas utilizando un sistema de estadios, de tal manera que el *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), clasifica las UPP en estadios que indican una medida de profundidad del daño del tejido, para facilitar su documentación y abordaje:

Estadio I. Cambios de coloración, consistencia o temperatura con una epidermis intacta.

Estadio II. Pérdida de la epidermis, se presenta como flictena intacta o rota. Úlcera superficial brillante o seca sin esfacelo o hematoma.

Estadio III. Pérdida completa del tejido. Atraviesan el espesor total de la piel (dermis), tejido celular subcutáneo y penetran hasta antes de la fascia muscular (los huesos, tendones o músculos no están expuestos). Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

Estadio IV. Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Una vez que la úlcera ha penetrado la fascia, indica que la presión dañó los tejidos más profundos. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Existe tejido necrótico y exudado abundante, el hueso o músculo es visible o directamente palpable.

Sospecha de daño tisular profundo. Se estableció para diferenciarlas del estadio I, ya que éstas se identifican también con un cambio de coloración (violáceo) evidenciando que la presión ya generó un daño mayor y que se trata de la formación de una úlcera profunda en proceso; la piel puede estar intacta o formar una ampolla llena de sangre.

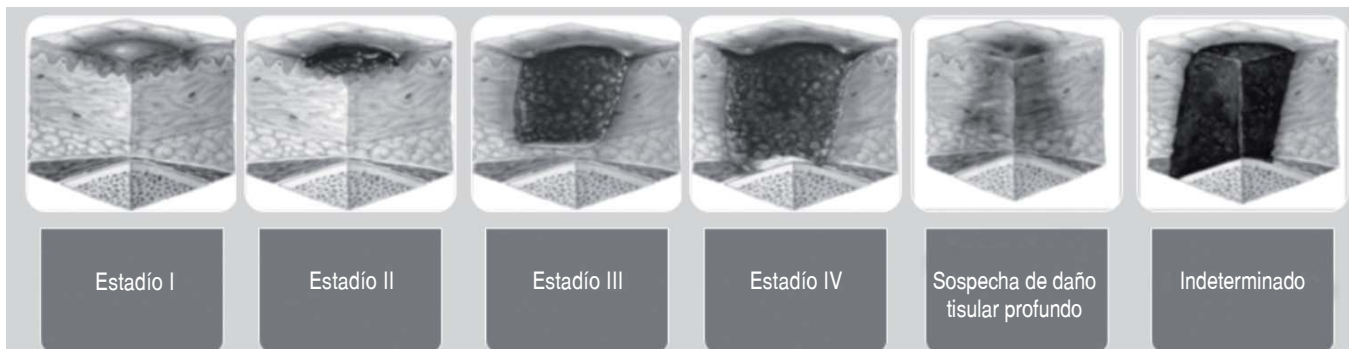
Estadio indeterminado. Se caracteriza por la presencia de una escara o tejido necrótico que no

permite valorar la profundidad de la misma. Para poder determinar el estadio, es necesario desbridar dicho tejido (*Figura 2*).^{1,2,8}

Las UPP son un problema común, se presentan con mayor frecuencia en personas de edad avanzada, discapacitadas, o en etapa terminal. En el 95% de los casos son prevenibles, y en el 5% restante se presentan debido a condiciones del paciente, que no permiten modificar los factores de riesgo.⁷ Goode y Allman en 1989, agregan que su presencia aumenta cuatro veces más el riesgo de morir y si se encuentran complicadas se incrementa seis veces más.⁹ Luque et al 2012; refieren que los pacientes que presentan accidente cerebrovascular, entre otras complicaciones desarrollan UPP con una prevalencia que oscila entre el 3.8 y el 8.9% siendo los talones, el sacro y los trocánteros las partes más afectadas.¹⁰ Van Gilder, 2010; identificó que la presentación de UPP con daño tisular profundo es tres veces más frecuente que las úlceras en estadio III o IV, cabe mencionar que desde que se agregó el estadio de daño tisular profundo las úlceras en estadio I han disminuido debido a una mala clasificación de las mismas; en México, no existen estadísticas de la incidencia de las úlceras en este estadio. La localización anatómica de sospecha de daño tisular profundo se encuentra comúnmente en el talón (41%), sacro (19%) o glúteos (13%).¹¹

En la *figura 3* se puede observar que desde que se instauró la nueva clasificación han aumentado los reportes de daño tisular profundo y han disminuido las úlceras en estadio I, lo que permite proporcionar de manera oportuna el tratamiento que limite el daño evitando al paciente progresar a estadios III o IV, generando más costos hospitalarios.¹²

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en un período de un año se atendieron 42 pacientes, de los cuales 7 ingresaron ya con UPP procedentes de su domicilio o referidos de alguna otra institución



Fuente: National Pressure Ulcer Advisory Panel [Internet]. Disponible en: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP>

Figura 2. Estadiaje actual de las úlceras por presión.



Fuente: imagen tomada de la página de Internet: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP-Unstage2.jpg>

Figura 3. UPP estadio indeterminado.

de salud y 35 pacientes desarrollaron UPP intrahospitalarias secundarias a condiciones clínicas críticas, aun con la implementación temprana de medidas de prevención; del total de pacientes 26 se encontraban en estadio II, 12 en estadio de sospecha de daño tisular profundo y 4 en estadio indeterminado. Los sitios anatómicos más afectados fueron: 29 pacientes en alguno de los glúteos, 11 en región sacra, 2 en otros sitios anatómicos y un sólo paciente presentó tres UPP (base de datos de la Clínica de Heridas, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, 2013). El tratamiento que se proporcionó a los pacientes afectados, fue mediante terapia en ambiente húmedo y de acuerdo con la valoración que propone Falanga, se utilizó el concepto TIME para preparar el lecho de la herida; Tejido no viable, Infección, Humedad (*Moisture*), Bordes epiteliales (*Edge*).^{7,13,14}

El objetivo de este estudio de caso es desarrollar un proceso de atención de enfermería aplicado a masculino de 33 años con una UPP con sospecha de daño tisular profundo, para dar a conocer las intervenciones realizadas por el personal de enfermería de la Clínica de Heridas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, así como el resultado de las mismas.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio de caso clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal, en el Servicio de Unidad Coronaria del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en el período comprendido de marzo a abril del 2014, a un paciente con enfermedad vascular y con la presencia de una UPP en estadio de sospecha de daño tisular profundo. Se estructuró de acuerdo con las eta-

pas del proceso de atención de enfermería (PAE), con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Se valoraron las 14 necesidades básicas; sin embargo, sólo se abordaron las tres relacionadas con el tema expuesto. Se establecen diagnósticos y planes basados en interrelación taxonómica (NANDA-NIC-NOC).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 33 años de edad, residente del Estado de México; presenta secuelas de poliomielitis, que limita la movilización parcialmente, debido a su tipo de trabajo (diseño gráfico) permanece la mayor parte del día sentado, desarrolló una cicatriz de aproximadamente 2 cm en sacro. Ingresa con diagnóstico médico de trombosis de miembro torácico izquierdo a nivel de subclavia, trombolizado con activador del plasminógeno recombinante específico para la fibrina (TNK). Evento vascular cerebral (EVC) de circulación posterior basilar, con trombolisis selectiva con Alteplase, control tomográfico con infarto de cerebelo y puente. Índice de masa corporal (IMC) de 18, con sedación y analgesia de acuerdo con la escala de agitación y sedación de Richmond (RASS), con una puntuación de -5, apoyo ventilatorio a través de una cánula oro traqueal, en modalidad asistido-control (AC) ciclado por volumen, con parámetros de: frecuencia respiratoria 16 por minuto, volumen corriente de 400 ml, porcentaje inspirado de oxígeno al 40%, abundantes secreciones hialinas; con un acceso vascular central trilumen en yugular derecha permeable a solución con cloruro de potasio y sulfato de magnesio, norepinefrina 16 $\mu\text{g}/\text{min.}$, monitorizado en ritmo de la unión, sin compromiso vascular, peristalsis audible, sonda vesical a derivación, orina de color amarillo claro con presencia de sedimento. Cuenta con superficies especiales para el manejo de la presión mediante colchón de presión alterna.

VALORACIÓN POR NECESIDADES

Necesidad de alimentación:

IMC 18 (bajo peso), con exposición de prominencias óseas; en ayuno.

Necesidad de movilidad y postura:

Durante su internamiento se encontraba bajo sedación y analgesia, con un RASS de -5, con ventilación mecánica.

Necesidad de higiene y protección de la piel:

Destrucción de las capas de la piel en región sacra, de forma redonda, la cual mide 6 x 8 cm.

Necesidad de seguridad:

Con prominencias óseas demasiado sobresalientes.

PLAN DE CUIDADOS

Necesidad alterada: necesidad de higiene y protección de la piel

Diagnóstico: deterioro de la integridad cutánea R/C factores externos mecánicos (presión), factores internos: prominencias óseas M/P destrucción de las capas de la piel (00046)

Resultado: curación de la herida: primera intención (1102)

Intervenciones de enfermería y actividades	Tipo de intervención	Nivel de relación	Grado de dependencia
Cuidados de las úlceras por presión (3520) <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera (tamaño, profundidad, estadio, sitio); TIME (tejido, datos de infección, exudado, bordes). • Controlar temperatura, edema, humedad y apariencia de la piel circundante. • Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación (cura en ambiente húmedo). • Limpiar la úlcera con agua estéril y secar sin friccionar. • Desbridar la úlcera (desbridamiento enzimático-clostridiopeptidasa A y cloranfenicol ungüento). • Aplicar apósito, recortar el apósito 2 cm más grande que el tamaño de la úlcera (hidrocoloide-desbridamiento autolítico). • Reforzar los bordes del apósito, con cinta microporosa. • Cambios de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. • Utilizar dispositivos especiales para el manejo de la presión (dispositivo de polímero). • Controlar el estado nutricional, de acuerdo al estado del paciente. 	Independiente	Suplencia	Dependencia total

Evaluación: en cada curación se realizaba la valoración de acuerdo al TIME, para evaluar el momento en el cual fuera idóneo modificar el tratamiento; mediante la combinación del desbridamiento enzimático y autolítico se logró delimitar el tejido necrótico y evitar que la UPP progresara de estadio III-IV

UPP con sospecha de daño tisular profundo en región sacra; de forma redonda, la cual mide 6 x 8 cm.

Momento	Valoración TIME	Estadío	Tratamiento de la lesión
	<ul style="list-style-type: none"> - Lecho violáceo, flictena íntegra. - Sin datos de infección. - Exudado nulo. - Bordes definidos, piel periulce- ral íntegra. - No se cuenta con registro foto- gráfico de la valoración inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de daño tisular profundo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lubricación de la piel con petrolato.

1		<ul style="list-style-type: none"> - Lecho violáceo, con pérdida de epidermis a las doce y de las tres a las nueve, con tendencia al sangrado. - Sin datos de infección. - Exudado escaso. - Bordes definidos, piel periulceral íntegra. 	Sospecha de daño tisular profundo. Estadío II, a las doce y de las tres a seis.	Inicia clostridiopeptidasa A y cloranfenicol unguento más apósito hidrocélular.
2		<ul style="list-style-type: none"> - Zona de tejido necrótico en un 85% ubicado al centro y el 15% restante de tejido epitelizado. - Sin datos de infección. - Exudado escaso. - Bordes definidos. 	Indeterminado	Clostridiopeptidasa A y cloranfenicol unguento, apósito secundario con hidrocólode.
3		<ul style="list-style-type: none"> - Tejido necrótico en el 35%, restante de tejido epitelial. - Sin datos de infección. - Exudado escaso. - Bordes definidos. 	Indeterminado	Clostridiopeptidasa A y cloranfenicol unguento, con hidrogel, apósito secundario hidrocólode.
4		<ul style="list-style-type: none"> - Tejido necrótico 20%, esfacelo 10%. - Sin datos de infección. - Exudado escaso. - Bordes definidos. 	Indeterminado	Capacitación al familiar para el tratamiento ambulatorio Clostridiopeptidasa A y cloranfenicol unguento combinado con ácido acexámico con neomicina al 5% unguento.
5		<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera cicatrizada al 100%. 		Lubricación de la piel, liberación de zonas de presión y cambios de posición.

Imágenes tomadas de: Base de datos y registro de imágenes de la Clínica de Heridas, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; 2014.

Necesidad alterada: necesidad de seguridad

Diagnóstico: riesgo de infección R/C defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel) (00004)

Resultado: integridad tisular: piel, membranas y mucosas (1101)

Intervenciones de enfermería y actividades

Tipo de intervención

Nivel de relación

Grado de dependencia

Cuidados de las heridas: monitorización de las características de la úlcera (tamaño, profundidad, estadío, localización, tejido, datos de infección, exudados y bordes).

Independiente

Suplencia

Dependencia total

- Limpiar la úlcera con agua estéril sin friccionar y secar

- Lubricación de la piel periulceral mínimo una vez por turno.
- Cambiar el apósito cuando se encuentre saturado en un 75% de su capacidad.

Protección contra las infecciones (6550).

Interdependiente

Suplencia

Dependencia total

- Observar los signos y síntomas de infección local (edema, eritema, dolor, calor, secreción purulenta) y sistémica.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar datos de laboratorio (leucocitos, PCR).
- Tomar un cultivo, con técnica estéril, previa asepsia del sitio.

Evaluación: durante todo el tratamiento no se observaron signos y síntomas de infección.

Necesidad alterada: necesidad de seguridad

Diagnóstico: dolor agudo R/C agentes lesivos M/P cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria (00132)

Resultado: control del dolor (1605)

Intervenciones de enfermería y actividades

Tipo de intervención

Nivel de relación

Grado de dependencia

Manejo del dolor (1400)

Independiente

Ayuda

Dependencia parcial

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad, severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación) antes y después o durante las actividades dolorosas.

Administración de analgésicos (2210)

Independiente

Ayuda

Dependencia parcial

- Verificar la posibilidad de administrar analgésicos prescritos.
- Comprobar el historial de alergias medicamentosas.
- Pedir la ministración de analgésicos, tomando en cuenta los siete correctos para la administración de los medicamentos: paciente correcto, fármaco correcto, fecha de caducidad, hora correcta, dosis correcta, vía correcta, velocidad de infusión

correcta (indicador no. 7 del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez).

- Registrar en la hoja de enfermería la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

Evaluación: se observó una disminución del dolor en las curaciones, a lo cual también ayudó la terapia en ambiente húmedo, debido a que es uno de sus beneficios.

Necesidad alterada: necesidad de seguridad

Diagnóstico: riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factores externos mecánicos (presión), factores internos: prominencias óseas

Resultado: integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Intervenciones de enfermería y actividades

Intervenciones de enfermería y actividades	Tipo de intervención	Nivel de relación	Grado de dependencia
Prevenición de nuevas úlceras por presión (3540)	Independiente	Suplencia	Dependencia total
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar frecuentemente el estado de la piel debido a los cambios en el estado clínico (intervención quirúrgica, modificación de alguno de los factores de riesgo conocidos), para identificar los signos de lesión causados por la presión. • No realizar masajes sobre las prominencias óseas, ocasiona lesiones capilares que inducen la aparición de UPP. • Mantener la piel en todo momento limpia y seca. En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva, se deben utilizar productos barrera que no contengan alcohol (las pomadas de zinc pueden ser eficaces, pero no permiten visualizar la piel y sólo se pueden retirar con productos oleosos. Su eliminación con agua nunca es eficaz). • Asegurar una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud. • Favorecer la movilización, fomentar y mejorar la movilidad y actividad de la persona. • Realizar cambios posturales; mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona. 			

- Utilización de superficies especiales de manejo de la presión. Independiente Suplencia Dependencia total

Evaluación: mediante la implementación de las actividades mencionadas fue posible evitar la aparición de nuevas UPP.

DISCUSIÓN

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, incorporó hace poco tiempo los estadios de sospecha de daño tisular profundo e indeterminado, de ahí la importancia de manejar durante todo el tratamiento a la úlcera como sospecha de daño tisular profundo para crear conciencia en el profesional de enfermería sobre el manejo oportuno de este tipo de lesiones, debido a la rápida progresión a estadios III o IV. A pesar de no existir mucha información con respecto al tratamiento en la Clínica de Heridas del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, éste se proporcionó con base en terapia en ambiente húmedo, lo cual funcionó satisfactoriamente ya que fue posible llevar la úlcera del paciente a la cicatrización.

En el estudio latinoamericano de seguridad del paciente y la acreditación en salud (IBEAS) en el cual participó México; se identificaron los tres eventos adversos más frecuentes, entre los que se mencionan: neumonías nosocomiales, infecciones de heridas quirúrgicas y en tercer lugar las UPP;¹⁵ por ello se considera importante la difusión de su prevalencia para dar a conocer la magnitud del problema y generar intervenciones preventivas, de diagnóstico y tratamiento oportuno que eviten generar mayor complicación al paciente. Fleck, 2007, refiere que los estados comórbidos que pueden contribuir al desarrollo de sospecha de daño tisular profundo son: enfermedades isquémicas y enfermedades neuropáticas, entre otras. Además menciona que el tratamiento debe incluir medidas generales para cualquier UPP (como cambios de posición frecuentes, cuidado de la piel perilesional, selección de superficies adecuadas y cuidados para corregir deficiencias nutricionales y sistémicas); asimismo recomienda la utilización de terapia húmeda con el objetivo de proporcionar un desbridamiento que no sea traumático;¹⁶ situación similar a la que se le proporciona a este paciente, al cual se le aplicaron medidas generales en combinación con terapia húmeda y se propició un desbridamiento enzimático en combinación con autolítico, los cuales se consideran menos lesivos y posteriormente se inició con la epitelización.

CONCLUSIONES

El estándar de oro para la prevención de UPP es la movilización y los cambios frecuentes de posición, porque a una mayor presión se favorece el desarrollo de UPP; además de mantener a los pacientes en una posición adecuada que distribuya el peso en una mayor superficie.

Mediante la aplicación de terapia en ambiente húmedo se observó una resolución y cicatrización completa de la UPP con sospecha de daño tisular profundo después de cuatro meses de tratamiento, se evitó progresar a estadios más severos, con los cuales el proceso de cicatrización se prolonga y se generan más costos; el evitar estas complicaciones permitió que la persona egresara a su domicilio para continuar con el tratamiento y seguimiento por consulta externa. El desarrollo de un estudio de caso permite generar evidencia científica que oriente las intervenciones de enfermería y facilite la independencia del individuo. La correcta valoración y el diagnóstico temprano son determinantes en la evolución y resolución de los pacientes que presentan daño tisular profundo el cual ha sido mal clasificado (estadio I) e infravalorado por mucho tiempo.

REFERENCIAS

1. Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas A.C. Úlceras por presión [Internet]. México: Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas A.C.; [citado 16 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.amcichac.com/index.php/component/content/article/10-heridas/65-úlcerasporpresion2>.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevención de úlceras por presión: Guía de referencia rápida [Internet]. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [citado 16 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf
3. García F, Montalvo M, García A, Pancorbo A, García F, González F et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006 [citado 30 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2013/Volumen4/Recomendaciones/UPP.pdf>
4. López C, Herrero S, De Diego S, López T, Rojas J, López T. Guía para la atención integral del paciente con heridas crónicas y úlceras por presión [Internet]. Segovia: Gerencia de atención primaria de Segovia; 2012 [citado 20 de marzo de 2014].

- 2014]. Disponible en: <http://bazar.fundacionsigno.com/documentos/proceso-asistencial-del-paciente/guia-para-la-atencion-integral-del-paciente-con-heridas-cronicas-y-úlceras-por-presion.-gerencia-de-atencion-primaria-de-segovia>
5. Lozano A. Úlceras por presión. Parte 1 [Internet]. México: Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas A.C. [citado 16 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://amcicach.com/index.php/noticias/pacientes/que-es-una-herida-que-es-una-herida/49-blog/blog-heridas/123-úlceras-por-presion>
 6. Hernández P, Fernández C, Clement J, Moñinos M, Pérez A. Úlceras por presión y heridas crónicas [Internet]. Baixa: Departamento de salud de la marina; 2008 [citado 16 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.gneapp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/46_pdf.pdf
 7. Espinoza E. Úlceras por presión [Internet]. México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México [citado 19 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/úlceras.pdf>
 8. Mölnlycke Health Care. Prevención de las úlceras por presión. Factores de riesgo [Internet]. España: Mölnlycke Health Care; 2013 [citado 19 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.molnlycke.es/conocimiento/Prevencion-de-las-úlceras-por-presion/factores-riesgo-úlceras-por-presion/>
 9. Baena M. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión [Internet]. Govern de les Illes Balears: Conselleria de Salut i Consum; 2007 [citado 16 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.gneapp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/41_pdf.pdf
 10. Luque C, Peña M, Rodríguez F, López L. Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. Gerokomos [Internet]. 2012 [citado 16 de mayo de 2014]; 23(1): 42-46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/helcos3.pdf>
 11. VanGilder C, MacFarlane GD, Harrison P, Lachenbruch C, Meyer S. The demographics of suspected deep tissue injury in the United States: an analysis of the International Pressure Ulcer Prevalence Survey 2006-2009. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2010 [citado 24 de mayo de 2014]; 23(6): 254-261. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20489387#>
 12. VanGilder C. Prevalence of suspected deep tissue injuries: analysis of the 2012 international pressure ulcer prevalence survey, 2012 NPUAP consensus panel, biennial meeting, oral presentation [Internet]. 2012 [Citado 24 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/VanGilder-sDTI-talk-NPUAP-2013-VanGilder-31.pdf>
 13. Muñoz A, Ballesteros M, Díaz C, González J, Aparicio A, Sánchez A et al. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas [Internet]. Madrid: Hospital Universitario de Mostoles; 2011 [citado 25 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.gneapp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/104_pdf.pdf
 14. Forteza M, Muñoz L, Alonso G, Machota P, Jiménez M, García D et al. TIME: eliminación del tejido no viable [Internet]. Smith & Nephew S.A.U. División Curación de Heridas: Sant Joan Despí; 2011 [citado 19 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.formacionpararesidencias.es/wp-content/uploads/2012/03/t-de-time_07-11.pdf
 15. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [citado 7 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/estudios/estudio_02.pdf
 16. Fleck C. Deep tissue injury: what, why and when? Wound Care Canada [Internet]. 2007 [citado 24 de mayo de 2014]; 5(2): 10-12. Disponible en: <http://cawc.net/images/uploads/wcc/5-2-fleck.pdf>

LECTURAS RECOMENDADAS

- Crowe T, Brockbank C. Nutrition therapy in the prevention and treatment of pressure ulcers. Wound Practice and Research [Internet]. 2009 [citado 21 de marzo de 2014]; 17(2): 90-99. Disponible en: http://www.awma.com.au/journal/1702_05.pdf
- Vanderwee K, Grypdonck M, De Bacquer D, Defloor T. The identification of older nursing home residents vulnerable for deterioration of grade 1 pressure ulcers. J Clin Nurs [Internet]. 2009 [citado 9 de mayo de 2014]; 18(21): 3050-3058. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19732245>
- Sari Y, Nagase T, Minematsu T, Akase T, Nakagami G, Sanada H et al. Hypoxia is involved in deep tissue injury formation in a rat model. Wounds [Internet]. 2010 [citado 9 de mayo de 2014]; 22(2): 44-51. Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F236672923_Hypoxia_is_Involved_in_Deep_Tissue_Injury_Formation_in_a_Rat_Model._WOUNDS._201044-51%2Ffile%2F3deec518d8c28bc1b0.pdf&ei=mYl5U9WPM9aLqAaoq4CICA&usq=AFQjCNGdpT9u9sIINGpYg1mlFEhdT6py2Q&bvm=bv.66917471.d.b2k
- Valdés M, Grondona F, Maya C. Úlceras por presión como complicación de la enfermedad cerebrovascular: estudio de nueve años [Internet]. [citado 25 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/087_-_úlceras_por_presi%D3n_como_complicacion_de_la_enfermedad_cerebro_vascular.pdf
- Kosiak M. Etiology of decubitus ulcers. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 1961 [citado 24 de mayo de 2014]; 42: 19-29. PubMed PMID: 13753341; PubMed-indexed for MEDLINE. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13753341>
- Salcido R, Lee A. Heel pressure ulcers: Purple hell and deep tissue injury. Advances in skin & wound care [Internet]. 2011 [citado 24 de mayo de 2014]; 24(8): 374-380. Disponible en: http://www.nursingcenter.com/lnc/pdf/AID=1197915&an=00152258-201301000-00010&Journal_ID=&Issue_ID=
- El poder de la prevención: Programa para la protección de la integridad de la piel [Internet]. 3M [citado 19 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.sscoquimbo.cl/doc/documentos/gestion/capacitacion/28-12-2011/Capacitacion%20Manejo%20de%20Heridas/Prevencion%20UPPx.pdf>
- Contreras J. Abordaje y manejo de las heridas. México: Inter-sistemas Editores; 2013.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.