

Módulo II

“LESIONES POR PRESIÓN”

EU Carolina Ramírez M.



Índice

Índice	2
1.- GENERALIDADES Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LPP:	3
1.1. Epidemiología:	3
2.- LESIONES POR PRESIÓN.....	4
2.1. Etiología y fisiopatología:.....	4
2.2. Factores de riesgo:.....	4
3.- LOACLIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS LPP.....	7
3.1. Tipo I: Eritema no blanqueante	7
3.2. Tipo II: úlcera de espesor parcial:	7
3.3. Tipo III: Pérdida total del grosor de la piel:	8
3.4. Tipo IV: Pérdida total del espesor de los tejidos:	8
3.5. No estadiable: profundidad desconocida:.....	9
3.6. Sospecha de lesión de tejidos profundos – profundidad desconocida:.....	9
4.- LPP ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MEDICOS.....	10
BIBLIOGRAFÍA	11

1.- GENERALIDADES Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LPP:

Las lesiones por presión (LPP) son lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de la compresión del tejido blando entre prominencias óseas o cartilaginosas y una superficie externa por un período prolongado de tiempo, generando desde un eritema blanqueable en piel indemne hasta úlceras profundas que llegan hasta el hueso.

1.1. Epidemiología:

La mayoría de los pacientes con LPP son mayores de 65 años.

Las LPP son frecuentes en los pacientes hospitalizados (prevalencia 3-17%) y en institucionalizados (prevalencia 3-12%). En las unidades de cuidados paliativos presentan un mayor porcentaje (16,7%), seguidos de UCI (14,9%), unidad postquirúrgica y reanimación (14%) y hospitalización domiciliaria (8,8%).

La literatura informa que en más del 90% de los pacientes hospitalizados con úlceras por presión, la causa de hospitalización fue otra.

Los sitios comprometidos en más del 80% de los casos son: sacro (el más frecuente), trocánteres, nalgas, maléolos externos y talones.

Asimismo, existe evidencia contundente respecto de que los días de estada de hospitalización y el uso de vasopresores por tiempo prolongado, son factores predictivos de aparición de LPP.

También es relevante considerar las LPP relacionadas con el uso de dispositivos médicos, estimándose una incidencia de 12%.

La evidencia científica indica que, al menos el 95% de las LPP se pueden prevenir. Los principales componentes de una intervención temprana son:

- Valoración de riesgo de LPP a través de una escala validada
- Protección y fomento de la integridad de la piel a través de medidas de efectividad comprobada
- Protección contra las fuerzas de presión, fricción y cizalla
- Programas de formación/ capacitación para los profesionales y técnicos de la salud, como también a los pacientes y sus familias

2.- LESIONES POR PRESIÓN:

2.1. Etiología y fisiopatología:

Las LPP se producen por la presión contra la piel y que limita el flujo sanguíneo a la piel. El movimiento limitado puede hacer que la piel sea propensa a dañarse y causar lesiones.

Las tres causas principales de la aparición de LPP son las siguientes:

Presión. La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para llevar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan y podrían morir con el tiempo. El movimiento limitado puede hacer que la piel sea propensa a los daños que causa la presión. En el caso de las personas con movilidad limitada, la presión tiende a producirse en zonas que no están bien acolchadas con músculo o grasa y que se sitúan sobre un hueso. Estas zonas incluyen la columna vertebral, el cóccix, los omóplatos, las caderas, los talones y los codos.

Fricción. La fricción se produce cuando la piel roza contra la ropa o la ropa de cama. Puede hacer que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, especialmente si la piel también está húmeda.

Rozamiento. El rozamiento se produce cuando dos superficies se mueven en direcciones opuestas. Por ejemplo, cuando la cabecera de una cama está elevada, una persona se puede deslizar hacia abajo en la cama. A medida que el cóccix se mueve hacia abajo, la piel sobre el hueso puede quedar en el mismo lugar, lo que provoca una tracción en sentido contrario.

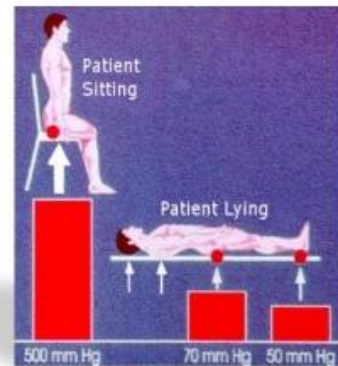
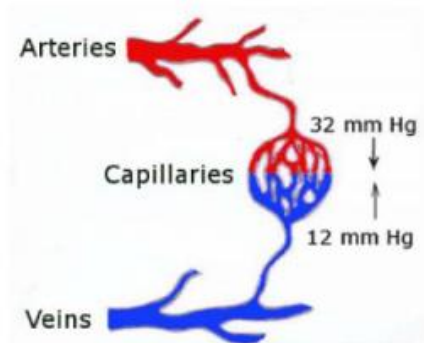


2.2. Factores de riesgo:

La principal causa de la formación de una lesión por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Es la fuerza perpendicular a la piel, generalmente consecuencia de la gravedad que provoca un aplastamiento tisular entre el paciente y un obstáculo externo (cama, silla, sonda...)

Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas del paciente y el otro plano duro generalmente externos, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos. La presión capilar normal oscila entre 16 y 33mm Hg, lo que significa que presiones por encima de 16mm Hg producen un colapso de la red capilar. La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva,

manifestada por un eritema cutáneo. Éste es reversible si al retirar la presión desaparece en 30 minutos, restableciéndose la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.



Debido al efecto de la presión, los cambios isquémicos degenerativos ocurren simultáneamente en todos los niveles, afectando la piel, la grasa subcutánea, músculo y fascia. Si la necrosis subcutánea ocurre, se observará la ulceración cuando la necrosis sea eliminada.

El riesgo de desarrollar LPP es mayor si existe dificultades para moverse y no puede cambiar de posición fácilmente mientras está sentado o en la cama. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Inmovilidad. Esto puede deberse a una salud debilitada, a una lesión de la médula espinal o a otra causa.
- Incontinencia. La piel se vuelve más vulnerable con la exposición prolongada a la orina y las heces.
- Pérdida de la percepción sensorial. Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras afecciones pueden ocasionar una pérdida de la sensibilidad. Si no puede sentir dolor o malestar, es posible que no note las señales de advertencia y la necesidad de cambiar de posición.
- Nutrición e hidratación deficientes. Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales todos los días para mantener la piel sana y detener la ruptura de los tejidos.
- Enfermedades que afectan el flujo sanguíneo. Los problemas de salud afectan el flujo sanguíneo pueden aumentar el riesgo de daño tisular, como las LPP. Entre los ejemplos de este tipo de enfermedad están la diabetes y las enfermedades vasculares.
- Edad. Más de 70 años.
- Humedad: La humedad proveniente de cualquier fuente, orina, deposiciones, exudado de una herida, sudoración entre otras, genera cambios en el pH de la piel que es naturalmente ácido, tornándolo alcalino. Éste cambio en el pH altera la función de barrera del estrato córneo, básicamente altera la barrera lipídica del estrato córneo haciéndolo vulnerable a lesiones por humedad, denominadas dermatitis asociadas a humedad. Es necesario entonces controlar toda fuente de humedad para evitar el daño cutáneo asociado y mantener la integridad del estrato córneo.



Humedad excesiva altera el pH de la piel y la función de barrera del Estrato Córneo

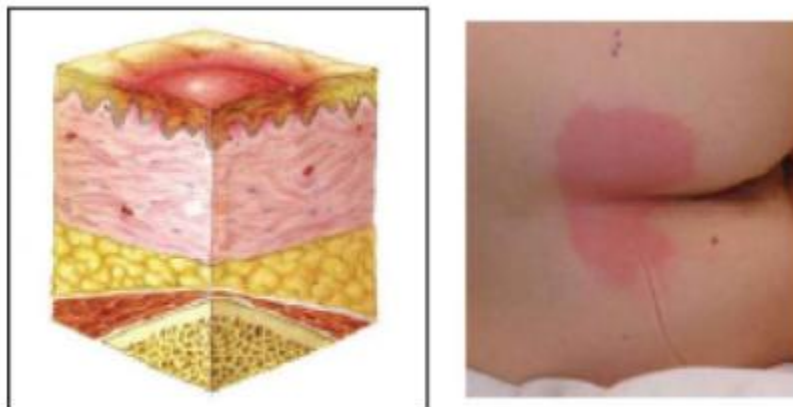


3.- LOCALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN:

3.1. Tipo I: Eritema no blanqueante

Piel intacta con eritema no blanqueable de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible.

Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes.



3.2. Tipo II: úlcera de espesor parcial:

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácenos. También puede presentarse como una flictena intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento.

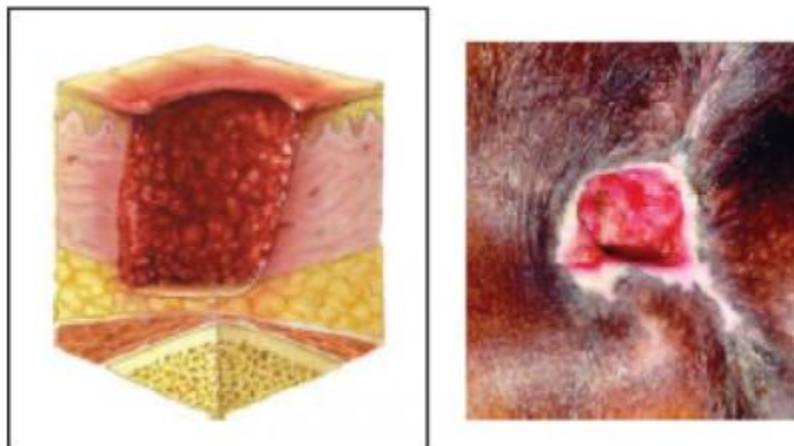
Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácenos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación. *El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.



3.3. Tipo III: Pérdida total del grosor de la piel:

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.

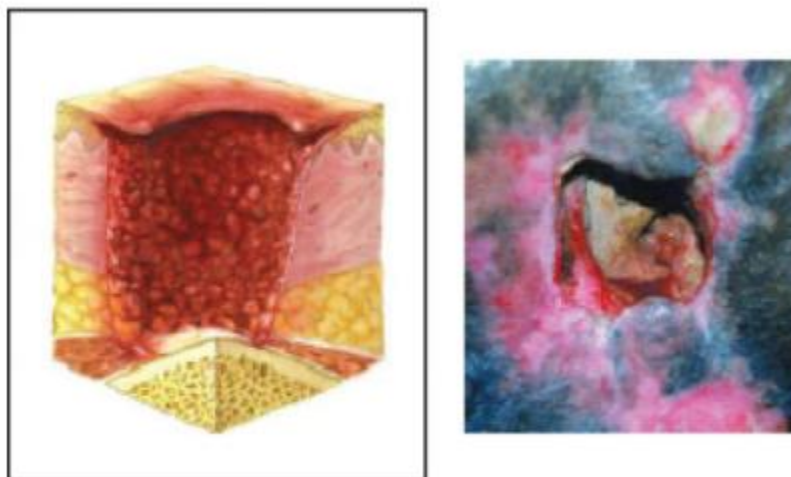
Otras características: La profundidad de las lesiones por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas.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



3.4. Tipo IV: Pérdida total del espesor de los tejidos:

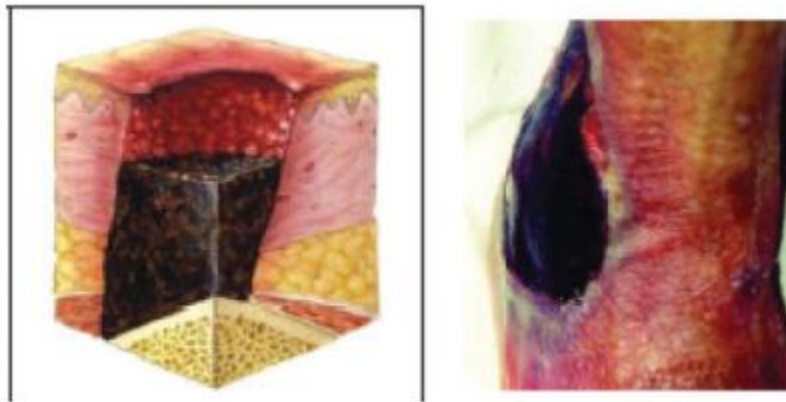
Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.

Las úlceras de categoría/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.



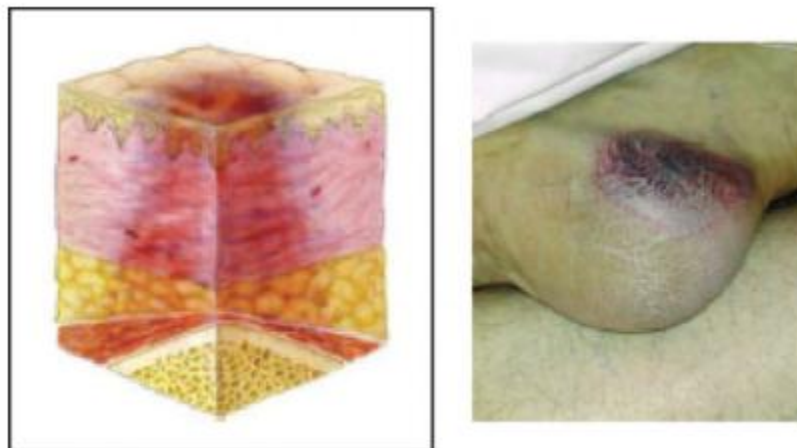
3.5. No estadiable: profundidad desconocida:

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la lesión está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como «una cobertura natural (biológica) del cuerpo» y no debe ser eliminada.



3.6. Sospecha de lesión de tejidos profundos – profundidad desconocida:

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o flictena llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una flictena fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse en una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.



4.- LESIONES POR PRESIÓN ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MEDICOS:

Se deben al uso de dispositivos diseñados y aplicados con fines terapéuticos (p. ej., yesos, férulas).

Las LPP asociadas a dispositivos son daños en la piel y tejidos subyacentes causados por la presión o fricción de equipos médicos, como tubos, máscaras, sondas y catéteres. Estas lesiones, que pueden ser dolorosas e incluso no tener la piel intacta, se producen por la presión constante o la fricción, especialmente cuando se combinan con humedad.

El uso prolongado de dispositivos médicos mal colocados y mal adaptados puede causar lesiones por presión en la piel o las membranas mucosas. La lesión generalmente coincide con el patrón o la forma del dispositivo.

La lesión debe ser estadificada usando el sistema de estadificación.

La lesión por presión relacionada con dispositivos médicos se ha extendido para incluir la lesión causada por el equipo de protección personal (EPP), incluyendo mascarillas para administrar presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) y otros dispositivos que se utilizan para prevenir o manejar afecciones respiratorias como EPOC o COVID-19. Algunos ejemplos de lesiones por presión relacionadas con el dispositivo son el daño cutáneo asociado con la humedad y los desgarros cutáneos.



La lesión por presión en la membrana mucosa aparece en las membranas mucosas donde se han utilizado dispositivos médicos (p. ej., dentaduras postizas mal ajustadas, tubos endotraqueales). Debido a la anatomía del tejido, estas lesiones no se pueden estadificar.

BIBLIOGRAFÍA

- Editors of Nursing2017: Pressure ulcers get new terminology and staging definitions. *Nursing* 47(3):68–69, 2017. doi: 10.1097/01.NURSE.0000512498.50808.2b
- Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI: Characteristics of the aging skin. *Adv Wound Care* (New Rochelle) 2(1):5–10, 2013. doi: 10.1089/wound.2011.0356
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V: The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res* 36(4):205–210, 1987.
- Sameem M, Au M, Wood T, et al: A systematic review of complication and recurrence rates of musculocutaneous, fasciocutaneous, and perforator-based flaps for treatment of pressure sores. *Plast Reconstr Surg* 130(1):67e–77e, 2012. doi: 10.1097/PRS.0b013e318254b19f



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del autor. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.