

# EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN EN LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

*Úrsula Benito González*



Medicina

 **3ciencias**



# **EL PAPEL DE LA NUTRICIÓN EN LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

*Úrsula Benito González*



**Editorial Área de Innovación y Desarrollo,S.L.**

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **La autora**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE) [info@3ciencias.com](mailto:info@3ciencias.com)

Primera edición: **Diciembre 2017**

ISBN: **978-84-947995-4-9**

DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2017.53>

## Contenido

1. INTRODUCCION .....	9
1.1 Prevalencia de úlceras por presión .....	10
1.1.1 Hospitales .....	10
1.1.2 Atención primaria.....	10
1.2.2 Centros socio sanitario .....	11
1.2 Malnutrición por exceso. Sobrepeso y obesidad .....	13
1.3 Malnutrición por defecto. Desnutrición.....	13
2. OBJETIVOS .....	15
3. METODOLOGIA.....	17
4. RESULTADOS .....	19
4.1 Estado nutricional y úlceras por presión.....	20
4.2 Estado nutricional y dehiscencia de heridas .....	21
4.3 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) para adultos .....	21
5. CONCLUSIONES .....	23
6. DISCUSIONES .....	25
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27



## **RESUMEN**

Aunque no son muchos los estudios sobre el tema, no cabe duda que la nutrición juega un papel fundamental en nuestro organismo y está estrechamente relacionada con la aparición de úlceras por presión (UPP). Por ello se contempla el estado nutricional en las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión (Bramen, Norton, EMINA...

Es necesario una correcta valoración del estado nutricional del paciente y de la lesión para poder trazar un plan terapéutico completo.

**Palabras clave:** nutrición, úlceras por presión, escalas.

## **ABSTRACT**

Although there are not many studies on the subject, is sure that nutrition plays a fundamental role in our body and is closely related to the appearance of pressure ulcers. Therefore, nutritional status is considered in the risk assessment scales for pressure ulcers (Braden, Norton, EMINA ....).

A correct assessment of the nutritional status of the patient and of the lesion is necessary to be able to draw up a complete therapeutic plan.

**Key words:** nutrition, pressure ulcers, scales.

## 1. INTRODUCCION

Comenzaremos la revisión con una visión sobre la población de más de 65 años en España. Según los últimos datos del Instituto Nacional Español (INE): España sigue su proceso de envejecimiento.

Como recogen los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 hay 8.657.705 personas mayores (65 y más años), un 18,4% sobre el total de la población (46.557.008).

Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 6,0% de toda la población, y este grupo seguirá ganando peso entre la población mayor en un proceso de envejecimiento de los ya viejos.

Según la proyección del INE, en 2066 habrá más de 14 millones de personas mayores, 34,6% del total de la población que alcanzará los 41.068.643 habitantes. (1)

La National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) norteamericana y la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) europea definen una úlcera por presión (UPP) como (2):

*“Una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla.”*

Dependiendo del grado de lesión tisular se van a clasificar en (2):

- Categoría I. Eritema no blanqueable.  
Piel integra, eritema no blanqueable. Puede ser dolorosa.  
Al comparar esa zona con un área adyacente podrán evidenciarse cambios en la temperatura (puede estar más caliente o más fría) y/o en la consistencia del tejido (puede estar indurado o edematizado).
- Categoría II. Úlcera de espesor parcial.  
Pérdida de espesor parcial de la dermis, en la que aparece una úlcera abierta poco profunda con lecho de la herida normalmente rojo-rosado sin esfacelos.  
Pueden aparecer ampollas o flictenas.
- Categoría III. Pérdida total del grosor de la piel.  
Pérdida total del tejido dérmico, hay afectación subcutánea. Puede presentar esfacelos o tejido necrótico, cavitaciones o tunelizaciones.  
El hueso, músculo o tendón no son visibles ni directamente palpables.
- Categoría IV. Pérdida total del espesor de los tejidos.  
Pérdida total del espesor de los tejidos con hueso, músculo o tendón expuestos.  
A menudo con cavitaciones o tunelizaciones y pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico.

Las úlceras por presión frecuentemente, son de larga duración, dolorosas y debilitantes, conllevan con ellas una pérdida extrema de la calidad de vida de las personas que las padecen.

A pesar de perseguirnos desde años inhóspitos, actualmente, nuestras cifras de prevalencia son desalentadoras.

Según el 4º estudio de epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013 (3)

## 1.1 Prevalencia de úlceras por presión

### 1.1.1 Hospitales

Los datos se presentan diferenciados para pacientes adultos e infantiles, aunque en estos últimos, la muestra es mucho menor. En pacientes adultos ingresados en hospitales: pacientes totales ingresados en la fecha de obtención de los datos: 8170; pacientes con UPP en cualquier categoría:

643. La prevalencia bruta (en adelante los valores se refieren a prevalencia bruta o directa, salvo que se indique otra cosa) fue del 7,87%, con un IC 95% = 7,31-8,47%. Adicionalmente se ha calculado la PM (en el ámbito de unidades del hospital; N = 305): 8,70% ( $\pm 10,15$ ) y la PM en el ámbito de hospital en su conjunto (N = 65): 11,28% ( $\pm 9,77$ ).

En pacientes infantiles, los valores obtenidos son: pacientes totales ingresados en la fecha de obtención de los datos: 149; pacientes con UPP de cualquier categoría: 5. La prevalencia de UPP fue del 3,36% (IC 95%: 1,44-7,61%). La PM (en el ámbito de unidades pediátricas, N = 10) fue del 9,75% ( $\pm 18,81$ ). Los datos de prevalencia de UPP en población infantil deben interpretarse con precaución, ya que la muestra es pequeña y no garantiza la representatividad, aunque es orientativa.

Se ha realizado el cálculo de la prevalencia en adultos ajustada según determinadas características de hospitales (tabla 2). Según el tamaño del hospital, hay cierta variación en las cifras, pero sin diferencias significativas.

Según la titularidad o tipo de gestión del hospital, se encuentra una menor prevalencia entre unidades de hospitalización de hospitales no públicos. Cuando se realiza el ajuste según los tipos de unidades de hospitalización, se encuentra que la prevalencia en UCI es significativamente mayor a la del resto de unidades hospitalarias.

### 1.1.2 Atención primaria

Los datos obtenidos en los 110 centros de salud hechos un muestreo son: usuarios totales atendidos: 711 981; personas mayores de 65 años: 176 873; personas en programas de atención domiciliaria (ATDOM) –considerados como población con especial riesgo–: 9091; personas con UPP de cualquier categoría: 774. A partir de estos datos es posible obtener varios indicadores epidemiológicos:

- Prevalencia poblacional: 0,11% (IC 95%: 0,10-0,12%).
- Prevalencia en mayores de 65 años: 0,44% (IC 95%: 0,41-0,47%).
- Prevalencia entre personas en programas de ATDOM: 8,51% (IC 95 %: 7,96-9,1%).

Adicionalmente se han calculado las PM en mayores 65 años: 1,72% ( $\pm 5,62$ ) y PM en ATDOM 15,32% ( $\pm 19,17$ ).

El ajuste de la prevalencia en función del ámbito del CAP muestra que en los centros rurales (en poblaciones de menos de 10 000 habitantes) es significativamente menor que en los centros urbanos o en los centros mixtos.

### 1.2.2 Centros socio sanitario

Los datos corresponden a 85 plantas o unidades de 75 centros: personas residentes en el día de la obtención de los datos: 7048; personas con UPP de cualquier categoría: 945. La prevalencia es del 13,41% (IC 95%: 12,63-14,22%). También se ha calculado la PM (en el ámbito de unidades o plantas de CSS; N = 85): 13,24% ( $\pm 20,03$ ) y la PM (a nivel de centro; N = 75): 12,42% ( $\pm 19,82$ ). El ajuste de la prevalencia según la titularidad de los CSS muestra que la prevalencia es significativamente menor en los centros públicos frente a los concertados o privados.

Para hacer frente a este problema, es importante aprender a identificar todas las barreras potenciales y aquellos factores físicos, psicosociales y sistémicos del paciente que pueden favorecer la aparición y la mala evolución de las UPP como son: la oxigenación, la edad, el estado de nutrición e hidratación, el uso de medicamentos, el padecimiento de enfermedades concomitantes, la incontinencia urinaria y/o fecal, el estado del sistema inmunitario, los factores psicosociales y los hábitos tóxicos.

En esta revisión bibliográfica me voy a centrar en el estado nutricional, ya que hay pruebas de que la malnutrición está directamente relacionada con la gravedad y la incidencia de las UPP. De hecho hay estudios que demuestran que entre un 43,2% y un 65,6% de los pacientes con UPP tienen algún grado de desnutrición (4).

Para hablar de la nutrición primero debo definirla, ya que no es lo mismo alimentación que nutrición.

La nutrición hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, su metabolismo o transformaciones químicas en las células y excreción o eliminación del organismo.

La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y económico (medio ambiente) y determinan al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida. Una nutrición adecuada es la que cubre:

Los requerimientos de energía a través de la ingestión en las proporciones adecuadas de nutrientes energéticos como los hidratos de carbono y grasas. Estos requerimientos energéticos están relacionados con la actividad física y el gasto energético de cada persona.

Los requerimientos plásticos o estructurales proporcionados por las proteínas. Las necesidades de micro nutrientes no energéticos como las vitaminas y minerales.

La correcta hidratación basada en el consumo de agua. La ingesta suficiente de fibra. (5)

Por otro lado, un concepto que debemos también de definir es el de malnutrición. La FAO define malnutrición como:

“condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macro nutrientes que aportan energía alimentaría (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micro nutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo” (6)

Según el estudio PREDyCES, realizado en España en 2012, el 23% de los pacientes presentaba malnutrición al ingreso, con un riesgo mayor en aquellos mayores de 70 años. Además el 9.6% de los pacientes que no presentaban riesgo nutricional al ingreso desarrollaron malnutrición durante la hospitalización y el 72% de los que habían sido diagnosticados con malnutrición al ingreso permanecieron mal nutridos al alta. (7)

La desnutrición puede estar causada por (8) (9)

#### 1. Disminución de la ingesta

- o Factores fisiológicos (Alteración del gusto y el olfato, alteraciones en la boca, del apetito...)
- o Socioeconómicos/medioambientales (Pobreza, soledad, falta de ayuda o apoyos, dificultad de acceso a la comida...)
- o Deterioro funcional (Derivado de la inmovilización o la disfagia)
- o Patologías asociadas
- o Medicación

#### 2. Patología o medicación que interfiere con el consumo, procesamiento (metabolismo) o absorción de los nutrientes (malabsorción), así como aumento de las pérdidas (vómitos)

#### 3. Aumento de los requerimientos

- o Enfermedad (En pacientes con quemaduras, fiebre, infecciones severas, hipertiroidismo...)
- o Periodos del ciclo vital (Fundamentalmente en el embarazo y lactancia y en aquellos periodos en los que se produce un desarrollo y crecimiento en adolescentes, lactantes y niños)
- o Cirugía

Dentro del ámbito hospitalario encontramos que la malnutrición está generalmente causada por factores relacionados con la propia enfermedad, con la hospitalización, factores achacables al equipo médico y otros relacionados con las autoridades sanitarias. (10)

Consecuencias generales (11):

1. Aumento de la morbi-mortalidad.
2. Disminución de la respuesta del sistema inmune. (Mayor predisposición a infección de heridas)
3. Alteración de la cicatrización de los tejidos.
4. Pérdida de masa ósea y muscular. (Aumenta la presión en las prominencias óseas)
5. Anemia.
6. Alteraciones electroquímicas.

Los déficit nutricionales van a impedir y retrasar por lo tanto el progreso normal hacia la cicatrización, así como disminuir la resistencia de la piel, haciéndola más propensa a la ruptura. Se crea entonces un círculo de retroalimentación en el que la desnutrición es a la vez causa y efecto de las UPP.

## **1.2 Malnutrición por exceso. Sobrepeso y obesidad**

Tener sobrepeso u obesidad es

el resultado de un exceso de calorías y grasas en la dieta, combinado con una falta de actividad física (12). Estos factores aumentan el riesgo de desarrollar hipertensión e hiperlipidemias, lo que puede ser responsable de desarrollar, a su vez, enfermedad vascular periférica y, potencialmente, úlceras de la extremidad inferior de etiología isquémica. La obesidad también aumenta el riesgo de hipertensión venosa y de úlceras de etiología venosa.

Una complicación por si sola, pero a menudo, asociada a la obesidad, es la diabetes. La diabetes puede incluir complicaciones como enfermedad vascular periférica, neuropatía y úlceras en miembros inferiores que pueden desembocar en amputaciones.

## **1.3 Malnutrición por defecto. Desnutrición**

Definir la desnutrición no es fácil como lo demuestra el hecho de los múltiples intentos que se han realizado. De hecho, no existe una definición mundialmente aceptada. Muchas veces, los términos malnutrición y desnutrición se utilizan indistintamente, cuando ya hemos visto que no son los mismo.



## 2. OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

Averiguar la relación entre la malnutrición y la aparición de úlceras por presión

- **Objetivos secundarios:**

Investigar sobre la prevalencia de las úlceras por presión en España.

Indagar sobre la población que padece más úlceras por presión.



### **3. METODOLOGIA**

El método elegido en este estudio ha sido una revisión bibliográfica de documentos y artículos científicos, además de manejar datos estadísticos oficiales.

Para iniciar la investigación lo primero que se ha hecho es definir el objetivo principal y los objetivos secundarios, para una vez elegidos estos, se pudiera realizar una búsqueda y cribado adecuado a los criterios de inclusión y exclusión que respondan a los objetivos.

Se han tenido en cuenta los documentos, artículos y guías clínicas, publicadas a partir del año 2013, poniendo como criterio de inclusión aquellos que trataran información acerca de la eutanasia, legislación en España sobre eutanasia, cuidados paliativos y suicidio asistido.

En la búsqueda se han utilizado diferentes bases de datos, páginas especializadas y buscadores de Internet, que se enumeran a continuación.

Google Scholar: donde se han buscado artículos, documentos y guías clínicas sobre las técnicas de enfermería en cuidados paliativos, las leyes sobre eutanasia en España, la legislación sobre suicidio asistido en España, el marco legal sobre sedación paliativa en España y países donde la eutanasia es legal.

Biblioteca Cochrane Plus, Base de datos Pubmed y SciELO: en estas bases de datos se han elegido criterios clave para la investigación.



## 4. RESULTADOS

Diferentes estudios sitúan a las úlceras y heridas como un problema de salud

Pública. Las heridas crónicas afectan a cientos de miles de pacientes, particularmente personas mayores. Las heridas, frecuentemente, son de larga duración, dolorosas y debilitantes, que tienen como resultado una extrema pérdida de la calidad de vida de las personas que las padecen. Para muchos pacientes que viven con heridas de difícil cicatrización, la amputación del miembro afectado suele ser la única opción. Todo esto con el conocimiento actual de que muchas de ellas se podrían prevenir.

Encontrar cifras globales para estimar lo que suponen las heridas es difícil.

Existen una gran cantidad de estudios regionales o locales (por ejemplo, los estudios del GNEAUPP, los de Franks y Possnet en Reino Unido, Hurd en Canadá, etc.), con métodos diferentes, con poblaciones diferentes, etc. Queen, en el intento de llegar a una estimación global, cruzó diferentes fuentes de datos para llegar a estimar que, a nivel mundial, existen unos 400 millones de personas con heridas de diferente etiología y, de estas, aproximadamente unos 20 millones son heridas crónicas (13).

También existe una vasta bibliografía sobre la epidemiología nutricional, en concreto del binomio malnutrición-desnutrición y sus efectos sobre la salud.

Estimar la prevalencia de malnutrición-desnutrición es más compleja, si cabe, que en el caso de las heridas, puesto que existen diferentes métodos y sistemas diagnósticos, como se ha mencionado anteriormente. Un estudio (14) encontró diferencias de prevalencia entre el 6,5% y el 85%, en función del método empleado. No obstante, hay bastante consenso en que es un problema importante entre las personas mayores. Así, diferentes estudios cifran la prevalencia de malnutrición en los diferentes lugares asistenciales, en nuestro país (15):

- Domicilios: entre un 2-5%
- Residencias geriátricas: asimilado a centros de larga estancia, se situaría por encima del 60%
- Hospitales: unidades médicas entre un 20-40% y unidades quirúrgicas entre un 40-60%.

Otro dato importante se refiere a las personas que estaría en riesgo de malnutrición, siendo esta cifra mucho mayor que los datos mencionados para los que ya tienen este estado.

Para Stechmiller (16), nutrición y cicatrización están claramente relacionadas. Las deficiencias nutricionales impiden los procesos normales que permiten la progresión hacia la cicatrización. Así, las deficiencias nutricionales o la malnutrición pueden tener efectos negativos sobre la cicatrización, ya que se prolonga la fase inflamatoria, desciende la proliferación de fibroblastos y se altera la síntesis de colágeno.

La malnutrición, además, se ha seleccionado con un aumento de la infección (17) Diferentes autores resaltan que puede incrementar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de heridas, como as úlceras por presión, y si se desarrolla una herida, la malnutrición debilitará el sistema inmunitario y retrasará la cicatrización. En general, la mayor parte de la literatura estudia la relación de la malnutrición por defecto (desnutrición) y la posibilidad de aparición de úlceras

por presión o la dificultad en la cicatrización de éstas, y son pocos los estudios centrados en otras etiologías.

#### **4.1 Estado nutricional y úlceras por presión**

Hay algunas pruebas de que la malnutrición está directamente relacionada con la gravedad y la incidencia de las úlceras por presión. Una ingesta calórica reducida, la deshidratación y una reducción de la albúmina sérica pueden disminuir la tolerancia de la piel y el tejido subyacente a la presión, fricción y a las fuerzas de cizalla, lo que aumenta el riesgo de escisión de piel y reduce la cicatrización de la herida (18). También se ha visto que una combinación de pérdida de masa magra junto con la inmovilidad, aumenta el riesgo de úlceras por presión hasta un 74% (45). Otros estudios también sugieren una correlación entre la desnutrición proteico-calórica y las úlceras por presión (19).

Estudios experimentales en modelos animales sugieren una relación biológicamente plausible entre la desnutrición y el desarrollo de úlceras por presión. Cuando se aplica presión durante 4 horas tanto a animales bien nutridos como a los desnutridos, las úlceras por presión aparecen por igual en ambos grupos. Sin embargo, el grado de destrucción isquémica en la piel fue más severa en los animales desnutridos. La epitelización de las lesiones por presión ocurrió en los animales normales a los 3 días post-daño, mientras que la necrosis de la epidermis todavía estaba presente en los mal nutridos (20). Estos datos sugieren que mientras que el daño por la presión puede ocurrir independientemente del estado nutricional, los animales mal nutridos podrán tener una cicatrización enlentecida después de la lesión.

Estudios observacionales también sugieren una relación entre las úlceras por presión y la desnutrición. Al ingreso en un hospital, los pacientes que están desnutridos tienen dos veces mayor probabilidad de desarrollar una úlcera por presión que los no desnutridos (21). En unidades de larga estancia, el 59% de los residentes fueron diagnosticados como desnutridos al ingreso. Entre estos residentes, un 7,3% fueron diagnosticados con desnutrición severa. El 65% de estos desnutridos severos desarrollaron úlceras por presión, mientras que no se produjeron en aquellos que tenían desnutrición leve o media ni en los bien nutridos. El porcentaje de ingesta estimado de proteínas en la dieta predijo el desarrollo de úlceras por presión en otra unidad de larga estancia (19). Así, los pacientes con úlceras por presión ingirieron el 93% de las ingestas diarias recomendadas comparado con una ingesta del 119% en el grupo que no presentó úlceras por presión. Solo la ingesta de proteínas fue importante en este estudio. La ingesta total de calorías o la ingesta de vitaminas A y C, hierro y zinc no predijeron el desarrollo de las úlceras.

Del mismo modo una ingesta nutricional inadecuada, definida como poco apetito persistente, problemas de alimentación por enfermedad gastrointestinal, o una dieta de menos de 1000 Kcal o 50 g de proteína al día, predijo el desarrollo de úlceras por presión en otro estudio con pacientes de larga estancia (41). Sin embargo, ninguna otra variable, incluyendo albúmina, proteínas séricas, hemoglobina, recuento linfocitario, índice de masa corporal (IMC) o peso corporal, fue significativa.

Recientemente, un estudio de casos-controles llevado a cabo en Japón (22), en pacientes con cuidados domiciliarios, reportó que la malnutrición fue el factor que se asoció más fuertemente con el desarrollo de úlceras por presión (OR:2,29 IC: 1,53-3,44). Además, se reportó que una valoración nutricional apropiada y una adecuada ingesta dietética en pacientes con riesgo de desarrollo de úlceras por presión se asoció significativamente con una menor odds ratio de desarrollo de úlceras por presión en la misma población (OR: 0,43 IC: 0,29-0,79).

#### **4.2 Estado nutricional y dehiscencia de heridas**

En el caso de la dehiscencia de heridas, se sabe que los pacientes con deficiencias de vitamina C tienen una probabilidad 8 veces mayor de dehiscencia que aquellos con niveles normales de esta vitamina (23).

También se asume que los pacientes obesos tienen mayor frecuencia de infecciones de herida y retraso en la cicatrización. El tejido adiposo, menos vascularizado, provoca una disminución del flujo sanguíneo hacia la herida y una menor liberación de nutrientes. Los pacientes obesos tienen una mayor incidencia de dehiscencia de heridas porque la cirugía puede, técnicamente, ser más costosa y son más susceptibles a desarrollar hematomas.

#### **4.3 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) para adultos**

El objetivo del sistema MUST es detectar la desnutrición sobre la base de conocimiento de la asociación entre el estado nutricional y funcional deteriorado (24). Fue desarrollado principalmente para su uso en la comunidad.

La evaluación de la validez predictiva del MUST en la comunidad se basa en los estudios anteriores y recientes de los efectos de semi-inanición o el hambre sobre la función mental y física en voluntarios sanos, la validez concurrente con otras herramientas, y la utilización de recursos sanitarios. La nueva serie de estudios describen el deterioro funcional como resultado de diversas extensiones de la pérdida de peso, con diversas tasas de pérdida de peso, a partir de diferentes estados nutricionales iniciales (alto o bajo índice de masa corporal).

Se ha documentado que tiene un alto grado de fiabilidad. Su validez de contenido se ha garantizado mediante la participación de un grupo de trabajo multidisciplinar en su preparación. Su viabilidad ha sido documentada en una serie de estudios realizados en la comunidad, en regiones diferentes del Reino Unido.

Recientemente, la herramienta se ha extendido a otros ámbitos de la atención sanitaria, incluyendo hospitales, donde de nuevo se ha encontrado que tiene una excelente fiabilidad inter-observador, validez concurrente con otras herramientas, y validez predictiva (Estancia media, mortalidad en unidades de ancianos y el destino al alta en pacientes ortopédicos).



## 5. CONCLUSIONES

La población española envejece cada año un poco más. Esta población es la más propensa a tener padecer úlceras por presión.

También es esta población la que tiene mas riesgo de tener una mala alimentación y por tanto problemas de nutrición graves.

Las úlceras por presión están íntimamente relacionadas con una mala nutrición pero existen maneras de prevenirlas. Para prevenir la malnutrición existen escalas, la universal es la MUST, que funciona bien cuando es utilizada por un equipo multidisciplinar de forma correcta.



## 6. DISCUSIONES

La población mundial envejece cada vez más y está más desatendida en el ámbito familiar, ya que la vida ha cambiado bastante a lo largo de los últimos años. Cada vez existe menos el rol de mujer que se queda en casa a cuidar de los hijos y de los ancianos de la familia. Cada vez más ancianos son institucionalizados en centros donde los cuidan.

Todos estos factores ayudan a que la calidad de vida de las persona mayores sea diferente a la de años atrás. Hemos visto como la prevalencia de las úlceras por presión cada vez aumenta mas aunque los profesionales estén mas preparados para prevenirlas y para tratarlas.

Una parte importante de la aparición de las úlceras por presión (y las heridas crónicas en general) es la nutrición. Una buena nutrición ayuda a evitar la aparición de este tipo de lesiones. Para garantizar una nutrición adecuada a nuestros mayores hoy en DIA, es necesaria la colaboración de la familia y los profesionales que trabajan con esas personas. Existen herramientas para evaluar la nutrición de las personas mayores, cosa que suele hacerse al ingreso en un centro sanitario o socio sanitario.

Si todos ponemos de nuestra parte conseguiremos que cada vez haya menos úlceras por presión y heridas crónicas en general y una de las maneras mas fáciles de prevenirlas es dando a los ancianos una nutrición adecuada que ayude a que esas heridas no aparezcan.

La parte mas importante de las úlceras por presión es la prevención y todos somos responsables de que se cumpla.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Un perfil de las personas mayores en España, 2017 Indicadores estadísticos básicos [Internet]. clichés. 2017 [consultado el 11 de Julio de 2017]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de referencia rápida. Washington DC: National Pressure Advisory Panel; 2009. (Consultado el 1 de Julio 2017) Disponible en: [http://www.epuap.org/guidelines/QRG\\_Treatment\\_in\\_Spanish.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Treatment_in_Spanish.pdf)
3. Pancorbo Hidalgo P, García Fernández F, Torra i Bou J, Verdú J, Soldevilla Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia [Internet]. Rua.ua.es. 2017 [Consultado el 2 de Julio de 2017]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44625>
4. Ohura T, Nakajo T, Okada S, Omura K, Adachi K. Evaluation of effects of nutrition intervention on healing of pressure ulcers and nutritional states (randomized controlled trial). Wound Rep Reg. 2011; 19: 330-336.
5. Definición de nutrición [Internet]. Definición.com.mx. 2017 [consultado el 19 de Junio de 2017]. Disponible en: <http://definicion.com.mx/nutricion.html>
6. Organización de las Naciones Unida para la Alimentación y la Agricultura. Por qué la nutrición es importante. En: Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. 19-21 Noviembre 2014. (Consultado el 7 de Junio 2017). Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>
7. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, Araujo K, Sarto Guerri B. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients: the PREDyCES® Study. Nutr. Hosp. 2012; 27(4):1049-1059.
8. Morley JE. Overview of Undernutrition. Merck Manual Professional Version. [Internet] (Consultado el 11 de Julio de 2017) Disponible en: <http://www.merckmanuals.com/professional/nutritional-disorders/undernutrition/overview-ofundernutrition>

9. Castanedo Pfeiffer C, Sarabia Cobo CM. Enfermería en el envejecimiento: Tema 2.3 Síndrome de Malnutrición. Universidad de Cantabria; 2013. [Internet] (Consultado el 17 de Junio de 2017). Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temaspdf/Tema%202-3-sindrome-malnutricion.pdf>
10. Fernández López M, Fidalgo Baamil O, Lopez Doldán C, Bardasco Alonso M, de Sas Prada M, Lagoa Labrador F et al. Prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados no críticos. *Nutrición hospitalaria*. 2014; 30(6):1375-1383.
11. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, Andersen JR, Baerthsen H, Bunch E, Lauesen N. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21: 461-8.
12. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO, Geneva, 1998.
13. Queen D. The emergence of a clinical specialty in wound care. *International Wound Journal* 2010; 7(1):3-4.
14. Joosten E, Vanderelst B, Pelemans W. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of malnutrition in a hospitalized geriatric population. *Aging Clin Exp Res* 1999; 11:390-394.
15. Esteban Pérez M, Fernández-Ballart J, Salas-Salvadó J: Estudio nutricional de la población anciana en función del régimen de institucionalización. *Nutr Hosp* 2000; 15:105-113.
16. Stechmiller JK. Understanding the Role of Nutrition and Wound Healing. *Nutr Clin Pract* 2010; 25(1):61-68.
17. Stechmiller JK, Cowan L, Johns P. Nutrition and wound healing. In: Gottschlich M, DeLegge MH, Mattox T, Mueller C, Worthington P, eds. *The A.S.P.E.N. Nutrition Support Science Core Curriculum: A Case-based Approach—The Adult Patient*. Dubuque, IA: Kendall Hunt; 2007:405-423.
18. Mueller SD, Hoerist K, Bahnsen B. Prophylaxe und Therapie des Dekubitalleidens - Bedeutung der Ernährungsmethoden. <http://www.diet-aachen.de> 2001.
19. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML. The national pressure ulcer long-term care study: pressure development in long-term care residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:359-67.
20. Takeda T, Koyama T, Izawa Y, et al. Effects of malnutrition on development of experimental pressure sores. *J Dermatol* 1992; 19:602-609.

21. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, Allman RM. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:1435-1440.
22. Iizaka S, Okuwa M, Sugama J, Sanada H. The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clin Nutr* 2009 Jun 27. [Epub ahead of print]
23. Zaloga GP: Nutrition in Critical Care. Mosby, St Louis 1994.
24. Rasmussen HH, Hoslt M, Kondrup J. Measuring nutritional risk in hospitals. *Clinical Epidemiology* 2010; 2:209–216.





Medicina

