

PROTOCOLOS DE CUIDADOS

ULCERAS POR PRESIÓN

PRT / UPP / 002



ÍNDICE

1. Justificación	Pág.3
2. Objetivos	Pág.3
3. Definición de Úlcera por Presión	Pág.3
4. Población Diana	Pág.4
5. Valoración del Riesgo	Pág.5
6. Prevención de las Úlceras por Presión	Pág.6
7. Tratamiento de las Úlceras por Presión	Pág.8
8. Recomendaciones de Tratamiento Local de las Úlceras por Presión	Pág.11
9. Términos relacionados con las Úlceras por Presión	Pág.11
10. Registro	Pág.12
11. Documentación de referencia	Pág.12

1. JUSTIFICACION

La elaboración de este protocolo se justifica:

- En primer lugar por su frecuencia: la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión (U.P.P.) es muy elevada.
- Por la dificultad y a veces desconocimiento de su manejo.
- Por la elevada repercusión de las U.P.P., el 10% de los pacientes hospitalizados presentan este tipo de úlceras.
- Por el deterioro en el nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes que presentan U.P.P.
- El elevado consumo de recursos que supone para el Sistema Nacional de Salud.
- La variabilidad en los cuidados y el manejo de los pacientes con U.P.P.
- Las posibles consecuencias legales, ya que el 95% de los casos se pueden evitar mediante una correcta prevención.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

La finalidad de este protocolo es elaborar una guía de actuación, basada en la evidencia existente, encaminada a la prevención y manejo óptimo de los pacientes con U.P.P.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar a la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
2. Mantener el buen estado de la piel, eliminando o disminuyendo la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.
3. Identificar parámetros unificados sobre la evolución de la lesión, para devolver a la piel su integridad, según la escala PUSH

3. DEFINICION DE ULCERA POR PRESION

Es la lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos.

ETIOLOGIA

La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan: las fuerzas de presión, tracción y fricción.

- **PRESION**, se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.
- **LAS FUERZAS DE FRICCION**, se generan cuando la superficie roza con otra, dañando la unión dermo-epidérmica.
- **LAS FUERZAS DE TRACCION**, lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantiene fijas.

LOCALIZACION

Según sean las posiciones que el paciente mantenga durante un tiempo no superior a dos horas, las zonas más susceptibles de desarrollar U.P.P. son el sacro, los glúteos, los talones, el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos.

PREVALENCIA

- La prevalencia de U.P.P. en la población hospitalaria muestra una amplia variabilidad, entre el 3,1% y el 29,5%.
- La prevalencia de U.P.P. en pacientes hospitalizados según el Primer Estudio Nacional de Prevalencia es de 7-10%.
- Dentro de la población hospitalaria existen diversos grupos que mantienen un riesgo aún mayor, como los pacientes ancianos con una fractura de fémur con una incidencia del 66%, los pacientes tetraplégicos con una prevalencia del 60% y los pacientes críticos con una incidencia variable entre el 6-33% y una prevalencia del 41%.

CLASIFICACION

Clasificación - estadiaje de las úlceras por presión. GNEAUPP

- **ESTADIO I.** Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor)
- **ESTADIO II.** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- **ESTADIO III.** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
- **ESTADIO IV.** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En estadio como en el estadio III, puede presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

4. POBLACION DIANA

Se debe aplicar a todos los pacientes que durante su estancia hospitalaria mantengan una presión mayor a dos horas, a los pacientes terminales o con gran afectación del estado general, cuyo daño tisular puede ocurrir en un tiempo inferior a dos horas y en general a todos los pacientes identificados de riesgo por distintos factores

5. VALORACION DEL RIESGO

La valoración inicial del estado de la piel debería tener en cuenta:

1. Identificación del estado de la piel, sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración. Sensación de picor o dolor.
2. Prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio). Para identificar precozmente lesiones y asociar intervenciones preventivas en todos los grupos de riesgo.

La utilización de la escala de Norton predice cuales son los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar U.P.P.: inmovilización, mala nutrición, incontinencia fecal y urinaria y disminución del grado de conciencia.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

Puntuación de 5 a 9	RIESGO MUY ALTO
Puntuación de 10 a 12	RIESGO ALTO
Puntuación de 13 a 14	RIESGO MEDIO
Puntuación mayor de 14	MINIMO/NO RIESGO

La valoración se realizará al ingreso del paciente y con una revisión periódica cada 7 días después de la última, en caso de no observarse cambios relevantes:

- Cirugía mayor.
- Aparición de isquemia por cualquier causa.
- Periodos de hipotensión.
- Pérdida de movilidad de cualquier origen.
- Pérdida de sensibilidad de cualquier origen en los pacientes de alto riesgo o en los pacientes ingresados en servicios de Cuidados Críticos.

Se registrará el resultado de la valoración en la hoja de registro de U.P.P, o en su ausencia en la hoja de evolución de Enfermería y se aplicarán los cuidados en función de los resultados

6. PREVENCIÓN DE LAS UPP

Todas las intervenciones de prevención serán registradas en actividades del “Plan de cuidados”.

Las actividades preventivas deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Movilidad.
2. Higiene.
3. Incontinencia.
4. Nutrición.
5. Iatrogénica.
6. Protección de las zonas de riesgo.
7. Cuidados generales.

MOVILIDAD

- Permanecer encamado el menor tiempo posible.
- Animar a la deambulación y los interciclos de movilización, por lo menos dos veces al día.
- Realizar cambios posturales cada 2-4 horas en pacientes encamado y cada hora en pacientes con silla de ruedas.
- Evitar el roce de prominencias entre sí.
- Aliviar la presión con: almohadas, colchón neumático (agua o aire), cojines de gel de frotación, protector de talones y codos, piel de cordero y felpa.
- Evitar levantar la cabeza de la cama más de 30°.
- Intentar mantener en todo momento la alineación corporal.

Decúbito Supino:

- Almohada en cabeza
- Almohada en gemelos, para facilitar el retorno venoso.
- Almohada en piecero para evitar el pie equino.
- Almohada en trocánter, para evitar la rotación.

Decúbito Lateral:

- Almohada debajo de la cabeza.
- Almohada a lo largo de la espalda.
- Almohada entre las rodillas para evitar roces.
- Almohada debajo del brazo.

Decúbito Prono:

- Almohada debajo de la cabeza.
- Almohada del abdomen para evitar tensión muscular.
- Almohada debajo de las piernas para favorecer circulación de retorno.
- Almohada debajo de los hombros para bajar tensión muscular.

Posición sentado:

- Almohada detrás de la cabeza
- Almohada debajo del brazo.
- Almohada debajo de los pies.

HIGIENE

- Utilizar una esponjilla para cada parte del cuerpo.
- Realizar correcta higiene corporal mediante lavado con agua y jabón seguido de aclarado y perfecto secado (especial atención a los pliegues cutáneos).
- No dar jabón en la ulcera.
- Hidratación corporal con crema.
- No masajear prominencias óseas.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- Si se hidrata con vaselina líquida, extenderla antes de secar al paciente.
- No dar masajes intensos.

INCONTINENCIA

- Ante pérdidas involuntarias de orina es importante la valoración de la implantación de sonda o colector urinarios.
- Con cada cambio de pañal lavar e hidratar la zona.
- Reeducación de esfínteres.

NUTRICION

- Valoración dietética: alimentación adecuada a su edad y patología.
- Aporte de líquidos mínimo 2 litros/día, si no existe contraindicación médica.
- Administrar suplementos hiperprotéicos si no toma una dieta completa.
- Dar suplementos minerales (zinc, hierro, cobre) y vitaminas (A, B, C).
- Si presenta problemas en la deglución, emplear espesantes y gelatinas.

YATROGENIA

Son úlceras que se producen por el roce continuo de un recurso instrumental imprescindible para el tratamiento y/o diagnóstico.

Se debe tener especial cuidado con:

- Nariz: cambiar diariamente apósito de fijación de SNG y mover apoyo en la mucosa gástrica.
- Boca: por fijación de tubos endotraqueales realizar igualmente movilización.
- Meato urinario: lesiones por sondaje vesical (hombres en prepucio y mujeres en labios vaginales), cambiar puntos de apoyo.
- Muñecas, codos y talones: por sujeciones mecánicas. Proteger la piel.
- Orejas: por gomillas de mascarilla de oxígeno, proteger del contacto directo utilizando gasas.
- Pómulos: por gafas nasales, vigilar presión y movilizar.
- Talones, piernas y tronco: por escayolas, proteger previamente la piel y vigilar.
- Glúteos: debido a las cuñas, intentar mantenerlas el menor tiempo posible, no realizar arrastre.

PROTECCION DE ZONAS DE RIESGO

- Las zonas más frecuentes de aparición de UPP son: sacro, glúteos, talones y trocánteres.
- Colocar una almohada en los pies para que los talones queden al aire.
- Los codos se protegerán con vendaje algodón, procurando mantener los brazos en flexión anatómica.
- Igualmente se realizará en los talones hasta el tobillo y dejando los dedos a la vista.
- Utilizar placas de protección en sacro y trocánteres, además de los métodos de movilización e utilización de superficies de apoyo especiales para aliviar la presión.

CUIDADOS GENERALES

- Identificar aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de UPP:
 - Alteraciones respiratorias.
 - Alteraciones circulatorias.
 - Alteraciones metabólicas.
 - Alteraciones por tratamiento farmacológico:
 - Sedantes, pueden interferir en la movilidad.
 - Corticoides, que pueden actuar sobre los tejidos disminuyendo la resistencia e inhibiendo por lo tanto la cicatrización.
 - Citostáticos, debido al riesgo de necrosis asociado a la quimioterapia endovenosa.
- Identificar y corregir déficit nutricional.
- Asegurar un estado de hidratación adecuado.

7. TRATAMIENTO DE LAS UPP

Antes de iniciar el tratamiento de la UPP, debemos valorar el estado de la misma, para proceder a su tratamiento y control de su evolución. Registrar en el registro de “*Valoración inicial*”:

VALORACION

Observar la UPP:

- Estadío (según clasificación.....)
- Localización.
- Tamaño.
- Base:
 - Exudado
 - Granulación
 - Necrosis (seca)
 - Esfacelos (necrosis húmeda)
 - Infección: Inflamación, exudado purulento, calor, dolor, mal olor, decoloración del tejido de granulación, tejido de granulación hemorrágico.
- Tejido perilesional con presencia de:
 - Celulitis
 - Dermatitis
 - Epitelización
 - Dolor

TRATAMIENTO

Las intervenciones de tratamiento serán anotadas en el registro de “Evolución de enfermería” y planificadas en el apartado de actividades del “Plan de cuidados”.

- Eliminar o reducir la presión sobre la úlcera.
- Reducir el riesgo de infección y estimular la cicatrización llevando a cabo las siguientes acciones:

1. Lavado de manos.

2. Limpieza de la herida:

- Irrigar con suero salino 0,9% sin frotar
- No utilizar antisépticos de manera sistemática

3. Desbridamiento de la herida

El tipo de desbridamiento será anotado en “Evolución de enfermería”

El desbridamiento es imprescindible para la buena evolución de las heridas necrosadas.

El tejido necrótico: favorece el desarrollo de gérmenes patógenos, impide la formación de tejido de granulación e Interfiere en la cicatrización.

La situación global del paciente, así como las características del tejido a desbridar condicionarán el tipo de desbridamiento a realizar.

Tipos de desbridamiento:

- **Quirúrgico.** Se realizará con el objetivo de eliminar la necrosis y esfacelos hasta llegar al tejido sano. Esto requiere conocimientos y técnica con personal cualificado y material estéril. Quién y dónde se realice dependerá de las directrices del centro.

Si se estima oportuna se procederá al desbridamiento cortante, que será realizado por planos y en diferentes sesiones, hasta liberar la úlcera de tejido desvitalizado.

Se administrará analgésicos previamente al desbridamiento.

- **Enzimático o químico.** Aplicar enzimas tóxicas (generalmente colagenasa), para conseguir la hidrólisis del tejido necrótico y reblandecer la escara.

- **Autólítico.** Está basado en la cura húmeda.

Aplicar geles o apósitos que aportan humedad para favorecer que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas destruyan el material necrótico. En los casos de exceso de exudado se puede utilizar un Alginato.

4. Prevención y Abordaje de la infección

Se registrarán en el “Plan de cuidados”

Todas las úlceras están contaminadas por bacterias, lo cual no significa que están infectadas.

- Evitar contacto de la úlcera con sustancias de desecho corporal (orina, heces).
- Realizar correcta lavado de manos y uso de guantes por paciente.
- Si un paciente tiene varias úlceras, curar en último lugar la más contaminada
- Utilizar siempre material estéril en desbridamiento.
- Realizar limpieza y desbridamiento para impedir que la colonización progrese a infección clínica.
- Intensificar dichas acciones si existiese signos de infección local.
- Realizar cultivos, si la úlcera no evoluciona favorablemente y tiene signos de infección local.
- Iniciar tratamiento antibiótico una vez identificado el germen.
- Rellenar las cavidades o tunelizaciones que pueda formar la úlcera, par evitar que se formen abscesos o cierres en falso.

5. Elección del producto para el tratamiento

Todas las intervenciones se anotarán en el apartado de actividades de e registro del “Plan de cuidados”

- Seleccionar el apósito adecuado teniendo en cuenta los siguientes aspecto de la úlcera:
 - Localización de la lesión.
 - Gravedad de la lesión.
 - Cantidad de exudado.
 - Existencia de cavidades o tunelizaciones.
 - Signos de infección.
 - Estado de la piel circundante.
 - Estado general del paciente.
 - Disponibilidad de recursos.
 - Relación coste-efectividad.
 - Nivel asistencial.
 - Propiedades del apósito: absorber el exudado, favorecer el desbridamiento, combatir la infección y combatir el dolor)
- Cambiar el apósito en función del producto utilizado y las características de la herida. Un apósito hidrocoloide se cambiará cuando el abombamiento producido al absorber las secreciones de la herida se aproxime a 1,5 o 1 cm. del borde del apósito.
- El apósito ideal deberá reunir los siguientes requisitos:
 - Ser biocompatible
 - Proteger la herida de agresiones: física, química y bacterianas.
 - Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo.
 - Eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción.
 - Dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión.
 - Ser adaptable a localizaciones difíciles.
 - Favorecer la cicatrización.
 - Ser fácil de aplicar y retirar.
 - Permitir el paso de vapor de agua.

EVOLUCION DE LA ULCERA

Monitorizar la evolución de la úlcera según la escala PUSH. Esta escala permite documentar la cicatrización de la úlcera. Se registrará en el registro de “Evolución de enfermería”

							Día: Valor:
Longitud x Anchura	0 0 cm ²	1 <0.3 cm ²	2 0.3-0.6 cm ²	3 0.7-1cm ²	4 1.1-2.0 cm ²	5 2.1 -3.0 cm ²	
	6 3.1 – 4.0 cm ²	7 4.1– 8.0 cm ²	8 8.1-12.0 cm ²	9 12.1-24cm ²	10 >24 cm ²	Subtotal:	
Cantidad de exudado	0 Ninguno	1 Ligero	2 Moderado	3 Abundante		Subtotal:	
Tipo de tejido	0 Cerrado	1 Tejido epitelial	2 Tejido de granulación	3 Esfacelos	4 tejido necrótico	Subtotal:	
						Puntuación total	

8. RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO LOCAL DE LAS UPP

Suprimir o reducir presión en la zona.

Lavar siempre las U.P.P. con suero salino 0,9% por irrigación suave.

ESTADIO I

- Aplicar ácidos grasos, extender y no masajear.
- Apósito hidrocoloide si hay riesgo de fricción o maceración de la zona.

ESTADIO II Y III

- En fase inflamatoria:
 - **Con tejido necrótico seco (escara) y tejido necrótico húmedo (esfacelo):** realizar desbridamiento. Utilizar Colagenasa o Hidrogel.
 - **Con infección (presencia de signos locales):** Tratar la infección. Utilizar: si necrosis, Colagenasa; si exudado, apósito de alginato cálcico o apósito de carboximetilcelulosa o apósito de plata; si úlcera maloliente, apósito de carbono activado.
- En Fase de Granulación y/o Epitelización:
 - **Herida limpia (con presencia de tejido de granulación):** Proteger y mantener el lecho húmedo. Utilizar Apósitos hidrocoloides o hidropoliméricos.

9. TERMINOS RELACIONADOS CON LAS UPP

Tejido necrótico

Tejido oscuro, negro o marrón, que se adhiere al lecho o los bordes de la herida.

Esfacelos

Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.

Tejido de granulación

Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante.

Tejido epitelial

En las úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.

Antiséptico

Producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar microorganismos patógenos o inactivar los virus.

No tiene actividad selectiva, ya que eliminan todo tipo de gérmenes.

A altas concentraciones pueden ser tóxicos para los tejidos vivos.

Algunos pueden interferir la acción de otros productos tópicos utilizados en los cuidados de las heridas (colágenas). Otros como la Povidona Yodada, retrasa el crecimiento del tejido de granulación. En algunos casos se puede generar resistencias bacterianas a los antisépticos.

Úlcera contaminada

Es una úlcera con presencia de bacterias en su superficie. Se considera que todas las úlceras crónicas están contaminadas.

Úlcera colonizada

Cuando en la superficie de la úlcera existen gérmenes contaminantes que están multiplicando, sin producir infección.

Úlcera infectada

Cuando existen invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos de la úlcera, ocasionando una lesión local y aparecen signos de inflamación, dolor, mal olor y exudado purulento.

10. REGISTRO

Cumplimentar los datos de valoración y evolución de la úlcera en los registros de “Valoración inicial” y “Evolución de enfermería” y las intervenciones en tratamiento en el “Plan de cuidados”.

11. DOCUMENTACION DE REFERENCIA

- Guía de Prevención y manejo de las úlceras de la piel. Área 4 de Madrid. Febrero 2005.
- Protocolo de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.
- Grupo nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas Crónicas (GNEAUPP)
- European Pressure Ulcers Advisory (NPUAP)