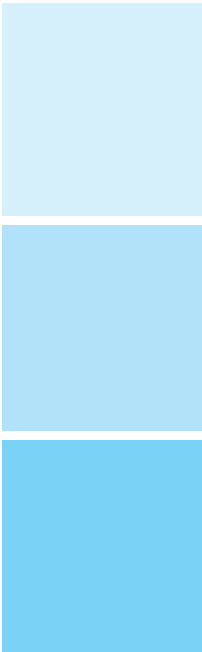


ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS



DEPARTAMENTO DE SALUD
DE LA MARINA BAIXA



Documento reconocido de interés profesional por el
GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio
y Asesoramiento en Úlceras por Presión
y Heridas Crónicas).

PRESENTACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

La presente guía ha sido elaborada por las siguientes personas:

A comienzos de 2007, el grupo de trabajo comenzó con

- **Pedro Ángel Hernández Vidal**, enfermero UCI, Hospital Marina Baixa.
- **Carmen Fernández Marín**, supervisora M. Interna, Hospital Marina Baixa.
- **Joan Clement Imbernón**, supervisor Formación, Hospital Marina Baixa.
- **M^a Rosario Moñinos Giner**, supervisora Esp. Quirúrgicas, Hospital Marina Baixa.
- **Antonio Pérez Baldo**, supervisor M. Interna, Hospital Marina Baixa,

al finalizar 2007, los dos últimos miembros del grupo nos abandonaron por diferentes motivos, pero se nos unió otra gran profesional **Laura Alepuz Vidal**, supervisora U. Hospitalización a Domicilio, Hospital Marina Baixa, lamentablemente su paso entre nosotros fue breve, aunque siempre nos ha prestado todo su apoyo. Con la llegada de la nueva Dirección de Enfermería, nuestro proyecto cobró un nuevo impulso y a instancias de la Dirección nace un Comité de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, donde a los 3 miembros iniciales sobrevivientes, se nos unen.

- **Antonio Lorente Tomás**, coordinador Enfermería, C.S. La Vila Joiosa.
- **José Manuel Hernández Abril**, coordinador Enfermería, C.S. Callosa d'En Sarriá,
- **Magdalena Flores Muñoz**, enfermera Medicina Preventiva, Hospital Marina Baixa,
- **Marta Marcet Prieto**, enfermera Urgencias, Hospital Marina Baixa,
- **Antonio García Gilabert**, supervisor Hospital de Día, Hospital Marina Baixa,
- **Otilia Urbano Pérez**, supervisora UCI, Hospital Marina Baixa,
- **María Amparo Soler Olmos**, supervisora Cirugía, Hospital Marina Baixa,

En el seno de este Comité es donde la Guía ha tomado su forma y contenido actual, pero no sería justo dejar de mencionar a un compañero del Hospital de Elche y miembro del GNEAUPP, **Pablo López Casanova**, que hizo una primera corrección y nos dio valiosos consejos. Agradecemos también la colaboración de Vicente Company Beltrán y Edith Leutscher Vasen a la hora de conseguir la edición de este material.

Material financiado con la convocatoria de ayudas en trabajos de investigación en materia de Atención de Media y Larga estancia para el 2008.



CONTENIDO

Contenido	5
Presentación y origen de las evidencias	7
Úlceras por presión	9
Objetivos	9
Definición de úlcera por presión (UPP)	9
Datos epidemiológicos	9
Etiopatogenia de las UPP	11
Clasificación de las úlceras según el grado de afectación tisular:	13
Valoración del riesgo de padecer úlceras por presión	14
Prevención de las UPP	15
Metodología de la profilaxis	15
Escala de Braden - Bergstrom	17
Algoritmo de prevención / tratamiento de UPP	19
Documento de control y seguimiento	20
Cuidados específicos en la prevención de las UPP	22
1. Alteración de la nutrición	22
<i>Alteración nutricional por exceso</i>	23
<i>Alteración nutricional por defecto</i>	24
2. Cuidado e higiene de la piel	26
3. Deterioro de la movilidad física	28
<i>Posiciones terapéuticas</i>	28
<i>Superficies especiales para el manejo de la presión (semp)</i>	31
<i>Manejo local de la presión</i>	31
4. Registro actividad realizada	31
5. Fomentar la educación de los cuidados en el paciente	32
6. Continuidad de cuidados	32
Tratamiento de las úlceras por presión	33
Valoración inicial	33
Manejo del dolor	33
Manejo de la presión	33
Cuidado de la úlcera	34
Cuidados de la piel perilesional	40
Cuidados paliativos y U.P.P	41
Otros tratamientos alternativos	41
Úlceras de la extremidad inferior de etiología venosa	47
Tratamiento	47
Úlceras de la extremidad inferior de etiología arterial	48
Tratamiento	48
Cuidados preventivos	49
<i>Exploración funcional hemodinámica: doppler arterial</i>	49
Úlceras de la extremidad inferior de etiología neuropática, pie diabético	51
Clasificación	52
Prevención	53
Tratamiento	54
Abordaje local según la severidad de la lesión	54
Terapia local de la úlcera diabética según su etiopatogenia	56

Úlceras neoplásicas o tumorales	60
Productos usados en el cuidado de las heridas	63
Hidrogeles	63
Alginatos	64
Películas de poliuretano	65
Películas protectoras	65
Apósitos de poliuretano (espumas poliméricas)	66
Hidrofibra de hidrocoloide	66
Carbón	67
Mallas o interfases (gasas impregnadas)	68
Hidrocoloides	69
Apósitos con plata	70
Otros	70
Cremas barrera	72
Ácidos grasos hiperoxigenados	72
Crema de colagenasa	73
Nitrofurazona (furacín®)	73
Flammazine®	74
Difusión e implantación.	75
Bibliografía	79
Índice	85

PRESENTACIÓN Y ORIGEN DE LAS EVIDENCIAS

La presente Guía ha sido elaborada por enfermeras/os de diferentes niveles asistenciales y servicios, creciendo al amparo de su experiencia clínica, docente e investigadora y con el noble propósito de asistir a la enfermería a la hora de adoptar decisiones clínicas que han de beneficiar a la salud y calidad de vida de nuestros pacientes.

Su andadura comienza en el primer trimestre de 2007 cuando un grupo reducido de enfermeras/os del Hospital Marina Baixa trata de poner los cimientos de una práctica común basada en las evidencias encontradas en las diferentes Guías recién aparecidas en el estado español.

Desde el comienzo fuimos conscientes de nuestras limitaciones y no tratamos de encontrar nuestras propias evidencias. La Guía nace como el consenso de profesionales expertos en la materia y la revisión profunda de las últimas Guías aparecidas en nuestro entorno.

Ante la importancia de encontrar las mejores evidencias, nos vimos desbordados por la tiranía de las propias clasificaciones de evidencias basadas en la práctica clínica. Hemos visto como muchas de nuestras actividades, fundamentadas en nuestra práctica diaria, son desechadas por las revisiones al carecer de rigurosos estudios y meta análisis que avalen sus resultados, lo cual apunta a una de las deficiencias clásicas de la enfermería, la escasez de investigación seria y rigurosa en nuestro ámbito de actuación.

Por este motivo hemos elegido el sistema de clasificación de evidencias denominado GRADE (Tabla 1) , porque clasifica las mismas partiendo del diseño de los estudios que la avalan, pero aumenta o disminuye el nivel de la misma a la luz de otros elementos (calidad del estudio, consistencia, tipo de evidencia, etc.) y por ello hemos utilizado como referente en las evidencias encontradas por la literatura consultada la "Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión" editada por el Servicio Andaluz de Salud y publicada en 2007.

De esta forma aparecen clasificadas las evidencias en la presente Guía. Tan solo incidir en un nivel de evidencia Bajo o Muy Bajo, en muchas ocasiones no es sinónimo de mala evidencia, sino que simplemente refleja la falta de estudios que confirmen o desmientan el resultado o son estudio cualitativos, consenso de expertos, etc.

Con el transcurso del tiempo y el decidido impulso de la Dirección del Departamento en llevar a buen término el presente proyecto, así como su voluntad por integrar los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), que hasta el momento convivíamos los unos de espaldas a los otros, han hecho que la presente Guía nazca del seno de un Comité de UPP y Heridas Crónicas, integrado por un considerable número de enfermeros expertos e interesados en las úlceras por presión y heridas crónicas de ambos niveles asistenciales , enriqueciéndola considerablemente.

Queremos que la presente Guía sea algo vivo, dinámico y que sea capaz de evolucionar ante la presencia de nuevas evidencias y crecer con nuevos e importantes documentos que se han de ir anexionando a la misma con la finalidad de sumarle nuevos puntos de vista y llenar carencias que el tiempo nos impide subsanar en estos momentos. Por ello no será un documento inerte, sino que favorecido por las nuevas tecnologías continuamente será revisado y ampliado, aunque nos marcamos el plazo de 4 años, 2012, para una profunda revisión.

NIVEL DE EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN
ALTA	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
MODERADA	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
BAJA	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
MUY BAJA	El resultado no ha sido demostrado.

Tabla 1. Sistema GRADE de clasificación de evidencias

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Objetivos

- Elaborar una guía que sirva de herramienta y marco de trabajo a los profesionales de enfermería del Departamento de Salud 16.
- Establecer un método unificado en cuanto a la descripción de las úlceras por presión, su registro, evolución, cuidados y tratamientos por el personal de enfermería.
- Disminuir la variabilidad de los cuidados enfermeros aportados y la incertidumbre a la hora de tomar decisiones clínicas.
- Mejorar los cuidados de las úlceras por presión y por tanto la calidad de vida de nuestros pacientes.
- Facilitar el control de indicadores indirectos de la calidad de los cuidados de enfermería.
- Identificar los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión.
- Evitar la aparición de úlceras en los pacientes ingresados.
- Revisar las evidencias científicas para mejorar la calidad de los cuidados.

Para poder conseguir esos objetivos se debe de partir de una serie de conceptos ya conocidos, pero que conviene recordarlos para que en adelante la terminología usada sea común a todos.

Definición de úlcera por presión (UPP)

“La UPP es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros”. (M^a J. Almendáriz, 1.999).

Se pueden distinguir dos tipos de presiones:

- **Presión directa:** es la ejercida de forma perpendicular.
- **Presión tangencial:** es la ejercida en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro. Este tipo se conoce también como “fuerzas de cizallamiento”.

Datos epidemiológicos

Las úlceras por presión han sido, hasta hace muy escasos años, un problema concurrente a otras patologías, un proceso inevitable, silencioso y menor, que acompañaba al paciente y su diagnóstico principal.

No fue hasta el nacimiento del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en 1994, que el sistema sanitario español, sus profesionales y muy particularmente la enfermería comenzaron a tomar conciencia del problema al que se enfrentaban.

Desde su nacimiento el GNEAUPP ha tratado de dimensionar el problema y ha llevado a término dos estudios de prevalencia en España que nos acercan a la realidad de las úlceras. En 2004 y posteriormente en 2006 publicó los siguientes resultados (Tabla 2), de prevalencia cruda:

ESTUDIO	ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITAL	CENTROS SOCIO SANITARIOS
2002-2003	8,34%	8,81%	7,6%
2005	3,7%	8,24%	6,1%

Tabla 2

Aunque llama la atención el valor de la prevalencia en Atención Primaria en 2005 (susceptible de haber padecido un sesgo) cabe destacar que los valores de prevalencia media si son concordantes con el estudio anterior y otros estudios de nuestro entorno.

Los datos obtenidos, aunque difíciles de comparar con otros países de nuestro entorno, si que son afines a las prevalencias manifestadas por estos.

Este último estudio de prevalencia del GNEAUPP, finaliza reclamando actuaciones con carácter urgente sobre los siguientes puntos:

- **Prevención de las UPP** como eje fundamental en todos los niveles asistenciales.
- **Mejora de los protocolos de tratamiento** con la finalidad principal de reducir la variabilidad en la práctica clínica y los tiempos de resolución.
- Necesidad de **coordinación entre los diferentes niveles asistenciales**.

Valga la presente guía como modesto ejemplo de dichas actuaciones reclamadas por el GNEAUPP.

Para profundizar más en la importancia del problema podríamos apuntar a las repercusiones económicas que generan cada año. Para ello, el Dr. Posnett, catedrático de economía de la salud de la Universidad de York y Joan Enric Torra i Bou, subdirector del GNEAUPP, en el año 2000 extrapolaron, un estudio del primero en el Reino Unido, a nuestro entorno socio económico, concluyendo que: El gasto sanitario como causa de las UPP en 2000, fue de **1.687 millones de euros**. El **5,21%** de nuestro gasto sanitario aquel año.

Aunque el gasto más importante lo generan las vidas humanas que perdemos por esta causa: en 2001 más de 600 personas mayores de 65 años, morían por esta causa.

Soldevilla (director del GNEAUPP), en 2004, trata de poner de manifiesto una nueva dimensión al respecto de las úlceras, sus repercusiones ético legales.

Al tratarse de un problema evitable en la mayoría de los casos, se podría interpretar que su aparición es causa de mala praxis por negligencia profesional y aunque

nuestros abogados aún no han reparado en este aspecto, es cierto que en otros países se acumulan las demandas a consecuencia de este problema de salud.

Para salvaguardarnos de posibles demandas, hemos de tener presente las siguientes recomendaciones:

La justicia interpreta los medios puestos para evitar la aparición de UPP, no los resultados obtenidos. **Por tanto hagamos prevención**, con todos los medios a nuestro alcance.

La justicia indaga si nuestra actividad sigue la “lex artis” ad hoc, a la que un buen enfermero debe adecuarse mediante:

- **Seguimiento de guías** o protocolos de actuación,
- Información al paciente.
- La justicia verificará nuestra buena praxis por medios documentales, verificando que nuestra **actividad está reflejada en la historia clínica** del paciente.

Necesitamos sacar a la luz un problema de salud pública, “una epidemia debajo de las sábanas” (Pam Hibbs) y como dice Javier Soldevilla “el estado actual de conocimiento y desarrollo social ha de lograr desterrar la concepción de las úlceras por presión como un proceso banal, fatal, inevitable y silente”.

Etipatogenia de las UPP

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente (hueso) y otro generalmente externo a él (sillón, cama, etc).

La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20 mmHg y la presión tisular media se cifra clásicamente entre los 16-33 mmHg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta, durante un tiempo prolongado, desencadenan un proceso isquémico que si no se revierte a tiempo origina la muerte celular y su necrosis (Figura 1).

En la formación de las úlceras por presión parece tener más importancia la continuidad en la presión, incluso aunque esta sea moderada que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos periodos de tiempo. Esto fue ratificado por Kosiak, (1.990) quien afirma que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales, esto es, para producir la lesión, a mayor tiempo se necesita menor presión.

Pero no sólo la presión está detrás del origen de las úlceras por presión como hemos visto en la definición, sino que las fuerzas tangenciales o de cizallamiento origina una angulación en los vasos sanguíneos locales, produciendo hipoperfusión e hipoxia.

Además existen otros factores que pueden ser coadyuvantes, predisponentes o favorecedores de la aparición de las UPP. Entre los muchos existentes, vamos a destacar como los más importantes:

- La edad.
- La incontinencia urinaria y/o fecal.
- La disminución de la sensibilidad, actividad y/o movilidad.
- El dolor.
- La presión arterial baja.
- Los déficits nutricionales.
- Las cifras de hemoglobina baja.
- Tratamientos con: analgésicos, sedantes, citostáticos, corticoides, etc.
- Patologías asociadas como diabetes, cáncer, alteraciones vasculares, etc.

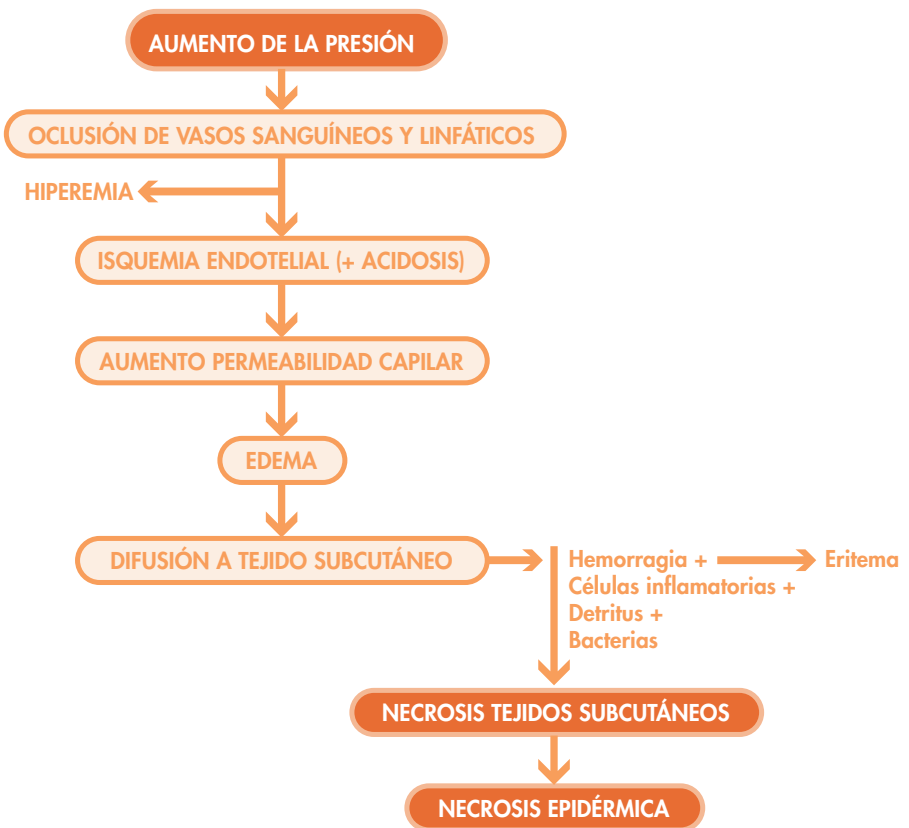


Figura 1. Fisiopatología de las UPP. Extraída de "Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento". Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Clasificación de las úlceras según el grado de afectación tisular

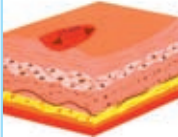

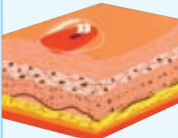

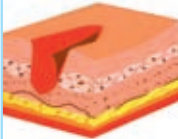

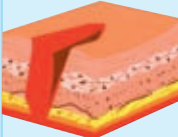

GRADOS		AFECCIÓN	OTRAS CARACTERÍSTICAS
GRADO I	 	EPIDERMIS ÍNTEGRA	Color rojo-rosado. En pieles oscuras presenta tonos rojos, azules o morados. Hiperemia reactiva > 24 horas. El eritema se mantiene aún bajo la presión de los dedos.
GRADO II	 	EPIDERMIS y DERMIS	Flictenas o vesículas. Descamación y grietas.
GRADO III	 	TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Bordes definidos Proceso necrótico Puede haber exudado seroso-sanguinolento. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.
GRADO IV	 	MÚSCULO. SE PUEDEN ALCANZAR ARTICULACIONES	Tejido necrótico y exudado abundante. Pueden aparecer tunelizaciones y cavernas.

Tabla 3. Clasificación de las úlceras por presión según el grado de afectación tisular.

En ocasiones, solo al retirar la placa de tejido necrótico, somos capaces de valorar el estadio en que se encuentra la úlcera.

No existe una regresión en el estadiaje de las úlceras en su evolución favorable.

Es decir una U.P.P estadio IV, que evoluciona favorablemente, no pasa a ser grado III, grado II, etc., hasta su curación.

Por tanto seguirá siendo U.P.P grado IV con las características definitorias que consideremos oportunas (con tejido de granulación, libre de esfacelos, etc.).

Valoración del riesgo de padecer úlceras por presión

Existen multitud de escalas para valorar el riesgo de padecer UPP (EVRUPP). Las más conocidas en nuestro entorno son: Norton, Braden, Knoll, Nova, etc. Aunque todas ellas utilizan parámetros similares para evaluar el riesgo, solamente algunas escalas han sido correctamente validadas y sus valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) están dentro de los límites aceptados por la comunidad científica, entre ellas hemos elegido la escala de Braden por ser la más utilizada en nuestro entorno y la recomendada por la Conselleria de Sanitat (Escala e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria de Josep Adolf Guirao Goris; Juan Gallud y editada por la Conselleria de Sanitat).

Como hemos mencionado anteriormente, todas ellas analizan ítems similares, para evaluar el riesgo. De entre ellos la literatura científica destaca como más importantes la incontinencia (humedad), el estado neurológico y el estado nutricional de nuestros pacientes, pero aún y siendo los más importantes, no son los únicos factores predisponentes, y por eso no hay que olvidar factores que sin estar incluidos en las EVRUPP, también colaboran en la aparición de las UPP como pueden ser:

- Diabetes.
- Edad > 70 años.
- Obesidad o caquexia.
- Tratamiento con corticoides, citostáticos o anticoagulantes.
- Analgesia y/o sedación.

PREVENCIÓN DE LAS UPP

Metodología de la profilaxis

La metodología descrita a continuación se aplicará de forma sistemática a todos aquellos pacientes con alteración de la actividad/movilidad.

- 1)** A todo enfermo con alteración de la actividad/movilidad se le aplicará la Escala de Braden (Tabla 6) al ingreso en la unidad para valorar el riesgo de desarrollar UPP (Evidencia Alta) y se registrará (Evidencia muy Baja).
- 2)** Según la puntuación obtenida se llevarán a cabo el plan de cuidados recomendado (Evidencia Moderada) (Tabla 5).

NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤ 12
	RIESGO MODERADO	13-14
	RIESGO BAJO	15-18
	SIN RIESGO	≥ 19

Tabla 4. Clasificación del riesgo de padecer UPP según la Escala de Braden

- 3)** Informe al paciente-familia sobre el proceso a seguir estimulando en lo posible su colaboración.
- 4)** Registre el procedimiento realizado y las observaciones que de éste se deriven.
- 5)** Todos los pacientes en riesgo deberían contar con un plan de cuidados escrito y personalizado, según sus necesidades (Evidencia Alta).

BAJO RIESGO

- Higiene cada 24h (o según necesidades del paciente)
- Cambios posturales 1 vez por turno (si movilidad reducida)
- Protección de las zonas de presión
- Hidratación diaria + Ácidos grasos hígper oxigenados (AGHO).
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Medición del riesgo, a criterio de la enfermera. Mínimo una vez semanal.
- Si presentan otros factores de riesgo importantes (edad avanzada, fiebre, ingestión pobre de proteínas, presión diastólica debajo de 60, inestabilidad hemodinámica) avance al nivel siguiente del riesgo.

RIESGO MODERADO

- Higiene cada 24h (o según necesidades del paciente).
- Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 4 horas.
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Hidratación cada 12h. AGHO.
- Medición del riesgo, a criterio de la enfermera. Mínimo una vez semanal.
- Si presentan otros factores de riesgo importantes, avance al nivel siguiente del riesgo.

ALTO RIESGO

- Higiene cada 12h (o según necesidades del paciente)
- Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 4 horas
- Hidratación por turno. AGHO
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Medición del riesgo, a criterio de la enfermera. Mínimo una vez semanal.

MANEJO DE LA HUMEDAD

- USE BARRERAS PARA LA HUMEDAD
- USE PAÑALES O EMPAPADORES
- APROVECHE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA OFRECERLE LA CUÑA O BOTELLA

MANEJO DE LA NUTRICIÓN

- INCREMENTE LAS PROTEÍNAS
- INCREMENTE LAS CALORÍAS
- CUIDE LA HIDRATACIÓN
- SUPLEMENTE CON PREPARADOS POLIVITAMÍNICOS
- SI DESNUTRICIÓN. CONSULTE CON ENDOCRINO

MANEJO DE LA FRICCIÓN

- NO ELEVE LA CAMA MAS DE 30°
- UTILICE TRAPECIOS Y BARANDILLAS PARA FACILITAR LA MOVILIDAD
- PROTEJA LOS CODOS Y TALONES DE LA FRICCIÓN

OTRAS MEDIDAS GENERALES

- NO MASAJEE LAS PROMINENCIAS ÓSEAS
- NO UTILICE DISPOSITIVOS TIPO DONUTS
- UNA BUENA HIDRATACIÓN PROTEGE LA PIEL
- EVITE EL SECADO VIOLENTO DE LA PIEL

Tabla 5. Cuidados en la prevención según el nivel de riesgo

Escala de Braden - Bergstrom

Se trata de un cuestionario que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y deslizamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 14 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad avanzada, mal estado funcional, fiebre, hipotensión, úlceras ya instauradas, etc. y progresar al paciente a un nivel de riesgo superior en estos casos.

Escala de Braden					
Puntos	1	2	3	4	TOTAL
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada	
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente	
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente		
PUNTUACIÓN TOTAL					

Tabla 6. Escala de Braden

NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤ 12
	RIESGO MODERADO	13-14
	RIESGO BAJO	15-18
	SIN RIESGO	≥ 19

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.

1. Completamente limitada. No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.

2. Muy limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo.

3. Levemente limitada. Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades.

4. No alterada. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. Constantemente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.

2. Muy húmeda. La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).

3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).

4. Rara vez húmeda. La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. Completamente inmóvil. No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.

2. Muy limitada. Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.

3. Ligeramente limitada. Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.

4. Sin limitaciones. Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario.

1. Muy pobre. Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.

2. Probablemente inadecuada. Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.

3. Adecuada. Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.

4. Excelente. Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Tabla 7. Descripción de las categorías de la Escala de Braden

Algoritmo de prevención / tratamiento de UPP

Actividad. Grado de actividad física.

- 1. En cama.** Confinado en la cama.
- 2. En silla.** Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
- 3. Camina ocasionalmente.** Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
- 4. Camina con frecuencia.** Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Fricción y deslizamiento.

1. Es un problema. Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.

2. Es un problema potencial. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.

3. Sin problema aparente. Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.



DEPARTAMENTO DE SALUD 16 HOSPITAL Y CENTROS SALUD		PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO SEGON COGNOM SEGUNDO APELLIDO NOM NOMBRE
DOMICILIO:		DATA DE NAIXIMENT FECHA DE NACIMIENTO
MEDICO REFERENCIA	ENFERMERA/O DE REFERENCIA	SEXE SEXO M F NUMERO SIP

UPPY Y HERIDAS CRÓNICAS. CONTROL Y SEGUIMIENTO

FECHA DE INGRESO / VALORACIÓN

DIAGNÓSTICO

OTROS FACTORES DE RIESGO

ESCALA DE BRADEN	Puntos	1	2	3	4	TOTAL
	Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada	
	Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
	Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente		
PUNTUACIÓN TOTAL						

NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤ 12
	RIESGO MODERADO	13-14
	RIESGO BAJO	15-18
	SIN RIESGO	≥ 19

BAJO RIESGO

- Higiene cada 24h (o según necesidades del paciente)
- Cambios posturales 1 vez por turno (si movilidad reducida)
- Protección de las zonas de presión
- Hidratación diaria + Ácidos grasos hiper oxigenados (AGHO).
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Medición del riesgo, a criterio de la enfermera. Mínimo una vez semanal.
- Si otros factores de riesgo importantes están presentes (edad avanzada, fiebre, ingestión pobre de proteínas, presión diastólica debajo de 60, inestabilidad hemodinámica) avance al nivel siguiente del riesgo.

RIESGO MODERADO

- Higiene cada 24h (o según necesidades del paciente).
- Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 4 horas.
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Hidratación cada 12h. AGHO.
- Medición del riesgo, a criterio de la enfermera. Mínimo una vez semanal.
- Si presentan otros factores de riesgo importantes, avance al nivel siguiente del riesgo.

ALTO RIESGO

- Higiene cada 12h (o según necesidades del paciente)
- Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 4 horas
- Hidratación por turno. AGHO
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Medición del riesgo, a criterio de la enfermera. Mínimo una vez semanal.



FECHA VALORACIÓN BRADEN							
Fecha Aparición							
TAMAÑO Diámetro X longitud VOLUMEN							
LECHO: Granulación Epitelización Necrótico Esfacelos Cavitado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
BORDE HERIDA: Hipertrófico Esfácelo Necrosado Correcto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PIEL PERILESIONAL: Íntegra Macerada Eczema / Eritema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EXUDADO: Escaso Moderado Abundante Tipo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SIGNOS INFECCIÓN CULTIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DOLOR ANALGESIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CURA Desbridamiento Cortante Químico (Enzimático) Autolítico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Elección de Producto: AGHO Hidrocoloide Hidrogeles Alginato Carbón activado Espumas Plata Hidrof. de Hidrocoloide Otros:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESTADIO							
FRECUENCIA							
OBSERVACIONES							

Cuidados específicos en la prevención de las UPP

La revisión bibliográfica nos ayuda a identificar a la nutrición, la humedad (falta de higiene de la piel) y las limitaciones de movilidad como los factores predisponentes más importantes de padecer UPP, obvio es, que los cuidados han de centrarse en el control de ellos como eje fundamental de la prevención.

1. Alteración de la nutrición

El objetivo de la valoración y manejo nutricional es asegurar que la dieta del individuo con riesgo de padecer úlceras por presión, o el que ya las tenga, contenga los alimentos necesarios para protegerle de padecer UPP o ayudar a su curación. En general le facilitaremos una dieta hiperproteica e hipercalórica, salvo contraindicaciones.

Aporte hídrico de 30 cc/kg de peso/día.

Calorías 30 - 35 Kcal/kg de peso/día.

Proteínas 1 - 1.50 gr/kg de peso/día.

La malnutrición es, en general, un factor primario en la disminución de la tolerancia de los tejidos a la presión, favoreciendo el proceso de formación y desarrollo de úlceras, pero no cabe ninguna duda que un exceso de peso, todos lo identificamos como un grave riesgo de aparición de UPP. En cuanto al proceso de cicatrización, es sabido que el déficit proteico interfiere en la neovascularización, síntesis de colágeno y reconstrucción de la herida. A nivel del sistema inmunitario, el déficit proteico disminuye la respuesta de los anticuerpos, la función inmune y la fagocitosis, en resumen la respuesta y la resistencia ante la infección se ven disminuidas.

Por tanto una buena valoración del estado nutricional de nuestros pacientes se hace imprescindible.

Una forma rápida y sencilla de hacernos una primera idea del estado nutricional del paciente sería calcular su Índice de Masa Corporal (IMC).

El IMC relaciona peso y talla del paciente y nos aproxima a la adecuación del peso corporal respecto de la altura del individuo:

**$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2$
(metros)**

Tabla 8.
Clasificación
según el IMC

Valoración	IMC
Desnutrición grave	< 16
Desnutrición moderada	16 - 16,9
Desnutrición leve	17 - 18,4
Normopeso	18,5 - 24,9
Sobrepeso (Obesidad grado I)	25 - 29,9
Obesidad grado II	30 - 34,9
Obesidad grado III	35 - 39,9
Obesidad grado IV	> 40

Dada la gran importancia que reviste para el paciente y la evolución de sus patologías, el estado nutricional del mismo, algunos autores recomiendan sistematizar el control nutricional de nuestros pacientes.

Dada la dificultad que conlleva el realizar una valoración exhaustiva del estado nutricional, se han desarrollado varios sistemas de cribado para detectar estados de malnutrición, entre ellos destacaremos por su eficacia, sencillez y por tratarse de un producto totalmente nacional, el filtro CONUT, ideado por el Dr. José Luís Ulibarri.

CONUT aprovecha las ventajas de los sistemas informáticos hospitalarios y controla los niveles de albúmina, colesterol y linfocitos de todas las analíticas realizados y devuelve impreso entre los resultados un índice de riesgo de estar desnutrido (Tabla 9).

Valores CONUT				
	Normal	Leve	Moderado	Grave
Albúmina g/dl	≥ 3.50 (0)	3 – 3.49 (2)	2.50 – 2.99 (4)	< 2.50 (6)
Colesterol mg/dl	≥ 180 (0)	140 – 179 (1)	100 – 139 (2)	< 100 (3)
Linfocitos Cel/ml	≥ 1600 (0)	1200 – 1599 (1)	800 – 1199 (2)	< 800 (3)
	Sin DN 0 – 1	DN Leve 2 – 4	DN Mode- rada 5 – 8	DN Severa 9 - 12

Tabla 9.

Cualquiera de los dos sistemas descritos es adecuado para llevar a término una valoración rápida y fiable del estado nutricional de nuestros pacientes y actuar en consecuencia.

Alteración nutricional por exceso

• **Objetivos del paciente.**

- Identificar las conductas inapropiadas relacionadas con la sobrealimentación.
- Demostrar cambios en los patrones de alimentación en cuanto a calidad y cantidad de los alimentos que ingiere.
- Mantener una dieta individual óptima y un programa de ejercicios que garanticen un peso corporal adecuado.

• **Actuaciones de Enfermería:**

- Valorar los conocimientos de las necesidades dietéticas con el paciente y/o cuidador.

- Informar al paciente y/o cuidador que la dieta que tiene está adaptada a sus necesidades y no precisa ningún otro aporte.
- Control periódico de peso.
- Valorar diariamente número de tomas, frecuencia, cantidad y calidad de los alimentos.
- Revisar actividad diaria y programación de ejercicios.
- Enseñar al paciente o cuidador:
 - • Las cualidades nutritivas y energéticas de los distintos alimentos, equivalencias y sustituciones.
 - • Importancia de consumir las cantidades de nutrientes adecuadas a sus necesidades.

Alteración nutricional por defecto

• Objetivos del paciente.

- a) Mantener un estado nutritivo óptimo.
- b) Aumentar el peso corporal.
- c) Identificar los factores causantes de su déficit nutricional.
- d) Adecuar la ingesta a las necesidades nutritivas y calóricas.

• Actuaciones de Enfermería:

- Valoración inicial del estado nutricional del paciente. Si en el apartado de nutrición de la EVRUPP de Braden presenta una puntuación de 2 o menos, se debe valorar la dieta a seguir, según necesidades calóricas y proteicas.
- Identificar las causas o factores que dificultan o impiden el aporte de nutrientes en cantidad y/o calidad suficiente (dificultad de acceso a los alimentos, masticar, deglutir...)
- Explicar la necesidad de aumentar el consumo de nutrientes e ingesta de líquidos.
- Establecer una dieta que cubra el aporte proteico e hídrico adecuado a las necesidades alimenticias del paciente, respetando en lo posible sus gustos (Evidencia Moderada).
- Mantener al paciente en una posición cómoda durante las comidas, garantizando un ambiente agradable y relajado.
- Ofrecer frecuentes comidas de poca cantidad (seis /día) y con variación de alimentos.
- Limitar los líquidos en las comidas y una hora antes y después de ellas.
- Disponer de los alimentos que tengan mayor contenido calórico y proteico en el momento que el paciente tenga más ganas de comer.
- Evitar que los procesos dolorosos (curas, canalización vía periférica...) se realicen antes de las comidas.

- Evitar olores y visiones desagradables que puedan tener un efecto negativo sobre el apetito.
- Realizar una buena higiene y cuidado bucal antes y después de las comidas, así como cuando sea necesario (vómitos).
- Planificar reposo antes y después de las comidas, evitando tumbar al paciente para no favorecer vómitos.
- Presentar la comida con buen aspecto y si no está contraindicado usar especias para mejorar su sabor.
- Enseñar al paciente y/o cuidador:
 - • Cualidades nutritivas y energéticas de los distintos alimentos, así como sus equivalencias y sustituciones.
 - • Importancia de consumir las cantidades de nutrientes adecuadas a sus necesidades.
 - • Procedimientos que faciliten la ingesta, digestión y absorción de los alimentos.
 - • Forma de cocinar y presentar los alimentos para que resulten apetitosos.
 - • En caso necesario uso de dispositivos que faciliten el autocuidado.
- Tenga presente las posibilidades de la **nutrición artificial** (Figura 2).

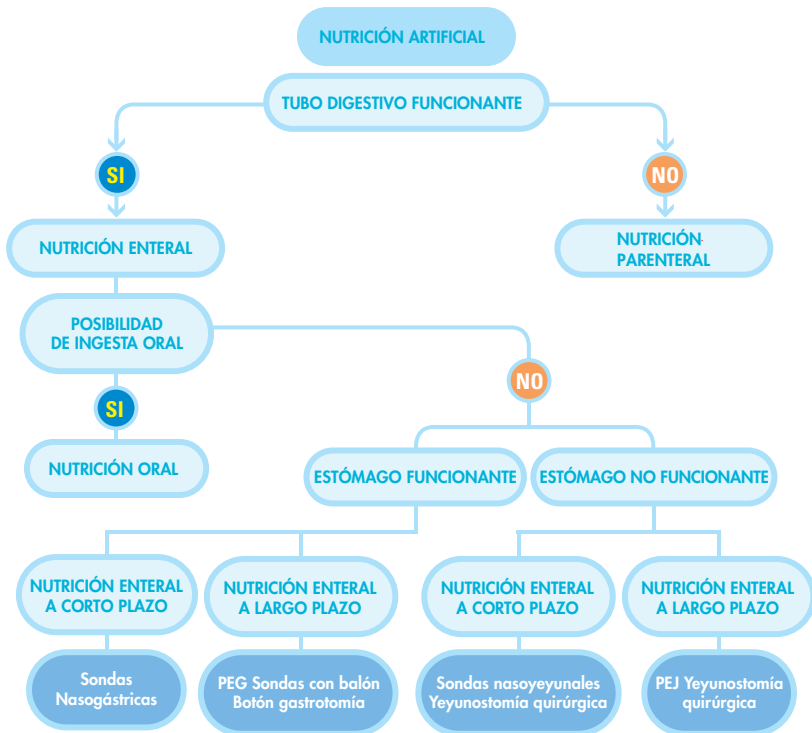


Figura 2. Algoritmo en el manejo de la nutrición artificial.

2. Cuidado e higiene de la piel

• **Objetivos del paciente.**

- a) El paciente mostrará una piel intacta.
- b) El paciente y/o cuidador identificarán los factores que contribuyen a la aparición de las úlceras.
- c) El paciente y/o cuidador identificarán la forma de prevenir o paliar estos factores.
- d) El paciente y/o cuidador identificarán los signos y síntomas que preceden a la aparición de las lesiones.

• **Actuaciones de Enfermería:**

- a) Actuaciones para disminuir la presión.
 - i. Instaurar medidas, ayudas mecánicas o personales para disminuir la presión: colchón de presión alternante, almohadillado especial de la cama, protecciones de codos, talones, etc.
 - ii. Realizar cambios posturales frecuentes. Si es posible enseñar al paciente y/o cuidador los modos de cambiar la posición en la cama. Aprovechar los cambios posturales, en pacientes con problemas de incontinencia, para invitarle a miccionar o defecar.
 - iii. Valorar los puntos de presión en cada cambio postural (Evidencia muy Baja). En pieles oscuras los eritemas se pueden presentar en tonos rojos, azules o morados, por tanto la valoración también podremos realizarla por palpación del calor corporal presente en la zona.
- b) Higiene y cuidados de la piel.

• **Cuidados generales:**

1. Lavado de la piel con agua templada y jabón neutro o poco irritativo (Evidencia Moderada), secado exhaustivo sin fricción.
2. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en zonas de riesgo (Evidencia Alta), con masaje ligero y de forma circular. No dar masaje en zonas de prominencias óseas previamente enrojecidas (Evidencia Moderada).
3. Aplicar crema hidratante en pieles secas. Evitar utilizar alcoholes (Evidencia muy Baja).
4. Mantener la ropa que está en contacto con la piel limpia y sin arrugas (cama, sillón).

• **Cuidado de la piel en pacientes portadores de sonda nasogástrica (S.N.G.):**

1. Cambiar a diario el sistema de sujeción de la sonda.
2. Lavar el interior de la fosa nasal y la zona externa con suero fisiológico

3. Movilizar con una ligera rotación la sonda.
4. Fijar la sonda una vez esté la piel limpia y seca.

• **Cuidado de la piel en pacientes portadores de sonda vesical:**

1. Limpieza diaria y cada vez que precise, de genitales externos con agua tibia y jabón neutro.
2. Secado exhaustivo.
3. Aplicación de antiséptico en zona externa del contacto de sonda y uretra.
4. Alternar la sujeción de la sonda con esparadrapo en una u otra pierna, manteniendo la sonda siempre por debajo del nivel de la vejiga.

• **Cuidado de la piel en pacientes con oxigenoterapia continua:**

1. Protección con gasa o algodón de la zona del pabellón auditivo donde reposa la goma de la mascarilla o gafas nasales. Aplicar pomada o crema o AGHO si es preciso.
2. Limpieza diaria de boca y fosas nasales.
3. Mantener constantemente humidificado el oxígeno.

• **Cuidado de la piel en pacientes intubados y traqueostomizados:**

1. Limpieza diaria de la cavidad bucal y de la zona externa donde se fija el tubo o cánula de traqueotomía.
2. Cambiar diariamente la fijación del tubo.

• **Cuidados de la piel en pacientes con catéteres de larga duración:**

1. Cambio de apósito cada 48h, con vigilancia por turno.
2. Limpieza y desinfección de zona de inserción.

• **Cuidado de la piel con pacientes incontinentes:**

1. Proteger la piel, en la medida de lo posible, del contacto con heces y orina ya que aumentan considerablemente el riesgo de aparición de UPP (Evidencia Moderada).
2. Después de cada episodio de incontinencia limpiar bien la piel, según procedimiento de cuidados generales de la piel.
3. Cambio frecuente de pañal, vigilar e invitar a miccionar o defecar, en cada cambio postural y cada vez que sea preciso, mínimo una vez por turno.
4. Limpieza exhaustiva de genitales.
5. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en pliegues enrojecidos y en dermatitis del pañal manteniendo la compresa de gasa entre los pliegues. También se puede utilizar productos barrera si se dispone de ellos.

3. Deterioro de la movilidad física

• **Objetivos del paciente:**

- a) El paciente mantendrá una óptima capacidad de movilización.
- b) El paciente demostrará habilidades en la realización de actividades que mejoran sus limitaciones físicas.
- c) El paciente y/o cuidador colaborarán en el plan de cuidados establecido.

• **Actuaciones de Enfermería:**

-Fomentar mayor nivel de movilidad:

1. Proporcionar dispositivos como trapecio, barandilla en el lateral de la cama, andador, muleta, etc.
2. Levantar de la cama para deambular o levantar al sillón al menos dos veces al día (si la situación del paciente lo permite).

-Fomentar la movilización en pacientes encamados:

1. Cambios posturales según plan de cuidados: por turno, cada 4 horas, (Evidencia Moderada). Su frecuencia dependerá de la superficie sobre la que reposa el paciente.
2. Realizar movilizaciones pasivas.
3. Colocar al paciente en un ángulo no superior a 30° y el mínimo tiempo posible (Evidencia Baja). No usará posición de Fowler alta.
4. Mantener al paciente en posición funcional: cuerpo alineado y extremidades apoyadas para prevenir deformidades. Utilizar las posiciones terapéuticas adjuntas.

-Enseñar al paciente y/o cuidador:

1. Necesidad de los cambios posturales y la forma de llevarlos a cabo.
2. Ejercicios de fortalecimiento muscular y mejora de capacidad funcional.
3. Uso correcto de material de ayuda a la movilización (trapecio, andadores...).

Posiciones terapéuticas

La revisión bibliográfica nos ayuda a identificar a la nutrición, la humedad (falta de higiene de la piel) y las limitaciones de movilidad como los factores predisponentes más importantes de padecer UPP, obvio es, que los cuidados han de centrarse en el control de ellos como eje fundamental de la prevención.

• **Decúbito supino:**

Colocar almohadas:

- Debajo de la cabeza.

- Debajo de la cintura.
- Debajo de los muslos.
- Debajo de las piernas.
- Apoyando la planta del pie.

Precaución: Deben quedar libres de presión: talones, glúteos, zona sacro-coccígea, escápulas y codos.

- Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Los pies y las manos deben conservar su posición funcional.
- Evitar rotación del trocánter.

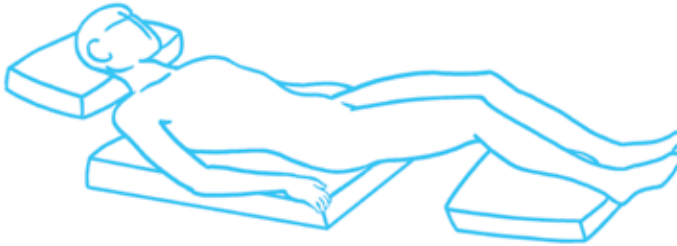


Figura 3. Posición en decúbito supino.

• Decúbito lateral: (si la situación del paciente lo permite)

Colocar almohadas:

- En la espalda para evitar el desplazamiento del cuerpo.
- Entre las rodillas para evitar la fricción.
- Bajo el brazo contrario al de la posición, manteniendo éste en ángulo recto.

Precauciones:

- .. La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 30-45°.
- .. Las piernas quedarán en ligera flexión.
- .. Pies y manos en posición funcional.
- .. No sobrepasar los 30° de inclinación y evitar apoyar todo el peso en los trocánteres (Evidencia Baja).



Figura 4. Posición en decúbito lateral.

• **Decúbito prono (si la situación del paciente lo permite)**

Colocar almohadas:

- Debajo de la cabeza.
- Debajo de los muslos.
- Debajo del abdomen.
- Debajo de las piernas.
- Debajo de los brazos (opcional).

Precauciones:

- .. Deben de quedar libres de presión: cresta iliaca, rodillas y primer dedo pies.
- .. El tórax debe de quedar libre para respirar con comodidad.
- .. Esta postura está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas y con respiración asistida.

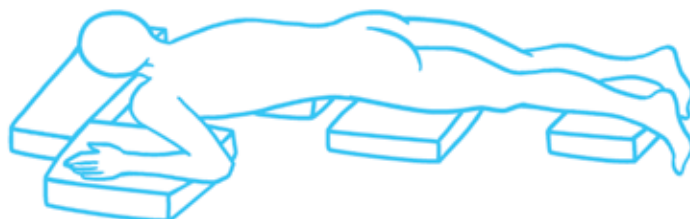


Figura 5. Posición en decúbito prono.

• **SEDESTACIÓN: (Si la situación del paciente lo permite).**

Colocar almohadas:

- En regiones cervical, lumbar y bajo las piernas para evitar la fricción por desplazamiento.

Precauciones:

- .. Sillón adecuado, un poco reclinado.
- .. Mantener los pies en ángulo recto evitando el pie equino.



Figura 6. Posición sentada.

Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP)

Las SEMP son aquellas superficies sobre las que descansan los pacientes, en decúbito o sedestación, que reducen o alivian la presión.

Todas las personas de riesgo deben de beneficiarse de este tipo de superficies de reducción de la presión (Evidencia Alta).

Las utilizaremos tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP.

El uso de SEMP no elimina la necesidad de realizar cambios posturales a nuestros pacientes (Evidencia Moderada). Tan solo modifica la frecuencia de los mismos.

Las SEMP se clasifican:

1. Por tipo de dispositivo en: colchonetas o sobrecolchón, colchones, cojines y camas especiales.
2. Por su sistema de funcionamiento: estáticas y dinámicas.

Se debe usar una superficie de apoyo adecuada al riesgo detectado y a la situación clínica del paciente.

- **Paciente de riesgo bajo:** Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-cojines de agua, colchonetas-colchones-cojines de fibra, colchones de espuma especiales,...).
- **Pacientes de riesgo moderado:** Preferentemente superficies dinámicas (colchoneta de aire alternante,...) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos,...).
- **Pacientes de riesgo alto:** Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas, superficies de suspensión, camas rotatorias, etc.).

Manejo local de la presión

- Utilizar apósitos de espuma de poliuretano en las prominencias óseas para evitar la aparición de UPP.
- Los **codos y talones**, de pacientes con dificultades en su movilización, se beneficiarán de protecciones sistemáticas de espumas de poliuretano (Evidencia Alta).
- Las **protecciones**, en general, habrán de ser **retiradas diariamente** para valorar el estado de la piel (Evidencia Alta).
- No utilice dispositivos tipo donuts: rodetes, flotadores, etc. como superficies de asiento (Evidencia Moderada).

4. Registro actividad realizada

El plan de cuidados de prevención debe ir detallado en las hojas de registro que para ello se han elaborado y que podrá localizar en esta guía.

Los registros permiten monitorizar y evaluar los cuidados, mejorando la calidad asistencial; y al mismo tiempo suponen un instrumento legal de actuación para los profesionales e instituciones sanitarias.

5. Fomentar la educación de los cuidados en el paciente

Desarrollar un programa de educación:

- Que sea organizado, estructurado y fácil de aplicar.
 - Dirigido a todos los niveles (paciente, familiares, cuidadores).
 - Pueda comprobarse su eficacia mediante mecanismos de evaluación.
- Implicar a todos los miembros del equipo asistencial en la planificación, ejecución y seguimiento del plan de cuidados.
- Valorar la capacidad del paciente y/o cuidador para participar en el plan de cuidados de prevención.

6. Continuidad de cuidados

El objetivo es garantizar los cuidados de prevención en posibles traslados del paciente entre distintos ámbitos asistenciales.

- Es muy importante **cumplimentar un “Informe de enfermería al alta”**, donde plasmar los cuidados necesarios cuando remitimos a los pacientes a su Centro de Salud, UHD (Unidad de Hospitalización a Domicilio), otro hospital o a su domicilio.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Valoración inicial

- **Valorar las U.P.P.** en cuanto a los parámetros contemplados en la Gráfica de UPP. Aquellos parámetros o características no contempladas en esta y que se quieran reflejar se puede hacer en la documentación habitual del paciente (Hoja de Observaciones de Enfermería).
- Valorar la presencia de **factores de riesgo**: inmovilidad, incontinenencia, presión, nutrición, edad avanzada, patologías graves, tóxicos, tratamientos farmacológicos. Hemos de corregir cualquier factor de riesgo si queremos que nuestro tratamiento sea eficaz y no aparezcan nuevas lesiones.

Un tratamiento eficaz pasará siempre por: buen estado nutricional, control e higiene de la piel, control de la presión y movilidad y mejorar el estado general del paciente.

- **Revalorar las U.P.P. al menos semanalmente.** Si la situación del paciente o de la herida se deteriora, reevaluaremos el tratamiento tan pronto como sea posible (Evidencia Baja).
- Una U.P.P. limpia debe mostrar signos de curación en 2–4 semanas. Si no puede demostrarse ningún signo de curación habrá que reevaluar el plan de tratamiento.
- Los **signos de deterioro** son: aumento del exudado, edema, pérdida de tejido de granulación, descarga purulenta, signos evidentes de infección.
- **Identificar las complicaciones potenciales** asociadas a las U.P.P. como pueden ser endocarditis, artritis séptica, osteomielitis, bacteriemia o celulitis progresiva.
- **Valorar el entorno de cuidado**: reunir información del entorno familiar, recursos, posibilidades, motivación, conocimientos, quien es el cuidador principal.
- En pacientes terminales, el objetivo será mantener el confort y bienestar del paciente.

Manejo del dolor

- **Valorar a todos los pacientes** en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P. o con su tratamiento.
- Manejaremos el dolor **eliminando o controlando su fuente de origen**: cubriendo heridas, ajustando las superficies de apoyo, recolocando al paciente.
- Si se considera necesario y adecuado se proporcionará **analgesia** (Evidencia Moderada). Las curas se intentará que sean lo menos dolorosas posible para el paciente. Nuestros pacientes no han de experimentar dolor.

Manejo de la presión

- Debemos evitar colocar a los pacientes sobre las propias U.P.P.
- Los **dispositivos estáticos** serán útiles si el **paciente puede asumir varias posiciones** sin sostener su peso sobre una úlcera por presión. Actúan aumentando el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar. Entre los materiales utilizados se encuentran espumas de poliuretano especiales, fibras siliconadas, silicona en gel, viscoelásticas, etc.

- Usaremos **dispositivos dinámicos si el paciente no puede asumir varias posiciones** sin sostener su peso sobre una U.P.P. Permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo.
- Hay que considerar la alineación postural, la redistribución del peso, el equilibrio, la estabilidad y el alivio de la presión cuando coloquemos a los pacientes sentados.
- Recolocar al paciente sentado, de manera que los puntos bajo presión cambien al menos cada hora.
- Cuando el exceso de humedad sobre la piel es fuente potencial de maceración y lesiones cutáneas, se evitará usar dispositivos que impidan la libre circulación de aire a través de la piel.

Cuidado de la úlcera

Para realizar la cura de una U.P.P. hay que seguir unas **pautas básicas**:

- Elegir la **posición más adecuada** para el paciente.
- Realizar la cura en condiciones de **asepsia**.
- **Retirar** el apósito (si lo tuviera) mediante una **técnica no agresiva**.
- **Valorar la piel perilesional** y proteger si procede.
- Utilización de cremas protectoras como vaselina, óxido de zinc, etc. y de ácidos grasos hiperoxigenados.
- Valorar la lesión y elegir el tratamiento adecuado.

El cuidado local de la úlcera en estadio I, se basa en: alivio de la presión, AGHO (Mepentol®, Corpitol®) y un apósito hidrocoloide extrafino.

En úlceras en estadios II, III y IV el plan se basa en: Desbridamiento, limpieza, abordaje de la infección y elección de un apósito que facilite un ambiente cálido y húmedo.

• **Limpieza:**

Material

- Guantes, compresas y gasas estériles.
- Solución salina fisiológica, agua destilada o agua potable del grifo (Evidencia Alta).
- Equipo de curas con pinza de disección dentada y pinza de Kocher.

Procedimiento

- Limpiar las U.P.P. inicialmente y en cada cambio de apósito.
- No utilizar limpiadores cutáneos o antisépticos para limpiar, de forma rutinaria, el lecho de la herida (Evidencia Moderada).
- **Limpieza** de arrastre de la U.P.P. con **suero fisiológico**.
- Utilizar la mínima fuerza mecánica y la suficiente presión de lavado para mejorar la limpieza del lecho de la U.P.P (Evidencia Moderada).
- Considerar el lavado en espiral para U.P.P. que contengan grandes exudados, esfacelos o tejido necrótico.

• **Desbridamiento**

Material específico

- Guantes, compresas y gasas estériles.
- Solución salina fisiológica.
- Equipo de curas con pinza de disección dentada, pinza de Kocher, mango

de bisturí, hoja de bisturí y tijeras.

- Anestésico (Gel de lidocaína 2 %, EMLA).
- Desbridante autolítico: hidrogel.
- Desbridante enzimático: colagenasa.
- Apósitos basados en el principio de la cura húmeda.
- Vendas.

Tipos y procedimientos

En caso de que exista tejido desvitalizado en las U.P.P. es necesario desbridar, siempre que sea adecuado a la situación del paciente y coherente con los objetivos del mismo. Serán criterios clínicos los que indicarán el tipo de desbridamiento a utilizar, no hay evidencias que demuestren una mayor eficacia de un sistema a otro (Evidencia Baja).

Podemos hablar de tres tipos de desbridamiento:

1. Autolítico: mediante la utilización de cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles y apósitos hidrorreguladores).

Es un método de elección cuando no pueden ser utilizadas otras fórmulas y efectivo en combinación con desbridamiento cortante y enzimático. Es el método **más selectivo, atraumático y no doloroso**. Generalmente es bien aceptado por la persona. No requiere habilidades clínicas especiales.

Presenta **una acción más lenta** en el tiempo. Su uso inadecuado puede provocar maceración de la piel perilesional.

2. Enzimático: mediante la aplicación de productos enzimáticos del tipo de la colagenasa. Si existe placa necrótica seca realizar cortes con bisturí para facilitar la actuación de los hidrogeles y/o colagenasa.

Es un **método selectivo** y combinable con otros métodos. Se suele recomendar **facilitar la humedad en la zona a desbridar** para aumentar su eficacia.

Su acción se puede ver interferida por jabones, metales pesados y algún antiséptico (povidona yodada).

3. Cortante: recortar por planos y en diferentes sesiones empezando por el área central. Es **aconsejable la aplicación de algún antiálgico tópico** (gel de lidocaína al 2%, EMLA). En caso de sangrado aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos durante las 8 a 24 horas siguientes al desbridamiento, posteriormente cambiarlos por apósitos húmedos. Hay que tener **especial precaución con las personas que estén recibiendo tratamiento anticoagulante o con coagulopatías**. Es llevado a cabo normalmente por la enfermera a pie de cama retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado de forma selectiva.

El GNEAUPP distingue el desbridamiento cortante del **quirúrgico**, definiendo este último como: "La retirada completa del tejido necrótico y desvitalizado. Normalmente son resecciones amplias que implican la retirada de tejido necrótico y parte del tejido sano, pudiendo provocar sangrado. Generalmente se realiza en una sola sesión por un cirujano, en quirófano o sala quirúrgica bajo alguna técnica anestésica o de sedación."

Realizar la técnica con **instrumental estéril** con las máximas medidas de **asepsia** y se recomienda **aplicar antiséptico antes y después** de la realización de la técnica.

Las úlceras de talón con escaras secas, no precisan ser desbridadas con este tipo de desbridamiento si no tienen edema periucleral, eritema, fluctuación o drenaje (Evidencia muy Baja).

4. Mecánico: Son técnicas no selectivas, en la mayoría de los casos lesivas y dolorosas. La mayoría están en desuso. Son económicas y fáciles de realizar. Las más comunes son:

- **Abrasión mecánica.** Realizada con gasas estériles al friccionar o frotar la herida causando el desprendimiento del tejido.
- **Gasas húmedas-secas.** Se trata de la aplicación de gasas húmedas sobre la zona necrótica de la herida dejándolas 6 -8 horas hasta que se sequen y se adhieran al tejido, para retirarlas posteriormente por arrancamiento.

Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

Si no existe una necesidad clínica urgente de drenaje o extirpación del tejido desvitalizado utilizaremos técnicas de desbridamiento mecánico, autolítico o enzimático. En caso de que exista esta necesidad, como por celulitis progresiva o sepsis, utilizaremos técnicas de desbridamiento cortante.

• **Colonización e infección bacteriana**

Una limpieza y desbridamiento eficaz va a minimizar la colonización de las U.P.P. y mejorar la curación (Evidencia Alta).

- No usar cultivos con torundas para diagnosticar infección en la úlcera, ya que todas las U.P.P. están colonizadas.
- En la actualidad la determinación de si una úlcera está infectada o no se realiza principalmente por **criterios clínicos**. Además de los criterios clásicos:
 - **Eritema.**
 - **Edema.**
 - **Calor.**
 - **Exudado purulento o seroso**, si hay inflamación.
 - **Dolor** en aumento en la zona.
 - **Olor.**
- En **U.P.P. limpias que no se curan** o que continúan produciendo exudado, **después de 2 – 4 semanas** de un cuidado óptimo del paciente, consideraremos el inicio de un tratamiento antibiótico (Evidencia Alta) local durante 2 semanas. El antibiótico será eficaz contra Gram +, Gram – y anaerobios (productos con plata Sulfadiacina Argéntica, apósitos con plata).
- Cuando la U.P.P. no responda al tratamiento local, realizaremos cultivos bacterianos (Evidencia Muy baja) de tejidos blandos para descartar osteomielitis.
- No usar antibióticos locales para reducir el nivel de bacterias en la U.P.P.
- Solo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos ante la presencia de una infección diseminada (Evidencia Alta). Bajo ningún concepto están indicados como profilaxis de futuras infecciones (Evidencia Alta).
- **Proteger** las U.P.P. **de fuentes exógenas** de contaminación: heces, orina... (Evidencia muy Baja).
- Ante la presencia de **signos de infección local deberá intensificarse la**

limpieza y el desbridamiento, realizando curas cada 12/24 horas. No se realizará nunca una cura oclusiva.

- Seguir las **precauciones universales** en el manejo de la U.P.P. y del material contaminado. Utilizar el protocolo de residuos del hospital.

- Usar **técnica estéril e instrumentos estériles** para desbridar las U.P.P. Cuando un paciente tenga varias úlceras trataremos la más contaminada en último lugar (Evidencia Muy Baja).

• Cultivo

Las principales técnicas para la obtención de muestras para cultivo son:

1) Aspiración percutánea:

- Desinfectar la piel perilesional.
- Realizar la punción a través de la piel íntegra del borde periulceral seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.
- Realizar una punción–aspiración con jeringa y aguja, manteniendo una inclinación aproximada de 45° y aproximándose al nivel de la pared de la lesión.
- En procesos no supurados preparar una jeringa con 0,5 ml de suero fisiológico.
- Introducir el contenido en un medio para el transporte de gérmenes aerobios y anaerobios.

2) Frotis de la lesión mediante hisopo:

- No deberán usarse para el cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida porque pueden detectar solo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico.
- Las muestras así recogidas deben obtenerse sólo cuando no sea posible realizar la anterior técnica.
- Aclarar la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra.
- Rechazar el pus para el cultivo.
- Recorrer con un hisopo estéril los bordes de la herida.

3) Biopsia tisular:

- Es un procedimiento de elección y alta efectividad diagnóstica, pero generalmente restringido.
- Se tomarán muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signos de infección. Las muestras líquidas se obtendrán por aspiración con jeringa y aguja.
- Efectuar la toma en el sitio exacto de la lesión con las máximas condiciones de asepsia que eviten la contaminación de microbios exógenos.

Material específico

- Jeringa y agujas.
- Gasas y guantes estériles.
- Antiséptico local.
- Vial de transporte de muestra anaerobia.
- Hisopo con vial de transporte.

• **Algoritmo en el manejo de la carga bacteriana**

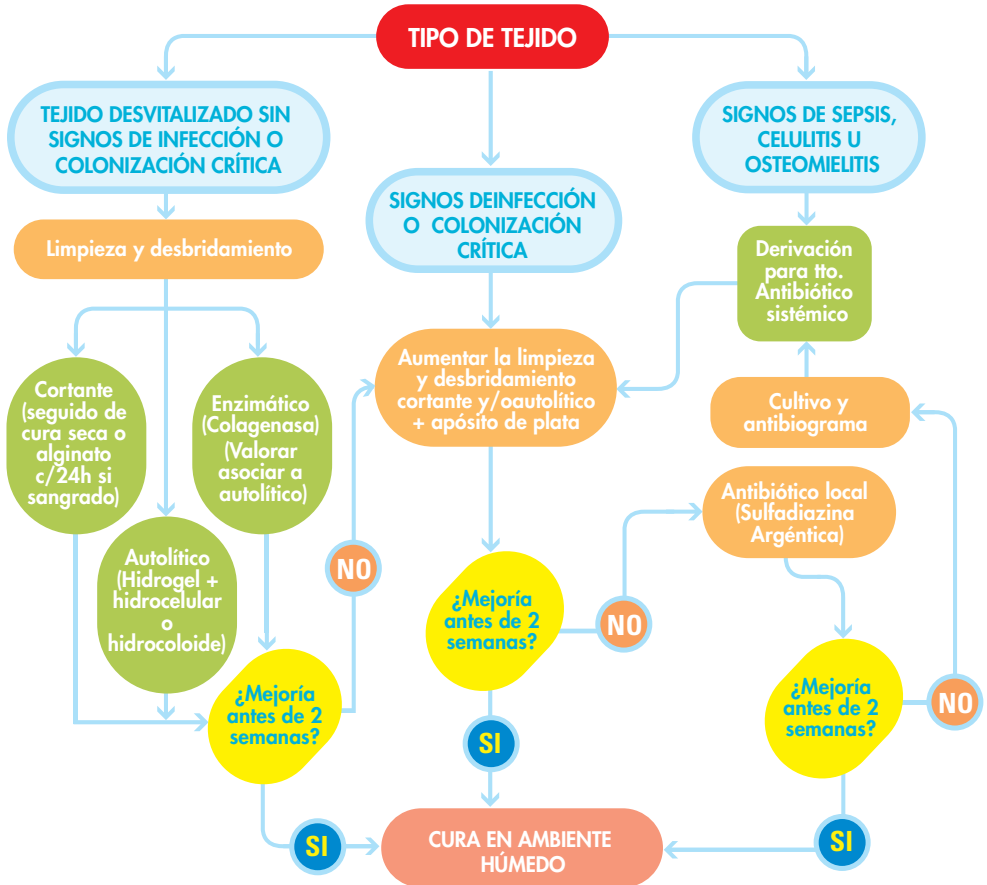


Figura 7. Extraído de "Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión". Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

• **Apósitos**

- Escoger apósitos que **controlen el exudado**, pero que **no dessequen** el lecho de la U.P.P.
- Usar apósitos que mantengan la U.P.P. continuamente **húmeda**. Deben usarse apósitos húmedos-secos únicamente en el desbridamiento.
- Eliminar los espacios muertos de la úlcera, rellenando parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) todas las cavidades y tunelizaciones con el material adecuado, evitando sobrecargar la úlcera.
- Controlar los apósitos aplicados cerca de la zona anal, ya que es difícil mantenerlos intactos. Podemos utilizar esparadrapo transpirable para fijar el borde del apósito.
- El apósito deberá sobrepasar en 2,5 – 4 cm el borde de la herida.
- Considerar el **tiempo del cuidador** cuando se seleccione el apósito.
- El cambio de apósito se realizará según pauta, salvo que se arrugue o que el

exudado supere los bordes periulcerales.

- En la Tabla 10 se puede encontrar una guía sobre el uso de los tipos de apósitos en función de las características de la herida.

Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles, respetar la piel perilesional y ser de fácil aplicación y retirada. Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores.

En la tabla siguiente se indica el uso de diferentes productos según las características de las diferentes úlceras:

Indicación de productos SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LAS ÚLCERAS DE PIEL					
Características	Piel intacta. Zonas de riesgo.	Eritema cutáneo que no palidece al presionar. Afecta a epidermis.	Pérdida parcial del grosor de la piel, abrasión o flictena. Afecta a epidermis, dermis o ambas.	Pérdida total del grosor de la piel, lesión o necrosis del tejido Subcutáneo. Afecta dermis profunda e hipodermis.	Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa. Necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso y estructuras de sostén.
Protección prevención	Hidrocoloide semioclusivo (extrafino)	Hidrocoloide semioclusivo (extrafino)			
Epitelización			Hidrocoloides oclusivos, semioclusivos. Apósito de silicona.		
Granulación			Hidrocoloide oclusivo, semioclusivo. Hidrogel, apósito de silicona. Polvo de colágeno.	Hidrocoloide oclusivo, semioclusivo. Hidrogel. Apósito de poliuretano Polvo de colágeno.	Hidrogel. Alginato cálcico. Polvo de colágeno.
Necrosis seca				Colagenasa. Hidrogel.	Colagenasa. Hidrogel.
Necrosis húmeda				Colagenasa. Hidrogel. Alginato cálcico. Apósito de poliuretano	Colagenasa. Hidrogel. Alginato cálcico.
Exudación ligera-moderada			Hidrocoloide oclusivo, semioclusivo. Hidrogel. Apósito de silicona.	Hidrocoloide oclusivo, semioclusivo. Hidrogel. Alginato cálcico. Apósito de poliuretano Polvo de colágeno.	Hidrogel. Alginato cálcico. Apósito de poliuretano. Polvo de colágeno.
Exudación alta			Aprósito de poliuretano Hidrofibra de hidrocoloide.	Alginato calcico. Aprósito de poliuretano Hidrofibra de hidrocoloide.	Alginato calcico. Aprósito de poliuretano Hidrofibra de hidrocoloide.
Cavitación				Alginato cálcico. Hidrofibra de hidrocoloide. Polvo de colágeno. Colagenasa. Hidrogel.	Alginato calcico. Colagenasa. Hidrogel. Hidrofibra de hidrocoloide. NO HIDROCOLOIDES

Tabla 10. Recomendación de uso de productos según las características de la herida.

Cuidados de la piel perilesional

Los puntos clave a tener en cuenta en el cuidado de la piel perilesional se pueden resumir en los siguientes:

Valoración y registro:

- Se debe **observar** la piel perilesional cada vez que se inspeccione una herida.
- Es conveniente **utilizar un sistema de medida** acorde a los recursos y a la disponibilidad.
- Al llevar a cabo el registro, se deben medir los límites de la piel perilesional alterada.
- El equipo ha de llegar a un **consenso** en cuanto al sistema de medida elegido y su variabilidad.
- Se debe conocer el tipo de piel ante el que uno se encuentra.
- Se ha de comparar el estado de la piel dañada con la zona corporal sana opuesta.
- El **apósito** debe estar **condicionado al tipo de piel**.
- Conviene comentar con el enfermo sus antecedentes con otros materiales y con otros tipos de cura.
- La piel perilesional debe mantenerse lo más **seca e íntegra** posible.
- Se ha de preguntar al enfermo, o a algún familiar, sobre sus antecedentes alérgicos, irritativos y de discomfort.
- Utilizar la mínima fuerza mecánica en la limpieza y secado de la piel perilesional (Evidencia muy Baja).

La piel perilesional en la elección del apósito y su cambio:

- Debe plantearse el **cambio** de tipo de apósito cuando **aparezca o aumente el dolor** en la perilesión.
- No es aconsejable mantener la herida expuesta a la espera de que sea examinada por otro compañero, pues el mismo aire circundante puede causar dolor.
- Siempre se ha de manejar la herida con cuidado, pues el mínimo roce produce dolor.
- La maceración casi siempre resulta dolorosa, por lo que no debe desestimarse y hay que evitar siempre su aparición.
- El borde perilesional debe mantenerse libre de restos y detritus.
- Al realizar una intervención sobre una herida crónica, no se ha de pensar que ésta va a responder como si fuera aguda.
- Hay que respetar el borde de las lesiones crónicas y ser **meticuloso** en su cuidado.
- En el equilibrio entre exudado, lecho y apósito se encuentra la clave del cuidado de la perilesión.
- Se deben ajustar los tamaños de apósito a las heridas y no al revés.
- Si un apósito no confiere comodidad a un enfermo, significa que no es el apropiado.

La piel perilesional y la infección:

- La **perilesión refleja criterios de infección** objetivos y subjetivos, a los que

debe otorgarse la importancia que requieren.

- El eritema y el dolor perilesional cambian durante la presencia y la instauración de la infección.

• **Tratamiento de la piel perilesional**

- No todo lo diseñado para la piel es efectivo ni tolerado por la perilesión de heridas y ostomías.
- En el **tratamiento** de la perilesión, es imprescindible utilizar productos que posibiliten su **visualización y su control periódico**.
- **No** se deben introducir líneas de **cosmética** en el cuidado de la perilesión, ni en el de pieles frágiles o de riesgo, pues no están indicadas ni elaboradas para este fin.
- Que un producto sea natural y de elaboración cariñosamente doméstica no implica que esté libre de sustancias irritantes ni de gérmenes patógenos.
- Los ungüentos de karaya y zinc se deben retirar con soluciones oleosas como el aceite de parafina.
- Los **protectores cutáneos no irritantes** (PCNI) son los productos diseñados más específicamente para la piel que rodea a las heridas agudas y crónicas, y a las ostomías.
- Se debe valorar la utilización periódica de PCNI ante apósitos adhesivos.
- Los PCNI no se deben aplicar si existe infección en la piel o si se sospecha que puede haberla.

Cuidados paliativos y U.P.P

El estadio terminal no justifica el abandono de medidas preventivas de aparición de UPP. Si a pesar de ellas aparecen nuevas lesiones, no se debe cuestionar la calidad de los cuidados ni culpabilizar al entorno.

Se deben plantear objetivos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación evitando técnicas agresivas:

- **Garantizar el confort:** mantener la herida limpia, mediante limpieza con suero fisiológico o agua y jabón.
- **Control del dolor.** Dar la analgesia pautada antes de cada cura.
- En caso de tejido necrótico, evitar cualquier técnica de desbridamiento, a no ser que el pronóstico del paciente y la calidad de vida lo aconsejen.
- En caso de **olor y/o infección** utilizar apósitos de carbón activado, plata y metronidazol tópico (en gel o solución parenteral).
- En caso de **sangrado:** apósitos hemostáticos o alginatos.

Otros tratamientos alternativos

La cura húmeda (a la que nos hemos estado refiriendo hasta ahora) es con creces el tratamiento más recomendado por todas las sociedades científicas en la actualidad (Evidencia Alta), pero no por ello el único tratamiento posible.

Veamos algunos de los tratamientos alternativos:

- **Tratamiento quirúrgico mediante injertos.** Alternativa recomendada ante el fracaso de la cura húmeda. Precisa de un lecho limpio y buen tejido de granulación.
- **Oxígeno hiperbárico.** Poco utilizado, aunque puede ser tratamiento de primera elección cuando la herida se infecta con gérmenes anaerobios.
- **Estimulación eléctrica.** No existen estudios suficientes, ni consenso científico sobre las características de su uso, aunque en la práctica ha dado buenos resultados.
- **Terapia con láser de baja intensidad.** Similar a la estimulación eléctrica.
- **Terapia con larvas.** Las larvas de la moscarda verde (*Lucilia Seriata*) atacan al tejido necrótico de las heridas en humanos, produciendo el desbridamiento de la misma. También reduce la tasa de infecciones.
- **Terapia térmica.** Consiste en calentar y humedecer la herida hasta alcanzar 38°, lo que produce un aumento de flujo sanguíneo en el lecho de la herida.

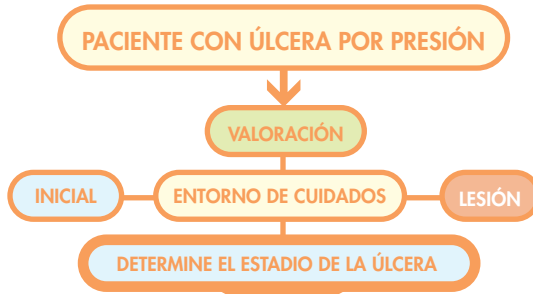
Existen otra serie de alternativas minoritarias a la cura en ambiente húmedo basadas en fitoterapia, acupuntura, electro acupuntura, hipnosis, etc.

En la actualidad estamos asistiendo al nacimiento de nuevas alternativas terapéuticas, que prometen grandes resultados. Entre ellas debemos destacar:

- **Factores de crecimiento.** Se trata de muchos y muy variados pépticos multifuncionales con una gran actividad *in vitro*. Los estudios publicados en la última década, sobre el tratamiento de heridas crónicas dejan ver un futuro esperanzador.
- **Sustitutos de la piel.** Son cultivos de piel o dermoinjertos tratados por bioingeniería y que son capaces de sustituir a la piel. Las últimas revisiones sistemáticas de los ensayos clínicos llevados a cabo, no acaban de conferirles una evidencia significativa.
- **Terapia VAC.** De gran implantación en nuestro departamento, consiste en una terapia no invasiva que utiliza presión negativa localizada y controlada sobre la herida para estimular y promover la cicatrización de heridas agudas y crónicas, en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando el tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana. Entre sus ventajas encontramos:
 - Reducción del edema local
 - Estimulación sanguínea local
 - Formación de tejido de granulación
 - Reducción del número de infecciones
 - Favorece el ambiente húmedo
 - Mejora la migración epitelial
- **Las desventajas:**
 - Dependencia de un sistema mecánico, bomba de vacío, que limita los movimientos de los pacientes, con los riesgos que ello conlleva en algunos pacientes.
 - Alto coste del tratamiento, aunque no existen estudios que valoren el coste-efectividad.

• Algoritmo de decisión en el TTO. DE LAS UPP.

Adaptado de Verdú, J. y Casanova, P.



¿EN QUÉ ESTADIO SE ENCUENTRA LA LESIÓN?

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).

1a opción de tratamiento:

- Aplicación tópica de ácidos grasos hiperoxigenados y/o apósitos de poliuretano.
- Manejo de la presión: apósitos de poliuretano y/o superficies especiales de apoyo.

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 este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS

¿SE ENCUENTRA LA ÚLCERA CUBIERTA DE TEJIDO NECRÓTICO/ESCARA NEGRA?

SI

NO

¿Hay algún signo clínico de infección?

SI

INFECCIÓN LOCAL

- Inflamación
- Eritema
- Exudado
- Dolor
- Olor

AFECTACIÓN SISTÉMICA

- Induración
- Fiebre > 37,5 C
- Eritema > 2cm
- Edema
- Aumento leucocitos

Consultar con especialista de referencia. Antibioterapia sistémica

- Incrementar la frecuencia de limpieza y desbridamiento.
- Cura en ambiente húmedo (hidrogel, alginato cálcico, apósito de poliuretano 2-4 semanas)

Descartada la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, ¿evoluciona favorablemente?

SI

NO

Apósitos con plata c/1-3 días o Sulfadiazina argéntica c/24h Máximo de 2 semanas

SI

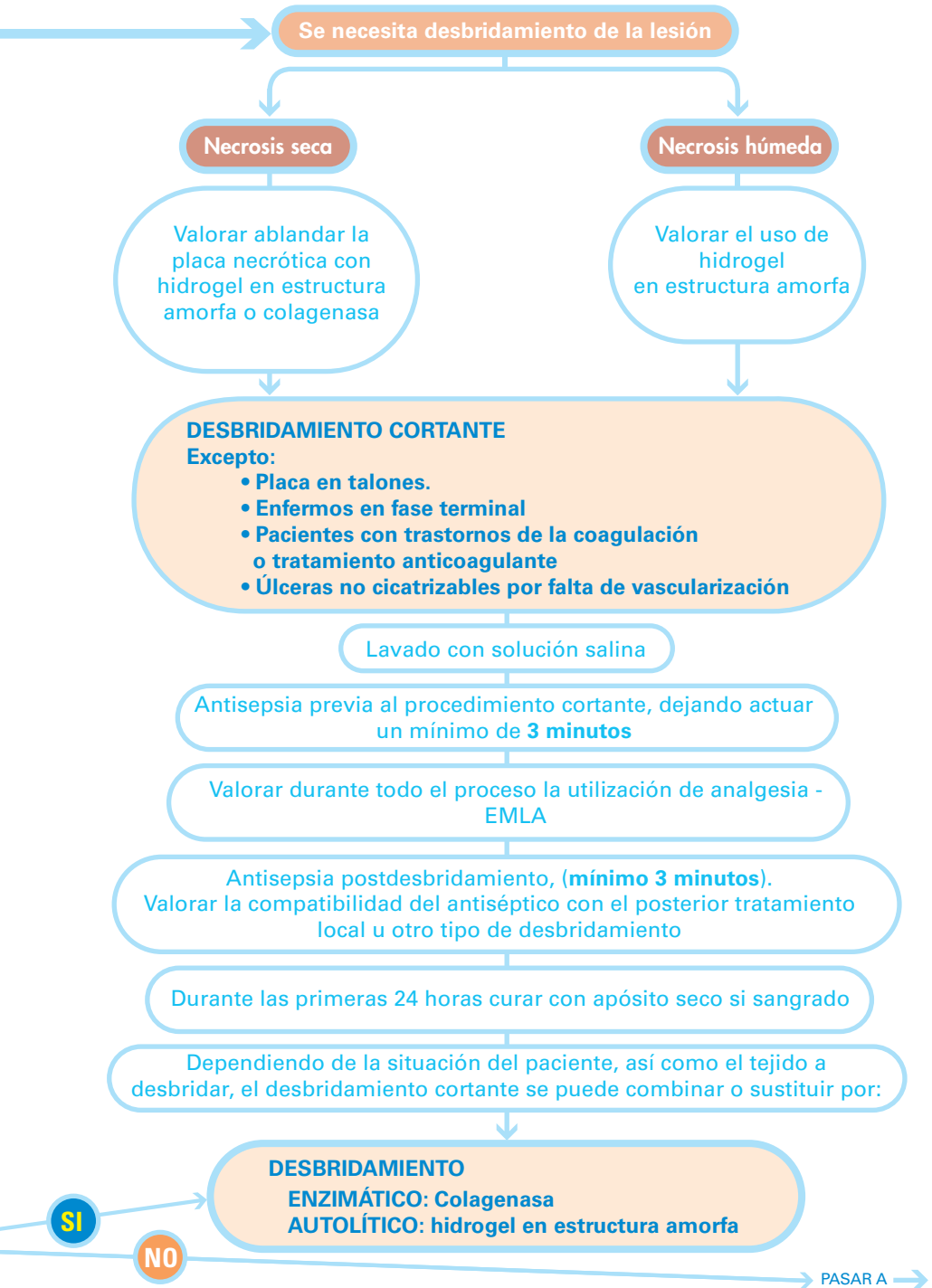
¿Evoluciona favorablemente?

NO

Realizar cultivos bacterianos cualitativos y cuantitativos

Antibiótico específico y reevaluación del paciente y la lesión

¿Hay presencia de esfacelos en el lecho de la lesión?



Se necesita desbridamiento de la lesión

Necrosis seca

Valorar ablandar la placa necrótica con hidrogel en estructura amorfa o colagenasa

Necrosis húmeda

Valorar el uso de hidrogel en estructura amorfa

DESRIDAMIENTO CORTANTE

Excepto:

- Placa en talones.
- Enfermos en fase terminal
- Pacientes con trastornos de la coagulación o tratamiento anticoagulante
- Úlceras no cicatrizables por falta de vascularización

Lavado con solución salina

Antisepsia previa al procedimiento cortante, dejando actuar un mínimo de **3 minutos**

Valorar durante todo el proceso la utilización de analgesia - EMLA

Antisepsia postdesbridamiento, (**mínimo 3 minutos**). Valorar la compatibilidad del antiséptico con el posterior tratamiento local u otro tipo de desbridamiento

Durante las primeras 24 horas curar con apósito seco si sangrado

Dependiendo de la situación del paciente, así como el tejido a desbridar, el desbridamiento cortante se puede combinar o sustituir por:

DESRIDAMIENTO

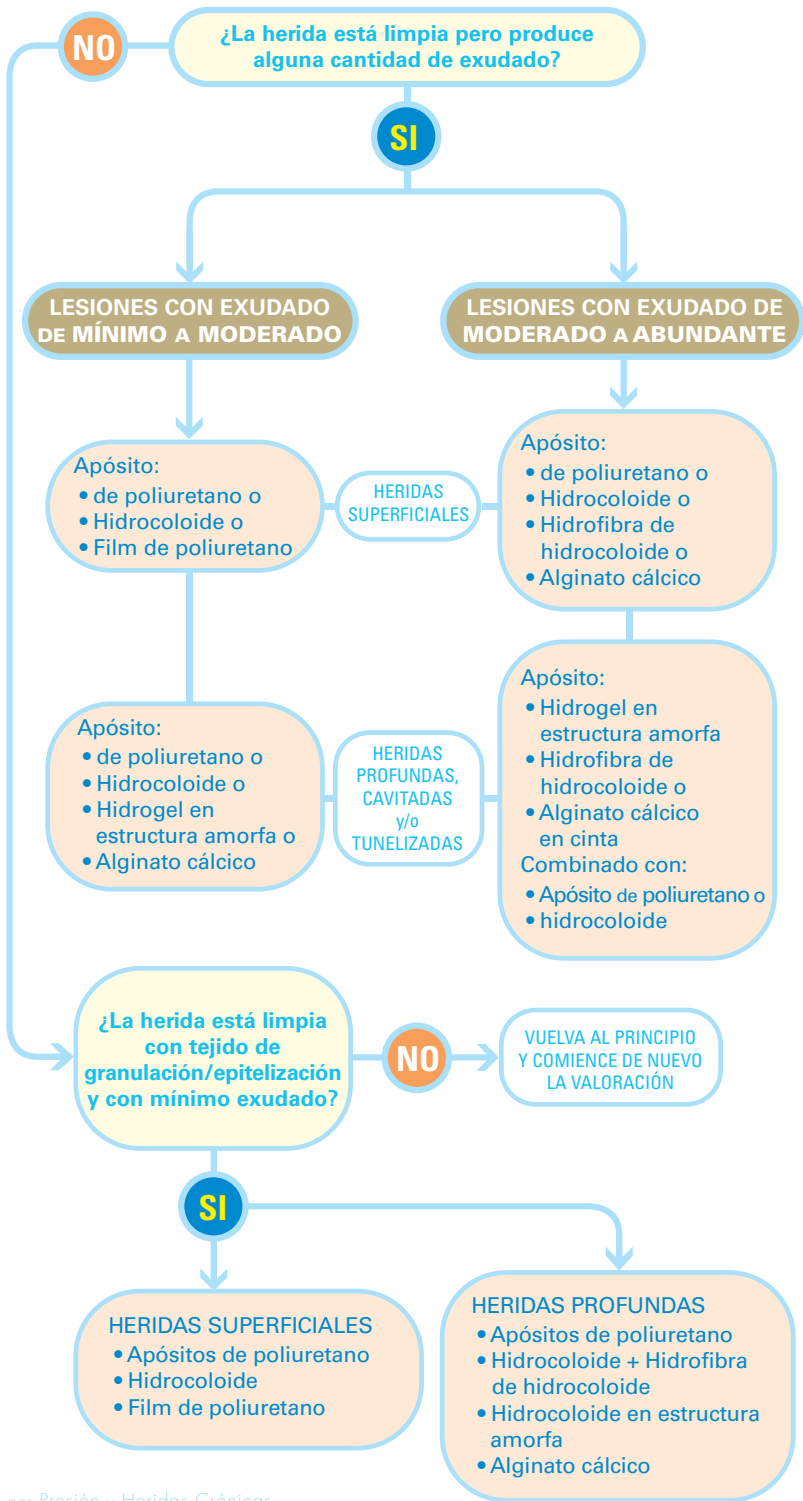
ENZIMÁTICO: Colagenasa

AUTOLÍTICO: hidrogel en estructura amorfa

SI

NO

PASAR A



ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGIA VENOSA

“La úlcera de la pierna se puede definir como una pérdida en la integridad de la piel en la región comprendida entre el pie y debajo de la rodilla, con una duración igual o mayor a seis semanas.” [Cornwall]

Tratamiento

• **Medidas higiénicas:**

- Reducción de peso en caso de obesidad. Dieta sin sal. Evitar el estreñimiento.
- Evitar periodos prolongados en bipedestación o sedestación.
- Realizar ejercicios que impliquen la flexión de los tobillos, para activar el bombeo muscular.
- Elevar los pies sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día.
- Dormir con los pies de la cama elevados unos 15 cm.
- Evitar el calor.
- Aseo diario.
- Hidratación de la piel.
- No usar ropa ajustada que pueda dificultar la circulación venosa.

• **Compresión**

La contención elástica es la llave del tratamiento de la úlcera venosa. Permite compensar los efectos de la hipertensión venosa y ayuda a la cicatrización.

- Mejora el retorno venoso y reduce el reflujo disminuyendo la presión venosa.
- Mejora la sintomatología y el edema, retardando la evolución de la enfermedad.

La compresión más eficiente la realizaremos con:

- Vendajes multicapas (combina las características de los materiales elásticos e inelásticos),
- Vendaje, módulo de elasticidad medio/alto, venda de 7/10 m x 10 cm o
- Ortesis, grado de compresión 30-40 mm Hg.

La compresión está contraindicada en:

1. Procesos con compromiso del flujo arterial (Índice Tobillo/Brazo menores de 0,6).
2. Artritis.
3. Dermatitis agua.

• **Tratamiento local**

Es fundamental el conocimiento de los diferentes apósitos y antisépticos disponibles para personalizar el tratamiento elegido. Se debe adaptar no sólo a la patología de base y a las características de la úlcera sino que también debe ajustarse a las circunstancias personales de cada paciente:

- Lavar la úlcera con agua tibia y jabón.
- Aclarar con suero fisiológico.
- Secar minuciosamente. Proteger la piel periulceral.
- Cura en ambiente húmedo.
- Contención elástica.

ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGIA ARTERIAL

Son fruto de un déficit de aporte sanguíneo. La isquemia supone una disminución de la presión de perfusión capilar, provocando una disminución de la actividad metabólica de la célula. Esto a su vez provoca que la piel de este territorio se haga vulnerable a la ulceración, y que, ante pequeños traumatismos, aparezca una lesión.

Tratamiento

Suele ser mayoritariamente quirúrgico, limpieza de la pared de la arteria (endarectomía), reparación o reemplazo del vaso con un injerto o lo mas frecuente realización de Bypass con vena o prótesis sintética, otra técnica cada vez mas utilizada es la angioplastia y colocación de endoprótesis. Las complicaciones y la mala evolución de la enfermedad sino se controlan factores de riesgo como el tabaco, la HTA y la diabetes pueden llevar a la amputación de la extremidad.

La terapia compresiva esta prácticamente contraindicada. Valores del Índice Tobillo/Brazo inferiores a 0,6 desaconsejan esta terapia. Si fuera preciso aplicar vendajes compresivos, la vigilancia habrá de ser intensiva.

• **Tratamiento local**

El tratamiento de una úlcera arterial es, con frecuencia, prolongado, y en muchos casos resulta difícil apreciar su evolución.

La elección del tratamiento local en la úlcera arterial debe realizarse en base a una serie de criterios, como pueden ser: estado general del individuo, alergias, etiología, aspecto de la lesión (exudado, olor, esfacelos, estado de los bordes, fondo y profundidad, etc.).

El tratamiento tiene un carácter provisional y siempre tiene que ir acompañado del tratamiento de las causas o factores que influyen, así como de la piel perilesional.

Una buena limpieza es primordial para conseguir las condiciones necesarias que favorezcan la cicatrización de la úlcera y disminuir el riesgo de infección.

Recomendaciones para la limpieza de las úlceras:

- Limpiar las heridas al principio del tratamiento y en cada cambio de apósito.
- Utilizar la mínima fuerza mecánica.
- No limpiar las heridas con productos limpiadores o agentes antisépticos, como por ejemplo: povidona yodada, yodóforos, soluciones de hipoclorito sódico, agua oxigenada y ácido acético.
- Utilizar agua y jabón para limpiar las heridas y aclarar con suero salino, secando con gasa estéril.
- Administrar el producto limpiador a una presión suficiente que no cause trauma en el lecho de la herida pero facilite el arrastre mecánico de los restos necróticos y del exudado.

Cuidados preventivos

Estos cuidados van destinados a controlar los factores de riesgo, evitar la aparición de úlceras o disminuir el tiempo de curación y a promover el autocuidado.

En úlceras arteriales.

- Control de enfermedades asociadas y factores de riesgo: DM, HTA, tabaquismo, dislipemias, obesidad, etc.
- Realizar dieta equilibrada, aumentando, si es necesario, la ingesta de proteínas, y vitamina C.
- Abandono del hábito tabáquico.
- Realizar ejercicio físico diario, el mejor es caminar.
- Inspeccionar los pies diariamente.
- Procurar mantener calientes los MMII, usando calcetines de lana, pero evitando las fuentes directas y extremas de calor.
- Mantener una higiene adecuada de los pies: usar un jabón de pH similar al de la piel, aclarado minucioso, secado sin frotar.
- Si la piel está seca, aplicar crema hidratante no perfumada, a base de lanolina (nunca en pliegues cutáneos ni en piel húmeda).
- No andar descalzos.

Usar un calzado no apretado o demasiado grande, a ser posible de piel. OJO con las zapatillas de esparto.

- Cuidado de las uñas: cortarlas con tijera de punta roma, o lo que es mejor, limarlas con limas de cartón.
- No usar prendas ajustadas de cintura hacia abajo.
- Evitar la presión de la ropa de la cama en los pies.
- Elevar de 10 a 15 cm. el cabecero de la cama.
- Acudir a un centro sanitario en caso de dolor al caminar o aparición de lesiones.

Exploración funcional hemodinámica: doppler arterial

Es un método de diagnóstico incruento, indicado para conocer el estado de la circulación arterial en las extremidades inferiores, que se puede cuantificar calculando el conocido como índice tobillo/brazo. El análisis Doppler se basa en un sistema de ultrasonidos que nos permite estudiar el flujo arterial o venoso de los diferentes sectores vasculares, mediante el registro de la onda del pulso y la determinación de la presión de la misma.

• Objetivo

- Detección precoz de la arteriosclerosis ocliterante.
- Diagnóstico y seguimiento de los pacientes con patología arterial.
- Realización de diagnósticos diferenciales.
- Estudio de la conveniencia de practicar pruebas cruentas (arteriografía, Divas).
- Control pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía arterial.

• **Material**

- Camilla de exploración.
- Aparato doppler.
- Sondas de 4 y 8 Mhz.
- Inflador automático o esfigmomanómetro.
- Gel conductor.
- Manguitos de presión.

Colocación del paciente relajado en una camilla en decúbito supino. Colocación de los manguitos de presión en extremidades superiores y en las inferiores a nivel maleolar.

Aplicación del gel conductor en los lugares de la exploración.

Utilizaremos la sonda de 4 o 8 MHZ según la profundidad del vaso a estudiar.

Localizaremos el flujo arterial con la sonda doppler, sin presionar la arteria y formando un ángulo con el vaso aproximadamente de 45°.

Los vasos que utilizaremos habitualmente serán la arteria tibial anterior y posterior en EEII. Y arteria cubital o radial en EESS.

Se determina la presión sistólica en los diferentes vasos.

Calculo del Índice Tobillo/Brazo

Se obtiene con la división de los valores de presión sistólica obtenidos en las EEII, entre el valor mayor de presión sistólica obtenido en las EESS.

El índice tobillo/brazo (índice Doppler o de Yao) se clasifica en función del estado de la enfermedad del siguiente modo:

- Grado 0: Índices de 1 a 0,9 (Normal)
- Grado I: Índices de 0,9 a 0,7 (Claudicación intermitente)
- Grado II: Índices de 0,7 a 0,5 (Claudicación intermitente)
- Grado III: Índices de 0,5 a 0,3
- Grado IV: Índices < 0,3 (Dolor en reposo)

Índices > 1, nos pueden alertar de un problema de insuficiencia venosa, cambiando de esta forma el enfoque del tratamiento de la lesión.

Contraindicaciones

- Flebitis
- Linfangitis
- Sospecha de una trombosis venosa superficial o profunda
- En heridas abiertas localizadas en la zona de colocación del transductor
- En inmovilizaciones rígidas de las extremidades (yesos, férulas, etc.).

IMPORTANTE

El índice tobillo/brazo puede ser falso en los pacientes diabéticos (superior a 240 mmHG), causado por la arteriopatía diabética que suelen padecer, lo que impide que los manguitos de presión compriman la arteria calcificada.

Se puede determinar el índice Doppler a nivel del primer dedo del pie con manguitos especiales y con valores de referencia distintos a los normales.

ÚLCERAS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DE ETIOLOGIA NEUROPÁTICA, PIE DIABETICO

Se define el Pie Diabético, como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

Cada vez que veamos a un paciente, debemos deducir mediante una simple encuesta y examen clínico, la presencia de uno o más de los riesgos descritos en la lista y seguir valorado al menos una vez por año.

Una vez considerado de riesgo, este debe ser explorado en cada consulta, sobre todo intentando detectar déficits neuropáticos y un examen de los pulsos de los pies; así mismo evidenciaremos deformidades óseas y áreas de presión plantar, tales como cabezas metatarsianas prominentes.

Los grupos de riesgo de ulceración diabética serían:

- **Antecedentes de ulceración previa**
- **Neuropatía periférica**
- **Enfermedad vascular isquémica**
- **Retinopatía o nefropatía**
- **Deformidades óseas**
- **Antecedentes de exceso de alcohol**
- **Aislamiento social**
- **Ancianos de más de 70 años**

Desde el punto de vista práctico, es esencial para el profesional de enfermería, hacer un correcto diagnóstico diferencial entre las lesiones neuropáticas y las isquémicas (Tabla 11), ya que su enfoque terapéutico, será totalmente distinto:

- **Lesiones neuropáticas: exploración de la sensibilidad plantar (Figura 9) con monofilamento en 10 puntos,**
- **Lesiones isquémicas: valoración de los pulsos pedios e interrogar sobre posible claudicación intermitente, si no se dispone de un dispositivo Doppler.**



Figura 9. Zonas de sensibilidad plantar

En la siguiente tabla podemos comprobar las características más llamativas de unas y otras.

	Úlcera Neuropática	Úlcera Angiopática
Anamnesis	Diabetes mellitus antigua, consumo de alcohol, otras complicaciones diabéticas, elevado HbA1c	Factores de riesgo complementarios, abuso en el consumo de nicotina
Localización	Plantar, raras veces dorsal	Acral (dedos, talón)
Sensibilidad	Alteración de la sensibilidad al calor y a las vibraciones, reflejos en estado patológico.	Imperceptible
Dolores	Pocos o ninguno	Existentes
Inspección	Pie caliente, voluminoso. "Pie en garra"	Pie frío .Piel atrófica
Pulso en el pie	Existente	Déficit
Radiografías	Osteolisis prematura	Hidrogel. Alginato cálcico. Apósito de poliuretano. Polvo de colágeno.

Tabla 11. Características diferenciales de las lesiones neuropáticas y angiopáticas.

Clasificación

Las úlceras diabéticas también han sido clasificadas por Wagner según su severidad: (gravedad, profundidad de la úlcera, grado de infección y gangrena).

GRADO	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
1	Úlceras superficiales	Destrucción total del espesor de la piel
2	Úlceras profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
3	Úlceras profundas mas absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor
4	Gangrena limitada	Necrosis de parte del pie
5	Gangrena extensa	Todo el pie infectado, efectos sistémicos

Tabla 12. Clasificación de las úlceras diabéticas

Prevención

- Inspección diaria del pie para detectar lesiones ampollosas, hemorragias, maceraciones o escoriaciones interdigitales. Se utilizará un espejo para la inspección de la planta y talón.
- Antes de proceder a calzar el zapato, inspeccionar con la mano su interior para detectar resaltes, costuras con rebordes o cuerpos extraños, que deberán ser eliminados,
- El calzado idóneo es aquel que cumple cuatro principios básicos:
 - Absorción de la carga mediante plantillas elásticas.
 - Ampliación de la carga por distribución de la presión en mayor área.
 - Modificación de zonas de apoyo conflictivas.
 - Aportación de amplia superficie.
- Por tanto, el tipo de calzado debe ser siempre extraprofundo y ancho; cuando no existe deformidad se asociará a plantillas blandas para distribuir la presión y, si existe deformidad, a ortesis rígidas para disminuir y distribuir las presiones anormales.
- Las zapatillas de deporte que tengan estas características son las más adecuadas para los paseos.
- Cambiar los calcetines y los zapatos dos veces al día.
- No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como la playa o piscina.
- No utilizar nunca bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas para calentarlos.
- No utilizar nunca la resección de uñas encarnadas o callosidades. Acudir al podólogo,
- No apurar el corte de las uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente.
- Lavar los pies con agua y jabón durante cinco minutos. Proceder a un buen aclarado y un exhaustivo secado, sobre todo entre los dedos.
- Antes de utilizar agua caliente en la higiene de los pies, medir la temperatura con el codo.
- Aplicar crema hidratante después del baño, pero no en los espacios interdigitales por el riesgo de maceración
- Procurar caminar a diario.
- No fumar.
- Notificar a su enfermera o médico de familia la aparición de hinchazón, enrojecimiento o laceración aunque sean indoloros.
- Y sobre todo control de la glucemia, hipertensión, dislipemias y evitar el hábito tabáquico.

Tratamiento

Medidas generales del tratamiento del pie diabético:

- Control adecuado de la diabetes.
- Estado de nutrición adecuado.
- Estudio y tratamiento del flujo arterial.
- Drenaje, desbridamiento, cultivo y antibiograma.
- Descartar y tratar la infección.
- Tratamiento local de las heridas.
- Descarga adecuada de la zona.

Siguiendo la clasificación de Wagner para establecer conductas:

Grados 1 y 2 pueden ser tratados ambulatoriamente, Grados 3, 4 y 5 hay que ingresar al paciente en un centro hospitalario, consultando con un equipo para evaluar flujo, infección, apoyo y tratamiento local.

Serían indicaciones de hospitalización:

- Paciente no colaborador o no autosuficiente.
- Imposibilidad de proporcionar una asistencia domiciliar adecuada por infraestructura o por falta de colaboración familiar.
- Infecciones amenazantes de la extremidad.
- Mal estado general. Paciente séptico. Paciente deshidratado. Insuficiencia renal.
- Descompensación diabética.
- Falta de respuesta al tratamiento en 4-5 días si se ha realizado de una manera correcta.
- Gran tumefacción y edema de los pies.
- Celulitis ascendente.
- Afectación de los espacios profundos del pie.
- Osteomielitis.
- Infección en un paciente con circulación precaria por el peligro potencial de desarrollo de gangrena.

Abordaje local según la severidad de la lesión

• **Grado 0**

- Hiperqueratosis (callos o durezas) o grietas: crema hidratante a base de lanolina o urea después de un correcto lavado y secado de los pies. También es útil el uso de vaselina salicilica al 10%.
- La utilización de piedra pómez es muy recomendable para eliminar durezas.
- En las fisuras están indicados los antisépticos suaves y a ser posible que no tiñan la piel.
- Uña incarnata: como regla general no se deben cortar nunca las uñas sino limarlas; el calzado no debe comprimir los dedos. Si esta es recidivante el tratamiento es quirúrgico.

• **Grado 1**

- Úlcera superficial: reposo absoluto del pie lesionado o descarga adecuada, durante 3-4 semanas.
- Limpieza diaria con suero fisiológico y mantener medio húmedo. Valorar la lesión cada 2-3 días.
- El uso de sustancias tópicas es controvertido.
- Si se usaran antisépticos locales, hay que procurar que sean suaves, muy diluidos y que no colorean la piel.

• **Grado 2**

- Úlcera profunda: reposo absoluto del pie lesionado o descarga adecuada.
- Debe sospecharse la posible existencia de infección que se evidenciará principalmente por los signos locales, celulitis, linfangitis, crepitación, afectación ósea, exudado purulento, fetidez, profundidad, fístulas, gangrena...
- Se realizará un buen desbridamiento, eliminando los tejidos necróticos, así como la hiperqueratosis que cubre la herida; para los esfacelos que no puedan ser retirados mediante bisturí podemos ayudarnos de productos como las enzimas proteolíticas o los hidrogeles.
- Tópicamente ante signos de infección estaría indicado el uso de sulfadiacina argéntica o los apósitos con plata bajo estrecho seguimiento profesional y en lesiones muy exudativas el uso de productos absorbentes, tales como los alginatos o los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide.
- Se instaurará siempre tratamiento antibiótico sistémico tras la toma de una muestra de la úlcera para cultivo y antibiograma.
- Localmente ante una úlcera que no sigue una evolución satisfactoria, se sospecha osteomielitis (hacer siempre radiografías de la zona).

• **Grado 3**

- Ante zona de celulitis, absceso, u osteomielitis, o signos de sepsis, el paciente debe ser hospitalizado de forma urgente para desbridamiento quirúrgico y tratamiento con antibióticos vía parenteral.

• **Grado 4**

- Gangrena de uno o varios dedos del pie: El paciente debe ser hospitalizado para estudiar circulación periférica y valorar tratamiento quirúrgico (by-pass, angioplastia, amputación).

• **Grado 5**

- Gangrena del pie: El paciente debe ser hospitalizado para amputación.

TERAPIA LOCAL DE LA ÚLCERA DIABÉTICA SEGÚN SU ETIOPATOGENIA

• **Neuropática**

Para realizar la terapia local de la úlcera neuropática pueden formularse los siguientes principios terapéuticos:

Descarga absoluta de la lesión.

Apropiado tratamiento de la herida: desbridamiento del callo o rodete hiperqueratósico y tratamiento húmedo de la herida hasta la total cicatrización con un epitelio resistente.

Realizar un tratamiento con un adecuado calzado ortopédico.

Cuidados especiales, formación del paciente y profilaxis recidivante.

A pesar de todas las dificultades, una lesión neuropática siempre lleva implícita una probabilidad de cicatrización de la herida, de tal manera que se indica la aplicación primaria de un procedimiento conservador en atención a los principios quirúrgicos para realizar el saneamiento local de la zona de la herida. De ninguna manera forman parte de esta selección las grandes medidas quirúrgicas y las amputaciones.

• **Angiopática**

Como ya se ha descrito, en las enfermedades de oclusión arterial se requiere un tratamiento diferencial, que depende principalmente del estado vascular y del resultado de la revascularización o de tratamientos farmacológicos.

• **Pie de Charcot**

La prevención de la destrucción y de la deformidad adicional del pie en la fase aguda es la meta fundamental del tratamiento. Es por lo tanto esencial prevenir. El apoyo principal del tratamiento actual está en el uso de un molde para evitar la presión.

Si se trata tempranamente, el pie no alcanza grandes deformidades y evita la ulceración.

Si no se trata, el pie afectado por la artropatía de Charcot, se vuelve muy deforme y es propenso a la ulceración.

El tratamiento es paliativo. La amputación se requiere a veces debido a que la ulceración es insuperable.

Por lo tanto diagnosticar en la etapa aguda “de un pie hinchado” es esencial.

No hay tratamiento farmacológico específico probado.

La asociación española de enfermería vascular (AEEV) en su consenso de 2005, nos ofrece estos fabulosos algoritmos que nos ayudarán en el diagnóstico y tratamiento de las úlceras vasculares.

Diagnóstico diferencial	Venosas	Arteriales	Neuropáticas
Localización	Tercio inferior pierna. Más frecuente en área supramaleolar interna.	Tercio inferior pierna sobre prominencias óseas. Dedos. Maléolo externo. Talones.	Zonas de presión. Tobillo. Pie
Aspecto	Tendencia a la granulación. Superficiales con bordes irregulares. Generalmente únicas de tamaño variable que tienden a aumentar.	Fondo atrófico. Escasa tendencia a la granulación. Bordes definidos. Generalmente pequeñas y con frecuencia múltiples.	Profundas. Excavadas con tendencia a la granulación. Bordes hiperqueratósicos. Tamaño variable.
Exudado	Moderado/Abundante.	Escaso/Nulo.	Variable.
Edema	Presente	Ausente.	Localizado.
Temperatura	Normal	Fría	Normal.
Piel Periluceral	Eczema. Dermatitis. Hiperpigmentación	Pálida y brillante. Ausencia de vello. Frágil y seca.	Celulitis. Callosidades. Grietas. Falta de sensibilidad.
Dolor	Mínimo. Excepto cuando está infectada	Intenso. Aumento de dolor en decúbito/reposo.	Ausente o débil debido a la neuropatía.
Infección	Menos frecuente	Frecuente	Frecuente. Riesgo sobreinfección.

Tabla 13. Diagnóstico diferencial según la AEEV

Terapia	Venosas	Arteriales	Neuropáticas
Prevención y cuidados generales.	Medidas para favorecer el retorno venoso: Contención elástica: Venda o media.	Medidas para mejorar la perfusión tisular. Abandono del tabaco.	Medidas de protección para evitar traumatismos y favorecer las descargas en las zonas de presión.
Hábitos higiénico-posturales.	Aseo diario. Hidratación de la piel. Elevación de piernas. Dieta adecuada para mantener el peso. Evitar estreñimiento. Ejercicio físico moderado. Caminar a diario. Subir escaleras, etc.	Aseo diario. Hidratación de la piel. Cuidado de los pies. Evitar el frío. Ropa y calzado adecuados. Fomentar la deambulaci3n adaptándose a la situaci3n de cada persona. Dieta equilibrada. Control de las enfermedades asociadas: HTA Diabetes. Dislipemias.	Aseo diario. Hidrataci3n de la piel. Cuidado de los pies. Evitar temperaturas extremas. Ropa y calzado adecuados. Fomentar la deambulaci3n adaptándose a la situaci3n de cada persona. Control diabetes.
Tratamiento quirúrgico.	En caso necesario	Revascularizaci3n en caso necesario.	Desbridamiento quirúrgico.
Tratamiento local	Limpieza local. Desbridamiento si precisa. Control del exudado. Vigilancia y control de la carga bacteriana. Favorecer la cicatrizaci3n manteniendo un medio ambiente húmedo. Contenci3n: venda o media.	Úlcera no infectada: Limpieza local. Mantener cura en ambiente seco. Úlcera infectada: Limpieza local. Remisi3n inmediata al especialista. Herida abierta no infectada: Limpieza local. Mantener medio ambiente húmedo. Usar con precauci3n los apósitos oclusivos.	Limpieza local. Desbridamiento si precisa. Control del exudado. Vigilancia y control de la carga bacteriana. No usar cura oclusiva. Favorecer la cicatrizaci3n manteniendo un medio ambiente húmedo.

Tabla 14. Tratamiento según la AEEV

CONSENSO ÚLCERAS EXTREMIDAD INFERIOR. CONUEI (Consenso Nacional sobre Úlceras de la Extremidad Inferior) 2008

En noviembre de 2008, se reúnen en Tarragona, en el VII Simposio Nacional de UPP y Heridas Crónicas y Primer Congreso Latinoamericanos sobre Úlceras y Heridas, un grupo multidisciplinar de cirujanos vasculares, enfermeros del GNEAUPP y enfermeros vasculares, con el firme propósito de darnos a conocer el consenso al que han llegado, tras revisar las evidencias correspondientes a las úlceras del miembro inferior.

Tras 2 años de revisiones sistemáticas de la literatura científica, han publicado 72 recomendaciones de gran ayuda para todos los profesionales.

Disponible en: <http://wound.smith-nephew.com/es/node.asp?Nodeld=3344>

ÚLCERAS NEOPLÁSICAS O TUMORALES

Son lesiones cutáneas que aumentan progresivamente de tamaño y dan lugar a una úlcera abierta que no cicatriza y destruye el tejido circundante, asociándose además complicaciones post-radioterapia y post-quirúrgicas así como infecciones y sangrados.

Suelen provocar impacto social y crean ansiedad y rechazo del paciente.

Puede ser una afectación tumoral primaria o una invasión metastásica.

Los tumores más implicados son: mama, cabeza y cuello, pulmón, ovario, colon, pene, vejiga, linfoma, leucemia.

Al principio suele aparecer en forma de nódulos. La evolución natural es: aumento de tamaño, necrosis y ulceración con difícil cicatrización.

Medidas generales:

- Utilizar medidas no invasivas.
- Mantener calidad de vida.
- Cuidar la imagen corporal, en la medida de lo posible.
- La curación es un objetivo secundario.
- Las pautas del tratamiento estarán orientadas al control del dolor, mal olor, sangrado y nivel del exudado.

Recomendaciones:

Control del dolor

Aparece debido a la compresión o invasión de vasos y nervios.

Administrar la analgesia pautada antes de la cura (la mayoría de estos pacientes tienen pauta analgésica que incluye dosis de rescate para el dolor incidental).

Control del olor

Ambiental

Medidas ambientales: gotas de ambientadores o balsámicos en agua hervida, palitos de sándalo, ventilar la estancia etc....antes, durante y después de la cura.

De la herida

Metronidazol tópico en gel o solución parenteral, según nivel de exudado.

Apósitos de carbón activado.

Apósitos con plata.

Control del sangrado

Se produce por friabilidad del tejido y rica vascularización del tumor.

Son muy importantes las medidas preventivas en relación a la técnica de la cura:

- Especial cuidado al retirar el apósito: humedecer previamente.
- Utilizar apósitos con propiedades hemostáticas, gasas impregnadas de ácido tranexámico, ácido aminocaproico o sucralfato.
- Otras opciones (a valorar individualmente riesgo/beneficio): Nitrato de Plata, lidocaína, adrenalina.

En casos de hemorragia masiva por erosión arterial por tumor:

- Mantener canalizada vía periférica.
- Ejercer compresión sobre el tumor ulcerado sin levantar apósito.
- Es indicación de sedación en situación terminal.

Lecho de la herida

Lavado por irrigación con suero fisiológico templado.

Evitar la fricción mecánica.

No desbridar tejido necrótico ni química ni mecánicamente. Usar vaselina para reblandecer.

Si exudado escaso: utilizar mallas o interfase en la modalidad que más se adapte a las características de la lesión (hidrocoloide, vaselina, silicona) para evitar que se adhiera el apósito y facilitar su retirada.

Si exudado moderado o intenso: apósitos absorbentes de Alginato o Hidrofibra.

Apósito secundario: debemos elegir un apósito adaptable a la movilidad, no adherente y permeable en caso de infección. Hacer participe de la elección al paciente, teniendo en cuenta la estética.

Proporcionar siempre apoyo emocional en los pacientes con este tipo de lesiones, ya que la alteración de su imagen corporal produce un gran impacto psicológico.

PRODUCTOS USADOS EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

HIDROGELES

Composición

Polímeros compuestos de agua (25 -96%) y otras sustancias [alginato, almidón, carboximetil celulosa sódica (CMC), pectina, propilenglicol, ...].

Varietades

Gel Amorfo

- Con Alginato y carboximetil celulosa sódica (CMC).
- Con CINA y goma xántica.
- Con carboximetil celulosa sódica (CMC), Propilenglicol y Pectina.
- Con carboximetil celulosa sódica (CMC) y Propilenglicol.
- Con Almidón, Glicerol y Propilenglicol.
- Con Glicerina y Polimetacrilato.
- Con Poliacrilamida.

Placa

- Con polímeros de poliuretano cubierto con film.
- Con Poliacrilamida y Agar en placa

Malla

Con carboximetil celulosa sódica (CMC) y Propilenglicol sobre malla de tejido no tejido.

Propiedades

Ayudan a mantener un grado óptimo de humedad en el lecho de la herida. Promueven el desbridamiento autolítico continuado y favorecen el crecimiento de los tejidos de granulación y epitelización. Disminuyen el dolor local al humectar las terminaciones nerviosas en la herida.

Absorción del exudado, que es más acusada en los que tienen alginato.

Indicaciones

Limpieza autolítica e hidratación en UPP secas, con esfacelos o tejido necrótico. Estimulación de la granulación. Promoción de la cicatrización.

Contraindicaciones

Sensibilidad a alguno de sus componentes. La presentación en placa no puede utilizarse en heridas infectadas o con exposición de hueso o tendones.

Modo de empleo

Gel Amorfo o Malla

- Limpiar la herida, por arrastre, con suero fisiológico.
- Secar bien la piel perilesional.
- Rellenar hasta 2/3 del volumen de la herida.
- Evitar el uso en piel íntegra.
- Cubrir con un apósito secundario de cura húmeda, que puede ser un hidrocoloide, una espuma o un film de poliuretano.

Placa

- Limpiar la herida, por arrastre, con suero fisiológico
- Secar bien la piel perilesional
- Cubrir la herida sólo con el apósito o bien cubrir con un apósito secundario o vendaje si lo necesitan

Cambio de apósito

El gel amorfo o la malla deben cambiarse cada dos o tres días. La placa dependerá de la saturación o deterioro y hasta un máximo de 7 días.

Recomendaciones

La forma de cánula de algunos productos facilita su utilización en cavidades y tunelizaciones. Utilizar una sola vez para asegurar la esterilidad.

Productos

Geliperim Intransite Gel Un-Gel Purilon Gel Varihesive Hidrogel

ALGINATOS

Composición

Alginato Cálcico y/o Sódico con residuos de ácido manurónico y ácido gularónico procedente de algas pardas.

Variedades

Placa

- Compuestos de alginato cálcico.
- Compuestos de alginato cálcico y alginato sódico.
- Asocian alginato cálcico y carboximetil celulosa sódica (CMC).
- Incorporan iones Zn y Mn al alginato Cálcico.
- Añaden una espuma adhesiva y no necesita apósito secundario.
- Combinan el alginato cálcico con una placa de viscosa para aumentar su poder absorbente.

Cinta

- Las mismas variedades en placa pero con formato de cinta y en algunos casos nombres comerciales específicos

Propiedades

- Absorción y retención de exudado alrededor de las fibras. Los que tienen mayor contenido de a. manurónico forman gel rápido pero de estructura débil, mientras los de a. gularónico gelifican más tarde pero su estructura es fuerte. La particular estructura de la fibra determina, en algunos apósitos, mayor capacidad de absorción.
- Desbridamiento autolítico.
- Bacteriostático.
- Hemostático, más en los formados por alginato cálcico.

Indicaciones

Control del exudado. Efecto desbridante en heridas con restos necróticos blandos o esfacelos. Ligero control de la carga bacteriana. Heridas que sangren o puedan hacerlo.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al producto.

Modo de empleo

Colocar directamente sobre la herida, sin cubrir mucho el borde o incluso recortar para hacer coincidir. Debe utilizarse un apósito secundario que, según las características de la lesión, puede ser un hidrocólide o una espuma.

Cambio de apósito

Cuando este saturado, rebase los límites de la herida o como máximo 7 días.

Recomendaciones

En fistulas y cavidades no rellenar más del 75%.

Productos

Askina Sorbsan y derivados SeaSorb Soft Sorbalgon T Purilon Gel Algisite

PELÍCULAS DE POLIURETANO

Composición

Películas delgadas de copolímero elastomérico.

Propiedades

- Permeabilidad al vapor de agua y oxígeno a la vez que son impermeables al agua y a las bacterias.
- Capacidad de retención de exudado y evaporación.
- Transparencia.
- Protección frente a las fuerzas de fricción.
- No deja residuos

Indicaciones

- Heridas de exudado escaso o nulo
- Como apósito secundario de apósitos no adhesivos.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad al producto.

Modo de empleo

Aplicar directamente sobre la herida adhiriéndolo sobre la piel periulceral con un margen de al menos 2 cm.

Cambio de apósito

Puede permanecer incluso hasta 14 días colocado siempre que no se despegue ni tenga fugas.

Recomendaciones

Pueden usarse en heridas infectadas siempre que se controle, cambie diariamente y se establezca un tratamiento antibiótico. Algunas permiten dibujar sobre el film el área de la herida para posteriormente medirla e incluso guardar ese contorno en la historia del paciente.

Productos

Opsite Tegaderm Bioclusive Hydrofilm

PELÍCULAS PROTECTORAS

Composición

El componente principal es el copolímero acrílico (material formador de película), también contiene polifenilmetilsiloxano (plastificante) y hexametildisiloxano (solvente de base de silicona no irritante y de rápida evaporación).

Variades

Tubos de distintas cantidades
Toallitas monodosis.

Propiedades

Forman una película barrera protectora libre de alcohol sobre la piel, produciendo un engrosamiento de la capa córnea, ejerciendo una función de película protectora de la piel frente a la acción de fluidos corporales y de protección de la piel bajo adhesivos. Son productos que no contienen ningún principio activo que actúe sobre la piel. No penetran ni se absorben.

Indicaciones

Prevención de maceración e irritación de la piel perilesional en úlceras, lesiones que pueden ser provocadas por la repetida aplicación de esparadrapos y apósitos o por el exudado de la herida. Prevención y tratamiento de dermatitis por incontinencia. Protección de la piel alrededor de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje.

Contraindicaciones

Son productos que están indicados como barrera primaria contra la irritación por fluidos corporales o adhesivos, por lo que el uso de otros productos como ungüentos, bálsamos, cremas o lociones, puede reducir significativamente su eficacia.

Modo de empleo

Se seguirán las indicaciones del fabricante. Pueden aplicarse tanto sobre piel intacta como sobre piel lesionada.

Cambio de apósito

No es necesario retirar la película entre aplicaciones, permaneciendo esta hasta 72h (tiempo de renovación total de la capa córnea de la piel).

Recomendaciones

La aplicación no produce dolor ni irritación pues estos productos no contienen alcohol.

Productos

Cavilón Comfeel crema Comfeel barrera Menalind

ÁPOSITOS DE POLIURETANO (Espumas poliméricas)

Composición y Variedades

- Apósito de capa interna acrílica no adherente, capa media hidrófila muy absorbente y externamente poliuretano semipermeable a gases.
- Apósito de capa interna de espuma o gel de poliuretano y externa de poliuretano semipermeable.
- Apósitos de estructura trilaminar, internamente lámina de poliuretano microperforado, medialmente capa absorbente hidrocelular y externamente poliuretano.

Propiedades

- No se descomponen en contacto con el exudado. No dejan residuos.
- Evitan fugas, manchas y olores.
- Evitan la maceración de los tejidos perilesionales.
- Por su gran capacidad de absorción, incluso bajo compresión, reducen el número de cambios de apósitos.
- Son apósitos adaptables y flexibles.

Indicaciones

Absorción del exudado, el mantenimiento de un medio húmedo y la prevención de la maceración.

Cambio de apósito

Deben permanecer colocados sin moverse hasta que el exudado sea visible y se aproxime a 1'5 cm del borde de apósito o hasta un periodo de 7 días.

Recomendaciones

Estos apósitos no deben utilizarse junto a agentes oxidantes que contienen hipocloritos, peróxido de hidrógeno o éter.

Productos

Allevyn y sus variedades Askina Transorbent Biatain y sus variedades Mepilex Tielle

HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE

Composición

Fibra de carboximetilcelulosa sódica (CMC)

Variedades

Lámina y cinta

Propiedades

No adhesivo. De alta capacidad absorbente, en contacto con el exudado forma un gel que mantiene su integridad estructural facilitando su posterior retirada. Proporciona un medio húmedo con riesgo de maceración mínimo, por la retención del exudado en el interior de las fibras. Promueve, por tanto, el desbridamiento autolítico y además posee efecto bloqueante para las bacterias y es hemostático.

Indicaciones

Heridas con exudado de moderado a abundante, estén o no infectadas. Heridas con trayectos fistulosos o cavitadas (la cinta es más apropiada).

Contraindicaciones

Sensibilidad al producto. Lesiones no exudativas.

Modo de empleo

En heridas planas aplicar sobre la herida pero sobrepasando en al menos 1 cm los bordes. En heridas cavitadas no rellenar más del 75% del volumen. Debe utilizarse un apósito secundario que dependiendo de las características de la herida puede ser un hidrocoloide o una espuma.

Cambio de apósito

Cuando el apósito se sature, cuando se deteriore o sature el apósito secundario o bien después de 7 días, aunque en heridas infectadas debe cambiarse antes.

Recomendaciones

A pesar de que el apósito es inerte, debe tomarse precaución para retirarlo de las heridas cavitadas.

Productos

Aquacel

CARBÓN

Composición

Capa o lámina de carbón activo.

Variedades

Impregnada en plata

Con cubierta de nylon.

Con material absorbente

- De viscosa, poliamida y poliéster
- De carboximetil celulosa sódica (CMC), alginato y film de poliuretano
- De malla de polietileno, viscosa, celulosa y poliéster
- De viscosa y celulosa

Propiedades

Inactivar el olor actuando sobre el exudado al entrar éste en contacto con el carbón activo.

Indicaciones

Heridas malolientes, infectadas y exudativas.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a alguno de los componentes.

Modo de empleo

- Después de la limpieza colocar el apósito en contacto directo con la herida.
- Cubrir con un apósito secundario o fijar con venda.
- Se coloca en contacto con la herida atendiendo a las instrucciones del fabricante.

Cambio de apósito

Pueden mantenerse hasta siete días, hasta la saturación o según las cualidades del apósito secundario. En heridas infectadas conviene revisar diariamente.

Recomendaciones

Algunos no deben recortarse.

Productos

Actisorb Carboflex Carbonet

MALLAS O INTERFASES (gasas impregnadas)

Variedades

- Malla de hilos continuos indeformables de poliéster cubierta por una masa hidrocoloide - vaselina - polímeros de cohesión
- Malla elástica de poliamida cubierta de silicona.
- Malla de hidrocoloide impregnada en vaselina.

Propiedades

- Evitan la adherencia a la lesión.
- Facilitan el cambio de apósitos haciendo que sea indoloro y atraumático.
- Crean las condiciones necesarias para favorecer la cicatrización.

Indicaciones

Heridas agudas (quemaduras superficiales, dermabrasiones, heridas traumáticas) y crónicas en fase de granulación y de epitelización (úlceras y úlceras por presión).

Contraindicaciones

- En quemaduras tratadas con injertos mallados o después de un resurfacing facial.
- En presencia de signos clínicos de infección local, el tratamiento puede continuar, en función de la valoración del médico

Modo de empleo

- Colocar directamente sobre la herida.
- Cubrir con compresas o gasas y fijar con vendaje o esparadrapo.

Cambio de apósito

No se pueden mantener durante mucho tiempo ya que al no proporcionar humedad si no se acompañan de apósitos que faciliten el medio húmedo pueden adherirse al lecho de la herida. Máximo 2 días como recomendación general.

Recomendaciones

- Los que contienen vaselina puede adherirse a los guantes quirúrgicos (látex y vinilo), por ello se recomienda humedecer los guantes con suero fisiológico para facilitar el manipulado.
- En caso de herida profunda, no hace falta aplicar varios apósitos.
- Evitar la presión encima

Productos

- Physiottle (hidrocoloide) Linitul Unitul Tulgrasum

HIDROCOLOIDES

Composición

- Capa externa: Lámina de espuma de poliuretano.
- Capa interna: Matriz adhesiva de polímeros elastómeros (caucho, resina y aceite mineral), que constituyen una micromalla química, en la cual están inmersos tres hidrocoloides: gelatina, carboximetilcelulosa sódica y pectina.

Variedades

- Fino (de protección o de baja absorción).
- Grueso (de media y alta absorción), con reborde y sin reborde.

Propiedades

- Facilitan el desbridamiento al estimular el proceso de autólisis del tejido necrótico en una lesión húmeda.
- Aceleran la cicatrización basada en el efecto combinado de la hipoxia producida por la oclusión y la disolución de la fibrina. Estas condiciones llevan a la formación de nuevos capilares sanguíneos y al crecimiento de fibroblastos y células epidérmicas.
- Previenen del riesgo de infección debido al efecto barrera y a la actividad de los macrófagos en el gel que rellena la lesión, volviéndolo ligeramente ácido.
- Alivian del dolor debido a la humectación de las terminaciones nerviosas.
- Mejoran la cicatrización y la hacen más estética gracias a la humedad permanente sobre la lesión y al mantenimiento de la temperatura corporal, que protegen la integridad de los tejidos neoformados.
- Facilitan la aplicación y el confort debido al menor número de curas, a su simplificación y a la posibilidad de higienizar al paciente sin tener que retirar el apósito.
- Gran capacidad de absorción. Gran adhesividad. Altamente confortables. Aíslan la herida de contaminación bacteriana. Impiden la penetración de fluidos, permitiendo lavarse. Fácil aplicación y manipulación. Reducen el dolor superficial. Protege la piel perilesional. No provocan reacciones de hipersensibilidad cutánea. Facilitan el tratamiento ambulatorio al reducir la frecuencia del cambio.

Indicaciones

- Protección de la piel en zonas de presión, roce o fricción.
- Curación de heridas o úlceras de moderado a abundante exudado (abrasiones, laceraciones, quemaduras de 1er. y 2º grados, úlceras por presión en estadios I, II y III, úlceras vasculares sin afectación de estructuras profundas, zonas donantes de injertos, etc.).

Contraindicaciones

- En heridas o úlceras con afectación de huesos, músculos o tendones.
- En heridas o úlceras clínicamente infectadas.
- En heridas o úlceras causadas por tuberculosis, sífilis o micosis y quemaduras de 3er. grado.

Modo de empleo

- Retirada del film protector y con técnica aséptica (sin tocar la superficie que estará en contacto con la lesión) aplicar a la lesión ejerciendo ligera presión con la mano para asegurar buena adhesión y adaptación.
- Debe sobrepasar los bordes de la lesión en 2-3 cm.

Cambio de apósito

- Cuando el gel sobrepase el diámetro de la herida o a los 7 días.
- Para retirarlo, presionar sobre la piel y levantar con cuidado los bordes.

Recomendaciones

- La limpieza de la lesión debe realizarse con suero fisiológico por irrigación, no siendo necesario retirar los restos de gel, ya que éste contiene células vivas.
- El secado debe ser suave, por taponamiento, con gasa estéril.
- Se debe advertir al paciente del olor especial del gel y que éste desaparece después de la limpieza de la úlcera.
- Pueden utilizarse con alginatos o hidrofibra para aumentar la absorción de exudado.

Productos

- Algoplaque y sus derivados
- Askina Biofilm y sus derivados
- Askina Ulcuflex
- Comfeel Plus y sus derivados
- Varihesive y sus derivados

APÓSITOS CON PLATA

Composición

Plata en diferentes formas químicas

Variedades

Mallas

De carbón recubierta de nylon

De polietileno de baja adherencia recubierto

Espumas

Hidrocelular

Hidrocelular con alginato

Hidrocoloideos

Hidrofibra con iones plata

Tul con sulfadiazina argéntica

Placa con plata hidroactiva

Propiedades

Atendiendo a su mecanismo de acción se pueden dividir en:

- Liberadores de plata, que liberan gradual y sostenidamente la plata (minimizando la posibilidad de riesgo citotóxico sistémico).

- No liberadores de plata, en los que el exudado es adsorbido por el apósito (no hay riesgo citotóxico).

En ambos destacan:

- Antibacterianos: gram +, gram -, levaduras; incluyendo estafilococo aureus resistente a la meticilina (SARM) y enterococo resistente a la vancomicina (VRE).

- No crean resistencias.

- No son tóxicos frente a los fibroblastos.

- Capacidad de gestión del exudado (según variedades).

- Disminución del olor al reducir la carga bacteriana.

- Disminución del dolor.

- Acortan la fase inflamatoria favoreciendo la curación

Indicaciones

- Lesiones infectadas o colonizadas críticamente.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a alguno de los componentes (en los no liberadores, la plata no entra en contacto).

- Pacientes sometidos a exploración con resonancia nuclear magnética (RMN).

- No utilizar suero fisiológico en apósitos de plata nanocristalina.

Productos

Acticoat ActisorbPlus Biatain Plata Biatain Plata Adhesivo Comfeel Plata

Aquacel Plata Algisite Ag

OTROS

Apósitos de Ácido Hialurónico

Molécula polisacárida natural que interviene en el proceso de cicatrización y que en forma de apósito contribuye en heridas crónicas como las UPP a favorecer la proliferación y migración celular, la organización de los proteoglicanos dérmicos y en la calidad del tejido reparado.

Productos

Jaloplast

Apósitos de Colágeno

Aporta de manera exógena colágeno micronizado procedente de cartílago traqueal bovino, que favorece la formación de tejido de granulación y de matriz extracelular. Ideales para heridas en fase de estancamiento en la granulación. También existen de colágeno porcino.

Productos

Actríz Oasis Catrrix

Apósitos inhibidores de las proteasas

Las proteasas, presentes naturalmente en el exudado de las heridas, provocan en determinadas circunstancias la degradación de las proteínas, lo que induce a una cicatrización retrasada. Estos apósitos compuestos por una mezcla liofilizada de celulosa regenerada (45%) y colágeno bovino (55%), fijan los factores de complemento protegiéndolos de las proteasas para después liberarlos bioactivamente.

Productos

- Promogram

Apósitos de silicona

Apósitos compuestos fundamentalmente de silicona. La malla protege el lecho ulceral de la adherencia de otros apósitos. La placa y el gel se utilizan para evitar y mejorar los resultados estéticos de cicatrices hipertróficas o queloideas. Algunas espumas poliméricas utilizan adhesivo siliconado que se despega atraumáticamente.

Productos

- Mepiform
- Mepitel

Apósitos con carga iónica

Con contenido en Zinc, Manganeseo en un soporte de alginato Cálcico; libera estos iones, necesarios en el proceso de cicatrización, al estar en contacto con el lecho ulceral; favoreciendo la producción de fibroblastos y colágeno.

Productos

- Trionic

Apósitos Combinados o Compuestos

Apósitos formados por uno o más de los anteriormente citados, que unen su mecanismo de acción en un solo producto; facilitando así su uso, siendo una buena alternativa a la mezcla de apósitos.

Productos

- Veriva, Versiva XC

Cadexómero yodado

El cadexómero yodado es un polímero hidrofílico modificado de almidón que contiene inmovilizado en su matriz un 0,9% de yodo.

Variedades

Pomada, polvos, apósitos.

Propiedades

Éste polímero gelifica en contacto con la herida creando condiciones de ambiente húmedo controlado, tiene una gran capacidad de absorción, tiene efecto desbridante del tejido esfacelado y a medida que va absorbiendo exudado libera de manera continua una pequeña cantidad de Yodo. Esta pequeña cantidad de yodo (a diferencia de los antisépticos de liberación rápida) proporciona una actividad antimicrobiana continua y prolongada hasta 72 horas sin afectar el entorno cicatrizal.

Contraindicaciones

Alergias al yodo. Tener presentes los efectos secundarios a la absorción de yodo. No usar en niños, ni en mujeres embarazadas, ni en periodo de lactancia, pacientes con función renal alterada y/o trastornos de la glándula tiroidea.

Modo de empleo

No usar en heridas con tejido necrótico, (lo va a secar más), ni con tejido fibrinologranuloso (lo dañará)

El contacto con la piel periluceral/piel intacta se debe reducir al mínimo (siempre dejar una distancia entre el lecho y los bordes, se expande).

Si se usa en forma de apósito, retirar las gasas protectoras que lleva el apósito.

Precisa de apósito secundario, (no usar los que lleven plata).

En la retirada tenemos que ver que ha pasado de un color marrón oscuro a un color amarillo pálido. Esto indicará que el yodo se ha liberado por completo.

Productos

- Iodosorb

CREMAS BARRERA

Composición

La composición es muy variada, siendo común que tengan cierta cantidad de óxido de zinc (protege la piel de las fuerzas externas y retiene los líquidos necesarios para favorecer la cicatrización).
Emolientes (vaselina, lanolina, vitamina A, D y E, aceites minerales) que se encargan de reemplazar los lípidos extraídos de la epidermis, acortando el proceso de cicatrización).
Alcoholes (pantanol, proplienglicol, alcohol cetílico, estearato de glicerol), los cuales atraen la humedad transepidérmica y del entorno cuando esta supera el 80%.
Polvo de Karaya (hidrocoloide con función absorbente favoreciendo la actuación del resto de los ingredientes).

Indicaciones

Se recomiendan en el tratamiento de la piel seca o irritada por secreciones corporales producida por estoma, herida o incontinencia, gracias a sus propiedades hidrófugas.

Modo de empleo

- Se seguirán las indicaciones que especifique cada fabricante.

Productos

Pasta Lassar Dermosa anticongestiva Mytosil Proskin Triple Care

ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

Composición

Ácidos grasos esenciales (Linoléico, linolénico, palmítico y esteárico)

Variedades

Solución tópica en spray

- Con Tocoferol, Fitoesteroles y perfume de anís
- Con Equisetum Arvense (Cola de caballo), Hypericum Perforatum (Hierba de San Juan) y perfume.
- Con Aloe Vera y Centella Asiática

Cápsulas

Con Tocoferol, Fitoesteroles y perfume de anís

Propiedades

- Mejoran la hidratación de la piel y evitan la sequedad cutánea, aumentando su resistencia al rozamiento
- Mantiene el nivel de oxigenación de los tejidos de apoyo, aumentando la microcirculación sanguínea y evitando la isquemia tisular.
- Impulsan la renovación celular epidérmica.

Indicaciones

- Prevención de úlceras por presión
- Tratamiento de úlceras por presión de estadio I

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a alguno de sus componentes

Modo de empleo

- Aplicar sobre piel integra
- Realizar una o dos pulverizaciones sobre la zona a tratar
- Extender el producto con la yema de los dedos hasta su total absorción
- Repetir la operación 2 ó 3 veces al día.

En las capsulas hay que separar la extremidad superior de las mismas, imprimiendo un movimiento de rotación, y presionar para liberar el número de gotas deseado.

Recomendaciones

El frasco de 20 ml permite entre 150 y 200 aplicaciones y como media cubre el tratamiento de un paciente durante un plazo de 20 días a un mes.

Productos

Mepentol Corpitol

CREMA DE COLAGENASA

Composición

Clostridiopeptidasa A (Colagenasa)

Propiedades

- Enzimas proteolíticas capaces de romper el colágeno de forma natural.
- Digestión de los componentes necróticos de las heridas.
- Efecto limpiador de las heridas

Indicaciones

- Desbridamiento enzimático de los tejidos necrosados en úlceras cutáneas y subcutáneas.

Contraindicaciones

- No se debe utilizar conjuntamente con antisépticos, metales pesados, detergentes y jabones porque inactivan la actividad de la colagenasa.

Modo de empleo

- Aplicar una vez al día, ocasionalmente puede ser necesario aplicarla dos veces al día.
- Extender una capa de 2 mm directamente sobre la zona a tratar ligeramente humedecida.
- Cubrir con un apósito secundario.

Recomendaciones

- Se pueden utilizar hidrogeles para facilitar el ambiente húmedo. No usar apósitos hidrocoloides u otros que dejen restos gelificados en la herida.

Productos

- Iruxol mono

NITROFURAZONA (Furacín®)

Composición

- Nitrofurazona
- Poliglicoles

Variedades

- Pomada.
- Solución.
- Polvo.

Propiedades

- Evitar la infección.
- Mantiene la herida limpia.

Indicaciones

Efecto favorable en la curación de:

- Quemaduras
 - Heridas y úlceras infectadas de todo tipo.
 - Osteomielitis
 - Infecciones secundarias asociadas a dermatomicosis o terapéutica del pañal.
 - Carbunco
 - Abscesos.
 - Eczemas, impétigo.
- Como desinfectante:
- Desinfectar campos operatorios.
 - Intervenciones ginecológicas.
 - Lavado de trayectos fistulosos estrechos y profundos.

Contraindicaciones

- Alergia a la nitrofurazona

Modo de empleo

- **Polvo.** Espolvorear la herida o zona infectada 3 ó 4 veces al día. Cubrir con un apósito estéril.
- **Pomada.** Aplicarla directamente sobre la lesión o sobre una gasa que se coloca sobre la misma. Cubrir con un apósito. En el caso de heridas y quemaduras se puede aplicar una o dos veces al día.
- **Solución.** Se aplica sobre la parte infectada una vez limpia con suero fisiológico o agua estéril. Se cubre con un apósito.

FLAMMAZINE®

Composición

- Sulfadiazina argéntica
- Excipientes: Polisorbato 60, Polisorbato 80, Monoestearato de glicerilo, Alcohol cetílico, Parafina líquida y agua purificada.

Propiedades

- Bactericida frente a la mayoría de las bacterias gram-positivas y gram-negativas, y también es efectiva frente a levaduras y hongos.

Indicaciones

- Tratamiento y prevención de infecciones en las quemaduras de 2º y 3º grado y heridas y úlceras.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a las sulfamidas.

Modo de empleo

- Lavar y limpiar la herida
- Aplicar de forma estéril una capa de 3 mm de grosor sobre la superficie de la herida.
- Cubrir con un vendaje.
- En heridas no muy contaminadas renovar 1 – 2 veces al día. En muy contaminadas se puede precisar cambios cada 4 – 6 horas.

Recomendaciones

- No exponer las zonas tratadas al sol ya que puede producirse decoloración cutánea local y coloración gris de la crema.
- Posibilidad de acumulación en caso de insuficiencia renal y hepática. En estos casos, no se recomienda aplicar sobre lesiones abiertas.

DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓN

Las estrategias que se llevarán a término para la difusión, conocimiento e implantación de la presente Guía y los documentos y procedimientos que conlleva la misma serán las siguientes:

- Distribución de la Guía a todos los Centros de Salud del Departamento 16.
- Distribución de la Guía a todos los Servicios del Hospital Marina Baixa y Centro de Especialidades.
- Difusión de la Guía a través de la Web del Departamento: www.dep16.san.gva.es, así como una web interactiva donde las personas interesadas puedan poner a prueba sus conocimientos
- En la Web del Departamento pretendemos implantar un mecanismo de consulta, mediante correo electrónico, tanto para profesionales de la salud, como para usuarios que deseen compartir sus inquietudes con los miembros del Comité de UPP y Heridas Crónicas.
- Realizar talleres formativos para aquellas personas interesadas en colaborar con el proyecto, introduciendo la Guía entre los compañeros de su servicio.
- Realizar un póster (Figura 10) con la síntesis de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las UPP para cada Servicio y Centro de Salud.
- Confeccionar un tríptico de bolsillo, con la información más relevante, para que los profesionales puedan tener siempre a su alcance.
- Dar difusión en todo el Departamento 16 de la puesta en marcha de la Guía, mediante un artículo en la revista sanitaria "Fent Salut", así como diferentes notas de prensa para los medios de comunicación más próximos.
- Aprovechar los cursos EVES, sobre UPP, para dar a conocer a los participantes la Guía.
- Realizar una jornada para personal de enfermería donde dar a conocer la Guía.

Una vez concluido el periodo de difusión de la Guía, debe comenzar el control de su implantación. Para ello se controlarán los siguientes indicadores:

- Encuestas de verificación del conocimiento de la Guía por parte del personal de enfermería.
- Grado de conocimiento y uso de la escala de Braden para controlar el riesgo de padecer UPP de nuestros pacientes.
- Verificación de la presencia del documento de control de las UPP en las historias de los pacientes que presenten úlceras.
- Comparar los niveles de prevalencia de UPP obtenidos antes de la puesta en marcha de la Guía, con los que se irán conociendo más tarde.

El Comité de UPP y Heridas Crónicas, será el responsable del seguimiento de la difusión e implantación de la Guía, así como todas las intervenciones oportunas para llevar a buen término el presente proyecto.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PREVENCIÓN **PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD/ACTIVIDAD**

ESCALA DE BRADEN

SIN RIESGO ≥ 19
Reevaluar en caso de cambios en el estado del paciente

ESCALA DE BRADEN				
Puntuaje	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente intacta	Muy limitada	Ligeramente limitada	No limitada
Humedad	Completamente húmeda	Muy húmeda	Casi o ligeramente húmeda	Bastante húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Mobilidad	Intervál	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema potencial	Es un problema potencial	Sin problema aparente	

BAJO RIESGO (15-18)

- Higiene cada 24h
- Cambios posturales 1 vez por turno
- Protección de las zonas de presión
- Hidratación diaria
- Acidos grasos hidroxiogénicos (AGHO)
- Soporte nutricional
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Medición del riesgo mínimo una vez semanal

RIESGO MEDIO (13-14)

- Higiene cada 24h
- Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 4 horas
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Hidratación cada 12h + AGHO
- Soporte nutricional
- Medición del riesgo mínimo una vez semanal

ALTO RIESGO ≤ 12

- Higiene cada 12h
- Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
- Cambios posturales cada 4 horas
- Hidratación por turno + AGHO
- Soporte nutricional
- Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etc.
- Medición del riesgo mínimo cada vez semanal

DIAGNÓSTICO

Grado I
Altección
Epitelio íntegro
Color rojo/rosado
Higiene estricta + 24 horas
El síntoma se resuelve con la presión de los dedos



Grado II
Altección
Epitelio y dermis
Fibras o vasos
Decoloración y grietas



Grado III
Altección
Sólo celular subcutáneo
Bordes definidos
Poco necrosis
Puede haber material semisorgido, fibrilaciones y coágulos



Grado IV
Altección
Músculo
Se pueden observar articulaciones
Sujos vasculares y tendones
Pueden aparecer fístulas y sepsis



TRATAMIENTO

MANTENER MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- SOPORTE NUTRICIONAL
- SOPORTE EMOCIONAL
- EDUCACIÓN SANITARIA
- VALORACIÓN DEL PACIENTE

CUIDADOS ESPECÍFICOS:

- VALORACIÓN DE LA HERIDA
- LIMPIEZA DE LA HERIDA
- CUIDADOS DE LA PIEL PERIHERAL
- PREPARACIÓN DEL LECHO Y CURA HÚMEDA








TIPO DE TEJIDO	EXUDADO	RECOMENDACIONES	
 NECROSADO	Húmedo Escaso	Desbridamiento	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado
	Moderado Abundante	Desbridamiento	Atención Hidrofibra de hidrocolado Algas
 ESFACELOS	Moderado Abundante	Desbridamiento	Atención Hidrofibra de hidrocolado Algas
	Escaso Moderado	Desbridamiento	Desecar, heparina Apósito de plata
 SOSPECHA DE INFECCIÓN	Escaso Moderado	Desbridamiento	Desecar, heparina Apósito de plata
	Moderado Abundante	Desbridamiento	Desecar, heparina Apósito de plata
 GRANULACIÓN	Ninguno Escaso	Aislar humedad Hidrogel	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado Hidrocolado seco
	Escaso Moderado	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado Hidrocolado seco
 Moderado Abundante	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado Hidrocolado seco	
	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado Hidrocolado seco	
 EPITELIZACIÓN	Ninguno Escaso	Aislar humedad Hidrogel	Protección Espuma de poliuretano Hidrocolado seco
	Protección y alivio AGHO	Protección y alivio Espuma de poliuretano Hidrocolado seco	
 ERITEMA	Ninguno Escaso	Protección y alivio AGHO	Protección y alivio Espuma de poliuretano Hidrocolado seco
	Protección y alivio AGHO	Protección y alivio Espuma de poliuretano Hidrocolado seco	

Figura 10. Póster divulgativo

Ruedas horarias de los cambios posturales:

SEMI-ENCAMADO

ENCAMADO

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Consejos en la manipulación de personas Dependientes:

- Asegúrese de que la movilización no esté contraindicada.
- Explique a la persona el movimiento que va a hacerle.
- Ayude a la persona de forma suave evitando movimientos bruscos.
- Al mover a personas dependientes, sea consciente de que como cuidador está expuesto a sufrir lesiones que podrá evitar siguiendo estos otros consejos:
 - Mantenga siempre la espalda erguida.
 - Flexione las piernas y no la columna al levantar o mover a la persona.
 - Separe peso.
 - Mantenga los pies para tener más estabilidad.
 - Contenga la musculatura de los glúteos y abdomen antes de iniciar el esfuerzo.
 - Empuñe soportes y levante seguros.
 - Empuñe lo mejor que pueda.
 - Trabaje con la altura adecuada al nivel de las caderas.
 - Tenga carga del cuerpo la carga a coger.
 - Si debe moverse entre dos personas, es de las espaldas.
 - Si la persona es muy dependiente y dispone de medios como grúas, utilícelas, ya que le facilitará mucho su trabajo.

CUIDAR AL CUIDADOR.

NO SE OLVIDE DE USTED, CÚIDESE.

Vigile su estado de salud.

Duerma y descanse lo necesario.

Relacionese con sus amigos, conocidos o compañeros tanto como le permita su situación real. Procure distraerse.

Déjese ayudar por quienes también piensan en usted.

Pida ayuda y déjese asesorar por su enfermera, trabajadora social u otro personal cualificado.

ÚLCERAS POR PRESIÓN. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CUIDADOR PRINCIPAL.

DEPARTAMENT MARINA BAIXA

Figura 11. Tríptico (1)

¿Qué son las úlceras por presión?

También llamadas úlceras por decúbito, escaras o llagas. Una úlcera por presión es toda lesión de la piel que se produce en cualquier parte del cuerpo que sufra una presión prolongada sobre un plano duro.

¿Por qué se producen?

Fundamentalmente por la **presión directa** (el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso) pero también por la **fricción** (al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo) y el **deslizamiento** (cuando el paciente está sentado y se ve resquebrajado poco a poco).

La presión mantenida, durante mucho tiempo, provoca que la sangre no fluya por los vasos de la zona afectada, produciéndose la lesión.

Por tanto podemos afirmar que la causa de las úlceras es la presión mantenida a lo largo del tiempo.

PRESIÓN + TIEMPO = ÚLCERA

¿Cómo se pueden evitar?

Las úlceras por presión son evitables en la mayoría de los casos. Es posible conseguir que no aparezcan.

1. Cuidando la piel cada día:

- Lávase con agua tibia y jabón neutro, aclarar abundantemente, secar sin frotar, aplicar alguna crema hidratante.

- Vigile la zona de los pliegues cutáneos.
- Aproveche este momento para vigilar las zonas de riesgo (tales, caderas, talones, tobillos, codos...).
- Lávate de manos antes y después de manipular al paciente.

2. Controlando la incontinencia:

- La piel de las zonas que están en contacto con la humedad es más frágil porque está la hidratación.
- En el caso de que el paciente sufra incontinencia urinaria o fecal, es necesario utilizar pañales absorbentes, sondas o colectores, que deben cambiarse cada vez que sea necesario.
- Use cremas barrera (pomada con su enfermera).
- En cada cambio de dispositivo hay que hacer una higiene correcta de la piel, limpiando a hidratar bien la zona surrounding.

3. Aportando nutrientes e líquidos:

- Débeles ofrecerle al paciente una dieta equilibrada y muchos líquidos.
- La dieta debe contener el tipo de alimentos y la cantidad necesaria que aporten los nutrientes que se necesitan, evitando el sobrepeso o la pérdida de peso excesiva.
- Es importante asegurar el aporte diario de proteínas (carne, pescado, huevos y lácteos), vitaminas y minerales (frutas, verduras y hortalizas frescas).

4. Disminuyendo la presión:

- Hay que estimular la actividad, hacer cambios de postura y usar almohadones y rollos especiales y sistemas de protección local. No utilizar frotadores, están contraindicados por disminuir el riesgo sanguíneo.
- Si el paciente puede hacer movilizaciones por sí mismo, animarle a que las haga con frecuencia.
- Recomendando que cambie los puntos de apoyo en la cama o en la silla cada 15 o 30 minutos.
- Los cambios de postura son imprescindibles tanto en la prevención como en el tratamiento de las úlceras por presión.
- Ayuda a cambiar de postura al paciente que está en

cama o sentado, si no puede hacerlo por sí mismo.

- Cambie de postura al paciente cada 2 o 3 horas.
- Evite colocar al paciente sobre las úlceras para no interferir en la curación.
- Mantenga la alineación del cuerpo del paciente.
- Mover al paciente siguiendo una rotación sistemática: decúbito dorsal, decúbito boca arriba y decúbito izquierdo.
- Aproveche los cambios posturales para observar la suda o la botella para sus necesidades.
- Al hacer el cambio de postura, no arrastre el cuerpo del paciente; muevalo utilizando una sábana doblada para evitar:
 - Evita los ruidos y las arrugas en las sábanas.

Tumbado boca arriba:

- La cabecera de la cama debe estar lo más plana posible (no hay que elevarla más de 30°).
- Colocar un rollo bajo las piernas, debajo los talones al aire, sin contacto con la cama.

Tumbado de costado:

- Flexione la rodilla contra el lado donde quiera volverse.
- Ore el paciente.
- Coloque una almohada paralela a la espalda.
- Coloque el hombro sobre el que se apoya el cuerpo.
- Coloque una almohada entre las piernas.

Sentado:

- Coloque al paciente apropiado en el respaldo del asiento, con la espalda lo más recta posible.
- Para disminuir la presión sobre las rodillas, intente a que las piernas de un lado a otro cada 15 minutos. Si el paciente no puede hacerlo por sí mismo, ayúdale a hacerlo como

Figura 12. Tríptico (2)

BIBLIOGRAFÍA

- Aragón Sánchez, FJ. Lázaro Martínez, JL et al. V **Valoración y cuidado de pacientes con úlcera de pie diabético**. Guía de consulta. Coloplast 2003.
- Aznar García, M. A. **Manual para el tratamiento de heridas ¿Cómo elegir el apósito correcto?**. Ed. DM Librero-Editor. Murcia. 2007
- Baños Lázaro Y, Jiménez Acebron, D et al. **Guía de cuidados enfermeros de heridas crónicas**. Disponible en: http://www.gneaupp.org/docs/guia_mad.pdf. Diciembre 2005.
- Bernal M. C., Curcio C. L. , Chacón J. A., Gómez J. F. , Botero A. M. **Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos**. Revista española de geriatría. Septiembre 2001. Volumen 36 - Número 05 p. 281 - 286.
- Braden BJ, Bryant R. **Innovations to prevent and treat pressure ulcers**. Geriatr Nurs 1990. 11(4):182-6.
- **BRADEN SCALE FOR PREDICTING PRESSURE SORE RISK** en <http://www.bradenscale.com> Acceso en abril 2008.
- Crespo E, Calatrava R, Marín LA. **TRATAMIENTO DE HERIDAS MEDIANTE SISTEMA DE VACÍO (VAC)**. Acta Ortop. Castellano-Manch. N° 5, 2004
- Delgado Fernández, R. Pérez Vázquez, A. **Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión**. Xunta de Galicia Consellería de Sanidade. SERGAS División de Asistencia Sanitaria. Disponible en: http://www.gneaupp.org/documentos/guias/guia_galicia.zip . Acceso julio 2008.
- De Ulibarri Pérez JI. **La desnutrición hospitalaria**. Nutr Hosp. 2003 Mar-Apr;18(2):53-6.
- De Ulibarri Pérez JI, Picon Cesar MJ, García Benavent E, Mancha Álvarez-Estrada A. **Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria**. Nutr Hosp. 2002 May-Jun;17(3):139-46.
- Díaz Mendi, A. **Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión**. Servicio Cántabro de Salud. Disponible en:http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf. Marzo 2005
- Domínguez Rodríguez, MC; Trujillo González, JM; González Méndez, T. **ÚLCERAS POR PRESIÓN; ¿....Y AHORA, QUÉ APÓSITO UTILIZO?** Nure Investigación, nº 22, Mayo-Junio 2006.

- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Abstracts from the first EPUAP Open Meeting. **UTILISATION OF EVIDENCE BASED MEDICINE WITH REFERENCE TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE SORES.** <http://www.epuap.org/abstracts/abstract97b.html> Acceso abril 2008.
- European Pressure Ulcer Advisory (EPUAP) **Panel Recomendaciones nutricionales para el tratamiento y prevención de la úlcera por presión.** Disponible en: http://www.epuap.org/guidelines/spanish_nutritional_guidelines.pdf Acceso julio 2008.
- European Wound Management Association (EWMA). **Preparación del lecho de la herida.** 2004. Disponible en: <http://www.ewma.org/pdf/may07/posdoc%20Spanish%2007final.pdf> Acceso en julio 2008.
- European Wound Management Association (EWMA). **Tratamiento de la infección en heridas.** 2006. Disponible en: http://www.ewma.org/pdf/spring06/Spanish_pos_doc_2006.pdf Acceso en julio 2008.
- Gago Fornells M, García González F. **Cuidados de la piel Perilesional.** Fundación 3M y Drug Farma; 2006. Disponible en: http://www.fundacionsergiojuan.org/pdf_gneaupp/libro_piel_perilesional.pdf Acceso en julio 2008.
- García Fernández FP, Carrascosa García MI, Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parras JM, Mármol Felgueras MA, Domínguez Maeso A. **Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión.** Evidentia 205, sept; 2(supl). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/167articulo.php> Acceso julio 2008.
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL. **Escalas de Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión ¿Cuál usar y por que?.** III Encuentro nacional de comisiones de úlceras por presión. Arnedillo, noviembre 2007.
- García Fernández, FP; Ibars Moncasi, P; Martínez Cuervo, F. et al. Documento Técnico nº X. **Incontinencia y Úlceras por Presión.** 1ª Ed. GNEAUPP. Madrid. 2006.
- Gastelu-Iturri Bilbao, J. Atienza Merino, G. **Evaluación de la eficacia y seguridad de la presión negativa en el tratamiento de heridas crónicas.** Xunta Galicia. Santiago de Compostela. Disponible en: http://www.sergas.es/Gal/Servicios/docs/AvaliacionTecnoloxias/VAC%20CT2005_01.pdf Sep. 2005. Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). **Directrices Generales Sobre Prevención de las Úlceras Por Presión.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevencion.pdf> Acceso en julio 2008.

- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). **Directrices Generales sobre estadiaje de las úlceras por presión.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/estadiaje.pdf> Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). **Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/tratamiento.pdf> Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). **Directrices Generales sobre normas básicas para la obtención de una muestra de exudado de una úlcera por presión y otras heridas crónicas.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/muestras.pdf> Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). **Directrices Generales sobre dolor en el cambio de apósito.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/dolor.pdf> Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº8. **Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/antisepticos.pdf> Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº9. **Desbridamiento de Úlceras Por Presión y otras Heridas Crónicas.** Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf> Acceso en julio 2008.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento de Posicionamiento nº IV. **Identificación de los criterios de infección en heridas.** Disponible en: http://www.gneaupp.org/documentos/ewma/DOC_POS_4.pdf Acceso en julio 2008.
- Grupo de Trabajo sobre Úlceras Vasculares de la A.E.E.V. **Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vasculare (A.E.E.V.). Guía clínica.** Disponible en: <http://www.aeev.net/documentos/consenso2005.pdf> .Mayo 2004. Acceso en julio 2008.
- Joanna Briggs Institute, **Solutions, techniques and pressure for wound cleansing, Best Practice.** 2003.Vol 7 Iss 1.
- Karsten Fogh, Chris Glynn, et al. **Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas. Guía de consulta.** Coloplast 2006.

- López Alonso, SR; García Aguilar, RA et al. **Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.** Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf> Acceso en julio 2008.
- López J C, Cano M D, Argüello M J. **Las úlceras por presión.** En: Actuación de enfermería ante las úlceras y heridas. 1ª ed. Madrid. Lab. Knoll. 79-92.
- Morán Casado et al. **Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión.** Hospital Marqués de Valdecilla. Cantabria. Disponible en: http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/manual_valdecilla.pdf Julio 2005. Acceso en julio 2008.
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, López Medina IM, Álvarez Nieto C. **Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review.** J. Adv. Nurs. 2006; 54(1): 94-110.
- Pancorbo Hidalgo, PL.; García Fernández, FP. **Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados.** Gerokomos 2001; 12 (4): 175-184.
- **Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers. Registered Nurses Association of Ontario.** Disponible en: www.rnao.org/bestpractices . Acceso en julio 2008.
- Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Ribera J. **Cuidados de Enfermería al Paciente con úlceras por Presión. Guía de Prevención y Tratamiento.** Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz 2003. Disponible en: http://www.saludmultimedia.net/guest/gneaupp_files/guia_cadiz.pdf Acceso julio 2008.
- Rodríguez Torres M^a. del C., Soldevilla Agreda J.J. **¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?** Gerokomos. Vol.18 nº1-2007.
- Soldevilla Agreda JJ et al. **Epidemiología de las úlceras por presión en España.** Gerokomos/Helcos 1999; 10 (2): 75-87.
- Soldevilla Agreda, J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; Martínez Cuervo, F.; López Casanova, P.; Rueda López, J.; Mayán Santos, J.M.: **2º ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ESPAÑA, 2005. EPIDEMIOLOGÍA Y VARIABLES DEFINITORIAS DE LAS LESIONES Y PACIENTES.** GEROKOMOS 2006; 17 (3): 154-172.
- Soldevilla Agreda, JJ Navarro Rodríguez, S. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. 2004 SPA, S. L. ISBN: 84-95552-17-5 Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Orbeagozo Aramburu A, Blasco García C, San Sebastián JA, Lyder CH, Posnnet J, Chapman N. **Epidemiología, impacto**

y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En Soldevilla JJ, Torra JE. Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Edición. SPA. Madrid. 2004.

- Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J. **1er estudio nacional de prevalencia y tendencias de prevención de UPP en España** (2001). Gerokomos; 2003, 14 (1): 37-47.
- Torra i Bou JE, Segovia Gomez T, Verdú Soriano J, Nolasco Bonmatí A, Rueda López J, Arboix i Perejamo M. **The effectiveness of a hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers.** J Wound Care. 2005 14(3):117:121.
- Torra JE, Soldevilla JJ, Rueda J et al. **Abordaje de la carga bacteriana y de la infección en las heridas crónicas.** En Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral a las heridas crónicas. 1ª Ed. SPA. Madrid. 2004.
- Verdú, José; Nolasco, A; García, C. **Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España.** Período 1987-1999 Gerokomos 2003.14(4):212-226.
- Zambrano E, Torrelo A, Zambrano A. Dermatitis del pañal. En: Moraga Llop, FA: **Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica.** Asociación Española de Pediatría, 2003. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/dos/7.pdf> Acceso en julio 2008.



Índice

A

Ácido hialurónico	70
Ácidos grasos hiperoxigenados	72
Alginatos	64
Algoritmo de prevención / tratamiento	19
Apósitos	38
Tabla	39
Apósitos con plata	70

B

Braden - Bergstrom	18
--------------------------	----

C

Carbón	67
Carga bacteriana	38
Clasificación	13
Colágeno	70
Colonización	36
Crema de colagenasa	73
Cremas barrera	72
Cuidados	22
Cultivo	37

D

Datos epidemiológicos	9
Definición	9
Desbridamiento	34
Autolítico	35
Cortante	35
Enzimático	35
Mecánico	36
Dolor	40

E

Educación	32
Etiopatogenia	56

F

Flammazine®	74
-------------------	----

G

Gasas impregnadas	68
-------------------------	----

H	
<i>Hidrocoloides</i>	69
<i>Hidrofibra de hidrocoloide</i>	66
<i>Hidrogel</i>	63
<i>Higiene</i>	26
I	
<i>Infeción</i>	36
M	
<i>Movilidad</i>	28
N	
<i>Nitrofurazona</i>	73
<i>Niveles de riesgo</i>	20
<i>Nutrición</i>	22
<i>Alteración nutricional por defecto</i>	23
<i>Alteración nutricional por exceso</i>	24
P	
<i>Películas de poliuretano</i>	65
<i>Películas protectoras</i>	65
<i>Pie diabético</i>	51
<i>Piel perilesional</i>	40
<i>Poliuretano</i>	65
<i>Posiciones</i>	28
R	
<i>Registro</i>	31
S	
<i>Silicona</i>	71
<i>Superficies</i>	31
T	
<i>Tratamiento</i>	33
<i>Cuidado de la úlcera</i>	34
<i>Presión</i>	33
<i>Valoración</i>	33
<i>Tratamientos alternativos</i>	41
U	
<i>Úlceras arteriales</i>	48
<i>Úlceras neoplásicas</i>	60
<i>Úlceras venosas</i>	47
V	
<i>Valoración del riesgo</i>	14

