



DIRECTRICES GENERALES **SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION**

(Doc.III.GNEAUPP)

Preámbulo

Las presentes directrices generales son fruto del consenso de un grupo de profesionales asistenciales y docentes de diferentes niveles asistenciales que participaron en el Primer Panel del GNEAUPP sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión (Arnedillo 1998). Posteriormente se han incorporado recomendaciones fruto de las evidencias generadas en esta área del conocimiento.

Su contenido se enmarca dentro de las diferentes líneas de trabajo del GNEAUPP, y en una directa relación con otros documentos como las DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN, así como los Documentos generados en el seno de la European Wound Management Association, European Pressure Ulcer Advisory Panel así como National Pressure Ulcer Advisory Panel norteamericano.

El principal objetivo de las directrices es que sean de utilidad para los diferentes contextos asistenciales.

Este documento, al igual que los otros documentos del GNEAUPP puede ser utilizado para la elaboración de guías de práctica clínica a nivel local. Agradeciéndole sea citado como fuente bibliográfica, para lo que se sugiere el siguiente formato:

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003

Introducción:

Las úlceras por presión son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial.

El tratamiento del paciente con úlceras por presión debería tener presente los siguientes elementos:

- Contemplar al paciente como un ser integral
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención (Ver Directrices Generales de Prevención del GNEAUPP)
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados
- Desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión a nivel local con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y la atención socio-sanitaria
- Configurar un marco de práctica asistencial basada en evidencias científicas
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste/beneficio
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.

Las directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión se presentan ordenadas bajo los siguientes epígrafes:

- Valoración
- Alivio de la presión en los tejidos
- Cuidados generales
- Cuidados de la úlcera
- Colonización e infección bacteriana en las úlceras por presión
- Reparación quirúrgica de las úlceras por presión
- Educación y mejora de la calidad de vida
- Cuidados paliativos y úlceras por presión
- Evaluación: indicadores y parámetros

1.- VALORACION

Sería inapropiado centrarse exclusivamente en la valoración de la úlcera por presión y no tener en cuenta la valoración global del paciente.

La evaluación integral al paciente con úlceras por presión precisa de una valoración en tres dimensiones : Estado del paciente, la lesión y su entorno de cuidados.

1.1.Valoración inicial del paciente

Realice una historia y examen físico completos, prestando especial atención a :

- Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia,...). El uso de una escala de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión puede ser de gran utilidad (ver Documento I-GNEAUPP: Directrices Generales de Prevención de las Úlceras por Presión)
- Identificación de enfermedades que puedan interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares y del colágeno, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos, psicosis, depresión,...)
- Edad avanzada
- Hábitos tóxicos : tabaco, alcohol...
- Hábitos y estado de higiene
- Tratamientos farmacológicos (corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, inmunosupresores , fármacos citotóxicos,...)

.Valoración nutricional

- Utilice un instrumento sencillo de valoración nutricional para identificar estados de malnutrición (calorías, proteínas, nivel de albúmina sérica, minerales, vitaminas,...)
- Reevalúe periódicamente.

.Valoración psicosocial

- Examine la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico.

1.2 Valoración del entorno de cuidados

Identificación del cuidador principal

Valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno cuidador (familia, cuidadores informales ,...)

1.2. Valoración de la lesión

A la hora de valorar una lesión, ésta debería poder ser descrita mediante unos parámetros unificados para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales implicados, lo que a la vez va a permitir verificar adecuadamente su evolución.

Es importante la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

Esta valoración debiera de incluir al menos , los siguientes parámetros:

- Localización de la lesión
- Clasificación-estadiaje (Ver Documento II-GNEAUPP: Clasificación-Estadiaje de las Ulceras por Presión)
 - * Estadío I :
 - * Estadío II:
 - * Estadío III:
 - * Estadío IV:
- Dimensiones :
 - * Longitud-anchura (diámetro mayor y menor)
 - * Area de superficie
(en úlceras elípticas, dada su mayor frecuencia : área = diámetro mayor x diámetro menor) x $\pi/4$
 - * Volumen
- Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
- Tipos de tejido/s presente/s en el lecho de la lesión:
 - * Tejido necrótico
 - * Tejido esfacelado
 - * Tejido de granulación
- Estado de la piel perilesional
 - * Integra
 - * Lacerada
 - * Macerada
 - * Eczematización, celulitis,...
- Secreción de la úlcera
 - * Escasa
 - * Profusa
 - * Purulenta
 - * Hemorrágica
 - * Serosa
- Dolor
- Signos clínicos de infección local
 - * Exudado purulento
 - * Mal olor
 - * Bordes inflamados
 - * Fiebre
- Antigüedad de la lesión
- Curso-evolución de la lesión

2.- ALIVIO DE LA PRESION SOBRE LOS TEJIDOS

Aliviar la presión supone evitar la anoxia , la isquemia tisular y las lesiones relacionadas con ellas (lesiones por reperfusión, ...), incrementando de esta manera, la viabilidad de los tejidos blandos y situando a la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.

Cada actuación estará dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento. Esta disminución de la presión puede obtenerse mediante la utilización de técnicas de posición (encamado o sentado) y la elección de una adecuada superficie de apoyo.

2.1. Técnicas de posición

2.1.1. *Con el paciente sentado.*

Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que el individuo permanezca sentado.

A modo excepcional y siempre que pudiera garantizarse el alivio de la presión mediante el uso de dispositivos especiales de apoyo, se permitirá esta posición durante periodos limitados de tiempo, manteniendo así la buena funcionalidad del paciente.

La posición de los individuos sentados que no presentaran una lesión en ese nivel, debe de variarse al menos cada hora, facilitando el cambio de apoyo de su peso cada quince minutos, mediante cambio postural o realización de pulsiones¹.

Si no fuera posible variar la posición cada hora, deberá ser enviado nuevamente a la cama.

2.1.2. *Con el paciente encamado.*

Los individuos encamados no deben apoyar sobre la úlcera por presión.

Cuando el número de lesiones, la situación del paciente o los objetivos de tratamiento impiden el cumplimiento de la anterior directriz, se deberá disminuir el tiempo de exposición a la presión aumentando la frecuencia de los cambios. Se puede utilizar una amplia variedad de superficies de apoyo que pueden ser de utilidad en la consecución de este objetivo.

En ambas posiciones:

- Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo
- Siempre realizar un plan individualizado y escrito.
- En los distintos niveles asistenciales y especialmente en el contexto de la atención comunitaria, será necesario implicar a la persona cuidadora en la realización de las actividades dirigidas al alivio de la presión .

Para una descripción más detallada sobre estas estrategias, se le remite al Documento II-GNEAUPP: Directrices Generales de Prevención de las Úlceras por Presión .

2.2. Superficies de apoyo

El profesional deberá considerar varios factores cuando selecciona una superficie de apoyo, incluyendo la situación clínica del paciente, las características de la Institución o del nivel asistencial y las propias características de esa superficie de apoyo.

La utilización de superficies de apoyo es importante tanto desde el punto de vista de la prevención, como bajo la óptica de medida coadyuvante en el tratamiento de lesiones instauradas.

La elección de superficies de apoyo deberá basarse en su capacidad de contrarrestar los elementos y fuerzas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar estas lesiones o agravarlas, así como la conjunción de otros valores como la facilidad de uso, el mantenimiento, los costos, y el confort del paciente.

Las superficies de apoyo pueden actuar a dos niveles, las superficies que reducen la presión, reducen los niveles de la misma, aunque no necesariamente por debajo de los valores que impiden el cierre capilar. En el caso de los sistemas de alivio de la presión se produce una

¹ Nos referimos a pulsión como ejercicio de contracción-relajación de un grupo muscular concreto.

reducción del nivel de la presión en los tejidos blandos por debajo de la presión de oclusión capilar además de eliminar la fricción y el cizallamiento.

Es importante recordar que las superficies de apoyo son un valioso aliado en el alivio de la presión, pero que en ningún caso sustituyen a los cambios posturales.

Use una superficie que reduzca o alivie la presión, de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.

En este sentido las directrices son:

- Todo paciente que presente una o varias úlceras por presión debe considerarse como de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones y por tanto debe siempre ser posicionado sobre una superficie especial para el manejo de la presión dinámica.
- En el caso de no ser posible, use una superficie estática si el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión.
- Emplee una superficie dinámica de apoyo si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la/s úlcera/s por presión.

De acuerdo con las evidencias científicas disponibles se recomienda a los responsables de recursos de los distintos niveles asistenciales, tanto en atención especializada como comunitaria donde son atendidos pacientes con úlceras por presión o susceptibles de padecerlas, la conveniencia-obligación de proveer de este tipo de superficies por el beneficio que de su uso puede obtenerse tanto en el plano preventivo como curativo.

Se recomienda la asignación de recursos de acuerdo con el riesgo del paciente, por lo que se sugiere la utilización sistemática de una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión que esté validada en la literatura científica y que se adecue a las necesidades del contexto asistencial de referencia.

Tabla I

Requisitos para las superficies de apoyo

- Que sea eficaz en cuanto a la reducción ó alivio de la presión tisular
- Que aumente la superficie de apoyo
- Que facilite la evaporación de la humedad
- Que provoque escaso calor al paciente
- Que disminuya las fuerzas de cizalla
- Buena relación coste/beneficio
- Sencillez en el mantenimiento y manejo
- Que sean compatibles con los protocolos de control de infecciones
- Que sean compatibles con las necesidades de Reanimación cardio-pulmonar en ámbitos con pacientes de elevada complejidad médica

Existen en el mercado superficies especiales diseñadas para pacientes pediátricos (incubadora, cuna, cama pediátrica), pacientes adultos y casos de pacientes extremadamente obesos.

Tabla II

Tipos de superficies de apoyo

Superficies estáticas

Colchonetas-cojines estático de aire

Colchonetas-cojines de fibras especiales (siliconizadas)

Colchonetas de espumas especiales
Colchones-cojines viscoelásticos

Superficies dinámicas

Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire
Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire
Camas y colchones de posicionamiento lateral
Camas fluidificadas
Camas bariátricas
Camas que permiten el decúbito y la sedestación

3.- CUIDADOS GENERALES

3.1. Prevención de nuevas lesiones por presión

Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar nuevas úlceras por presión en aquellos pacientes que ya presentan o presentaron alguna de estas lesiones.

Por todo ello será necesario continuar, aún con mayor énfasis con todo el programa de prevención aludido (Documento I-GNEAUPP: Directrices Generales de Prevención sobre las Úlceras por Presión).

3.2. Soporte nutricional

La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas. Habitualmente en los pacientes con úlceras por presión anidan otros problemas que pueden dificultar una adecuada nutrición (edad avanzada, inapetencia, carencia de dientes, problemas neurológicos, bajo nivel de conciencia, ...)

Una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que complicaciones locales como la infección.

Se puede diagnosticar la desnutrición mediante la realización de medidas antropométricas, determinación clínica de la albúmina sérica (proteína visceral de vida larga), de la transferrina sérica (proteína visceral de vida corta) y del conteo linfocitario total. Otra variable a tener en cuenta son las disminuciones o pérdidas involuntarias de peso.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización.

Hoy en día existen evidencias de que hay algunos nutrientes específicos como la arginina (un aminoácido semi esencial) que es básica para el proceso de cicatrización y cuyas cantidades necesarias son prácticamente imposibles de obtener de los nutrientes disponibles en una dieta normal. En el mercado existen productos que contienen arginina.

La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de :

- * Calorías (30-35 Kcal x Kg.peso/día)
- * Proteínas (1.25 - 1.5 gr./Kg.peso/día)
(pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr./Kg.peso/día).
- * Minerales : Zinc , Hierro, Cobre
- * Arginina
- * Vitaminas : Vit C, Vit A, Complejo B
- * Aporte hídrico (1cc Agua x Kcal.día)(30 cc Agua/día x Kg.peso)

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a dietas completas o suplementos nutricionales formulados especialmente para pacientes con heridas crónicas.

3.3. Soporte emocional

La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.

En el caso de las úlceras por presión, éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, autoimagen, autoestima, etc. por lo que habrá de tenerse presente esta importante dimensión al tiempo de planificar sus cuidados.

4.- CUIDADOS DE LA ULCERA

El cuidado local de una úlcera de estadio I se ha de basar en:

- Aliviar la presión en la zona afectada
- Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (para mejorar la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular)
- Uso de medidas locales en el alivio de la presión (p.e. apósitos que cumplan con los siguientes requisitos: efectivos en el manejo de la presión, que reduzcan la fricción, que permitan la visualización de la zona lesional al menos una vez al día, que no dañen la piel sana y que sean compatibles con la utilización de productos tópicos para el cuidado de la piel)

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera de estadio II, III y IV debe de contemplar:

1º Desbridamiento del tejido necrótico

2º Limpieza de la herida

3º Prevención y abordaje de la infección bacteriana

4º Elección de un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal

4.1.- Desbridamiento

La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico bien sea como escara negra, amarilla,..., de carácter seco o húmedo, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

En cualquier caso la situación global del paciente (enfermos con trastornos de la coagulación, enfermos en fase terminal de su enfermedad, etc.) así como las características del tejido a desbridar, condicionará el tipo de desbridamiento a realizar.

De forma práctica podremos clasificar los métodos de desbridamiento en : cortantes (quirúrgicos), químicos (enzimáticos), autolíticos y mecánicos.

Estos métodos no son incompatibles entre sí. Sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados (p.e. desbridamiento cortante asociado a desbridamiento enzimático y autolítico).

4.1.1.- Desbridamiento cortante o quirúrgico

Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.

El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica y material estéril. Por otro lado, la política de cada Institución o nivel asistencial determinará quién y dónde realizarlo.

El desbridamiento cortante deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de la aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaina 2%, EMLA, etc.) . La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cediera la situación con las medidas anteriores se recurrirá a la sutura del vaso sangrante. Una vez controlada la hemorragia sería recomendable utilizar durante un periodo de 8 a 24 horas un apósito seco, cambiándolo posteriormente por un apósito húmedo.

4.1.2.- Desbridamiento químico (enzimático)

El desbridamiento químico o enzimático es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico.

Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos, ...) que pueden utilizarse como agentes de detención química de los tejidos necróticos.

La colagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias. Existen evidencias científicas que indican que ésta, favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral mediante una película barrera, pasta de zinc, silicona, etc., al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

4.1.3.- Desbridamiento autolítico

El desbridamiento autolítico se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda.

Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados.

Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva y atraumática, no requiriendo de habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo. Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico.

En el caso de heridas con tejido esfacelado, los hidrogeles en estructura amorfa (geles), por su acción hidratante facilitan la eliminación de tejidos no viables, por lo que deben considerarse como una efectiva opción de desbridamiento.

4.1.4.- Desbridamiento mecánico.

En la actualidad son técnicas en desuso, al existir alternativas con menor riesgo de afectación del lecho lesional.

Se trata de técnicas no selectivas y traumáticas. Principalmente se realiza por abrasión mecánica a través de fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranómeros, mediante la irrigación a presión de la herida o la utilización de apósitos humedecidos que al secarse pasadas 4-6 horas se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada.

4.2.- Limpieza de la lesión

Limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura.

Utilice como norma suero salino fisiológico.

Use la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera así como para su secado posterior. Use una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de los detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o por ejemplo la que realizamos a través de una jeringa llena con 35 ml con una aguja o catéter de 19 mm que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 kg/cm². Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg/cm².

Como norma . no limpie la herida con antisépticos locales (povidona iodada, clorhexidina, agua oxigenada, Ácido acético, solución de hipoclorito,...) o limpiadores cutáneos. Todos son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo.

(Ver Documento VIII-GNEAUPP: Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas)

4.3.-Prevención y abordaje de la infección bacteriana

(Ver cap. 5 : "La colonización e infección bacteriana en las úlceras por presión)

4.4.-Elección de un apósito

Las evidencias científicas disponibles demuestran la efectividad clínica y bajo la óptica coste/beneficio (espaciamiento de curas, menor manipulación de las lesiones,...) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.

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 .

La selección de un apósito de cura en ambiente húmedo deberá de realizarse considerando las siguientes variables:

- . Localización de la lesión
- . Estado
- . Severidad de la úlcera
- . Cantidad de exudado
- . Presencia de tunelizaciones
- . Estado de la piel perilesional
- . Signos de infección
- . Estado general del paciente
- . Nivel asistencial y disponibilidad de recursos
- . Coste-efectividad
- . Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado

Para evitar que se formen abscesos o se "cierre en falso" la lesión será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por las características específicas del producto seleccionado.

Será preciso elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado sin permitir que deseque el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral.

Algunos apósitos de cura en ambiente húmedo pueden combinarse entre si, al igual que con otros productos para el cuidado de las heridas.

Para proteger la piel perilesional del exudado y otras agresiones, se aconseja la utilización de películas barrera no irritantes.

Tabla III

Apósitos basados en la técnica de la cura en ambiente húmedo

. Alginatos

En placa
En cinta

. Poliuretanos

En film/película
Espumas poliméricas en placa
Espumas poliméricas para cavidades
Espumas poliméricas con silicona
Espuma de gel de poliuretano

. Hidrocoloides

En placa
En gránulos
En pasta
Combinados con alginato cálcico
En fibra
En malla o tul

. Apósitos combinados

Hidrocoloides en placa con absorbentes
Hidrocoloides en placa con hidrofibra de hidrocoloide

. Hidrogeles

En placa
En estructura amorfa (geles)
Salinos
En malla o tul

Tabla IV

Otros tipos de apósitos

Apósitos con ácido hialurónico
Apósitos de carbón activado
Apósitos con plata en malla de carbón activado
Apósitos con plata de liberación directa
Apósitos de tul graso
Apósitos de malla de silicona perforada
Apósitos con carga iónica
Colágeno en polvo

4.5.- Tratamiento coadyuvante

En la actualidad existen otras terapias coadyuvantes con rasgos complementarios suficientes en el tratamiento de las úlceras por presión.

- La terapia de cicatrización asistida por vacío
- En otros países se utilizan los sistemas de estimulación eléctrica y térmica.

En cualquier caso deberá de asegurarse que se posee el equipo adecuado y personal adiestrado en su manejo , siguiendo los protocolos que han demostrado seguridad y eficacia en ensayos controlados así como las recomendaciones de sus fabricantes.

5.- LA COLONIZACION Y LA INFECCION BACTERIANA EN LAS ULCERAS POR PRESION

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas.

En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión, debe ser fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son :

- . Inflamación (eritema, edema, tumor , calor)
- . Dolor
- . Olor
- . Exudado purulento

La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos ,-inmunosupresores, citotóxicos-, enfermedades concomitantes,- diabetes, neoplasias,...-, edad avanzada, incontinencia, etc.) y otros relacionados con la lesión (estado, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, lesiones tórpidas, alteraciones circulatorias en la zona, etc.).

Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento.

Si transcurrido un plazo entre dos y cuatro semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento. Como alternativa previa pueden utilizarse apósitos que contengan plata en malla de carbón activado, los cuales se conoce que son efectivos en la reducción de la carga bacteriana o bien aplicar durante un periodo máximo de dos semanas, un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (p.e. sulfadiazina argéntica, ácido fusídico ...). La utilización de antibióticos debe de realizarse conforme a las políticas institucionales de uso racional aplicables.

Como opción a la utilización de antibióticos locales se podría utilizar apósitos con plata.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección. (Ver Documento IV-GNEAUPP: "Normas básicas para la obtención de una muestra de exudado de una ulcera por presión y otras heridas crónicas").

Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

Control de la infección

Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales

Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente. El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.

En pacientes con varias úlceras, comience por la menos contaminada.

Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión.

No utilice antisépticos locales.

Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

6.- REPARACION QUIRURGICA DE LAS ULCERAS POR PRESION

Se deberá considerar la reparación quirúrgica en aquellos pacientes con úlceras por presión en estadios III o IV que no responden al tratamiento convencional. Del mismo modo, será necesario valorar elementos como la calidad de vida, riesgos de recidiva, preferencias del paciente, etc. junto a las posibilidades para ser candidato a tratamiento quirúrgico (inmovilidad postquirúrgica evitando la presión sobre la región afectada, nutrición adecuada, pacientes medicamente estables, etc.).

7.- EDUCACION Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

El programa de educación debe ser una parte integral de la mejora de la calidad.

Los programas educativos son un componente esencial de los cuidados de las úlceras por presión. Estos deben integrar conocimientos básicos sobre estas lesiones y deben cubrir el espectro completo de cuidados para la prevención y tratamiento.

Serán dirigidos hacia los pacientes, familia, cuidadores y profesionales de la salud.

8.- CUIDADOS PALIATIVOS Y ULCERAS POR PRESION

El que un paciente se encuentre en estadio terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión.

En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar :

- No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de nuevas lesiones. Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estado, probablemente inevitable.
- Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas.
- Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.
- Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el discomfort causado por estos procedimientos.
- Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metronidazol, etc.
- En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

9.- EVALUACION : INDICADORES Y PARAMETROS

El registro evolutivo de las lesiones en un instrumento fundamental en el proceso terapéutico de las úlceras por presión.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de información que se genera en el proceso del cuidado de una persona con úlceras por presión, sería recomendable adoptar a nivel institucional registros tipo que faciliten su recogida y análisis posterior. Puede ser de gran utilidad la realización

periódica de fotografías de las lesiones .² Estos registros son de gran utilidad en el proceso de evaluación de la calidad asistencial y de protección de los profesionales ante posibles demandas judiciales.

El Documento VII-GNEAUPP: “Instrumento para la Monitorización de la Evolución de una Úlcera por Presión”, es una herramienta validada por el National Pressure Ulcer Advisory Panel que permite de una manera sencilla hacer el seguimiento de la evolución de una lesión.

Otro instrumento para evaluar la evolución de estas heridas puede ser el índice de severidad.

Índice de severidad (B.Braden): $[(\text{longitud} + \text{anchura}) / 2] \times \text{estadío de la UPP}$

² Cuando se realicen fotografías de lesiones, habrá de asegurarse del cumplimiento de los postulados éticos y legales aplicables.