

1.- CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

La Úlcera por Presión (UP) puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición. Se desecha en la actualidad el término úlcera por decúbito por no hacer referencia a la presión, factor determinante en su aparición, y por excluir a la que no han aparecido en decúbito.

Es un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad y elevada repercusión económica y social.

Lo más importante es que el 95% de las UP son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos.

Se calcula que su incidencia en la población general es del 1.7% entre los 55 y 69 años y del 3.3% entre los 70 y 75 años. No existen datos fiables de su incidencia en atención primaria. En alguna serie se estima que el 60% se desarrollan en el hospital. Más del 70% de las UP ocurren en mayores de 70 años.

2.- ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGÍA

El factor más importante en el desarrollo de las UP es la presión mantenida. A ella se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas y/o tangenciales, así como una serie de factores de riesgo que dependen fundamentalmente de las condiciones del paciente.

Las UP precisan la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo del cuerpo situadas sobre una superficie dura. Por ese motivo las áreas con prominencias óseas son las zonas más frecuentes de aparición de UP. La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acúmulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico incluso en menos de dos horas.

Las fuerzas de roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°), disminuyen la presión requerida para provocar daño tisular.

Se han descrito una serie de factores de riesgo en la aparición de la UP dependientes de las condiciones del paciente. De todos ellos la inmovilidad es el más importante.

3.- CLASIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN

En la evolución de las UP pueden diferenciarse varios estadios. Desde este punto de vista la clasificación más aceptada es la propuesta por la Agencia para Programas e Investigación de los Cuidados de Salud de Estados Unidos (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR), basada en la clasificación original de Byrne y Feld, que diferencia cuatro estadios.

CLASIFICACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LAS UP (SEGÚN AHCPR)

Estadio I:

Eritema que no palidece tras presión. Piel intacta (en pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración y calor local).

Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III:

Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla. La úlcera aparece como un cráter profundo y puede haber socavamiento en el tejido adyacente.

Estadio IV:

Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc). También puede asociarse a socavamiento y tractos fistulosos en el tejido adyacente.

El estadiaje correcto requiere la retirada previa de tejidos necróticos. La identificación del estadio I es crucial para establecer la necesidad de vigilancia y cuidados preventivos. Debe prestarse especial atención a los pacientes con yesos, dispositivos ortopédicos y medias de compresión, vigilando la aparición de lesiones próximas o subyacentes a los mismos.

Las localizaciones de UP más frecuentes son el sacro y trocánter.

4.- COMPLICACIONES

Las complicaciones primarias más frecuentes son dolor, anemia e infección (local o sistémica):

- Las UP pueden ser extremadamente dolorosas, especialmente durante su manipulación (curas, desbridamiento, cambios de posición o de ropas). Una analgesia eficaz y el control de la fuente del dolor mejoran el estado general y facilita la movilidad y la cooperación en los cuidados.
- La anemia será con frecuencia de origen multifactorial: hemorragia local en el desbridamiento, anemia debida a trastornos crónicos, y derivada de extracciones múltiples.
- La infección dificulta la curación de la herida y es una complicación habitual que puede llegar a ser grave: osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Se debe sospechar en toda úlcera que llega a fascia profunda o en aquellas que no afectan a fascia pero que presentan signos clínicos de infección: inflamación, aumento de exudado, de dolor o de tamaño. . No debe olvidarse la vacunación antitetánica en UP que alcanzan la fascia, por estar descrita mayor sensibilidad a sobreinfección por *Clostridium tetani*. Asimismo en pacientes portadores de cardiopatías con riesgo de endocarditis, debe hacerse profilaxis, al realizar manipulaciones locales importantes (biopsias, desbridamientos).
- Otras complicaciones sistémicas potenciales son: amiloidosis, endocarditis, formación de hueso heterotópico, infestación por parásitos, fístula uretro-perineal, pseudoaneurismas, artritis séptica, tractos fistulosos o absceso, carcinoma de células escamosas en la UP y complicaciones derivadas del tratamiento tópico (toxicidad por yodo, pérdida de audición tras neomicina tópica y gentamicina sistémica).
- Las complicaciones secundarias son fundamentalmente: pérdida de calidad de vida y aumento de morbilidad derivada de una mayor estancia hospitalaria, retraso en la recuperación y rehabilitación, infecciones nosocomiales o

yatrogenia.

5. - DETECCIÓN

Existen distintas escalas para valorar niveles de riesgo de las UP. Las más usadas y además recomendadas por la AHCPR son la Arnell, la de Norton, la de BRADEN-BERGSTROM y la de NOVA 5. Esta valoración es necesaria en todos los pacientes con riesgo potencial. Su función es ayudar a predecir la afectación de los tejidos y poner en marcha medidas de prevención.

6.- PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE VALORACIÓN INICIAL

VALORACIÓN INICIAL

La evaluación inicial es el primer paso en la prevención. La reevaluación debe realizarse de manera regular, para detectar posibles cambios, que en estos pacientes pueden ser considerables. Una vez identificados los pacientes con riesgo se deben aplicar medidas preventivas adecuadas.

Nos hemos basado en las recomendaciones de la AHCPR y del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP) para elaborar las directrices generales en la prevención y rehabilitación.

VALORACIÓN DEL RIESGO

- Considerar todos los pacientes potenciales de riesgo. · Aplicar la escala de valoración del riesgo · Identificar los factores de riesgo. · Registrar las actividades y resultados. Evaluar.

CUIDADOS ESPECÍFICOS A) Piel · Examen diario. · Mantenerla limpia y seca: emplear jabones de bajo potencial irritativo. · Lavar con agua tibia, aclarar y secar sin fricción. · No usar alcoholes (romero, tanino, colonias...). · Son útiles las cremas hidratantes procurando una absorción completa. · Procurar vestir ropa de tejidos naturales. · Empleo de apósitos protectores para prevenir las lesiones por fricción (poliuretanos, hidrocoloides).

B) Incontinencia Tratamiento de la misma. · Reeducación de esfínteres. · Uso de absorbentes, colectores.

C) Movilización · Elaborar un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente.

D) Cambios posturales · Encamados: hacer rotación cada 2 horas programada e individualizada. · Sedestación: cambios cada hora; si es autónomo enseñar para cambios cada 15 minutos. · Mantener alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio. · Evitar contacto directo de prominencias entre sí. Considerar protectores para codos y talones, así como almohadas o espuma entre rodillas y tobillos. · Evitar arrastre: reducir fuerzas tangenciales en las movilizaciones. · En decúbito lateral no sobrepasar los 30 grados de inclinación y evitar la inmovilidad directamente sobre trocánteres · Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo: 30 grados y durante el mínimo tiempo). · No usar flotadores o dispositivos tipo anillo ya que comprometen la circulación. · Usar dispositivos de alivio de presión: colchones, cojines, almohada, piel de cordero, protectores locales. Estos dispositivos sólo son un material complementario que no sustituyen a la movilización.

CUIDADOS GENERALES · Tratamiento de los procesos que puedan incidir en el desarrollo de UP (alteraciones respiratorias, circulatorias, metabólicas). · Identificar y corregir déficits nutricionales. · Asegurar un estado de hidratación adecuado.

EDUCACIÓN · Debe incluir conocimientos básicos sobre UP, estrategias para su prevención y tratamientos efectivos con el fin de promover la curación y prevención de recurrencias. · Debe incluir mecanismos para la evaluación de su eficacia. · La educación del paciente y de la familia para la profilaxis y el tratamiento requiere instauración precoz y seguimiento por un equipo interdisciplinar.

7.- TRATAMIENTO DE LA ULCERA POR PRESIÓN

ASPECTOS GENERALES · Valorar al paciente de forma integral. · Enfatizar la prevención. · Conseguir la implicación del paciente y su familia en el programa. · Desarrollar guías de práctica clínica a nivel local que impliquen a la atención comunitaria, atención especializada y socio-sanitaria. · Configurar un marco de práctica asistencial basado en evidencias científicas. · Tomar decisiones basadas en la dimensión coste-eficacia. · Evaluación constante de la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a actividades de investigación.

VALORACIÓN Es el punto de comienzo y la base en la planificación del tratamiento y evaluación de sus resultados. Una valoración adecuada es también esencial a la hora de la comunicación entre cuidadores. La valoración debe hacerse en el contexto de salud del paciente tanto físico como psicosocial. · Valoración inicial: Historia clínica completa y examen físico prestando atención especial a: factores de riesgo (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia...); enfermedades que interfieran en la curación de la UP (alteraciones vasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, neoplasias, psicosis, depresión...); edad avanzada, tabaco, alcohol, higiene, fármacos. Complicaciones (dolor, anemia, infección...)

- Valoración nutricional: el objetivo es asegurar los nutrientes adecuados para favorecer la cicatrización. Utilizar un método sencillo de despistaje de déficits nutricionales (calorías, proteínas, niveles de albúmina sérica, minerales, vitaminas, aporte hídrico. Reevaluar periódicamente.

- Valoración psicosocial Valorar la capacidad, habilidad y motivación del paciente para participar en su programa terapéutico. Esta información es fundamental para que el plan de cuidados que se establezca sea adecuado al individuo

· Valoración del entorno: El objetivo es crear un entorno que conduzca al cumplimiento del plan de tratamiento. Identificar al cuidador principal. Valorar aptitudes, disponibilidad, conocimientos y recursos del entorno del cuidador (familia, cuidadores informales).

· Valoración de la lesión: Debería estar descrita por parámetros unificados que faciliten la comunicación entre los profesionales y permitan verificar la evolución. Es muy importante la valoración y registro de la misma semanalmente. Siempre que exista deterioro del paciente o de la herida debe reevaluarse el plan de tratamiento. La valoración debe incluir:

1. Localización de la lesión.
2. Estadiaje.
3. Dimensiones.
4. Existencia de fistulizaciones o excavaciones.
5. Tipo de tejido presente en el lecho: necrótico, esfacelo, granulación.
6. Estado de piel perilesional: íntegra, lacerada, macerada, eczematización, celulitis...
7. Secreción de UP: escasa, profusa, purulenta, hemorrágica, serosa.
8. Dolor.
9. Signos clínicos de infección local: exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre.
10. Antigüedad.
11. Curso-evolución

ALIVIO DE LA PRESIÓN SOBRE LOS TEJIDOS El objetivo es mejorar la viabilidad del tejido blando y promover la cicatrización de las UP situando la lesión en condiciones óptimas para su curación (fuerzas de presión, temperatura y humedad). Cada actuación estará dirigida a disminuir la presión, fricción y cizallamiento, que podrá obtenerse mediante técnicas de posicionamiento (encamado o sentado) y una elección apropiada de superficies de apoyo.

· Técnicas de posicionamiento: Sentado - Si la UP se sitúa sobre la superficie de asiento: evitar esta posición. Excepcionalmente, ayudándonos de superficies de apoyo que garanticen el alivio de presión, se permitirá por períodos de tiempo limitados.

Si no existe lesión sobre la superficie de asiento: cambios de posición horarios, facilitando el cambio de apoyo de su peso cada 15 minutos mediante cambio postural o realizando pulsiones.

Encamado: - No apoyar sobre la UP. - Si no es posible, debido a la situación del paciente o al número de lesiones: aumentar la frecuencia de los cambios.

. Pueden ser útiles las superficies de apoyo.

En ambas: - Nunca emplear dispositivos tipo flotador. - Siempre realizar un programa individualizado y escrito. - Implicar al cuidador. En pacientes de alto riesgo realizar cambios más frecuentes.

· Superficies de apoyo: Considerar para la elección la situación clínica del paciente, las características de la institución o nivel asistencial y las características de la superficie de apoyo. Su elección se basa en la capacidad de contrarrestar los elementos y fuerzas que pueden aumentar el riesgo de desarrollar lesiones o agravarlas, así como su facilidad de uso, mantenimiento, costos, confort, y preferencias del paciente. - Su empleo es importante en la prevención y como coadyuvante al tratamiento. Nunca sustituyen a los cambios posturales.

- Si una UP no cura, deberá reevaluarse el plan completo antes de cambiar una superficie de apoyo.

Pueden actuar a dos niveles: - Superficies que reducen la presión: los valores de reducción de la presión no están necesariamente por debajo de los que impiden el cierre capilar. - Superficies que alivian la presión: los valores de reducción de la presión en los tejidos blandos están por debajo de la presión de oclusión capilar; además eliminan la fricción y el cizallamiento.

Directrices para el empleo de superficies de apoyo: Uso de superficies de reducción o alivio de presión según las necesidades específicas del paciente.

1. Uso de superficie estática si el individuo puede asumir cambios de posición.

1. Uso de superficie dinámica si no puede asumirlos.

- Sería recomendable que los responsables de administración de recursos dispusieran de algunas de estas superficies, por el beneficio que pueda obtenerse. Su asignación debería depender de las circunstancias sociales y el riesgo del paciente, por lo que se sugiere el empleo sistemático de la escala de valoración de riesgo.

Requisitos para las superficies de apoyo: - Que sea eficaz en la reducción o alivio de presión. - Que aumente la superficie de apoyo - Que facilite la evaporación de la humedad. - Que provoque escaso calor al paciente. - Que disminuya las fuerzas de cizallamiento. - Que tenga buena relación coste-beneficio. - Que sea de manejo y mantenimiento sencillos. - Que sea compatible con necesidades de

reanimación cardio-pulmonar si se requiere.

CUIDADOS GENERALES· Prevención de nuevas UP: Tienen mayor riesgo de desarrollar nuevas UP aquellos que ya presentan o presentaron UP. Hacer mayor énfasis en la profilaxis en estos pacientes.

· Soporte nutricional: Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones. Las necesidades nutricionales de una persona con UP están aumentadas y la dieta debe garantizar como mínimo:

Calorías: 30-35 Kcal por kg. de peso y día.

Proteínas: 1.25-1.5 g/kg. de peso y día. En casos de hipoproteïnemia puede llegar a necesitarse hasta 2 g/kg.

Minerales: Zinc, hierro y cobre.

Vitaminas: C, A y B.

Soporte hídrico: 30 cc de agua al día por kg. de peso. Si lo anterior no se cubre con la dieta habitual recurrir a suplementos hiperprotéicos de nutrición enteral oral para evitar estados carenciales y situar al paciente en un balance nitrogenado positivo.

· Soporte emocional: Se produce una disminución de la capacidad funcional que afecta tanto al individuo como a la familia. Tener presente el apoyo psicológico y la educación a la hora de elaborar el plan de cuidados y en el seguimiento.

CUIDADOS DE LA ÚLCERA 1.- Plan básico 1- Desbridamiento del tejido desvitalizado. 2- Limpieza de la herida. 3- Prevención y abordaje de la infección. 4- Elección de un apósito. En todo caso la estrategia de cuidados dependerá de la situación global del paciente.

2.- Desbridamiento El tejido húmedo y desvitalizado favorece la proliferación de organismos patógenos e interfiere el proceso de curación. El método de desbridamiento se elegirá dependiendo de la situación global del paciente y de las características del tejido a desbridar. Los diferentes métodos que se exponen, pueden combinarse para obtener mejores resultados.

· Desbridamiento quirúrgico: Se considera la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos, áreas de tejido necrótico húmedo o áreas de tejido desvitalizado en úlceras extensas. También debe usarse cuando existe una necesidad de desbridaje urgente (por ejemplo celulitis progresiva o sepsis). Es un método cruento que requiere destreza, habilidades técnicas y material apropiado. Las pequeñas heridas se pueden hacer a pie de cama, pero las extensas se harán en quirófano o en una sala adecuada. Se realizará por planos y en varias sesiones (salvo el desbridaje radical en quirófano) comenzando por el centro y procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Cuando se desbridan úlceras en estadio IV en quirófano debería considerarse realizar biopsia ósea para descartar osteomielitis subyacente.

Para evitar dolor durante estas operaciones se aconseja usar un analgésico tópico (gel de lidocaína al 2%). Si se presenta hemorragia puede realizarse control mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc.,. Si no cede la hemorragia habrá que recurrir a la sutura del vaso sangrante; una vez controlada se debe emplear un apósito seco de 8 a 24 horas y cambiarlo posteriormente por uno húmedo.

- **Desbridamiento químico o enzimático:** Valorar este método cuando no se tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección. Existen productos proteolíticos y fibrinolíticos, como por ejemplo la colagenasa (Iruxol mono®). Estos enzimas hidrolizan la matriz superficial necrótica y ablandan la escara previamente al desbridaje quirúrgico. Se recomienda proteger el tejido periulceroso con una pasta de zinc o silicona y aumentar el nivel de humedad de la herida para potenciar su acción. Este método es ineficaz para eliminar una escara endurecida o cantidades grandes de tejido en lechos profundos, en estos casos se precisarían además varias aplicaciones lo cual encarecería los costes y se dañaría más el tejido adyacente.

- **Desbridamiento autolítico:** Se realiza mediante el uso de apósitos sintéticos concebidos en el principio de cura húmeda. Al aplicarlos sobre la herida permiten al tejido desvitalizado autodigerirse por enzimas endógenos. Es un método más selectivo y atraumático. No requiere habilidades clínicas y es bien aceptado. Su acción es más lenta en el tiempo y no deben emplearse si la herida está infectada. Se emplea en general cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda y de manera más específica los hidrogeles de estructura amorfa (geles). Estos geles se consideran una opción de desbridamiento en el caso de heridas con tejido esfacelado, ya que por su acción hidratante facilitan la eliminación de tejidos no viables

- **Desbridamiento mecánico:** Es una técnica no selectiva y traumática. Se realiza por abrasión mecánica mediante fuerzas de rozamiento (frotamiento), uso de dextranmeros, irrigación a presión o uso de apósitos tipo gasas humedecidas con cloruro sódico al 0.9% que al secarse pasadas 6-8 horas se adhieren al tejido necrótico, aunque también al sano, que se arranca con su retirada. En la actualidad son técnicas en desuso.

3.- Limpieza de la lesión Limpiar las lesiones al inicio y en cada cura. Usar como norma suero salino fisiológico empleando una técnica atraumática utilizando la mínima fuerza mecánica y los materiales menos bastos tanto en la limpieza como en el secado posterior. Usar una presión de lavado efectiva para facilitar el arrastre sin que se produzca traumatismo en el fondo de la herida. Las presiones de lavado efectivas de una úlcera oscilan entre 1 y 4 kg/cm². Para conseguir una presión de 2 kg/cm² sobre la herida, se recomienda el uso de jeringa de 35 ml con una aguja o catéter de 0.9 mm.

No emplear antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito) o limpiadores cutáneos. Son todos productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar a veces problemas sistémicos debido a su absorción. Otros agentes que retrasan la curación son los corticoides tópicos.

4.- Prevención y cuidado de la infección Las UP en estadio III y IV están colonizadas por bacterias. En la mayoría de los casos una limpieza y desbridamiento adecuados previene que la colonización bacteriana progrese a infección clínica. El diagnóstico de infección asociada a UP debe ser fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos son: inflamación (eritema, edema, calor), dolor, olor y exudado purulento. La infección de una UP puede estar influida por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos -inmunosupresores, citotóxicos-, enfermedades concomitantes, edad avanzada, incontinencia) y por otros relacionados con la lesión (estadio, existencia tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, alteraciones sensitivas, alteraciones circulatorias en la zona).

En caso de existir signos de infección, en la mayoría es suficiente con intensificar la limpieza y el desbridamiento. Se debe insistir en las normas generales de asepsia: guantes estériles, lavado de manos, y comenzar las curas por la UP menos contaminada. Si pasadas 2-4 semanas de tratamiento persisten los signos de infección local o la UP no evoluciona favorablemente, debe hacerse ensayo con tratamiento antibiótico tópico frente a gram negativos, gram positivos y anaerobios, que son los microorganismos que infectan las UP con más frecuencia. Los antibióticos tópicos más utilizados en estas situaciones son la sulfadiazina argéntica y el ácido fusídico. Deben monitorizarse la sensibilización alérgica u otras reacciones adversas de estos medicamentos. Si después de un máximo de dos semanas de tratamiento con antibióticos tópicos, la lesión progresa o persiste exudación, se deben realizar cultivos cuantitativos de bacterias procedentes de tejidos blandos y descartar osteomielitis. Si existe sospecha o evidencia de celulitis, osteomielitis o bacteriemia, el paciente es tributario de atención médica urgente.

Los cultivos de exudados no sirven para diagnosticar infección, ya que todas las UP están colonizadas en la superficie. Los cultivos deben realizarse mediante aspiración percutánea con aguja u obtención de fragmentos de tejido por biopsia de UP.

La curación puede verse perjudicada por niveles de bacterias superiores a 10⁵ organismos/gramo de tejido. El tratamiento con antibióticos por vía sistémica se hará según antibiograma.

El tratamiento empírico en espera del antibiograma se realizará frente a los microorganismos más frecuentes: *S. aureus*, *Streptococcus* sp, *P. mirabilis*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Klebsiella* sp, y anaerobios como *B. fragilis*.

Aunque para el diagnóstico de osteomielitis el método de referencia es la biopsia ósea, esta técnica invasiva no siempre es apropiada en pacientes con UP.

5.- Elección del apósito Para potenciar la curación de la UP se deben emplear apósitos que mantengan el fondo de la úlcera continuamente húmedo. El apósito ideal debe ser: biocompatible, que proteja la herida, que mantenga el lecho húmedo y la piel circundante seca, que permita la eliminación y control de exudados y tejidos necróticos, dejando la mínima cantidad de residuos.

Los apósitos de gasa no cumplen la mayoría de estas características. Los apósitos de gasa que se pegan a la herida, al secarse sólo deben emplearse para el desbridamiento y hay que diferenciarlos de los apósitos de gasa con solución salina permanente que mantienen el fondo de la herida húmeda (Mesalt®).

La selección de apósitos de cura húmeda depende de: lugar de la lesión, estadio y severidad, cantidad de exudado, tunelizaciones, estado de la piel perilesional, signos de infección, estado general, nivel asistencial y recursos, coste-efectividad y facilidades de autocuidado.

Para prevenir la formación de abscesos se debe eliminar el espacio muerto rellenando parcialmente entre la mitad y los tres cuartos de las cavidades y túneles con productos de cura húmeda que evitarán “cierre en falso”.

La frecuencia de cambio de apósitos dependerá de las características tanto del producto como de la herida. Los apósitos que se apliquen cerca del ano son difíciles de mantener intactos por lo que hay que monitorizar un estiramiento y ajuste de los bordes “enmarcándolos” con cinta adhesiva.

· **Apósitos de cura húmeda:** Existe un número creciente de estos productos en el mercado. Para el clínico es importante familiarizarse con las distintas clases y conocer y usar bien un número limitado de ellos

En general deben evitarse los apósitos oclusivos si existe infección clínica. En caso de usarlos se debe controlar previamente la infección o aumentar la frecuencia de cambios de apósito.

6.- Tratamientos coadyuvantes La estimulación eléctrica es la única terapia adicional que puede recomendarse. Se podrá plantear en UP en estadio III y IV que no hayan respondido al tratamiento convencional. Se hará únicamente con un equipo adecuado y personal cualificado que seguirá un protocolo cuya eficacia y seguridad haya sido demostrada en ensayos clínicos controlados.

7.- Reparación quirúrgica Considerarla en pacientes con UP limpias en estadio III o IV que no responden a cuidados adecuados. Valorar los posibles candidatos: pacientes médicamente estables, con adecuado estado nutricional, que puedan tolerar la pérdida de sangre de la intervención y la inmovilidad postquirúrgica.

Consideraciones adicionales a tener en cuenta: calidad de vida, preferencias del paciente, objetivos del tratamiento, riesgos de recurrencia y resultados que se esperan de la rehabilitación.

8.- Cuidados paliativos y UP Que un paciente sea terminal no supone “claudicar”. En este caso la actuación se dirigirá a: · No culpabilizar al entorno. · Evitar técnicas agresivas. · Mantener la herida limpia y protegida para evitar infección. · Uso de apósitos que permitan distanciar la frecuencia de curas. · Evitar el dolor y el mal olor (apósitos que absorben los olores: Actisorb plus®, Carbonet®). · En situación de agonía valorar la necesidad de los cambios posturales.

9.- Evaluación y mejora de la calidad El proceso de evaluación es básico para mejorar la eficacia de los procedimientos. Se debe establecer un programa de mejora de calidad sistemático, con enfoque interdisciplinar y continuo, que pueda ser monitorizado, valorado y modificado. Deben realizarse estudios periódicos de incidencia y prevalencia con el fin de hacer una medición de los resultados de los protocolos de actuación. Los datos deberán recogerse preferentemente de modo concurrente más que de forma retrospectiva.

Anon, Úlceras por presión. Available at: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/ulceras.html> [Accedido Noviembre 2, 2011].

Bibliografía recomendada

Iyun, A.O. et al., 2011. Pattern of presentation of pressure ulcers in traumatic spinal cord injured patients in University College Hospital, Ibadan. International Wound Journal. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035332> [Accedido Noviembre 2, 2011].

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=ulcera_por_presion

Last update: **2025/05/03 23:59**

