



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

Plaza Blázquez, Remedios; Guija Rubio, Rosa María; Martínez Ivars, Ma Luisa; Alarcón Alarcón,
Montserrat; Calero Martínez, Caridad; Piqueras Díaz, M^a Joaquina; Hernández García, Esther

Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 6, febrero, 2007, pp. 284-290

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617626008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión

Remedios Plaza Blázquez^a, Rosa María Guija Rubio^b, Ma Luisa Martínez Ivars^c,
Montserrat Alarcón Alarcón^a, Caridad Calero Martínez^b, M^a Joaquina Piqueras Díaz^b, Esther Hernández García^d

^a Enfermeras del Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria - ESAD - (Albacete)

^b Enfermeras refuerzos. Gerencia de Atención Primaria (Albacete)

^c Enfermera servicio radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

^d Licenciada en Traducción e Interpretación

Correspondencia:
Remedios Plaza Blázquez.
C/ Cuenca nº 11, 2º,
02002 Albacete.
Tfno.: 967610203,
e-mail: a.j.alfaro@colvet.es

Recibido el 10 de enero de 2007.

Aceptado para su publicación el 8 de febrero de 2007.

RESUMEN

Las úlceras por presión son un problema de salud de primer orden dado el elevadísimo coste de su incidencia y prevalencia, que repercute de manera global sobre los sistemas de salud.

El éxito terapéutico dependerá de la adecuada identificación y control de las causas que favorecieron la aparición de la úlcera y, por otra parte, de la correcta elección del tratamiento local que empleemos.

Los cambios posturales, el estado de nutrición y el cuidado diario de la piel son los pilares de la prevención.

El cuidado adecuado en el domicilio de los pacientes inmovilizados previene de forma importante la aparición de úlceras por presión. Es necesaria la colaboración estrecha entre el cuidador y los profesionales.

En el caso de presentar úlceras de gran tamaño que no mejoran tras un tiempo de cuidados o signos de infección generalizada, es necesario derivar al hospital.

Antes de iniciar el tratamiento va a ser necesaria una valoración general del paciente, de su situación física-psicosocial y de la úlcera.

Los cuidados locales de las úlceras incluyen: limpieza, desbridamiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección y selección de apósito

Palabras clave. Úlceras por presión.

ABSTRACT

Prevention and treatment of the pressure ulcers

Pressure ulcers are a basic health problem given its high-cost incidence and prevalence, which, in a global way, has an effect on health systems.

Therapeutic success will depend on the right identification and control of the causes that created a favourable atmosphere to develop the ulcer and, on the other hand, selecting the right local treatment.

Postural changes, state of nutrition and daily skin care are the basis for prevention.

The adequate care at the residence of immobilized patients prevents the apparition of pressure ulcers in a significant way. Close collaboration between caregiver and professionals is necessary.

When showing large ulcers that do not get better after some time of care or signs of widespread infection, it is necessary to refer to the hospital.

Before starting treatment, assessing the patient in a general way, his physical-psycho-social situation and the ulcer will be necessary.

Local cares for ulcers: cleaning, debridement, prevention, diagnosis and treatment of infection and selection of dressing

Key words. Pressure ulcers.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión son un problema de salud de primer orden dado el elevadísimo coste de su incidencia y prevalencia, que repercute de manera global sobre los sistemas de salud. Estas suponen una disminución en la calidad de vida de las personas y un aumento del gasto sanitario¹.

Se calcula que la prevalencia de las úlceras por presión (UPP) en España es del 12%² y del 16.3% en Atención Primaria, del 24.4% en hospitales de agudos y del 18.7% en

centros sanitarios, según el estudio nacional de prevalencia de UPP 2001 realizado por el GNEAUPP con una beca educativa de Huntleigh Healthcare³

Los ancianos son el grupo de edad más afectado ya que el 45-70% son mayores de 70 años. Las (UPP) constituyen una de las patologías más frecuentes de los pacientes geriátricos institucionalizados, provocando un aumento de la morbi-mortalidad, de la estancia hospitalaria y de la carga de trabajo de enfermería⁴. Ha sido demostrado que al menos el 95% de las lesiones son evitables⁵.

Para la OMS la incidencia de UPP es uno de los indicadores que permiten determinar la calidad de la asistencia dispensada por la red hospitalaria⁶. El éxito terapéutico dependerá de la adecuada identificación y control de las causas que favorecieron la aparición de la úlcera y, por otra parte, de la correcta elección del tratamiento local que empleemos.

Actualmente la amplia oferta de productos ofrecidos por parte de los laboratorios para los cuidados locales de las úlceras por presión nos invitó a realizar una revisión bibliográfica y, de esta forma, distinguir adecuadamente cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de cada uno de ellos, sin mencionar sus nombres comerciales.

El objetivo de esta guía es servir de ayuda a la hora de decidir los cuidados que precisan los pacientes con úlceras por presión, así como facilitar la unificación de criterios de actuación ante su prevención y tratamiento, al margen del profesional que lo realice.

DEFINICIÓN

Las UPP son lesiones de la piel producidas por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros, provocando un bloqueo sanguíneo a este nivel y, como consecuencia de la isquemia, se produce una degeneración rápida de los tejidos.

ETIOLOGÍA

En la formación de las UPP se identifican tres mecanismos o factores de riesgo primarios:

- **Presión:** es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). Es la principal causa de formación de UPP, que depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como del tiempo que se mantiene ésta.
- **Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimientos o arrastres.
- **Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento:** combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: en la posición de Fowler se produce deslizamiento y presión sobre una misma zona, el sacro).

Junto a estos factores primarios se han identificado otros factores de riesgo que favorecen la aparición de

la UPP, siendo los más importantes la inmovilidad, la incontinencia, el déficit nutricional, el reducido aporte hídrico, el deterioro cognitivo y los factores de riesgo asistenciales¹ (ausencia de recursos, de protocolos de actuación, de formación de los profesionales y de educación de pacientes y familiares).

CLASIFICACIÓN

Las UPP pueden clasificarse en cuatro grados:

- **Grado I.** Piel intacta, eritema cutáneo que no palidece al aliviar la presión. Afecta a la epidermis.
- **Grado II.** Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y/o flictenas. Afecta a epidermis y dermis superficial o a ambas.
- **Grado III.** Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel. Implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo llegando hasta el músculo pero no se extiende por él.
- **Grado IV.** Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón y cápsula articular).

Las zonas afectadas se localizan en un 90% por debajo de la cintura y dependen mucho de la posición del paciente, siendo la más frecuentes: sacro, trocánter mayor, tuberosidad isquiática, talones y maléolo externo⁷.

CUIDADOS ESPECÍFICOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Los cuidados de la prevención de las UPP se centran en 4 apartados⁸:

- **Piel.** Examinarla a diario, mantenerla limpia y seca. Usar jabones no irritantes, secar sin fricción, no usar alcoholes. Hidratación corporal, extendiendo la crema por todo el cuerpo. Utilizar ropa interior de tejidos naturales para favorecer la transpiración. No realizar masajes si la zona está eritematosa, o en prominencias óseas. En casos de incontinencia extremar la higiene y reeducación de esfínteres, así como uso de cremas protectoras en zona perineal. La aparición de una úlcera nunca será justificación para colocar una sonda vesical (uso de colectores de orina en varones).
- **Movilización.** Estimular al enfermo para que mediante un plan de cuidados se fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente. Cuando no sea posible, se realizarán movilizaciónes pasivas de las articulaciones, sin sobrepasar el umbral del dolor. Realizar cambios posturales cada 2-3 horas en encamados, respetando las horas de sueño. Realizar al paciente cambios de posición mas frecuentes si se trata de personas muy ancianas o de obesos. En pacientes en sedestación cada hora. Evitar el contacto directo entre prominencias óseas. Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión. No utilizar dispositivos tipo rueda, anillo o flotador¹. Evitar el arrastre.
- **Apoyo psicológico.** Animar al paciente a realizar las tareas cotidianas que le sean posibles, ayudarle a

ocupar su tiempo libre y mantener un entorno agradable.

- Medios complementarios para la prevención. Utilización de material complementario como cojines, colchones y apósitos protectores. De esta forma no se consigue una eliminación total de la presión sobre una determinada zona, pero sí una disminución de la misma. Entre el diverso material existente haremos mención del más utilizado, indicando sus principales ventajas e inconvenientes:

- Soporte textil antidecúbito. Reduce la humedad, presión y rozamiento. Actúa como sobreempapador. Es de fácil limpieza. No produce sensibilización ni alergia (también llamado "piel de cordero").

- Cojines. Aumentan el confort del paciente, además de disminuir la presión de la zona de contacto. No usar tipo flotador porque provocan una disminución de la circulación en la zona.

- Colchones. Cuando el paciente tiene una inmovilidad total el más indicado es el colchón de aire alternante, que consta de bandas neumáticas que se hinchan alternativamente, con el fin de desplazar continuamente los puntos de presión y estimular la circulación periférica (superficie dinámica). Si el paciente tiene cierta movilidad, se puede usar colchón de látex (superficie estática que alivia la presión).

- Taloneras. Existen en el mercado dispositivos con aspecto de bota que dan protección no sólo al talón, sino también a tobillos y dedos. Los hay de tejidos naturales (aumentan la transpiración) y sintéticos.

- Protecciones locales con vendajes. Poco recomendable, pues con la aparición de los edemas a lo largo del día el vendaje dificulta el retorno venoso. Se debe tener en cuenta el respeto anatómico para evitar el pie equino, vigilancia y reemplazamiento ante signos de humedad o suciedad y sistemáticamente cada 48-72 horas. Aprovechar el cambio para hidratar la zona. Son preferibles las botas antidecúbito, pues permiten revisar e hidratar la zona tan a menudo como sea necesario.

BASES DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Antes de iniciar el tratamiento va a ser necesaria una valoración general del paciente, de su situación físico-psicosocial y de la úlcera⁷:

- Prevención de nuevas lesiones por presión. Se reconoce un mayor riesgo de desarrollar 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 (cambios posturales, colchón de aire alternante, movilizaciones, higiene, etc.).

- Valoración. La valoración global del individuo y de la lesión es la base para plantear el tratamiento de forma coherente (tabla 1).

- Cuidados nutricionales. El estadio de una úlcera por presión existente se correlaciona con la gravedad del déficit nutricional, especialmente con una ingesta dietética baja en proteínas y con hipoalbuminemia. Cuando la valoración nutricional confirma malnutrición

deberá comenzarse con un mayor aporte proteico (1-1.5 g/Kg/día) (ejemplo: añadir huevo, leche en polvo, queso, etc. a los purés). Es de gran importancia un aporte hídrico adecuado. Todo esto debe ser reevaluado periódicamente.

- Atención a los factores predisponentes y manejo de las cargas titulares. Algunas recomendaciones al respecto:

- Realizar un plan de cuidados personalizado y escrito.

- Implicar al cuidador en las actividades dirigidas al alivio de la presión.

- Evitar colocar al paciente sobre la úlcera.

- No usar flotadores.

- Cambios posturales.

- Usar almohadas u otros dispositivos para elevar los talones.

- Impedir el contacto directo de las prominencias óseas entre sí mediante almohadas y cojines.

- En pacientes con úlceras en región sacra o glútea, evitar mantenerlos sentados durante largos periodos de tiempo.

- Considerar la alineación corporal, la redistribución del peso, el equilibrio, la estabilidad y el alivio de la presión cuando el paciente esté sentado.

- Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular permitiendo de esta manera la viabilidad de los tejidos blandos y situando a la lesión en unas condiciones óptimas para su curación.

- En general cada actuación debe ir dirigida a disminuir el grado de presión, rozamiento y cizallamiento.

- Cuidados locales de las úlceras:

- Limpieza de la úlcera.

- Desbridamiento de la úlcera.

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección.

- Selección de apósito.

La posibilidad de que exista maceración en los tejidos perilesionales debe tenerse siempre presente, siendo conscientes de que puede ser un fenómeno inherente a las heridas crónicas y que puede tanto enlentecer su evolución como aumentar el tamaño⁹.

LIMPIEZA

Como norma debe utilizarse suero fisiológico para el lavado. Usar una presión mínima para facilitar el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas anteriores, sin dañar el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad.

La utilización de antisépticos tópicos no está justificada. En primer lugar porque no está probado que llegue a zonas profundas del tejido, por lo que su acción antiséptica se ve limitada; en segundo lugar porque todos ellos provocan gran toxicidad y agresividad para los granulocitos, monocitos y fibroblastos¹⁰.

TEJIDO NECRÓTICO. AFECTACIÓN DEL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

Un desbridamiento efectivo es esencial para que una herida cicatrice correctamente. El tejido necrótico es

un medio de cultivo de bacterias, ya que facilita la proliferación de las mismas, impidiendo por tanto el proceso de curación. La eliminación de éste permitirá que las propias defensas puedan actuar en el proceso de cicatrización.

Antes de realizar un desbridamiento hay que prestar especial atención al miedo del enfermo y de la familia, a la hemorragia y a los signos clínicos. Existen diferentes tipos de desbridamiento:

- Desbridamiento quirúrgico o cortante. Es el de primera elección. Está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. Es un procedimiento cruento que requiere conocimientos, destreza y una técnica estéril. El desbridamiento deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano). Procurar la liberación de tejido necrótico desde uno de los lados de la lesión, de esta manera podemos valorar la profundidad de la herida. Si la placa es muy dura asociar otros métodos de desbridamiento (autolítico o enzimático) para mejorar resultados¹¹. Tratar el dolor generado por esta técnica, mediante cualquiera de las siguientes formas:

- Administración de un analgésico vía oral.
- Infiltrar anestesia en la zona, siempre que la herida no esté infectada.
- Aplicar un anestésico tópico (gel de lidocaína 5%).

La hemorragia es una complicación frecuente (6) que se controla mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, barras de nitrato de plata, adrenalina tópica, agua oxigenada diluida 50%. Si esto no fuera suficiente, procederemos a la sutura del vaso sangrante. Una vez controlada la hemorragia sería recomendable utilizar un apósito seco.

- Desbridamiento enzimático. Proceso químico de desbridamiento selectivo del tejido necrótico. Consiste en el uso de una o varias enzimas proteolíticas, que actúan desbridando. Tiene la propiedad de digerir el tejido necrótico y exudados sin ocasionar daños en el nuevo tejido de granulación. Es un proceso lento. La colagenasa ha demostrado la mayor eficacia¹². Aplicación tópica de enzimas (proteolíticas o fibrinolíticas) que inducen la hidrólisis de tejido superficial y ablandan la escara. No se deben usar en la fase de granulación¹³.

- Desbridamiento autolítico. Esta forma de desbridamiento es más selectiva y atraumática, pero es la más lenta. Se obtiene a través del uso de apósitos concebidos en cura húmeda que propician una desintegración espontánea y gradual de los tejidos no viables por la acción de enzimas proteolíticas, presentes en el propio exudado de la herida. Cualquier apósito que puede producir condiciones de cura húmeda puede inducir el desbridamiento autolítico¹⁰.

- Desbridamiento mecánico. Es muy doloroso y no selectivo. Dadas sus múltiples debilidades no se recomienda, pues daña mucho los tejidos neoformados y

no es muy eficaz en el desbridamiento.

La elección de un método desbridante debe basarse en el confort del paciente, grado y localización de la úlcera. Hay pocos datos para identificar qué agente desbridante es el más efectivo. Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados. Como excepción, el tejido necrótico se puede dejar sobre la herida cuando forma una capa inerte, protectora o una escara negra a nivel del talón.

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN

La mera presencia de microorganismos en una lesión no es un indicador de que la herida esté infectada. Así, podemos encontrar diferentes tipos de situaciones en las úlceras cutáneas crónicas:

- Lesión contaminada: contiene microorganismos que no se multiplican, suelen ser colonizadores o residentes habituales de la piel o mucosa del huésped.
- Lesión colonizada: contiene microorganismos que están sujetos a un proceso de multiplicación, sin que generen síntomas clínicos específicos de infección.
- Lesión infectada: contiene una elevada carga de microorganismos, presenta evidencia de daños o reacciones tisulares típicas del proceso de infección.

Una herida infectada no puede cicatrizar. El cuerpo no puede luchar contra la infección y reconstruir la herida al mismo tiempo. Existen factores que agravan la infección, como el tipo de microorganismos, si existe o no tejido necrótico, existencia de fuentes de contaminación (falta de higiene, incontinencia, etc.) y problemas circulatorios en la zona de la lesión.

Sospechamos de una posible infección si observamos inicialmente a nivel local: inflamación perilesional, exudado purulento, eritema, dolor, mal olor. Si después del lavado y desbridamiento de la lesión cutánea crónica persistiesen algunos de los signos anteriormente mencionados, podemos considerar que la herida está infectada.

El desbridamiento de tejido necrótico es fundamental para reducir la carga bacteriana de la lesión. Si la UPP no evoluciona favorablemente durante 2-3 semanas, tras descartar la presencia de celulitis u osteomielitis, puede iniciarse tratamiento antibiótico tópico¹⁴.

La administración sistémica de antibióticos disminuirá la carga bacteriana en heridas crónicas tratadas con un régimen agresivo de desbridamiento. En general, serán realmente efectivos los administrados por vía oral o parenteral.

La aplicación de antibióticos tópicos se debería realizar en ciertas condiciones:

- Ante claras evidencias de infección local y no como cobertura profiláctica.
- Por periodos cortos de tiempo (no más de 7-10 días).
- Vigilando de cerca la aparición de signos relacionados con efectos indeseables, reacciones cruzadas de

sensibilidad con los antibióticos administrados por vía sistémica necesarios para su tratamiento.

- Si se decide la utilización de antibiótico local habrá que vigilar la aparición de reacciones de hipersensibilidad o toxicidad debido a la absorción sistémica en heridas abiertas¹⁵.

Existen grandes complicaciones infecciosas que pueden afectar a todas o a algunas de las heridas cutáneas crónicas más frecuentes:

- Celulitis. Infección que afecta a partes blandas profundas y que se puede extender muy rápidamente. A nivel local el tejido afectado presenta eritema, dolor y calor local. El tratamiento es hospitalario, requiere antibióticos por vía parenteral, inmovilización y elevación de la parte afectada, aplicación de calor, apósitos húmedos, así como una inspección de la evolución de los síntomas.

- La infección necrotizante de tejidos blandos. Esta complicación está provocada por microorganismos aerobios y anaerobios. Se extiende rápidamente a través de la fascia muscular causando necrosis de la misma. El tratamiento se realiza a través de antibióticos sistémicos y desbridamiento quirúrgico radical.

- Osteomielitis. Afectación del hueso subyacente a la lesión, especialmente en úlceras por presión y pie diabético. Hay que sospechar de una posible osteomielitis en los casos de lesiones que después de una correcta limpieza y desbridamiento no cicatrizan correctamente.

Estas complicaciones pueden evolucionar hacia un proceso séptico generalizado, por lo que debemos actuar con urgencia detectando los principales síntomas de una septicemia: fiebre, taquicardia, hipotensión, anorexia, desorientación y letargo. La derivación inmediata de un paciente con septicemia a un centro hospitalario debería ser una práctica de obligado cumplimiento, ya que se trata de una complicación que puede poner en peligro la vida del paciente.

La posibilidad de que aparezca la maceración debe tenerse siempre presente, siendo conscientes de que puede ser un fenómeno inherente a las heridas crónicas y que puede tanto enlentecer su evolución como aumentar su tamaño⁹.

DOLOR

Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- El dolor varía de acuerdo con la localización y extensión de la herida.

- Las heridas de gran tamaño y superficiales son más dolorosas que las pequeñas y profundas.

- Aunque un paciente no se pueda expresar o reaccionar ante el dolor, este puede existir.

- En el anciano y en el diabético puede estar disminuida la sensación dolorosa, no obstante, es necesario pensar en ello antes de iniciar cualquier técnica.

- Valorar la intensidad del dolor, eliminar o controlar el origen del mismo.

- Utilizar si es preciso medicación sistémica (analgésicos ansiolíticos, narcóticos, etc.).

- Aplicar anestésicos ante procedimientos traumáticos como el desbridamiento quirúrgico.

- El uso de apósitos basados en cura húmeda reduce el dolor.

TRATAMIENTO LOCAL

Cuidados para activar la formación de tejido de granulación:

- Una vez que hemos realizado una correcta limpieza y un efectivo desbridamiento hemos de aportar los medios para que la úlcera consiga un tejido de granulación eficaz y una correcta epitelización. Para ello contamos con pomadas y apósitos, que describiremos de forma general a continuación

- La mayoría de los apósitos utilizados en la actualidad están basados en la cura húmeda, los cuales además de ejercer una acción protectora, crean unas condiciones óptimas de humedad y temperatura que favorecen activamente la cicatrización de la UPP¹⁶.

- Se ha demostrado que la creación de un ambiente húmedo en la herida previene la deshidratación tisular y la muerte celular, promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de tejido necrótico y permite la interacción de células y factores de crecimiento implicados en la curación¹⁷.

APÓSITOS

El apósito ideal debe ofrecer protección mecánica, mantener ambiente húmedo, facilitar eliminación de exudado y tejido necrótico, favorecer la cicatrización, actuar de barrera frente a microorganismos y permitir el intercambio gaseoso¹⁷.

ALGINATOS

Se encuentran en la naturaleza como sales del ácido alginico, extraído de la pared celular de las algas marinas. Absorben hasta 15-20 veces su peso y son hemostáticos y bioabsorbibles.

Indicaciones:

- Heridas de moderada a alta exudación.

- Heridas sangrantes y tras el desbridamiento cortante.

- Heridas contaminadas e infectadas.

Están contraindicados en úlceras secas y povidona yodada.

APÓSITOS DE CARBÓN

Favorecen la cicatrización de la herida mediante la absorción de los microorganismos que la contaminan. Neutralizan olores desagradables.

Indicaciones:

- Heridas infectadas y malolientes.

- Heridas de gran exudación, tanto UPP como vasculares.

- Heridas necrosadas con exudado.

- Úlceras diabéticas.

Contraindicaciones: úlceras en fase de granulación no infectadas

HIDROCELULARES

Formados por poliuretano y acrilato sódico. Conocidos como foam, espumas poliméricas. Apósito semiper-

meable, impermeable a líquidos y bacterias, permite el intercambio gaseoso. Sus propiedades principales son la absorción del exudado, el mantenimiento del medio húmedo y la prevención de la maceración. No usarlos nunca en úlceras secas y con escaras necróticas¹⁵.

Indicaciones:

- Úlceras por presión y vasculares con exudado moderado-alto.
- Se puede asociar a tratamientos tópicos.

Contraindicaciones:

- En quemaduras de III grado y úlceras infectadas.
- No usarlos nunca en úlceras secas y con escaras necróticas¹⁸.
- Úlceras grado IV.

HIDROCOLOIDES

Crean un ambiente húmedo, favoreciendo la cicatrización y protegen de la infección. Son autoadhesivos (en algunos casos puede ser muy útil colocar apósitos de poliuretano por encima para hacer que se mantenga el parche más tiempo, zona de pliegues, sacro, etc.). No son apropiados en UPP con abundante exudado, ya que cuando el gel se licúa por saturación puede producir escapes hacia el exterior que además de producir mal olor puede producir maceración¹⁹.

Indicaciones:

- Úlceras grado I y II.
- Úlceras vasculares.
- En caso de utilizarlo en grado III rellenar las cavidades con polvo, gel.

Contraindicaciones

- Lesiones infectadas, placas necróticas.
- Quemaduras de gran extensión.
- Úlceras grado IV.
- Alergias.
- Usar con precaución en pie diabético y úlceras arteriales.

Deben ser retirados antes de radiación RX, ultrasonidos, microondas. Modo de empleo: lavar la herida con SF, secar meticulosamente y aplicar el parche, si es posible calentarlo antes un poco entre las manos, aplicar una presión ligera para ponerlo en contacto con la herida y a la vez facilitar la fijación (debe sobresalir 1-2 cm de la lesión). En caso de que exista cavidad, ésta debe ser rellenada con polvo, gel, pasta de la misma casa comercial para evitar reacciones adversas. Puede sustituirse cada 3-7 días dependiendo de la cantidad de exudado y zona de la úlcera. En fase de prevención podrá mantenerse hasta 10 días si está intacto.

HIDROGELES

Son láminas con base de agua y concentrados de sales, polímeros sintéticos, alginato cálcico, etc. Pueden ser húmedos, secos y granulados. Mantienen un medio húmedo, rellenan cavidades, facilitan el desbridamiento autolítico natural mediante hidratación de costras secas y la lisis del tejido necrótico. No dañan el tejido sano.

Indicaciones:

- Desbridamiento de tejido necrosado y esfacelos.
- Heridas en fase de granulación y epitelización.
- Heridas infectadas.
- UPP GII-GIV.
- Úlceras vasculares.
- Heridas abiertas.
- Quemaduras.
- Pie diabético.

Contraindicaciones:

- No asociar con antisépticos tipo yodo, clorhexidina o hipocloritos.
- Cavidades profundas de difícil acceso (no aplicar si luego no puede ser retirado con facilidad).
- Lesiones altamente exudativas.

LÁMINAS DE POLIURETANO

Láminas adhesivas semipermeables que permiten el paso de gases y vapor de agua, previniendo la penetración de la humedad y la infección bacteriana.

Indicaciones:

- Prevención de fricción en zonas críticas de desarrollo de UPP.
- Fijación de catéteres (palomilla SC).
- Prevención de la piel alrededor de los estomas.
- Quemadura y escaldadura leve²⁰.
- Como apósito secundario.

Contraindicaciones:

- Heridas infectadas o húmedas.
- Heridas sangrantes.
- Pueden macerar la piel perilesional.

APÓSITOS DE SILICONA

Apósito absorbente cubierto de silicona. Absorbe exudado y minimiza el traumatismo en los cambios de apósito. Puede asociarse con pomadas desbridantes.

Indicaciones:

- Heridas dolorosas.
- Fijación de injertos UPP.
- Úlceras venosas.

Contraindicaciones:

- Heridas infectadas.
- Heridas con cavidades.

POMADAS Y CREMAS

Hay que tener en cuenta que los antisépticos pueden inhibir el efecto de las pomadas. Deben mantenerse al menos 10 días para poder valorar su eficacia. Ante tejido desvitalizado y/o necrosado utilizar un desbridamiento quirúrgico previo al tratamiento tópico.

Pomadas antibióticas:

- Sulfadiazina argéntica. Pomada antibacteriana de primera elección en el tratamiento de quemaduras, también indicada en úlceras y heridas infectadas. Renovar cada 12-24 h.
- Mupirocina. Indicado en infecciones cutáneas. Renovar cada 8-12 h la aplicación.
- Ácido fusídico. Indicado en panadizos, impétigos, úlceras, eczemas, foliculitis.

- Nitrofurazona. Poca actividad antibiótica. Utilizado en quemaduras por su capacidad de hidratación.
- Metronidazol. Heridas infectadas, malolientes. Heridas tumorales con mal olor.
- Metronidazol 2% más Lidocaína 1% en gel. Fórmula magistral. Heridas infectadas, malolientes, úlceras tumorales y dolorosas.
- Pomada con corticoides (betametasona) y antibiótico. Efecto antiinflamatorio, antiprurítico y vasoconstrictor. Indicado en úlceras e infecciones de piel.

Pomadas enzimáticas:

- Colagenasa y proteasa. Desbridamiento enzimático. Indicado en úlceras, quemaduras de 2º y 3º grado y heridas con tejido necrótico. La acción puede verse disminuida por antisépticos, metales pesados y detergentes. Precisa de ambiente húmedo (cuando utilicemos apósito de gasa es aconsejable humedecerla con SF para potenciar la acción de la colagenasa).
- Quimiotripsina más acidoribonucleico más tripsina. Desbridante indicado en heridas y úlceras isquémicas, tópidas, necrosadas y en quemaduras.
- Streptodornasa y streptoquinasa. Indicado en quemaduras, heridas, incisiones quirúrgicas y ulceraciones con necrosis y pus. Contraindicado en hemocoagulopatía.
- Dextranómero. Indicado en heridas exudativas, quemaduras.

Otros:

- ICN. Polvo cicatrizante. Indicado en cicatrización por segunda intención, úlceras por decúbito. Desbrida y limpia la lesión.

- Centella asiática más neomicina. Tópico cicatrizante. Indicado en quemaduras, eczemas e injertos. En ocasiones degenera en formación de mamelones. Se han observado reacciones alérgicas tras su uso.
- Lidocaína 5% en gel. Fórmula magistral.

Protectores cutáneos:

- Vaselina. Poder emoliente y protector. Indicado en irritaciones de la piel, escoriaciones y eliminación de costras.
- Óxido de zinc más retinol más cloruro de benzoilo. Sabañones, eczemas, eritema solar, úlceras, grietas.
- Dimeticona más óxido de zinc. Indicado en dermatitis por pañales y prevención de UPP.
- Dimeticona más yiomersal más silicato de aluminio. Indicado en irritación de los pliegues por sudor, prevención de UPP, prevención de grietas en pezones, prevención de irritaciones por orina.
- Vitaminas A y D más óxido de bezino. Eritema en nalgas, eczema del lactante, quemaduras, grietas.
- Copolímetro acrílico (protector cutáneo no irritante). Líquido que tanto en pieles lesionadas como en sanas forma una película resistente al agua de larga duración. Forma una barrera frente a fluidos corporales. Protección de la piel circundante de estomas (zona de riesgo de UPP).
- Solución de ácidos grasos hiperoxigenados. Prevención y tratamiento de úlceras por presión de grado I.
- Eosina 2% solución acuosa. Fórmula magistral, indicada en pieles maceradas por exudados y restos de fluidos corporales (dermatitis del pañal, región periurceral, etc.)

INDIVIDUO	LESIÓN
- Historia y examen físico - Complicaciones - Valoración nutricional, del dolor y psicosocial - Autocuidados - Apoyo familiar	- Descripción: estadio, tamaño, aspecto, secreción, grado, etc. - Signos clínicos de infección local - Antigüedad, curso y evolución

Tabla 1. Valoración del individuo y de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández E et al. Importancia de los registros en la cura de las úlceras por presión. Gerokomos 2002; 13(1):38-44.
- Soldevilla JJ. Epidemiología de las UPP en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. Gerokomos 1999; 17(1):75-87.
- Kosiak M. Etiology of decubitus ulcers. Arch Phys Med Rehabil 1961; 42:19-29.
- Anaya J et al. Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. Gerokomos 2000; 11(2):102-10.
- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de úlceras por presión (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo; 1998.
- Esperón JA. Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. Gerokomos 2004; 15(2):107-16.
- De Castro A et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Jano: Medicina y humanidades, 2006; 1610: 47.
- Soldevilla Agreda JJ. Tratamiento tópico de UPP. Bol Inf Farmacoter Navarra 1999; 7(2):9-13.
- Gago M et al. La maceración. Un problema en la piel perilesional de úlceras por presión y heridas crónicas. Metas de enfermería 2004; 7(4):18-22.
- Úlceras por presión. Monograf Prof Col of Farm Badajoz 1996; 11:1-16.
- Carrascal Gutierrez MI et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Bol Farmacoter AP Zamora 1997; 11(6):1-4.
- García FP, Pancorbo PL, Laguna JM. Una guía de práctica clínica para prevenir y tratar las úlceras por presión en pacientes con riesgo. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2002; 12(1):38-42.
- Pressure ulcer treatment. Pressure Ulcer Guideline Panel. Am Fam Physician 1995; 51(5):1207-22.
- Orlando PL. Pressure ulcer management in the geriatric patient. Ann Pharmacother 1998; 32(11):1221-7.
- Jaio N et al. Úlceras: del abordaje global a la cura local. INFAC 2000; 8(3):13-8.
- Direcció General del Server Valencià de Salut. Boletín terapéutico Valenciano. Vol 10 no6. Diciembre de 1996.
- Glenda Motta J. Los apósitos más idoneos: como retienen la humedad y activan la cicatrización. Nursing 1994; 12(7):10-21.
- Bronchales J et al. Trabajo de investigación de enfermería en úlceras por presión Gerokomos 1996; 7:3-23.
- Lizandara Enrich AM et al. Propuesta de clasificación de apósitos estériles modernos. Cienc Pharm 1998; 8(4):153-71.
- Hansson C. Interactive wound dressings. A practical guide to their use in older patients. Drugs Aging 1997; 11(4):271-84.
- Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Taunton; 1996.
- Capillas RM. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2000; 76): 68-84.