

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Dra. María Plá Ortí

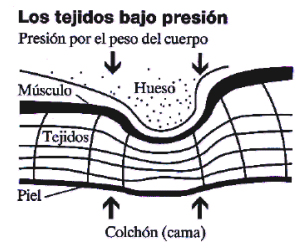
Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Son lesiones producidas por la falta de circulación sanguínea en una zona del cuerpo, debido a la presión continuada que se ejerce sobre ella, favoreciendo la isquemia y posterior necrosis de los tejidos afectados. Se conocen también como escaras o úlceras x decúbito.

MECANISMOS DE ACCIÓN

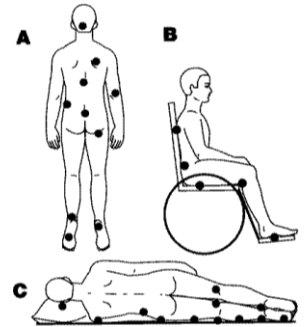
Las fuerzas responsables de su aparición son tres:

- **Presión:** Fuerza que actúa como consecuencia de la gravedad, por aplastamiento entre dos planos, uno sería el de los huesos del paciente y el otro la superficie externa sobre la que descansa (un sillón, una cama,...).
- **Fricción:** Fuerza que actúa produciendo roces en la piel por los movimientos del cuerpo sobre la superficie externa sobre la cual se apoye el paciente.
- **Ambas, presión y fricción:** Combinando los efectos de ambas fuerzas y produciendo un pinzamiento vascular.



LOCALIZACIÓN

- Son más habituales en zonas de apoyo coincidentes con prominencias óseas. Dependiendo de la posición que adopte el paciente, las localizaciones más frecuentes son en: sacro, caderas, talones, rodillas, codos, omoplatos, hombros y costillas. Se pueden dar también en nuca y orejas.
- A veces, aparecen en zonas expuestas al roce continuo y prolongado de un determinado objeto utilizado en el tratamiento del paciente como son:
 - Nariz, por la mascarilla o la sonda nasogástrica.
 - Labios, lengua y encía, por los tubos endotraqueales.
 - Meato urinario, por la sonda vesical.
 - Muñecas y codos, por la sujeción mecánica.
 - Pelvis y zonas blandas, por los pliegues de la sábana.



FACTORES DE RIESGO

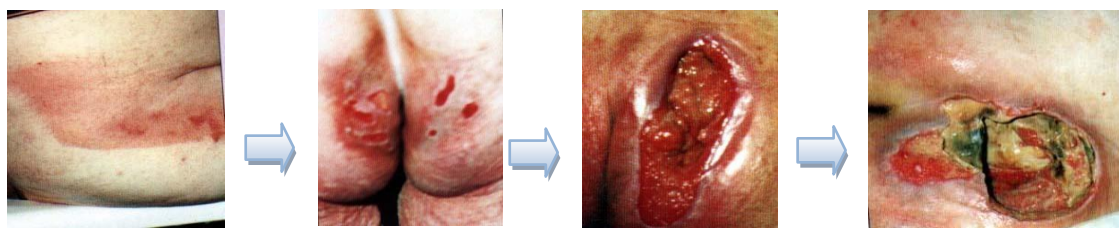
Los pacientes más susceptibles de padecer una UPP son los que a consecuencia de su enfermedad o condición tengan que estar mucho tiempo encamados o sentados. Aunque en realidad son varios los factores que influyen para que la lesión aparezca como:

- La inmovilidad física (x trastornos motores, alteración de la conciencia o los tratamientos)
- Los trastornos inmunológicos
- Los tumores
- Las deficiencias nutricionales y/o la deshidratación
- Los trastornos vasculares
- Las deficiencias sensoriales (con pérdida de la sensación dolorosa por lo que se olvida de cambiar de postura)
- Las lesiones cutáneas que cursen con sequedad y falta elasticidad piel
- Los edemas
- La incontinencia urinaria o fecal
- Los sondajes
- La higiene deficiente
- Las arrugas en la ropa cama o las prendas del paciente

CLASIFICACIÓN

Los síntomas dependerán del estado en que se encuentre la úlcera a medida que evoluciona. Puede pasar por cuatro estadios o fases:

- **Estadio I:** Eritema que no palidece, en piel intacta. Es la lesión precursora de la ulceración cutánea. En pacientes de piel oscura, hay que observar el edema, la induración, la decoloración y el calor local.
- **Estadio II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis o dermis. Se trata de una úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- **Estadio III:** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse más adentro, pero no por la fascia subyacente.
- **Estadio IV:** Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén, tipo tendón. En este estadio, como en el III, pueden presentarse las lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.



VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

- **VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE:**
 - Examen físico completo identificando enfermedades que pueden influir en el proceso de curación como enfermedades metabólicas, inmunológicas,...
 - Hábitos tóxicos y edad del paciente
 - Atención a los tratamientos farmacológicos que lleva el paciente por si alguno pudiera alterar el proceso de curación
 - Valorar el estado nutricional
 - Evaluar el estado de movilidad
 - Valorar el entorno psicosocial evaluando su capacidad de participar en su tratamiento y sus habilidades para colaborar con sus cuidadores
- **VALORACIÓN DE SU ENTORNO DE CUIDADOS:**
 - Valorando los conocimientos y habilidades de las personas que se van a ocupar de sus cuidados (cuidadores, familiares,...)
- **VALORACIÓN DE LA LESIÓN:**
 - Se va a atender a: su localización, sus dimensiones, su volumen, el tipo de tejido presente, sus secreciones, la antigüedad de la lesión y los posibles signos clínicos de infección local.
 - Para valorar el estado de la úlcera hay que eliminar previamente todo el tejido necrosado.

CURAS DE LA ÚLCERA

ÚLCERAS SUPERFICIALES

- No tienen pérdida de continuidad de la piel.
- Lavar con agua templada y jabón neutro o con glicerina. Secar sin fricción.
- **Curar con:**
 - Povidona yodada al 10% (Betadine), se aplica sobre piel limpia y seca, efectivo contra bacterias, hongos, virus, protozoos y esporas. Hay que vigilar posibles reacciones locales.
 - Copolímero acrílico (Nobecután), apósito plástico transparente en aerosol que se pulveriza sobre la zona a proteger.

ÚLCERAS PROFUNDAS (Requieren cuidados determinados según el estadio, con una valoración continua de su evolución)

- **Desbridamiento del tejido necrótico.**
 - El tejido necrótico es un medio ideal para la proliferación de bacterias, por lo que hay que retirarlo de la herida para favorecer la curación. Existen varios métodos según las características del tejido a desbridar.
 - Puede ser:
 - Cortante: se hace por planos, en varias sesiones, usando material estéril. Se puede aplicar analgesia tópica. Una posible complicación es la hemorragia.
 - Químico: se hace solo si no existen signos de infección, aplicando productos proteolíticos y fibrinolíticos que actúan como agentes de destrucción de los tejidos necróticos, lo que favorece el crecimiento del tejido de granulación. Para potenciar su acción hay que aumentar el nivel de humedad de la herida.
 - Autolítico: es de acción más lenta. Consiste en aplicar productos, apósitos e hidrogeles capaces de producir unas condiciones de cura húmeda en la zona, que facilitan la eliminación del tejido a desbridar.
- **Limpieza de la herida.**
 - Antes de limpiar, hay que tomar una serie de medidas para prevenir y controlar la infección como son:
 - Lavarse las manos
 - Usar guantes limpios para cada paciente
 - Usar instrumental y guantes estériles si se va a realizar un desbridamiento cortante
 - Si hay varias úlceras, empezar por la menos contaminada
 - Limpiar con suero salino fisiológico al principio de cada cura, usando una presión de lavado suficiente para arrastrar el detritus.
 - No es necesario el uso de antisépticos locales porque pueden ser tóxicos para el nuevo tejido en formación.

- **Aplicación del apósito o agentes desbridantes.**
 - Se tapa para evitar la infección.
 - Se rellenan parcialmente las cavidades y tunelizaciones para evitar el cierre en falso.
 - Los objetivos para el uso de apósitos son: proteger de las agresiones externas, mantener una humedad continua y controlar los exudados.
 - La piel de alrededor debe mantenerse seca.
 - Tienen que ser de fácil aplicación y retirada, y no provocar ni dolor ni alergias.
 - Nota! No existe un apósito apropiado para todo tipo de úlceras y etapas de curación.
 - Hay muchos tipos de apósitos: absorbentes, desbridantes, hidrogeles, hidrocoloides, etc. que están indicados en función de las características de la úlcera.

- **Prevención de la infección bacteriana.**
 - Todas las úlceras contienen bacterias pero en la mayoría de los casos una limpieza y tratamiento correctos impiden que la colonización progrese y se produzca infección.
 - Los síntomas de infección local son: inflamación, dolor, olor y exudado purulento.
 - La infección puede estar favorecida por factores propios del paciente como la malnutrición, los fármacos inmunosupresores, DM,...
 - Si sospechamos infección, hay que iniciar tratamiento antibiótico tópico al menos 2 semanas.
 - Si no responde, tomar una muestra de la úlcera para cultivo bacteriano y dar tratamiento antibiótico específico en función del germen responsable.
 - Datos importantes a recordar: proteger de fuentes exógenas de contaminación, no usar antisépticos locales y seguir precauciones universales de manejo.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Si la úlcera ya está formada, hay que evitar que el paciente se apoye sobre ella.
- Usar dispositivos de apoyo si con ellos se puede aliviar la presión sobre la úlcera, pero durante períodos limitados.
- Nota! No usar dispositivos de tipo flotador o anillo.
- Realizar cambios posturales al menos cada hora. Si el paciente está sentado, cambiar el apoyo del peso cada 15 min. Si no fuera posible, encamar.
- Usar superficies de apoyo estáticas o dinámicas en función de si el paciente puede cambiar de postura. Deben ser superficies fáciles de manejar y mantener.
- Colocar "jaulas" entre piernas y ropa cama para evitar fricciones. La ropa debe quedar suelta y pesar poco.
- Si el paciente está en posición semisentado, colocar un tope entre los pies y el extremo de la cama para evitar el deslizamiento.
- Asegurar una buena nutrición porque favorece la cicatrización (suplementos hiperproteicos).

PREVENCIÓN

Prevenir su aparición no siempre es posible, pero al menos hay que intentar que no progrese hacia estadios más difíciles de tratar. Lo primero siempre va a ser la valoración de los factores de riesgo que presente el paciente. Una de las tablas más usadas es el **índice de Norton de riesgo de úlcera por presión**, en la que una puntuación de:

- < 9 , significa riesgo muy alto
- 10 a 12, es un riesgo alto
- 13 a 14, se trata de riesgo medio y
- >14 implica un riesgo mínimo.

PUNTOS	ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
3	Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional
2	Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal
1	Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal

1) CUIDADOS DE LA PIEL

- Examinar la piel a diario, siendo más minucioso si el paciente es diabético o presenta algún trastorno circulatorio.
- Hay que mantener la piel seca y limpia, prestando mucha atención a los pliegues cutáneos.
- Lavado higiénico con jabón neutro. No usar sobre la piel alcoholes o colonias.
- Usar después crema hidratante o emoliente.
- Se pueden realizar masajes para activar la circulación, pero nunca sobre las prominencias óseas.
- No hay que dejar pliegues en las sábanas y la ropa del paciente no debe hacer presión sobre su cuerpo.
- Hay que intentar usar lencería de tejidos naturales.

2) MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES

- En pacientes que no pueden colaborar, se realiza un plan de movilización cada 2h, siguiendo un ritmo de rotación determinado. No arrastrar!
- No hay que someter a presión las zonas de riesgo ni las zonas con prominencias óseas.
- Se puede usar material de apoyo como almohadas, taloneras y coderas.
- Elaborar un plan de rehabilitación para mejorar la movilidad.
- Mantener el alineamiento corporal y la distribución del peso.
- Si la cabecera de la cama está elevada, no pasar de los 30º.
- Se pueden usar como complemento colchones, pero nunca sustituyen a la movilización.
- **Si el paciente se echa de lado en la cama**, no debe apoyarse directamente sobre el hueso de la cadera. Se colocará una almohada entre sus rodillas para separarlas y aliviar la presión. Se pone otra almohada apoyando la espalda formando un ángulo de 45 a 60º. Las piernas quedan en ligera flexión y forman un ángulo recto con los pies.
- **Si el paciente está acostado sobre la espalda**, colocar un cojín de espuma o almohada debajo de las piernas para mantener los talones levantados. Evitar que los tobillos se toquen.
- **Si el paciente está sentado**, realizar movilizaciones cada hora y si pudiese colaborar, enseñarle para que se movilice cada 15 min.

3) CUIDADOS GENERALES

- Tratar aquellos procesos que puedan influir en la evolución de las úlceras: respiratorios, circulatorios y metabólicos.
- Corregir el déficit nutricional si lo hay, aportando mayores cantidades de proteínas, vitaminas y minerales.
- Mantener una buena hidratación.
- Valorar la capacidad del paciente para colaborar con sus cuidadores.

PROCEDIMIENTO GENERAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y tratar incontinencia. • No masajear prominencias óseas. • No elevar cabecera cama > de 30º. • Corregir déficit de nutrición. • Evitar colocar al paciente directamente sobre el trocánter femoral, cuando esté en decúbito lateral. • Registrar actividades. 	

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	MEDIO 13-14	ALTO 10-12	MUY ALTO < 9
HIGIENE CORPORAL	Diario	Diario	Diario
VIGILANCIA PUNTOS DE PRESIÓN	Diario	C / 12 H.	C / 12 H.
HIDRATACION PIEL	Diario	C / 12 H.	C / 12 H.
PROTECCION SACRO	Colchón Aire	Colchón Aire + Aposito Hidrocoloide Extrafino	Colchón Aire + Aposito Hidrocoloide Extrafino
PROTECCION TALONES Y CODOS	Prot. Habitual	Prot. Habitual	Prot. Habitual
SEDESTACION: si lo permite patología	4 H. Máximo	4 H. Máximo Almohada Sillón	2 H. Máximo Almohada Sillón
CONTROL ALIMENTACION	C / Toma	C / Toma	C / Toma
CAMBIOS POSTURALES	C / Turno	C / 4 H. 9-13-17-21-1-5 Rotatorio	C / 4 H. 9-13-17-21-1-5 Rotatorio
MEDICION DE RIESGO	C / 3 Días	Diario	Diario
VIGILANCIA ESPECIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Zona Inserción S.N.G. • Posición S. Vesical • Mascarilla y Gafas Oxígeno: Puntos de Presión • Sujeciones Mecánicas 		