

C. Blasco García<sup>1</sup>  
S. Juan Jordán<sup>2</sup>  
F. Martínez Cuervo<sup>3</sup>  
A. Orbeago Aramburu<sup>4</sup>  
J. A. San Sebastián Domínguez<sup>5</sup>  
E. Santamaría Andrés<sup>6</sup>  
J. J. Soldevilla Ágreda<sup>7</sup>  
J.-E. Torra i Bou<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Enfermera. UFISS-Geriatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

<sup>2</sup> Enfermero. Supervisor de Unidad de Crónicos. Hospital Vázquez Díaz. SAS. Profesor Asociado Clínico. Universidad de Huelva. Profesor de Geriatria de IFES.

<sup>3</sup> Enfermero. Residencia de Ancianos Mixta de Gijón perteneciente al ERA. Gijón (Principado de Asturias).

<sup>4</sup> Coordinadora de Enfermería. Fundación José Matía Calvo. San Sebastián (Guipúzcoa).

<sup>5</sup> Adjunto de Enfermería. Unidad de Calidad. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizkaia).

<sup>6</sup> Enfermera Supervisora. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Servicio de Dermatología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

<sup>7</sup> Enfermero. Servicio de Geriatria. Hospital de La Rioja. Profesor de Enfermería Geriátrica. E. U. Enfermería de Logroño. Universidad de La Rioja. Logroño (La Rioja).

<sup>8</sup> Enfermero. Programa d'Atenció Domiciliària. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

## Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión

### 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.

Para la consecución de este consenso se ha trabajado con las últimas evidencias científicas disponibles.

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 ÚLCERAS POR PRESIÓN.

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

Alguno de los aspectos que se tratan en estas directrices serán desarrollados posteriormente en otros documentos de consenso.

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 (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo, 1998.

### 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 contemplar 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.

- 4 — 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. Valoración

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

Historia y examen físico completos, prestando especial atención a:

- Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia...).
- 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...).

### 1.3. 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 el GNEAUPP):
  - Estadio I.
  - Estadio II.
  - Estadio III.
  - Estadio IV.
- Dimensiones:
  - Longitud-anchura (diámetro mayor y menor).
  - Área de superficie (en úlceras elípticas, dada su frecuencia:  $\text{área} = \text{diámetro mayor} \times \text{diámetro menor} \times \pi/4$ ).
  - 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.
  - Íntegra.
  - 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 presión sobre los tejidos

Aliviar la presión supone evitar la isquemia tisular, incrementando de esta manera, la viabilidad de 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 períodos 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 pulsiones. 5

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 sobre Directrices Generales de Prevención de las Úlceras por Presión del GNE-AUPP.

### 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

C. Blasco García  
S. Juan Jordán  
F. Martínez Cuervo  
A. Orbezo Aramburu  
J. A. San Sebastián Domínguez  
E. Santamaría Andrés  
J. J. Soldevilla Ágreda  
J.-E. Torra i Bou

Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión

6 de desarrollar estas lesiones o agravarlas, así como la conjunción de otros valores como la facilidad de uso, el mantenimiento, los costes, 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 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.

En este sentido las directrices son:

- Use una superficie que *reduzca* o *alivie* la presión, de acuerdo con las necesidades específicas de cada paciente.
- Use una superficie estática si el individuo es incapaz de 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.

Se recomienda a los responsables de recursos de los distintos niveles asistenciales, tanto en

Tabla 1. Requisitos para las superficies de apoyo.

- Que sea eficaz en cuanto a la reducción o 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 cardiopulmonar en ámbitos con pacientes de elevada complejidad médica.

Tabla 2. Tipos de superficie de apoyo.

#### *Superficies estáticas*

- Colchonetas-cojines estáticos de aire.
- Colchones-cojines de agua.
- Colchonetas-cojines de fibra.
- Colchonetas de espuma de grandes dimensiones.
- Colchones de látex.
- Colchones-cojines viscoelástico.
- Colchones-cojines estándar.

#### *Superficies dinámicas*

- Colchones-colchonetas alternantes de aire.
- Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire.
- Camas y colchones de posicionamiento lateral.
- Camas fluidificadas.
- Camas bariátricas.

atención especializada como comunitaria, donde son atendidos pacientes con úlceras por presión o susceptibles de padecerlas, la conveniencia de disponer de algunas de estas superficies por el beneficio que de su uso puede obtenerse.

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 adecúe a las necesidades del contexto asistencial de referencia.

### 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 (Directrices Generales de Prevención sobre las Úlceras por Presión del GNE-AUPP).

### 3.2. Soporte nutricional

- La nutrición juega un papel relevante en el abordaje holístico de la cicatrización de las heridas.

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión, sino que también puede evitar la aparición de éstas.

Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

- Se diagnostica desnutrición clínicamente severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el contaje linfocitario total es menor de 1.800/mm<sup>3</sup>, o si el peso corporal ha disminuido más de un 15%.
- Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas.
- La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:
  - Calorías (30-35 Kcal × 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 y cobre.
  - Vitaminas: Vit C, Vit A, complejo B.
  - Aporte hídrico (1 cc agua × Kcal.día) (peso cc agua/día × kg.peso).
- En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

### 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 estos 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 úlcera

Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe de contemplar:

1. Desbridamiento del tejido necrótico.
2. Limpieza de la herida.
3. Prevención y abordaje de la infección bacteriana.
4. 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 condicionará el desbridamiento (enfermos con trastornos de la coagulación, enfermos en fase terminal de su enfermedad, etc.).

Las características del tejido a desbridar, igualmente, orientará 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, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

#### 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 des-

C. Blasco García  
S. Juan Jordán  
F. Martínez Cuervo  
A. Orbezo Aramburu  
J. A. San Sebastián Domínguez  
E. Santamaría Andrés  
J. J. Soldevilla Ágreda  
J.-E. Torra i Bou

Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión

8 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 lidocaína 2%, 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 período 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 y no presente signos de infección.

Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos...) que pueden utilizarse como agentes de deterción 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 periwulceral mediante una 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 opción de desbridamiento.

#### 4.1.4. Desbridamiento mecánico

Se trata de una técnica no selectiva y traumática. 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 cuatro-seis horas se adhieren al tejido necrótico, pero también al tejido sano, que se arranca con su retirada.

En la actualidad son técnicas en desuso.

#### 4.2. Limpieza de la lesión

- Limpie 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 de 35 ml con una aguja o catéter de 0,9 mm que proyecta el suero fisiológico sobre la herida a una presión de 2 kg/cm<sup>2</sup>.
- Las presiones de lavado de la úlcera efectivas y seguras oscilan entre 1 y 4 kg/cm<sup>2</sup>.
- No limpie la herida con antisépticos locales (povidona yodada, 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.

#### 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 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.
- Estadío.
- 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 desque el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral.

Tabla 3. Apósitos basados en cura húmeda.

#### *Alginatos*

- En placa.
- En cinta.

#### *Hidrocoloides*

- En placa.
- En granulos.
- En pasta.
- Combinados con alginato cálcico.
- En fibra

#### *Hidrogeles*

- En placa.
- En estructura amorfa (geles).

#### *Poliuretanos*

- En film/película.
- Hidrofilicos (foam).
- Hidrocelulares en placa.
- Hidrocelulares para cavidad.
- Espumas de polímero
- Gel de espuma de poliuretano.

#### 4.5. Tratamiento coadyuvante

En la actualidad la estimulación eléctrica es la única terapia coadyuvante con rasgos complementarios suficientes como para justificar la recomendación. Podrá plantearse en aquellas úlceras por presión estadio III y IV que no han respondido a la terapéutica convencional.

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.

#### 5. La colonización y la infección bacteriana en las úlceras por presión

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.

C. Blasco García  
S. Juan Jordán  
F. Martínez Cuervo  
A. Orbezo Aramburu  
J. A. San Sebastián Domínguez  
E. Santamaría Andrés  
J. J. Soldevilla Ágreda  
J.-E. Torra i Bou

Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión

10 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 (estadio, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, lesiones atonas, 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 con un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (por ejemplo, sulfadiazina, argéntica, ácido fusídico...) y durante un período máximo de dos semanas.

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 sólo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección. (Ver Doc. GNEAUPP: "Normas básicas para la obtención de muestra de exudado de una úlcera por presión".)

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. Reparación quirúrgica de las úlceras por presión

Se deberá considerar la reparación quirúrgica en aquellos pacientes con úlceras por presión en estadios III o VI 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 médicamente estables, etc.).

## 7. Educación 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 úlceras por presión

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 las lesiones. Es una com-

plicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, 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 este procedimiento.
- 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. Evaluación: indicadores y parámetros

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión. Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar un trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial.

La problemática de estas lesiones debe ser abordada desde un enfoque interdisciplinar.

Los resultados de los cuidados pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión.

Los estudios de incidencia y prevalencia deben ser realizados periódicamente, la idealidad pasaría por monitorizarlos e integrarlos dentro de una política local sobre úlceras por presión.

Como un instrumento para evaluar la evolución de estas heridas puede utilizarse el índice de severidad.

Pueden utilizarse otras variables descriptoras al tiempo de evaluar el proceso. Referidas a la lesión (estadiaje, número de lesiones, antigüedad, volumen, procedencia, etc.) o referidas al paciente (edad, sexo, escala de valoración de riesgo de úlceras por presión, etc.).

Recomendamos ver Doc. GNEAUPP: "Indicadores epidemiológicos en las úlceras por presión".

Prevalencia = Número de pacientes con úlceras por presión / Total de pacientes a estudio a esa fecha.

Incidencia = Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en un período determinado / Total de pacientes en estudio durante ese período.

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

### 10. Utilización de evidencias científicas

Las presentes directrices han sido elaboradas en base a las últimas evidencias científicas sobre el tema. Desde el GNEAUPP invitamos a todos los profesionales implicados en el tema a trabajar en la línea de *generar y utilizar* evidencias científicas en las correspondientes guías de práctica clínica locales.

El GNEAUPP propone como contexto ideal para la realización de estas guías de práctica clínica sobre úlceras por presión los siguientes elementos:

- Utilización de evidencias científicas contrastadas en la literatura.
- Abordaje integral del problema (prevención, tratamiento, rehabilitación/resinserción y seguimiento epidemiológico).
- Atención interdisciplinar.
- Participación de todos los niveles asistenciales.
- Fomento y soporte de los autocuidados y cuidados informales.

El material de las presentes directrices puede ser utilizado libremente y sin autorización previa en la elaboración de las mismas. Los únicos requisitos para ello son:

- Que se cite la utilización del presente documento con la referencia propuesta al inicio del mismo.
- Que se respete su contenido.
- Que se envíe una copia del material resultante a la Secretaría Científica del GNEAUPP.

Como quiera que nos movemos en un con-

C. Blasco García  
S. Juan Jordán  
F. Martínez Cuervo  
A. Orbegozo Aramburu  
J. A. San Sebastián Domínguez  
E. Santamaría Andrés  
J. J. Soldevilla Ágreda  
J.-E. Torra i Bou

Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión

12 texto esencialmente dinámico, en la página web del GNEAUPP:

<http://www.readysoft.es/GNEAUPP>

Las personas interesadas en el tema encontrarán información relativa a la última actualidad

bibliográfica sobre las úlceras por presión, actividades científicas y de investigación en curso, así como un catálogo actualizado de los productos disponibles en nuestro país para la atención a pacientes con úlceras por presión.

## BIBLIOGRAFÍA

- BERGSTROM, N.; ALLMAN, R. M.; CARLSON, C. E. y cols. (1992) Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Guideline Report, No. 3. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and research. AHCPR Publication No. 93-0013. May.
- BERGSTROM, N.; BENNETT, M. A.; CARLSON, C. E. y cols. (1994) Treatment of Pressure Ulcers. Clinical Practice Guideline No. 15. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and research. AHCPR Publication No. 95-0652. December.
- BRADEN, B. (1997) Risk assessment in pressure ulcer prevention. En: Krasner D, Kane D. Chronic wound care, second edition. Wayne, PA, Health Management Publications, Inc, 29-36.
- GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN (GNEAUPP). (1996) Directrices Generales de Prevención de las Úlceras por Presión. Castelldefels.
- GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN (GNEAUPP). (1997) Clasificación y estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos (Supl Helkos); VIII (22) (Supl Helkos núm. 22: III).
- HINMAN, C. D.; MAIBACH, H. (1963) Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. Nature 200:377-378.
- KRASNER, D.; KANE, D. (1997) Chronic wound care, second edition. Wayne, PA, Health Management Publications, Inc.
- MAKLEBUST, J.; SIERGREEN, M. (1991) Pressure ulcers. Guideline for prevention and nursing management. West Dundee, Illinois. S-N Publications.
- MAKLEBUST, J. (1996) Using wound care products to promote a healing environment. Crit Care Nurs Clin North Amer, 8(2):141-158.
- SIEGGREEN, M.; MAKLEBUST, J. (1997) Debridement: Choices and challenges. Adv Wound Care, 10(2):32-37.
- SOLDEVILLA, J. J. (1994) ¿Cómo valorar y describir una úlcera cutánea? Gerokomos, 5(10):3-11.
- SOLDEVILLA, J. J. (1998) Guía práctica en la atención a las úlceras de piel. 4.ª edición. Madrid. Editorial Garsi.
- THOMAS, S. (1990) Wound management and dressings. London: The Pharmaceutical Press.
- TORRA I BOU, J. E. (1997) Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambiente húmedo dirigido a enfermería. Madrid: Jarpiyo Editores.
- TORRA I BOU, J. E. (1997) Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Barden. Rev Rol Enf 224:23-30.
- TORRES O. G.; GALINDO, A.; TORRA I BOU, J. E. (1997) Manual de sugerencias en el manejo de úlceras cutáneas crónicas infectadas dirigido a enfermería. Madrid: Jarpiyo Editores.
- TURNER, T. D. (1997) The development of wound management products. En: Krasner D, Kane D. Chronic Wound Care, 2.ª edición, Wayne, PA: Health Management Publications, Inc., 124-138.
- WINTER, G. (1962) Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature, 193:292.
- WINTER G. (1963) Effect of aire expossure and occlusion on experimental human skin wounds. Nature, 200:379-380.