

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ANTE LAS ULCERAS POR PRESION (UPP) CENTRO DE SALUD EL PROGRESO.

INTRODUCCION.-

Las úlceras por presión (upp), también denominadas úlceras por decúbito, son lesiones de origen isquémico localizadas en piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea o necrosis producida por presión prolongada, fricción entre planos o pinzamiento vascular entre una prominencia ósea y una superficie externa.

Se localizan con mas frecuencia por debajo de la cintura y en las prominencias óseas como el sacro, talón, maléolos externos y trocánteres.

Los factores de riesgo que contribuyen a su aparición son la inmovilidad prolongada, la edad avanzada, la pérdida de sensibilidad, deficiencias nutricionales (por exceso y por defecto), alteraciones del estado de conciencia, humedad excesiva de la piel, algunos tratamientos farmacológicos (inmunosupresores, sedantes, corticoides, citostáticos) y ciertas enfermedades que interfieren en el proceso de cicatrización (diabetes, cáncer, insuficiencia renal).

CLASIFICACIÓN de la upp según su profundidad y evolución .-

.- **Estadio I:** Eritema que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura pueden ser indicadores también la decoloración de la piel, calor, edema, induración o insensibilidad.



.- **Estadio II** : Perdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis, o ambas. La ulcera es superficial y puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.



.- **Estadio III**: Perdida completa del grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo, con presencia de exudado.



.- **Estadio IV**: Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso, o en las estructuras de soporte. Abundante exudado y tejido necrótico, pudiendo presentar trayectos sinuosos y socavados.



OBJETIVOS.-

Las upp son un problema común en determinados ámbitos y pacientes. El índice de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados que presta enfermería. Si a esto unimos el elevado coste económico y asistencial que estas conllevan una vez se producen, nos hacen plantearnos que el papel de la enfermería no solo se encuentra durante la labor asistencial sino que está en nuestras manos el poder crear y usar todas las herramientas disponibles para una mejor prevención y tratamiento de las upp.

Los objetivos por tanto, de este protocolo son:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las upp.
- Valorar el grado de riesgo de desarrollar upp de una manera efectiva y fiable.
- Identificar y descubrir correctamente los estadios de las upp
- Registrar y protocolizar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las upp.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las upp.

METODOLOGÍA.-

Este protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión, nace de la necesidad de estandarizar los procedimientos para la ejecución de todas las actividades que se llevan a cabo en nuestro medio de trabajo, derivadas de manejo de las upp.

Por todo ello lo que pretendemos con este protocolo son conseguir los siguientes objetivos:

- ✓ Unificar criterios de actuación de todos los profesionales al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.
- ✓ Sistematizar la información, facilitando el registro de actividades, lo que favorecerá la transmisión de la información referida a la propia actividad y los resultados de la misma.
- ✓ Facilitar el trabajo, especialmente a los profesionales de nueva incorporación.
- ✓ Abaratar costes económicos al estandarizar el uso de recursos y tiempos.
- ✓ Facilidad de cumplimiento.
- ✓ Accesibilidad de consulta y discusión.
- ✓ Posibilidad de revisión.

VALORACIÓN.-

La valoración inicial debe ser realizada por todo el equipo de atención primaria, es decir tiene que valorar al paciente de forma integral, esto es, no solo hay que valorar la lesión, hay que valorar otros aspectos que pueden dificultar la curación como la presencia de otros factores de riesgo: estado de conciencia, incontinencia; el estado de nutrición: albúmina sérica, proteínas, aporte calórico, minerales, vitaminas; la presencia de enfermedades: diabetes, alteraciones vasculares, respiratorias, cáncer...; y tratamientos farmacológicos: corticoides, inmunosupresores... Por último hay que valorar su entorno psicosocial, principalmente su cuidador principal su habilidad y motivación así como los recursos disponibles para participar en el cuidado del paciente.

Hay que hacer especial énfasis en las medidas de prevención incluso cuando las upp ya están presentes. Todos los pacientes que se consideren con riesgo de desarrollar upp deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención.

Hay que conseguir la máxima implicación del paciente, su familia o cuidadores en la planificación de ejecución de los cuidados mediante los programas de educación estructurados.

Hasta ahora toda la valoración se ha referido al paciente pero no hay que olvidar que hay que realizar también una valoración inicial de la ulcera. Para ello debemos medir el tamaño de la ulcera que es el principal índice de curación o mejoría para realizar el seguimiento de su evolución.

Existen otros aspectos sobre la apariencia de la ulcera que a pesar de la ausencia de evidencias nos permiten controlar la evolución:

- ▶ Periferia: la presencia de signos de celulitis o dermatitis indican mal pronóstico, por el contrario la presencia de epitelización es signo de buen pronóstico.
- ▶ Base: granulación, necrosis, infección, etc.
- ▶ Localización
- ▶ Morfología: una correcta descripción de la morfología nos ayudara en el diagnóstico de las úlceras atípicas o de signos de malignización, aunque esto último es muy poco frecuente.

Esta valoración se debe repetir semanalmente. Si no observamos mejoría debemos plantearnos la idoneidad del tratamiento.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.-

Según Gordon los diagnósticos enfermeros o diagnósticos clínicos formulados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que los enfermeros, en virtud de su educación y experiencia están capacitados y autorizados para tratar.

Los principales diagnósticos de enfermería en las upp son:

- Deterioro de la integridad cutánea**, relacionado con una excesiva presión manifestada por la alteración y destrucción de la epidermis, dermis o ambas.
- Deterioro de la integridad tisular**, relacionado con una excesiva presión manifestado por la aparición de lesiones de las membranas mucosa o corneal, o de los tejidos subcutáneos.
- Alteración de la integridad cutánea relacionada con la malnutrición.**
- Alteración de la imagen corporal relacionada con la presencia de lesiones visibles.**
- Dolor** relacionado con la aparición de heridas abiertas, destrucción y crecimiento del tejido de granulación e infección de la ulcera.
- Déficit de conocimientos relacionado con la falta de información acerca de factores agravantes.**

Como diagnósticos posibles o potenciales podemos enumerar los siguientes:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:** riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
- Riesgo de infección:** riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

PREVENCIÓN.-

Un bajo índice de aparición de úlceras por presión es sinónimo de buen trabajo del equipo de atención primaria, pero en su prevención y tratamiento deben estar implicados tanto el personal sanitario, como el propio paciente y sus familiares, a los cuales se deberá prestar todo nuestro apoyo y enseñanza adecuada de las técnicas a aplicar.

Se estima que hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, lo cual refuerza la necesidad de la actuación preventiva como prioridad sin centrarse solamente en el tratamiento de las establecidas.

Como primer paso hay que hacer una valoración identificando a todos los pacientes potenciales de riesgo mediante herramientas que se muestran fiables como puede ser la escala de Norton.

ESCALA DE NORTON DE POSIBILIDAD DE LESIONES POR PRESIÓN

Norton D, McLaren R, Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital Edimburgh: Churchill Livingstone, 1975	
Estado físico general	
Bueno	4
Regular	3
Malo	2
Muy malo	1
Estado mental	
Alerta	4
Apático	3
Confuso	2
Estuporoso	1
Actividad	
Ambulante	4
Deambula con ayuda	3
Silla de ruedas siempre	2
Encamado	1
Movilidad	
Plena	4
Algo limitada	3
Muy limitada	2
Nula	1
Incontinencia	
No presenta	4
Ocasional	3
Vesical	2
Doble	1
Puntuación entre 4 y 20. Riesgo de úlcera por decúbito con < 14 puntos. < 12 puntos implica alto riesgo	

Es conveniente identificar al cuidador principal y valorar los recursos del paciente. Implicar al paciente y cuidadores en la planificación y ejecución de los cuidados. Valorar la motivación y la capacidad para aprender y para asumir el cuidado.

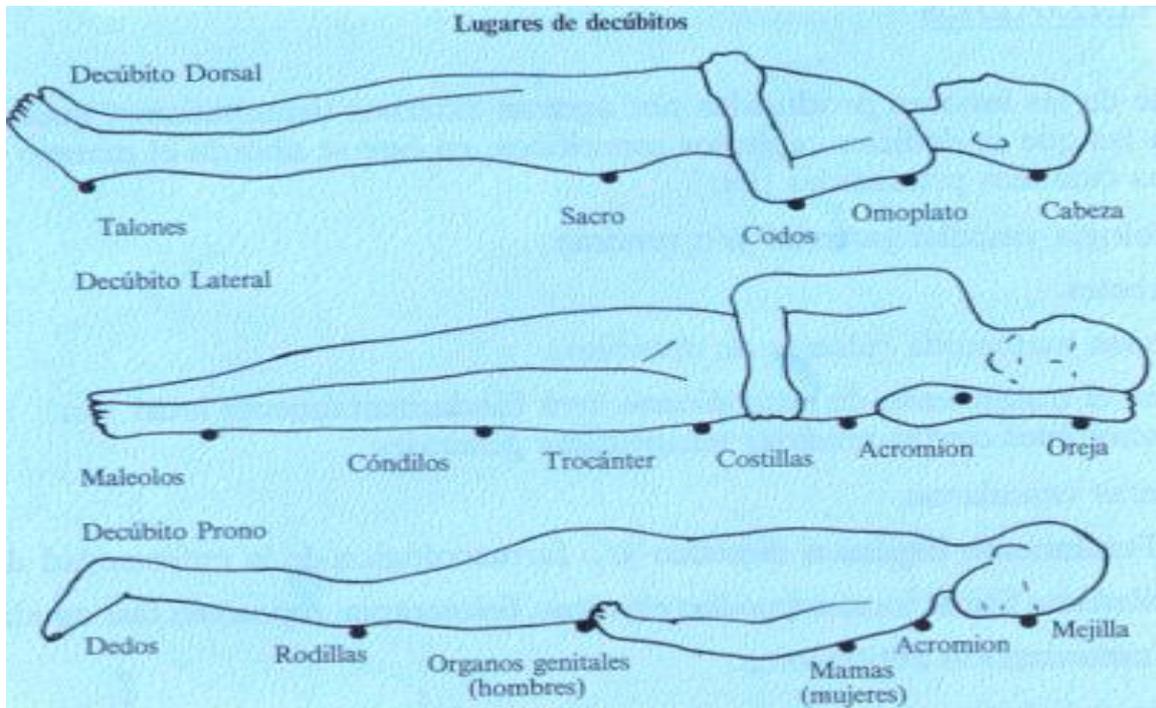
Será necesaria la intervención del trabajador social en aquellas situaciones en que se encuentren pacientes con familias disfuncionales, con escaso apoyo familiar o con falta de recursos socio sanitarios.

Identificadas las personas con disminución de la movilidad las actividades preventivas serían:

1.-Corregir factores causales:

- a) La presión directa prolongada
- b) Valoración del estado de la piel con mayor vigilancia en las prominencias óseas

ZONAS DE APARICIÓN DE UPP MÁS HABITUALES.-



2.-Asociar intervenciones preventivas en todos los grupos de riesgo: Todos los pacientes con riesgo de desarrollar upp deben de tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales o medios para eliminar o reducir la presión, así como estimular la actividad y el movimiento del paciente.

3.-Cuidados generales como son:

- Cambios posturales
- Reductores de presión
- Cuidados para disminuir la humedad
- Colchones o camas especiales
- Controlar la ingesta de alimentos y estimular la ingesta de líquidos

4.-Consejos para el paciente y el cuidador principal referentes sobre todo a higiene, movilización y nutrición:

- Cambios de posición frecuente
- Evitar colocarlo sobre las úlceras
- Evitar los masajes sobre prominencias óseas
- Inspeccionar la piel de forma sistemática, mantenerla limpia y seca
- Utilizar agua tibia y jabones neutros
- Usar cremas hidratantes.

Mediante el registro de todas las úlceras que se vayan produciendo, se puede estudiar las condiciones que han contribuido a su aparición.

TRATAMIENTO.-

Una vez realizada la evaluación inicial de la úlcera respecto a su tamaño, apariencia y localización, nos marcamos los siguientes objetivos del tratamiento:

- Reducir el riesgo de infección
- Estimular la cicatrización de la herida
- Tratar el dolor de forma adecuada

Para realizar la cura de una upp son recomendables las siguientes pautas:

1.- Limpieza de la úlcera:

Se recomienda suero fisiológico salino en cada cambio de aposito. Se desaconsejan los antisépticos locales (povidona yodada, agua oxigenada, ácido acético etc), ya que son productos citotóxicos.

Una úlcera limpia deberá mostrar signos de curación entre 2-4 semanas. Si no es así, revisar el tratamiento.

2.- Desbridamiento:

Debe seleccionarse el método de desbridamiento mas adecuado de acuerdo a la condición del paciente y objetivos del tratamiento, al tipo, cantidad y localización del tejido necrótico y cantidad de exudado.

Utilizar instrumentos estériles. Puede hacerse:

- Quirúrgico: es el método mas conveniente para retirar el tejido desvitalizado con riesgo de celulitis o sepsis. Debe realizarse por planos y en diferentes sesiones por ser doloroso. Para prevenir el dolor se recomienda la aplicación de anestésico tópico o analgésicos por vía oral. Si hay hemorragia ejercer compresión directa y usar apositos secos durante 24 horas, cambiando después a un aposito húmedo.
- Enzimático: es una técnica adecuada cuando no se puede utilizar el desbridamiento quirúrgico. La colagenaza es el producto mas utilizado. No se debe usar con povidona yodada. Se puede proteger la piel perilesional con pasta de zinc. A continuación la úlcera debe cubrirse con apositos húmedos.

- Autolítico: es la forma mas indolora, traumática y selectiva para eliminar el tejido necrótico sin dañar el tejido sano, aunque es mucho mas lento. La curación no tiene lugar hasta que todo el tejido necrótico se ha retirado. Se basa en el principio de cura húmeda. Se utilizara un aposito hidropolimérico y regularemos la cantidad de exudado, absorbiendo el exceso con un alginato o aportando humedad con un hidrogel.

Las upp de talón con escara seca no necesitan ser desbridadas salvo que presenten edema, eritema, fluctuación o supuración. Pueden ser eliminadas mediante apositos que proporcionen un ambiente húmedo que facilite la autolisis, los hidrocoloides y los hidrogeles.

3.- Aplicación de apósitos:

El apósito ideal debería mantener sana la piel periulceral, el lecho de la ulcera siempre húmedo, regular el exudado, proteger de contaminaciones externas e infecciones, dejar la mínima cantidad de residuo en la lesión y adaptarse a localizaciones difíciles.

No existe un aposito ideal, los estudios no ofrecen evidencia científica suficiente para determinar con certeza si los apositos especiales son más eficaces que los tratamientos convencionales. Solo existe un estudio que sugiere que los apositos hidrocoloides son mas eficaces en ulceras en estadio II no complicadas.

La elección del aposito idóneo nos viene determinada por la localización, estadio de la ulcera, la cantidad de exudado, la presencia de signos de infección, el estado del paciente y su coste-eficacia. En este último punto, aunque algunos estudios los recomiendan basándose en que precisan menor numero de cambios y tiempo de personal de enfermería, no hay diseños que permitan definir con claridad cual es la mejor relación coste-eficacia de estos apositos ya que las variables clínicas y económicas son propias en cada ámbito asistencial.

Los apositos hay que aplicarlos sin recortar y excediendo en al menos 3 cm del borde de la lesión. Para evitar que se formen abscesos o “se cierre en falso” es 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 aposito viene determinada por su deterioro, teniendo en cuenta que los cambios frecuentes pueden lesionar el lecho de la ulcera.

Hay que dar a un aposito un tiempo de dos semanas para que actúe, por lo que no se recomienda pasar a otro distinto en ese tiempo. Considerar el cambio de aposito en caso de que la retirada este creando problemas de dolor, hemorragia o agresiones en la herida o piel que hay alrededor de la misma. La retirada del aposito se debe hacer mediante su humedecimiento o según instrucciones del fabricante del apósito.

Cuando existan cuidados paliativos y upp, se deben marcar unos objetivos evitando en lo posible técnicas agresivas y el dolor. Evitar la infección de las lesiones y el olor con apositos de carbón activado. Usar apositos que permitan espaciar al máximo las curas. En situación de agonía es necesario valorar si proceden los cambios posturales.

La infección es una de las complicaciones más frecuentes de las upp. La limpieza y desbridamiento eficaz es el mejor método para prevenir la progresión de la infección. En caso de existir signos de infección local, hay que descartar bacteriemia, sepsis, celulitis u osteomielitis. Una vez descartadas, iniciaremos pauta con antibiótico y si hay mal olor o exudado abundante se puede aplicar un aposito de carbón activado.

CARACTERISTICAS DE LOS DIFERENTES APOSITOS.

HIDROGEL .-

- Desbridamiento de úlceras necróticas y /o esfaceladas .elimina y absorbe y limpia y regenera.
- Lesiones secas.hidratacion.

APOSITO HIDROCOLOIDE.-

- La cicatrizacion final de las heridas superficiales (quemaduras,heridas quirurgicas, dermoabrasiones,zonas donantes..)
- Proteccion y prevencion de lesiones por fricion.
- Proteger lesiones en su evolucion final.

APOSITO HIDROCOLOIDE EN MALLA.-

- Adherente no oclusivo.
- Heridas superficiales (quemaduras 2º grado, dermoabrasiones,heridas quirurgicas,zonas donantes)
- Tratar las heridas agudas.
- Proteger el tejido de nueva formacion.

ALGINATO CALCICO Y CARBOXIMETILCELULOSA SODICA.-

- Rellenar cavidades o fistulas.
- Atrapa y retiene bacterias.
- Favorece la granulacion desde la base lesional.
- Mayor absorcion que las hidrofibras

APOSITO HIDROPOLIMERICO.-

- Heridas que presentan exudado con piel periulceral fragil.
- Lesiones multievolutivas en piernas .
- Prevencion y proteccion

TIPO DE TEJIDO	OBJETIVO	TTO LOCAL ACONSEJADO	CURA
TEJIDO NECROTICO	ELIMINAR EL TEJIDO NO VIABLE	<p>A) DESBRIDAMIENTO ENZIMATICO IRUXOL MONO + ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX,MEPILEX BORDER) TIELLE</p>	C/1-2 DIAS
TEJIDO ESFACELADO		<p>B) DESBRIDAMIENTO AUTOLITICO INTRASITE GEL PURILON GEL ASKINA GEL VARIHESIVE HIDROGEL NU-GEL NORMIGEL HYPERGEL + ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX,MEPILEX BORDER TIELLE O HIDROCOLOIDE ASKINA (BIOFILM, ULCUFLEX) COMFEEL(GRANULOS,PLUS CONTOUR,PLUS EXTRAABSORVENTE,PLUS PROTECTOR,PLUS SACRO, PLUS TRANSPARENTE) VARIHESIVE(EXTRAFINO,GEL CONTROL,GEL CONTROL CON REBORDE HIDROCOLIODE</p>	C/2 DIAS
TEJIDO DE GRANULACION	EXUDADO ESCASO EVITAR LA MACERACION	<p>PELICULA TRANSPARENTE DE POLIURETANO OP-SITE BIO-OCLUSIVA MEPITEL</p>	C/4 DIAS
		<p>ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX,MEPILEX LITE,MEPILEX BORDER TIELLE O</p>	C/4 DIAS

TEJIDO DE GRANULACION	EXUSCADO	HIDROCOLOIDE ASKINA (BIOFILM, ULCUFLEX) COMFEEL(GRANULOS,PLUS CONTOUR,PLUS EXTRAABSORVENTE,PLUS PROTECTOR,PLUS SACRO, PLUS TRANSPARENTE) VARIHESIVE(EXTRAFINO,GEL CONTROL,GEL CONTROL CON REBORDE HIDROCOLIODE	
		ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX,MEPILEX LITE TIELLE	C/3 DIAS
		ALGINATO ALGESITE M SEASORB SORB ASKINA SORBSAN ASKINA SORBSAN REBORDES ASKINA SORBSAN PLUS MELGISORB + ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX,MEPILEX BORDER TIELLE	C/2 DIAS
EPITELIZACION	FAVORECER LA EPITELIZACION	ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX LITE,MEPILEX BORDER LITE,MEPITEL.MEPILEX L HEEL TIELLE	C/5 DIAS
PIEL INTEGRAS	RESTABLECER EL FILM PROTECTOR DE LA PIEL	AC.GRASOS HIPEROXIGENADOS: CORPITOL,MEPENTOL,LINOVERA	

PRESENCIA / SOSPECHA DE INFECCION	AUSENTE	<p>REDUCIR LA CARGA BACTERIANA</p> <p>APOSITOS DE PLATA ACTICOAT AQUACEL PLATA BIATAIN PLATA BIATAIN PLATA ADHESIVO COMFEEL PLATA +</p> <p>HIDROGEL</p> <p>INTRASITE GEL PURILON GEL ASKINA GEL VARIHESIVE HIDROGEL NU-GEL +</p> <p>ESPUMA DE POLIURETANO ALLEVYN (ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) BIATAIN (THIN,ADHESIVO,SACRO,TALO,MAX,LIGHT) MEPILEX TIELLE</p>	C/3 DIAS
	PRESENTE	<p>APOSITOS DE PLATA</p> <p>ACTICOAT ALLEVYN(ADHESIVE,CAVITY,HEEL,SACRO) AQUACEL PLATA + BIATAIN(THIN,ADHESIVO,SACRO, MAX,LIGHT) BIATAIN PLATA BIATAIN PLATA ADHESIVO COMFEEL PLATA</p> <p>ESPUMA DE POLIURETANO</p> <p>MEPILEX TIELLE</p>	