

GUÍA PARA EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS



**GRUPO DE HERIDAS CRÓNICAS
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE
ALBACETE (CHUA)**

GRUPO DE HERIDAS CRÓNICAS CHUA

- **Enriqueta García Cebrián** – Enfermera de Unidad de Geriátría y Neumología
- **Virtudes Luján García** – Enfermera de Unidad de Cuidados Paliativos
- **Delirio Jiménez Sánchez**- Enfermera. Supervisora Unidad de Traumatología y Cirugía Maxilofacial
- **M^a Dolores Cuesta Arce**- Enfermera. Supervisora Unidad de Reanimación
- **M^a José Villora García**- Enfermera de la Unidad de Reanimación
- **Remedios Nieto Carrilero**- Enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente
- **Llanos Soriano Escobar** – Enfermera. Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente
- **Ana Salido Zarco** – Enfermera de la Unidad de Neurología, Neurocirugía y Otorrinolaringología
- **Teresa González Álvarez**- Enfermera. Supervisora de la Unidad de Oncología y Hematología
- **Isabel Martínez Martínez**- Enfermera de la Unidad de Cirugía Plástica y Reparadora
- **Francisca Calero Yáñez**- Enfermera de la Unidad de Medicina Interna y Mediana y Larga Estancia (UMLE)
- **Pedro Liria Sánchez**- Médico Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora
- **Carlos García Fernández**- Enfermero. Supervisor de la Unidad de Calidad Asistencial

EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS

“ Un problema cotidiano, que incluye, medidas de prevención eficaces, un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado ”.

OBJETIVOS	4
1- INTRODUCCIÓN	
1.1- Definición.....	5
1.2- Etiología	
1.3- Factores de riesgo que favorecen la aparición de úlcera	
2- PREVENCIÓN	6
2.1- Valoración del riesgo. Escala de Norton	
2.2- Cuidados de la piel.....	7
2.2.1- Higiene	
2.2.2- Manejo de la humedad	
2.2.3- Cuidados de la cama.....	8
2.3- Manejo de la presión	
2.3.1- Movilidad del paciente. Posiciones	
2.3.2- Movilización pasiva.....	9
2.3.3- Uso de superficies de apoyo.....	10
2.3.4- Protecciones locales	
2.4- Cuidados generales en la prevención	
3- CUIDADOS GENERALES DE LAS LESIONES	11
3.1- Etapas de cicatrización de las lesiones	
3.2- Factores favorables para la cicatrización.....	12
3.3- Factores desfavorables para la cicatrización	
3.4- Exámenes previos al estudio de una lesión crónica	
3.4.1- Valoración inicial al ingreso	
3.4.2- Valoración de la lesión	
3.5- Valoración – descripción de la lesión.....	13
3.5.1- Localización	
3.5.2- Estadío	
3.5.3- Extensión	
3.5.4- Aspecto del lecho de la lesión	
3.5.5- Exudado.....	14
3.5.6- Piel perilesional	
3.5.7- Signos de infección	
3.5.8- Dolor.....	15
4- PROCESO DE CURA DE LA LESIÓN	16
4.1- Medidas generales	
4.2- Tratamiento con cura seca	
4.3- Tratamiento en ambiente húmedo.....	17
4.4- Limpieza de la lesión	

4.5- Lesión con necrosis.....	18
4.5.1- Presencia de tejido necrótico	
4.5.2- Presencia de esfácelos.....	19
4.5.3- Presencia de flictenas	
4.6- Lesión con exudado	
4.7- Lesión limpia con tejido de granulación.....	20
4.8- Exceso de tejido de granulación	
4.9- Contaminación – colonización – infección de la lesión.....	21
4.10- Utilización de antisépticos locales.....	22
4.10.1- Clorhexidina.....	23
4.10.2-Povidona Yodada	
4.10.3-Agua oxigenada	
4.11- Productos con plata.....	24
4.12-Administración de antibióticos locales	
4.13-Administración de antibióticos sistémicos	
4.14-Cultivo microbiológico de una lesión.....	25
4.15-Protección de la piel perilesional	
4.16-Evolución de una lesión.....	26
5- PRODUCTOS PARA CURAS.....	27
5.1- Conceptos previos	
5.2- Características que deben reunir los apósitos	
5.3- Tipos de apósitos.....	28
5.3.1- Apósitos convencionales	
5.3.2- Apósitos específicos	
5.4- Frecuencia en los cambios de apósitos.....	29
6- RECOMENDACIONES EN ÚLCERAS VASCULARES.....	30
6.1- Cuidados de la úlcera arterial	
6.2- Cuidados de la úlcera venosa	
6.3- Cuidados de la úlcera neuropática	
7- REGISTRO DEL PROCESO.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS:	
1- MATERIAL PARA CURA DE HERIDAS CRÓNICAS	
2- DOCUMENTO DE PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	
3- ÁRBOL DE DECISIÓN PARA TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	

OBJETIVOS

Objetivo general:

Unificar las acciones preventivas, el tratamiento y los cuidados de los pacientes con úlceras cutáneas en nuestro Complejo Hospitalario.

Objetivos específicos:

- Valorar y detectar las necesidades que el paciente tiene alteradas para identificar a los que tienen riesgo de desarrollar úlceras.
- Conocer los factores que favorecen la aparición de úlceras.
- Potenciar las medidas de prevención como el único mecanismo eficaz para evitar la aparición de úlceras.
- Conocer y aplicar los cuidados apropiados a los distintos tipos de lesiones.
- Evaluar las actuaciones realizadas para mejorar los cuidados.

Consideraciones a tener en cuenta:

- Basar nuestros cuidados en la mejor evidencia científica.
- Conseguir la implicación del paciente y familiares en los cuidados.

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) suponen un problema por su prevalencia y por sus repercusiones, tanto sobre el estado de salud de los enfermos que las padecen como sobre el sistema de salud.

En el 2001 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Lesión Crónicas (GNEAUPP) realizó un estudio de prevalencia obteniendo los siguientes datos:

- Prevalencia en Atención Primaria: 8,34%
- Prevalencia en Atención Especializada: 8,81%
- Prevalencia en Unidades de Cuidados Intensivos: 12,4%
- Prevalencia en Centros Sociosanitarios: 7,6%

Los enfermos con UPP, ven agravado su estado de salud y, por lo tanto, disminuida su calidad de vida.

Por su parte, el Sistema de Salud debe hacer frente a un aumento en la necesidad de cuidados, un gasto en el material de curas y tratamiento de complicaciones y una prolongación de las estancias.

1.1- Definición

Lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la isquemia producida por presión prolongada, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven.

1.2- Etiología

- **Presión:** Se produce oclusión vascular, isquemia, hipoxia y necrosis tisular. Es el factor más importante y está unido al tiempo que se mantiene la presión.
- **Fricción:** Cuando la superficie corporal (piel) roza contra otra superficie (sábanas, sondas), produce abrasión de la piel.
- **Cizallamiento:** Se producen fuerzas paralelas, por un lado, la piel y la fascia superficial, y por el otro, el esqueleto y la fascia profunda. Un ejemplo de esto es cuando la piel y el subcutáneo se deslizan sobre el sacro-coxis cuando el paciente resbala al elevar la cama más de 30°. Se produce lesión en los tejidos profundos.

1.3- Factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras

- Inmovilidad o alteraciones de la actividad y/o movilidad
- Edad del paciente: ancianos
- Disminución de la consciencia
- Alteraciones circulatorias
- Déficit nutricional
- Alteraciones en la eliminación: Incontinencia
- Trastornos inmunológicos: Infecciones, neoplasias.
- Tratamientos farmacológicos: sedantes, corticoides, citostáticos
- Aplicación de técnicas: sondajes, férulas
- Déficit de higiene
- Otros:
 - Ausencia o inadecuación de medidas de prevención
 - Ausencia o inadecuación de criterios de planificación de cuidados
 - Desmotivación del personal de enfermería por falta de información o formación.

2. PREVENCIÓN

“ La mayoría de las úlceras por presión son evitables ”

Objetivos

- Valorar el riesgo de aparición de úlceras
- Mantener y/o mejorar el estado de la piel
- Manejar adecuadamente los factores productores de úlceras, fundamentalmente la presión.

2.1- Valoración del riesgo

Es necesario valorar al paciente al ingreso, y de forma continuada, teniendo en cuenta la posible etiología y los factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras. Para ello es recomendable utilizar una escala de valoración.

La escala de Norton valora el riesgo que tiene un paciente para desarrollar úlceras por presión. Evalúa factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad para desarrollar lesiones

Escala de Norton

A. ESTUDIO FÍSICO GENERAL	B. ESTADO MENTAL	C. ACTIVIDAD	D. MOVILIDAD	E. INCONTINENCIA
BUENO 4 -Nutrición :Persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2.000 Kcal. I.M.C. entre 20 y 25. % estándar 90. -Ingesta de líquidos : 1.500-2.000 cc/día (8-10 vasos). -Temperatura corporal : de 36° a 37° C. -Hidratación :Persona que tiene peso moderado con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.	ALERTA 4 -Paciente orientado en tiempo, lugar y personas. -Responde adecuadamente a estímulos : visuales, auditivos y táctiles. -Comprende la información. -VALORACIÓN :Solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.	TOTAL 4 -Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.	AMBULANTE 4 Independencia total. -No necesita depender de otra persona. -Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con mas de un punto de apoyo o leve prótesis.	NINGUNA 4 -Control de ambos esfínteres. -Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal. -Un portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo.
MEDIANO 3 -Nutrición : Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas y 2.000 Kcal. I.M.C. <=20 <25. % estándar 80. -Ingesta de líquidos : 1.000-1.500 cc/día (5 a 7 vasos). -Temperatura Corporal : de 37 a 37,5° C. -Hidratación : persona que tiene relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.	APÁTICO 3 -Aletargado. olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. -Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. -Obedece órdenes sencillas. -Posible desorientación en el tiempo, y respuesta verbal lenta, vacilante. VALORACIÓN: Dar instrucciones al paciente como tocar la punta de la nariz .	DISMINUIDA 3 -inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.	CAMINA CON AYUDA 3 -La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o medios mecánicos, con aparatos con mas de un apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuadruple, andadores, muletas).	OCASIONAL 3 -No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.
REGULAR 2 -Nutrición: Persona que realiza dos comidas diarias. Toma un tercio de menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1.000 Kcal. I.M.C. >= 50. % estándar 70. -Ingesta de líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos). -Temperatura corporal: de 37,5° a 38° C. -Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	CONFUSO 2 -Inquieto, agresivo, irritable, dormido. -Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. -Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. -Sino hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. intermitente mente desorientación en tiempo, lugar y/o personas. -VALORACIÓN: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.	MUY LIMITADA 2 -Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.	SENTADO 2 -La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. -La persona necesita ayuda humana y/o mecánica.	URINARIA O FECAL 2 -No controla uno de los dos esfínteres permanentemente. -Colocación adecuada del colector con atención a las fugas, pinzamientos o zonas de fijación.
MUY MALO 1 -Nutrición: Persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio de menú, una media de 1 ración de proteínas/día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >50. % estándar 60. -Ingesta de líquidos: < 500 cc/día (< 3 vasos). -Temperatura corporal:>38.5° C. <de 35.5° C. -Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.	a) ESTUPOROSO b)COMATOSO 1 -Desorientación en tiempo, lugar y personas. a) Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. b) Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. -VALORACIÓN: Presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.	INMÓVIL 1 -Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.	ENCAMADO 1 -Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total). -Precisa de ayuda humana para cualquier objetivo (comer, asearse, etc.).	URINARIA+FECAL 1 -No controla ninguno de sus esfínteres.

Si el resultado es de 14 ó menor, podemos establecer el siguiente diagnóstico de enfermería: “*Deterioro real o potencial de la integridad cutánea*” y tendremos que iniciar medidas de prevención. En pacientes con antecedentes de úlcera por presión o lesión crónica se deben establecer medidas de prevención.

Tanto las valoraciones como las medidas planificadas se deben registrar.

2.2- Cuidados de la piel

Mantener la piel limpia, seca e hidratada

2.2.1- Higiene

- Revisión diaria y sistemática de la piel, especialmente en las zonas de prominencias óseas. Podemos hacer coincidir la revisión con la higiene
 - Higiene corporal diaria con agua tibia y jabón suave. Utilizar poca cantidad de jabón que permita su retirada fácilmente (agua jabonosa) y no friccionar de manera enérgica.
 - Aclarado para retirar restos de jabón que alteran el pH de la piel (alcalinizan) favoreciendo irritaciones.
 - Secado meticuloso con atención especial a los pliegues) - **NO FRICCIÓN**
 - Crema hidratante - **NO MASAJES**
 - Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo – **NO MASAJES**
- Recomendaciones:
 - NO COLONIAS NI ALCOHOL
 - No masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
 - Vigilar zonas de apoyo de sondas, mascarillas, drenajes, etc.
 - Productos a utilizar.
 - Protección general: Cremas hidratantes
 - Protección agresión física: ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo (codos, espalda, trocánter...)
 - Protección agresión química: crema barrera (óxido de zinc) en zonas de humedad por incontinencia. Es un producto liposoluble por lo que para retirarlo deberemos utilizar aceite.

2.2.2- Manejo de la humedad

La humedad continua de la piel provoca alteraciones como dermatitis e infecciones. Es importante mantener, el mayor tiempo posible, la piel hidratada pero seca. Para ello, se insiste en la higiene e hidratación diaria de la piel.

Utilizaremos absorbentes, si son necesarios, situados en contacto directo con la piel del paciente y que alejen la humedad de la misma.

En casos de incontinencia, utilizaremos pañales que absorban la humedad al interior alejándola de la piel del paciente. Hay que recordar que tienen un nivel de saturación y que se deben cambiar con frecuencia. La colocación de sondas quedará reservada a casos excepcionales ya que pueden provocar incontinencia.

Después del cambio de pañal realizaremos higiene perineal con aclarado y secado cuidadoso e hidratación o aplicación de crema barrera para prevenir irritaciones o lesiones cutáneas. Un exceso de cremas hidratantes o barrera puede adherirse al pañal y dificultar la absorción por su parte.

Si el paciente tiene drenajes y/o sondas: vigilar, limpiar y proteger con crema la zona de apoyo.

La higiene y cambio de sábanas, camisón o pijama se hace más recomendable en pacientes con gran sudoración.

2.2.3- Cuidados de la cama

Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

2.3- Manejo de la presión

El tiempo que permanece la presión, es el factor fundamentales en la aparición de las UPP. Es necesario planificar, y llevar a cabo, un conjunto de cuidados para controlar esta presión.

2.3.1- Movilización del paciente

Con la valoración efectuada con la escala de Norton obtenemos información sobre el nivel de autonomía en cuanto a la movilidad y actividad del paciente, encontrándonos con pacientes que no puede cambiar de posición por sí mismos.

- **Paciente autónomo:**
Favorecer la movilización activa: animar a levantarse de la cama y deambular. Si está sentado, debe cambiar de posición cada 15 minutos.
- **Paciente dependiente ó en función de la valoración de riesgo:**
 - Cambios posturales cada 2-3 h. Siguiendo una rotación: decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito supino / prono. Si se puede, es recomendable programar periodos de sedestación. De noche, los cambios se pueden espaciar, cada 4 h.

POSICIÓN	REALIZACIÓN	PRECAUCIONES
DECÚBITO SUPINO	<ul style="list-style-type: none"> • Almohada debajo de la cabeza • Almohada debajo de los gemelos Dejando talones libres • Almohada debajo de cada brazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Alineación del cuerpo • Piernas separadas Evitar rotación externa • Evitar pie en equino
DECÚBITO LATERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Almohada debajo de la cabeza • Almohada en la espalda Dejando libre el sacro • Almohada entre las rodillas • Almohada debajo del brazo superior para mantenerlo elevado 	<ul style="list-style-type: none"> • Espalda en ángulo de 45°-60° • Piernas separadas y en ligera flexión. • Pierna en contacto con la cama ligeramente atrasada • Evitar pie en equino
SEDESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Almohada debajo de cada brazo • Almohada debajo de los pies • Almohada debajo de los muslos 	<ul style="list-style-type: none"> • Alineación del cuerpo • Respaldo del sillón levemente inclinado hacia atrás • Espalda apoyada contra el respaldo • Evitar presión sobre hueso poplíteo

- Utilizar almohadas para mantener las posiciones y para evitar contacto entre sí de las prominencias óseas.
- Mantener la alineación
- NO arrastrar al paciente. Utilizar la entremetida o grúa para evitar la fricción.
- Evitar contacto con superficies duras (cuñas, “objetos olvidados en la cama”).
- No elevar la cabecera de la cama más de 30°-45°.
- Durante la sedestación, las presiones se concentran en puntos concretos por lo que se debe cambiar de posición como máximo cada hora. Proteger las zonas de apoyo y evitar el contacto directo con superficies sintéticas. Es recomendable utilizar superficies reductoras de presión (cojines).

2.3.2- Movilización pasiva

- Movilización miembros y articulaciones (no sobrepasa umbral del dolor)
- Masaje ascendente de MMII
- Si se puede, plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.

2.3.3- Uso de superficies de apoyo

- No utilizar dispositivos circulares (flotadores).
- Utilizar superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) como colchones de material viscolástico o de aire alternante (según valoración de riesgo)
- El uso de estas superficies no sustituye al resto de medidas de prevención

2.3.4- Protecciones locales

- En pacientes inmovilizados, valorar la utilización de apósitos (espumas, foam) para proteger las zonas de riesgo. Revisar diariamente el estado del apósito (como máximo cada 48 horas). Registrar la fecha en que se pone y si es para **prevención (P)** o para **tratamiento (U)** de úlcera.
- Evitar presión / fricción en prominencias óseas, fundamentalmente en los talones: elevar los talones (almohadas bajo los gemelos), taloneras, vendaje algodónoso, etc. Revisar diariamente (como máximo cada 48 horas).
- El uso de estas protecciones no sustituye al resto de medidas de prevención

2.4- Cuidados generales en la prevención

- Nutrición: Valorar la ingesta de líquidos y alimentos. Asegurar una ingesta adecuada (aportes proteicos). Comprobar el estado de la dentadura.
- Es aconsejable la inclusión de los pacientes y familiares en la realización de los cuidados.
- Registrar las actividades realizadas (“lo que no está escrito, no está hecho”).
- Facilitar la continuidad de los cuidados mediante los informes de enfermería al alta.

Dejar constancia escrita de las limitaciones a cualquiera de estas actividades preventivas.

3. CUIDADOS GENERALES DE LAS LESIONES

Objetivo General: Evitar la extensión de la lesión y preparar el lecho de la lesión para favorecer su cicatrización.

Objetivos específicos:

- Disminuir la presión y atención a la nutrición
- Eliminar el tejido desvitalizado (desbridamiento)
- Tratar la infección
- Control del exudado
- Estimular la cicatrización

3.1- Etapas de cicatrización de las lesiones

Una vez que se produce la lesión, con la consiguiente destrucción de tejidos a nivel superficial y profundo, se ponen en marcha mecanismos de reparación de esos tejidos. Es importante planificar los cuidados conociendo y favoreciendo el proceso natural de reparación.

Etapas:

▪ **Exudativa:**

1. Hemostática: se produce vasoconstricción y se activa el sistema de coagulación.
2. Inflamatoria: aparecen los leucocitos que intentan impedir la infección y comienzan a limpiar la lesión de detritus y gérmenes (aparece el exudado).

▪ **Proliferativa:** en zonas limpias de detritus.

3. Neoformación de vasos sanguíneos.
4. Proliferación de los fibroblastos que formará el tejido nuevo.
5. Comienza a aparecer el tejido de granulación.

▪ **Maduración**

6. Formación del nuevo tejido conjuntivo.
7. Los miofibroblastos (con fibras contráctiles) acercan los bordes de la lesión.

▪ **Epitelización**

8. División celular acelerada de la capa basal de la epidermis hasta conseguir una capa delgada de piel.

En una misma lesión pueden coincidir las distintas etapas.

3.2- Factores favorables para la cicatrización

- Aporte de glucosa (procedente de la glicólisis del tracto digestivo).
- Oxígeno en concentraciones adecuadas. La causa principal de aparición de úlceras y retraso en la cicatrización es la isquemia.
- Limpieza de la lesión
- Cura en ambiente húmedo
- Apósitos que no se adhieran al lecho de la lesión

3.3- Factores desfavorables para la cicatrización

- Mantenimiento de la presión
- Presencia de tejido necrótico
- Infecciones locales
- Desnutrición y carencia de proteínas
- Enfermedades asociadas: Diabetes, neoplasias, déficit circulatorio, etc.
- Fármacos: Corticosteroides, drogas vasoactivas, quimioterapia, etc.
- Incontinencia
- Proceso de cura inadecuado

3.4- Exámenes previos al estudio de una lesión crónica

3.4.1- Valoración inicial al ingreso.

Basado en las catorce necesidades de Virginia Herdenson (según modelo del CHUA) y con especial atención sobre la nutrición y la movilidad. Debe incluir: valor Norton, enfermedades asociadas, tratamientos farmacológicos y alergias.

3.4.2- Valoración de la lesión:

▪ Anamnesis

- Factores que han dado lugar a la aparición de la lesión.
- Evolución rápida o lenta.
- Presencia o ausencia de dolor.
- Antecedentes de úlceras

▪ Examen clínico:

- Tipo de lesión: por presión, arterial, venosa, neuropática, traumática, yatrogénica.
- Valoración - descripción de la lesión.

▪ **Examen de laboratorio**

Debe incluir hemoglobina, leucocitos, glucemia, coagulación y niveles de proteínas y de albúmina (para valoración nutricional).

3.5- Valoración - descripción de la lesión

3.5.1- Localización

Nos orienta sobre el origen de la lesión (zona de presión) y sobre las medidas a adoptar para aliviar la presión.

3.5.2- Estadío:

- I: Presencia de eritema que no palidece en piel intacta. Afecta a epidermis.
- II: Pérdida parcial del grosor de la piel: Afecta a epidermis o dermis o ambas. Es una úlcera superficial con aspecto de abrasión, quemadura o pequeña ampolla.
- III: Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero sin atravesar la fascia muscular subyacente. Con aspecto de cráter puede presentar, además, cavernas o trayectos sinuosos.
- IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular). Suelen aparecer cavernas y trayectos sinuosos.

3.5.3- Extensión

- Tamaño
- Diámetro mayor
- Diámetro menor
- Profundidad

3.5.4- Aspecto lecho de la lesión

Tipo de tejido en el lecho de la lesión

▪ **Lesión negra**

Presencia de tejido isquémico - necrótico.

Es necesario desbridar el tejido muerto para que la cicatrización pueda iniciarse.

▪ **Lesión amarilla**

Presencia de restos celulares, fibrina y/o pus. (Fase de reacción).

La capa amarillenta se debe eliminar para dar paso al tejido de granulación.

▪ **Lesión roja**

Presencia de tejido de granulación ricamente vascularizado con aspecto rojo, granuloso y húmedo / brillante (Fase de regeneración).

- Pueden presentarse estos aspectos de forma simultánea.
- Valorar presencia de tunelizaciones.
- Valorar aparición de estructuras de soporte (tendones, huesos) o cuerpos extraños (suturas, dispositivos ortopédicos).

3.5.5- Exudado

La valoración de la cantidad de exudado (escaso, moderado, abundante) es importante para la elección del apósito a utilizar.

También es importante el aspecto del exudado (seroso, purulento, hemorrágico).

3.5.6- Piel perilesional

La exposición a exudado, productos tópicos o apósitos puede favorecer la aparición de alteraciones en la piel perilesional:

- **Integra**

- **Maceración**

Aspecto húmedo y blando del tejido perilesional. Suele estar provocada por fugas en el exudado al utilizar apósitos muy ajustados al tamaño de la lesión o por un mal control de ese exudado. La permanencia del apósito más tiempo del indicado, también puede provocar maceración.

La maceración provoca dolor, favorece la infección de la zona afectada y puede provocar el aumento de la extensión de la lesión.

- **Eritema**

Edema y enrojecimiento del tejido perilesional provocado por el exudado o el adhesivo de apósitos, esparadrapo, etc. También puede ser producido por reacciones alérgicas a alguno de los productos utilizados.

- **Eccema**

Inflamación de la piel perilesional con eritema, vesículas, exudado y costras o escamas. Suele acompañarse de ardor o prurito. Producido por humedad mantenida, sensibilización a diversas sustancias. En ocasiones, es un signo de afección por hongos.

3.5.7- Signos de infección

Cuando la integridad cutánea se rompe, la lesión, es invadida por microorganismos autóctonos o por otras no habituales, pudiendo producirse una infección.

La infección prolonga las fases inflamatoria y proliferativa del proceso de cicatrización, dificultando la formación de tejido de granulación y, por lo tanto, se enlentece o detiene el proceso de curación.

- Aumento del dolor
- Eritema
- Calor
- Edema

- Aumento del exudado
- Mal olor
- Enlentecimiento o detención de la cicatrización

3.5.8- Dolor

Suele asociarse a los cambios de apósito dependiendo de la adherencia del mismo y del estado de la lesión. Si el dolor es constante debemos sospechar infección.

- Indolora
- Leve
- Moderado
- Intenso
- Insoportable

Hay que dejar constancia escrita de la valoración del paciente y de la descripción de la lesión. Evaluar regularmente para tener constancia de la evolución de la lesión.

4. PROCESO DE CURA DE LA LESIÓN

Para que el proceso de cicatrización pueda llevarse a cabo de forma normal es indispensable:

- Eliminar el agente causal.
- Desbridamiento de los residuos necróticos.
- Diagnóstico y tratamiento de la infección bacteriana.
- Control del exudado.
- Cuidados de la piel perilesional.

4.1- Medidas generales

- Durante todo el proceso se deben mantener medidas de asepsia

Gran número de infecciones se transmiten a través de las manos y el material utilizado en la cura por lo que es necesario el lavado de manos antes y después de la cura y el uso de material limpio (esparadrapo, malla, tijeras, guantes desechables) y estéril (pinzas, tijeras, apósitos, gasas, guantes) según necesidades.

Los elementos “sucios” deben retirarse lo antes posible en el recipiente adecuado.

- Se debe valorar la necesidad de utilizar batas desechables, mascarillas (e incluso gorro) en determinadas lesiones: superficie extensa, lesión contaminada, etc.
- Se retirará el apósito con guantes desechables. Si está adherido a la lesión, se humedecerá hasta resolver el problema. Tener presente que, el apósito que se adhiere es traumático y por lo tanto no es adecuado.
- Se continuará el resto del procedimiento con guantes estériles,.
- Se informará al paciente de la técnica a realizar y se le colocará en la posición más cómoda y que nos permita mejor accesibilidad a la lesión.

4.2- Tratamiento con cura seca

Se basa en el concepto de que la lesión debe permanecer seca para su cicatrización. Como apósito se usan gasas estériles.

Problemas de este tratamiento:

- Las gasas se adhieren al lecho de la lesión. Al retirarlas producen dolor y arrastran tejido sano en formación.
- Se producen cambios de temperatura que enlentecen el proceso de cicatrización .

- La ausencia de humedad favorece la aparición de una costra seca que dificulta la actividad de los fibroblastos (precursores del tejido de granulación) y la formación de células epiteliales (piel).
- Al no ser impermeable, el exudado lo satura y lo traspasa obligando a cambiarlo con frecuencia.
- El contacto con el aire ambiente favorece la posibilidad de infección.

4.3- Tratamiento en ambiente húmedo

Basada en la aplicación de apósitos que mantienen la humedad de la lesión.

- Se ha evidenciado que la humedad favorece la aparición del tejido de granulación y la regeneración de la epidermis. La lesión cicatriza de manera más rápida si se mantiene en un ambiente húmedo.
- Favorecen el desbridamiento autolítico.
- No se adhiere al lecho de la lesión por lo que no dañan las células nuevas y producen menos dolor, al retirarlo.
- Acidifican el medio, lo que supone una protección frente a factores externos.
- Absorben y mantienen mayor cantidad de exudado no apareciendo costra seca.
- La cicatrización se va a deber, fundamentalmente, a la acumulación de factores del crecimiento que favorecen la proliferación de células epiteliales y fibroblastos que aumentan la producción de colágeno.

El ambiente húmedo que queremos conseguir lo lograremos mediante los distintos tipos de apósitos semioclusivos que podemos utilizar.

4.4- Limpieza de la lesión

Forma parte de la primera fase para preparar el lecho de la lesión de forma que, los productos que posteriormente vamos a utilizar, actúen adecuadamente y consigamos estimular la cicatrización.

Humedece la lesión favoreciendo la cicatrización, retira restos adheridos y exudado y disminuye las posibilidades de infección.

- Se debe limpiar la lesión en cada cambio de apósito.
- **No utilizar antisépticos.** No se ha evidenciado disminución de bacterias y sí la posibilidad de afectación del tejido que está en fase de crecimiento, dermatitis de contacto y alteraciones sistémicas por absorción.

- Usar suero fisiológico a temperatura cercana a la corporal. El descenso de la temperatura durante la limpieza por debajo de 28° C altera la actividad de los leucocitos y enlentece la cicatrización.
- No es recomendable utilizar demasiada presión o fuerza mecánica (cepillos, gasas) ya que se podría dañar el tejido de granulación incipiente.
- Se puede utilizar una jeringa de 20cc. con una aguja de 0.9 mm. para conseguir la presión necesaria que elimine los restos de curas anteriores, exudado, detritus y bacterias, sin llegar a dañar los tejidos sanos.
- En caso necesario, se puede hacer un arrastre de las secreciones con una gasa estéril húmeda desde el centro hacia la periferia.
- Secar, dando toques, con una gasa estéril seca

4.5- Lesión con necrosis

4.5.1- Presencia de tejido necrótico

Los tejidos necróticos retrasan la cicatrización y favorecen la infección. Con la eliminación de los tejidos desvitalizados, desbridamiento, se evita la proliferación bacteriana, se reduce la inflamación y por tanto disminuye el exudado.

Es muy posible que se hagan necesarios varios desbridamientos.

Procedimientos:

- **Quirúrgico:** aconsejable. Rápido y eficaz.

Consiste en el corte mediante bisturí de la escara, tejido necrótico o esfacelos (tejido amarillo-verdoso muy friable), llevándolo a cabo por planos (del superficial al profundo) y desde el centro a la periferia. Según las características de la lesión, es aconsejable llevar a cabo este procedimiento en varias sesiones.

En ocasiones, la actuación se limitará a efectuar cortes a la placa necrótica para facilitar la actuación de productos enzimáticos o autolíticos.

Si la cura es dolorosa administrar analgésicos. Se puede aplicar previamente (1 hora antes) crema anestésica EMLA®.

Si aparece hemorragia, comprimir y durante las 24 h. siguientes a desbridamiento, utilizar curar con apósito seco o alginato.

Precaución en pacientes anticoagulados.

No recomendable en las placas de los talones por la cercanía del calcáneo, salvo si existe edema, eritema, fluctuación o drenaje y en caso de actitud paliativa.

- **Enzimático:** Más lento que el anterior pero menos doloroso y con menos riesgos.

Consiste en la aplicación de enzimas exógenas, colagenasa, que actúan sobre la fibrina y sobre el tejido necrótico.

Aumenta su efectividad en un entrono húmedo, por lo que se suele asociar a hidrogeles.

La cura debe cambiarse cada 24 horas.

Utilizar poca cantidad ya que un exceso puede hacer que llegue a la piel perilesional afectándola. Es necesario proteger la piel perilesional.

No se debe usar en presencia de productos con plata.

- **Autolítico:** sistema de limpieza natural de nuestro organismo. Es el de acción más lenta. Los macrófagos y las enzimas endógenas se encargan de eliminar el tejido desvitalizado y favorecer la aparición del tejido de granulación.
Basado en el concepto de cura húmeda, podemos favorecerlo aportando humedad mediante hidrogeles, con alto contenido en agua, o con apósitos semioclusivos.

Se pueden combinar todos estos procedimientos.

Comprobar y valorar cambio de apósito cada 24 - 48 horas

4.5.2- Presencia de esfacelos

Seguir las recomendaciones anteriormente descritas, desbridamiento enzimático o autolítico.

4.5.3- Presencia de flictenas

Existe controversia sobre el procedimiento a seguir ante la presencia de flictenas. Algunos estudios, aconsejan conservar la piel de las flictenas evacuando su contenido ya que este puede ser caldo de cultivo para infecciones. El argumento esgrimido es la protección que puede ejercer la epidermis frente a la infección pero, esta “epidermis muerta” no representa una barrera segura contra los microorganismos.

La bibliografía específica sobre el tratamiento de las quemaduras, y la mayoría de las unidades de quemados, aconsejan desbridar las flictenas en condiciones de asepsia y seguir con las curas necesarias según las características de la lesión. La epidermis muerta de las flictenas no deja de ser una escara que hay que desbridar para que se inicie la cicatrización.

4.6- Lesión con exudado

Anteriormente se han comentado los beneficios de la cura en ambiente húmedo: se produce un desbridamiento autolítico, un incremento de la granulación y una epitelización acelerada.

La desecación de la lesión provoca un retraso en la cicatrización, y el exceso de exudado provoca maceración de la piel perilesional pudiendo agrandar la extensión de la lesión y/o extenderla a zonas próximas.

- **Exudado mínimo - moderado**

Utilizaremos apósito hidrocélular capaz de absorber el exudado.

Si apreciamos falta de humedad, podemos aplicar hidrogel y cubrir con apósito hidrocelular.

Es posible que nos queden zonas con fibrina en cuyo caso, al hidrogel, añadiremos colagenasa.

- **Exudado moderado – excesivo**

Utilizaremos apósito de alginato de calcio que, en contacto con el exudado, se convierte en gel con un gran poder absorbente. También podemos utilizarlo en presencia de sangre como hemostático. Se cubrirá la lesión con apósito hidrocelular.

Es posible que el exudado sature el apósito hidrocelular o que la lesión sea tan grande que dificulte el uso de estos apósitos, en este caso podemos recurrir a apósitos convencionales con gasas más absorbentes pero deberemos aplicar hidrogel para asegurarnos su no adherencia al lecho de la lesión.

El cambio de apósito dependerá del exudado, debiendo realizar una valoración continuada (por turnos).

En estas lesiones exudativas es importante proteger la piel perilesional con cremas barrera.

4.7- Lesión limpia con tejido de granulación

Este tejido es muy sensible por lo que debe ser tratado con cuidado. Lo recomendable es no aplicar ningún producto y protegerlo con un apósito que mantenga la humedad y que no se adhiera. Podemos utilizar apósitos hidrocelulares, añadiendo hidrogel si consideramos necesario aportar humedad, apósitos lípido-coloides (trama impregnada de hidrocoloide y vaselina) y apósitos hidrocoloides (pueden macerar).

Se pueden aplicar polvos de colágeno para estimular la epitelización, vigilando la lesión para no provocar un exceso de tejido de granulación. Dada la presentación de este producto (polvos) podemos facilitar su aplicación mezclándolos con cloruro sódico isotónico en fase gel.

La frecuencia de cambio de apósito dependerá del estado del mismo y de las características de la lesión. Intentaremos espaciar las curas para no dañar el tejido en crecimiento manteniéndolo un máximo de 72 horas.

4.8- Exceso de tejido de granulación

En ocasiones el tejido de granulación supera el nivel de los bordes de la lesión y compromete la reepitelización de la superficie de la lesión y, por tanto, la cicatrización. En este caso, se puede recurrir a la destrucción puntual con varillas de nitrato de plata. Si el tejido se

ha extendido, puede ser eficaz, utilizado por un tiempo limitado, el uso de corticosteroides tópicos (Terracortil®).

En algunos casos, cuando los bordes se repliegan hacia el interior, hay que valorar la necesidad de recortarlos para favorecer el cierre de la lesión.

4.9- Contaminación- colonización - infección de una lesión

El cuerpo tiene un revestimiento cutáneo mucoso que tiene una función de barrera frente al medio exterior. Una lesión, rompe ese revestimiento y los tejidos expuestos al medio ambiente son propicios a la acumulación de múltiples microorganismos procedentes de la piel vecina, del tracto digestivo y del entorno. En consecuencia, una lesión crónica es un medio ideal para la acumulación de estos y por lo tanto podemos asegurar que estará **contaminada**, es decir, con presencia de microorganismos que no se multiplican y no provocan signos clínicos de infección local. De forma habitual, se considera contaminada cualquier lesión de más de 6 horas desde su inicio.

Si hablamos de **colonización**, nos referimos a aquel estado en el que las bacterias se encuentran presentes en los tejidos y se están desarrollando, desencadenando una reacción inflamatoria de extensión relativamente discreta. Dicha reacción puede permanecer subclínica. Asimismo, puede provocar una vasculitis focal. Estas microlesiones vasculares son unas de las responsables de la cronicidad de las lesión.

Cuando existe invasión y multiplicación de microorganismos y la inflamación tiene una intensidad y una extensión más importantes, apareciendo signos de infección podemos estar ante una **infección**, lo cual prolonga la fase inflamatoria y proliferativa, dificulta la formación del tejido de granulación y alarga la cicatrización.

- Signos de infección local:
 - Inflamación
 - Eritema
 - Exudado purulento
 - Mal olor
 - Dolor
 - Retraso en la cicatrización
- Signos de infección sistémica:
 - Fiebre mayor de 37,5° C, descartando otro foco.
 - Edema
 - Induración
 - Leucocitosis

El reservorio de estos microorganismos se sitúa en los tejidos necróticos, serofibrosos y purulentos que se acumulan en el lecho de una úlcera.

Es imprescindible la limpieza de la lesión y la eliminación de estos tejidos de la zona para estimular el crecimiento de un tejido de granulación sano y la epitelización.

En este apartado hay que destacar, como medidas para prevenir la aparición o diseminación de la infección, la importancia del lavado de manos, la utilización de material estéril y la realización del procedimiento de la cura de manera correcta por parte de los profesionales que atienden al paciente.

4.10- Utilización de antisépticos locales

Un antiséptico es una sustancia química que se aplica sobre los tejidos vivos para eliminar los microorganismos patógenos

Su uso es muy controvertido no existiendo consenso al respecto. Las Guías de Práctica Clínica no recomiendan la utilización de antisépticos de manera sistemática en el tratamiento de las lesiones crónicas, principalmente, en los casos de lesión sin signos de infección local. El uso sistemático de antisépticos locales y/o antibióticos (locales o sistémicos) no ha demostrado ser garantía para evitar la contaminación y posterior infección de la lesión.

La única recomendación sobre su uso se centra en aquellas lesiones que van a ser sometidas a desbridamiento quirúrgico. En estos casos se aplicará el antiséptico antes y después del desbridamiento, esperando al menos tres minutos en cada caso. Una vez usados sobre la úlcera, se debe lavar ésta con suero fisiológico para limpiar los restos.

La utilización como secante, tan utilizada, tampoco está justificada.

Se puede considerar su utilización para controlar la infección en determinados casos ponderando el riesgo potencial - beneficio esperado y sólo deben ser utilizados durante periodos de tiempo cortos. En caso de usarse, hay que tener en cuenta que:

- Los antisépticos son tóxicos para las bacterias, virus y los hongos. Como no actúan de forma selectiva pueden ser citotóxicos (tóxicos para el tejido), afectando a los leucocitos y fibroblastos y, por lo tanto, al proceso de cicatrización al dificultar la granulación.
- Disminuyen la flora cutánea habitual, pudiendo aparecer gérmenes patógenos.
- La actividad antimicrobiana de los antisépticos, en el caso de las úlceras, puede verse reducida por la presencia de materia orgánica (pus, coágulos, detritos necróticos) en las mismas. Esto hace necesario lavar la lesión antes de aplicar estos productos tópicos.
- Los envases que contengan antisépticos deben estar tapados, para evitar su contaminación, y deben ser opacos para mantener sus características.

- En general, no deben mezclarse.
- Es importante conocer la concentración y tiempo de actuación recomendado.
- Su uso, se recomienda en la desinfección de la piel integra, pero no en lesiones abiertas.
- Si se usan en la etapa de epitelización, pueden tatuar la cicatriz.
- Algunos antisépticos son incompatibles con la plata (utilizada en lesiones infectadas) o con productos desbridantes enzimáticos (povidona yodada con colagenasa-Iruxol®).

4.10.1- Clorhexidina

- Las soluciones de clorhexidina son bactericidas y fungicidas. Las bacterias Gram+ son más sensibles que las Gram -.
- No actúa sobre los virus no encapsulados, como rotavirus y poliovirus, aunque si inactiva los virus de cubiertas lipídicas como el VIH y el virus del herpes.
- Hay que prestar atención a la conservación de las soluciones diluidas pues pueden contaminarse y son muy inestables.
- Aplicaciones: antisepsia de la piel en solución acuosa al 1-2%. Sobre mucosas o lesión se utiliza la concentración 0,05 – 1 % en solución acuosa.
- Aconsejada en lesiones fibrinosas.
- La presencia de compuestos orgánicos (sangre, pus) disminuye su actividad.
- Se inactiva fácilmente por la luz, por lo que su preparación debe ser diaria.

4.10.2- Povidona yodada

- Su actividad, si se deja el tiempo suficiente (más de tres minutos), engloba formas vegetativas de bacterias, hongos, virus, e incluso micobacterias y esporas en menor grado.
- Se aplica preferentemente para antisepsia de piel, lavado del equipo quirúrgico y del enfermo.
- Problemas de su uso: retrasa el crecimiento del tejido de granulación, inactivación importante si la presencia de materia orgánica es alta (sangre, pus, mucosidades, etc).
- No utilizar en neonatos, pacientes con alteraciones tiroidales o alérgicos.
- En disolución alcohólica produce dolor.

4.10.3- Agua oxigenada

- Actúa sobre bacterias gram-negativas (poco activa sobre gram-positivas).
- Irritante en mucosas.
- Acción de limpieza (oxidación de los detritos orgánicos).
- Se inactiva en presencia de aire y luz.

4.11- Productos con plata

Desde hace siglos se ha utilizado la plata para el tratamiento de la infección y, en los últimos años, se presenta como uno de los productos más eficaces en estos casos. Actúa como bactericida y tiene un amplio espectro (bacterias, hongos, virus y protozoos).

- **Cremas de plata**

- La más conocida es la sulfadiazina argéntica (Silvederma®). Su poder bactericida se potencia gracias a la presencia de una sulfamida pero, a su vez, este compuesto es el responsable, según ciertos estudios, de algunos casos de citotoxicidad, maceración de la piel perilesional, retraso en la cicatrización y leucopenia.
- Pueden pigmentar con un color grisáceo la piel (argirina) .

- **Apósitos con plata**

- Son apósitos con iones de plata que se activan con la humedad, bien con el exudado de la lesión o aportándoles humedad (suero fisiológico, agua destilada), por lo que están incluidos dentro del concepto de cura húmeda. Los hay que liberan iones de plata y otros que tienen una gran capacidad de absorción y actúan inactivando las bacterias del exudado.
- Al reducir la carga bacteriana, acorta la fase inflamatoria, disminuyendo el exudado y preparando el lecho de la lesión para su cicatrización.
- Reducen el olor.
- No se han demostrado reacciones alérgicas ni sensibilización.
- Garantizan una liberación lenta pero sostenida asegurando unos niveles séricos estables y, por lo tanto, no presenta toxicidad.

4.12- Administración de antibióticos locales

Las primeras medidas contra la infección son la limpieza y el desbridamiento.

No se recomienda la utilización de antibióticos a nivel local por su dudosa eficacia y sus muchos inconvenientes: resistencias, reacciones de hipersensibilidad, sobreinfecciones, etc.

En la actualidad se utiliza la sulfadiazina argéntica, producto con contenido de plata que tienen un efecto bactericida aunque se han descrito sensibilizaciones y, en algunos casos, maceración de la piel perilesional y retraso en la cicatrización.

En el caso de gérmenes anaerobios, ha demostrado su eficacia el metronidazol (Flagyl®).

4.13- Administración de antibióticos sistémicos

Se recomiendan sólo en caso de signos evidentes de diseminación de la infección: celulitis, osteomielitis o bacteriemia y deben ser indicados por el médico responsable.

El objetivo de los antibióticos sistémicos es reforzar la resistencia del organismo frente a la actividad bacteriana, evitar su diseminación y disminuir la carga bacteriana. A nivel local son poco efectivos, la zona está poco vascularizada y los antibióticos no son capaces de penetrar. Por otro lado, las condiciones de la lesión (acidez, oxígeno) pueden inhibir su acción.

Los antibióticos de elección son las penicilinas de amplio espectro. En caso de alergia se administra clindamicina o claritromicina.

4.14- Cultivo microbiológico de una lesión

Se debe realizar cuando se sospeche infección de la lesión. El método más aconsejable para recoger el material para cultivo es mediante el líquido obtenido por punción-aspiración con jeringuilla o biopsia de tejido.

- **Aspiración percutánea**

- Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y lesiones superficiales, especialmente de bacterias anaerobias.
- Desinfectar la piel con povidona yodada al 10% y dejar secar durante un minuto.
- Puncionar la piel con jeringa y aguja (40 mm. X 09 mm.) dirigiendo la aguja hacia la zona con mayor tejido de granulación.
- Si no se obtiene aspirado se puede hacer lavado-aspiración con 0,5 cc. de suero fisiológico.

- **Frotis**

Se realiza con un hisopo de algodón. En caso de no producir líquido, tener presente que los frotis de lesiones secas no son efectivos.

En la práctica, la contaminación y la colonización presentes en todas las úlceras, implican la presencia de microorganismos, por lo que obtendremos información poco fiable.

La técnica consiste en lavar la lesión con suero fisiológico y frotar, realizando movimientos hacia los lados, con el hisopo.

Si aparecen manifestaciones sistémicas de infección es necesario realizar hemocultivos.

4.14- Protección de la piel perilesional

La presencia de exudado, que favorece la cicatrización, provocará maceración en la piel perilesional. Por otra parte, algunos de los productos utilizados en el tratamiento de las úlceras son irritantes (enzimas, hidrogeles). Por esto es importante cubrir y proteger la zona periférica de la lesión con alguna crema barrera que contenga óxido de zinc.

Para limpiar los restos de crema, teniendo en cuenta que es un producto liposoluble, debemos utilizar aceite.

En algunos casos, fundamentalmente si la úlcera es supurante o está sobreinfectada, los bordes de la úlcera están inflamados existiendo una dermatitis periulcerosa. En este caso, en la fase aguda, podemos aplicar, sulfato de cobre (la 0,1%) o de zinc (al 0,2%). Se pueden utilizar algunos corticoides con precaución y nunca sobre la úlcera (factor desfavorable para la cicatrización).

4.16- Evolución de una lesión

- Tejido de granulación abundante es significativo de una evolución favorable.
- Tejido necrótico y presencia de fibrina es característica de una evolución negativa.
- Bordes planos y de color nacarado indican evolución en curso.
- Bordes abruptos o envolventes suponen lesiones crónicas no evolutivas.

Es importante la descripción de la lesión y, con la comparación de sus cambios, analizar la evolución.

5. PRODUCTOS PARA CURAS

5.1- Conceptos previos

La elección del apósito es una decisión importante y, en ocasiones, difícil; debiendo tener en cuenta las características de la lesión y la fase en la que se encuentra.

- **Apósitos Primarios:** en contacto con la lesión. Son una medida terapéutica. Actúan como barrera ante gérmenes patógenos, absorben las secreciones y los gérmenes y mantienen la humedad.
- **Apósitos Secundarios:** no están en contacto con la lesión, recubren a los primarios. Fijan los apósitos primarios, actúan como protección mecánica (acolchado), absorben eventuales filtraciones y protegen de infecciones.

5.2- Características que deben reunir los apósitos

- Deben ser biocompatibles.
- Proteger la lesión de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas (barrera frente a microorganismos).
- Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel que la rodea seca.
- Controlar el exudado (absorber y retener) evitando la maceración de la piel y el agravamiento de la lesión.
- Favorecer la eliminación de tejido necrótico mediante absorción, dejando la mínima cantidad de residuos en la lesión.
- Permitir el paso de vapor de agua (evita la maceración de la piel).
- Mantener la temperatura y el pH adecuado para favorecer la cicatrización.
- Favorecer la formación de tejido cicatricial.
- Ser adaptable a localizaciones difíciles.
- Ser de fácil aplicación y retirada (sin lesionar la piel).
- Adecuada adherencia entre apósito y piel.
- Prolongada permanencia para reducir frecuencia de cambios y manipulación.

5.3- Tipos de apósitos

5.3.1- Apósitos convencionales

▪ **Compresa de gasa**

- Gasa de algodón hidrófilo.
- Se adhieren fácilmente a la lesión causando dolor y arrastrando tejido.
- Limitada capacidad absorbente.
- Gran permeabilidad a las bacterias.
- Se utilizan como vendaje secundario o para limpiar las lesiones.

▪ **Compresa sintética no tejida**

- Semejante a la de algodón pero con gasa de celulosa o viscosa.
- Se adhieren menos a la lesión.
- Capacidad de absorción superior a las de algodón.
- Se pueden utilizar como vendaje primario.

▪ **Apósito comercial**

- Vendaje adhesivo que se emplea como vendaje secundario.
- Puede tener un núcleo formado por una capa sintética no tejida y funcionan como absorbentes y no adherentes. En este caso se emplean como vendaje primario.

▪ **Poliuretano**

- Película de poliuretano transparente (*Tegaderm®*, *Op.site®*). Puede presentarse en forma líquida o de spray (*Nobecutane spray®*).
- Son permeables al aire y vapor de agua pero no a los exudados o bacterias.
- Su aspecto transparente permite controlar la evolución de la cicatrización.
- Como vendaje primario, se aconseja en lesiones superficiales con exudación leve. En la forma de spray, para proteger los bordes de la lesión y evitar la maceración.
- En ocasiones son utilizados como vendaje secundario.

5.3.2- Apósitos específicos

Ver Anexos

A tener en cuenta:

- La utilización de estos productos va a depender de las características de la lesión.
- En lesiones profundas y/o tunelizadas, se debe introducir adecuadamente el producto conveniente.
- No conviene rellenar en exceso la cavidad.

- La colocación deficiente de los apósitos de fijación (secundarios) pueden provocar alteraciones en la lesión y en su cicatrización.

5.4- Frecuencia en los cambios de apósitos

- Va a depender de las características de la lesión y del apósito utilizado.
- Como norma general se deben cambiar lo menos posible. Esto propicia la recuperación del tejido de granulación y disminuye los costes.
- Se deben cambiar:
 - Cuando la lesión tenga mucha secreción
 - El apósito esté sucio
 - Existan filtraciones
 - El apósito esté desprendido
 - Aparezcan signos y síntomas de infección
- En general se cambiarán diariamente (incluso varias veces al día) en lesiones infectadas y con gran secreción. Según avance el tejido de granulación se irán distanciando los cambios a 2-3 días. En lesiones con buena evolución, y según el apósito, pueden estar hasta 7 días.
- Se debe dar tiempo a que el apósito actúe, no recomendándose cambiar el tipo de cura en al menos dos semanas.

6- RECOMENDACIONES EN ÚLCERAS VASCULARES

6.1- Cuidados de la úlcera arterial

La úlcera isquémica aparece en territorios distales, con abundante necrosis, muy dolorosa y con signos de isquemia periulcerosa. En primer lugar deberemos intentar detectar si existe patología arterial comprobando la existencia o no de pulsos y si la zona está fría. En algunos casos se necesitarán pruebas específicas (Doppler, arteriografía).

Los cuidados serán similares a los de cualquier otra úlcera. Se valora el aspecto de la lesión y se elige el apósito apropiado en función de la exudación, presencia o no de necrosis y/o infección, estado de granulación, etc.

- No utilizar vendajes compresivos
- Si hay necrosis seca, no desbridar. Se puede aplicar povidona yodada.

Lo más importante será tratar la causa que produce la úlcera por lo que, será el cirujano vascular, el que deberá disponer el tratamiento de la insuficiencia arterial.

6.2- Cuidados de la úlcera venosa

Se suelen presentar en los miembros inferiores y están relacionadas con problemas vasculares en el retorno venoso. Frecuentemente se localizan en territorio supramaleolar interno. Tienen un fondo granulante. No es dolorosa, salvo que haya infección y la piel periulcerosa tenga signos de dermatitis de éxtasis.

Los cuidados deben comenzar eliminando el tejido neurótico, limpiando con suero fisiológico y desbridando, en caso necesario.

La utilización de antisépticos locales es discutida por la posibilidad de su efecto tóxico para el tejido de granulación. Se seguirán las recomendaciones dadas sobre las curas de úlceras con medio húmedo.

Es recomendable elevar el miembro afectado cuando se esté en reposo.

La evidencia actual recomienda como principal tratamiento la compresión progresiva de la extremidad afectada (la presión debe ir aumentando desde el pie-tobillo hacia la rodilla o muslo), siendo los sistemas de múltiples capas más eficaces que los de una sola capa.

6.3- Cuidados de la úlcera neuropática

Se presenta en pacientes con algún tipo de neuropatía. En nuestro entorno, lo más frecuente es la secundaria a diabetes (mal perforante plantar).

Aparecen en zonas de apoyo. Tiene fondo atónico y zona de hiperqueratosis periulcerosa. No son dolorosas, salvo que presenten complicaciones.

Los cuidados son similares a los casos anteriores, debiendo prestar atención a controlar los puntos de apoyo del pie, para ello se necesitarán plantillas para controlar las presiones y calzados especiales.

7- REGISTRO DEL PROCESO

Es imprescindible registrar todo el proceso:

- Las actividades preventivas y las limitaciones a cualquiera de ellas
- Valoración del paciente
- Descripción de la lesión
- Proceso de la cura
- Productos utilizados (apósitos)
- Evolución

Todo ello asegura la transmisión de la información, a pesar de los cambios de turno, y la continuidad de los cuidados.

Fecha de Edición

Junio del 2006

Fecha de nueva revisión

Junio del 2008

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Manual de prevención y cura de úlceras cutáneas.
- Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias. Instituto de la Salud Carlos III. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras por presión y vasculares. Noviembre. 2001.
- Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba, 1999.
- Juan C. López Corral. Actuación de Enfermería ante las úlceras y lesiones. Laboratorios Knoll, 1993
- Joan-Enric Torra i Bou. Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambiente húmedo. Madrid: Coloplast Productos Médicos, 1997.
- M^a Luisa Martínez Ivars, Remedios Plaza Blázquez. Taller de úlceras. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Albacete.
- J-M Lachapelle y cols.. Guía para el cuidado de las lesiones. Crea Roeselare. 2002.
- Begoña Elorriaga Ameyugo y cols.. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Instituto Nacional de la Salud. Madrid: 1996
- Mónica Ausejo Segura y cols.. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Instituto Nacional de la Salud. 2000.
- F^o Pedro Gracia Fernández y cols.. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Princesa de España. Jaén. 2001.
- Marsha Davidson. Afine sus habilidades para la valoración de las lesiones. Rev. Nursing 2003; 21- 5: 23-25.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. Directrices de prevención del Grupo Europeo sobre úlceras por presión. 1998.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Lesiones Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003.
- José R. Dueñas Fuentes. Cuidados de enfermería en las úlceras por presión. En: www.terra.es/personal/duenas/10.html.
- Mikel Gray y cols.. Cuidados delicados: Proporcione cuidados cutáneos a un paciente incontinente. Rev. Nursing 2003; 21-2: 23-26.
- F. Lang, H. Röthel. Propuestas para el desarrollo de patrones estándar en el cambio de apósitos. En: separata de WundForum 3/96.

- Elizabeth A. Ayello y cols.. Evitar el bisturí. Desbridar lesiones sin cirugía. Rev. Nursing 2003; 21-3: 16-21.
- Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica del Hospital Son Dureta. Normas de utilización y conservación de los antisépticos. En: Guía para la prevención de la infección hospitalaria.
- Casmada N y cols.. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de lesiones. Barcelona: Salvat S.A. 2002.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Lesións Crónicas (GNEAUPP). Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de lesiones crónicas. 2002.
- Mark Barry. De qué manera ayudan los factores del crecimiento a curar las lesiones crónicas. Nursing 2000; 18-9: 40-41.