

HISTÓRICO DE REVISIONES

REVISIÓN	FECHA	RESUMEN DE LA REVISIÓN

Elaborado por:

Dr. Fermín Álvarez Sastre.- L. E. Cirugía
Dr., Luis Ramón Cabezudo San José.- L. E. Cirugía
Mª Isabel Carrascal Gutiérrez.- Supervisora Área de Calidad
Sagrario García Calderón.- Supervisora Medicina Interna
Milagros González Calles.- Supervisora Cirugía
Mª Cruz González Malmierca.- Supervisora Digestivo

Aprobado por:

La Comisión de Infección Hospitalaria, Profilaxis y Política Antibiótica
El Director Médico del Complejo Asistencial de Zamora
Las Directoras de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora

Fdo: Mª Fe Brezmes Valdivieso
Presidenta C. Infección H. P. y P. A.

Fdo: Alejandro Vázquez Ramos
Director Médico C. Asistencial

Fdo: Ángela González Cañibano
Directora de Enfermería Hº Virgen Concha

Fdo: Mª Jose Rafael Aliste
Directora de Enfermería Hº Provincial

Fdo: Magdalena Sánchez Miguel
Directora de Enfermería Hº de Benavente

INDICE

1.- Introducción.....	5
2.- Definición.....	5
3.- Clasificación.....	6
4.- Tejidos	6
5.- Exudado	6
5.1 Características.....	6
5.1.1 Color	6
5.1.2 Consistencia	7
5.1.3 Olor	7
5.1.4 Cantidad	7
6.- Piel Perilesional	7
7.- Infección	7
8.- Tratamiento	8
8.1 General	8
8.2 Local	8
8.2.1 Limpieza	8
8.2.2 Desbridamiento.....	8
8.2.2.1 Quirúrgico	8
8.2.2.2 Enzimático	9
8.2.2.3 Autolítico	9
8.2.3 Granulación y Epitelización	9
8.3 Úlcera Infectada	9
9.- Materiales para el tratamiento local.....	11
10.- Evaluación.....	16
10.1 Periodicidad de la Evaluación	16
10.2 Responsables	16
10.3 Revisión del Protocolo	16
11.- Anexos.....	17
11.1 Anexo I.....	17
11.2 Anexo II.....	19
11.3 Anexo III.....	21
12.-Bibliografía	23

1.- INTRODUCCIÓN

Las úlceras crónicas en este nuevo siglo XXI continúan siendo un importante problema sanitario.

Según los datos recogidos en el segundo estudio nacional de prevalencia de UPP realizado por la GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en UPP) en el año 2005 la prevalencia media en los hospitales era de 8,91 (IC₉₅: 7,5-10,3)

En el Complejo Asistencial de Zamora (CAZ) la prevalencia de UPP según el estudio EPINE (2009) era de 2,77.

Dentro del Plan de Calidad para el sistema nacional de la salud (2006) y de los convenios específicos del Ministerio con las Comunidades con el objetivo de disminuir los efectos adversos secundarios a la atención prestada, por su elevada morbimortalidad y por las repercusiones económicas y sociales impulsan que se realicen proyectos de prácticas seguras en los que se incluye la prevención de UPP en pacientes de riesgo.

En el CAZ disponíamos de una Guía para la Prevención y Tratamiento de las UPP en *Atención Especializada (Junta Castilla y León) Gerencia Regional de Salud*.

El abordaje correcto del paciente con UPP debe de ser integral.

La elaboración de este Manual de tratamiento local de las UPP surge de las dificultades que expresan los profesionales para adecuar el cuidado de las lesiones con los materiales que disponemos en el CAZ y lograr un abordaje más eficiente de estos problemas de salud.

Para ello, se crea un Grupo de Trabajo en la Comisión de Infecciones con los siguientes objetivos:

- Revisar los materiales con los que cuenta el CAZ y a la vez decidir con los que se va a disponer en concordancia muchos de ellos con un concurso derivado de un Acuerdo Marco (Gerencia Regional de Salud).
- Elaborar la Guía de tratamiento local unificando criterios y facilitando la toma de decisiones.
- Revisión del registro de seguimiento del tratamiento (Programa Gacela. Pendiente de implantación).

Este Manual ha sido realizado consultando la bibliografía actualizada y nuestra experiencia como personal experto.

Nuestro deseo es que sea útil, práctico y dinámico, que nos permita su revisión y actualización periódica y sistemática acogiendo las aportaciones y sugerencias de los profesionales.

2.- DEFINICIÓN

Ulceras por presión

Lesión de origen isquémico, provocada por la presión, la fricción, el cizallamiento o la combinación de las mismas, de un tejido blando que apoya sobre un plano o prominencia ósea y que da lugar a un bloqueo sanguíneo en el tejido subyacente, como consecuencia de lo cual se va a producir una degeneración rápida de los tejidos.

3.- CLASIFICACIÓN

Estadio I: Eritema con piel intacta.

En pacientes con piel oscura se observa edema, induración, decoloración y calor local. Gran dolor.

Estadio II: Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla, o cráter superficial, con pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas

Estadio III: Úlcera marginal diferenciada, generalmente con exudado y bordes definidos. Pérdida total del espesor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo

Estadio IV: Úlcera que penetra hasta el músculo e incluso hasta el hueso y articulaciones.

4.- TEJIDOS

1. **Tejido necrótico:** en general, es todo el tejido inviable de aspecto marrón oscuro o negro constituido por células muertas y restos de tejidos, cuya consistencia puede variar en función de las circunstancias de la herida y del proceso de cicatrización en que se encuentre dicha lesión.
2. **Escara:** placa negra de ateroma, claramente definida, de consistencia generalmente dura, de aspecto seco y textura sólida (a medida que se va evaporando la humedad, se va haciendo más dura). Generalmente es de color gris oscuro o negro.
3. **Esfacelos:** se corresponden con restos de material fibrinoso. Su consistencia es más blanda y desestructurada (se rompe ante el intento de sujetarlo con una pinza) con diferentes texturas a lo largo de la evolución de la lesión, suele ser de color verdoso amarillento o también grisáceo y blanquecino. Es frecuente que al mismo tiempo, y en la misma lesión, se puedan identificar zonas con varios tipos diferentes de esfacelos (color, aspecto y consistencia).
4. **Granulación:** Tejido conjuntivo vascular formado sobre la superficie de una herida, úlcera o tejido inflamado que cicatriza. Está constituido por nuevos capilares y por un infiltrado que contiene células linfoides, macrófagos y células plasmáticas.

5.- EXUDADO

Es la respuesta a una interacción complicada entre:

1. Etiología
2. Fisiología de la cicatrización
3. Ambiente de la herida
4. Procesos patológicos agravantes

5.1.- CARACTERÍSTICAS DEL EXUDADO. Valorar:

5.1.1 Color

1. Claro ambarino
2. Turbio, lechoso o cremoso
3. Rosa o rojizo
4. Verdoso
5. Amarillento-marrón
6. Gris-azulado

5.1.2 Consistencia

1. Alta viscosidad (espeso-pegadizo)
2. Baja viscosidad (líquido)

5.1.3 Olor

5.1.4 Cantidad

6.- PIEL PERILESIONAL

1. Integra
2. Lacerada
3. Macerada
4. Celulitis

7.- INFECCIÓN

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.

Etapas

1. **Herida contaminada:** herida con presencia de bacterias en su superficie, se considera que todas las UPP están contaminadas por bacterias, lo cual no implica que dichas lesiones estén infectadas.
2. **Herida colonizada:** cuando en su superficie existen gérmenes contaminantes que se están multiplicando, sin producir infección.
3. **Herida infectada:** cuando los microorganismos que se reproducen en ella invaden los tejidos vivos que rodean la lesión y producen alteraciones en los mismos. Hasta ahora se considera como infección la presencia de 105 microorganismos por gramo de tejido. Sin embargo se trata de una definición que requiere una pequeña puntualización, puesto que es tanto o más importante tener en cuenta la virulencia del germe que produce la infección, que la cantidad del mismo presente en la herida.
4. **Biofilms.**- surge como consecuencia de la organización y virulencia de los gérmenes colonizadores, pudiendo permanecer durante un tiempo más largo y ser más resistentes que el resto de bacterias.

8- TRATAMIENTO

8.1.- GENERAL

- ▶ Reducir o eliminar los puntos de presión.
- ▶ Valoración de riesgo.- Escala de Norton modificada
- ▶ Clasificar el grado de la úlcera.
- ▶ Llevar a cabo una labor de “educación” con el paciente y familiares, a fin de minimizar la aparición y empeoramiento de la lesión.

8.2.- LOCAL

8.2.1 Limpieza

- Inicialmente las lesiones por presión deberían limpiarse en cada cambio de apósito.
- Debe realizarse ejerciendo la mínima fuerza mecánica.
- La presión ejercida debe ser suficiente para arrastrar detritus o bacterias, sin dañar el tejido sano ni empujar las bacterias al interior de la herida.
- Irrigar la herida con solución salina isotónica normal a temperatura ambiente o limpieza de arrastre con gasa.
- No deben ser utilizados antisépticos locales en principio, pero deben ser considerados cuando haya que controlar la carga bacteriana.
- Clorhexidina al 0,05 % acuosa (Guía de Antisépticos).
- Aplicar solución de polihexanide una vez limpia la lesión (PRONTOSAN[®]) dejando actuar 15 minutos.

8.2.2 Desbridamiento

- Su objetivo es la eliminación del tejido necrótico para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación

8.2.2.1 Desbridamiento quirúrgico

- Constituye el método más rápido para eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos profundos.
- Procedimiento doloroso, que precisa en ocasiones ser realizado en quirófano y bajo anestesia.

- Si se realiza por enfermería a pie de cama (**desbridamiento cortante**) se retira de forma selectiva y en diferentes sesiones pequeñas parcelas de tejido necrótico; comenzar por el centro y acceder lo antes posible a uno de los bordes hasta encontrar tejido sano y sangrante.
- Aplicar analgesia antes de realizar el desbridamiento
- Está contraindicado en pacientes con problemas de coagulación o bajo tratamiento anticoagulante y con UPP no cicatrizable por insuficiente aporte vascular

Si la placa necrótica es muy grande puede asociarse a otros métodos de desbridamiento

En el caso de las UPP localizadas en los talones si no existe colección líquida debajo de la escara, no se debe retirar ésta. Esta cubierta actúa como capa protectora natural de una zona de alto riesgo de osteomielitis.

8.2.2.2 Desbridamiento enzimático o químico

- Se realiza mediante la aplicación tópica de enzimas clostridiopeptidasas (COLAGESA)—IRUXOL MONO®
- Inducen la hidrólisis del tejido necrótico superficial y ablandan la escara.
- No son eficaces para desbridar escaras endurecidas o para eliminar grandes cantidades de material necrosado de capas profundas.
- Su poder de absorción es más lento por lo que debe procederse a varias aplicaciones para lograr un desbridamiento eficaz (mayor número de revisiones de herida).

8.2.2.3 Desbridamiento autolítico

Es el procedimiento más fisiológico, por aportar las condiciones idóneas a la lesión (nivel de humedad y temperatura).

Es más lento y se suele utilizar en combinación con otros productos de cura en ambiente húmedo.

8.2.3 Granulación y epitelización

Una vez la lesión está limpia se mantendrá en un ambiente húmedo adecuado para favorecer el proceso de granulación y cicatrización.

8.3 ÚLCERA INFECTADA

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 relacionadas con la lesión (estadio, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, lesiones átonas, 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, y se ha 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 (p.e. Sulfadiazina Argéntica, Acida Fusídico) o hidrofibras impregnadas en plata iónica (Carboximetilcelulosa-Aquacel Ag[®]) y durante un periodo máximo de dos semanas.

Coger cultivo de la herida (Normas Generales de recogida y transporte de muestras microbiológicas. Pg web del Servicio de Microbiología (CyberLab).

Si existe celulitis circundante y un fuerte olor pútrido (anaerobios) lavar la herida con Metronidazol y dejar actuar unos 10 minutos.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos. Se recogerá la muestra preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja de biopsia tisular. Es muy importante evitar siempre que sea posible, la recogida del exudado que cubre la úlcera mediante frotis pues podríamos identificar sólo contaminantes de superficie y no al microorganismo responsable de la infección.

Iniciar tratamiento antibiótico de forma empírica:

Como primeras opciones:

1. Cefoxitina +Amikacina
2. Imipenem
3. Ticarcilina / Clavulánico
4. Piperazilina / Tazobactam

Como segundas opciones:

1. Ciprofloxacino +Clindamicina
2. Ampicilina +Clindamcina +Amikacina
3. Ampicilina / Sulbactam.

Identificado el germe se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

En cualquier caso, se debe realizar un desbridamiento quirúrgico o físico - químico la cantidad de veces necesarias para obtener un lecho limpio y sin olor, y como mínimo curar una vez cada 24 horas.

Control de la infección.

Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales.

Utilizar guantes limpios y cambiarlos con cada paciente.

Lavado de manos antes y después de curar a cada paciente.

En pacientes con varias úlceras, comenzar por la menos contaminada.

Usar instrumental estéril en el desbridamiento quirúrgico.

En pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis, los antibióticos sistémicos deben administrarse baja prescripción médica.

Cumplir con la normativa de eliminación de residuos del CAZ.

9.- MATERIALES PARA EL TRATAMIENTO LOCAL DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Ácidos grasos hiperoxigenados

Composición: ácido linoleico, aloe vera, centella asiática, tocofenoles y esencia de romero.

Propiedades: favorecen la reparación capilar, evitan deshidratación y mejoran la elasticidad cutánea.

Indicaciones: en prevención y úlceras en estadio I.

Uso: realizar una pulverización sobre la zona elegida y con un suave masaje extender el producto hasta su total absorción. Repetir la aplicación 2 o 3 veces día.

Presentación: en solución.

Producto:

1. LINOVERA® Cod. Almacén -419850

Hidrocelulares

Composición: espumas poliméricas

Propiedades: gran capacidad de absorción del exudado. No dejan residuos al retirarlo.

Indicaciones: en UPP con exudado de moderado a alto y en todas las fases de cicatrización. Seleccionar el tamaño sobrepasando 2-3 cm los bordes de la lesión. Deben retirarse cuando el exudado llegue a 1 cm. del borde del apósito.

Presentación: apósito 10 x 10. Apósito 17 x 17. Apósito 17,5 x 17,5. Apósito talón. Apósito sacro.

Productos:

1. ASKINA® TRANSORBENT 10 X 10 Cod. Almacén -412535
2. ALLEVYN® ADHESIVE 17 X 17 Cod. Almacén 412536.
3. ALLEVYN® GENTLE BORDER 17,5 X 17,5 Cod. Almacén -800821
4. ALLEVYN® HEEL Cod. Almacén.- 800810.
5. ALLEVYN® SACRUM Cod. Almacén.- 800852

Hidrogeles

Composición: agua purificada CMC y Alginato cálcico.

Propiedades:

- Favorece la granulación.

- Promueve el desbridamiento autolítico por hidratación del tejido necrótico, costra o esfacelo, favoreciendo el crecimiento del tejido de granulación y la epitelización. Mantiene el grado óptimo de humedad en el lecho de la herida.
- En utilización conjunta con la colagenasa potencia la acción de esta última.
- No es adherente, precisa de otro apósito.

Indicaciones: úlceras infectadas, necrosis secas y en cualquier fase del proceso de cicatrización con exudación baja o moderada

El intervalo recomendado de cambio es hasta tres días y se retira con suero o agua.

Precauciones: llenar la lesión sin sobrepasar a la piel perilesional.

Presentación: estructura amorfa (gel)

Producto:

1. PURILÓN® Cod. Almacén.- 419658

Hidrofibra de hidrocoloide

Composición: fibras de carboximetilcelulosa sódica.

Propiedades:

- En contacto con el exudado sus fibras se forman una lámina gelificada con gran poder de absorción a la vez que proporciona un medio húmedo que promueve la cicatrización.
- Hemostático (hemorragias menores).
- Favorece el desbridamiento autolítico.
- Gran poder de absorción (30 grs. de fluido por gramo de apósito). Lo realiza de manera vertical evitando así el riesgo de fugas.
- Es indoloro en la aplicación y en la retirada, sin dañar el tejido neoformado. Precisa de apósito secundario.

Indicaciones:

- En lesiones con moderado o alto nivel de exudado.
- Después de un desbridamiento quirúrgico o cortante con zonas propensas a sangrar.

Presentación: en hidrofibra de hidrocoloide. En placa de 10 x 10. En Cinta.

Productos:

1. AQUACEL® 15X15 Cod. Almacén.- 419619
2. AQUACEL® CINTA Cod. Almacén.- 419651

Alginatos

Composición: Alginato cálcico tejido no tejido, elaborado con fibras de elevado contenido en ácido monurónico.

Propiedades:

- Absorben el exudado formando una lámina gelificada con gran poder de absorción. Esto crea un medio húmedo que favorece la cicatrización.
- Capacidad desbridante.

Indicaciones: en lesiones con exudado de moderado a alto, en infectadas

Contraindicaciones: no usar en

- en necrosis secas
- en úlceras no exudativas pues puede adherirse sobre la lesión.
- en combinación con hidrogeles

Aunque se retiran fácilmente, hay que evitar que queden restos. Si quedaran utilizar solución salina para retirarlos.

Precisa de otro apósito.

Productos:

1. ALGISITE M[®] EN PLACA 10 X 10 Cod. Almacén.- 801002
2. ALGISITE M[®] EN CINTA Cod. Almacén.- 800811

Apósitos con plata

Composición: fibras de carboximetilcelulosa y plata iónica (1,2 grs. de plata por 100 grs de peso de apósito).

Propiedades:

- En contacto con el exudado, sus fibras se gelifican proporcionando un medio húmedo que promueve la cicatrización al tiempo que destruye un amplio espectro de microorganismos. La plata iónica está disponible durante el tiempo de uso del apósito.
- Es indoloro.

Indicaciones: heridas infectadas o con riesgo elevado de infección y con moderado o alto nivel de exudado (si no hay exudado hay que humedecerlo para que la plata esté disponible).

Uso:

Puede permanecer aplicado hasta 7 días.

Precisa de apósito secundario el cual debe ser retirado periódicamente en función de la cantidad de exudado.

Productos:

1. AQUACEL[®] Ag⁺ EN PLACA 10 X 10 Cod. Almacén.- 419872
2. AQUACEL[®] Ag⁺ EN CINTA Cod. Almacén.- 422089

Apósito de película o film de poliuretano

Composición: apósito formado por una lámina de poliuretano transparente

Propiedades:

- Transparentes, flexibles y autoadhesivos.
- Crean una película protectora que aísla la lesión del medio externo.
- Son permeables al vapor de agua y a los gases pero impermeables al agua y fluidos corporales, proporcionando una barrera ante las bacterias.
- Favorecen la cicatrización.
- Tienen escasa capacidad de absorción.

Indicaciones:

- Protección ante la fricción, lesiones en estadio I y superficiales.
- Como apósito secundario de fijación.

Seleccionar el tamaño sobrepasando 2-3cm de piel sana y aplicando sin tensión.

Productos:

1. OPSITE FLEXIGRID® 6 x 7 Cod. Almacén.- 800804
2. TEGADERM® 10 x 12. Cod. Almacén.- 413629
3. TEGADERM® 10 x 25. Cod. Almacén.- 413628
4. OPSITE FLEXIGRID® 15 x 20 Cod. Almacén.- 800827

Suero fisiológico (Salino 0.9 %)

Composición: cloruro sódico al 0,9 % en agua.

Propiedades: solución salina isotónica con el plasma.

Indicaciones: limpieza de úlceras.

Presentación: en envases de 60, 120 y 240 ml.

Productos:

1. ECOLAV® de 120 y 240 ml.
2. DRAINJET® 60 ml. (en farmacia)

Solución de polihexanida Prontosan®

Composición: agua purificada, glicerol, hidroxietilcelulosa, 0,1% undecilenamidopropil betaina, 0,1% poliaminopropil biguanida (polihexanida).

Propiedades:

- Limpia, humidifica y descontamina las lesiones cubiertas de tejido necrótico y/o el denominado "BIOFILM" sin efecto inhibidor de la granulación o epitelización
- Compatibles con productos de cura húmeda

Indicación: en lesiones con alta carga bacteriana o infección

Usos:

Prontosan solución: aplicar mediante gasas y dejar actuar sobre la lesión 10-15 mits. En fístulas aplicar con jeringa

Prontosan gel: cubrir el lecho de la lesión con una capa de 3-5 mm

No utilizar con jabones y detergentes aniónicos

Presentación en solución de 350ml y en gel de 30

Productos:

1. PRONTOSAN® SOLUCIÓN Cod. Almacén.- 422063
2. PRONTOSAN® GEL Cod. Almacén.- 422064

Clorhexidina

Composición: clorhexidina 0,05 %

Propiedades: bactericida de potencia intermedia; esporostático, solo al elevar temperatura; y antifúngico

Su actividad antimicrobiana permanece activa de 5 a 6 horas

Indicaciones: desinfección de las úlceras

Se inactiva en presencia de jabones y detergentes aniónicos

Producto:

1. CLORHEXIDINA® solución acuosa al 0,05 % 250 cc (Farmacia)

Protección piel perilesional

1. Composición: óxido de zinc y almidón de maíz.

Propiedades: protege la piel de agentes químicos mecánicos, físicos e infecciosos.

Indicaciones: protección de la piel perilesional.

Producto:

1. ANTICONGESTIVA® CUSI envase 45 grs. (Pasta Lassar) (Farmacia)

2. Composición: Terpolímero de acrilato. Polifenilmetilsiloxano. Hexametidisiloxano e Isooctano.

Propiedades: protege a la lesión

Indicaciones: protección de la piel contra exudado, fricciones y adhesivos. Aplicar una capa uniforme y dejar secar.

Presentación: envase de 28 ml en spray.

Producto:

1. CAVILON® Cod. Almacén.- 419848

Desbridamiento enzimático

Composición: Por gramo de pomada: Clostridiopeptidasa A (colagenasa) 1,2 U.I., Proteasas acompañantes 0,24 U.I., Parafina líquida y sólida.

Propiedades:

- Desbridamiento enzimático de los tejidos necrosados.
- Degrada la fibrina, el colágeno y la elastina.

Indicaciones: en lesiones que no presenten signos de infección.

Es irritante para la piel perilesional.

Su acción puede ser neutralizada si entra en contacto con soluciones jabonosas y metales pesados.

Aplicar 1 o 2 veces al día una capa de 2mm ligeramente humedecida con solución salina.

Presentación: pomada 30g.

Producto:

1. IRUXOL® MONO (Farmacia)

10.- EVALUACIÓN

% de pacientes con tratamiento de las úlceras por presión según protocolo

10.1 PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN

→ Anual

10.2 RESPONSABLES

→ Grupo de trabajo de Ulceras Por Presión

10.3 REVISIÓN DEL PROTOCOLO

→ Cada tres años y siempre que haya evidencia científica que aconseje hacer las modificaciones oportunas para adaptarla.

11.- ANEXOS

ANEXO I

ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS					
ESTADIO 0		ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
Prevención Norton < 14		Enrojecimiento de la piel, eritema o calor local	Lesión dérmica, piel agrietada, ampolla	Perdida total del grosor de la piel. Ulceración	Perdida de sustancia, escaramiento, necrosis
TRATAMIENTO LOCAL DE LAS U.P.P.					
FASE INFLAMATORIA	ESTADIO	TIPO TEJIDO	EXUDADO	OBJETIVO	TRATAMIENTO
I	Eritema que no cede a La presión	Nulo	Aumentar la resistencia de la piel. Alivio de presión		Ácidos grasos hiperoxigenados ó apó�itos de poliuretano
II	Necrótico seco	Nulo	Desbridar		Enzimas y/o hidrogel amorf + desbridamiento quirúrgico + apóso de hidrocelular
III	Necrótico húmedo	Abundante	Desbridar Gestión del exudado		Enzimas + desbridamiento quirúrgico + apóso hidrofibra de hidrocoloide ó apóso de alginato + apóso hidrocelular
IV	Con signos locales de infección	Moderado / Abundante	Reducción de la carga bacteriana		Apóso de plata + apóso hidrofibra de hidrocoloide ó apóso de alginato (cambiar cada tres días hasta que desaparezcan los signos)
FASE PROLIFERATIVA					
	Granulación	Bajo / nulo	Humectar		Hidrogel amorf + apóso hidrocelular
	Granulación	Moderado	Mantener grado óptimo de humedad		Apóso hidrocelular
	Granulación	Abundante	Gestión del exudado		Apóso de alginato ó apóso hidrofibra de hidrocoloide + apóso hidrocelular
	Con signos locales de infección	Moderado / Abundante	Reducción de la carga bacteriana		Apóso de plata + apóso hidrofibra de hidrocoloide ó apóso de alginato (cambiar cada tres días hasta que desaparezcan los signos)
	Epitelización	Nulo / bajo	Protección		Apóso hidrocelular ó apóso de poliuretano

ANEXO II

Control evolución de ulceras por presión							
Longitud x anchura	0 0 cm ²	1 <0,3 cm ²	2 0,3 – 0,6 cm ²	3 0,7 – 1 cm ²	4 1,1 – 2,0 cm ²	5 2,1 -3,0 cm ²	Valor
Longitud x anchura	0 0 cm ²	1 <0,3 cm ²	2 0,3 – 0,6 cm ²	3 0,7 – 1 cm ²	4 1,1 – 2,0 cm ²	5 2,1 -3,0 cm ²	Subtotal:
Cantidad exudado	0 ninguno	1 ligero	2 moderado	3 abundante			Subtotal:
Tipo de tejido	0 Cerrado	1 Tejido epitelial	2 Tejido de granulación	3 Esfácelos	4 Tejido necrótico		Subtotal:
Puntuación total							
Longitud x anchura: Medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros. Multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en centímetros cuadrados. Las Heridas cavitadas deben puntuarse de igual forma, utilizando una regla en centímetros, y siempre utilizando el mismo sistema para medir la superficie (largo x ancho).							
Cantidad de exudado: Estimar la cantidad de exudado (drenaje) presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la úlcera. Estimar el exudado como ninguno, ligero, moderado o abundante.							
Tipo de tejido: Se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la úlcera. Valorar como 4 si hay algún tipo de tejido necrótico presente. Valorar como 3 si hay algún tipo de esfácelo presente y no hay tejido necrótico. Valorar como 2 si la herida está limpia y contiene tejido de granulación. Una herida superficial que se esté reepitelizando se valorará como 1 . Cuando la herida esté cerrada valorarla como 0 . Así, la puntuación será la siguiente: 0. Cicatrizado/reepitelizado: La herida está completamente cubierta de epitelio (nueva piel) 1. Tejido epitelial: En úlceras superficiales nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma. 2. Tejido de granulación: Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular húmeda y brillante. 3. Esfácelos: Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido. 4. Tejido necrótico (Escara seca/húmeda): Tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o a los bordes de la herida que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional.							

VALORACIÓN DE RIESGO: ESCALA DE NORTON

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble

CLASIFICACIÓN DE RIESGO

PUNTUACIÓN DE 5 A 9 -----
 RIESGO MUY ALTO
 PUNTUACIÓN DE 10 A 12-----
 RIESGO ALTO
 PUNTUACIÓN DE 13 A 14-----
 RIESGO MEDIO
 PUNTUACIÓN > DE 14-----
 RIESGO MINIMO/NO RIESGO

ANEXO III

CLASIFICACIÓN DE APÓSITOS EN BASE A GRUPOS Y PROPIEDADES									
<u>Apósitos</u>	Absorción del exudado	Indicación en heridas infectadas	Desbridaje de tejido necrotico dura	Desbridaje de tejido esfacelado blando	Indicado en tejido de granulación	Indicado en tejido de epitelización	Precisa apósito secundario	Capacidad de protección ante la fricción	
Alginatos	++++	Si	No	++	+++	No	Si	No	
Hidrocelulares	+++	No	++	+++	++++	+++	No	++++	
Poliuretanos	No	No	No	No	++	+++	No	++	
Hidrofibra de Hidrocoloides	++++	Si	No	+++	+++	No	Si	No	
Hidrogeles	+	Si	++++	++++	+++	No	Si	No	
Apósitos con plata	++++	++++	++	+++	++++	No	Si	no	

12.- BIBLIOGRAFIA

1. Sacyl Guía para la prevención y tratamiento de ulceras por presión en Atención Especializada Junta de Castilla y León (2008)
2. Hernandez E, Royano L A Manual practico de cicatrización en heridas crónicas Madrid SPA (2009)
3. SoldevillaJJ, Torra J E Atención integral de las heridas crónicas (2004)
4. Soldevilla JJ Torra JE , Verdú J Epidemiología, coste y repercusiones legales de las ulceras por presión en España, años 2005-2006 grupo para el estudio y asesoramiento en ulceras por presión y heridas crónicas
5. Best practice úlceras por presión enferm clin.2010; 20(2): 136-8
6. Ministerio de Sanidad y Consumo plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud .Agencia de calidad (2006)
7. Espinosa M P, Jiménez M M Guía de antisépticos Complejo Asistencial Zamora (2006)
8. Curso gestión de los cuidados enfermeros en ulceras y heridas (2009)
9. Fichas técnicas de los productos
10. López Urrutia Lorente, Luis; Gutiérrez Zufiaurre, Mª Nieves; Brezmes Valdivieso, Mª Fe. Normas Generales de recogida y transporte de muestras microbiológicas. Unidad de Microbiología Hospital Virgen de la Concha Zamora