

La Guía de Práctica Clínica de Enfermería que presentamos en esta destinada a mejorar la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión y otras heridas crónicas, en la misma se han recopilado, de forma sistemática, una amplia gama de recomendaciones basadas en la evidencia científica y que van a ayudar al profesional de la enfermería a disminuir la variabilidad no justificada en su trabajo diario; facilitando, al mismo tiempo, la adopción de medidas diagnósticas y terapéuticas adecuadas para cada situación clínica.

Guía de práctica clínica de enfermería: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS

CICLO 4: CLINICA DE ULCERAS Y
HERIDAS

FUND. NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA MACARENA

Guía de Práctica Clínica de Enfermería: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS

ANEXOS

1.1. ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD
<p>BUENO</p> <p>Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 Kcal. Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25. Líquidos: 1.500-2.000cc/día (8-10 vasos) Tª corp.: de 36-37° C. Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.</p>	<p>ALERTA</p> <p>Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar. Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles. Comprende la información. <i>Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha lugar y hora.</i></p>	<p>TOTAL</p> <p>Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.</p>
<p>MEDIANO</p> <p>Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas / día y 2.000 Kcal. IMC $\geq 20 < 25$. Líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos) Tª corp.: de 37° 37,5° C. Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.</p>	<p>APÁTICO</p> <p>Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado Obedece órdenes sencillas Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante <i>Valoración: Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz</i></p>	<p>DISMINUIDA</p> <p>Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completa o mantener algunos de ellos.</p>
<p>REGULAR</p> <p>Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 Kcal. IMC ≥ 50 Líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos) Tª corp.: de 37.5° a 38° C Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</p>	<p>CONFUSO</p> <p>Inquieto, agresivo, irritable, dormido. Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir. Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona. <i>Valoración: Petilizar la piel, pinchar con una aguja.</i></p>	<p>MUY LIMITADA</p> <p>Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.</p>
<p>MUY MALO</p> <p>Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000Kcal. IMC ≥ 50 Líquidos: < 500cc/día (3 vasos) Tª corp.: > 38.5° o $\leq 35.5^\circ$ C Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.</p>	<p>ESTUPOROSO COMATOSO</p> <p>Desorientado en tiempo, lugar y persona. Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. <i>Valoración: Presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.</i></p>	<p>INMOVIL</p> <p>Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.</p>

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS

PUNTUACIÓN DE 5 a 9: RIESGO ALTO PUNTUACIÓN DE 10 a 12: RIESGO MEDIO		PUNTUACIÓN 13 a 16: RIESGO BAJO PUNTUACIÓN MAYOR de 16: NO RIESGO
MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
<p>AMBULANTE</p> <p>Independiente total. Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo, o lleve prótesis.</p>	<p>NINGUNA</p> <p>Control de ambos esfínteres. Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.</p>	4
<p>CAMINA CON AYUDA</p> <p>La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.</p>	<p>OCASIONAL</p> <p>No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.</p>	3
<p>SENTADO</p> <p>La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantener sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. La persona precisa ayuda humana y/o mecánica.</p>	<p>URINARIA O FECAL</p> <p>No controla uno de los dos esfínteres permanentemente. Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación.</p>	2
<p>ENCAMADO</p> <p>Dependiente para todos sus movimientos. Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse...).</p>	<p>URINARIA Y FECAL</p> <p>No controla ninguno de sus esfínteres.</p>	1

1.2. ESCALA EMINA

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD
<p>ORIENTADO</p> <p>Paciente orientado y consciente.</p>	<p>COMPLETA</p> <p>Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla.</p>	<p>NO</p> <p>Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas.</p>
<p>DESORIENTADO O APÁTICO O PASIVO</p> <p>Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas).</p>	<p>LIGERAMENTE LIMITADA</p> <p>Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica.</p>	<p>URINARIA O FECAL OCASIONAL</p> <p>Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado.</p>
<p>LETÁRGICO O HIPERCINÉTICO</p> <p>Letárgico (no responde órdenes) o hiperkinético por agresividad o irritabilidad.</p>	<p>LIMITACIÓN IMPORTANTE</p> <p>Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.</p>	<p>URINARIA O FECAL HABITUAL</p> <p>Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado.</p>
<p>COMATOSO</p> <p>Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.</p>	<p>INMÓVIL</p> <p>No se mueve en la cama ni en la silla.</p>	<p>URINARIA Y FECAL</p> <p>Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreas frecuentes.</p>

SIN RIESGO: 0
 RIESGO BAJO: 1-3
 RIESGO MEDIO: 4-7
 RIESGO ALTO: 8-15

MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
<p>CORRECTA</p> <p>Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.</p>	<p>DEAMBULA</p> <p>Autonomía completa para caminar.</p>	0
<p>OCASIONALMENTE INCOMPLETA</p> <p>Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.</p>	<p>DEAMBULA CON AYUDA</p> <p>Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.).</p>	1
<p>INCOMPLETA</p> <p>Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.</p>	<p>SIEMPRE PRECISA AYUDA</p> <p>Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.).</p>	2
<p>NO INGESTA</p> <p>Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio.</p>	<p>NO DEAMBULA</p> <p>Paciente que no deambula. Reposo absoluto.</p>	3

1.3. ESCALA BRADEN

<p>PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. COMPLETAMENTE LIMITADA Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.</p>	<p>2. MUY LIMITADA Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p>
<p>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>1. CONSTANTEMENTE HÚMEDA La piel se encuentra constantemente expuesta al a humedad por: sudoración, orina, etc...Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</p>	<p>2. A MENUDO HÚMEDA La piel esta a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>
<p>ACTIVIDAD Nivel de actividad física</p>	<p>1. ENCAMADO/A Paciente constantemente encamado/a.</p>	<p>2. EN SILLA Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p>
<p>MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p>1. COMPLETAMENTE INMÓVIL Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p>2. MUY LIMITADA Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí sola/o.</p>
<p>NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<p>1. MUY POBRE Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne, lácteos.) Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>2. PROBABLEMENTE INADECUADA Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda naso gástrica.</p>
<p>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS</p>	<p>1. PROBLEMA Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p>2. PROBLEMA POTENCIAL Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12 puntos

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13-14 puntos

RIESGO BAJO: Puntuación total 15-16 puntos si es menor de 75 años.
Puntuación total 15-18 puntos si mayor o igual a 75 años.

<p>3. LIGERAMENTE LIMITADA</p> <p>Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p>4. SIN LIMITACIONES</p> <p>Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p>3. OCASIONALMENTE HÚMEDA</p> <p>La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>4. RARAMENTE HÚMEDA</p> <p>La piel está generalmente seca. La ropa de la cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de ropa.</p>
<p>3. DEAMBULA OCASIONALMENTE</p> <p>Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.</p>	<p>4. DEAMBULA FRECUENTEMENTE</p> <p>Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<p>3. LIGERAMENTE LIMITADA</p> <p>Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.</p>	<p>4. SIN LIMITACIONES</p> <p>Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p>3. ADECUADA</p> <p>Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p>4. EXCELENTE</p> <p>Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p>3. NO EXISTE PROBLEMA APARENTE</p> <p>Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Test de cribaje

		PUNTOS
<p>¿Ha perdido el apetito?</p> <p>¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o degluciones los últimos 3 meses?</p>	<p>0 = Anorexia grave</p> <p>1 = Anorexia moderada</p> <p>2 = Sin anorexia</p>	
<p>Pérdida reciente de peso (< 3 meses)</p>	<p>0 = pérdida de peso > 3 kg.</p> <p>1 = no lo sabe</p> <p>2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg.</p> <p>3 = no habido pérdida de peso</p>	
<p>Movilidad</p>	<p>0 = de la cama al sillón</p> <p>1 = autonomía en el interior</p> <p>3 = sale del domicilio</p>	
<p>¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?</p>	<p>0 = si</p> <p>1 = no</p>	
<p>Problemas neuropsicológicos</p>	<p>0 = demencia o depresión grave</p> <p>1 = demencia o depresión moderada</p> <p>2 = sin problemas psicológicos</p>	
<p>Índice de masa corporal</p> <p>IMC= peso/ talla²</p>	<p>0 = IMC < 19</p> <p>1 = IMC 19-20</p> <p>2 = IMC 21-22</p> <p>3 = IMC ≥ 23</p>	
	<p>Puntuación total (Cribaje)</p>	

Evaluación test cribaje (Máximo 14 puntos):

≥ 11 puntos: NORMAL, NO ES NECESARIO CONTINUAR MNA.

≤ 10 puntos: POSIBLE MALNUTRICIÓN, CONTINUAR MNA.

Test de evaluación

		PUNTOS
¿El paciente vive independientemente en su domicilio?	0 = no 1 = si	
¿Toma, más de 3 medicamentos al día?	0 = no 1 = si	
¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0 = no 1 = si	
¿Cuántas comidas completas toma al día? (Dos platos y postre)	0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
¿Consume ... (Si o no) Productos lácteos al menos una vez al día? Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Carne, pescado o aves diariamente?	0 = 0 o 1 síes 0,5 = 2 síes 1 = 3 síes	
¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0 = no 1 = si	
¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toman al día?	0 = menos de tres vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1 = mas de 5 vasos	
Forma de alimentarse	0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	
¿Considera el paciente que esta bien nutrido? (Problemas nutricionales)	0 = malnutrición grave no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	
En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado actual de salud?	0 = peor 0,5 = no lo sabe 1 = igual 2 = mejor	
Circunferencia braquial en cm.	0 = < 21 0,5 = 21-22 1 = > 22	
Circunferencia de la pantorrilla en cm.	0 = < 31 1 = ≥ 31	
	Puntuación total (Cribaje)	

Evaluación global(cribaje+evaluación, máximo 30 puntos):
De 17 a 23,5 puntos: RIESGO DE MALNUTRICIÓN.
Menos de 17 puntos: MALNUTRICIÓN.

ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA SELECCIÓN DE SEMP

ASPECTOS CLÍNICOS	ASPECTOS ECONÓMICOS	MANTENIMIENTO	LIMPIEZA	ERGONOMÍA	SEGURIDAD
Indicaciones fabricante	Coste	Garantía producto	Protocolo de limpieza del fabricante	Peso del colchón	Ignifubilidad
Efectividad teórica	Posibilidad renting	Accesibilidad al servicio técnico	Facilidad de limpieza	Facilidad de manipulación	Aislamiento eléctrico
Evidencias clínicas		Tiempo de respuesta del servicio técnico	Limpieza en el centro de uso		Tratamiento antibacteriano
Sistema de vaciado en caso de parada cardiorrespiratoria		Facilidad en obtención de repuestos			
Utilización en situaciones especiales		Posibilidad reparación en propio centro			
Pesos mínimos y máximos de funcionamiento					
Facilidad uso					
Manual de instrucciones claro y en español					
Soporte clínico y Formación por parte del fabricante					
Prestaciones de la funda					
Adaptación a diferentes camas					

Extraído de: Atención Integral de las heridas crónicas. Madrid 2004. Ediciones SPA.

DIFERENCIACIÓN DE LAS ÚLCERAS CRÓNICAS Y LESIONES TUMORALES

	TUMORAL	HERIDAS POST-ONCOLÓGICAS	COMPONENTE ARTERIAL
DOLOR	No	Circunstancialmente y punzante	Brusco y agudo, muy doloroso, claudica con pierna en declive
PULSOS	Normal	Normal	Débiles o ausentes
OLOR	Moderado	Puede ser intenso, si signos de infección	Normal
COLOR LESIÓN	Según etiología: eritematoso, violáceo, negro-marrón, perlado	Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)
BORDES	Sobreelevados, infiltrados y perlados (C. basocelular) o mamelonado (C. espino)	No sobreelevados e invaginados	Lisos
PIEL PERILESIONAL	Normal en algunos casos descamación	Inflamación	Delgada, brillante y seca, sin vello, palidez a la elevación, atrofia o sin cambios de tamaño
LOCALIZACIÓN	Principalmente cara y tronco. Úlceras > 5 años en MMII, UPP > 5 años, cicatrices por antiguas quemaduras	Dehiscencias de resecciones tumorales, zonas radiadas, extravasación citostáticos	En la punta de los dedos, articulaciones falángicas, talón, maléolo externo, cabeza metatarsianos, lados y plantas pies
CARACTERÍSTICAS	Lecho blando con estácelos y fácil sangrado. Nódulo duro y con adherencias a tejidos adyacentes	Heridas abiertas y cavitadas, tejido de granulación con estácelos y duras al tacto	Bordes bien definidos, necrosis, base profunda, pálida no hemorrágicas, pequeñas
PREDISPOSICIÓN	Todas la edades	Todas la edades	Arteriosclerosis, diabéticos, edad avanzada
EDEMAS	No	SI, loco-regional	No*
UÑAS	-	-	Engrosadas
TEMPERATURA	Normal	SI, infección	Fría
ITB	-	-	Inferior a 0'8
PSIQUE/EMOCIONAL	Dependerá grado de aceptación	Dependerá grado de aceptación	Irritable

F. Palomar Llatas, B. Fornes Pujalte, P. Díez Fornes, V. Muñoz Mañez, V. Lucha Fernández, L. Aranton Areosa.
Rev. Enfermería Dermatológica, nº 4, Abril- Junio 2008

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS

COMPONENTE VENOSO	HIPERTENSIVA O MIXTA	UPP	PIE DIABÉTICO	
			NEUROPÁTICA	ISQUÉMICA
Dolor muscular profundo. Se alivia con elevación de MI	Brusco y agudo, muy doloroso y punzante	Dolor al tacto y manipulación de la herida	Ausente, si dolor posible infección	Intenso
Normales	Normales		Normales	Ausente o débil
Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Normal
Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)	Rojo (granulación), amarillo (estácelos), negro (necrosis seca)
Bordes desiguales y estrellados	Bordes irregulares	Lisos	Romos	Lisos
Edema firme, color rojo pardo, evidencia de úlceras curadas, varices	Edema, varices, piel atrófica, ausencia de vello	Erosiones, edematosa y con eritema	Hiperqueratosis, edematizado tumefacción en infección	Edema locoregional
Alrededor del maléolo interno, área pretibial	Alrededor de maléolos	Principalmente en sacro el 36% y en talones en un 33%. Zonas de presión	Planta del pie y cabeza de metatarsianos	Interdigital, primeras falanges, talón e incluso todo el pie
Tejido de granulación y hemorragias, grandes de tamaño	Tejido de granulación y bordes con zonas de estácelos o necrosis	Según grado, desde eritema en grado I a cavidades y afectación ósea en grado IV	Úlcera con hiperqueratosis alrededor	Placas de necrosis o estácelos en fondo de úlcera
Tromboflebitis, varices	Hipertensos	Encamados con presión regional, humedad, cizallamiento y fricción	Enfermos diabéticos con enfermedad de mas de 10 años de evolución	
Si	Si	Si*	Si*	Si*
Normales	Uñas engrosadas	-	Enfrosadas	Normales
Normal o elevada	Normal	Normal	Normal y elevada	Fría
0'9 – 1'2	0'7 – 1'00	-	1'3	0'5
Indiferente	Irritable	Según deterioro cognitivo	Indiferente	Irritable

CLASIFICACIÓN DE LAS UPP

Clasificación de las úlceras por presión (SEGÚN SU PROFUNDIDAD)



ESTADIO I:

Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar, en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área adyacente u opuesta del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración)
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)



ESTADIO II:

Pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADIO III:

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.



ESTADIO IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Puede presentar cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

NORMAS BÁSICAS PARA LA OBTENCIÓN DE UNA MUESTRA DE EXUDADO DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS

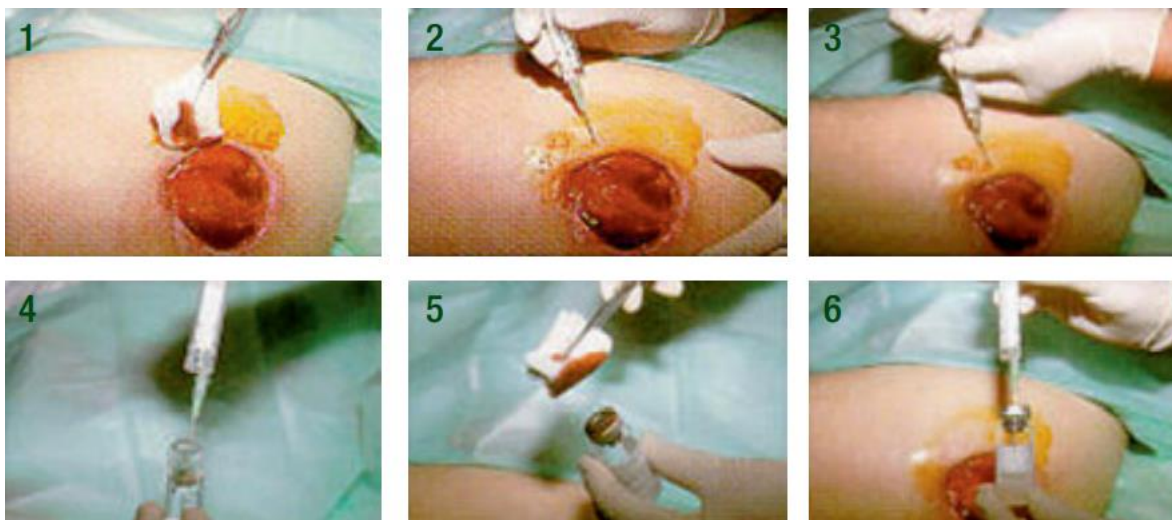
ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA

Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales, especialmente de bacterias anaerobias. Material necesario:

- Gasas estériles
- Povidona iodada al 10 %
- Jeringa estéril
- Aguja IM (0.8 x 40) - Medio de transporte para bacterias aerobias
- anaerobias

Descripción de la técnica:

- La punción se realiza a través de la piel integra de la piel periulceral, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfácelos (foto 2).
 - Limpiar de forma concéntrica esa zona de punción con alcohol etílico o isopropílico al 70%.
 - Desinfectar la piel perilesional con Povidona iodada al 10 % (foto 1).
 - Dejar secar al menos durante un minuto permitiendo que la povidona ejerza su acción antiséptica.
 - Realizar una punción-aspiración con la jeringa y aguja manteniendo una inclinación aproximada de 45º y aproximándose al nivel de la pared de la lesión (foto 3).
 - El volumen óptimo de aspirado se establece entre 1 y 5 ml.
 - En procesos no supurados, preparar la jeringa con medio ml de suero fisiológico o agua estéril y aspirar (foto 4).
- Es importante anotar en la petición la cantidad de líquido añadido para facilitar el contaje posterior.
- Desinfectar la superficie de goma del medio con Povidona iodada al 10 % dejando secar al menos un minuto (foto 5).
 - Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios (foto 6).
 - Resguarde estos viales de la luz y manténgase a una temperatura entre 2ºC y 25ºC.



FROTIS DE LA LESIÓN MEDIANTE HISOPO

Todas las úlceras por presión están colonizadas por bacterias. No deberán usarse para cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida porque pueden detectar sólo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico. Permiten recoger una escasa cantidad de muestra que fácilmente se deseca por la deshidratación del medio. Las muestras así recogidas son de escasa rentabilidad y deben obtenerse sólo cuando no se pueda recoger la muestra mediante los otros métodos expuestos. No obstante, y, dado lo habitual de esta práctica en los diferentes niveles asistenciales de nuestro entorno, recomendamos un escrupuloso respeto al procedimiento que se presenta, con el fin de mitigar al máximo esas aludidas falsas responsabilidades infectivas.

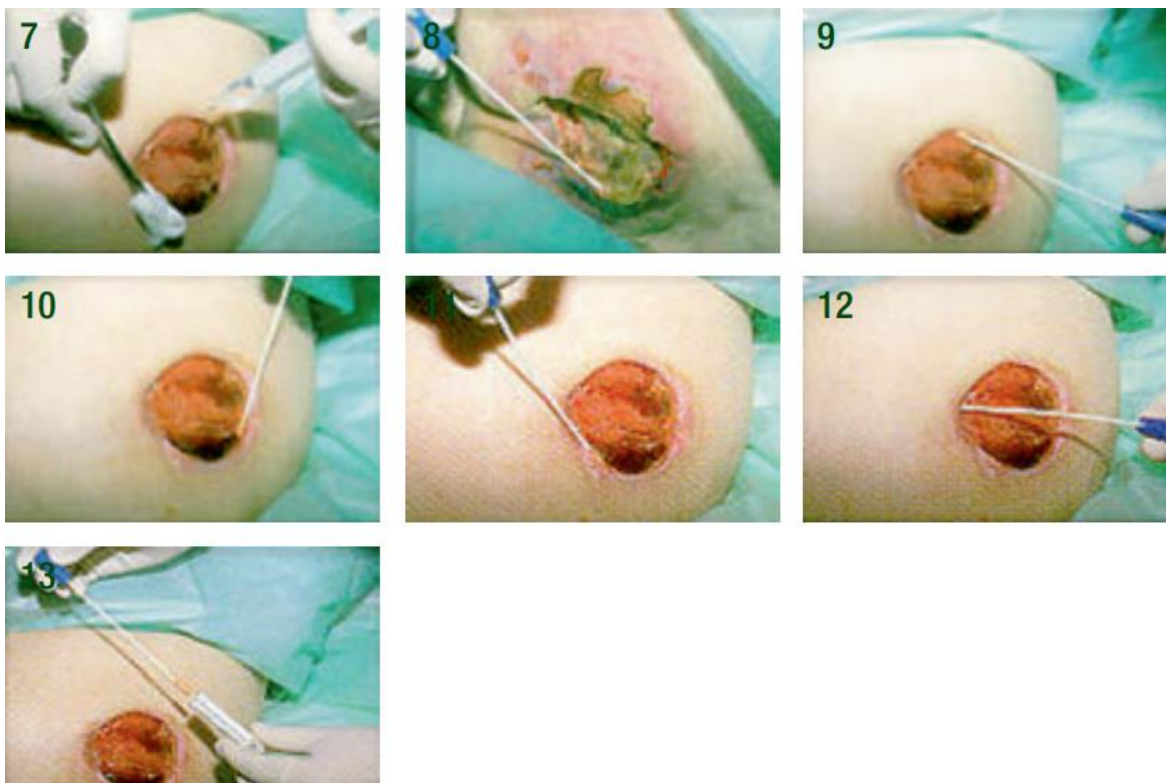
Material necesario:

- Suero Fisiológico
- Jeringa y aguja estéril
- Torundas con medio de transporte tipo Stuart
- Amies

Descripción de la técnica:

- Retirar el apósito que recubre la lesión, si procede.
- Si fuera preciso, proceda a realizar desbridamiento quirúrgico de la lesión.
- Aclare de forma meticulosa la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra (foto 7).
- Rechace el pus para el cultivo (foto 8).
- No frote la úlcera con fuerza.

- Utilice un hisopo estéril. No utilice torundas de algodón.
- Gire el hisopo sobre sus dedos realizando movimientos rotatorios de izquierda a derecha y de derecha a izquierda.
- Recorra con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente (agujas del reloj), abarcando diez puntos distintos en los bordes de la herida (fotos 9,10,11,12).
- Coloque el hisopo dentro de un tubo con medio de transporte (foto 13).
- Existen en el mercado hisopos libres de oxígeno que facilitarían la detección de bacterias anaerobias.



BIOPSIA TISULAR

Es un procedimiento de elección y alta efectividad diagnóstica, pero generalmente restringido su uso a la atención especializada.

Se tomarán muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signos de infección. Las muestras líquidas se obtendrán por aspiración con jeringa y aguja.

Finalmente, algunas normas básicas y comunes para la recogida y transporte de las distintas muestras bacteriológicas:

- Cada muestra deberá de ir acompañada de un volante de petición y estar perfectamente identificada.

- Es conveniente la toma junto a la cama del enfermo.
- Efectuar la toma en el sitio exacto de la lesión con las máximas condiciones de asepsia que eviten la contaminación de microbios exógenos.
- Todas las muestras deberán de ser enviadas lo más rápidamente al laboratorio.

CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESCALA DE WAGNER

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
	GRADO 0 Ninguna, pie de riesgo	Callosidades o hiperqueratosis, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.
	GRADO I Úlceras Superficiales	Dstrucción total del espesor de la piel.
	GRADO II Úlceras Profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada.
	GRADO III Úlceras Profundas más absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor.
	GRADO IV Gangrena Limitada	Neurosis de parte del pie.
	GRADO V Gangrena Extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

SCALA VALORACIÓN DE LA PIEL PERILESIONAL (FEDPALLA)

HIDRATACIÓN	DERMATITIS	VASCULARIZACIÓN (Color de la piel)	BORDES	DEPÓSITOS	SUMA TOTAL DE PUNTUACIÓN
5 Piel normal	5 Piel normal	5 Eritema rojo	5 Lisos	5 Escamas	
4 1cm macerada	4 Eczema seco	4 Eritema violáceo	4 Inflamados y mamelones	4 Costras	
3 > 1cm macerada	3 Eczema exudativo	3 Negro-azulado- marrón	3 Romos o excavados	3 Hiperquerato- sis	
2 Seca	2 Eczema vesicu- loso	2 Eritema >2 cm. y calor (celulitis)	2 Esclerosados	2 Pústulas sero- purulentas	
1 Seca y con es- clerosis	1 Eczema con erosión o liquenificado	1 Negro (trombosado)	1 Necrosado	1 Edema, linfedema	

Tabla I

GRADOS Y PRONÓSTICO EPITELIZACIÓN

PUNTOS	GRADO	EPITELIZACIÓN
5 - 10	IV	Muy malo
11 - 15	III	Malo
16 - 20	II	Bueno
21 - 25	I	Muy bueno

Tabla II

La escala contempla 5 variables y dentro de cada variable existen 5 parámetros (Tabla I) con una puntuación del 5 al 1, la suma de cada parámetro nos da una puntuación que nos refiere el Grado de pronóstico para la epitelización. (Tabla II). Los grados van de menor a mayor en relación a la puntuación obtenida con la suma de los parámetros a tener en cuenta de la piel perilesional y que son inversamente proporcionales a estos, es decir con mayor puntuación, menor grado y mejor pronóstico para la epitelización.

INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS UTILIZADOS EN LA CURA EN AMBIENTE HÚMEDO

ALGINATO

COMPOSICIÓN: Polisacáridos naturales (ácido alginico que es del grupo de los polímeros de fibras)

PROPIEDADES

- Gran capacidad de absorción (10 a 20 veces su peso).
- Insoluble en agua.
- Forma un gel hidrofílico que recubre la herida.
- Proporciona ambiente húmedo a la herida.
- No antigénico. Hemostático.
- Bioabsorbibles. Requiere apósito secundario.

PRESENTACIÓN

- Compresas de fibra.,Cinta para cavidades.
- Combinado con carboximetilcelulosa.
- Combinado con platas.

INDICACIÓN

- Úlceras por presión, vasculares o lesiones altamente exudativas.
- En heridas infectadas (sin el apósito secundario que favorezca la semioclusión).
- Puede incrementar el dolor en heridas secas.
- En lesiones con tendencia al sangrado (aplicarlos 10' y cambiarlo posteriormente por otro definitivo).

COLAGENASA

COMPOSICIÓN : Clostridiopeptidasa A. Colagenasa

PROPIEDADES

- La Colagenasa pura descompone de forma concreta el colágeno
- No posee actividad frente a la caseína, albúmina sérica desnaturalizada y hemoglobina ni tampoco frente a tejido muscular o adiposo.

PRESENTACIÓN
Pomada

INDICACIÓN

- Desbridamiento de los tejidos necrosados en úlceras cutáneas.
- No debe utilizarse con antisépticos
- Se aplicará una vez al día unos 2 milímetros directamente sobre la zona a tratar ligeramente humedecida.
- En costras necróticas duras podremos inocularla con jeringa y aguja en la base del tejido necrótico o hacer unas incisiones en el centro de la escara.
- No debe asociarse a otros preparados enzimáticos, apósitos hidrocoloides, yodo o jabones

COLÁGENO

COMPOSICIÓN: Colágeno bovino y factores de crecimiento

PROPIEDADES

- Aportan colágeno bovino y factores de crecimiento al lecho de la herida.

PRESENTACIÓN

- Polvo
- Lámina

INDICACIÓN

- En lesiones estancadas en la fase de granulación.
- Mejora la calidad estética de la cicatriz.
- Facilita la cicatrización en ancianos (escasez de colágeno endógeno).
- No usar si la herida está infectada.

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

COMPOSICIÓN: Glicéridos hiperoxigenados de ácidos grasos esenciales (linolénico y linoléico), palmítico y esteárico, de fitoesteroles y tocoferol (vit.E) en un 99% y 1% de perfume al anís.

PRESENTACIÓN

- Frasco de 20 ml.
- Cápsulas monodosis.

HIDROCLOIDES

COMPOSICIÓN: Carboximetilcelulosa sódica (CMC) + capa de poliuretano.

PROPIEDADES

- Junto con el exudado forma un gel con olor y color característicos.
- Capacidad autolítica para la necrosis de los tejidos.
- Absorción y retención de exudados creando un gel ácido.
- Deja residuos en la lesión.
- Se retira con la extravasación del exudado.

PRESENTACIÓN

- En placa (diferentes grosores, adhesividad formas específicas...).
- En tul o malla, en gránulos, pasta....(poco usados).
- Combinado con alginatos.
- En fibra y en fibra combinada con plata.

INDICACIÓN

- Estadio Iº, IIº, IIIº
- Protege de la fricción
- No usar con:
 - Exposición ósea
 - Infección

HIDROGELES SALINOS

COMPOSICIÓN: Contienen ClNa en distintas proporciones. Poliméricos insolubles con gran contenido de agua (70 AL 90%). Otras sustancias (polímeros de almidón, pectina, polisacáridos....).

PROPIEDADES

- Hidratan los tejidos secos.
- Favorece la autólisis de tejidos desvitalizados.
- Favorece la granulación.
- Combinable con Colagenasa y potenciándola.
- Efecto antiálgico. Protege la mucosa y córnea.
- No afecta al tejido sano.

PRESENTACIÓN

- En placa
- En malla
- Amorfa o líquida

INDICACIÓN

- En lesiones con estructuras articulares, óseas o tendinosas expuestas.
- Úlceras esfaceladas o necróticas poco exudativas.
- Necrosis seca.

PLATA

COMPOSICIÓN: Plata en diferentes porcentajes y en ocasiones en combinación con otros productos.

PROPIEDADES

- Bactericida. No genera resistencias bacterianas.
- Liberaliza plata en el lecho de la lesión (no en la presentación en malla.)
- Actúa bloqueando el sistema de obtención de energía de las bacterias.
- Efectiva frente a los gérmenes.

PRESENTACIÓN

- Malla con carbón activado.
- En láminas de Plata nanocristalina.
- Con fibra de hidrocoloide, con espuma de poliuretano.
- En placa de hidrocoloide. En tul de hidrocoloide con sulfadiazina argéntica.
- Generalmente en láminas y sin formas anatómicas.

INDICACIÓN

- En heridas contaminadas e infectadas.
- En heridas con evolución tórpida sin signos de infección local.
- Carcinomas fungoides.

OBSERVACIONES

- Confirmar la no alergia del paciente a la plata.
- No aplicar sobre necrosis secas.
- Frecuencia de cambio cada 1 / 4 / 7 días.
- Dependiendo del producto y del nivel de exudado se humedece con suero salino o no.
- Los apósitos con plata (asociados al carbón) no deben cortarse.

POLIURETANOS (FILM)

COMPOSICIÓN: Película fina de poliuretano.

PROPIEDADES

- Semioclusivos. Apto como apósito secundario (heridas no exudativas).
- Elastomérico y extensible (adaptabilidad y resistencia a la fricción).
- Combinable con alginato o hidrogel en lámina.
- Como fijación de dispositivos de aspiración para fomentar la cicatrización (sistema VAC) o (Técnica Mondalt).
- Son transparentes (fácil inspección). Permeables al vapor.
- Fácil aplicación y retirada. Autoadhesivo, Elástico.. No absorben.

PRESENTACIÓN

- Film.

INDICACIÓN

- Estadio I.
- Lesiones superficiales.
- Apósito secundario de fijación.
- Previenen la fricción.
- Fácil aplicación.
- Fácil retirada.
- No usar en heridas infectadas.

POLIURETANOS (FOAM) = (Hidrocelulares e Hidropoliméricos)

COMPOSICIÓN: Son espumas (o gel) poliméricas de poliuretano.

PROPIEDADES

- Alta capacidad de absorción.
- No se descomponen. No dejan residuos. No forman gel.
- Capacidad auto lítica. Piel perilesional sin lesiones.
- Combinables con otros productos.
- Se retira cuando el exudado llega a 1 cm. del borde.
- Muy confortables. Algunos manejan bien la presión.

PRESENTACIÓN

- Placa adhesiva, (que no se adhiere en la herida).
- Placa no adhesiva.
- Formas específicas para sacro, talones, zonas cavitadas.

INDICACIÓN

- Todos los estadios.
- Todas las fases del proceso de las heridas incluida la prevención y la hipergranulación.
- En caso de infección se ha de supervisar el proceso.

SILICONA

COMPOSICIÓN: Silicona cubriendo una red elástica de poliamida.

PROPIEDADES

- No se adhiere al lecho de la herida.
- Se adhiere a la piel seca.
- Evita la maceración.
- Absorbe el exudado.
- Se adapta a los contornos del cuerpo.
- Impermeable a líquidos.
- Permeable a gases.
- Reduce el dolor.
- Puede quitarse y adaptarse de nuevo a la herida sin perder adherencia.
- Puede cortarse.

PRESENTACIÓN

- En placa.
- En malla.

Úlceras venosas, Arteriales, MMII, por presión Iº IIº.

- Heridas dolorosas.
- Traumatismos, lesiones dérmicas, con la piel periulceral frágil.
- En fase de granulación.
- Epidermólisis bullosa.
- Fijación de injertos.
- Previene queloides.

ACIDO HIALURÓNICO

COMPOSICIÓN: El Ácido hialurónico (sal sódica) al 0'05% 0'2% es un polisacárido biológico (glicosaminoglicano) distribuido en la matriz extracelular de la mayoría de los tejidos.

PROPIEDADES

- Proporciona un medio hidratado entre las células, facilitando su migración.
- Proporciona un medio hidratado que protege frente la abrasión, fricción y deshidratación de la zona.

PRESENTACIÓN

- En Apósitos de gasa impregnados.
- En Crema.
- En Gel.
- En Spray.

INDICACIÓN

- Fase de epitelización.
- En Irritaciones y abrasiones.
- Zonas donantes.
- Quemaduras de I y II.
- Úlceras vasculares y metabólicas.