

Protocolo de actuación en la rehabilitación de la úlcera por presión

Protocol of acting in rehabilitation of the ulcer for pressure

Dr. Yunio Torres Cárdenas, MSc. Alba Elisa Pérez Pérez, Dra. Carmen Rosa Álvarez González, Dr. Amado Díaz de la Fe, Lic. Yanisleydis Ibáñez Montes de Oca, Lic. Delaray García Domínguez

Centro de Restauración Neurológica (CIREN). Playa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Las úlceras por presión han dejado de ser un problema de salud invisible y subestimado, por lo que hoy día constituyen un problema de primer orden, cuya magnitud para los pacientes, los servicios de salud y la sociedad en general, hace que deba ser considerado como un problema de salud pública y por tanto, precisa de todos los medios y recursos necesarios para combatirlas. En el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN) se rehabilitan pacientes con secuelas neurológicas y se encuentra una variada incidencia de las mismas, lo que constituye una complicación que entorpece el proceso de rehabilitación. Los pacientes reciben la atención de un equipo multidisciplinario, por lo que resulta importante establecer las normas de actuación para el tratamiento de estas. Con el objetivo de facilitar la toma de decisión en el tratamiento oportuno de los pacientes con UPP, se realizó una revisión bibliográfica actualizada, se revisaron otros protocolos y entrevistas a expertos. La redacción del protocolo se elaboró de acuerdo a las normas establecidas según los recursos humanos y materiales existentes en la institución, complementado con el algoritmo de trabajo.

Palabras clave: úlceras por presión, tratamiento, rehabilitación.

ABSTRACT

The ulcers for pressure (UPP) are stopping being a problem in invisible and undervalued health. These are a problem in first order, whose magnitude for the

patients, the services of health and the society in general does that you should be considered like a problem of public health and needs, therefore, all of the means and necessary resources to combat them. In Restauración's International Center Neurological (CIREN), where they rehabilitate patients with neurological sequel, we have a varied incidence of these, which constitutes a complication that hinders the process. The patient receives a multi-disciplinary team's attention, therefore, you are important to establish the standards of acting for the treatment of them same, for the sake of making easy the overtaking in the opportune treatment of the patients with UPP. Accomplish a study of bibliographic updated revision, and of another protocols, as well as the interview to experts, at a later time he came from to the wording protocol adjusting to the established standards and to human resources and existent materials at our institution, complementing it with the algorithm of work.

Key words: ulcers, treatment, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) han dejado de ser un problema de salud invisible y subestimado, y por el contrario, representan una complicación de primer orden, cuya magnitud, tanto para los pacientes, como para los servicios de salud y la sociedad en general, hace que se deba considerar como un problema de salud pública, por lo que precisa de todos los medios y recursos necesarios para combatirlas.¹

Una cuestión importante a destacar es su "invisibilidad", reafirmada y mantenida posiblemente en el pensamiento colectivo, debido a que la aparición de las UPP no pasa de ser un problema menor y básicamente asociado a pacientes geriátricos, terminales y grandes dependientes en situaciones de movilidad reducida o totalmente inmóviles.²

Al hacer referencia a las UPP se incluyen las lesiones de origen isquémico, de profundidad variable, provocadas por apoyo directo de una prominencia ósea sobre la cama o sillón y maceraciones de piel por fricción o incontinencia.³

Las UPP, también conocidas como escaras por presión o escaras de decúbito, son áreas localizadas con daño tisular causado por fuerzas de presión, roce o fricción excesivas que ocurren en las personas que no tienen la capacidad para cambiar de posición por sí mismos para aliviar la presión. Las personas en mayor riesgo son las muy ancianas, las desnutridas y las que tienen enfermedades agudas. Aproximadamente el 18 % de los pacientes hospitalizados tienen una úlcera de decúbito (EPUAP 2002) y aunque algunos pueden tenerlas desde el ingreso, la mayoría ocurren durante la hospitalización por la enfermedad aguda.⁴

Existen cuatro estadios para la clasificación de la UPP, definidos por la *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR, Panel 1992) y el *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAL, 1989) de los Estados Unidos, también consensuados por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP) en España.^{3,5} (Anexo 1).

Las úlceras de decúbito tienen una repercusión negativa sobre la calidad de vida; se sabe que los individuos con úlceras de decúbito presentan a menudo dolor combinado con temor, aislamiento y ansiedad con respecto a la cicatrización de la herida. De manera importante, también se ha sugerido que las úlceras de decúbito contribuyen a aumentar la mortalidad. Un estudio identificó que el riesgo de muerte fue tres veces mayor en los pacientes de edad avanzada con una úlcera de decúbito, que en los que no tenían una úlcera de decúbito, aunque este aumento de la mortalidad probablemente se debe a comorbilidades que contribuyen al desarrollo de la úlcera de decúbito, en lugar de la propia úlcera.⁴

Las úlceras de decúbito son una carga económica significativa para los sistemas de asistencia sanitaria. Bennett y colaboradores sugirieron que el coste anual total del tratamiento de las úlceras de decúbito en el Reino Unido (RU) es de £1,4 a £2,1 billones, en ese momento equivalente al 4 % del gasto total de asistencia sanitaria del RU. Resultados similares se han observado en los Países Bajos, donde se encontró que las úlceras de decúbito son el tercer problema de salud más costoso. Se ha indicado que la duración de la estancia hospitalaria es dos a tres veces mayor en los pacientes con una úlcera de decúbito, comparados con los casos similares sin úlcera (30,4 días comparados con 12,8 días).⁴

La proporción de las personas que presentan una úlcera varía entre el 2,2 y 66 % en el Reino Unido, y de cero a 65,6 % en los EE.UU. y Canadá (Kaltenthaler 2001).

Un estudio nacional sobre su incidencia durante seis años en los EE.UU, encontró que la ocurrencia entre los años 1999 y 2004 fue de 8 y 7 % respectivamente, lo que demuestra que hubo poco cambio de las cifras generales.⁴

En España se atienden diariamente entre 57 000 y 100 000 pacientes con UPP de los cuales el 84,7 % son mayores de 65 años. La prevalencia en hospitales de países europeos es la siguiente: Italia (8,3 %), Francia (8,9 %), Alemania (10,2 %), Portugal (12,5 %), Irlanda (18,5 %) (6), Bélgica (21,1 %), Reino Unido (21,9 %), Dinamarca (22,7 %) o Suecia (23,0 %) ^{7, 8}. Recientemente en otros países se ha comenzado a estudiar este problema de salud, como es el caso de Jordania, donde la prevalencia se sitúa en el 12 % ^{1, 9}. En EE.UU. se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas de UPP y cerca de 60 000 mueren cada año como consecuencia de las complicaciones derivadas de estas. ² Pero lo que hace que el problema resulte alarmante es la constatación de criterios unánimes en la bibliografía consultada, que coincide en que las UPP son potencialmente evitables en alrededor del 95 % de los casos, donde su aparición se relaciona directamente con la calidad de los cuidados prestados.²

Existe un grupo de factores de riesgo no locales que influyen en la aparición de las UPP, los cuales son: ⁵

- Disminución de la sensibilidad y movilidad.
- Sedación.
- Dolor.
- Insuficiencia vasomotora.
- Déficit nutricional.

- Vasoconstricción periférica.
- Deshidratación.
- Septicemia.
- Alteraciones endoteliales.

El tratamiento de los pacientes con úlceras de decúbito incluye diferentes intervenciones, como son: la atención nutricional, la disminución de la presión y las superficies de alivio, además de la atención de la piel y de la herida.

El cambio de posición de los pacientes es también un componente importante del tratamiento de las úlceras de decúbito. La presión derivada de la posición de decúbito o sentado sobre una zona específica del cuerpo origina una privación de oxígeno del área afectada.⁷ Esta escasez generalmente provoca dolor y malestar que estimula al individuo a moverse. No cambiar de posición disminuye el suministro de oxígeno, la cicatrización deficiente de la herida y causa el daño tisular adicional (Defloor 2005). Los pacientes que no pueden cambiar de posición por sí mismos, requieren de asistencia. La mejor práctica internacional recomienda el cambio de posición, como un componente integral de una estrategia de tratamiento de las úlceras de decúbito. Aunque se indica el cambio de posición, existe confusión respecto a la frecuencia y método exacto de cambio de posición requerido. La *Agency for Health Care Policy and Research* de EE.UU. sugiere cambiar de posición cada dos horas (AHCPR 1992), mientras que la *European Pressure Ulcer Advisory Panel* y el *National Institute for Clinical Excellence* del RU recomiendan el cambio de posición cuando lo solicite cada paciente.⁴

En la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación resulta de gran importancia tener un adecuado conocimiento sobre las úlceras por presión, así como del abordaje terapéutico para su prevención y tratamiento, ya que constituyen una de las causas que con frecuencia frenan o entorpecen la ejecución de un programa de rehabilitación, y por tanto influyen en el cumplimiento de los objetivos trazados en el mismo. También las UPP pueden incrementar la intensidad en síntomas como la espasticidad de determinados pacientes, lo que puede acentuar su discapacidad. Este problema se intensifica si se tiene en cuenta que muchos centros de rehabilitación establecen como norma no ingresar en sus áreas de hospitalización a pacientes con UPP, y aunque requieran de rehabilitación son enviados a otros centros de salud (clínicos-quirúrgicos, etc.) y en ocasiones a sus hogares por no clasificar para ingreso estos centros.

OBJETIVOS:

General.

- Facilitar la toma de decisión en el tratamiento oportuno de pacientes con UPP.

Específicos.

- Brindar orientación y mejorar capacidad resolutoria del equipo multidisciplinario del CIREN para tratamiento oportuno del paciente, con el fin de prevenir complicaciones.

- Educar a pacientes y familiares en la prevención y cuidados específicos de las UPP con la finalidad de lograr que participen activamente en el proceso de recuperación.

DESARROLLO:

Usuarios del Protocolo:

Profesionales de la salud y familiares interesados en conocer los procedimientos a realizar para la prevención y tratamiento oportuno de las UPP. Este documento pretende ser una guía para la intervención en los pacientes atendidos en el CIREN y aportar un método de trabajo a otras unidades del Sistema Nacional de Salud.

Universo:

Pacientes con UPP ingresados en las áreas clínicas del CIREN, especialmente con lesiones raquimedulares y otros pacientes encamados.

Procedencia de los pacientes: nacionales e internacionales.

Criterios de inclusión:

- UPP grado I, II, III y IV.
- Cumplir con los criterios de ingreso en las áreas clínicas del CIREN.

Recursos:

- Recursos humanos.

- Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Especialista en Neurología, Medicina Interna y en Cirugía Estética.
- Licenciados en Enfermería.
- Licenciados en Medicina Física y Rehabilitación.

- Recursos materiales: soluciones para limpieza, desbridamiento y apósitos.

- Soluciones: solución salina fisiológica, hibitane acuoso, cetablón.
- Soluciones antisépticas: clorhexidina, benzalconio Iodopovidona, peróxido de hidrógeno.
- Soluciones de debridamiento: colagenasas, fibrinolisinias, desoxirribonucleasa, estreptoquinasa y estreptodornasa, dextranómero, cadexomero yodado, gel hiperactivo.
- Apósitos: alginato de cálcico, hidrocoloides oclusivos y semioclusivos, hidrogeles, poliuretano, tules grasos, hidrofibra.
- Colchones y materiales para disminuir superficie de apoyo.

Estáticos:

- Colchonetas o cojines de aire.
- Colchones de agua.

- Colchonetas o cojines de fibra.
- Colchonetas de espuma de grandes dimensiones.
- Colchones de látex.
- Colchones y cojines estándar para los cuidados en las instituciones de salud.
- Cojines de gel de silicona.

Dinámicos:

- Colchones o colchonetas alternantes de aire.
- Camas y colchones de posicionamiento lateral.
- Camas fluidificadas.
- Camas baritadas.

Agentes físicos terapéuticos:

- Laserterapia.
- Microcorrientes.
- Terapia con oscilaciones profundas.
- Magnetoterapia.
- Ultrasonido terapéutico.

Medicamentos, antibióticos, favorecedores de la cicatrización, factor de crecimiento

Crema:

- Nitrofurazona.
- Triple antibiótico (Neomicina, bacitracina, neopolibacina).
- Sulfadiazina de plata.
- Sulfadiazina de plata + EGF.
- Mafenida ó sulfamilom.
- Gentamicina.

Antibióticos orales y parenterales:

- Quinolonas.
- Penicilinas.
- Cefalosporinas.

Favorecedores de la cicatrización:

- Extractos de centella asiática.
- Hebermine.
- Providex.
- Ketanserina.
- Catalasa a presión.
- Soluciones de peróxidos de benzoilo.
- Soluciones de tetraclorodecaoxígeno.

Consultas a realizar.

Consulta inicial: al ingreso o aparecer la UPP (primera semana de evaluación).

Consulta intermedia: después de finalizado el tratamiento fisiátrico (a los 15 días).

Consulta final: finalizado el ciclo de tratamiento (a los 28 días)

PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN REHABILITACIÓN

Objetivos.

- Eliminar o prevenir la UPP.
- Mejorar estado nutricional.
- Incorporar al programa de rehabilitación intensiva.
- Evitar complicaciones.

Modalidades terapéuticas:

- Tratamiento preventivo- profiláctico.
 - Inspección y cuidado de la piel.
 - Medidas higiénicas.
 - Terapia postural.
 - Tipos de superficie de apoyo.
 - Nutrición.
 - Orientaciones generales en cuanto al tipo de vestido, calzado, y utilización de aditamentos de ortopedia técnica.
- Tratamiento médico-fisiátrico.

- Desbridamiento.
- Limpieza o cura de la herida.
- Tratamientos con agentes físicos.
- Favorecedores de la cicatrización.
- Tratamiento contra la infección.

- Tratamientos alternativos.

- Oxigenación hiperbárica.
- Dexpanenol.
- Peloides.

- Tratamiento quirúrgico.

Breve descripción de las técnicas de tratamiento.

El tratamiento de las UPP depende del estado general del paciente y esencialmente del grado o estadio de la úlcera ⁵. Este se basa en los principios expuestos en el anexo 2.

La mejor forma de tratar una úlcera por presión es evitar que se produzca. La evolución y pronóstico de las úlceras por presión dependen no solo de la localización, sino también de la edad, estado general, nutrición, situación cardiocirculatoria, etc. ⁵

Propuesta de actuación según el grado de las úlceras presente en la bibliografía ⁵:

En las úlceras de grado I:

- Limpieza con agua y jabón, y/o solución salina fisiológica.
- Secado con gasa estéril.
- Estimular la circulación con masajes, friegas, etc.
- Evitar la progresión de la úlcera mediante:
 - Colocación de apósito transparente o extrafino.
 - Observación y protección de los puntos de presión.
 - Valoración de incontinencias.
 - Realización de cambios posturales.

En úlceras de grado II:

- Limpieza con agua y jabón, y/o solución salina fisiológica.

- Secado con gasa estéril.
- Apósitos que proporcionan ambiente húmedo a la herida.
- Evitar la progresión de la úlcera mediante:
 - Observación y protección de los puntos de presión.
 - Valoración de incontinencias.
 - Realización de cambios posturales.
 - Utilización de protectores, cojines, etc.

En úlceras de grado III:

- Limpieza con agua y jabón, y/o solución salina fisiológica.
- Secado con gasa estéril.

Si existe placa necrótica seca:

Apósitos hidrocoloides, hidrogeles o pomadas enzimáticas durante varios días de modo que facilite el posterior desbridamiento con bisturí o conseguir eliminar la placa necrótica.

Si existe tejido esfacelado:

Apósitos hidrocoloides, hidrogeles o pomadas enzimáticas que contengan colagenasa, hasta conseguir el desbridamiento, favoreciendo el crecimiento de tejido de granulación.

Si existe tejido de granulación:

Apósitos hidrocoloides, hidrocoloides hidrorreguladores, hidroactivos, hidrocélulas, espumas de polímero, hidrofibras o alginatos, que absorberán el exudado a la vez que evitarán que el lecho de la úlcera se deshidrate.

- Valorar la posibilidad de recoger una muestra para realizar cultivo y antibiograma.
- Evitar la progresión de la úlcera mediante:
 - Observación y protección de los puntos de presión.
 - Valoración de incontinencias.
 - Realización de cambios posturales.
 - Utilización de protectores, cojines, etc.

En las úlceras de grado IV:

- Si la necrosis llega hasta el hueso: valoración por el cirujano.

- Si la necrosis afecta al músculo:

- Limpieza con agua y jabón, y/o solución salina fisiológica.
- Secado con gasa estéril.
- Desbridamiento de la úlcera (quirúrgico, enzimático o mecánico).
- Valorar la posibilidad de recoger una muestra para realizar cultivo y antibiograma.
- Evitar la progresión de la úlcera mediante:
 - . Observación y protección de los puntos de presión.
 - . Valoración de incontinencias.
 - . Realización de cambios posturales.
 - . Utilización de protectores, cojines, etc.

Esta propuesta es más completa e integral por haber sido confeccionada por un equipo multidisciplinario, además de ofrecer mayor número de opciones terapéuticas que se describen a continuación:

I. Tratamiento preventivo - profiláctico.

- Inspección y cuidado de la piel: higiene de la piel:

- Utilizar jabones suaves de PH neutro.
- Mantener seca, limpia e hidratada.
- Lavar y secar la zona si hay incontinencia urinaria o fecal.

- Uso de agentes humectantes no basados en alcohol.

- Revisar la piel con los cambios posturales.

- Masajear suavemente las áreas de apoyo.

- Usar sábanas limpias y bien estiradas.

- Terapia postural.

- Cambiar los decúbitos pasivos cada 2-4 horas.
- Se mantiene soporte absoluto y permanente de las áreas paralizadas en todas las posiciones.
- Cabeza hacia adelante con el tronco derecho y alineado.
- Mantener siempre los miembros paralizados alineados por su propio eje con el tronco y la pelvis.

- Decúbito supino (primera posición).

- Extremidades superiores en extensión articular y supinación, dedos de la mano separados y flexionados ligeramente, y pulgar en posición media.

- Caderas en extensión y rodillas en ligera flexión con rollo elástico como soporte, alineado con el eje corporal para evitar rotación de cadera y el equinismo del pie (segunda posición).
- Abducción de hombro, flexión de codo en 90° y pronación del antebrazo. En ambas posiciones se colocará almohadilla bajo el hombro afecto para evitar la retropulsión.
- Flexión de cadera y rodilla.

- Decúbito lateral (lado sano).

- Decúbito lateral total, no intermedio.
- Hombro afectado extendido, brazo hacia adelante sobre una almohada.
- Pierna superior adelantada sobre una almohada (el pie debe estar completamente apoyado en la almohada y no colgar en inversión).

Lado afectado:

- Hombro inferior extendido y antebrazo en supinación.

- Pierna inferior extendida en la cadera y con ligera flexión de rodilla. Pierna superior adelantada sobre una almohada. Decúbito prono.
- El tórax debe quedar libre para respirar con comodidad.
- Se utiliza en la prevención y tratamiento de las úlceras sacro coxígeas y trocantéricas.
- Contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas y con trastornos de la respiración.
- Sedestación en silla de ruedas: elevaciones entre 15 y 30 min cada una hora.

- Tipos de superficie de apoyo.

Requisitos para la superficie de apoyo:

- Mantener superficie estática, si el paciente es capaz de realizar cambios posturales sin apoyo sobre la lesión.
- Mantener superficie dinámica, si el paciente no es capaz de realizar cambios posturales.
- Mantener superficie que alivie la presión según las características de cada paciente.
- Facilitar la evaporación de la humedad, debida a la transpiración o la orina.
- Buena relación costo-beneficio (que evite el exceso de calor).

- Nutrición.

Un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización sino también puede prevenir las apariciones de úlceras.

Dieta: 30 a 35 kcal/kg/día.

- Proteínas 1.5-2 g/kg/día.
- Carbohidratos y grasas.
- Agua 30 ml kg/día.
- Minerales (zinc, hierro, cobre, selenio).
- Vitaminas (C, A, E y B).

II. Tratamiento médico-fisiátrico.

- Desbridamiento:

- Mecánico.
 - No selectivo y traumático.
 - Mediante la frotación o irrigación a presión de soluciones.
- Enzimático.
 - Digiere esfácenos y tejido necrótico.
 - No provoca daños al tejido de granulación.
- Autolítico.
 - Forma más lenta.
 - Selectiva y atraumática.
 - No requiere de habilidades.
- Tratamiento quirúrgico.
 - Forma más rápida.
 - Personal con destreza y conocimientos de las técnicas.
 - Limpieza o cura de la herida.

Tipos de cura:

- Semioclusiva.
 - Oclusiva.
- Tratamientos con agentes físicos.

- Microcorriente
 - Dosis: frecuencia 10 Hz, Intensidad 50 μ A
 - Onda bifásica simétrica con Intensidad a nivel subsensorial.
- Laserterapia.
 - Dosis: 3,5 J/cm², 700 nm.
 - Laser rojo, multinodal o puntual.

- Campo magnético.
 - Dosis: Frecuencia 50 Hz, Intensidad 25-50 %.

- Ultrasonido.
 - Dosis: frecuencia de 3 MHz, 0,3 W/cm².
 - Terapia oscilaciones profundas.
 - Dosis: frecuencia 20-80 Hz, modo II-III.

- Favorecedores de la cicatrización.

- Extractos de centella asiática: incorpora y fija al colágeno dos aminoácidos fundamentales para el estímulo del tejido de granulación.

- Providex:
 - Favorece la mitosis celular y vasos de neoformación.
 - Ketanserina.
 - Antagonista de la serotonina.
 - Mejora la circulación y la granulación.

- Catalasa a presión.
 - Degrada los peróxidos liberando oxígeno.
 - Favorece crecimiento del tejido de granulación.
- Soluciones de peróxidos de benzoilo.
 - Bactericida in vitro.
 - Se degrada en ácido benzoico liberando oxígeno.
- Soluciones de tetraclorodecaoxígeno.
 - Activa los macrófagos y estimula fagocitosis.
 - Úlceras atónicas o infectadas.

- Hebermine o facdermine.

· Factor de crecimiento epidérmico.

- Tratamiento contra la infección.
 - Se utilizan antibióticos locales y sistémicos según grado de infección y estado de salud del paciente.

III. Tratamiento alternativo.

- Oxigenación hiperbárica.

- Dexpanthenol.
- Peloides.

IV. Tratamiento quirúrgico.

- Injerto autólogo de piel.
- Colgajos cutáneos.
- Colgajos miocutáneos.
 - Úlceras grado III con tratamiento médico fallido o complicadas.
 - Úlceras grado IV.

Evaluación del fisioterapeuta.

El fisioterapeuta confeccionará un expediente donde registrará las evaluaciones diarias de las UPP, describiendo las características, tamaño y posibles cambios de la ulcera.

Información a pacientes y familiares.

Se realizarán charlas y entrevistas para brindar información educativa sobre temas relacionados con las UPP, como son:

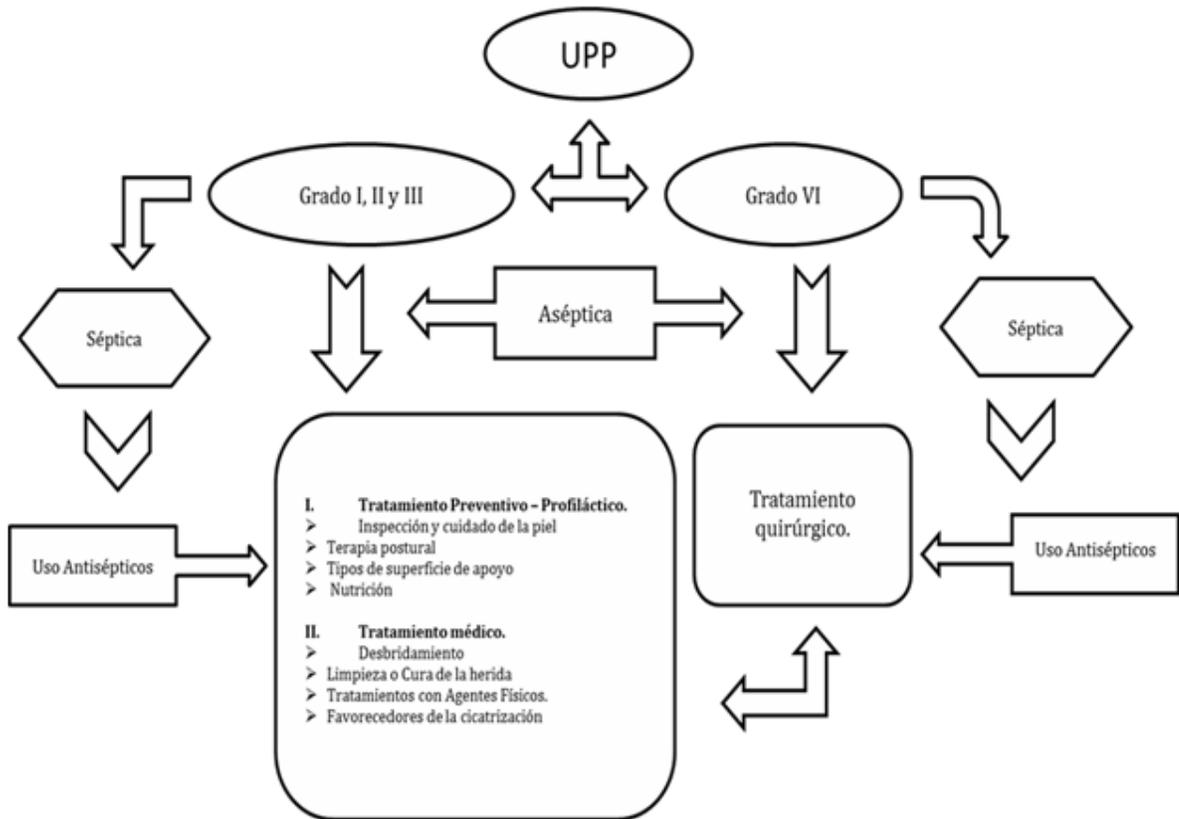
- Mecanismos o factores que originan la lesión.
- Importancia de una hidratación y nutrición adecuada.
- Signos y síntomas que preceden a la lesión.
- Medidas de higiene personal.
- Medidas de protección.
- Técnicas para la cura local.

Evaluación y control del protocolo

Se realizará mediante la revisión de las estadísticas periódicamente, con el objetivo de apreciar la incidencia de aparición de úlceras en los pacientes ingresados (menor al 10 %), así como el tiempo de resolución del cuadro en los pacientes afectados y su incorporación al Programa neurorestaurativo completo (15 días).

Los pacientes que ingresan con úlceras de decúbito, aun cuando serán favorecidos con el protocolo, no se considerarán en el grupo de evaluación y control, por tener factores sobreañadidos que pueden entorpecer su evolución.

Algoritmo de actuación



ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de las úlceras por presión

Grado I.

Eritema cutáneo que no cede al desaparecer la presión en 30 s, en piel intacta. Suele ser indoloro y afecta sólo a la epidermis. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.

Grado 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

Grado III.

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo, a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

Grado IV.

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Anexo 2. Principios en el cuidado de las úlceras por presión

Prevención:

- Identificar los pacientes de riesgo.
- Disminuir la presión y fricción.
- Mantener la piel seca y limpia.
- Nutrición e hidratación adecuadas.
- Evitar la sobredesecación.

Úlceras de estadios I y II:

- Evitar la presión y la humedad.
- Cuidados locales de la piel.

Úlceras de estadio III:

- Desbridar tejidos necróticos.
- Limpieza y cuidados de la úlcera.

Úlceras de estadio IV:

- Desbridar tejidos necróticos.
 - Reparación quirúrgica.
 - Antibióticos sistémicos, si existe celulitis u osteomielitis.
-

Definiciones operacionales

- Se considera incidencia de aparición de úlceras, aquellos pacientes incorporados al programa neurorestaurativo en los que aparezca una úlcera por presión.
- Se considera tiempo de resolución del cuadro aquel que demore el paciente para su cura, exceptuando los casos con criterio quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soldevilla JJ, Torra JE, Soriano JV, Casanova PL. Tercer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Madrid: Gerokomos, 22(2) jun 2011.
2. Zabala Blanco JZ, Torra JE, Lavín RS, Soldevilla JJ. Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos. Madrid: Gerokomos; 22(4) dic. 2011.
3. Lope AT, et al. Estudio descriptivo de los pacientes de riesgo y/o con úlceras por presión hospitalizados en una unidad de nefrología durante los años 2006 y 2007. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2009; 12(3): 195-200.
4. Zena EH, Seamus C. Cambios de posición para el tratamiento de las úlceras de decúbito (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 No 3. Oxford: Disponible en: <http://www.update-software.com>
5. Capillas R.M. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria; 7(6), jun-jul 2000.
6. James J, Evans JA, Young T, Clark M. Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopaedic units and community hospitals: surveys based on the European pressure ulcer advisory panel minimum data set. Int Wound J 2010; 7 (3); 147-52.
7. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract 2007; 13 (2): 227-3.
8. Kottner J, Wilborn D, Dassen T, Lahmann N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. J Tissue Viability 2008; 18 (2): 36-46.
9. Tubaishat A, Anthony D, Saleh M. Pressure ulcers in Jordan: A point prevalence study. J Tissue Viability 2010; Sep 28.
10. Mendieta Pedroso M.D., González López I., Mendieta Romero M., Empleo de la terapia con láser en la cervicitis crónica, Rev Ciencias Méd La Habana 2011; 17 (2).

Recibido: 4 abril 2014

Aprobado: 9 de mayo de 2014

Dr. Yunio Torres Cárdenas. Centro de Restauración Neurológica (CIREN).Playa. La Habana. Cuba .Email ytorres@neuro.ciren.cu