



Protocolo de prevención y tratamiento ante úlceras por presión

Protocol of prevention and treatment of pressure ulcers

Autor: Francisco José García Sánchez, Francisco López Salazar, Elena González Urraca, Pilar Romero Valverde, M^a Carmen Martínez García, José María Flores López-Ibarra.

Resumen: El cuidado de las heridas, especialmente las producidas por la presión, ha supuesto, y sigue suponiendo, un reto para todos los profesionales de la salud, fundamentalmente para las enfermeras, que todavía aún hoy no podemos considerar resuelto en su totalidad.

Nadie puede obviar la magnitud del problema que suponen hoy en día en este país las heridas crónicas. Se cuentan por miles los ciudadanos que demandan asistencia enfermera a diario para cuidar los problemas que de ellas se derivan.

Partiendo de estas premisas se ha planteado conseguir normalizar y protocolizar las actuaciones de los profesionales en el cuidado de las heridas, unificar criterios que favorezcan la continuidad de cuidados entre niveles y que todas las actuaciones enfermeras estén respaldadas por una normativa común, pudiendo ser registradas, evaluadas e investigadas.

La unificación de criterios y pautas de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas es uno de los principales objetivos que nos marcamos dado que, ante el creciente número de opciones profilácticas y terapéuticas disponibles, es necesario mejorar la capacidad de elección de las enfermeras para poder usar la herramienta más adecuada para alcanzar los objetivos marcados en el cuidado de las heridas.

Palabras clave: Protocolo, Tratamiento, Prevención, Úlceras por presión, Cuidados de enfermería.



Abstract: The care of wounds, specially the ones produced by the pressure, has been and it keeps on being a challenge for all the health professionals, especially for nurses, which still today cannot be considered as totally solved.

Nobody may deny the magnitude of the problem that chronic wounds nowadays supposes in this country. There are thousands of people who demand nursing assistance everyday to take care of the problems derived from chronic wounds.

Starting off of these premises it has been considered to approach a standardized and protocolized performance of the professionals regarding the care of wounds, to unify criteria that favour the continuity of cares between the different levels and that all the nursing actions were supported by a common norm, being possible to register, evaluate and research them.

The unification of criteria and performance guidelines in the prevention and treatment of the wounds is one of the main objectives that we marked ourselves due to the increasing number of prophylactic and therapeutic options available, that makes it necessary to prepare nurses for making them being able to choose the most suitable tool to reach the objectives marked in the care of wounds.

Key words: Protocol, Treatment, Prevention, Pressure ulcers, Nursing care.

Centro de Trabajo: (1) D.U.E. Director de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Ciudad Real, (2) D.U.E. Director de Enfermería Atención Primaria. Área Sanitaria de Puertollano, (3) D.U.E. Coordinadora de enfermería. C.S. Almodóvar del Campo, (4) D.U.E. C.S. Valdepeñas, (5) D.U.E. C.S. La Solana, (6) D.U.E. C.S. Ciudad Real III (Castilla La Mancha, España).

Fecha del Trabajo: 24/09/2007

INTRODUCCIÓN

El cuidado de las heridas, especialmente las producidas por la presión, ha supuesto, y sigue suponiendo, un reto para todos los profesionales de la salud, fundamentalmente para las enfermeras, que todavía aún hoy no podemos considerar resuelto en su totalidad.

Nadie puede obviar la magnitud del problema que suponen hoy en día en este país las heridas crónicas. Se cuentan por miles los ciudadanos que demandan asistencia enfermera a diario para cuidar los problemas que de ellas se derivan.

Partiendo de estas premisas se ha planteado conseguir normalizar y protocolizar las actuaciones de los profesionales en el cuidado de las heridas, unificar criterios que favorezcan la continuidad de cuidados entre niveles y que todas las actuaciones enfermeras estén respaldadas por una normativa común, pudiendo ser registradas, evaluadas e investigadas.

La unificación de criterios y pautas de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas es uno de los principales objetivos que nos marcamos dado que, ante el creciente número de opciones profilácticas y terapéuticas disponibles, es necesario mejorar la capacidad de elección de las enfermeras para poder usar la herramienta más adecuada para alcanzar los objetivos marcados en el cuidado de las heridas.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Claramente debemos optar por el uso de las Taxonomías Internacionales Enfermeras como elemento dinamizador del carácter científico de nuestro trabajo, usando para ello:

- Diagnósticos enfermeros: Taxonomía NANDA
- Intervenciones de enfermería: Taxonomía NIC
- Resultados de enfermería: Taxonomía NOC

OBJETIVOS

1. Objetivos generales

1.1. Establecer criterios unificados de actuación entre los diferentes niveles asistenciales, para la prevención y tratamiento de las heridas.

1.2 Implementar una herramienta consensuada, de fácil manejo para los profesionales, en el cuidado de las heridas.

1.3 Disminuir la incidencia de las heridas como indicador de calidad de los cuidados enfermeros.

2. Objetivos específicos:

2.1 Identificar a la persona con riesgo de desarrollar una herida por presión.

2.2 Definir las intervenciones de Enfermería para la prevención y cuidado de las heridas.

2.3 La persona mantiene o recupera una piel templada, húmeda, intacta y de color natural.

Referencia NOC 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

2.4 La persona o el cuidador principal se muestra capacitada, con conocimiento o eficacia adecuada en el cuidado de la piel y prevención de las heridas por presión.

Referencia NOC 1902: Control del riesgo

Trabajaremos con tres Diagnósticos de Enfermería y los Resultados e Intervenciones que de ellos se deriven:

1. **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:** Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
2. **Deterioro de la integridad cutánea:** Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.
3. **Deterioro de la integridad tisular:** Lesión de las membranas mucosa o corneal, íntegumentaria o de los tejidos subcutáneos.

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

Actuación de Enfermería

Valoración y Cuidados de Prevención

1. Valoración del riesgo

Es una herramienta metodológica que identifica a los pacientes en riesgo de padecer una herida por presión, permitiendo de forma unificada la toma de decisiones, objetivos y actuaciones, favoreciendo la no variabilidad en la práctica enfermera ante este problema.

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea optamos por la escala Norton. La Escala de Valoración de Norton Modificada por el INSALUD, es una de las escalas más utilizadas y validadas científicamente en el Sistema Nacional de Salud, siendo la recomendada por el SESCOG en su Programa de Atención Domiciliaria.

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Tabla 1. Escala de Norton

La clasificación de riesgo sería:

- Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo
- Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente
- Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo

Nutrición	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Puntos
No ingesta	Comatoso	No deambula	Inmóvil	Urinaria y fecal	3
Incompleta	Letárgico o hiperactivo	Siempre precisa ayuda	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	2
Ocasionalmente incompleta	Desorientado o apático o pasivo	Deambula con ayuda	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	1
Correcta	Orientado	Deambula	Completa	No	0

Tabla 2. Escala Emina

La clasificación de riesgo sería:

- Puntuación de 8 a 15: Paciente de alto riesgo
- Puntuación de 4 a 7: Paciente de riesgo medio o evidente
- Puntuación de 1 a 3: Paciente de riesgo bajo
- Puntuación de 0: Paciente sin riesgo

En Atención Especializada, la valoración se realizará al ingreso del paciente en la unidad y se hará una revisión cada 7 días, o en caso de cambios relevantes en su estado general. Se consideran cambios relevantes:

- Una intervención quirúrgica de duración superior a las dos horas y media.
- La aparición de isquemia por cualquier causa.
- Los periodos de hipotensión.
- Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
- Las pérdidas de movilidad de cualquier origen.
- Las pruebas diagnósticas invasivas que necesiten reposo de 24 horas. Se registrará el resultado de la valoración.

En Atención Primaria, la valoración se realizará al incluir al paciente en el programa de atención domiciliaria: atención al alta hospitalaria, atención de inmobilizados, atención de personas en situación terminal, atención de ancianos en riesgo y atención a ancianos residentes en instituciones.

Se hará revisión semanalmente en los pacientes de alto riesgo.

En el resto de los pacientes se llevará a cabo con la visita domiciliaria.

Se registrará el resultado de la valoración.

2. Valoración del entorno de cuidados

- Identificar al cuidador principal y dejar registrado su capacidad de manejo del problema
- Valorar si la persona o cuidador demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar la tarea:
 - a. La persona o el cuidador realiza los tratamientos y procedimientos prescritos.
 - b. La tarea se realiza sin riesgo
 - c. Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.
- Identificar los puntos de apoyo social disponibles.



Cuadro 1. Algoritmo diagnóstico de prevención de heridas por presión

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Y/O TISULAR

1. Actividades de Enfermería / Criterios de proceso

- Utilizar medidas que reduzcan la etiología de la herida: colchón de aire alternante, almohadas, protectores, terapia compresiva.
- Realizar cambios posturales lo más frecuentes posibles, valorando los puntos de presión cada vez que se realicen. Registro.
- Aplicar aceites hiperoxigenados y /o apósitos de espumas de gel de poliuretano en zonas de prominencias óseas. Anotar fecha de aplicación, fecha de retirada y motivo de cambio.
- Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Estimular la deambulación y la sedestación el mayor tiempo que tolere el paciente. Anotar tiempos.
- Enseñar al paciente y / o cuidador las medidas generales y específicas encaminadas a prevenir las lesiones por presión: nutrición, estado de la piel, cambios posturales, movilización, ejercicios activos y pasivos, protección cutánea en caso de incontinencias urinarias y / o fecal, así como identificar los primeros signos de lesión de la piel.

2. Evaluación de la Herida

En la valoración de la herida, una vez que el paciente ha sido evaluado, la basaremos en describir:

- Etiología de la herida
- Localización

- Tamaño (anchura, longitud y profundidad)
- Lecho de la herida:
 - o Tipo de tejido: Necrótico, granulación y epitelial
 - o Contaminación/ Colonización/ Infección

Los signos clínicos de infección son: Induración, fiebre, eritema, mal olor, exudado purulento, ausencia de evolución.

3. Identificar la fase en la que se encuentra la herida.

4. Realizar curas con las herramientas adecuadas (Tratamiento local de las heridas).

Tratamiento local de las Heridas

El cuidado enfermero será la preparación del lecho de la herida mediante la consecución de estos 4 objetivos:

1. *Eliminar tejido necrótico. Desbridamiento*
2. *Disminuir la carga bacteriana.*
3. *Mantener el nivel de humedad óptimo.*
4. *Aislar la herida.*

1. Eliminar tejido necrótico. Desbridamiento: Se define como el proceso de eliminación del tejido desvitalizado o necrótico. Es el primer paso para la preparación del lecho de la herida, que irá encaminada a la limpieza de la herida.

- Desbridamiento autolítico: Gestión del exudado mediante hidrogel (humectar) o alginato (absorción exceso del mismo).
- Desbridamiento enzimático: La colagenasa es un ejemplo de estos productos; son enzimas proteolíticas capaces de romper el colágeno en su forma natural.
- Desbridamiento cortante: Se realizará con técnica estéril, con pinzas, tijeras o bisturí y nunca arrancado.

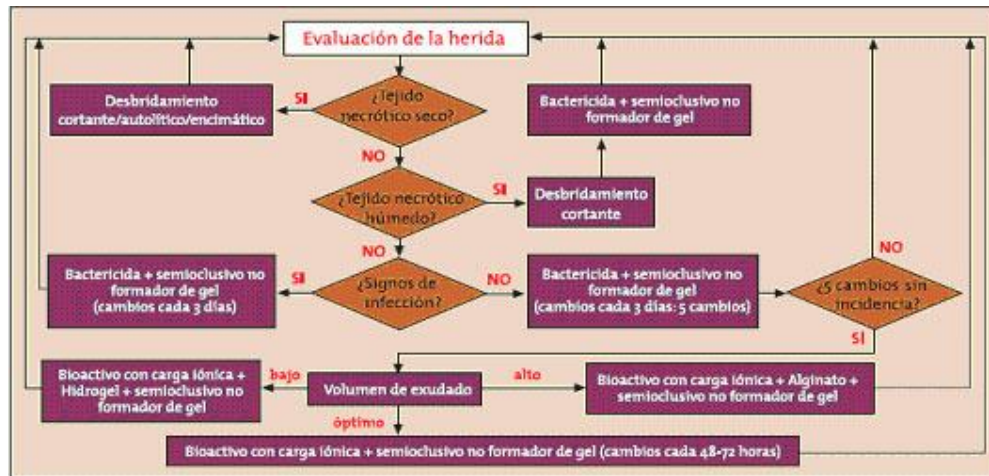
2. Disminuir la carga bacteriana: Uso profiláctico de apósitos con plata durante 15 días, con cambios cada 72 horas (5 cambios).

3. Mantener el nivel de humedad óptimo: Gestión del exudado.

4. Aislar la herida: Las herramientas que utilizaremos, van a ser apósitos semioclusivos (Hidroactivos no formadores de gel: Hidropoliméricos).

FASES DE CICATRIZACIÓN	TIPO DE TEJIDO	EXUDADO	OBJETIVOS	HERRAMIENTAS
FASE DETERSIVA (INFLAMACIÓN)	NECRÓTICO SECO	NULO	DESBRIDAMIENTO	ENZIMAS/HIDROGEL AMORFO + QUIRÚRGICO/CORTANTE + HIDROACTIVO NO FORMADOR DE GEL/CONVENCIONAL
	NECRÓTICO HÚMEDO	ALTO	DESBRIDAMIENTO	QUIRÚRGICO/CORTANTE + HIDROACTIVO NO FORMADOR DE GEL/CONVENCIONAL
	SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCIÓN	BAJO/MEDIO	REDUCCIÓN CARGA BACTERIANA	APÓSITO CON PLATA + HIDROACTIVO NO FORMADOR GEL (PROFILAXIS: CAMBIOS CADA 3 DÍAS, 5 CAMBIOS)
	CON SIGNOS LOCALES DE INFECCIÓN	ALTO		APÓSITO CON PLATA + ALGINATO CÁLCICO (TRATAMIENTO: CAMBIO CADA 3 DÍAS HASTA DESAPARECER SIGNOS LOCALES)
FASE DE PROLIFERACIÓN	GRANULACIÓN	BAJO/NULO	HUMECTAR	HIDROGEL AMORFO + HIDROACTIVO NO FORMADOR GEL
	GRANULACIÓN	MEDIO	MANTENER NIVEL HUMEDAD	HIDROACTIVO NO FORMADOR GEL
	GRANULACIÓN	ALTO	GESTIÓN EXCESO EXUDADO	ALGINATO CÁLCICO + HIDROACTIVO NO FORMADOR GEL
	EPITELIZACIÓN	BAJO/NULO	PROTECCIÓN	HIDROACTIVO NO FORMADOR GEL

Tabla 3. Resumen protocolo de tratamiento de las heridas por presión



Cuadro 2. Algoritmo de tratamiento

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Evaluación del Proceso:

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados ofrecidos serán:

- Se ha aplicado la Escala de Valoración de Riesgo (EVR) Norton o Emina.
- Se ha aplicado la EVR Norton o Emina al menos a los 7 días de la última valoración de riesgo.
- Se ha aplicado la EVR Norton o Emina ante la ocurrencia de "cambio relevante".
- Se ha registrado la valoración del entorno.
- Están registrados los cambios posturales.
- Está anotada la ingesta de alimentos en las 24 horas.
- Se ha registrado la valoración de la herida al ingreso.
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la herida al menos a los 7 días de la última valoración.

Todos los aspectos anteriormente serán evaluados mediante la revisión de los registros adaptados a prevención y tratamiento de las heridas.

Evaluación de los Resultados

Se plantea el estudio de la prevalencia puntual y de la incidencia de periodo como indicadores de resultados.

1. Prevalencia puntual: Número de pacientes con Heridas por presión/ Población estudiada en la fecha en la que se hace el estudio.

Se establecerá cronograma de recogida de datos, tomando como indicadores de resultado:

- Número de pacientes con heridas por presión/ Número de pacientes estudiados.
- Número de heridas por presión/ Número de pacientes con heridas por presión.

2. Incidencia de periodo: Número de pacientes (libres de heridas por presión al inicio del periodo de tiempo que se estudia) en los que aparecen heridas por presión durante el periodo de tiempo que se estudia/ Número de pacientes en riesgo durante el periodo de estudio

Se recogerán datos tomando así mismo como indicador de resultados:

- Número de pacientes con heridas por presión/ Número de pacientes estudiados.
- Número de pacientes identificados de riesgo bajo con heridas por presión/ Número de pacientes estudiados.
- Número de pacientes identificados de riesgo medio con heridas por presión/ Número de pacientes estudiados.
- Número de pacientes identificados de riesgo alto con heridas por presión/ Número de pacientes estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. Gerencia Atención Primaria C. Real, Gerencia del Área de Salud de Puertollano; SESCAM, marzo de 2005.
2. Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas, elaborado por el HHUU Virgen del Rocío, HHUU Virgen Macarena, HU Valme, H Osuna, H San Juan de Dios (Bormujos) y Distrito Sevilla Sur, editada por el Servicio Andaluz de Salud en 2004.
3. Soldevilla Ágreda JJ, Torra i Bou JE et al. Atención Integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA, 2004.

4. López Corral JC et al. Actuación de Enfermería ante las úlceras y heridas. Madrid: Smith&Nephew, 2005.
5. Lachapelle JM et al. Guía para el cuidado de las heridas. Madrid: Viatrix, 2002.
6. Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en UPP. Directrices generales sobre el Tratamiento de las úlceras por presión. Julio 1997-Enero 1998. Disponible en <http://www.genaupp.org>
7. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las Úlceras por Presión. Logroño; 2003. Disponible en <http://www.genaupp.org>
8. Grupo europeo de úlceras por presión. Directrices para el tratamiento de úlceras por presión de la UPUA. 1999 Disponible en <http://www.genaupp.org>
9. European Wound Management Association. Preparación del lecho de la herida en la práctica (Documento de posicionamiento). Londres: MEP Ltd, 2004. Disponible en <http://www.genaupp.org>.
10. World union of wound healing societies. Disminución del dolor en las curas relacionadas con los apósitos (Documento de consenso). Londres: MEP Ltd, 2004.
11. Luis MT. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson 2ª edición; 2002.
12. Nanda. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.
13. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3ª edición, St. Louis: Mosby; 2002.
14. Johnson M, Maas M, Moorthead S. Clasificación Resultados Enfermería (NOC); 2ª edición, St. Louis: Mosby; 2002.
15. Programa Atención Domiciliaria SESCAM, Toledo 2003.
16. Romo Sanz MI. Tratamiento Progresivo de las Heridas en Medio Ambiente Húmedo. L. Cervantes; Salamanca: 1999.
17. Fortes Álvarez JL, Pulido de la Torre MD, et al. Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. At Primaria 1997; 19:51-56.