

MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**Curación Avanzada. Hospital Abel Gilbert Pontón****EQUIPO DE CURACIONES AVANZADA.**

LCDA. ANAISA LLOVERA B.
 LCDA. GABRIELA GONZALES M.
 LCD. EDISON GUSHQUI
 AUX. ENF. JIMMY MACIAS V.
 LCDA. MARCIA BELTRAN A.

MÉDICOS

DR. FERNANDO MONCAYO A.
 Líder de Cirugía Hospital Abel Gilbert Pontón,
 Guayaquil - Ecuador

DRA. PRISCILA NAVARRETE R.
 MD. Del Hospital Abel Gilbert Pontón,
 Guayaquil - Ecuador

DR. JUAN ARROBA
 MD. Del Hospital Abel Gilbert Pontón,
 Guayaquil - Ecuador



Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas Vol. 2 N°1 Periodicidad semestral Enero - Junio 2021 pp. 9 - 16 ISSN 2661 – 6726

Recibido 27 diciembre 2020, aprobado 02 abril 2021

RESUMEN

Las escaras, ulcera por decúbito o ulcera por presión, son lesiones de la piel, que puede llegar a celular subcutáneo o musculo provocada por presión, fricción, rozamiento prolongado, por lo general sobre una prominencia ósea. Los sitios más frecuentes de aparición son las superficies que recubren partes óseas (prominencia ósea) como el sacro, trocánteres, tobillo, talones, etc. Es un manejo coordinado clínico-quirúrgico, con extensa colaboración del profesional de enfermería. En el manejo de la ulcera por presión se debe considerar: Valoración de los riesgos según escala elegida, valoración de la presencia de la lesión y la estadificación, clasificación inicial según estadios, descripción de la ulcera por presión, el alivio de presión sobre las superficies ósea, cambios posturales, medidas antiescaras, evitar la humedad o el exceso de calor, buen soporte nutricional. El tratamiento de la ulcera por presión será dependiendo del grado, en nuestro estudio realizado en el hospital Abel Gilbert Pontón, por el equipo de curación avanzada, encontramos que 183 pacientes necesitaron desbridamiento quirúrgico de tejidos necrótico (grado 3 y 4) con utilización además de apósitos húmedos continuos, 380 pacientes necesitaron únicamente curación con utilización de apósitos húmedos.

Palabra clave: desbridamiento, apósitos húmedos, hidrogel, hidrocoloides.

ABSTRACT

Bedsore, decubitus ulcer or pressure ulcer, are skin lesions, which can reach the subcutaneous cell or muscle caused by pressure, friction, prolonged friction, usually on a bony prominence. The most frequent sites of appearance are the surfaces that cover bony parts (bony prominence) such as the sacrum, trochanters, ankle, heels, etc. It is a coordinated clinical-surgical management, with extensive collaboration from the nursing professional. In the management of pressure ulcers, the following should be considered: Risk assessment according to the chosen scale, assessment of the presence of the lesion and staging, initial classification according to stages, description of the pressure ulcer, pressure relief on surfaces bone, postural changes, anti-decubitus measures, avoid humidity or excess heat, good nutritional support. The treatment of pressure ulcers will depend on the degree, in our study carried out at the Abel Gilbert Pontón hospital, by the advanced healing team, we found that 183 patients required surgical debridement of necrotic tissues (grade 3 and 4) with use in addition to continuous wet dressings, 380 patients required only healing with the use of wet dressings.

Keyword: debridement, wet dressings, hydrogel, hydrocolloids.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

INTRODUCCIÓN

Es un manejo coordinado clínico-quirúrgico, con extensa colaboración del profesional de enfermería. Lo primero en ser valorado será:

CUIDADOS GENERALES

1. Valoración de los riesgos según escala elegida.
2. Valoración de la presencia de la lesión y la estadificación de la misma:
3. Clasificación inicial según estadios.
4. Descripción de la ulcera por presión.
 - a) Localización: región sacra, talón, acromio, coxales, etc.
 - b) Dimensiones: profundidad, longitud, anchura.
 - c) Aspecto, tunilizaciones, excavaciones, fistulas
 - d) Descripción del Lecho de la lesión: tejido necrótico, esfacelado, granulado.
 - e) Piel perilesional: íntegra, edematosa, eritema, cambios de temperatura, lacerada, macerada.
 - f) Secreciones: escasa, profusa, serosa, purulenta, hemorrágica, fetidez.
 - g) Antigüedad de la lesión
 - h) Signos sistémicos de infección acompañantes: fiebre, escalofríos, astenia, etc.
5. El alivio de presión sobre las superficies ósea, cambios posturales, medidas antiescaras (colchones)
6. Evitar la humedad o el exceso de calor (pañales absorbentes, sondajes, etc.)

7. Evitar la fricción y el cizallamiento
8. Buen soporte nutricional.

Ilustración 1 Colchón antiescaras



Fuente: Elaborado por autor

CUIDADOS LOCALES:

A. ÚLCERA POR PRESIÓN. GRADO 1.

1. Medida preventiva para el cuidado de la piel en el área con prominencias ósea como sacro, coxales, trocánteres, etc. Se prefiere utilizar soluciones de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), compuesto principalmente por ácido linoleico 70%, palmítico araquidónico, etc. y tocoferol. (Linovera-Braun, Mepentol, etc.), pomadas a base de óxido de zinc. Solución líquida de polímero de acrilato protector cutáneo no irritante. en spray o con aplicador (cavilon).

Ilustración 2 Protección de prominencias óseas (DUODERM-HIDROCOLOIDE)



Fuente: Elaborado por autor

Poliuretano, apósitos transparentes adhesivo (opside), película fina o film, previene la fricción en zonas crítica de desarrollar upp, es permeable a gases y a vapor de agua, se lo suele también utilizar para fijar otros apósitos es decir como apósito secundario. Apósito de silicón, protege la piel sana o la herida en proceso de granulación, se adhiere a la piel sana, impermeable, disminuye el dolor de la herida.

Ilustración 3 Protección de prominencia óseas (1. OpSide, 2. apósito de silicón)



Fuente: Elaborado por autor

2. Manejo de la humedad (emuntorios) con colocación de sondaje o pañales absorbentes,
3. Cambios posicionales, utilización de colchones antiescaras.

B. ULCERA POR PRESION. GRADO 2.

Desbridamiento de tejido desvitalizado, flictenas, etc. y colocación de apósitos húmedos.

Hidrocoloides, carboximetilcelulosa, estos apósitos crean un ambiente húmedo

protegiendo contra infecciones y favoreciendo por ende a la cicatrización, son autoadhesivos, indicados en la úlceras grado 1 y grado 2; en el grado 3 solo para cubrir la cavidad de la úlcera que previamente se la ha llenado de otro apósitos o sustancias polvo o gel.

C. TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA POR PRESION. GRADO 3 Y 4

Curación avanzada de la escara y control de infecciones bacterianas (cultivos).

1. Control de tejido no viable (desbridamiento)

Consiste en eliminar cualquier obstáculo (tejido necrótico, esfacelado) que intervenga en la cicatrización normal del tejido. La limpieza de la escara con solución fisiológica al 0.9%, el retiro de la escara necrótica (placa negra dura), tejido necrótico, desvitalizado, esfacelado (tejido fibroso amarillo verdoso) será esencial en el proceso de cicatrización; solo en presencia en una alta carga bacteriana se utilizará soluciones antisépticas como solución de polihexamida (Prontosan), yodo povidona, clonexidina, etc. para lavar.

El desbridamiento puede ser de varios tipos:

- A. Desbridamiento quirúrgico.** - Para eliminar sobre todo las escaras secas y con ella los tejidos necróticos del fondo, debe realizarse en algunas sesiones y por planos. Contraindicaciones en pacientes con coagulopatias o que toman anticoagulantes.
- B. Desbridamiento químico o enzimático.** - En los pacientes donde el desbridamiento quirúrgico es imposible de realizar sobretodo, se utiliza sustancia proteolíticas y



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

fibrinolíticas (productos enzimáticos exógenos) como la **Colagenasas** (clostridiopeptidasa A) apósitos y pomadas (iruxol).

- C. Desbridamiento autolítico.** - Para esto se utilizan productos que provocan: la hidratación de los tejidos de la ulcera, fibrinólisis y actividad enzimática endógena de los tejidos desvitalizados, esfacelado o necrosado, es decir desbridamiento autolítico natural. Ejemplo de esto es la utilización de los apósitos o gel de **Hidrogel**. (rellena cavidad y no daña tejido sano) Se puede combinar con desbridamiento quirúrgico.

Apósitos o gel de **Hidrocoloides**, de carboximetilcelulosa con pectina y gelatina. Absorbente, impermeable a las bacterias y agua, favorece el desbridamiento autolítico y favorece la formación de matriz de granulación. Contraindicado en heridas infectadas.

Ilustración 4 Apósito de alginato en ulcera por presión



Fuente: Elaborado por autor

- D. Osmótico.** - se utilizan productos que provocan osmosis o intercambio de

líquidos (fluidos) de distintas densidades, ejemplo de estos son los apósitos de **poliacrilato**.

- E. Desbridamiento mecánico.** - Se utilizan apósitos humedecido que al secarse (pasada las 6 horas) se adhieren al tejido necrótico y se arrancan cuando se retira el apósito, pero hay que tomar en cuenta que también se adhieren al tejido sano y conlleva también a retirada de tejido sano. Se puede usar la fuerza de fricción para retiro de material necrótico. Esta técnica cruenta va quedando en desuso.
- F. Larval.** - se utilizan larvas de la mosca *Lucilia-Sericata*, la cual secretan enzimas potentes que provocan necrosis licuefactiva del tejido desvitalizado respetando el sano además de reducir la proliferación bacteriana.

2. Control de infección, exudados.

La hipoxia de tejidos, la necrosis, la disminución del flujo sanguíneo, las enfermedades de comorbilidad (desnutrición, obesidad, diabetes, irc, vasculopatía, hepatopatías) edad avanzada, sumado a la presencia de una herida abierta (escara) de forma prolongada, es el mejor caldo de cultivo para la presencia de infecciones bacterianas o fúngicas. El control del proceso infeccioso de la escara se hará de forma local con el uso de antiséptico y sistémico con los antibióticos adecuado según el cultivo y antibiograma.

Se debe valorar los signos de infección como dolor, calor, dolor, rubor, edema e inflamación más la presencia de mal olor y exudado



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

purulento, provocando defecto en el proceso de cicatrización.

- **Espuma de poliuretano**, apósito no adherente, impermeable a los líquidos, pero permeable al vapor de agua, muy absorbente de exudados, mantiene el medio húmedo.
- **Apósitos de carbón activado**, indicado en las ulcera por presión infectadas muy exudativas y de mal olor (fétidas). Absorbe los microorganismos contaminantes, disminución de la carga bacteriana y con ello favorece la cicatrización con neutralización de mal olores. Suele asociarse con alginato.
- **Apósitos de alginato de calcio**, obtenido de la liofilización del alga parda marina, apósito altamente absorbente de 20 a 30 veces más de su peso aplicado. Crea un gel al contacto con el exudado, favorece al desbridamiento autolítico y la cicatrización, además se le atribuye propiedades hemostáticas, se lo encuentra como Askina sorb o alginato calcio Kendall, etc.
- **Apósito de captación bacteriana**, cloruro dialquilcarbanoilo (DACC), derivado de los ácidos grasos altamente hidrofóbico, capta irreversiblemente las bacterias y los hongos presentes en la ulcera infectadas. Cutimed Sorbact.
- **Antibióticos tópicos**. - actualmente se utiliza la sulfadiazina argéntica, el ácido fusídico, etc.
- **Terapia con presión negativa**. Sistema V.A.C (Cierre Asistido al Vacío), se utiliza en úlceras infectadas, exudativas. Se coloca una esponja con

una sonda conectada a un sistema de aspiración al vacío. Este método disminuye el edema tisular, disminuye la carga bacteriana o de hongo, favorece la granulación debido a que mejora la perfusión sanguínea al área.

Ilustración 5 sistema V.A.C. en ulcera por presión



Fuente: Elaborado por autor

3. Control de piel perilesional.

Es recomendable proteger la piel perilesional, sobre todo cuando se utiliza sustancia fibrinolítica o proteolíticas; se usará pasta de zinc, solución líquida de polímero de acrilato protector cutáneo no irritante. en spray o con aplicador (cavilon).

Ilustración 6 Pasta de óxido de zinc



Fuente: Elaborado por autor

SOPORTE NUTRICIONAL.

Es indudable que un buen soporte nutricional es el pilar fundamental en la cicatrización adecuada de los tejidos de la ulcera por presión



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

o de la aparición de las misma en los pacientes con factores de riesgo de aparición según las escalas determinadas. Se deberá tener en cuenta un mínimo de seguridad nutricional de por lo menos:

- Carga hídrica de 1 cc de agua/ K.cal/día o 30 cc de agua/ día / kg de peso.
- Oligoelementos como hierro, zinc, cobre
- Vitaminas como A, B, C.
- Proteínas 1 a 2 g / kg / día (siempre con criterio clínico)
- Requerimiento calórico: 30 a 35 Caloría/kg de peso.

RESULTADOS

Para nuestro estudio de escogió 666 tipos de úlceras por presión para el estudio encontrando que el grado más frecuente, fue de categoría 2 y las úlceras sacra ocuparon el primer lugar. Siendo los pacientes del área de medicina interna los más frecuentes con 404 casos.

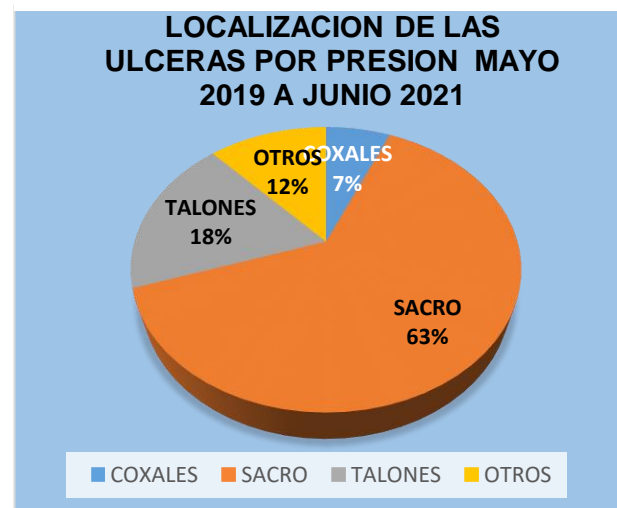
Se realizó 16 protección de escara sacras con éxitos en pacientes con gran riesgo de úlcera por presión según la escala de Braden y Norton, 183 pacientes necesitaron desbridamiento quirúrgico de tejidos necrótico (grado 3 y 4) con utilización además de apósitos húmedos continuos, 380 pacientes necesitaron únicamente curación con utilización de apósitos húmedo (sin desbridamiento quirúrgico).

Para el lavado de heridas se utilizó en un 60 % - 70% undeciledamida + polihexamida (prontosan) solución, 20% con clorhexidina jabonoso y 10% solución de yodopóvidona.

Duo-Derm, apósito hidrocoloide, para heridas seca o ligeramente exudativa (apósitos primarios) 30% de las úlceras, puede usarse como apósito secundario para sujetar otros apósitos. Se puede usar para proteger la piel de la fricción, tanto los de lámina fina y lamina gruesa.

Los apósitos más frecuentes utilizados fueron de hidrogel, e hidrocoloides (carboximetilcelulosa), debridante autolítico e hidratante 30%, el carbón activado 10%, el alginato 30% y los apósitos de captación bacteriana (DACC) 25%. Polímero de acrilato lamina de protección cutáneo transparente (Cavilon) 5%.

Ilustración 7 localización de las úlceras por presión mayo 2019 a junio 2021



Fuente: Datos de Historias clínicas –
Elaborado Por autor.

CONCLUSIÓN

En los actuales momentos con el desarrollo de los denominados apósitos de alta tecnología o apósitos activos (hidrogel, hidrocoloides,



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

carbón activado, captación bacteriana, etc.) también se desarrolló el equipo de curaciones avanzada. Tanto en los países europeos como en los de América del Norte, el cuidado y tratamiento de las úlceras por presión, es parte importante de la formación de los residentes y en algunas ocasiones es objeto de especialidad donde interviene un equipo de médicos.

La denominación de curación en ambiente húmedo o curaciones avanzadas, van acompañadas con resultados positivos (lo que no se consigue con las curaciones tradicionales) debido a que tienen mayor capacidad de absorción, antibacteriana indolora, con la capacidad de disminuir el olor desagradable de algunas heridas, provocan lisis de tejidos necrotizados y provoca granulación de tejidos, buena relación costo/beneficio; las desventajas son el costo de los apósitos y la negativa de los administradores en adquirirlos además de la falta de promoción de sus usos.

Aunque lo más importante en la cicatrización adecuada de las úlceras por presión y pilar fundamental, siempre va a ser el estado nutricional del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klingensmith M, Aziz A, Bharat A, Fox A, Porembka M. The Washington manual of surgery. Saint Louis. LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS. 2012
2. Cabrales r, Bernal r, Benitez y, Osorio m, Martinez j, Castrillon m. Efectividad de los apósitos de plata en la prevención de la infección del sitio operatorio en heridas
3. contaminadas. Iatreia vol.27 no.3 Medellín July/Sept. 2014
4. Revista De La Asociación Española De Herida. Heridas y Cicatrización nº 2 Volumen 9 Junio 2019
5. Gerokomos.: Una contribución al conocimiento del contexto histórico de las úlceras por presión 2017;28(3):151-157
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and the Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevención y tratamiento de las úlceras / lesiones por presión: Guía de consulta rápida 2019
7. Plaza Blázquez.: Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 1, núm. 6, febrero, 2007, pp. 284-290
8. Fornes Pujalte ENFERMERÍA Dermatológica nº 04 • abril-mayo-junio 2008
9. Saith Hoyos Porto.: Úlceras por presión en pacientes hospitalizados 56 (3): 341-355, julio-septiembre, 2015
10. Mijangos Pacheco.: El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario Vol. 8, Núm. 2 • Abril-Junio 2015 • pp 77-83 www.medigraphic.com/emis
11. Sánchez-Cruz.: Epidemiología de las úlceras cutáneas en Latinoamérica Med Cutan Iber Lat Am 2016; 44 (3): 183-197 www.medigraphic.com/medicinacutanea



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

11. Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión Gobierno de La Rioja
12. Pilar Ayora Torres.: Protocolo de Cuidados en Úlceras por presión Hospital Universitario Reina Sofía - Córdoba Julio 1997Enero 1998.
13. Abad García.: Guía De actuación Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión Osakidetza octubre de 2017
14. Freitas-da-Silva GR, Carvalho-Moura EC, Rodrigues-Barbosa-deSousa ER, Barradas-Calvalcante T, Milanez-Oliveira FB. Protocolo clínico de heridas: evidencias en úlcera por presión y quemaduras en la práctica de enfermería. Evidencia. 2012; 9 (37). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidencia>
15. Braden Scale.: Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión [Internet].[Acceso: 04-03-2014]. Adaptada de la versión disponible en: <http://www.bradenscale.com/images/bradenscale.pdf>
16. Vela-Anaya G.: Magnitud del evento adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm IMSS. 2013; 21 (1): 3-8.
17. Ávila Acamer C, Bonias López J, et al. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2008.

