

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

Prevención y Tratamiento de  
Ulceras por Presión en Primer  
Nivel de Atención

### GPC

Guía de Práctica Clínica

atologo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-105-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### L89.X Úlcera de decúbito

GPC

### Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión En Primer Nivel de Atención

ISBN en trámite

#### DEFINICIÓN

**Úlcera por presión** (escara por presión, escara de decúbito y úlcera de decúbito), es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él. En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro- circulación.

#### INTERROGATORIO

Utilice la escala de Braden para valorar el riesgo de desarrollar UPP (estado nutricional).

#### EXPLORACIÓN

- Utilice la escala de Braden para valorar el riesgo de desarrollar UPP

## ESCALAS

CUADRO I. FACTORES DE RIESGO PARA LA FORMACIÓN DE UPP

<b>Factores intrínsecos</b>	<b>Factores extrínsecos</b>
Inmovilidad	Humedad
Alteraciones respiratorias y/o circulatorias	Perfumes, o lociones que contengan alcohol
Insuficiencia vascular Presión arterial baja Insuficiencia cardíaca Vasoconstricción periférica Alteraciones endoteliales Anemia	Superficie de apoyo
Septicemia	Masajes en la piel que cubre salientes óseas
Medicación (Inmunosupresión)	Presencia de sondas (vesical, naso-gástrica)
Edad (adultos mayores)	Férulas, yesos
Desnutrición/deshidratación	

Modificado de GPC, úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud

CUADRO II. CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

<p><b>Estadio I</b> Piel íntegra con presencia de eritema cutáneo que no palidece al retirar la presión, puede acompañarse de cambios de temperatura en la piel, edema, dolor, induración o insensibilidad.</p>
<p><b>Estadio II</b> Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis y/o dermis. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.</p>
<p><b>Estadio III</b> Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis de tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.</p>
<p><b>Estadio IV</b> Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular etc.). En este estadio y en el III, pueden presentarse lesiones con cavitaciones o túneles.</p>

Fuente: Protocolo de actuación en Úlceras por Presión (Arcos Díaz Fuentes Martha y cols.)

CUADRO III. MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS APÓSITOS

<p><b>Absorción:</b> el líquido penetra en los materiales del apósito por difusión y atracción hacia los espacios a modo de esponja (espumas y textiles de algodón, viscosa o poliéster).</p>
<p><b>Evaporación/transmisión:</b> permiten que se evapore la humedad desde la superficie del apósito. Esta característica se cuantifica como la tasa de transmisión de vapor húmedo (TTVH).</p>
<p><b>Retención de líquido:</b> captan líquido para formar un gel el cual cambia de forma pero retiene el líquido, reducen el riesgo de maceración alrededor de la herida (hidrocoloides, alginatos y fibras de carboximetilcelulosa)</p>
<p><b>Bloqueo de componentes del exudado:</b> atrapan bacterias y componentes del exudado como enzimas, en un proceso denominado bloqueo (fibra de carboximetilcelulosa y algunos alginatos).</p>

Fuente: World Union of Wound Healing Societies. GNEAUPP. Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Documento de Consenso 2007

CUADRO IV. ESCALA DE BRADEN  
(EVALUACIÓN DE RIESGO DE PRESENTAR UPP)

Factor de riesgo	Descripción de la puntuación: 1,2,3,4			
<p>Percepción sensorial. Capacidad personal para reaccionar de manera voluntaria a una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1.-Limitada completamente al tener disminuido el nivel de conciencia o al estar sedado, el paciente no reacciona a estímulos dolorosos (quejándose , estremeciéndose o agarrándose) o bien , capacidad limitada para sentir el dolor en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>2.-Muy limitada, reacciona solamente ante estímulos dolorosos: no puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o bien presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p>3.-Limitada ligeramente. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o bien presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para sentir el dolor o la incomodidad en al menos una de las extremidades.</p>	<p>4.- Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales, no presenta déficit sensorial que pueda limitar la capacidad de expresar o sentir el malestar.</p>
<p>Humedad. Nivel de exposición de la piel a la humedad.</p>	<p>1.-Húmeda constantemente, la piel se encuentra expuesta constantemente a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad, cada vez que se mueve o se gira el paciente.</p>	<p>2.-Húmeda con frecuencia. La piel esta húmeda a menudo pero no siempre, la ropa de cama debe cambiarse al menos una vez por turno.</p>	<p>3.-Húmeda ocasionalmente. La piel esta húmeda ocasionalmente, lo cual hace necesario, un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>4.-Húmeda raramente. Las piel esta seca generalmente; la ropa de cama se cambia según los intervalos fijados por los cambios de rutina.</p>
<p>Actividad. Nivel de actividad física.</p>	<p>1.-Encamado. Paciente constantemente encamado.</p>	<p>2.-En una silla. Paciente que no puede andar o con deambulación limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para sentarse en una silla de ruedas.</p>	<p>3.-Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente con o sin ayuda. Durante el día pero en distancias muy cortas, pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla o en un sillón.</p>	<p>4.-Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las sesiones de paseo.</p>

<p>Movilidad Capacidad de cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p>	<p>1.-Inmóvil completamente Sin ayuda no puede hacer ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p>2.-Muy limitada. Ocasionalmente hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por si mismo.</p>	<p>3.-Limitada ligeramente Hace con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si mismo.</p>	<p>4.-Sin limitaciones. Hace con frecuencia importantes cambios de posiciones sin ayuda.</p>
<p>Nutrición Patrón usual de ingesta de alimentos.  NPO nada por vía oral IV vía intravenosa NPT nutrición parenteral total</p>	<p>1.-Muy pobre Nunca ingiere una comida completa raramente toma mas de un tercio de cualquier alimento que se le ofrece diariamente toma 2 raciones o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos) bebe pocos líquidos, no toma suplementos dietéticos. O bien esta en ayunas y /o con una dieta líquida o suero mas de 5 días.</p>	<p>2.-Probablemente inadecuada. Raramente hace una comida completa y generalmente ingiere solo los alimentos que se le ofrece; la ingesta proteica incluye solamente tres raciones de carne o productos lácteos al día, ocasionalmente toma un suplemento dietética o bien recibe menos de la cantidad optima de dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>3.-Adecuada Toma mas de la mitad de la mayoría de las comidas; come un total de 4 raciones al día de proteínas( carne o productos lácteos); ocasionalmente puede rehusar una comida pero toma un suplemento dietético si se le ofrece. O bien recibe nutrición por una sonda nasogástrica o por vía parenteral lo cual cubre la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p>4.-Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida, nunca rehúsa una comida, habitualmente come un total de 4 raciones de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas, no requiere suplementos dietéticos.</p>
<p>Roce y peligro de lesiones cutáneas (grietas).</p>	<p>1.-Problema Requiere una asistencia de moderada a máxima para ser movido, es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sabanas. Se desliza frecuentemente en la cama o en la silla y necesita recolocarse a</p>	<p>2.- Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere asistencia mínima. Durante los movimientos la piel probablemente roza contra las sabanas, la silla, los 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</p>	<p>3.-Aparentemente no hay problema Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene fuerza muscular suficiente para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

	menudo con el máximo de ayuda. La espasticidad, las contracturas o la agitación producen roce constantemente.	puede resbalar.		
--	---	-----------------	--	--

Fuente: Govern de les Illes Balears. Consejería de Salud. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión, 2007.

### EXAMENES DE LABORATORIO

- Solicitar biometría hemática completa, albúmina sérica y colesterol para valorar parte del estado nutricional (en presencia de datos clínicos de anemia y/o desnutrición).

### TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Para el tratamiento del dolor administre 30 minutos antes de iniciar el tratamiento: paracetamol 1 gramo vía oral o clonixato de lisina 100 mgs intramuscular
- No usar antibióticos tópicos para reducir la carga bacteriana

## TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Identifique al cuidador principal y valore la capacidad, la habilidad, conocimientos, los recursos y la motivación de este y del paciente para participar en el plan de cuidados
- Valore el estado de la piel, para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión. Nunca ignore un enrojecimiento sobre una prominencia ósea. No realice masaje en la piel que cubre prominencias óseas
- Mantener la piel limpia y seca (utilizar agua tibia y jabones neutros). Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca
- Utilizar ropa de dormir e interior de algodón. Mantener la ropa de cama limpia, seca, sin arrugas y de preferencia de algodón
- Hacer cambios posturales cada 2 o tres horas siguiendo una rotación determinada
- Los pacientes de mayor peso necesitan cambios posturales mas frecuentes
- Utilizar cojines y/o cuñas de espuma, colchones de presión alterna o de agua para eliminar la presión sobre los trocánteres, tobillos y talones
- En pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones
- Crear un plan que estimule la actividad y movimiento del paciente
- Mantener al paciente en posición anatómica de acuerdo a su alineación fisiológica
- Movilizar a la persona evitando el arrastre que produce fricción y los movimientos de cizalla
- Mantener la cama lo mas horizontal posible siempre que no este contraindicado
- En el decúbito lateral no exceder el ángulo de 30° de inclinación para evitar apoyar el peso sobre los trocánteres
- No utilice flotadores y/o cojines en forma de dona
- Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocánteres, tobillos y talones
- Instruir al paciente para que se repositone cada 15 minutos, si necesita ayuda instruir al cuidador para que lo repositone al menos una vez cada hora

- El paciente de alto riesgo no debe permanecer mas de dos horas sentado aunque se utilicen sistemas de alivio de la presión
- Para una sedestación correcta es importante disponer de cojines que disminuyan la presión
- Si el paciente tiene úlceras en la zona sacra, evitar que este sentado, sentarlo solamente por periodos limitados (durante las comidas)
- Utilizar solución fisiológica para limpiar las UPP, en caso de no contar con este recurso utilizar agua hervida fría. No limpie la herida con antisépticos cutáneos
- Para el lavado de la herida utilice una jeringa de 20 ml con aguja de 0.9 x 25
- Elimine el tejido desvitalizado y/o necrosado mediante el desbridamiento.
- Solo desbridar las úlceras de talón con escara seca si presenta colección líquida por debajo (fluctuación o exudado)
- Realizar la cura en ambiente húmedo
- Proteger la UPP de fuentes exógenas de contaminación (heces, orina)
- No hay evidencia científica suficiente para decidir que apósitos son los más efectivos
- Reevaluar las úlceras una vez por semana o antes si hay deterioro, para modificar el plan de tratamiento

## REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Enviar al segundo nivel de atención médica, en los siguientes casos:

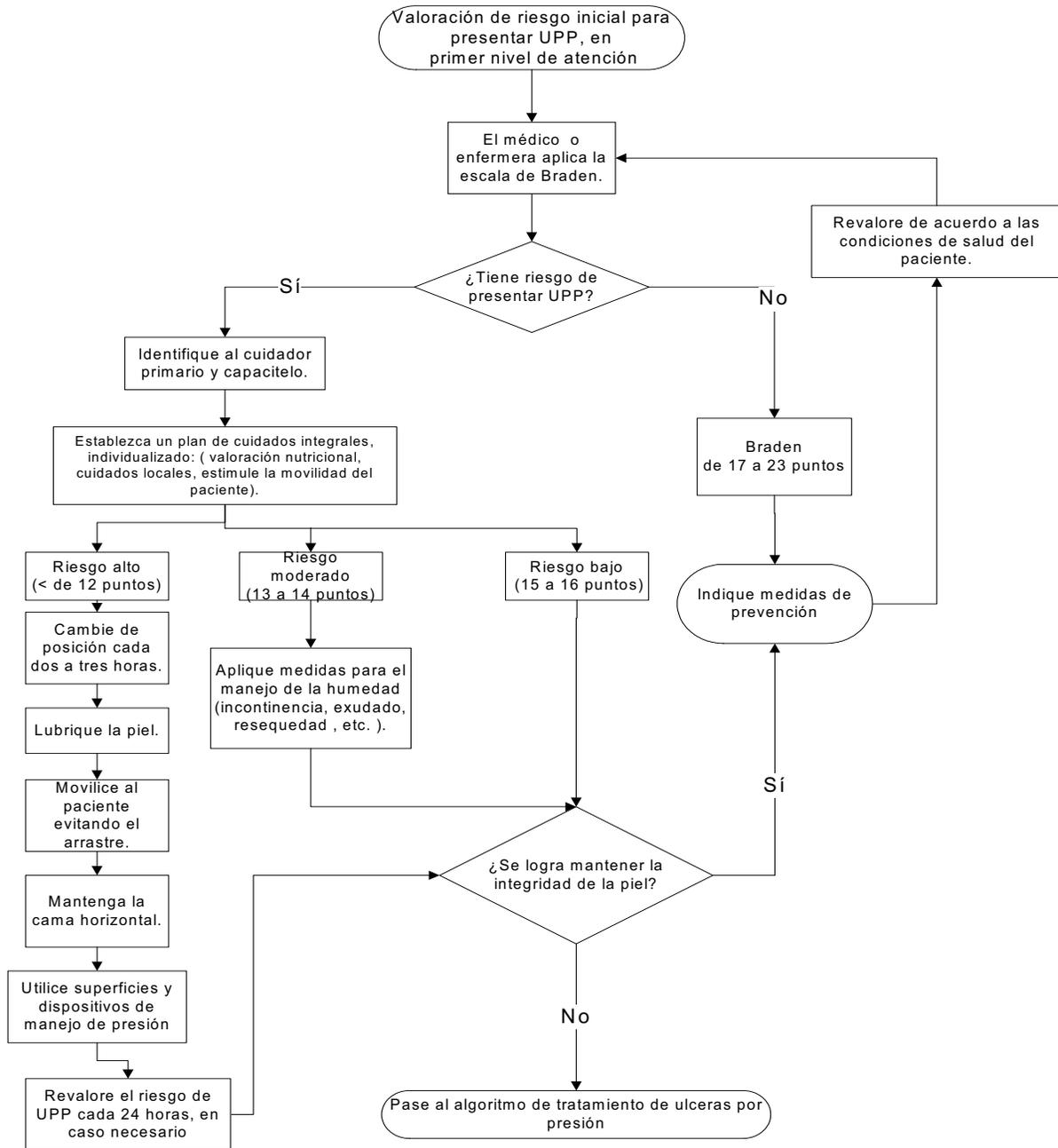
- Si aparecen signos ó síntomas sistémicos de infección, en pacientes con UPP
- Si no se observa mejoría de la UPP, en un lapso de 2 a 4 semanas de tratamiento
- Pacientes con UPP de tercer grado extensas y/o profundas y todos los pacientes con UPP de cuarto grado

## **INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA**

Expedir certificado de incapacidad temporal para el trabajo en caso necesario, de acuerdo al estadio y número de úlceras así como a la patología de base.

## ALGORITMOS

Algoritmo 1. Prevención de Úlceras por Presión (UPP)



Algoritmo 2. Tratamiento de las Úlceras por Presión (UPP)

