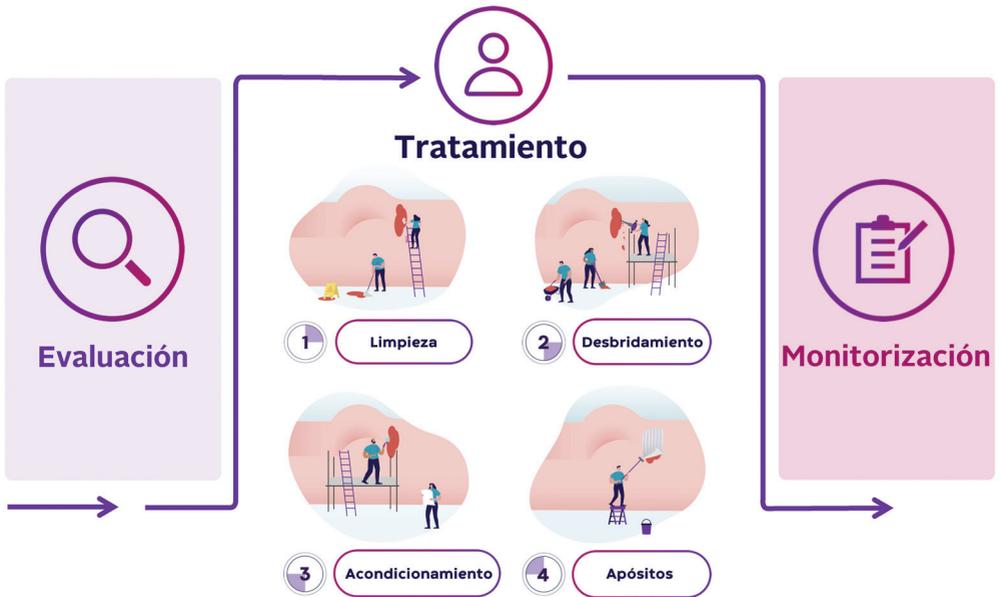


Cicatrización proactiva de la herida: guía para la implementación del protocolo de Higiene de la Herida en el tratamiento de las úlceras por presión



Las úlceras por presión (UP) suelen ser dolorosas, pueden afectar a la movilidad y provocar mal olor y fugas. Todo ello afecta a la autonomía del paciente y a su capacidad de realizar las actividades cotidianas. Las consecuencias no se ven solo en la calidad de vida en general, sino también en la vida laboral del paciente y de sus seres queridos, con las considerables implicaciones financieras. En definitiva, los efectos de una úlcera por presión pueden ser serios, tanto desde un punto de vista físico como social.^{1,2}

Las UPP más profundas tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Las úlceras pueden desembocar en una infección de los tejidos blandos, e incluso en osteomielitis y bacteriemia.³ Estas complicaciones provocan más ingresos hospitalarios, estancias más largas, y la infección en sí misma es un indicador de morbilidad y mortalidad en las personas mayores. Las UPP más graves conllevan, pues, mayores costes de tratamiento.⁴

Las UPP implican una carga tanto económica como sanitaria. En el Reino Unido, según las estimaciones del Sistema Sanitario Nacional (NHS), el coste anual medio que supone el tratamiento de estas úlceras asciende a 531 140 millones de libras.⁵ En Australia, en 2020 el coste de las UPP para los hospitales públicos fue de 9110 millones de dólares.⁶ Y en Estados Unidos, por su parte, se estima que las UPP intrahospitalarias suponen un coste de 26 800 millones de dólares.⁷ No existen muchos datos al respecto sobre la situación en otros países.

La solución, para reducir esta carga económica, pasa por prevenir las úlceras por presión, identificando las de mayor riesgo. Cuando el profesional sanitario se encuentra ante una úlcera, el objetivo ha de ser prevenir su empeoramiento y establecer las condiciones que favorezcan la cicatrización. El mejor medio de lograrlo es a través del protocolo de Higiene de la Herida, una estrategia antibiofilm con un enfoque integral de paciente y herida.⁸⁻¹⁰ Esto implica tener en cuenta cuestiones psicosociales, tratar la comorbilidad subyacente, proporcionar apoyo nutricional y responder ante la etiología de la herida, con sistemas de descarga

y redistribución de presiones. La presente guía pretende ayudarle a evaluar, controlar y hacer el seguimiento de las úlceras por presión a través de la Higiene de la Herida, para favorecer la cicatrización.



Entender el biofilm

Las úlceras por presión graves suelen responder menos a los tratamientos y tienen peores resultados.¹¹ Es una cuestión del tipo de tejido, ya que estas heridas se caracterizan por un tejido necrótico, esfacelar y/o de granulación friable, que alberga mucho más biofilm que el tejido de granulación sano y el tejido epitelial que se encuentra en heridas menos graves. El biofilm es resistente al tratamiento, lo que retrasará la cicatrización. En todas las heridas hay biofilm, en mayor o menor grado,⁸ y siempre hay posibilidad de deterioro, razón por la que es necesario considerarlas como heridas de difícil cicatrización. Por lo tanto, para la cicatrización de las úlceras por presión debe emplearse la estrategia de actuación temprana antibiofilm de Higiene de la Herida.

¿Qué es un tejido de granulación friable?

Este es un término relativamente reciente para denominar el tejido de granulación de una herida que no acaba de cicatrizar, pero que tampoco tiene un aspecto insano. Suele ser de color rojo oscuro y se desmenuza fácilmente.¹⁰

El contenido de esta publicación se ofrece únicamente como guía general; los profesionales sanitarios no deben dejar de consultar sus propias políticas y directrices locales

Evaluación



Cuando un paciente presente una úlcera por presión, lleve a cabo una evaluación integral de la úlcera y de las necesidades del paciente.

- ▶ Es muy importante incluir en la evaluación datos relativos a la calidad de vida del paciente, la comorbilidad, el nivel de riesgo y los factores de riesgo, los requisitos nutricionales, la necesidad de tratamientos complementarios, así como la redistribución de presiones y los métodos de control de la herida necesarios, entre ellos la Higiene de la Herida. Asimismo, deben determinarse los objetivos del tratamiento.⁸
- ▶ Con objeto de centrarnos en los resultados esperados, debe darse una primera denominación a la herida (etiología, en este caso la categoría) y una segunda denominación (tipo de herida, en este caso la UPP); por ejemplo: categoría IV UPP.⁸

Factores de riesgo

Identifique los factores de riesgo, en especial los relacionados con la alteración del flujo sanguíneo y la isquemia, para ayudar a prevenir y evitar una cicatrización lenta y dificultosa.¹²

Comorbilidad

- ▶ Afecciones autoinmunitarias
- ▶ Enfermedad cardiovascular
- ▶ Diabetes mellitus
- ▶ Historial de UPP
- ▶ Neuropatía
- ▶ Pacientes con problemas de médula espinal o en cuidados intensivos

Estado general de salud

- ▶ Rangos de edad
- ▶ Índice de masa corporal
- ▶ Deterioro sensorial
- ▶ Movilidad limitada
- ▶ Déficit nutricional
- ▶ Deterioro cognitivo significativo

Factores extrínsecos

- ▶ Aumento de temperatura y humedad cutáneas
- ▶ Exposición prolongada de la piel a dispositivos médicos
- ▶ Inmovilización reciente, previa y durante una cirugía

Calidad de vida

Evalúe el impacto en la calidad de vida con herramientas como el Instrumento de Prevención de la Calidad de Vida en Úlceras por Presión.¹³

Síntomas

- ▶ Dolor
- ▶ Exudado
- ▶ Olor
- ▶ Prurito

Funciones físicas

- ▶ Sueño
- ▶ Movilidad
- ▶ Actividades cotidianas
- ▶ Vitalidad

Bienestar psicológico

- ▶ Apetito²
- ▶ Bienestar emocional
- ▶ Autopercepción y aspecto

Cambios posturales y redistribución de la presión

Determine con qué facilidad y frecuencia puede hacer cambios posturales al paciente con una UPP, para evitar la presión durante periodos excesivos. Esto puede depender de su movilidad, del estado de la piel y del estado de salud en general, así como del riesgo de disconfort y dolor.¹²

Valore si el paciente necesita una superficie de apoyo específica para mejorar la redistribución de presiones. Puede ser necesario en caso de que coexistan varias úlceras, estemos ante úlceras graves o heridas de difícil cicatrización en zonas anatómicamente complejas, o ante el riesgo de debut de nuevas lesiones. También en caso de obesidad, disconfort o limitación de la movilidad, aumento del microclima (en particular en cuidados intensivos) y si ha sido sometido recientemente a una intervención con colgajos o injertos.¹²

Clasificación por categorías

Clasifique por categorías (fases) el grado de deterioro de la piel (por ejemplo, categoría II)^{6,10}

Categoría	Descripción
I 	Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Es posible que no se aprecie el blanqueamiento en pieles oscuras; su color puede diferir del área circundante. La zona puede presentarse firme, suave, dolorosa, y/o más caliente o fría que el tejido adyacente ¹⁶
II 	Pérdida del espesor parcial de la dermis, que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho rojo/rosado, sin esfacelo. También puede presentarse como una flictena llena de líquido seroso.
III 	Pérdida total del tejido; puede verse grasa subcutánea, pero no hay exposición ósea, tendinosa ni muscular; puede haber presencia de esfacelo que no impide ver la profundidad de la herida; puede haber tunelizaciones y cavidades.
IV 	Pérdida de todo el espesor parcial de la piel con exposición ósea, tendinosa o muscular; puede haber presencia de esfacelos o placas necróticas* (bajo el denominador de tejido necrótico en el resto de esta guía); a menudo incluye cavidad y tunelización.
No categorizable 	Pérdida total de tejido con una extensión que puede quedar oculta bajo tejido esfacelar y/o necrótico.
Lesión de tejido profundo 	Lesión resultante de un cizallamiento profundo en la zona de contacto entre el hueso y el músculo, que se presenta con una coloración rojiza/púrpura de la piel no blanqueable (a menudo acompañada por dolor o entumecimiento y cambio de temperatura) o de una separación epidérmica que revela una herida de color oscuro o una flictena hemorrágica.

* La escara es tejido necrótico que a diferencia del esfacelo se presenta como un tejido seco, grueso y de aspecto acartonado, de color marrón o negro.

Nota: no todas las úlceras por presión (por ejemplo, las UPP mucosas) pueden categorizarse adecuadamente.

Reconocer los tipos de tejidos

El tratamiento de una úlcera por presión, según el protocolo de Higiene de la Herida, debe adaptarse en función del tipo o tipos de tejido(s) predominante(s) en el lecho.



Tejido necrótico

Negro o marrón; puede estar adherido (duro, seco) o presentarse de forma húmeda y blanda.



Esfacelado

Amarillo o blanco; generalmente húmedo, a veces seco y adherido; con una apariencia de capa gruesa o fina.



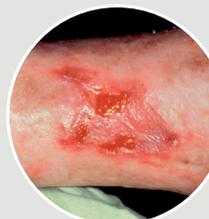
De granulación friable

Normalmente rojo oscuro; a menudo sangra cuando se toca; puede ser friable.



De granulación sano

Tejido nuevo; rojo vivo, húmedo y brillante; aspecto empedrado.



Epitelial

Rosa pálido o blanco; migra por la superficie de la herida desde los bordes; puede ser frágil al principio.

Tratamiento



Utilice los resultados de una evaluación completa como base para un tratamiento integral. **En las úlceras por presión de categoría II en adelante**, en las que hay un deterioro de la integridad cutánea, el tratamiento de la herida debe seguir los cuatro pasos de la Higiene de la Herida: limpieza, desbridamiento, acondicionamiento y aplicación de apósitos, durante todo el proceso de cicatrización.⁸

Tratamiento integral de las úlceras por presión

Como parte del conjunto de buenas prácticas y herramientas, pueden incorporarse diversos métodos de tratamiento de las úlceras por presión. Por ejemplo:

- ▶ Cuidado de la piel para favorecer su integridad
- ▶ Protección de la piel de la humedad
- ▶ Soporte nutricional e hidratación
- ▶ Cambios posturales que favorezcan la movilidad del paciente
- ▶ Tratamiento de la comorbilidad
- ▶ Redistribución de las presiones y alivio de estas
- ▶ Técnicas y dispositivos de manipulación manual
- ▶ Asientos diseñados a la morfología del paciente
- ▶ Uso de apósitos de espuma para prevenir el deterioro de la piel
- ▶ Autocuidado e instrucciones para el paciente

Implementación de la Higiene de la Herida

Limpieza



Limpieza del lecho de la herida y la piel perilesional

- ▶ Limpie los restos de piel muerta e hiperqueratosis.
- ▶ Utilice gasas limpias para evitar la contaminación cruzada.
- ▶ Utilice soluciones de limpieza con antimicrobianos ante sospecha o presencia de infección.
- ▶ No retire el tejido necrótico de extremidades o talones isquémicos, salvo que sospeche de infección.

Tipo de tejido	Métodos de limpieza
Tejido necrótico, esfacelar y/o de granulación friable	Limpieza vigorosa (con gasa, compresa suave, solución con pH equilibrado o surfactante)
Tejido de granulación sano	Limpieza moderada o suave
Tejido epitelial/piel intacta	Limpieza suave

Desbridamiento



Desbridar enérgicamente el tejido no viable para eliminar el biofilm y favorecer el crecimiento de tejido sano.

- ▶ Decida el método según su nivel de experiencia, formación y confianza.
- ▶ Tenga cuidado al desbridar úlceras por presión en el talón de pacientes con mala perfusión o trastornos autoinmunes.
- ▶ Después del desbridamiento, limpie la herida con una solución antiséptica para evitar la contaminación.

Tipo de tejido	Intensidad	Métodos de desbridamiento
Tejido necrótico, esfacelar y/o de granulación friable	Alta	Quirúrgico, cortante (cureta, bisturí, tijeras o fórceps), larval (no en tejido necrótico), ultrasonido o mecánico (compresa, gasa o toallitas)
Tejido de granulación sano	Suave	Mecánico (gasa, compresas suaves o toallitas)
Tejido epitelial/piel intacta	Ninguna	Ninguno

Acondicionamiento

3



Acondicionamiento Las células primarias que facilitan la epitelización se encuentran en los bordes de la herida. El biofilm es más activo en esta zona,¹⁴ donde estimula la senescencia celular (pérdida del poder de división y propagación de las células), evitando el crecimiento de tejido nuevo y sano.⁹ Acondicionar los bordes para eliminar el tejido necrótico, esfacelar y/o friable (y, por lo tanto, el biofilm) favorecerá la cicatrización.^{8,9} También puede ayudar en el manejo de la contracción de bordes (evitar bordes invaginados).

- ▶ Intente que los bordes de la herida tengan la misma altura que el lecho de la herida.
- ▶ Esto debería eliminar las áreas que puedan albergar biofilm.⁹
- ▶ Decida el método de desbridamiento, ya sea con una compresa o gasa suave, o un bisturí (para conseguir un sangrado preciso), en función de su grado de habilidad.

Tipo de tejido	Método
Tejido necrótico, esfacelar y/o friable	Manipule los bordes de la herida hasta provocar un sangrado preciso ⁸
Tejido de granulación sano	Efectúe movimientos circulares sobre los bordes de la herida ⁸

Apósitos

4



Aplice apósitos sobre la herida para eliminar de forma proactiva el biofilm y evitar su reformación o para controlar las bacterias residuales, con el fin de prevenir la colonización y, por consiguiente, la formación de un nuevo biofilm.^{8,9}

- ▶ Esto favorecerá un entorno sano de la herida.
- ▶ La elección del apósito debe hacerse en función del tipo de tejido predominante, la profundidad de la herida y la cantidad de exudado.

Elección del apósito

La limpieza y el desbridamiento ayudan a preparar la herida para la colocación de apósitos.¹⁵ Dependiendo de sus propiedades, un apósito puede evitar o reducir la formación de un nuevo biofilm, pero siempre debe favorecer el equilibrio de la humedad necesario para la cicatrización. La elección del apósito dependerá del momento en el que se encuentre la herida en el proceso de cicatrización:

- ▶ Las úlceras por presión que albergan una cantidad considerable de biofilm (que se caracterizan por la presencia de tejido necrótico, esfacelar y/o friable, así como por un exudado excesivo) necesitarán apósitos antimicrobianos con propiedades antibiofilm. Su absorción deberá indicar el volumen y consistencia del exudado que se produce.^{8,9}
- ▶ Cuando la úlcera por presión mejore, con la formación de tejido de granulación y/o epitelización, puede pasarse a un apósito no antimicrobiano, que mantendrá unas condiciones óptimas para la cicatrización. La Higiene de la Herida debe seguir practicándose en cada cambio de apósito.^{8,9}

Debe hacerse una evaluación de la úlcera en cada cambio de apósito, y asegurarnos de que estos siguen siendo eficaces cada 2-4 semanas.⁹

Monitorización



El progreso del paciente y la herida deben reevaluarse en cada cambio de apósito o cada 2-4 semanas. Esto es para monitorizar la eficacia de la estrategia de manejo de heridas y el progreso hacia los objetivos de tratamiento del paciente y del profesional de la salud.

La herida

En cada evaluación de la herida debe comprobarse lo siguiente:

- ▶ Cambios de tamaño y aspecto de la herida
- ▶ Cambios en las características del lecho de la herida
- ▶ Estado de los bordes de la herida
- ▶ Mal olor, indicativo de alta carga microbiana
- ▶ Presencia de tunelizaciones o cavidades.

Si no se observan signos de cicatrización, debe procederse a una evaluación integral para determinar si se están abordando convenientemente todas las causas subyacentes, los factores de riesgo y la comorbilidad, y si debe adaptarse alguna fase del régimen terapéutico.

Documentar empeoramientos y mejoras

Después de cada evaluación, debe documentarse el progreso de la úlcera por presión. Las úlceras por presión que hayan empeorado pueden documentarse como categoría más grave. Las que hayan mejorado, por su parte, deben documentarse en su categoría más grave, con la mención «en proceso de cicatrización», en lugar de clasificarse en una categoría menos grave.

Categoría IV

Empeoramiento

Categoría III

Mejora

Categoría III (en proceso de cicatrización)

El paciente

Debe valorarse periódicamente el efecto de la UPP en la calidad de vida del paciente y en su bienestar en general. Pregunte al paciente si la UPP está teniendo alguno de los siguientes impactos:

- ▶ Dolor
- ▶ Problemas para dormir
- ▶ Movilidad reducida
- ▶ Pérdida de apetito
- ▶ Dificultad para realizar las actividades diarias
- ▶ Deterioro de la vida social

En el caso de que se haya aconsejado al paciente utilizar dispositivo de descarga o redistribución de presiones, pregúntele cómo se siente con ellos, por si necesita más información y/o ayuda para mejorar su adherencia. Merece la pena estudiar si existen medidas prácticas que ayuden a solucionar cualquier problema.

Referencias

1. Spilsbury K, Nelson A, Cullum et al. Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):494-504
2. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(7):1175-83
3. Mondragon N, Zito PM. Pressure injury. *StatPearls*. 2022. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk557868/
4. Demarré L, van Lancker A, van Hecke A et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(11):1754-1774
5. Guest JF, Ayoub N, McIlwraith T et al. Health economic burden that different wound types impose on the UK's national Health Service. *Int Wound J*. 2017; 14(2):322-330
6. Nghiem S, Campbell J, Walker RM. Pressure injuries in Australian public hospitals: a cost of illness study. *Int J Nurs Stud*. 2022; 130:104191
7. Padula WW, Delarmente BA. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *Int Wound J*. 2019; 16(3):634-640
8. Murphy C, Atkin L, Vega de Ceniga M, Weir D, Swanson T. International consensus document. Embedding Wound Hygiene into a proactive healing strategy. *J Wound Care*. 2022; 31:S1-S24
9. Murphy C, Atkin L, Swanson T et al. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. *J Wound Care*. 2020; 29(S3b):S1-S28
10. Murphy C, Mrozikiewicz-Rakowska B, Kuberka I et al. Implementation of Wound Hygiene in clinical practice: early use of an antibiofilm strategy promotes positive patient outcomes. *J Wound Care*. 2022; 31(S1):S-S32
11. Guest JF, Fuller GW, Vowden KR. Cohort evaluating pressure ulcer management in clinical practice in the UK following initial presentation in the community: costs and outcomes. *BMJ Open*. 2018; 8(7):e021769
12. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: quick reference guide. 2019
13. Gorecki C, Brown JM, Cano S et al. Development and validation of a new patient-reported outcome measure for patients with pressure ulcers: the PU-QOL instrument. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11:95
14. Bay L, Kragh KN, Eickhardt SR, Poulsen SS et al. Bacterial aggregates establish at the edges of acute epidermal wounds. *Adv Wound Care*. 2018;7(4):105-113
15. Atkin L, Bucko Z, Montero EC et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. *J Wound Care*. 2019; 28(S3a):S1-50
16. Pan Pacific Pressure Injury Classification System for Dark Skin Tones. <https://tinyurl.com/2pgyx7iz> (consultado el 9 de febrero de 2023)



convatec

— forever caring —