Manejo integral del paciente con úlceras por presión

Dr. Reinaldo Alvarez Acosta
Especialista Cirugía Plástica

Centro Nacional de Rehabilitación
Julio Díaz

Concepto:

Las úlceras por presión, conocidas también como úlceras de decúbito o escaras, constituyen áreas localizadas de necrosis tisular de la piel y el tejido celular sub-cutáneo, incluyendo los músculos, que han estado sujetas a períodos prolongados de presión.

La isquemia y anoxia tisulares aparecen cuando la presión supera la presión capilar. Las presiones capilares en circunstancias normales son 32 mm lado arteriar y de 13 a 15 mm en el segmento venoso.

Etiología:

Existen dos hipótesis que tratan de explicar la etiología de la úlcera por presión.

- La primera plantea que, debido a la isquemia provocada por la presión sobre las paredes de los vasos sanguíneos y linfáticos, la cual sobrepasa la presión de sus fluidos, se producen efectos anóxicos locales, así como la acumulación de metabolitos tóxicos en los tejidos locales provocada por la mala perfusión venosa. Se desarrolla además, un edema que empeora la nutrición de los tejidos.

- La segunda considera que los cambios en la síntesis del colágeno producen una disminución de la resistencia al flujo del fluido intersticial. El fluido intersticial se detiene y se produce la necrosis, debido a la acumulación de productos en descomposición del metabolismo anaeróbico y de la incapacidad de su eliminación.
- Las úlceras por presión son habitualmente clasificadas en grados o estadios según sistemas de clasificación que se basan en la profundidad de la destrución del tejido

Clasificación:

- Estadío I.

Eritema no blanqueante de la piel intacta (no está rota la piel) que constituye el antecedente de la ulceración. Pueden ser también indicadores el aumento de temperatura, el edema, el endurecimiento y en individuos de piel oscura la decoloración de la piel.

- Estadío II

Pérdida parcial del grosor de la piel que involucra la epidermis, la dermis o ambas

La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión, ampollas o cráteres pocos profundos, superficial.

- Estadío III.

  Pérdida total del grosor de la piel con daños del tejido sub-cutáneo o necrosis del mismo. El daño no se extiende hasta la fascia. Clínicamente la úlcera aparece como un cráter profundo. Pueden presentarse excavaciones en el tejido adyacentes.

- Estadío IV.

Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensiva del tejido subcutáneo que puede involucrar capas musculares, articulaciones y/o huesos. Pueden presentarse como un cráter profundo con excavaciones, y pueden incluir la presencia de tejido necrótico

Evolución Anatomopátologicas

- Inicialmente isquemia por compresión más o menos irreversible.
- Endarteritis local progresiva e irreversible.
- Necrosis profunda (formación de la escara fuertemente adherida a los tejidos profundos).
- Ulceración posterior a la eliminación de la escara con infección secundaria.
- Formación de un tejido de granulación más o menos exuberante.
- Proliferación epiteliar periférica y fibrosa en el lecho de la úlcera.
- Retracción cicatricial con ulceración persistente y aparente estabilización de la lesión.

Causas:

Directas:

- ✓ La presión.

Indirectas:

- ✓ Contrapresión.
- ✓ Deficiencia sensorial.
- ✓ Deficiencias motoras.
- ✓ Fricción de las partes blandas.
- ✓ Presión de corte.
- ✓ Espasticidad, húmedad e infección.
- ✓ Factores psicosociales
- ✓ Anemia e hipoalbuminemia.

Evaluación de riesgo mediante la escala de Braden

- Estos parámetros tienen relación directa con las determinantes cruciales de las úlceras por presión, tales como:Intensidad y duracion de la presión, tolerancia de la piel y estructuras de sostén para resistir dicha presión.
- Esta escala nos da una puntuación mínima de 6 puntos y una máxima de 23 puntos (sumando los seis parámetros descritos), una puntuación final de 16 o menos nos indica que debemos intervenir inmediatamente, con todo el conjunto de medidas preventivas.

Escala de Braden para evaluar el riesgo de padecer úlceras por presión.

Nombre del paciente: _____				
Edad: _____ **Fecha de evaluación:** _____				
Percepción sensitiva (capacidad de responder, estímulos de presión)				**Puntaje**
Completamente limitado: No responde a estímulos dolorosos (inconsciente) **(1 punto)**	**Muy limitado:** No responde a estímulos dolorosos (solo quejidos) **(2 puntos)**	**Poco Limitada:** Responde órdenes verbales, no siente molestias **(3 puntos)**	**Sin Alteración:** Responde a órdenes verbales, siente molestias **(4 puntos)**	
Actividad (grado de actividad física)				**Puntaje**
En cama: **(1 punto)**	**En silla:** **(2 puntos)**	**Camina ocasionalmente** **(3 puntos)**	**Camina a menudo** **(4 puntos)**	
Movilidad (capacidad de controlar la posición del cuerpo)				**Puntaje**
Completamente inmóvil: **(1 punto)**	**Muy limitada:** **(2 puntos)**	**Poco Limitada:** **(3 puntos)**	**Sin limitación:** **(4 puntos)**	
Humedad (grado de la piel expuesta a la humedad)				**Puntaje**
Constantemente mojada: **(1 punto)**	**Muy mojada:** **(2 puntos)**	**Ocasionalmente mojado:** **(3 puntos)**	**No mojada:** **(4 puntos)**	
Nutrición (ingestión habitual de alimentos)				**Puntaje**
Muy mala: **(1 punto)**	**Probablemente inadecuada:** **(2 puntos)**	**Adecuada:** **(3 puntos)**	**Excelente:** **(4 puntos)**	
Fricción y deslizamiento				**Puntaje**
Requiere ayuda para moverse solo: **(1 punto)**	**Potencializa, se mueve débilmente, necesita ayuda:** **(2 puntos)**	**Sin problema aparente se moviliza en cama y en silla de ruedas sin problemas:** **(3 puntos)**		
			Puntaje total:	

Índice de Norton

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 12 o menos muy alto riesgo de úlceras o estar en formación
Índice de 14 o menos riesgo evidente de úlcera en posible formación.

Sistema de Codificación

ETIOLOGÍA:	ESTADIOS:	TAMAÑO:	FORMA:
Vascular arterial Vascular venosa Mixta Por presión Neurotrófica Iatrogenia Sin filiar	Preúlcera (Discreto edema o mancha roja poco extendida situada encima de un relieve óseo). Grado I Grado II Grado III Grado IV	Pequeño (1-3 cm.) Mediano (3-6 cm.) Grande (+ 6 cm.)	Circular Ovalada Reniforme Herradura Serpinginosa Irregular
FONDO:	**BORDES DE LA ULCERA**	**SECRECCION:**	**BASE:**
Superficial Profundo Forma de copa Festoneado Crateriforme Limpio Rugoso Purulento Esfacelado Necrótico Granulante	Oblicuo Excavado/perpendicular Mellado Evertido Socavado	Escasa Profusa Purulenta Hemorrágica Serosa	Suave Infiltrada Con induración
CURSO-EVOLUCION:	**DOLOR:**	**INFECCION:**	**PIEL PERILESIONAL:**
Normal Tórpida	Ausente Leve Malestar Fuerte Insufrible	Local Regional Sistémica	Integra Lacerada Maceración Eczematización Celulititis

Diagnostico:

Historia Clinica. Interrogatorio.

Antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos familiares.

Conocer tiempo y motivo de la lesion del paciente

Calidad de vida (Grado funcional basal) hasta el momento en que aparece la enfermedad.

Funciones físicas, actividades de la vida diaria, grado de autonomia para la alimentación, aseado, vestido, movilidad y continencia de esfínter.

Grado de automia para el cuidado y la realización de laa tareas de la casa.

Funciones cognitivas. Orientación, capacidad de mantener conversación logica, capoaciadd de conocer a las personas, trastornos del humor, alteraciones mentales (alucinaciones o delirium) , vida vegetativa

Conocer con quien vive, apoyo familiar y condiciones de la vivienda.

Medicación anterior

Motivo de consulta

2. *Examen fisico.*

Ver sistemas de codificación de las ulceras por presion.

3. Examenes complementarios.

Hemograma con diferencial y eritro.

Glicemia y creatinina

Proteinas totales y fraccionadas.

Coagulograma

Cituria.

Cultivo de lesion (sugerimos que se realice por biopsia que es una prueba mas fiel) o por frotis.

Urocultivo.

Ultrasonido renal y abdominal.

Rayos X según el area afectada

Doppler vascular

Otros siempre y cuando lo requiera el paciente.

TRATAMIENTO

- **Preventivo profiláctico**
  - Inspección y cuidado de la piel
  - Terapia postural
    - Superficies de apoyo
  - Nutrición
- **Tratamiento Médico.**
  - Desbridamiento
    - Quirúrgico
    - Enzimáticos
    - Auto lítico
    - Mecánico
  - Limpieza de la herida
  - Tratamientos basados en medicina física
    - Estimulación eléctrica
    - Láser terapia
    - Ultrasonido
    - Magneto terapia

- **Tratamiento Quirúrgico.**

  - Injertos autólogos de piel
  - Colgajos cutáneos
  - Colgajos miocutáneos
  - Colgajos microvascularizados

- **Otros**

  - Favorecedores de la cicatrización
  - Contra la infección
  - Oxigenación hiperbárica
  - Peloides
  - Dexpantenol
  - Providex
  - Granulex

G R A C I A S