

# RESUMEN

---

Guía de recomendaciones basadas en la evidencia  
en Prevención y Tratamiento de las

**ÚLCERAS POR PRESIÓN  
EN ADULTOS**

**3**

GUÍA DE RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA EN  
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN  
EN ADULTOS. Resumen de recomendaciones

Rosa M<sup>a</sup>. Blanco Zapata  
Elena López García  
Cristina Quesada Ramos  
M<sup>a</sup>. Rosario García Rodríguez

Edita: Osakidetza

Depósito Legal: SS-712-2015

# **RESUMEN DE RECOMENDACIONES**

GUÍA DE RECOMENDACIONES BASADAS  
EN LA EVIDENCIA EN PREVENCIÓN  
Y TRATAMIENTO DE LAS  
**ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS**

## **Autoras**

---

Rosa M<sup>a</sup>. Blanco Zapata. *Adjunta de Docencia y Formación Continuada de Enfermería. Miembro de la Comisión de Úlceras. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces*

Elena López García. *Coordinadora de Enfermería del Área Quirúrgica y Unidades de Cuidados Intensivos. Miembro de la Comisión de Úlceras por presión y heridas crónicas. OSI Bilbao-Basurto*

Cristina Quesada Ramos. *Responsable de Enfermería Centro de Salud Buenavista. Miembro de la Comisión de Úlceras. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces*

M<sup>a</sup>. Rosario García Rodríguez. *Supervisora de Enfermería. Unidad de Medicina Interna Basada en la Evidencia. OSI Donostialdea*

## **JUSTIFICACIÓN**

---

Las úlceras por presión (UPP) constituyen la complicación más prevenible y tratable que puede presentar cualquier paciente con movilidad reducida. El deterioro de la integridad cutánea y tisular de un individuo se puede presentar tanto si se encuentra en instituciones cerradas como en el ámbito domiciliario, y su aparición está ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, representando un grave problema no sólo a nivel de paciente, sino también de su entorno cuidador y de todo el sistema.<sup>1-2</sup>

## **OBJETIVOS**

---

- a. Determinar las recomendaciones basadas en la evidencia en relación a los pacientes con UPP o en riesgo de desarrollarlas.
- b. Establecer indicadores que ayuden a monitorizar y controlar las UPP, poniendo en marcha estrategias y actividades dirigidas a reducir la incidencia y prevalencia de las mismas.

## **PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDA**

---

Esta guía se dirige a todos los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de las UPP en cualquiera de los tres niveles de asisten-

cia sanitaria (Atención Primaria, Atención Hospitalaria o Servicios Sociosanitarios); respondiendo a un compromiso de cuidados centrados en el paciente, seguros y de calidad, sensible a los valores, preferencias y necesidades de salud del usuario y su familia.

## POBLACIÓN DIANA

**Población diana:** Todos los pacientes adultos pertenecientes a los tres niveles de la asistencia sanitaria de Osakidetza, susceptibles de padecer una UPP.

**Exclusiones:** Pacientes adultos ingresados en el servicio de Obstetricia, así como los pacientes pediátricos.

## METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta guía hemos intentado compaginar el rigor con el pragmatismo. Dado que existen en la actualidad guías de práctica clínica (GPC) el grupo de trabajo de cuidados de las UPP ha realizado una revisión bibliográfica priorizando las bases de datos secundarias de acuerdo a la propuesta de Haynes<sup>8</sup>. Se identificaron las GPC de calidad y actualizadas los últimos 5 años.

La calidad de los documentos encontrados se ha evaluado mediante el instrumento AGREE-II (2010)<sup>10</sup>. Si la valoración era positiva, se consideró que las recomendaciones podían ser aptas para ser empleadas en la práctica

Las GPC revisadas y que se han utilizado para la elaboración del presente documento son las siguientes:

- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con UPP o riesgo de padecerlas de la Generalitat Valenciana<sup>11</sup>, publicada en 2012 y con una puntuación global de 6 en el AGREE II.
- Guía para la Prevención y el Tratamiento de las lesiones por presión de la Australian Wound Management Association (AWMA)<sup>12</sup>, publicada en 2012 y con una puntuación global de 4 en el AGREE II.
- Pressure Ulcer: prevention and management of pressure ulcer<sup>15</sup>: publicada por NICE en Abril de 2014, que no se incluyó por estar en versión borrador en el periodo en que se hizo la búsqueda, y con una puntuación global de 5 en AGREE II.

- Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline<sup>16</sup>: publicada por la NPUAP-EPUAP, que no estaba publicada en el momento de la búsqueda, y con una puntuación global de 7 en AGREE II.

## LISTADO DE RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN DE UPP EN ADULTOS

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>A. VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE</b>	Complemente la valoración del riesgo mediante escala con el uso del juicio clínico y con el conocimiento de los factores de riesgo relevantes.	EPUAP- NPUAP	C
	Considere a los pacientes con una UPP (en cualquier categoría/estadío) como de riesgo de padecer más UPP.	EPUAP- NPUAP	B
<b>B. VALORACIÓN Y CUIDADOS NUTRICIONALES</b>	Ofrezca suplementos nutricionales con complejos ricos en proteínas en personas en riesgo de déficit nutricional y riesgo de UPP.	G. Valenciana	ALTA
<b>C. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE LA PIEL</b>	Inspeccione la piel en el primer contacto con el paciente, una vez al día como mínimo y después de procedimientos prolongados que implican una reducción de la movilidad., en busca de: - eritema - palidez al presionar - calor localizado - edema - induración - deterioro de la piel	G. Valenciana	BAJA
	Utilice ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) sólo en las zonas de riesgo de UPP.	G. Valenciana	ALTA

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>D. CONTROL DE LA HUMEDAD</b>	Valore la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Incontinencia: Colectores, sondas vesicales, pañales absorbentes.</li> <li>– Drenajes: Utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del drenaje.</li> <li>– Sudoración profusa: Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario.</li> <li>– Exudado de heridas: Utilizar apósitos adecuados.</li> </ul>	G. Valenciana	BAJA
	Proteja la piel del exceso de humedad con productos barrera (cremas con base de zinc o películas barrera).	G. Valenciana	BAJA
<b>E. CAMBIOS POSTURALES</b>	Realice cambios posturales a todos los pacientes con riesgo de desarrollar UPP o con UPP ya existente, salvo contraindicación.	EPUAP-NPUAP	A
	Evite la presión directa sobre las prominencias óseas del cuerpo y sobre dispositivos (férulas, drenajes, tubos,...).	G. Valenciana	MODE-RADA
	Limite el tiempo que el paciente pasa sentado en una silla sin alivio de presión.	G. Valenciana	MODE-RADA
<b>F. MANEJO DE LA PRESIÓN</b>	Utilice cojines, almohadas u otros dispositivos para eliminar la presión entre prominencias óseas, trocánteres, maléolos,...	G. Valenciana	MODE-RADA
	Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles.	EPUAP-NPUAP	B

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>G. USO DE SEMP</b>	Considere siempre las SEMP como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados —movilización y cambios posturales.	G. Valenciana	BAJA
	Sitúe al individuo con riesgo sobre una SEMP. No utilice colchones convencionales de espuma con los individuos en riesgo de desarrollar UPP.	G. Valenciana	ALTA
<b>I. EDUCACIÓN SANITARIA</b>	<p>Proporcione información a los pacientes con riesgo de UPP, sus familiares y cuidadores, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- causas de UPP</li> <li>- signos tempranos de UPP</li> <li>- formas de prevenir UPP (posturas en la cama y la silla, superficies de apoyo, actividad y nutrición)</li> <li>- implicaciones de desarrollar UPP</li> </ul>	NICE	SHOULD

**LISTADO DE RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO DE UPP EN ADULTOS**

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>A. CLASIFICACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LAS UPP</b>	Diferencie las UPP de otros tipos de heridas (úlceras de extremidad inferior, dermatitis por incontinencia, etc.).	EPUAP-NPAUP	C
<b>B. VALORACION INTEGRAL</b>	Identifique al cuidador principal, valore sus habilidades y disponibilidad, y también los recursos del individuo para establecer el plan de tratamiento.	AWMA	CBR
	Registre la valoración de la evolución de la UPP incluyendo las características de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios.	AWMA	C
<b>C. VALORACIÓN Y CUIDADOS NUTRICIONALES</b>	Evalúe la ingesta dietética en personas con UPP y en personas institucionalizadas (hospitales, residencias, etc.).	AWMA	A
	Ofrezca alimentos enriquecidos y/o hipercalóricos, suplementos hiperproteicos orales entre las comidas si los requerimientos nutricionales no son satisfechos con la ingesta dietética.	EPUAP-NPAUP	B
<b>D. CAMBIOS POSTURALES</b>	No posicionar al individuo directamente sobre la UPP.	EPUAP-NPAUP	C
	Inspeccione la piel cada vez que se aplican los cambios posturales.	AWMA	C

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>E. SEMP</b>	En individuos sentados con UPP en la zona sacra, glútea o coxis use SEMP específicas para el asiento y limite la posición de sentado a 3 veces al día y durante no más de 60 minutos.	AWMA	CBR
	En pacientes con UPP use SEMP estáticas de altas prestaciones (baja presión constante) o activas (presión alternante).	AWMA	A
<b>F. LIMPIEZA DE LA LESIÓN</b>	No utilice antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas.	AWMA	B
<b>G. DESBRIDAMIENTO</b>	Seleccione el método de desbridamiento más apropiado para el paciente, el lecho de la herida y la situación clínica.	EPUAP- NPUAP	C
	Desbridar el lecho de la herida cuando se sospecha o se confirma la presencia de biofilm.	EPUAP- NPUAP	C
	Proteja la piel periulceral cuando se realice un desbridamiento enzimático por el riesgo de maceración y escoriación y aumente el grado de humedad en la herida para potenciar su acción.	AWMA	C

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>H. INFECCIÓN</b>	Tienen un alto índice de sospecha de infección local en una UPP si hay presencia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- falta de signos de cicatrización durante 2 semanas</li> <li>- tejido de granulación friable</li> <li>- mal olor</li> <li>- aumenta el dolor de la úlcera</li> <li>- aumento de calor en el tejido alrededor de la úlcera</li> <li>- aumento de la cantidad de exudado</li> <li>- cambio importante en las características del exudado (por ejemplo, de nuevo inicio de drenaje sangriento, drenaje purulento...)</li> <li>- aumento del tejido necrótico en el lecho de la herida</li> </ul>	EPUAP- NPUAP	B
	Intensifique la limpieza y el desbridamiento en presencia de signos de infección.	AWMA	B
	Use apósitos con plata o cadexómero yodado como opción a la utilización de antibióticos locales como prevención de infección.	G. Valenciana	ALTA
<b>I. PIEL PERI-ULCERAL</b>	Aplice un producto barrera (crema o película) para mantener la piel perilesional sana evitando la maceración.	AWMA	B
<b>J. APÓSITOS</b>			
<b>CURA EN AMBIENTE HÚMEDO (CAH)</b>	Escoja el producto a utilizar en la CAH en función de la clase de tejido, características del exudado, localización de la lesión, piel perilesional de la herida y el tiempo disponible del cuidador.	AWMA	B

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>J. APÓSITOS</b>			
<b>APÓSITOS TRANSPARENTES DE FILM DE POLIURETANO</b>	Considere el uso de apósitos de film de poliuretano para proteger las zonas del cuerpo con riesgo de lesiones por fricción.	AWMA	CBR
<b>APÓSITOS HIDROCOLOIDES</b>	Considere el uso de apósitos hidrocoloides para proteger zonas del cuerpo con riesgo de daño por fricción.	AWMA	CBR
<b>ESPUMAS DE POLIURETANO</b>	Considere el uso de apósitos de espuma en UPP de cualquier categoría.	AWMA	CBR
<b>HIDROGELES</b>	Considere el uso de hidrogel para el tratamiento de úlceras secas o con poco exudado.	AWMA	C
<b>ALGINATOS E HIDROFIBRAS</b>	Utilice los alginatos y las hidrofibras en el interior de la herida, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado. Utilice apósitos de espuma de poliuretano como apósito secundario.	AWMA	B
<b>APÓSITOS DE SILICONA</b>	Considere el uso de apósitos de silicona para evitar lesiones cuando la UPP o la piel perilesional son frágiles.	AWMA	B
<b>APÓSITOS CON PLATA</b>	Evite el uso prolongado de apósitos con plata. Se deben retirar los apósitos de plata cuando se controla la infección de la UPP.	EPUAP- NPUAP	C
<b>APÓSITOS CON CARBÓN ACTIVO</b>	Considere el uso de apósitos con carbón activo en úlceras malolientes y exudado abundante.	AWMA	CBR

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>J. APÓSITOS</b>			
<b>APÓSITOS CON YODO</b>	El cadexómero yodado podría usarse para promover la cicatrización de UPP cuando hay un aumento de la carga bacteriana conocida.	G. Valenciana	BAJA
<b>APÓSITOS MODULADORES DE PROTEASAS</b>	Considere el uso de apósitos moduladores de proteasas para el tratamiento de úlceras tórpidas.	AWMA	B
<b>APÓSITOS CON COLÁGENO</b>	Considere el uso de apósitos con colágeno en UPP categoría III/IV que no cicatrizan.	EPUAP-NPUAP	C
<b>K. OTRAS TERAPIAS</b>	Considere la terapia de presión negativa para el tratamiento de UPP profundas, categorías III y IV.	AWMA	B
<b>L. UPP Y DOLOR</b>	Identifique los factores y circunstancias que aumentan o disminuyen el dolor de la UPP.	AWMA	C
	Elija un apósito apropiado para el tipo de herida y reconsidere su elección en caso de que la retirada cree problemas de dolor, hemorragia o agresiones de la piel.	AWMA	B

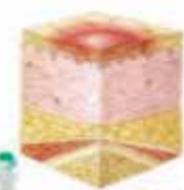
## LISTADO DE RECOMENDACIONES EN SITUACIONES ESPECIALES

Apartado	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
<b>A. PREVENCIÓN DE UPP EN QUIRÓFANO</b>	<p>Considere otros factores de riesgo específicos para las personas que reciben cirugía incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- duración de tiempo inmovilizado antes de la cirugía</li> <li>- duración de la cirugía</li> <li>- aumento de episodios de hipotensión durante la cirugía</li> <li>- temperatura baja durante la cirugía</li> </ul> <p>reducida movilidad en el primer día postoperatorio</p>	EPUAP-NPAUP	C
	Utilice una SEMP que redistribuya la presión en la mesa de quirófono para pacientes con riesgo de UPP.	G. Valenciana	MODERADA
<b>B. UPP EN PACIENTES CRÍTICOS</b>	Iniciar los cambios posturales tan pronto como sea posible después del ingreso.	EPUAP-NPUAP	C
	Considere el uso de un apósito preventivo para la prevención de UPP relacionados con dispositivos médicos.	EPUAP-NPUAP	C
<b>C. UPP Y PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR</b>	Considere periodos de descanso en cama para promover la cicatrización de UPP isquiática y sacra.	EPUAP-NPUAP	C
	En pacientes con UPP isquiáticas evite la posición completamente erguida cuando estén sentados en la silla o en la cama.	EPUAP-NPUAP	C
<b>D. UPP EN PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA</b>	Establezca una programación flexible de cambios posturales basada en las preferencias y tolerancias del individuo.	AWMA	C
	Utilice apósitos que permitan distanciar lo más posible las curas.	AWMA	C

### Anexo 3. Sistema de clasificación de UPP NPUAP/EPUAP

#### CATEGORÍA I: eritema no blanqueable

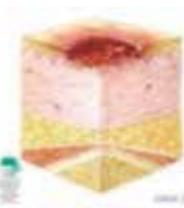
Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas “en riesgo”.



#### CATEGORÍA II: úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blíster intacta llena de suero o suero ser-sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas\*. Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.

\*El hematoma indica lesión de los tejidos profundos.



**CATEGORÍA III: pérdida total del grosor de la piel**

Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la UPP de categoría/estadio III varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar UPP de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

**CATEGORÍA IV: pérdida total del espesor de los tejidos**

Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la UPP de categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de categoría/estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis o osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.



## **CATEGORÍAS ADICIONALES PARA EE.UU.**

**INESTADIABLE/SIN CLASIFICAR: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos – profundidad desconocida**

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de la úlcera está completamente oscurecida por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (beige, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad no se puede determinar; pero será ya sea una categoría/estadio III o IV. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como “cobertura natural (biológica) del cuerpo” y no debe ser eliminada.



**SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS: profundidad desconocida**

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.



**Anexo 4. Diferenciación entre el eritema que blanquea y la UPP de categoría I**

<b>ERITEMA REACTIVO</b>	<b>UPP CATEGORÍA I</b>
	
<i>Eritema que blanquea</i>	<i>Eritema que no blanquea</i>