

ÚLCERAS Y APÓSITOS

ÍNDICE

| | Páginas |
|---------------------------------------|---------|
| 1.ÚLCERAS | 3 |
| 1.1. Introducción. | 3 |
| 1.2. Clasificación/ tipos. | 3-5 |
| 1.3. Valoración de la herida. | 5 |
| 1.4. Plan de actuación. | 6 |
| 2. APÓSITOS | |
| 2.1. Introducción. | 7 |
| 2.2. Tipos y funcionalidades. | 7-8 |
| 2.3. Uso y plan de intervención. | 8 |
| 3. BIBLIOGRAFÍA | 8 |

1. ÚLCERAS

1.1.Introducción

Definimos una úlcera como un tipo de herida crónica que formada por distintos factores, permanece en un estado similar durante un largo periodo de tiempo. Se asocian a una pobre perfusión de oxígeno así como a otras enfermedades concomitantes.

1.2.Clasificación

Podemos encontrar una gran variedad de tipos de úlceras, entre las que destacamos 3 tipos por la frecuencia de aparición. Son las vasculares, las diabéticas y las úlceras por presión.

a)U. vasculares:

Son las úlceras provocadas por la afectación del sistema circulatorio. Suelen aparecer en los medios inferiores de las personas y se asocian normalmente a patologías vasculares de carácter crónico. Se caracterizan por su dificultad para cicatrizar y tienden a volver a aparecer. Se pueden presentar tanto de tipo venoso como de tipo arterial.

- Las úlceras venosas las identificamos por una coloración roja escarlata o amoratada. Presentan unos bordes delimitados y bien definidos, de forma ovalada o incluso con forma irregular. Del mismo modo, pueden presentarse de forma solitaria como en conjunto.

Suelen formarse debido a las deficiencias en el retorno venoso. De forma externa o interna, ya que pueden aparecer a través de varices como también mediante trombos que se formen en las venas. Este tipo de úlceras suele aparecer en personas mayores a los 60 años.

- Las úlceras arteriales son un tipo de heridas que suelen aparecer en tejidos finos, irregulares y negruzcos. Se caracterizan por la escasa o nula presencia de bello corporal, así como la ausencia de pulso. Respecto a la apariencia, el tamaño suele ser muy pequeño, con los bordes delimitados y inflamados. Los pacientes que manifiestan este tipo de heridas manifiestan mucho dolor en los movimientos.

b)Úlceras diabéticas:

Este tipo de úlceras aparecen en personas diagnosticadas con una diabetes. La presencia excesiva de glucosa en las vías circulatorias esta asociada con la aparición de problemas nerviosos como la perdida de sensibilidad en las zonas más distales del organismo, como por ejemplo las piernas y las manos.

Podemos encontrar dos tipos de úlceras en personas diabéticas:

- Las úlceras neuropáticas:** se caracterizan por la aparición en el punto de presión o de deformidad del pie, se localizan en la planta del pie y en el talón. Tienen forma redondeada y con callosidad alrededor, no interfiere en las arterias por lo que mantiene el pulso.

- Úlceras neuro-isquémicas:** se clasifican como un tipo de úlceras que mezclan la neurologia y vascularidad. Primeramente la necrosis se seca, pero progresa a necrosis húmeda y supurativa si existe infección sobreañadida, los pulsos desaparecen de forma generalizada. Por lo que la arteria se ve afectada.

c) Úlceras Por Presión (UPP)

Son heridas causadas por la presión constante sobre una zona durante un tiempo prolongado. El tejido blando se comprime entre dos planos, por un lado la zona ósea y por el otro lado la superficie donde se esta apoyando el paciente, puede ser el suelo, un cojín o la cama. La compresión del tejido blando es un impedimento para que el riego sanguíneo circule por la zona. Esto induce una falta de oxígeno en las células de la zona y la apoptosis de las mismas, dejando así una zona necrótica y que debe ser retirada.

La mayoría de personas que sufren este tipo de úlceras son las que se encuentran en una situación de dependencia o de baja movilidad. En este tipo es muy importante la valoración **preventiva** tanto por parte del cuidador (Si el paciente lo dispone) como del personal de enfermería. De este modo, deben ser revisados todas las superficies de apoyo. Para poder valorar y prevenir la aparición de una UPP, deberemos conocer los estadios en las que se pueden presentar.

-Estadio I: Se muestra la zona afectada enrojecida y en un estado de **ablandamiento**.

-Estadio II: Comienza una pérdida parcial del grosor de la piel afectando a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y se presenta como una abrasión o una ampolla. También con un carácter superficial.

-Estadio III: Se presenta una pérdida parcial del grosor de la piel que implica una lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hacia la fascia, aunque sin atravesar la envoltura muscular subyacente. Se pueden presentar cavernas o trayectos sinuosos.

-Estadio IV: Supone una pérdida total del grosor de la piel con una destrucción, necrosis o lesión del músculo, hueso o de estructuras de soporte como el tendón o la capsula articular.

1.3.VALORACIÓN DE LA HERIDA

Para la curación de una úlcera resulta primordial realizar una correcta valoración. En la misma incluiremos el estadio en el que se encuentra la herida (mencionado anteriormente), la forma, el tamaño y si se encuentra seca o produce mucho exudado, por lo que la caracterizaría como húmeda. Esto interferirá a la hora de tratar la úlcera con una clase de apósito u otro, además de que provocará que usemos más combinaciones de apósitos (apósitos primarios y secundarios) o menos.

Siempre se intentará realizar una cura húmeda, ya que evidencias científicas respaldan que este tipo de curas favorecen el crecimiento tisular y la formación de vasos sanguíneos. Manteniendo unas condiciones adecuadas como una Tª similar a la del organismo.

Como medida preventiva y complementaria al proceso de valoración de las úlceras, podemos recurrir a dos índices, por los que calcularemos el riesgo de aparición de úlceras en el paciente. Estos índices son la escala Norton y el RESVECH 2.0. En el caso de la escala Norton, valoramos el riesgo de aparición de UPP. El índice RESVECH 2.0 será usado para acompañar la valoración enfermera de una úlcera.

1.4.PLAN DE ACTUACIÓN

Para actuar frente a la aparición de una úlcera, primeramente se presentará la fase de desbridamiento. Se llevará a cabo en úlceras con tejido necrótico (en el caso de UPP), es decir, con restos de tejido no sano. En esta fase, en la **mayoría de casos** deberemos hacer uso de un bisturí para dejar el lecho de la herida con tejido sano, también se podrá recurrir al uso de un desbridante químico. Sabremos que nos encontramos con ese tipo de tejido porque podremos observar la presencia de tejido sangrante. Se debe procurar retirar el tejido estrictamente necesario y no retirar tejido sano de más ya que es tiempo de más que tardará la herida en regenerar.

Seguidamente se procederá a la limpieza de la herida con un desinfectante. Si queremos hacer una cura húmeda deberemos evitar el uso de antisépticos o desinfectantes que tiendan a secar la herida.

2. APÓSITOS

Como se ha mencionado anteriormente, en las curas de las úlceras de los pacientes, se recomienda realizar una técnica de cura en un ambiente húmedo. Por otra parte, el uso de apósitos en una cura húmeda, nos facilita el procedimiento de desbridamiento de la herida (retirada de esfacelos y tejido necrótico). La elección de un tipo de apósito para una cura varía en función de diversas características del paciente y de la herida que presenta.

2.1.TIPOS Y FUNCIONALIDADES

Podemos identificar una gran variedad de apósitos, para poder adaptar una cura eficaz a la gran variedad de heridas que se pueden presentar.

a) Los alginatos: Usados para controlar el exudado de una herida.

Realiza un control escaso de la carga bacteriana de la herida. También se utilizan para desbridar los restos necróticos y los esfacelos de la herida.

b) Hidrogeles: que ejercen el papel de desbridantes químicos, como el *Prontosan gel* y el *Iruxol Mono*

c) Apósitos de poliuretano: Tienen la finalidad de absorber el exudado de una herida manteniendo un ambiente húmedo. Además de prevenir

una maceración de los bordes de la úlcera. Es aconsejable su aplicación en UPP dolorosas.

d)Hidrofibra de hidrocoloide: Apósito primario que se aplica a heridas que no necesariamente están infectadas. Sobre todo en heridas que presentan fistulas, consiguiendo una granulación de estas zonas, evitando que la úlcera cierre dejando espacios huecos que pueden traer consecuencias graves en el futuro. Un ejemplo es el *Aquacel*.

e)Mallas o interfases: De: aplicación más generalizada. puede aplicarse en casos de úlceras o UPP, además de en casos de heridas agudas como quemaduras o otro tipo de heridas. Este apósito es primario y se requiere la aplicación de una cobertura. Como ejemplo se encuentran el *Urgotul Absorb* y el *Linitul* entre otros.

f) Apósitos con plata:A diferencia de los apósitos de hidrofibra hidrocoloide, estos se aplicarán a úlceras por presión que se encuentren colonizados o infectados, así como también a heridas con alto riesgo de infección. Se debe limitar su uso una vez la infección de la herida esté controlada. Este tipo de apósitos se encuentran contraindicados para pacientes que tengan alergia a algún componente del apósito. Así como para pacientes sometidos a resonancias nucleares magnéticas.No se deberá usar para curar el suero fisiológico. Un ejemplo de apósitos con plata es el *Aquacel plata*.

g)Apósitos moduladores de las proteasas: Este tipo trata de modificar las sustancias denominadas proteasas que se expulsan de la herida mediante el exudado y que interfiere en las proteínas, afectando o retrasando la cicatrización de la herida. un producto de este tipo es el *Promogram* o el *Urgostart*.

h)Apósitos de silicona: Se usan con el fin de proteger el lecho de la herida. La malla lo protege de la adherencia de otros apósitos **(algunas espumas poliméricas usan adhesivo siliconado que se despega atraumaticamente).**

i)Carbón: la funcionalidad principal de este tipo de material es el de evitar dejar marchar el mal olor que provoca la herida. Se requiere el uso de un apósito secundario que fije a este al lecho de la herida. Encontramos el *Actisorb* y el *Carboflex*.

j)Apósitos de gasa: Uso básico para la limpieza y cura de heridas y úlceras. tienden a adherirse a la herida, puede usarse como apósito secundario con el objetivo de reducir la evaporación que causa la herida

2.2.USO Y PLAN DE INTERVENCIÓN

El uso de los apósitos sobre las heridas para favorecer una cura húmeda viene acompañado por la acción de otros materiales como son las cremas, que junto con el efecto de algunos apósitos nos potenciará el efecto deseado o trabajará otros aspectos de la herida.

Podemos usar una gran variedad de cremas para solucionar todo tipo de problemas que nos presente una úlcera. Un ejemplo es la **pasta Lassar**, una crema barrera y hidrófoba que trabaja para evitar la maceración de la zona perilesionar, además de aplicarse en pieles secas y irritadas. Otro tipo son los ácidos grasos hiperoxigenados, que se usa para UPP en un estadio I y como prevención de la aparición de dicho tipo de afecciones de la piel. Se conocen a través del *Linovera* o el *Corpitol*.

La crema de colagenasa, conocida como *Iruxol mono*, se encarga de un desbridamiento de los tejidos necrosados de la zona. Necesita aplicarse junto a un apósito secundario y una gasa que cubra la herida.

3. BIBLIOGRAFÍA

- Monografía Sureskin II.Espullues del Llobregat, Barcelona:Salvat, laboratorios Salvat.
- Cura y cuidados de pacientes con úlceras por presión [internet]. Córdoba: Hospital universitario Reina Sofía;2012 [Consulta 12 de Diciembre de 2014]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h2_4_productos_tto_heridas_upp.pdf