

ÚLCERAS POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN.

Las úlceras pueden y deben prevenirse, en gran parte, con el buen cuidado y atención al paciente por parte del personal de enfermería.

Prevenir, cuidar y disminuir la incidencia de las úlceras por presión es un objetivo de calidad asistencial.

El tratamiento efectivo de las úlceras por presión implica a todos los cuidadores, que deben trabajar en equipo. Ante pacientes de riesgo o una vez aparecida la úlcera por presión, se desarrollará un plan previamente organizado y perfectamente conocido por todos los miembros.

Es pues de vital importancia motivar y formar (formación continuada) al equipo cuidador sobre todos aquellos aspectos que hagan referencia directa o indirectamente sobre el tema (higiene, movilización, medidas preventivas, incontinencia, nutrición, hidratación, patologías relacionadas, avances técnicos...).

Se realizarán registros como herramientas de control y evaluación.

1.- DEFINICIÓN.

Lesiones de origen isquémico causadas en la piel y tejidos subyacentes, que se producen por presión anormal y sostenida, en general sobre planos óseos.

2.- ESTADÍOS.

- ***Estadio I.-*** Afecta a epidermis (piel intacta). Eritema (piel rosada) que no recupera el color normal después de retirar la presión.
- ***Estadio II.-*** Afecta a epidermis y dermis. Piel con pérdida de continuidad, vesículas o flictenas.
- ***Estadio III.-*** Pérdida de tejido que se extiende en profundidad afectando a nivel subcutáneo. Puede haber tejido necrosado.
- ***Estadio IV.-*** Pérdida total del grosor de la piel, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

3.- LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE.

- **Decúbito supino.**

- Occipital.
- Omóplato.
- Codos.
- Sacro.
- Talones.
- Isquion.

- **Decúbito lateral.**

- Trocánter.
- Orejas.
- Costillas.
- Cóndilos.
- Maleolos.

- **Decúbito prono.**

- Dedos pies.
- Rodillas.
- Órganos genitales masculinos.
- Mamas (en mujeres).
- Acromion.
- Mejillas.
- Orejas.

4.- FACTORES PREDISPONENTES.

- Presión mantenida (el más importante).
- Pérdida sensitiva; propicia la disminución de la percepción del dolor y presión.
- Parálisis motora asociada con atrofia muscular; incapacidad para responder a la presión.
- Desnutrición (hipoproteinemia, deficiencias vitamínicas). Determinan que la piel sea más vulnerable a la ulceración isquémica.
- Balance de nitrógeno, azufre, fósforo, calcio negativos. Déficits metabólicos secundarios a traumatismos o inmovilización prolongada.

- Espasticidad y contracturas articulares. Dificultan la adopción de posturas adecuadas. Las prominencias óseas sufren presión.
- Anemia. Propicia la hipoxia celular y necrosis.
- Edema. Obstaculiza el suministro de nutrientes a las células.
- Estado mental. El enfermo renuncia a moverse o adoptar posturas adecuadas.
- Enfermedades metabólicas: diabetes, cirrosis...
- Infección de lesiones y heridas.
- Senectud. Alteración y posibles aterosclerosis de vasos pequeños.

5.- VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE.

En el momento del ingreso, se realiza la historia de enfermería (anexo) incluyendo en la misma, un estudio detallado del estado general del paciente prestando especial atención a:

- Factores de riesgo de las úlceras por presión (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia...).
- Identificación de enfermedades que pueden interferir en el proceso de curación (alteraciones vasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, procesos neoplásicos...).
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol...
- Hábitos y estado de higiene.
- Tratamientos farmacológicos (corticoides, AINEs, inmunopresores...).
- Valoración nutricional.

Dentro de este estudio se realizará una valoración del riesgo de úlceras que tiene dicho paciente. Para esto utilizamos la Escala de Valoración de Norton (Anexo).

ASPECTOS VALORADOS EN LA ESCALA DE NORTON.

- *Estado físico general.*
- *Estado mental.*
- *Actividad.*
- *Movilidad.*
- *Incontinencia.*

Cada uno de los aspectos se valora en 4 categorías con una puntuación que va de 1 a 4 (1 mayor deterioro, 4 menor deterioro). La puntuación oscila entre "5" (máximo riesgo) y "20" (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de "14" supone una situación de riesgo.

- *De 5 a 11 -----→ muy alto riesgo.*
- *De 12 a 14-----→ riesgo evidente.*
- *> 14-----→ riesgo mínimo/no riesgo.*

6.- MEDIDAS PREVENTIVAS.

6.1.- Higiene y aseo general, para mantener la piel limpia y seca. Para ello el equipo de enfermería ha elaborado un protocolo que es conocido y seguido por todos los cuidadores, propiciando, en lo posible, el baño o ducha completo.

- Detectar precozmente la úlcera inminente con una rigurosa y minuciosa exploración de la piel aprovechando los momentos del aseo, de los cambios posturales o cambios de absorbentes de incontinencia.

- Evitar la presencia de arrugas al realizar las camas.

- Lavado y secado minucioso.

- Aplicación de cremas hidratantes en lugar de lociones que contengan alcohol y que resecan la piel.

- Estimular la circulación mediante masajes suaves, utilizando aceites específicos disponibles en el mercado (soluciones a base de ésteres de ácidos grasos hiperoxigenados -Corpitol®-. Estos serán de utilidad en estadios de preúlceras o estadio I; no pudiendo ser utilizados si existe discontinuidad en el estado de la piel).

6.2.- Protecciones en los pedales de las sillas de ruedas para evitar auto y heterolesiones al golpearse fortuitamente en las piernas. Hemos observado desde que llevamos a cabo esta medida una disminución considerable de las úlceras de origen traumático, ya que la mayoría se producían por traumatismos directos sobre los miembros inferiores.

6.3.- Dispositivos para aliviar la presión.

- . Cojines de agua.
- . Cojines de silicona.
- . Borregos.
- . Protectores locales: vendajes...
- . Módulos de agua para cama.
- . Colchones de aire (hinchado alternante).
- . Colchones de espuma.
- . Camas de cambios automáticos.

- En los carros de ruedas, durante el día, uso de cojines de agua, silicona y borregos. En determinadas personas es necesario reclinar el respaldo de la silla de ruedas para repartir la presión.

- Proteger las zonas de riesgo de ulceración y las zonas más delicadas con protecciones de algodón, almohadas, cojines...

- Colocación de apósitos hidrocoloides en zonas donde haya signos de apacición inminente de una úlcera.

- Colocar colchón de aire de presión alternante en la cama, en todos los pacientes que tengan la movilidad disminuida y en todos aquellos cuya puntuación de Norton esté por debajo de 14.

- En los pacientes con más riesgo se combinarán los colchones de aire con módulos de agua, colocados bajo el colchón de aire, en las zonas de mayor riesgo.

- En aquellos pacientes en estado más crítico donde se unen todos los factores predisponentes (inmovilismo, incontinencia...) y cuyo estado de las heridas requiera una frecuencia mayor de cambios posturales, poner camas de cambios automáticos.

6.4.- Incontinencia.

Buscar el tratamiento más adecuado a cada caso, según las características de cada paciente (ver protocolo de incontinencia).

A modo general las pautas a seguir son:

- Utilizar absorbentes de incontinencia cambiándose cuando sea necesario.

- Protocolizar los cambios de absorbentes con un horario determinado lo cual nos aporta:

- . Tratamiento de la incontinencia.

- . Aseo de la piel, evitando humedades.
 - . Valoración de la piel y posibles alteraciones en su integridad.
 - . Movilización del paciente a la vez que se realiza el cambio de absorbente.
- Utilización de colectores de orina en aquellos pacientes varones que lo precisen.
 - Valoración integral del paciente en silla de ruedas por si puede evitarse las sillas con cuña de incontinencia por el alto riesgo que conllevan de úlceras en glúteos.
 - Valoración de la necesidad de uso de sondaje vesical en casos determinados.

6.5.- Cambios posturales¹ estrictos cada 3-4 horas teniendo en cuenta que no se trata únicamente de un cambio de posición, sino que, en cada cambio hay que tener presente los siguientes puntos:

- Evitar el arrastre a lo largo de la cama.
- En cada cambio evitar las zonas de presión y rozamiento de prominencias óseas.
- Examen minucioso de la piel para detectar zonas de riesgo.
- Evitar los objetos en la cama que puedan ser causa de traumatismos: sondas atrapadas, arrugas de la ropa, restos de comida...
- Dejar a los pacientes encamados únicamente en las situaciones que sean imprescindibles.
- Alternar los puntos de apoyo en aquellos pacientes que precisen silla de ruedas incluyendo dicha movilización en la silla dentro del protocolo de cambios posturales.
- Acostar la siesta a aquellos pacientes que tengan alto riesgo de úlceras por presión y lo requieran.

6.6.- Cuidados nutricionales (ver protocolo de nutrición enteral).

Se debe procurar una dieta adecuada a las necesidades del paciente; rica en proteínas y vitaminas. Para ello es importante realizar una valoración nutricional periódicamente (proteínas totales, albúmina, linfocitos).

¹.- Para la vigilancia y control de los cambios posturales, en nuestro Centro, hemos elaborado una gráfica (anexo) que se coloca en la pared, en la cabecera de la cama del paciente, donde se especifica la posición y el horario del cambio. De esta forma la persona que va a realizar el cambio, conoce la posición en que se debe colocar al paciente encamado y además, de esta forma, vigilar que el cambio anterior ha sido realizado. El enfermero responsable, una vez constatado que el cambio ha sido realizado, lo refleja en una hoja con su firma. En esta hoja de firmas, se refleja las posiciones y horarios del cambio, coincidiendo con la gráfica que tiene el paciente en su habitación. Así se lleva un control riguroso de los cambios y se crean hábitos en la realización de los mismos.

Se utilizarán suplementos dietéticos en los casos que sea necesario recurriendo a la alimentación por sonda nasogástrica con administración de preparados específicos con bomba de nutrición enteral, siempre que no sea posible lograr una buena alimentación oral.

6.7.- Hidratación.²

Control de ingesta de líquidos y aumento de la cantidad de líquidos en los pacientes que lo requieran.

Uso de gelatinas cuando el paciente tiene dificultad para ingerir líquidos.

Atención especial a los meses de verano donde existe mayor riesgo de deshidratación.

7.- *TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.*

7.1.- Valoración de la lesión.

Con el fin de lograr una mejor actuación y comunicación entre los profesionales implicados, ante cada nueva úlcera, se realiza una hoja registro (ver anexo) en la que se hace constar:

a).- Nombre del residente, edad.

Fecha de aparición de la úlcera.

Lugar de producción: en la Residencia, en el Hospital, en el domicilio, o en otra residencia (antes del ingreso).

b).- Localización, Estadío, tipo de úlcera, etiología, características y tratamiento de la misma.

c).- Datos complementarios:

. En cuanto a la deambulación se registra si anda solo, con bastón, andador, con ayuda de otra persona, en silla que maneja solo o no y si está encamado en el momento de producirse la úlcera.

. Si es continente o no y tipo de tratamiento de incontinencia.

. En cuanto a la nutrición se registra el tipo de alimentación: enteral por SNG, dieta normal oral o por turmix...

. En cuanto a las patologías se refleja si tiene anemia, hipoproteïnemia, demencia senil, diabetes, insuficiencia venosa o arterial, fractura de cadera, hemiplejia, amputaciones,

² .- Para controlar este apartado, hemos elaborado una gráfica en la que se anota la pauta diaria de líquidos aconsejada para cada paciente y el horario a seguir. De esta forma se controla la ingesta aconsejada y la real y poder adoptar las medidas supletorias adecuadas.

retracciones severas. También se refleja si tiene alguna patología aguda en el momento de aparecer la úlcera.

El registro, además de cuantificar el número de úlceras nos permite verificar adecuadamente su evolución. Dicha evolución se hará periódicamente y debiera incluir al menos los siguientes datos:

- . Localización.
- . Estadíaje.
- . Dimensiones (longitud – anchura).
- . Existencia de tunelizaciones, excavaciones o trayectos sinuosos.
- . Tipos de tejido presente en el lecho de la úlcera: necrótico, esfacelado, de granulación.
- . Estado de la piel perilesional: íntegra, lacerada, macerada, eczematización.
- . Secreción de la úlcera: escasa, profusa, purulenta, hemorrágica, serosa.
- . Dolor.
- . Signos clínicos de infección local: exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre...
- . Antigüedad de la lesión.
- . Curso-evolución de la lesión.

7.2.- Tratamiento de las úlceras.

PLAN BÁSICO

- *Limpieza de la úlcera.*
 - . *Eliminar exudado.*
 - . *Eliminar restos cura anterior.*
 - . *Desbridar tejido necrótico.*
 - . *Secar lecho de la úlcera.*
- *Prevenir y tratar posibles infecciones.*
- *Estimular el tejido de granulación y reepitelización.*
 - . *Elegir el producto que mantenga el lecho de la úlcera en unas condiciones de humedad adecuadas.*

ELECCIÓN DE UN APÓSITO

Elegir el producto que permita:

- . Proteger la úlcera de agresiones externas.*
- . Mantenga el lecho húmedo y la piel circundante seca.*
- . Que controle el exudado.*
- . Deje la menor cantidad de residuos en la lesión.*

Además será preciso considerar:

- . Localización de la úlcera.*
- . Estadío.*
- . Cantidad de exudado.*
- . Tunnelizaciones.*
- . Estado de la piel circundante.*
- . Signos de infección.*
- . Facilidad de aplicación y retirada.*

*** PREÚLCERA.**

Piel intacta, eritema que desaparece al eliminar la presión.

- Estimular la circulación mediante masajes suaves utilizando una solución a base de ésteres de ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol®) 2-3 gotas 2 veces al día.

No usar si existe pérdida de continuidad en la integridad de la piel.

*** ESTADIO I.**

Eritema (piel rosada) que no recupera el color normal después de retirar la presión. Afecta a epidermis. No alteración en la continuidad de la piel.

- No masajear la zona para evitar los riesgos de traumatismo capilar.

- Lavado de la zona con suero fisiológico al 0,9%.

- Secado de la úlcera.

- Aplicación de apósitos hidrocolides semioclusivos (carboximetilcelulosa sódica: Comfeel Plus transparente®, Biofilm transparente®, Biofilm S®, Algoplaque®, Varihesive extrafino®...).

- Cambio apósitos, si no existen contraindicaciones o empeoramiento de la lesión cada 7 días.

- Almohadillar la lesión si se considera oportuno.

- En función del estado de la lesión, podría aplicarse ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol®).

* (Desaconsejamos en este estadio el uso de apósitos de hidrocoloides + alginato cálcico: Comfeel Plus extraabsorbente®, por el hecho de tener alginatos. Al tener estos una acción absorbente del exudado, que no existe en este estadio, lo que provoca es una acción no deseada “macerando” la piel de la lesión y en muchos casos llevando a una pérdida de la integridad de la piel).

* **ESTADÍO II.**

Piel con pérdida de continuidad; vesículas o flictenas. Afecta a epidermis y dermis.

- Evitar el uso de antisépticos locales (tipo povidona yodada) ya que su uso retrasa la curación de la lesión.

- Caso de existir vesícula, drenarla y retirar la piel lesionada.

- Lavado de arrastre con suero fisiológico al 0,9%.

- Secado del lecho ulcerado. Realizar esta técnica con suavidad a fin de no lesionar el tejido de granulación.

- Aplicación de apósitos en función del grado de exudado:

. Hidrocoloides (carboximetilcelulosa sódica) en fases de granulación y epitelización.

. Hidroreguladores (carboximetilcelulosa sódica + alginato cálcico –Comfeel Plus Extraabsorbente®). Presenta mayor poder de absorción si existe exudado.

- Cambio de apósitos en función del exudado. Siempre que haya pérdidas, pudiendo mantenerse el apósito hasta 5 días.

* **ESTADIO III.**

Pérdida de tejido que se extiende en profundidad afectando a nivel subcutáneo. Puede haber tejido necrosado.

La actuación irá encaminada teniendo en cuenta las características que presente la úlcera, siendo uno de los objetivos principales eliminar el tejido necrótico (desbridamiento enzimático o manual si procede) a fin de facilitar las fases de granulación y epitelización.

* Necrosis seca. (2 posibilidades)

- 1).
 - Realizar incisiones en la placa necrótica para que los productos sean efectivos.
 - Aplicar pomadas enzimáticas de colagenasa (Irujol®).
 - Aplicar apósito de gasa húmeda (suero fisiológico al 0,9%).
 - Cambio de cura cada 24 horas.
 - Acelerar el proceso mediante un desbridamiento manual.
 - No mantener la cura a base de colagenasas una vez eliminada la placa necrótica.
- 2).
 - Uso de hidrogeles (Confeel Purilon Gel®, Intra-Site Gel®...).
 - Cubrir la lesión con apósitos hidrocoloides (Confeel Plus Extraabsorbente®...).

* Necrosis húmeda.

- 1). Curas a base de colagenas (como en apartado anterior).
- 2). Uso de hidrogeles y apósitos. Las posibilidades se multiplican ya que todos los apósitos tienen cualidades semejantes: limpieza del tejido necrótico, absorción, mantenimiento de las condiciones de humedad... La elección se hará pues atendiendo a:

- . Tolerancia del paciente.
- . Localización.
- . Exudado.

Pueden usarse:

- Hidrogeles.
- Apósitos de poliuretano (Cutinova® Foam).
- Apósitos de alginato cálcico (Sorbsan®, Cutinova alginate®...).
- Apósitos de carboximetilcelulosa sódica (hidrocoloides).
- Apósitos hidropoliméricos (Tielle®).
- Apósitos hidrocelulares (Askina Transorbent®, Allevym®).

* Úlceras exudativas.

Aplicación de apósitos:

- . Apósitos de poliuretano (Cutinova® Foam).
- . Apósitos de alginato cálcico (Sorbsam®).
- . Apósitos hidropoliméricos (Tielle®).

* Cavitación/Tunelización.

- . Hidrogeles.
- . Alginato cálcico en cinta (Sorbsam®, Comfeel®...)
- . Apósitos de poliuretano para heridas profundas (Cutinova® Cavity).

En cualquiera de las elecciones, cubrir la úlcera con un apósito externo.

* **ESTADIO IV.**

Pérdida total del grosor de la piel, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén. Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

- Plan de actuación como el descrito en el anterior estadio.

* **ACTUACIÓN EN CASO DE INFECCIÓN.**

SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL:

- Exudado purulento.
- Presencia de pus.
- Necrosis hística.
- Bordes inflamados.
- Mal olor.
- Aumento de dolor.
- Estancamiento en la evolución.

- Realizar cultivo e instaurar tratamiento sistémico si precisa.

- Lavado de arrastre con clorhexidina al 0,5% (Desestimar el uso de povidona yodada pese a ser de más amplio espectro, ya que dificulta la fase de epitelización y su duración de acción es menor. En ningún caso usar los dos antisépticos juntos ya que se inactivan).

- Aplicación de pomada antibacteriana. Las más usadas por su excelente perfil antibacteriano son:

. Sulfadiazina argéntica (Flammazine®); actúa frente a gram-positivos y gram-negativos. Tiene una marcada propiedad exfoliante (limpiadora).

. Mupirocina (Bactroban®). Acción potente frente a gram-positivos pero también se incluyen en su espectro los gram-negativos.

. Ácido Fusídico (Fucidine tópico®). Actúa fundamentalmente sobre bacterias gram-positivas aeróbicas o anaeróbicas, especialmente sobre estafilococcus aureus.

- Puede usarse en úlceras infectadas tanto hidrogeles como apósitos de alginato, desaconsejándose el uso del resto de apósitos existentes.

Durante todo el proceso de curación, las curas se acompañarán de las medidas preventivas expuestas anteriormente.

*** Bibliografía:**

- “Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión”. INSALUD. Madrid 1996.
- “Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión”. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión. GNEAUP. Documento III.
- “Guía práctica en la atención de las úlceras de piel”. Soldevilla J. Editorial Garsi. Madrid 1994.
- Protocolo actuación ante úlceras por presión. Residencia Asistida San Camilo. Madrid.

PROTOCOLO ÚLCERAS POR PRESIÓN - RESUMEN -

1.- Valoración del paciente.

- Historia de enfermería: inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel conciencia, historia anterior de úlceras.
- Escala de valoración de úlceras de Norton.

*** Ante pacientes con una puntuación inferior a 14 en la escala de Norton y ante cualquier paciente que se prevea va a permanecer encamado más de 24 horas y que tenga movilidad disminuida, se pondrán medidas preventivas.**

2.- Medidas preventivas.

1. Higiene y aseo general.
 - Lavado y secado meticuloso.
 - Aplicación de cremas hidratantes (**No usar** lociones a base de alcoholes).
 - Estimular circulación mediante masajes suaves.
2. Uso de protectores en pedales de silla de ruedas.
3. Uso de dispositivos para aliviar la presión:
 - Borregos.
 - Protección de zonas de riesgo con: vendajes, almohadas, cojines.
 - Cojines de agua en silla de ruedas.
 - Módulos de agua en cama.
 - Colchón de aire (hinchado alternante) en cama.
4. Tratamiento adecuado de la incontinencia.
5. Cambios posturales estrictos.
6. Control nutricional: proteínas totales, albúmina, linfocitos, hemoglobina.
7. Control de la hidratación.

3.- Tratamiento.

*** Registrar todas las úlceras nuevas que aparecen.**

Preúlceras.

- Masajes suaves apliando 2-3 gotas de **Corpitol®** al levantar y acostar.

Estadio I.

- No aplicar masajes en la lesión.
- Lavado con suero fisiológico al 0,9% y secado de la zona.
- Aplicar apósitos hidrocolides semioclusivos (**Comfeel Plus Transparente®**).
- Cambio de apósitos cada 7 días.
- Almohadillar la lesión.

Estadio II.

- **Evitar** uso de antisépticos locales (tipo povidona yodada).
- De existir vesícula, drenarla y desbridar la piel lesionada.
- Lavado de arrastre con suero fisiológico al 0,9% y secado.

- Aplicación de apósitos hidrorreguladores (**Comfeel Plus Extraaborvente®**).
- Cambio de apósitos en función del exudado pudiendo mantenerse hasta 5 días.

Estadío III.

- **Necrosis seca.-**

- Realizar incisiones en la placa necrótica.
- Uso de pomada enzimática de colagenasa (**Iruxol Neo®**).
- Aplicar apósito de gasa húmeda (con suero fisiológico al 0,9%).
- Cambio de cura cada 24 horas.
- Acelerar el proceso mediante desbridamiento manual.

- **Necrosis húmeda.-**

La elección de apósito se hará en función de:

- . Tolerancia del paciente.
- . Localización.
- . Exudado.
- Aplicar hidrogel (**Intra-Site®**).
- Aplicar apósito:
 - . Apósito de poliuretano (**Cutinova® Foam**).
 - . Apósito de alginato cálcico (**Sorbsam®**).
 - . Apósito hidrorregulador (**Comfeel Plus Extraabsorvente®**).
 - . Apósitos hidropoliméricos (**Tielle®**).
- Cambio de apósitos los L-X-V o si existe fuga de exudado.
- **Úlceras exudativas.-**
 - Aplicar apósitos:
 - . Apósitos de poliuretano (**Cutinova® Foam**).
 - . Apósitos de alginato (**Sorbsam®**).
 - . Apósitos hidropoliméricos (**Tielle®**).
 - Cambio de apósitos L-X-V o si existe fuga de exudado.
- **Cavitación/tunelización.-**
 - Aplicación de apósitos:
 - . Alginato cálcico en cinta (**Comfeel cinta®**).
 - . Apósito de poliuretano (**Cutinova Cavity®**).
 - Aplicar apósito externo de gasa.
 - Cambios apósitos cada 24 hors en función del exudado.

Estadío IV.

- Seguir el mismo plan de curas que el anterior estadío.

Actuación en caso de infección.

- Realizar cultivo e instaurar tratamiento si precisa.
- Lavado con clohexidina al 0,5% (**No usar** povidona yodada).
- Aplicación de pomada antibacteriana:
 - . Flammazine.
 - . Bactroban.
 - . Fucidine.

- En función del estado de la úlcera, aplicar apósito de alginato cálcico (**Sorbsam®**).
- Si existen signos de infección **desestimar** cualquier otro tipo de apósitos.

Residencia Asistida San Camilo.
Tres Cantos (Madrid)
Junio 1999.