

09 RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE EVIDENCIA

EVIDENCIA [E] / RECOMENDACIÓN [R] / BUENA PRÁCTICA [BP]	NIVEL / GRADO
[R] Se ha de considerar que los pacientes que se encuentren encamados y/o sentados por tener la capacidad de movimiento limitada, corren el riesgo de desarrollar este tipo de lesiones.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] Los pacientes con una úlcera, de categoría I corren el riesgo de que esa lesión progrese hacia una úlcera de mayor tamaño.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] Los pacientes con una UPP activa podrán desarrollar una nueva lesión.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] La presencia de diabetes, enfermedades vasculares, uso de fármacos vasoactivos por inestabilidad cardiovascular, tensión arterial baja o alta, índice tobillo-brazo alterado, consumo de tabaco, presencia de edemas u oxigenoterapia, son algunos de los factores que afectan a la perfusión y a la oxigenación. Diversas Investigaciones los han relacionado con el desarrollo de úlceras por presión.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] La humedad es excesiva, afecta a la tolerancia de la piel.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] La presencia de temperatura corporal elevada está asociada a la aparición de UPP.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] La edad avanzada, unida a otros factores incrementa el riesgo, sobre todo en pacientes mayores de 75 años.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E] La percepción sensorial limitada disminuye la capacidad de responder de forma adecuada a las molestias derivadas de la presión sobre alguna parte del cuerpo. Este tipo de situación se da en estados de bajo nivel de consciencia o sedación, o cuando hay una pérdida de la sensibilidad en alguna parte del cuerpo.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².

[E]	Parámetros hematológicos: Algunos estudios han aportado asociación estadística entre alteraciones de la urea y electrolitos, proteína C reactiva elevada, linfopenia, hipoalbuminemia y descenso de la hemoglobina, y el desarrollo de UPP. Estos parámetros pueden ser secundarios a diversas causas (malnutrición, pérdida de sangre durante una cirugía...) afectando a la función reparadora, de transporte y termodinámica de la piel.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	La presencia de enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos, estados de confusión mental, entre otros, pueden aumentar la vulnerabilidad a desarrollar UPP debido a que afectan a la nutrición, a la perfusión, o la humedad de la piel.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se valorará el riesgo, con la herramienta indicada, tan pronto como sea posible dentro de las ocho primeras horas tras la admisión del paciente. La reevaluación se efectuará tan regular y frecuentemente como lo requiera la gravedad de su estado. También deberá reevaluarse si hubiese cualquier cambio en el estado del paciente o traslado de unidad.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	El uso de un instrumento fiable y validado -como la Braden Q- para valorar el riesgo de padecer UPP en la población pediátrica debe ser tenido en cuenta para facilitar una evaluación estructurada.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	La reinspección se realizará tras 8 ó 24 horas, dependiendo de la situación del paciente. En el caso de pacientes portadores de dispositivos diagnósticos o terapéuticos, la piel, alrededor y debajo de ellos, debe ser reinspeccionada dos veces al día, debiendo ser más frecuente en pacientes con signos localizados o generalizados de edema.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Tanto niños como adultos portadores de dispositivos, deben considerarse en riesgo de desarrollar una UPP.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se recomienda mantener la piel hidratada utilizando cremas hidratantes para disminuir el riesgo de daños.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se recomienda también el uso de ácidos grasos hiperoxigenados sobre las zonas de riesgo.	ALTA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .

[R]	No se aconseja realizar masajes para prevenir las UPP, ya que los capilares pueden estar dañados o ser frágil la piel. Tampoco se debe frotar vigorosamente, y siempre que sea posible es aconsejable no apoyar al paciente sobre un entema.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Evitar posturas como la de Fowler (de más de 30°) o la posición de semicostado siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Valorar la piel frecuentemente cuando se utilicen camas con la posibilidad de lateralización, ya que el riesgo de lesión por cizalla existe cuando a los pacientes se les lateraliza.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Los cambios posturales deberían realizarse para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo.	A (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[E]	La frecuencia de cambios posturales vendrá determinada por la tolerancia del tejido del individuo, su grado de actividad y movilidad, su estado de salud general, los objetivos globales del tratamiento y una evaluación del estado de la piel del individuo.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Los cambios posturales se llevarán a cabo utilizando la posición de semi-Fowler de 30° (máximo) o la posición de decúbito supino, y la posición de decúbito lateral con una inclinación de 30°. Estas tres posiciones se van alternando para evitar posturas que incrementen la presión como la de Fowler de más de 30°, o la lateralización de 90° para evitar apoyar sobre el trocánter.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Cuando el paciente está en posición de sedestación, es importante que se reposicione cada 15 minutos utilizando sus brazos, si es capaz de realizarlo independientemente, si esto no fuese así deberían realizarlo sus cuidadores. Se limitará el tiempo que un individuo pasa sentado en una silla sin alivio de la presión.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	En el caso de los niños y neonatos, es importante recolocar frecuentemente la cabeza cuando están sedados y con la ventilación. Esto es debido al alto riesgo de que desarrollen UPP en la zona occipital.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Se debe registrar la pauta de cambios posturales, especificando la frecuencia, la posición adoptada y la evaluación del resultado del régimen o plan de recolocación.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².

[R]	Elegir la SEMP según las necesidades del Individuo, su peso y talla, la redistribución de la presión, la inmovilidad e Inactividad y la necesidad de control del microclima y reducción de la cizalla.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Es preciso continuar realizando cambios posturales a los pacientes colocados sobre una SEMP, ya que es necesario seguir aliviando la presión, a la vez que se favorece el confort del paciente. Sin embargo, la frecuencia de reposicionamiento puede variarse debido al uso de dicha superficie.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se recomienda la utilización de colchones de espuma de alta densidad o espuma viscolástica, antes que colchones que no tengan este tipo de espuma, en todos aquellos pacientes cuya valoración indique que tienen riesgo de desarrollar una UPP.	A (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Cuando los pacientes con riesgo alto no pueden ser recolocados manualmente, se deben usar superficies dinámicas de apoyo (colchones o sobrecolchones).	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	No se recomienda usar colchones o sobrecolchones de aire de presión alternante formados por pequeñas celdas (diámetro inferior a 10 cm), debido a que su tamaño no garantiza el alivio de la presión.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se recomienda el uso de dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente, de manera que distribuya el peso de la plega a lo largo de la pantorrilla sin ejercer presión sobre el tendón de Aquiles.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Las rodillas en ambos casos deberán estar semiflexionadas en un ángulo de 50 a 100, ya que la hiperextensión de estas podría causar obstrucción de la vena poplítea y predisponer a una trombosis venosa profunda.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	En relación con las superficies de apoyo para prevenir las UPP en sedestación, se debe utilizar un cojín de asiento que redistribuya la presión, en aquellos pacientes cuya movilidad esté limitada.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Atendiendo a la morfología, se deben evitar dispositivos en forma de anillo o rosquilla, debido a que los bordes de estos dispositivos crean áreas de alta presión que pueda dañar los tejidos.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[R]	Si el paciente transpira mucho se le cambiará la ropa con frecuencia, incluidas las sábanas. Del mismo modo, se debe proteger la piel de la exposición de una humedad excesiva con un producto barrera y así reducir el riesgo de lesión.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Proporcionar y fomentar la ingesta diaria de líquidos para la hidratación adecuada a pacientes con riesgo de UPP. Esto debe de ser compatible con la comorbilidad del individuo y los objetivos marcados. Considerar también la función cognitiva, incluida la capacidad de poder comer solo.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se deben registrar los cambios posturales, especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluir una evaluación de los resultados observados.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[BP]	El paciente, la familia y los cuidadores deben ser formados a partir del momento en que este riesgo (UPP) es detectado.	(Verdú J, Tesis Doctoral, 2006) ⁴ .
[R]	Se recomienda el uso de una escala validada, para valorar el progreso de las UPP.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	La medición de la úlcera se realizará con el mismo método durante todo el proceso de tratamiento, con el fin de facilitar las comparaciones de las medidas a lo largo del tiempo.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se debe de considerar la utilización de la fotografía para monitorizar la evolución de la UPP.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Si la herida no presenta los signos de curación esperados, a pesar de haber realizado los cuidados adecuados se deberá reevaluar al paciente al igual que su úlcera y el plan de cuidados.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se debe de implicar al paciente y a sus cuidadores en la planificación y ejecución del plan de cuidados.	BAJA (GPC Valencia, 2012) ¹⁶ .
[R]	Es conveniente enseñar al paciente y / o cuidadores en que consiste el proceso normal de cicatrización, así como a identificación de los signos y síntomas de empeoramiento y de alerta que deben comunicar a los profesionales de la salud.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	En la medida de lo posible no se podrá posicionar a un individuo directamente sobre una UPP, ya que la presión reduce la perfusión de los tejidos dañados. Con esta medida se conseguirá que la úlcera no avance hacia categorías más graves.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[R]	Alliviar la presión bajo los talones en úlceras de Categoría I o II mediante la colocación de las piernas sobre una almohada u otro dispositivo. También podemos optar por dejarlos en suspensión fuera de la cama, evitando el pie caldo.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Para Categoría III, IV y úlceras Inestables, se debe colocar la pierna sobre un dispositivo que eleve el talón evitando el contacto con la superficie de la cama y que prevenga el pie equino.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se tendrá en cuenta que el aumento de la actividad, tan pronto como sea posible, también será un factor que contribuya a eliminar o aliviar las causas de formación de UPP.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Valorar el estado de peso y seguimiento del mismo para detectar las pérdidas significativas (cambios $\geq 5\%$ en 30 días o $\geq 10\%$ en 180 días) en las personas con UPP.	MODERADA (GPC Valencia, 2012) ¹⁶ . C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Valorar la idoneidad de la ingesta total de nutrientes (alimentos, líquidos, suplementos orales y alimentación oral/parental).	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Tras la realización de una valoración nutricional mediante una escala validada o la cuantificación de la ingesta del paciente (teniendo especial consideración a una ingesta pobre en proteínas), el resultado obtenido facilitará información para determinar si el paciente está en riesgo o no. El bajo peso (IMC < 18,5) y la pérdida de este, también han de ser contemplados.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Valorar el estado nutricional del paciente en la primera intervención y volver a valorar periódicamente, mediante el uso de instrumentos validados como el Mini Nutritional Assessment (MNA).	ALTA (GPC Valencia, 2012) ¹⁶ .
[R]	Proporcionar la ingesta calórica de forma individualizada basada en el estado general del paciente y el nivel de actividad.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Considerar un apoyo nutricional mediante nutrición enteral o nutrición parenteral total cuando la ingesta oral sea insuficiente.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[R]	Proporcionar suplementos nutricionales hipercalóricos e hiperprotéicos a mayores de la dieta habitual en pacientes con riesgo de desnutrición y cuyos requerimientos nutricionales no pueda ser alcanzado con la Ingesta.	A (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Se debe valorar la función renal del paciente para asegurar la idoneidad de una ingesta hiperprotéica.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Se proporcionarán suplementos hiperprotéicos que contengan arginina, como aminoácido esencial, y micronutrientes en aquellos casos de pacientes con UPP de categorías III-IV o multúlcerados cuando los requerimientos no se pueden alcanzar con suplementos convencionales.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Se administrará una dieta equilibrada que contenga vitaminas (A, B, C, E) y minerales (Zinc, Magnesio, Selenio...) Si la ingesta diaria es pobre o insuficiente se proporcionarán por medio de suplementos.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Considerar la administración de líquidos adicionales a pacientes que presenten deshidratación, fiebre, sudoración profusa, vómitos, diarrea o heridas exudativas.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	A su vez se deberá informar a los pacientes y cuidadores sobre las causas, la valoración y el tratamiento del dolor relacionado con las UPP.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	La valoración del dolor de los pacientes con UPP se hará con la Escala Visual Analógica (EVA), si el estado del paciente lo permite.	MODERADA (GPC Valencia, 2012)²⁹.
[E]	La capacidad cognitiva de los individuos, se debe tener en cuenta en la selección de una herramienta de valoración del dolor.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014)².
[R]	Valorar el dolor en todos los sujetos con UPP, cuando sea posible, o atendiendo al lenguaje corporal en individuos con alteración de la comunicación, y forma de expresarse en adultos y niños.	MODERADA (GPC Valencia, 2012)²⁹. C (GPC NPUAP-EPUAP, 2014)².
[R]	Evaluar el dolor relacionado con las UPP usando una escala válida y fiable: CRIES (neonatos hasta 6 meses), FLACC (2- meses hasta 7 años), EVA (8-99 años).	C (GPC NPUAP-EPUAP, 2014)².

[R]	Planificar los cuidados de las UPP de forma coordinada con la administración de analgesia ya pautaada para su proceso.	C (GPC NPUAP-EPUAP, 2014) ² .
[R]	Reducir el dolor relacionado con las UPP, manteniendo la herida cubierta y húmeda, mediante el uso de un apósito no-adherente.	MODERADA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ . C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Seleccionar un apósito que requiera el menor número de cambios causando el menor dolor posible.	BAJA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ . C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Se debe abordar el dolor relacionado con el desbridamiento.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Considerar el uso de anestésicos tópicos para reducir o eliminar el dolor de las UPP (Lidocaína, Prilocaína...)	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Considere el uso de opioides tópicos (diamorfina o bencidamina 3% en gel) para reducir o eliminar el dolor en las UPP.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	Para el manejo del dolor, las medidas terapéuticas a emplear estarán basadas en la escalera analgésica de la OMS.	C (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .
[R]	Las estrategias de tratamiento deberían evaluarse continuamente, basándose en el estado actual de la úlcera; debiéndose esperar signos de curación en la mayoría de los pacientes en los dos primeros meses de evolución de la úlcera y considerando aquellos factores que pueden alterar la cicatrización.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Los productos elegidos para el tratamiento de las UPP deben tener la capacidad de mantener el lecho de la herida húmedo, y en cada cambio de apósito se evaluará la lesión y se valorará la conveniencia o no de continuar con el producto elegido.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[R]	En el uso de los apósitos es conveniente seguir las recomendaciones del fabricante, principalmente sobre la frecuencia de cambio.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	El plan de cuidados debe guiar el cambio de los apósitos e incluir planes alternativos de cambio (dirigido a los pacientes y familiares, o a otros profesionales) en casos de rebosamiento de exudado, despegue del apósito...	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	La selección de apósitos a utilizar en el tratamiento de este tipo de úlceras debe hacerse en base a los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de mantener el lecho de la herida húmedo • La necesidad de manejar la carga bacteriana • La naturaleza y volumen del exudado de la herida • El tipo de tejido en el lecho ulceral • La condición de la piel perilesional • Según el tamaño, profundidad y localización de la úlcera • La presencia de tunelizaciones y/o cavitaciones • Los objetivos establecidos para el cuidado del paciente 	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	La úlcera se debe limpiar con cada cambio de apósito, asegurando la retirada de los restos del apósito anterior para ello se recomienda el uso de agua potable o suero fisiológico a temperatura ambiente para el lavado de la superficie de la herida y de la piel circundante.	ALTA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ . C (GPC NPUAP-EPUAP, 2014) ² .
[R]	Debe utilizarse la mínima fuerza mecánica que nos garantice el arrastre de detritus y bacterias. Esta presión se puede lograr con una jeringa de 20 a 35 cc y con una aguja o catéter de 19 mm de diámetro, se hará desde el interior hacia fuera del lecho ulceral, en espiral.	MODERADA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ . C (GPC NPUAP-EPUAP, 2014) ² .
[R]	Considerar la utilización de una técnica aséptica en caso de que el individuo, la herida o el proceso de cicatrización se vean comprometidos (pacientes inmunodeprimidos) o cuando la lesión afecte a alguna cavidad estéril del cuerpo.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[R]	Valorar el uso de soluciones tensoactivas y/o antimicrobianas para eliminar esfacelos, o ante la sospecha de colonización crítica, de infección o confirmación de esta.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[BP]	No se debe secar el lecho ulceral que presente tejido de granulación, para evitar dañar el tejido neoformado.	(GNEAUUP, 2011) ²² .
[E]	La presencia de tejido desvitalizado o necrosado (no viable), es un obstáculo para el proceso de curación ya que aumenta la probabilidad de infección, retrasa la cicatrización y dificulta la valoración del lecho ulceral, por lo cual debe desbridarse.	C (GPC Baleares 2008) ²⁶
[R]	Es preciso realizar desbridamiento del tejido desvitalizado del lecho o borde de la UPP, cuando el estado de salud del paciente lo permita, o sea acorde con los objetivos marcados.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	La limpieza y el desbridamiento efectivos minimizan la contaminación y mejoran la curación, ya que eliminan los niveles altos de bacterias en las heridas y disminuyen la probabilidad de infección que causan los tejidos necróticos.	ALTA (GPC SAS, 2007) ²⁷
[R]	El profesional deberá seleccionar el método de desbridamiento más adecuado al individuo, al lecho de la herida o al contexto clínico.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	Elo implica la realización de una valoración adecuada, que tendrá en cuenta el estado general del paciente, las posibilidades de curación y expectativas de vida, así como las características del tejido que se debe desbridar. También se tendrá en cuenta la localización anatómica de la úlcera, la profundidad, signos de infección y la presencia de dolor.	MODERADA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ . C (GPC NPUAP-EPUAP, 2014) ² .
[R]	En el caso de placas necróticas situadas en talón que no presenten edema, eritema, fluctuación o drenaje; no es necesario su desbridamiento inmediato; precisando el seguimiento diario de la lesión y controlando la aparición de bordes edematosos, fluctúe o haya evidencia de infección.	BAJA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .
[R]	Tendremos en cuenta que la colagenasa puede provocar maceración y exortación de la piel periucleral; por lo que es necesario protegerla mediante un producto barrera (pasta de zinc, película cutánea, silicona u otras).	BAJA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .
[R]	El uso de productos de cura en ambiente húmedo (hidrogeel, hidrocoloides, hidrocelulares, entre otros) puede facilitar este proceso que se realiza manteniendo un grado de humedad adecuado a través de apósitos que tienen esta particularidad, lo que facilita la función de las células fagocitarias.	MODERADA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .

[BP]	El láser de dióxido de carbono produce una demoabráción que se podría considerar como un desbridamiento. Existen pruebas que determinan que su uso puede ser de gran efectividad en la eliminación de la biopelícula y la preparación del lecho pre-injerto.	(GPC Valencia, 2012) ⁴⁸ .
[BP]	La terapia larval es una alternativa no quirúrgica, adecuada y segura para el desbridamiento de lesiones de diferente etiología, especialmente las que son de difícil abordaje por otros procedimientos.	(GPC Valencia, 2012) ⁴⁸ .
[R]	Utilizar métodos de desbridamiento mecánicos, autolíticos, enzimáticos y/o biológicos cuando no exista una necesidad clínica urgente de retirar el tejido devitalizado.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	En las UPP la presencia de determinados signos y síntomas harán sospechar la presencia de una infección local: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos de cicatrización en dos semanas. • Tejido de granulación friable. • Mal olor. • Incremento del exudado. • Cambios en el aspecto del exudado (sanguinolento o purulento). • Incremento del tejido necrosado en el lecho de la herida. 	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	También se sospechará la existencia de una posible infección si la herida lleva mucho tiempo abierta, si es de gran tamaño o profundidad y si es probable su contaminación debido a su localización (próximas a zona perianal). Al respecto es importante prevenir la contaminación de la herida.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	En una UPP se sospechará de la presencia de una biopelícula: <ul style="list-style-type: none"> • Cuando esta tenga una duración mayor a cuatro meses. • Ausencia de signos de cicatrización en los dos meses previos. • Signos y síntomas de inflamación. • Y que no haya respuesta a agentes antimicrobianos. 	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	Los pacientes diabéticos, con malnutrición, perfusión tisular disminuida, enfermedades autoinmunes o inmunodeprimidos serán más proclives a que la herida se infecte o colonice.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	El modo recomendado es cuantificar las bacterias del tejido tomado mediante biopsia o técnicas cuantitativas.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[E]	Los apósitos impregnados en plata son productos cuya utilización se debe valorar ante la presencia de UPP infectadas o en fase de colonización crítica.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	Se evitará el uso prolongado y se suspenderá su aplicación cuando la infección de la herida esté controlada.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[BP]	Se debe tener presente que los productos con plata no deben ser usados en pacientes sensibles a esta. Si hubiese presencia de mal olor este puede ser gestionado con apósitos de carbón.	(GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .
[R]	La utilización de antibióticos vía sistémica se reservará para aquellos pacientes que presenten evidencia clínica de infección sistémica, tales como hemocultivos positivos, celulitis, fasciitis, osteomielitis, síndrome sistémico de respuesta inflamatoria o sepsis.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Está indicado el uso de antisépticos en conjunto con el desbridamiento cuando hay sospecha de la presencia de una biopelícula y en heridas que presentan un retraso de la cicatrización. No obstante su uso para el control de la carga bacteriana debe ser limitado en el tiempo.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	Los antisépticos comúnmente utilizados son: • Povidona yodada y cadexómero yodado de liberación lenta. Este último se considerará en UPP con moderado/alto exudado.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	La cura en ambiente húmedo ha demostrado ser más coste-efectivo y gestionar mejor el exudado que la cura en ambiente seco.	ALTA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .
[E]	El exceso de exudado se puede gestionar con apósitos de alginato, hidrofibras o espumas de poliuretano (hidrocelulares e hidropoliméricas), ya que tienen mayor capacidad de absorción y evaporación. Mientras que la ausencia o escasez de exudado se puede gestionar proporcionando humedad con hidrogeles.	MODERADA (GPC Valencia, 2012) ¹⁸ .
[E]	Los hidrogeles están indicados en úlceras no infectadas y en aquellas que están en fase de granulación.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .

[E]	La estimulación eléctrica de contacto directo es una técnica que se debe tener en cuenta para facilitar la cicatrización en UPP recalcitrantes de Categoría II, así como en categoría III y IV.	A (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	La TPN se considerará como un complemento inicial para el tratamiento de las UPP profundas de Categoría III y IV.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[R]	Es importante proteger la piel perilesional para evitar o minimizar la aparición de esta complicación utilizando productos como son las cremas de óxido de zinc (ZnO) o las películas barrera.	C (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .
[E]	Se tendrá en cuenta el uso de apósitos de espuma con silicona para evitar lesionar el tejido periférico cuando es frágil o friable.	B (GPC NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) ² .