
	ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	PROCOLO PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN	

PROCOLO No	02
PROCOLO	PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN
POBLACIÓN OBJETO	Usuarios del régimen subsidiado, vinculado y contributivo.
SERVICIO AL QUE APLICA	Sala de partos Consulta urgencias Observación urgencias Hospitalización
OBJETIVO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir la aparición de úlceras por presión secundarias a la internación 2. Disminuir los factores contribuyentes a la aparición de úlceras por presión. 	
INTRODUCCION	
<p>Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería siendo un gran reto para nosotros y una gran responsabilidad tanto en prevención como en tratamiento por la autonomía de actuación que se nos brinda.</p> <p>La buena evolución y resolución de las úlceras cutáneas como de forma general podríamos llamarlas es un indicador claro de calidad asistencial tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario.</p> <p>La aparición de úlceras de piel puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agravar seriamente el estado general del paciente por aumento de riesgo de infección y complicaciones metabólicas. • A nivel terapéutico pueden deteriorar y complicar un tratamiento integral. • Prolongan la estancia hospitalaria. • Suponen una sobrecarga de trabajo para la enfermería. • Ocasionan pérdida de autonomía, independencia y autoestima. • En general devalúan el nivel de salud y son un negativo indicador de calidad asistencial. <p>La prevención de úlceras por presión es una labor compleja pero a la vez interesante porque ofrece la posibilidad de marcar una diferencia real en los resultados de salud del paciente.</p>	
DEFINICION ULCERAS POR PRESION	
DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN (UPP)	
Toda lesión isquémica de la piel y tejidos subyacentes producida por una presión prolongada, fricción o cizallamiento entre dos planos duros.	
ETIOPATOGENIA	
La presión continuada de las partes blandas, causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona –eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular.	
Si este proceso no cesa, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que	

desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede alcanzar planos profundos, con destrucción de músculo, aponeurosis, hueso, vasos sanguíneos y nervios..

Las fuerzas responsables de su aparición son:

- Presión.
- Fricción.
- Fuerza externa de cizalla, deslizamiento,

PRESIÓN: Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos.

FRICCIÓN: Es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre.

FUERZA EXTERNA DE DESLIZAMIENTO: Combina los efectos de presión y fricción –la posición de Fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona-.

FACTORES DE RIESGO

Se han dividido en permanentes y variables.

- **PERMANENTES:** Son aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida:
 - Edad.
 - Capacidad física mermada.
- **VARIABLES:** Son los que admiten evolución a lo largo del tiempo. A su vez dentro de los variables se han establecido tres grupos que son:
 - Fisiopatológicos.
 - Derivados del tratamiento médico.
 - Derivados de los cuidados y de los cuidadores.

FISIOPATOLÓGICOS

Son aquellos originados como consecuencia directa de los problemas de salud. Llamados también intrínsecos:

- Lesiones cutáneas: edemas, sequedad, ausencia de elasticidad, piel fría, capacidad de sudar deteriorada...
- Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares...
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación...
- Trastornos inmunológicos; infección...

- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma...
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis, articulación tobillo, rodillas, caderas con distinto grado de inmovilidad...
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa por debajo del nivel de lesión...
- Alteración de la eliminación (urinaria e intestinal): incontinencia urinaria e intestinal...

DERIVADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Son los que tienen como causa determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad impuesta por determinadas terapias o procedimientos como aparatos fijadores esqueléticos, tracciones, inestabilidad respiratoria...
- Tratamientos o fármacos con acción inmunosupresora o sedante, corticoides, citostáticos, radiaciones...
- Técnicas para fines diagnósticos.

DERIVADOS DE LOS CUIDADOS Y DE LOS CUIDADORES

Son todos aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente:

- Higiene inadecuada, humedad,
- Ausencia o defecto de cambios posturales.
- Fijación inadecuada de sondas, sistemas de tracción.
- Uso inadecuado del material.
- Fuerzas de deslizamiento, cizalla, fricción de la piel.
- Falta de educación sanitaria.
- Falta de criterios unificados de tratamiento.
- Arrugas o partículas extrañas en sábanas, sillas de ruedas.
- Sustancias irritantes: sangre, vómitos, secreciones

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

Una valoración de riesgo estandarizada asociada a protocolos preventivos, disminuye en un 60% la incidencia de UPP, y también reduce la gravedad de las úlceras y costes asociados, por la capacidad de intervención adecuada no sólo en casos de alto riesgo. Existen distintas escalas

Escala de BRADEN modificada

Es un instrumento que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión; su objetivo se centra en la detección del citado riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala que incluye cinco aspectos:

- A. Percepción sensorial
- B. Humedad
- C. Actividad
- D. Movilidad
- E. Nutrición

F. Fricción y deslizamiento

ESCALA BRADEN		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	PUNTOS				
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
NIVELES DE RIESGO		ALTO RIESGO ≤12	RIESGO MODERADO ≤14	RIESGO BAJO ≤16	

DIRECTRICES GENERALES SOBRE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

A. Cuidados de la piel

- Higiene diaria (y siempre que se precise), de la piel con agua tibia, jabón neutro para la piel y aclarado.
- Secado meticuloso y sin fricción, haciendo especial hincapié en las zonas de pliegues.
- Hidratación de la piel procurando su completa absorción con sustancias como: glicerina, lanolina, aceites minerales... para reponer los aceites naturales de la piel y fomentar la efectividad cutánea como barrera humectante.
- No usar alcoholes ni colonias.
- Observar la integridad de la piel (especialmente en las prominencias óseas) durante cada sesión de higiene o cambio postural, protegiéndolas en caso necesario.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados sobre aquellas zonas con enrojecimiento cutáneo o zonas frágiles mediante suave masaje con la yema de los dedos.
- Si el paciente presenta incontinencia se extremará cuidado de la piel perineal
 - a. Piel intacta e incontinencia urinaria de leve a grave.
Limpie diariamente el perineo y siempre que haga un cambio de pañal húmedo, o después de cualquier episodio importante de fuga de orina. Utilice toalla desechable y evite restregar

enérgicamente. Aplique una barrera humectante (crema o pomada).

b. Incontinencia fecal.

Limpie el perineo diariamente y después de cada episodio de incontinencia, utilizando el método descrito más arriba. Aplique de forma rutinaria una barrera humectante con crema o pomada.

c. Incontinencia urinaria y fecal.

Siga las normas específicas para la incontinencia fecal. Si el paciente presenta una erosión cutánea extensa con exudado, utilice una pasta de barrera que absorba el drenaje y proteja la piel de agentes irritantes. (Si emplea una pasta de óxido de cinc, utilice aceite mineral para retirar la pasta, de forma que no se lesione la piel por el restregado).

Se planteará:

- Colocar colector urinario, si es posible.
- Uso de pañales absorbentes.

Se protegerá la piel con apósitos (poliuretanos, hidrocoloides, hidropoliméricos...) en caso de permanecer el paciente en alto riesgo.

B. Movilizaciones

Cambios posturales:

- Se realizarán cada 2-4 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión.
- Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos.
- No arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí
- Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.
- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo y si es posible no pasar de 30°, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP.
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir UPP iatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.
- Se considera necesario utilizar un colchón reductor de presión en aquellos casos de alto riesgo y si fuera posible se haría extensivo su uso a los casos de riesgo moderado.

Posiciones de cambios posturales:

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir

los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

- **Decúbito supino**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de los gemelos.
- Una manteniendo la posición de la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)

No se debe producir presión sobre: Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.

- **Precauciones**

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada –evitando la hiperextensión–, codos estirados y manos en ligera flexión.

Las piernas deben quedar ligeramente separadas.

Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse que no exceda de 30°.

Evitar la rotación del trocánter, colocando una almohada pequeña en la parte externa del muslo.

Evitar la flexión plantar del pie.

- **Decúbito lateral**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otro el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

No se debe producir presión sobre: Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maleolos.

- **Precauciones**

La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

- **Posición sentada**

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.

No se debe producir presión sobre: Escapulas, sacro y tuberosidades isquiáticas.

- **Precauciones**

La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.
No se permitirá la situación inestable del tórax.
Se utilizará un sillón adecuado con respaldo un poco inclinado.

- **Decúbito Prono.** Se acolchará con almohada de la forma siguiente:

- Debajo de las piernas.
- Debajo de muslos.
- Debajo de abdomen.

- **Precauciones**

Quedarán libre de presión los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas.
Los brazos se colocarán en flexión.

Medios Complementarios

Van a reducir considerablemente la presión, y nos van a servir para prevención de las UPP pero por sí solos no son suficientes y no son sustitutos de las movilizaciones



- a. dispositivos de apoyo
- b. protección de talones
- c. movilizaciones pasivas y/o activas

Dispositivos de apoyo:

- a. Colchón antiescaras ,colchón hinchable alternante, colchón de aire, de agua, colchón de latex,colchón de espuma
- b. Almohadas o cojines, soporte textil antidecúbito

Protección de talones:

- Comprobar el estado de la piel, espacios interdigitales, tobillos, uñas.
- Higiene: lavado-secado-hidratación con vaselina y/o apósitos preventivos.
- Utilizaremos materiales naturales (algodón y venda de hilo) porque van a facilitar la transpiración cutánea. No utilizar vendas compresivas. El vendaje debe ser circular, no compresivo. Vigilancia y reemplazamiento ante cualquier signo de humedad o suciedad. Se efectuará cuanto antes posible y a todos los pacientes ingresados que permanecen en alto riesgo según la escala de valoración.
- Respeto anatómico, procurando evitar pie equino.

	ATENCIÓN HOSPITALARIA	
	PROTOCOLO PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN	

- Revisar cada 48-72 horas, dependiendo si existe o no úlcera. Colocación de U si tiene úlcera, en cuyo caso se revisará cada 48 h, incluso cada 24 h si el tratamiento lo requiere como es el caso de úlceras en grado III y P si es de prevención, revisándolo cada 72 h, seguida de la fecha en la que se hace la protección.

Movilizaciones Pasivas y/o Activas

Aumentan el tono vascular cutáneo y vascular.

Se realizarán cuando el paciente esté en decúbito supino, movilizándolo hombros, codos, y muñecas, caderas, rodillas y tobillos.

Se aprovechará la hora del baño para realizarlos e hidratar la piel, y una vez por turno.

C. Nutrición

La alteración de nutrición por defecto o exceso influirá en la aparición de UPP, su conocimiento nos ayudará a promover hábitos dietéticos.

Actuaciones:

- Anotar comidas que toma para realizar control dietético.
- Control de peso periódico.
- Realizar actividad diaria y programa de ejercicios, de acuerdo a sus posibilidades.
- Establecer dieta que cubra aporte proteico/hídrico adecuado a sus necesidades respetando preferencias alimentarias.
- Si es preciso incluir suplementos ricos en proteínas y calorías.
- Ofrecer frecuentes comidas con poca cantidad.
- Suplementos multivitamínicos que contengan vitaminas del grupo A, C y E.
- Deben darse alimentos que mantengan las heces en una consistencia normal o ligeramente firme para evitar defecación involuntaria.
- Evitar alimentos que formen gas o que causen diarrea.



RELACIÓN, VALORACIÓN CON MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Índice Braden Riesgo Alto.

- Aumento de frecuencia de cambios posturales, intercalando movilizaciones pasivas y activas entre cada cambio postural.
- Protección de talones.
- Empleo de reductores de presión en cama o silla.
- Cuidados dirigidos a la piel, nutrición y fricción.

Índice Braden Riesgo moderado.

- Cambios posturales frecuentes.

	ATENCIÓN HOSPITALARIA	
PROTOCOLO PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN		

- Protección de talones.
- Dispositivos de espuma para los decúbitos laterales.
- Cuidados dirigidos a la piel, nutrición y fricción

Índice Braden Mínimo /no riesgo.

- Cambios posturales a demanda sin ser de duración superior a 4 horas
- Protección de talones
- Cuidados dirigidos a la piel, nutrición.

Tendremos especial cuidado en aquellos pacientes que permanezcan sentados por el riesgo añadido en cuanto a la fuerza de cizalla o fuerza tangencial.

Después de identificado y valorado el riesgo de aparición de UPP se deberán identificar los usuarios y/o pacientes con manilla de color verde la cual deberá llevar los siguientes datos: **Nombre completo, número de identificación, aseguramiento y edad.**

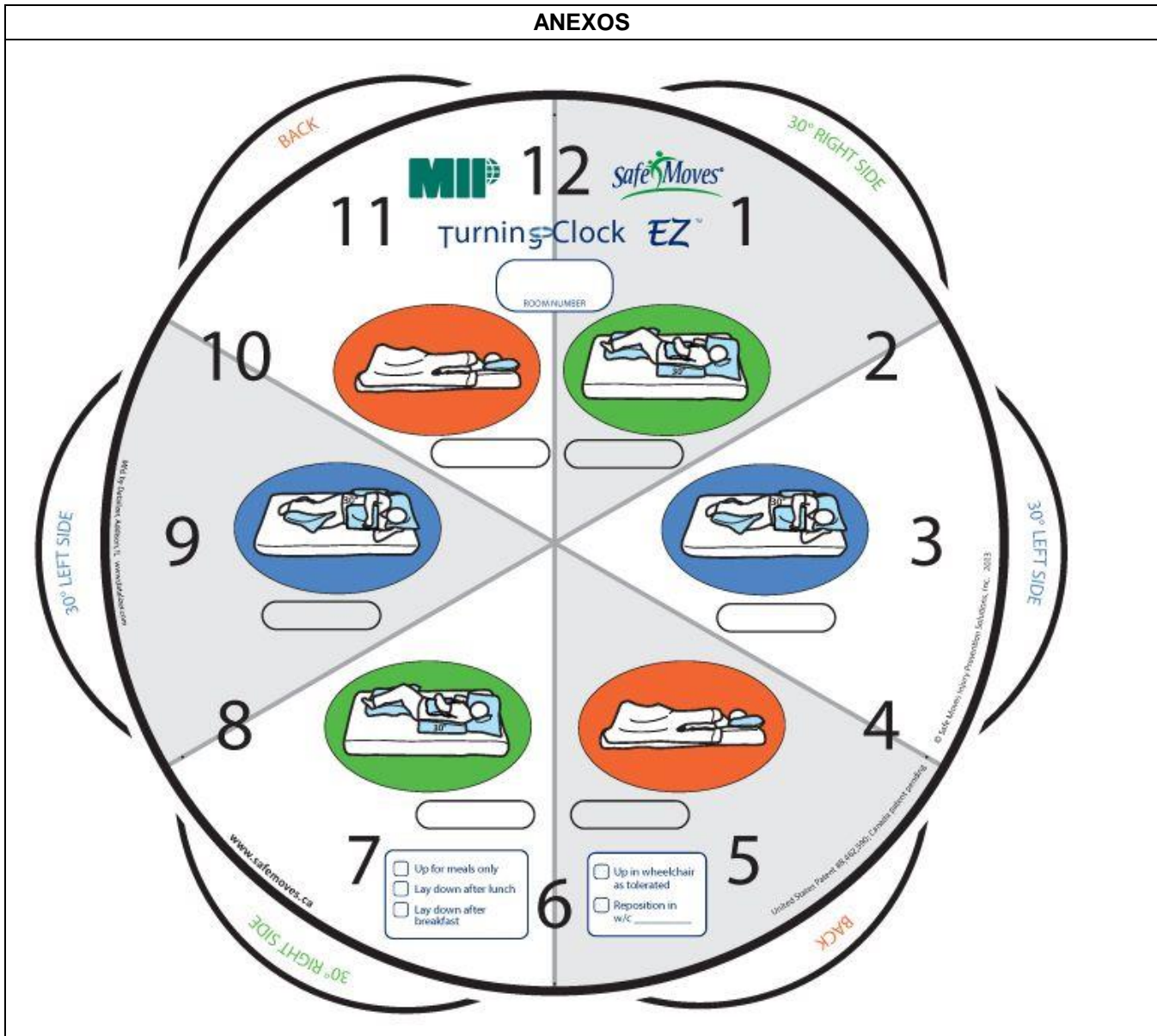
USO DE LA MANILLA

- Teniendo en cuenta que pueden presentarse limitaciones sobre el sitio de colocación de las manillas, se establece el siguiente orden para este fin: Primero en la muñeca derecha, si no se puede se deja en la muñeca izquierda o si no en el tobillo derecho y de por último en el tobillo izquierdo.
- A todo paciente que requiere colocación de la manilla de identificación debe informársele el motivo, por el cual se lo identifica, indicándole que mientras dura la atención hospitalaria debe permanecer con la manilla durante todo el tiempo, debe cuidarla, y si por algún motivo se pierde o daña la manilla debe informar al personal de salud para colocarle una nueva.
- Será responsabilidad de los usuarios o representantes aportar información veraz de los datos solicitados en el proceso de identificación. Siendo exigible por el personal encargado del procedimiento, el documento de identidad nacional vigente

BIBLIOGRAFÍA

- Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. J.Javier Soldevilla Agreda
- Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión .INSALUD
- Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión.CHU Albacete
- Nursing2002. Mayo. Valoración de riesgo de úlcera por presión.
- Nursing2003. Febrero. Cuidados cutáneos a paciente incontinente.
- Protocolo de prevención y tratamiento.de UPP H.da Costa ,Burela, Lugo
- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión GNEAUP

ANEXOS



ESCALA BRADEN		PUNTOS			
	1	2	3	4	
Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales. Sin déficit sensorial.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sabanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sabanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Para vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sabanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO		
	≤12	≤14	≤16		