



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

# MANUAL DE ACTUACIÓN

## PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

*Grupo de mejora para la prevención y tratamiento  
de las úlceras por presión*



**MANUAL DE ACTUACIÓN  
PARA LA  
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO  
DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

## **PROLOGO**

Los objetivos del presente Protocolo de actuación para la prevención y tratamiento de úlceras por presión, han sido encaminados a que su contenido sea de orientación para todo el personal sanitario del Departamento de salud nº 5

Los temas contenidos en este manual han de ser la herramienta que sirva a dichos profesionales para asegurar la prevención y mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Dicho manual será la base de formación unificando criterios para la obtención de un trabajo mas satisfactorio.

Valencia a 8 de febrero de 2007-02-09

Elia Mengual Vilaplana

DIRECTORA DE ENFERMERÍA DEPARTAMENTO DE SALUD Nº 5

## PRESENTACIÓN

En septiembre del 2005 un grupo de enfermeras de hospitalización, decidimos de forma espontánea, crear un grupo de mejora asistencial y unificar criterios de actuación, en pautas de enfermería relacionadas con las lesiones titulares. La diversidad y abundancia de productos destinados al tratamiento de las heridas, nos ha obligado a una formación continua.

Carecemos del tiempo necesario para mantenernos al día de forma individual, pensamos que nos formaríamos mejor unos a otros, era preciso actualizar nuestros conocimientos y esto es mas fácil si lo hacemos entre todos.

Pretendemos incorporar las mejores evidencias relacionadas con las heridas en nuestra práctica diaria, difundirlas entre los compañeros y hacerlo de forma selectiva y eficiente. Para conseguir estos objetivos que no son fáciles, decidimos seguir las indicaciones del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras Por Presión), este grupo valida y filtra toda la información relacionada con el tratamiento de las heridas.

Tras realizar las pertinentes revisiones, de guías clínicas ya elaboradas por otros profesionales de otras comunidades y diversas revisiones bibliográficas, hemos extraído información científica ya consensuada y **Con la información extraída se ha elaborado este manual, hemos adaptado la información a las necesidades actuales de nuestro hospital para poder cumplir nuestros objetivos de reducir la incidencia de úlceras por presión y el acortar los procesos terapéuticos relacionados con las heridas**

El manual pretende convertirse en una herramienta de trabajo diario y facilitar con su uso la toma de decisiones y las actuaciones de enfermería.

Los objetivos son evidentes, disminuir la incidencia de úlceras por presión, asegurar la resolución temprana de los procesos relacionados con las heridas y reducir la variabilidad en sus cuidados. Por otra parte, además de mejorar la prevención y curación de las úlceras queremos cuantificar la mejora conseguida. Por ello, pretendemos obtener indicadores de calidad y contrastar los resultados obtenidos con los estándares de calidad más optimistas.

El papel de la enfermera/o en el cuidado de heridas, en la prevención de las lesiones y de la infección es evidente, la formación es fundamental para conseguir estos objetivos .

Carmen Alba Moratilla  
Enfermera de Hospitalización a Domicilio  
Coordinadora del proyecto

## AUTORES

### COORDINADORES

Alba Moratilla, Carmen  
Ortí Lucas, Rafael Manuel

Enfermera de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria  
Responsable de Medicina Preventiva

### AUTORES

Bujedo Collado, Juan.  
Catalá Valiente, Ana.  
Diéguez Esteban, Josefina.  
Erruz Villaplana, M<sup>a</sup> José.  
García Fornieles, Miguel.  
Inat Carbonell, Javier.  
Lanzón Serra, Teresa.  
Malo Sánchez, Juana.  
Máñez Perucho, Teresa  
March Sellés, Mercedes  
Nebot Asunción, Dolores.  
Rodríguez Gallego, Juan Carlos.  
Rubio García de la Calera, Teresa.  
Teba Alcanegrae, Antonia.  
Sanz Cubel, M<sup>a</sup> Isabel.  
Zafra Pires, M<sup>a</sup> Jesús.

Auxiliar de enfermería de Neumología  
Enfermera de Neumología.  
Supervisora de Nefrología.  
Auxiliar de enfermería de Neumología.  
Enfermero de Cirugía Torácica.  
Supervisor de Unidad de cuidados intensivos.  
Enfermera de Unidad de cuidados intensivos.  
Auxiliar de enfermería de Neumología.  
Enfermera de Prevención de Riesgos Laborales.  
Enfermera de Unidad de cuidados intensivos.  
Enfermera de Neumología.  
Enfermero de Medicina Interna.  
Enfermera de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.  
Auxiliar de enfermería de Neumología.  
Supervisora de Digestivo.  
Enfermera de Neumología.

### COLABORADORES Y SIMPATIZANTES CON EL PROYECTO DE:

#### *(Mejorar la prevención y tratamiento de las úlceras por presión)*

Alemany Casañ, Teresa  
Álvarez Ordiales, Adam  
Añó Torralbo, Lourdes.  
Astorga Pérez, Alfredo.  
Atienza Ramírez, Olga  
Badía Berzosa, M<sup>a</sup> Carmen.  
Benlloch Pérez, Emilia.  
Benlloch Sánchez, Carmen.  
Blasco, Carmen  
Ciscar Roig, Bárbara.  
Civera Andrés, Miguel  
Córdoba Botía, Rosa.  
Corraliza Hidalgo, Elvira.  
Coscolla Garcerá, Amparo.  
Diez González, M<sup>a</sup> Jesús.  
Ferrer Alamar, Manolo.  
Forcano Sanjuán, Silvia.  
García Molina, Pablo  
González Andrés, Marga.  
González Sánchez-Campillo, Dolores.  
García Fortes, Concha.  
Herraiz Mallebrera, Antonia.  
Jordá Cuevas, Esperanza.  
Juan Ballina, Constantina  
Llorens Bañón, Luís.  
López Anasai, Ana.  
López Veral, Amparo.  
Lorente Carpio, José Manuel.  
Macián Lázaro, Carmen.  
Márquez Cañada, Juan Manuel.  
Merchán Díaz, Pilar  
Navarro Ortega, David.  
Pastor Castillo, Matilde.  
Pastor, Carmen  
Pinazo Canales, Isabel.  
Reig Gimeno, Amparo.  
Rodríguez Castelló, Ángeles.  
Sabater Pons, Antonio.

Enfermera de Oncología.  
Enfermero de Reanimación  
Enfermera de Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Enfermero de la Unidad de cuidados intensivos.  
Enfermera UCI Pediátrica  
Enfermera de la Unidad de cuidados intensivos.  
Enfermera de Neurología  
Cirujana Pediátrica  
Enfermera UCI Pediátrica  
Enfermera de Unidad de cuidados intensivos.  
Facultativo de Endocrino  
Enfermera de Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Enfermera de Reanimación.  
Enfermera de Atención Primaria del C.S. de Nazaret  
Subdirectora de enfermería, del Hospital Clínico  
Jefe de servicio De Prevención de Riesgos laborales  
Facultativo de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria  
Enfermera UCI Pediátrica  
Enfermera de la Unidad de cuidados intensivos.  
Enfermera de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria  
Enfermera de Medicina Interna.  
Coordinadora de enfermería (C.S. Vicente Brull)  
Jefe de servicio de Dermatología  
Enfermera Estomoterapeuta  
Adjunto de enfermería de Docencia del Hospital Clínico  
Cirujana Pediátrica  
Enfermera de Cirugía Plástica y Traumatología.  
Supervisor de enfermería del Servicio de Urgencias.  
Auxiliar de enfermería de Cirugía Torácica.  
Cirujano Plástico  
Supervisora de Neurología  
Facultativo de Microbiología.  
Enfermera de Microbiología.  
Enfermera UCI Pediátrica  
Medicó Dermatólogo  
Enfermera de Medicina Interna.  
Supervisora de UHD  
Facultativo de Medicina Preventiva.

## **Agradecimiento**

Gracias a todos los profesionales que han participado en este proyecto, reuniéndose semana tras semana.

A todos aquellos que han ayudado a mejorar este manual enviando sugerencias y correcciones o simplemente apoyándolo.

A la Dirección del Hospital y en especial a la Dirección de Enfermería por facilitar su difusión

A Luís Llorens Adjunto de docencia por su apoyo y el interés mostrado, facilitándonos en todo momento las sesiones formativas.

A los profesionales de enfermería y auxiliares que realizan su trabajo en la UCI y Neumología, prestándose incluso a sesiones fotográficas para la elaboración de las clases.

A todos los facultativos implicados directa o indirectamente en todos los procesos de desarrollo de este manual.

**Gracias muy especiales a todos los compañeros que habéis participado, sin vuestra compañía este sueño no se habría realizado.**

## ÍNDICE

● <b>INTRODUCCIÓN</b> .....	Pág. 8
● <b>PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN</b> .....	Pág. 12
1. Objetivo	
2. Definiciones	
3. Proceso	
4. Diagrama de Flujo	
5. Productos recomendados	
6. Precauciones	
7. Controles	
8. Responsabilidades	
9. Documentación	
10. Bibliografía	
● <b>ANEXO 1</b>	
<b>PAUTAS DE PREVENCIÓN / TRATAMIENTO DE LAS UPP)</b>	
A. Pautas de prevención de la UPP.....	Pág. 26
B. Intervenciones y fundamentos.....	Pág. 27
1. Cuidados de la piel	
2. Control del exceso de humedad	
3. Manejo de la presión	
1. Movilización.	
2. Cambios posturales.	
3. Superficies Especiales para el manejo de Presión (SEMP).	
4. Cuidados Generales.	
4. Educación para la salud.	
5. Registro.	
6. Cambios posturales.	
C. Pautas de tratamiento de las heridas.....	Pág. 33
D. Intervenciones y fundamentos.....	Pág. 34
E. Actuaciones comunes a todos los estadios.....	Pág. 39
F. Pauta de tratamiento.....	Pág. 40
G. Registro.....	Pág. 45
● <b>ANEXO 2</b>	
<b>MANUAL DE CUMPLIMENTACIÓN / VARIABLES A RECOGER / HOJA DE REGISTRO de VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UPP (VEUPP)</b>	
H. Manual de Cumplimentación de la VEUPP.....	Pág. 47
I. Variables a recoger.....	Pág. 51
1. Identificación del paciente	
2. Factores de riesgo intrínseco	
3. Factores de riesgo extrínsecos	
4. Intervención	
5. Pautas de prevención	
6. Identificación del efecto adverso	
1. Características de la UPP	
7. Pauta de tratamiento	
1. Evolución	
J. H. De registro de vigilancia epidemiológica de la UPP .....	Pág. 59
K. Informe de enfermería.....	Pág. 62
1. Hoja de alta	
2. Guía de recomendaciones	
● <b>ANEXO 3</b>	
<b>CARTELES INFORMATIVOS / FORMATIVOS DE PRODUCTOS</b>	
L. Carteles informativos.....	Pág. 66
1. Escala de valoración de riesgo de adquirir una úlcera por presión , pautas de prevención y tratamiento	
2. Pautas de prevención y tratamiento (con fotos)	
3. Productos empleados en el protocolo de prevención y tratamiento de las heridas	
4. Posturas adecuadas del personal para la movilización del paciente	
5. Tríptico informativo de cuidados al paciente ingresado	
6. Tríptico informativo para el paciente con problemas vasculares en miembros inferiores	
7. Tarjetón de bolsillo con Escala de valoración de riesgo EMINA y pautas de tratamiento	
● <b>ANEXO 4. (dossier independiente)</b>	
1. Guía rápida de actuación de enfermería para la prevención y tratamiento de las heridas	

## INTRODUCCIÓN

Aunque tres de cada cuatro úlceras por presión (UPP) se originan fuera del domicilio del paciente, estas lesiones tisulares, en sus distintos grados, afectan a cerca del 10% de la población atendida en un centro hospitalario o socio-sanitario. La prevalencia de pacientes con UPP correspondientes a la atención sociosanitaria es del 7,6%. El primer estudio nacional de prevalencia y tendencias de prevención de UPP en España muestra una prevalencia del 8,34% en pacientes que reciben atención domiciliaria y del 8,81% en el medio hospitalario (Torra i Bou, Soldevilla, et al. 2001). El problema se acentúa en los mayores de 65 años, donde se encuentran el 45,8% de todos los pacientes con UPP, sobre todo en ancianos de 76 a 80 años. Además, cerca del 50% de las UPP se encuentran en estadios III o IV y con una antigüedad media de más de 170 días de evolución<sup>1</sup>, lo que entre otras consecuencias, agrava la situación clínica y aumenta los costes sanitarios. La incidencia de úlceras por presión presenta una gran variabilidad según el servicio de hospitalización. En unidades de cuidados intensivos oscila entre el 2,7 y el 29,5 por ciento, alcanzando dimensiones más elevadas en determinados pacientes como los tetrapléjicos (prevalencia del 60%) y los ingresados por fractura femoral (incidencia del 66%).

Estas cifras de pacientes hospitalizados que padecen úlceras por presión se traducen en unos 63.000 españoles afectados cada día por estas lesiones. Pero además de la magnitud del problema, el riesgo de morir de un paciente aumenta hasta cuatro veces cuando desarrolla una UPP y se multiplica por seis cuando aparecen complicaciones en la cicatrización de la úlcera.

En el periodo 1987-1999, la tasa de mortalidad ajustada según comunidad autónoma y periodo estudiado llegaba hasta 20 muertes por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres (Verdú J. et al, 2003). Con estos niveles de prevalencia y mortalidad, las lesiones tisulares se convierten en uno de los principales efectos adversos de la asistencia socio-sanitaria. En efecto constituyen un importante problema de salud pública, en el que se deberán focalizar los objetivos preventivos y centrar los esfuerzos terapéuticos.

Las úlceras por presión se producen por una mala circulación de la sangre en ciertas partes del cuerpo, frecuentemente por estar en cama durante largos períodos de tiempo. Se han implicado motivos fisiopatológicos como la presencia de lesiones cutáneas (edemas, sequedad, ausencia de elasticidad), trastornos en el transporte de oxígeno (alteración vascular periférica, éxtasis venosa, trastornos cardiovasculares), deficiencias nutricionales (delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteïnemia, deshidratación), alteraciones inmunológicas relacionadas con cáncer o infección, alteraciones del estado de conciencia (estupor, confusión, coma), deficiencias motoras tipo paresia o parálisis y/o



sensoriales, con pérdida de la sensación dolorosa, y alteraciones de la eliminación como incontinencia urinaria o fecal. Otras variables explicativas se relacionan con el uso de ciertas técnicas diagnósticas y tratamientos ortopédicos, como aparatos fijadores esqueléticos o tracciones, que provocan inmovilidad; fármacos con acción inmunosupresora o sedante, corticoides, citostáticos y radiaciones. Finalmente, es frecuente la implicación de factores dependientes de los cuidados recibidos y de los propios cuidadores como la higiene, la ausencia o defecto de cambios posturales, la fijación inadecuada de sondas, drenajes o férulas, el uso inadecuado o la falta de material, la falta de educación sanitaria, la existencia de criterios unificados de tratamiento o la sobrecarga de trabajo; que influirán sobre la tensión arterial, el estado nutricional, la incontinencia, la movilidad en cama o la deambulación del paciente.

Como se observa, aunque a veces las UPP dependen de factores intrínsecos del paciente inmodificables como la edad, con mayor frecuencia dependen de otros factores intrínsecos modificables por la aplicación de cuidados asistenciales correctos y de factores extrínsecos, ajenos al paciente, que influyen sobre la tolerancia de los tejidos como la humedad o ciertos efectos de fricción o cizalla. Estos factores de riesgo dependen en gran medida de los cuidados de enfermería pero requieren también la participación activa y responsable del personal médico. De este modo, cuando se realiza la actividad preventiva y asistencial con la profesionalidad esperada para alcanzar los niveles más altos de excelencia se pueden evitar hasta el 95% de las UPP (Hibbs P. 1987, Waterlow J. 1.996).

La prevención de las úlceras permite, pues, mejorar los resultados de la atención sanitaria, mejorar la seguridad del paciente, aumentar los niveles de calidad de la asistencia y ahorrar recursos y costes, tanto sanitarios como sociales. Pero además es una actividad eficiente. Así, el coste estimado en España por episodio de tratamiento en pacientes hospitalizados con UPP oscila desde 5.660 euros en estadio II hasta 16.660 euros en estadio IV, mientras que el coste de prevención/paciente durante 30 días tan solo puede ascender a 1.200 euros (Posnett y Torra i Bou, 2001).

Por todo ello, es importante generar un foro de discusión que valore aspectos tan importantes para sensibilizar a los diferentes profesionales implicados como la epidemiología descriptiva y analítica de las úlceras por presión; los criterios de valoración y diagnóstico de los diferentes tipos de lesiones y su evolución; y los mejores procedimientos y cuidados de los que se beneficiaran los pacientes con UPP. A partir de ahí, se podrán dar a conocer experiencias sobre actividades preventivas y abordajes terapéuticos de las úlceras por presión y podrá abordarse el problema con ciertas garantías de éxito.

En este contexto, el programa de prevención de la lesión tisular es una iniciativa que surge en el Hospital Clínico Universitario de Valencia a partir del interés mostrado por un grupo de enfermeros preocupados por el cuidado de sus pacientes. La inquietud de estos profesionales conecta con los intereses del Servicio de Medicina Preventiva y adquiere un nuevo impulso al coincidir con los propios objetivos de las Direcciones implicadas, que valoran tanto los aspectos clínicos y de mejora de la calidad como las repercusiones observadas sobre la productividad de la asistencia sanitaria, como lo acredita el hecho que la prevalencia de las úlceras por presión sea uno de los indicadores relevantes incluido en los acuerdos de gestión de la Agencia Valenciana de la Salud.

El programa de prevención y tratamiento de las úlceras por presión tiene un objetivo general doble, con un componente de prevención primaria, la disminución de la incidencia de las UPP, y otro de prevención secundaria: asegurar la resolución temprana de los procesos, lo cual conllevará beneficios añadidos como el aumento de la efectividad global de la intervención y una reducción de la estancia hospitalaria. Pero además, se persiguen otros objetivos secundarios que nos acercarán a ver el problema desde una óptica de mejora de la calidad asistencial. Para ello se pretende, en primer lugar, disminuir la variabilidad en el cuidado de las UPP mediante la unificación de pautas de actuación ante las UPP en el medio hospitalario y la racionalización del uso de recursos. Finalmente se pretende obtener indicadores de calidad sobre UPP y mejorar el registro de información, tratamiento, evolución clínica y seguimiento de los pacientes con úlceras tras el alta hospitalaria.

Para el desarrollo del programa se requiere un estudio de situación que sirva de punto de partida; un plan de actuaciones y un sistema de información, con registros específicos que permitirá obtener indicadores para la evaluación final de las actividades desarrolladas. Para facilitar la intervención se elaboró el presente *Manual de actuación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión*, que incluye el protocolo específico consensuado por el equipo de mejora, las pautas de prevención y tratamiento recomendadas, los carteles y trípticos que respaldarán las actuaciones de educación sanitaria y la guía de apoyo con instrucciones para completar la intervención y registrar la información necesaria.

La puesta en marcha del protocolo, específicamente diseñado, permitirá la aplicación de las medidas preventivas y los cuidados recomendados (cuidados de la piel, control de la humedad, manejo de la presión y de los cambios posturales, nutricionales, etc). Como se observa en los siguientes apartados, el primer paso será valorar el riesgo de padecer UPP, siguiendo los consejos de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) de los Estados Unidos que recomienda utilizar una herramienta validada, como las escalas de Norton, Braden, EMINA, Arnell o Nova 5, para cuantificar la importancia del

riesgo desde la primera consulta, visita domiciliaria o en la valoración de ingreso. Aunque todos los pacientes tienen un riesgo potencial, se fomenta el uso de tablas y registros de valoración para analizar los factores que contribuyen a su formación, identificando los pacientes con mayor riesgo para aplicar las medidas preventivas y terapéuticas protocolizadas, con un seguimiento del paciente y sus condiciones durante toda su hospitalización.

Finalmente, el proceso de evaluación será un instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión. Para la evaluación del programa se proponen los siguientes indicadores: evolución de la tasa de incidencia de UPP, evolución de la estancia media de los pacientes con UPP, porcentaje de aplicación de la procedimiento propuesto, satisfacción del personal de enfermería con el procedimiento, consumo de recursos materiales, cumplimentación de los registros y validación de los indicadores de calidad particulares respecto de los mostrados con el programa clínicos utilizado para medir los resultados de efectos adversos de la hospitalización en el marco del acuerdo de gestión.

Con todo, la puesta en marcha del programa requiere el esfuerzo de todos los partícipes implicados. La planificación operativa dirigida a conseguir los objetivos del programa de prevención de las UPP no está exenta de dificultades. Se pretende modificar actitudes para mejorar el nivel de cuidados en la práctica sanitaria diaria pero no se conseguirá la excelencia si no se potencia la educación sanitaria dirigida a los pacientes, familia, cuidadores y profesionales de la salud. Los limitados recursos obligarán a una inteligente gestión, para conseguir en el tiempo oportuno y con los medios disponibles, los resultados esperados. Sin embargo, los primeros pasos en la preparación del proyecto conducen ya a una primera conclusión. Se trata de la existencia de líderes naturales y la confluencia de intereses, que junto con una gestión en horizontal, no sólo en vertical; aspectos que, junto con el abordaje interdisciplinar del proyecto, son fundamentales para el funcionamiento de los grupos de mejora continua de la calidad participantes. Así lo demuestran, el gran número de participantes voluntarios que se han apuntado desde las primeras fases de desarrollo del programa, con reuniones realizadas fuera del horario laboral, y el interés mostrado para que este proyecto siga adelante. El resto de conclusiones vendrán determinadas por el desarrollo del proyecto, cuando la participación de estas personas que han puesto su empeño en los primeros pasos se traduzca en un crecimiento progresivo del conocimiento y una extensión de las prácticas basadas en la evidencia (protocolos de actuación preventiva y terapéutica, vías y guías clínicas, etc.) a todos los profesionales que se enfrentan diariamente al quehacer de la prevención, protección y promoción de la salud de nuestros pacientes.

Soldevilla JJ y Torra JE. Estudio de las Úlceras por Presión en España. Estudio Piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999;10(2).



Servicio de Medicina Preventiva  
PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

**SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD**

**FECHA EDICIÓN:  
14 - 10-05**

**ÚLTIMA REVISIÓN:  
14-2-2007**

**PROCEDIMIENTO: IMPLANTACIÓN PAUTAS DE PREVENCIÓN Y  
TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)**

**OBJETIVO**

**DEFINICIONES**

**PROCESO**

**DIAGRAMA DE FLUJO**

**PRODUCTOS**

**PRECAUCIONES**

**ALCANCE**

**RESPONSABILIDADES**

**CONTROLES**

**DOCUMENTACIÓN**

**OBSERVACIONES DE INTERÉS:**

Las pautas de prevención y tratamiento de úlceras por decúbito están basadas en las directrices generales para la prevención marcadas por el Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas GNEAUPP

Nº REF.:

**MP -- H1**

<b>REALIZADO POR:</b>	Carmen Alba Moratilla (Enf. UHD) Rafael Manuel Ortí Lucas (Med. Preventiva)	<b>2-2-2007</b>
<b>REVISADO POR:</b>	<b>Grupo de trabajo para la prevención y tratamiento de las UPP:</b> Catalá Ana; Diéguez Josefina; Díez Nebot M <sup>a</sup> Dolores; García Miguel; González M <sup>a</sup> Jesús; Inat Javier; Lanzón Teresa; March Mercedes; Mañéz Teresa; Rodríguez Juan Carlos; Rubio M <sup>a</sup> Teresa; Sanz Maribel; Zafra M <sup>a</sup> Jesús;	
<b>APROBADO POR:</b>	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA Elia Mengual	<b>3-2-2007</b>

## **OBJETIVOS :**

1. **Prevención primaria: Disminuir la incidencia de UPP.**
2. **Prevención secundaria: Resolución temprana de los procesos de UPP.**

Otros Objetivos:

3. **Disminuir la variabilidad en el cuidado de las UPP.**
  - 3.1 **Unificar pautas de actuación ante las UPP.**
  - 3.2 **Disminuir el coste derivado de la incidencia de UPP.**
4. **Obtener indicadores de calidad sobre UPP.**
  - 4.1 **Crear el registro de información, tratamiento, evolución clínica y seguimiento al alta hospitalaria.**

## **DEFINICIONES:**

1. Pacientes a los que se les tienen que aplicar **pautas de prevención** (ver Anexo 1).

- Pacientes que tengan alterado su **Estado mental**.
- Pacientes que tengan alterada su capacidad de **Movilización**.
- Pacientes que tengan problemas de humedad o **Incontinencia**.
- Pacientes con desequilibrios **Nutricionales**.
- Pacientes cuya **Actividad** esté reducida por el proceso de la enfermedad.

2. Pacientes a los que se les han de aplicar **pautas de tratamiento en las úlceras por decúbito** (ver Anexo 1).

- Pacientes con cualquier tipo de lesión tisular y que tras hacer la oportuna evaluación estén sus cuidados bajo la responsabilidad de enfermería.
- Pacientes con cualquier tipo de dispositivo externo como sondas, traqueotomías, estomas.....

3. Productos empleados en la prevención y **tratamiento en las UPP** (ver anexo I).

- Productos aconsejados en este manual que han sido aprobados por la unidad de compras de la Conselleria de Sanidad y suministrados por el almacén del departamento 5.

<p style="text-align: center;"><b>PROCESO: ¿CÓMO SE REALIZA?:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ALCANCE: ¿QUIÉN LO REALIZA?</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DONDE SE REGISTRA: DOCUMENTOS</b></p>
<p>1. AL INGRESO DEL PACIENTE, TRAS IDENTIFICARLO, VALORAR LA NECESIDAD DE PREVENCIÓN Y/O TRATAMIENTO. SE TENDRÁ EN CUENTA:</p> <p>a. Escala de valoración de riesgo EMINA evaluando el estado mental, la movilidad, incontinencia, nutrición y la actividad del paciente el día del ingreso.</p> <p>b. Factores de riesgo intrínsecos: fisiopatológicos y socio-culturales.</p> <p>c. Factores de riesgo extrínsecos: derivados del tratamiento.</p>	<p>Enfermera que recibe al paciente al ingreso</p>	<p>Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP <u>Cumplimentar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del paciente.</li> <li>• Escala de valoración de riesgo EMINA (Ver Anexo 2).</li> </ul>
<p>2. VALORAR LA CAPACIDAD DE CUIDADOS POR PARTE DEL PACIENTE Y FAMILIA</p>	<p>Enfermera responsable del paciente</p>	
<p>3. COMUNICAR VALORACIÓN DEL RIESGO AL FACULTATIVO RESPONSABLE</p>	<p>Enfermera responsable del paciente o en su defecto la supervisora decide la competencia</p>	
<p>4. REALIZAR VALORACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE</p>	<p>Facultativo responsable del paciente</p>	<p>Hoja de valoración médica HC)</p> <p>Solicitud de pruebas</p> <p>Petición de interconsultas</p>

<p>5. PROGRAMAR ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN SEGÚN EVALUACIÓN DE RIESGO:</p> <p>a. Valoración EMINA = 0: No se programa actividad adicional. Se hace revisión y se aplica higiene de la piel a diario.</p> <p>b. Valoración EMINA = 1/3: Se programa actividad de protección de talones con taloneras, A.G.H. cada 24 h.; cambios posturales cada 4 h., superficie de protección estática y reevaluación del riesgo semanal; revisión e higiene de la piel a diario.</p> <p>c. Valoración EMINA = 4/7: Se programa actividad de protección de talones con taloneras, A.G.H. cada 12h. y linimento oleocalcáreo cada 12h, cambios posturales cada 2-3 h., superficie de protección dinámica y reevaluación del riesgo cada tres días y revisión e higiene de la piel a diario.</p> <p>d. Valoración EMINA = 8/15: Se programa actividad de protección de talones con taloneras, A.G.H. cada 8 h. y linimento oleocalcáreo cada 12 h., cambios posturales cada 2-3 h., superficie de protección dinámica y reevaluación del riesgo diario y revisión e higiene de la piel a diario.</p>	<p>Enfermera responsable del paciente o en su defecto la supervisora decide la competencia</p>	<p>Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo 2)</p>
<p>6. REALIZAR EDUCACIÓN SANITARIA ESPECÍFICA DEL PACIENTE</p> <p>a. Si familia / paciente son conocedores de riesgos y medidas de prevención, reforzar conocimientos y programación de cuidados.</p> <p>b. Si familia / paciente no son conocedores de riesgos y medidas de prevención facilitar guía rápida de cuidados y realizar educación sanitaria adaptada a las necesidades y se realiza programación de cuidados.</p>	<p>Enfermera responsable del paciente y contando con la colaboración del personal auxiliar</p>	<p>Hoja de prevención y cuidados locales de UPP (Ver Anexo 2)</p> <p>Registrar Educación sanitaria Intervenciones y fundamentos de medidas de prevención</p> <p><i>(B-5 EDUCACIÓN PARA LA SALUD)</i></p> <p>(Tabla nº 4 Gráfico para el cuidador)</p>
<p>7. COMUNICAR VALORACIÓN DE RIESGO AL PERSONAL AUXILIAR</p> <p>a. Administrar el material necesario.</p> <p>b. Adecuar el material.</p>	<p>Enfermera responsable del paciente Supervisora Auxiliar de clínica</p>	<p>Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo 2)</p>

8. PAUTAR LAS MEDIDAS OPORTUNAS COMO PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, NUTRICIÓN.....	Facultativo	
9. SI APARECEN LESIONES, CONTINUAR CON LAS PAUTAS DE PREVENCIÓN	Auxiliar de clínica	Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo 2)
<p>10. VALORAR Y REGISTRAR EL EFECTO ADVERSO (UPP) EVALUANDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Localización.</li> <li>b. Origen.</li> <li>c. Estadio.</li> <li>d. Etiología.</li> <li>e. Tamaño.</li> <li>f. Tipo de lecho.</li> <li>g. Nivel de exudado.</li> <li>h. Tipo de exudado.</li> <li>i. Situación de la piel periulceral.</li> <li>j. Valoración y registro de los signos de infección.</li> <li>k. Valoración y registro del dolor evaluando en una escala del 0 al 10-</li> </ul>	Enfermera responsable del paciente	Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo2)
<p>11. INICIAR LAS PAUTAS DE TRATAMIENTO EN BASE A LA FASE CLÍNICA EN QUE SE ENCUENTRE LA UPP. SE CONSIDERARÁN TIPO DE TEJIDO, CANTIDAD DE EXUDADO Y SIGNOS DE INFECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Tejido necrótico seco sin exudado.</b> El objetivo es desbridar: Se realizará desbridamiento cortante (enfermería) o quirúrgico (cirujano), posteriormente utilizaremos hidrogel durante 24-48 con hidrocoloide para favorecer el ablandamiento de la lesión, realizaremos la cura cada 2-3- días.</li> <li>b. <b>Tejido necrótico húmedo con exudado alto.</b> El objetivo es desbridar e impedir la infección por lo que realizaremos: Desbridamiento quirúrgico, cortante y/o enzimático (no precisa aporte de humedad con hidrogel).</li> <li>c. <b>Tejidos sin signos de infección con exudado bajo o medio:</b> El objetivo es reducir la carga bacteriana y controlar el exudado utilizaremos: Apósitos con plata más apósito de espuma de poliuretano como aislante. Se realizará esta cura como mínimo durante</li> </ul>	Enfermera responsable del paciente	Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo 2)

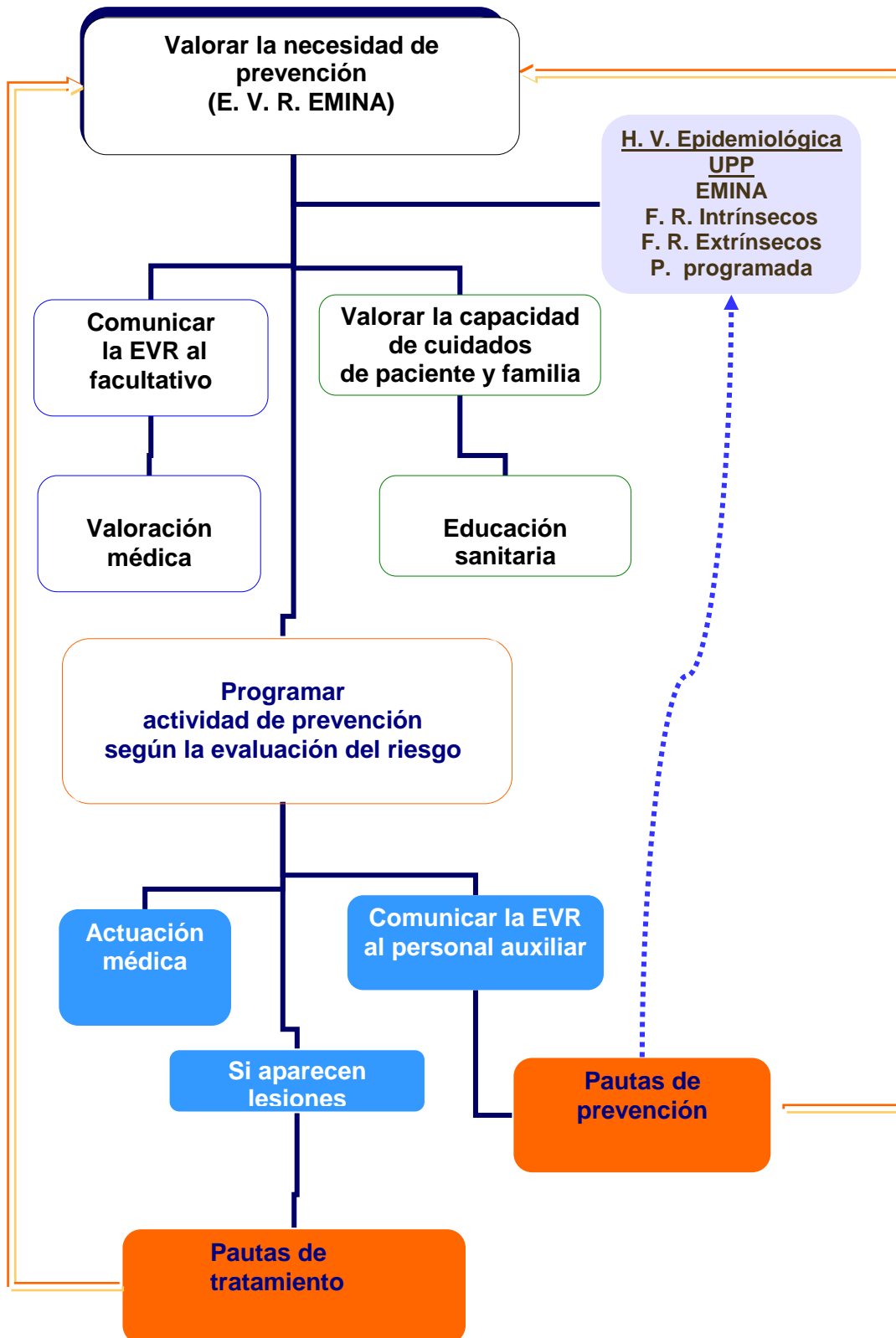


<p>5 cambios (cada 3-4 días)</p> <p>d. <b>Tejidos con signos de infección y con exudado alto.</b> El objetivo es reducir la carga bacteriana por lo que utilizaremos: Apósito de plata, alginato y apósito de espuma de poliuretano, o valorar la misma cura bajo apósito tradicional de gasa (cambio a demanda) según el estado de la lesión.</p> <p>e. <b>Tejido de granulación con exudado bajo o nulo.</b> El objetivo es humedecer. Tendremos que facilitar la humedad con hidrogel cubierto por apósito de espuma de poliuretano o apósito de hidrocoloide (cada 4 -5 días).</p> <p>f. <b>Tejido de granulación con exudado medio.</b> Tenemos que mantener el nivel de humedad utilizaremos: Alginato o fibra de hidrocoloide más apósito de espuma poliuretano (cada 3-4 días).</p> <p>g. <b>Tejido de granulación con exudado alto.</b> Se ha de conseguir gestionar el exceso de exudado por lo que pondremos: Alginato cálcico o fibra de hidrocoloide mas apósito de poliuretano (cada 2-3-4 días) según el nivel de exudado. Si el exceso de exudado persiste durante 15 días valorar probable infección y el uso de apósito de plata.</p> <p>h. <b>Tejido en fase de epitelización.</b> Hemos de conseguir la protección del tejido de neoformación por lo que utilizaremos: Apósitos de hidrocoloide, de silicona o de poliuretano y se podrán alargar las curas incluso una semana, dependiendo del apósito de elección. (cada 4 -7 días).</p>		
<p>12. REGISTRAR CARACTERÍSTICAS DE LA UPP Y TRATAMIENTO PAUTADO (SIGUIENDO LAS INDICACIONES DEL MANUAL)</p>	<p>Enfermera responsable del paciente</p>	<p>Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo 2)</p>
<p>13. REGISTRAR EVOLUCIÓN DE LA UP</p>	<p>Enfermera responsable del paciente</p>	<p>Hoja de Vigilancia epidemiológica de la UPP (Ver Anexo 2)</p>
<p>14. GESTIONAR ALTA DE UNIDAD DE ENFERMERÍA Y ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS</p> <p>a. Cumplimentar el registro de evolución el último día de estancia en la unidad.</p> <p>b. Anotar la fecha de alta.</p> <p>c. Anotar el motivo del alta.</p>	<p>Enfermera responsable del paciente o Supervisora</p>	<p>(Cumplimentar la Hoja de continuidad de cuidados) (Anexo 2 K)</p>

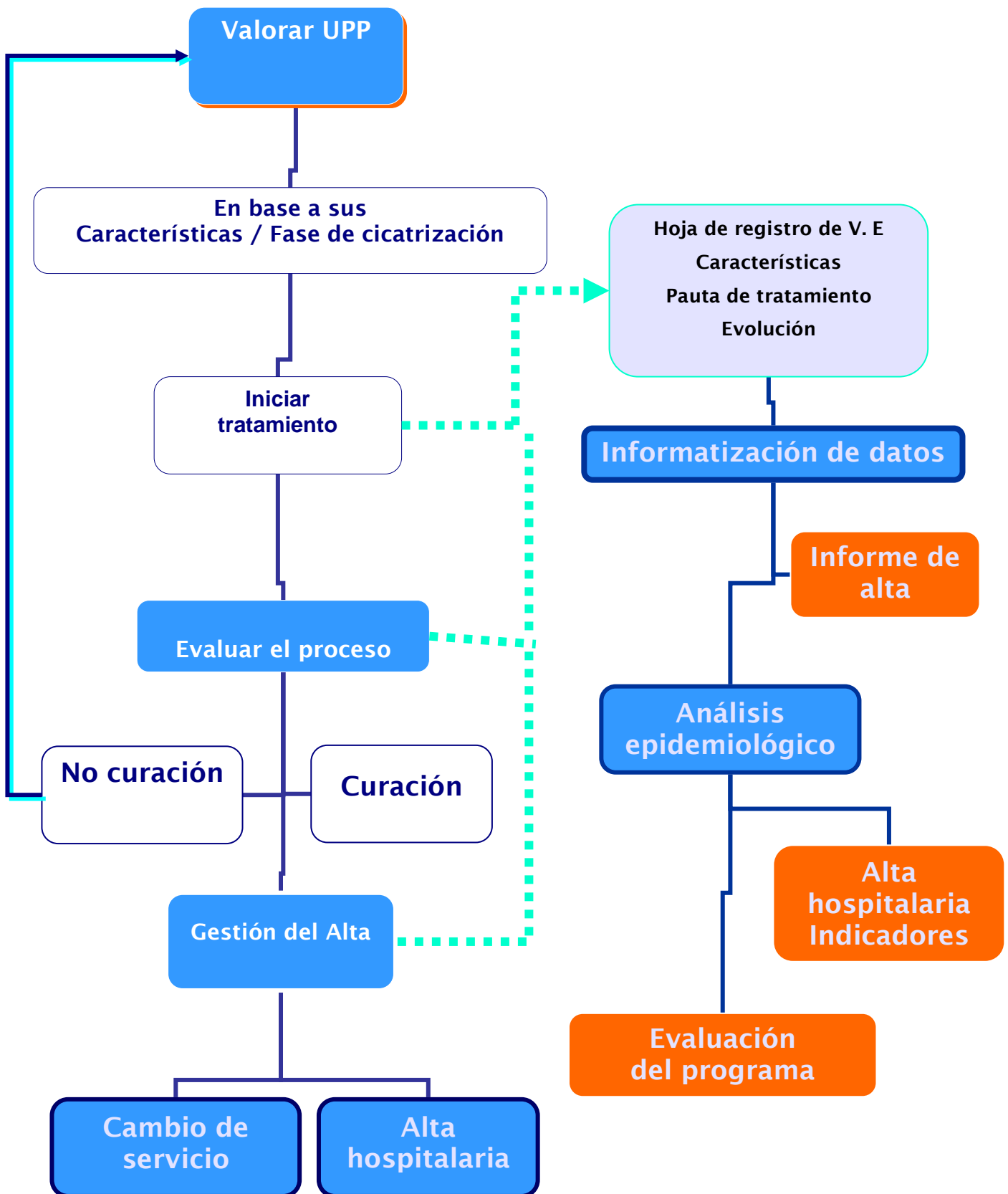
<p>15. REALIZAR EL ANÁLISIS Y ELABORACIÓN DE INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Informes de incidencia de UPP.</li> <li>b. Informe de resolución de procesos de UPP.</li> <li>c. Distribuir los informes mensuales a Dirección médica, Dirección de enfermería, al jefe de servicio y supervisor de las unidades implicadas.</li> <li>d. Distribuir al informe anual a Dirección médica, Dirección de enfermería, al jefe de servicio y supervisor de las unidades implicadas.</li> </ul>	<p>Medicina preventiva</p>	<p>Base de datos (En desarrollo)</p>
<p>16. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS UPP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Unificación de pautas de enfermería.</li> <li>b. Costes derivados de las UPP.</li> <li>c. Complimentar registros.</li> </ul>	<p>Medicina preventiva</p>	<p>Base de datos (En desarrollo)</p>

# DIAGRAMAS DE FLUJO

## ALGORITMO DE PREVENCIÓN



## ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LAS UPP



PAUTAS DE TRATAMIENTO				
	Tipo de tejido	Exudado	Objetivo	Herramientas
<b>D E T E R S I V A</b>	Necrótico seco	Nulo	Desbridamiento	Quirúrgico/Hidrogel/Hidrocoloide
	Necrótico húmedo	Alto	Desbridamiento	Quirúrgico/Enzimático
	Sin signos locales de infección (Colonización crítica)	Bajo / Medio	Reducción de la carga bacteriana /Control del exudado	Apósito con plata + A. de Poliuretano (mínimo 5 cambios)
	Con signos locales de infección	Alto	Reducción de la carga bacteriana	Apósito con plata + Apósito poliuretano
<b>P R O L I F E R A T I V A</b>	Granulación	Bajo / Nulo	Humectar	Hidrogel / Hidrocoloide + A. de Poliuretano
	Granulación	Medio	Mantener el nivel de humedad	Apósito Bioactivo + A. de poliuretano
	Granulación	Alto	Gestión del exceso de exudados	Alginato cálcico / Fibra de Hidrocoloide + A. de Poliuretano
	Epitelización	Bajo / Nulo	Protección	Hidrocoloide /A. de silicona/ A. de Poliuretano

Modificación de la “GUÍA RÁPIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS”

(Dirección de enfermería de atención primaria Área 9)

### **PRODUCTOS UTILIZADOS**

- Material de higiene: Jabones o sustancias limpiadoras con ph neutro, agua tibia y vaselina.
- Solución hidratante / Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO).
- Lencería de tejidos naturales, preferentemente.
- Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): estáticas o dinámicas.
- Apósitos protectores y de tratamiento: hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano u otros.
- Protectores cutáneos (pomadas, películas, etc).

### **PRECAUCIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO**

- Las movilizaciones de los pacientes se han de realizar con los cuidados especiales que se deriven de su situación clínica.
- Las movilizaciones de los pacientes se han de realizar con las normas de ergonomía del trabajo.
- La colaboración familiar a de ser un objetivo exento de polémica y un acto voluntario que hemos de conseguir dándoles toda la información posible acerca de los riesgos de padecer una UPP.
- La evolución de la úlcera implica un seguimiento exhaustivo del proceso observando en todo momento si aparecen signos de infección. La detección temprana de los procesos infecciosos y su tratamiento en las primeras fases simplifica los procesos, aumenta la calidad de vida del paciente y abarata costes.

### **CONTROLES**

- Es conveniente que para una correcta evaluación de riesgo se solicite de forma reglada controles analíticos nutricionales a todos los pacientes con valoración de riesgo media y alta.
- Periódicamente, preferente con periodicidad mensual, se realizarán estudios de incidencia para analizar posibles aumentos de frecuencia y detectar la aparición de nuevos factores de riesgo. De esta actividad se encargará el servicio de Medicina Preventiva con la participación del equipo colaborador de la sala.

## **RESPONSABILIDADES**

- La supervisora se encargará de garantizar los cuidados de prevención a todos los pacientes susceptibles de recibirlos según los criterios de valoración de riesgo.
- La enfermera que reciba al paciente al ingreso será la encargada de realizar la primera evaluación y programación de los cuidados iniciales.
- La enfermera responsable (en caso de no existir será quien designe la supervisora) se encargará de la continua evolución y programación de los cuidados.
- La auxiliar de clínica será responsable de los cuidados higiénicos y de asegurar la movilización del paciente con ayuda de celadores.
- NOTA: La implicación familiar en los cuidados de prevención es fundamental para asegurar una buena calidad en los cuidados. Es aconsejable que si no participan directamente, estén presentes mientras se realizan los cuidados de prevención y que se les informe de cuales son las zonas de riesgo. Con la información y colaboración familiar seguro que obtendremos mayor satisfacción y confianza de los usuarios.

## **DOCUMENTACIÓN**

- ANEXO 1. Pauta de prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- ANEXO 2. Hojas de registro "Vigilancia epidemiológica de la úlcera por presión". Manual de cumplimentación y variables a recoger. Informe de continuidad de los cuidados de enfermería en pacientes con lesiones tisulares.
- ANEXO 3. Carteles informativos/ formativos para las unidades.
- ANEXO 4. Guía rápida de actuación de enfermería para la prevención y tratamiento de las heridas (dossier independiente)

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Directrices del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas). <http://www.gneaupp.org>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. GNEAUPP. "Directrices Generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión". Arnedillo, 1998.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las UPP. Logroño. 2003.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño. 2003.
- Atención integral a las heridas crónicas "J. Javier Soldevilla Agreda, Joan Enric Torrá i Bou. (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).
- Documentos de posicionamiento de la EWNA.
- Manual de Prevención y Cuidados Locales de Úlceras por Presión. "Servicio Cántabro de salud".
- Manual de Prevención y Cuidados Locales de Úlceras por Presión. "Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla.
- Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión, "Hospital universitario Puerta del Mar. Cádiz".
- Guía clínica de cuidados de úlceras por presión "Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda".
- Guía rápida de enfermería para el tratamiento de las úlceras "Dirección de enfermería del departamento 9 de Valencia".
- Dirección de enfermería de Atención Primaria Área 5.
- Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Carmen Fuentelsanz (en nombre del grupo investigador).



# ANEXO 1

## PAUTAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS UPP

## A) PAUTAS DE PREVENCIÓN DE LAS UPP

### A-1 OBJETIVOS

- Identificar al paciente con riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP).
- Mantener la integridad de la piel.
- Mantener al paciente en óptimas condiciones para su posterior recuperación.
- Proporcionar educación sanitaria al paciente y/o familia.

### A-2 CONSIDERACIONES PREVIAS

#### 1. Centradas en el paciente:

- Riesgo de desarrollo de úlceras por presión:
  - Fisiopatológicos.
  - Derivados del tratamiento.
  - Socio-económicos.
- Se considera de riesgo todo paciente con: parálisis cerebral, disminución del nivel de conciencia, deficiencias del estado nutricional, mayores de 80 años.
- Valoración del riesgo de ulceración (según escala de EMINA).
  - Riesgo alto: 8-15. Paciente de alto riesgo.
  - Riesgo medio: 4-7. Paciente de riesgo medio.
  - Riesgo bajo: 1-3. Paciente de bajo riesgo.

(Todo paciente con UPP, será considerado automáticamente de alto riesgo.)

#### 2. Centradas en el personal:

- Siga las recomendaciones sobre el manejo de pesos y cargas del hospital.
- Lavado higiénico de las manos.
- Colóquese guantes para el lavado e higiene de los pacientes.
- Siga las normas universales sobre prevención de transmisión de infecciones.

### A-3 PERSONAL NECESARIO

- Enfermera.
- Auxiliar.
- Celador (actividades de movilización).

(Implicar a la familia, si lo desea en las medidas de movilización y pequeños cambios posturales)

### A-4 PREPARACIÓN DEL MATERIAL

- Medidas para su correcta preparación y manipulación.
- Tenga todo lo necesario antes de comenzar su actividad, para evitar incomodidades al paciente y pérdidas de tiempo.

#### Material necesario:

- **Material de higiene:** jabones o sustancias limpiadoras con ph neutro, agua tibia. *(añadir vaselina líquida al agua)*
- **Solución hidratante.** (aplicable por la familia)
- **Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO).** (aplicable por la familia y personal auxiliar en pacientes de riesgo medio o alto según las escala de valoración)
- Lencería de tejidos naturales, preferentemente.
- **Superficies especiales** para el manejo de la presión (SEMP): estáticas o dinámicas. (en pacientes de riesgo medio o alto según las escala de valoración)
- **Apósitos protectores:** hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano u otros.
- **Protectores cutáneos** (pomadas, películas, etc.)

## B) INTERVENCIONES Y FUNDAMENTOS (De pautas de prevención de las UPP)

### B-1 CUIDADOS DE LA PIEL:

- Revise diariamente el estado de la piel del paciente considerado de riesgo, teniendo especial cuidado con las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos,...) y con el deterioro del estado general de la piel (sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración,...).

**Fundamento:** *Prevenir aparición de UPP.*

- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.

**Fundamento:** *Estas zonas presentan un elevado riesgo de aparición de nuevas lesiones (recurrencia).*

- Realice la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con Ph neutro, aclare la piel con agua tibia y proceda al secado por contacto (**sin fricción**), secando muy bien los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.

**Fundamento:** *Está contraindicado el uso de cualquier tipo de alcohol sobre la piel: colonias, alcohol de romero, taninos; ya que resecan la piel.*

- Aplicar a continuación crema hidratante en la superficie corporal **excepto en los pliegues cutáneos**. Si se utiliza aceite corporal hidratante, se aplicará en la piel húmeda, secándola posteriormente.

**Fundamento:** *No previenen la aparición de lesiones, y además pueden ocasionar daños adicionales. Cuando se friccionan (masaje), disminuye la circulación y aumenta el riesgo de deterioro cutáneo.*

- Aplicar un masaje suave si la piel está intacta y no presenta cambios de color (enrojecimiento o palidez). No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.
- Mantenga la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas. La lencería será preferentemente de tejidos naturales (algodón). No usar productos irritantes para lavar la ropa.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción pueden utilizarse hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano. Utilice preferentemente apósitos no adhesivos.

**Fundamento:** *Algunos apósitos no permiten la visualización de las zonas de riesgo y presentan la posibilidad de lesionar la piel sana (adhesivos)*

- No utilice vendajes protectores utilice taloneras protectoras. En caso de utilizarlos, deberán ser cambiados diariamente.



**Fundamento:** *Los vendajes protectores impiden una correcta inspección y dificultan el cuidado local de la piel.*

- Los ácidos grasos hiperoxigenados, deben aplicarse con suavidad en todas las zonas de riesgo, siempre que la piel esté íntegra.

**Fundamento:** *Productos específicos con acción a nivel de epidermis/dermis.*

## **B-2 CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD:**

Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas

- **Incontinencia.** La principal causa de exceso de humedad es la incontinencia urinaria y/o fecal. Para su control se deben utilizar los dispositivos indicados en cada caso: colector de orina, pañales absorbentes, sonda vesical, etc.

- Determine el patrón de incontinencia.
- Programe el cambio de pañales.
- Utilice colectores de tamaño adecuado, teniendo cuidado con las fijaciones. colocarlos de noche solamente.
- Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición), lave la zona perineal, limpie bien con agua templada y jabón neutro.

**Fundamento:** *Mantener la piel limpia y seca.*

- Seque **sin friccionar**, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.
- Valore si es preciso aplicar productos que impermeabilicen la piel (protectores cutáneos).
- Intente reeducación de esfínteres (ejercicios de suelo pélvico,...)

**Fundamento:** *Las fijaciones pueden originar lesiones en la piel*

- **Drenajes.** Se debe utilizar los sistemas adecuados para el control de los drenajes provisionales o permanentes como bolsas de colostomía, ileostomía, etc.

**Fundamento:** *Las características de los drenados, por su composición (Ph ácido), pueden producir irritaciones cutáneas.*

- **Sudoración profusa.** El exceso de sudoración también se debe valorar, especialmente en los pacientes febriles. Para ello se procederá al cambio de las sábanas y lencería cuando sea necesario, realizando higiene y vigilando pliegues cutáneos.

**Fundamento:** *Utilizar fundas de colchón que no favorezcan la transpiración*

- **Exudado de heridas.** Aplique los productos necesarios para el cuidado de la piel perilesional en lesiones exudativas.

**Fundamento:** *Evitar maceraciones.*

## **B-3 MANEJO DE LA PRESIÓN: MOVILIZACIÓN, CAMBIOS POSTURALES, SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN (SEMP).**

- **Movilización:** Fomente la movilidad y actividad del paciente: proporcionar dispositivos de ayuda (barandillas, trapecio, andador, bastones, etc.)

**Fundamento:** *Disminuir el efecto de la presión como causa de UPP.*

- **Cambios posturales:**

- Siempre que no exista contraindicación, deben realizarse cambios posturales.
- Programe los cambios posturales en relación a las necesidades y riesgo detectado en la valoración. Con carácter general se aconseja realizarlos cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas en la noche

**Fundamento:** *Reducir los niveles de presión en las zonas de riesgo.*

- Siguiendo una rotación programada (decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo).
- En decúbito lateral, no sobrepase los 30°.

**Fundamento:** *Evitar lesiones en trocánteres.*

- Evite en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- Evite el contacto directo entre las prominencias óseas, con el uso de almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñe al paciente a moverse cada quince minutos (cambios de posturas y/o pulsiones).

**Fundamento:** *Se desaconseja sentar a pacientes con lesiones en la región de asiento (sacro, tuberosidades isquiáticas).*

- Entre uno y otro cambio postural completo, realizar mínimos cambios de postura.
- Levante al paciente en lugar de deslizarlo para realizar las movilizaciones, utilice una entremetida de tela para evitar el arrastre.

**Fundamento:** *Prevenir la fricción y evitar las lesiones de espalda del personal que realiza la movilización.*

- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Si fuera necesario, eleve la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el menor tiempo posible.

**Fundamento:** *Cuando se incrementa la elevación de la cama, se aumenta la presión en las zonas de apoyo/asiento.*

- Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural.

**Fundamento:** *El tiempo de permanencia en cada posición deberá acortarse, si cualquier zona enrojecida no recupera el color normal una hora después del cambio postural.*

- (Revise las zonas de apoyo de sondas, gafas de oxígeno, drenajes, bránulas, en cada cambio postural)

**(Fundamento:** Prevenir la presión y evitar las lesiones tisulares en zonas como nariz, orejas, pene....)

- **Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP):**

- Utilice una SEMP adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente. Considere siempre las superficies especiales como un material complementario que no sustituye a los cambios posturales.

**Fundamento:** *Incrementar el confort del paciente, reducir y aliviar la presión.*

- Use una superficie estática cuando el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las úlceras por presión y/o en pacientes con riesgo bajo

**Fundamento:** Disminuir la presión, distribuyendo la superficie de contacto.

- Emplee una superficie dinámica si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras y/o en pacientes con riesgo medio / alto

**Fundamento:** *Reducir y eliminar la presión mediante sistemas de alternancia y/o flujo de aire.*

- Los elementos anteriores, pueden completarse con el uso adecuado de otros materiales: cojines, almohadas, protectores locales, etc.

**Fundamento:** *Reducir localmente la presión, evitar la fricción y fuerzas tangenciales.*

- En el caso de pacientes de riesgo medio o alto, se deberá utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión en sedestación.
- No utilizar flotadores o rodetes.

**Fundamento:** *Producen edema y congestión venosa, facilitando la aparición de UPP.*

#### **B-4 CUIDADOS GENERALES:**

- Trate aquellos procesos que puedan incidir en el desarrollo de las úlceras por presión (alteraciones respiratorias, circulatorias, metabólicas).
- Identifique y corrija los diferentes déficit nutricionales (calóricos, proteicos y micronutrientes)
- Los pacientes de alto riesgo y con lesiones, requieren una dieta hiperproteica e hipercalórica.

**Fundamento:** *La desnutrición es un factor de riesgo para la formación de UPP.*

- Asegure un estado de hidratación adecuado.

#### **B-5 EDUCACIÓN PARA LA SALUD:**

- Permita la presencia de un familiar en la habitación mientras se realizan los cuidados.
- Invite al paciente y/o familia a participar en los cuidados.
- Proporcione información sobre: formación de úlceras, factores contribuyentes, importancia de los cambios posturales, alimentación, higiene.

**Fundamento:** *Informar al paciente / familia facilita la continuidad de los cuidados.*

- Realice una valoración psicosocial del paciente.
- Los programas educativos son esenciales en el cuidado de las UPP. Habrá que valorar la capacidad del paciente para participar en su programa.
- Desarrollar un programa: Organizado, estructurado y comprensible. Dirigido a todos los niveles: paciente, familia, cuidadores y sanitarios.
- Debe incluir conocimientos básicos sobre UPP, estrategias para su prevención y tratamientos efectivos con el fin de promover la curación y prevención de recurrencias
- Deberán aprender algunos cuidados básicos de enfermería comunes a los enfermos encamados, especialmente si se encuentra en fase terminal: higiene, protección de las partes del cuerpo donde pueden producirse úlceras, limpieza y cura de las úlceras, gimnasia pasiva, extracción de flemas, cambios posturales, etc. Tabla nº 4 Gráfico para el cuidador (Dirección de enfermería del atención primaria Área 5 modificada

### **B-6 REGISTRO.**

- Anote los resultados de la valoración del paciente (hoja de valoración de enfermería y hoja de prevención y tratamiento de UPP).

**Fundamento:** Favorece *la continuidad de cuidados.*

- Programe los cuidados específicos preventivos para cada paciente de acuerdo con el riesgo (hoja de prevención y tratamiento de UPP).
- Registre la evolución del estado del paciente (hoja de observaciones de enfermería).
- Registre el nivel de aprendizaje y autocuidado alcanzado por el paciente / familia (hoja de observaciones de enfermería).
- Registre en el Informe de Enfermería al Alta los cuidados preventivos y las recomendaciones proporcionadas.

**Fundamento:** Mejorar *la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud.*

- Firme sus notas.

### **B-7 CAMBIOS POSTURALES**

#### **POSICIONES:**

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 elevarse, procurar que no exceda de 30°.
- Evitar la rotación del trocánter.
- 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 otra 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 maléolos.





## C) PAUTAS DE TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS

### C-1 OBJETIVO.

- Restablecer la integridad de la piel.
- Proporcionar al paciente condiciones óptimas para una evolución o recuperación satisfactoria
- Proporcionar educación sanitaria al paciente y/o cuidador

### C-2 CONSIDERACIONES PREVIAS.

#### 1 Centradas en el paciente:

- Realizar la escala de valoración de riesgos (EMINA) en hoja de **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ULCERA POR PRESIÓN (SIVEUP)**
- Evaluar riesgos extrínsecos (Sondas, catéteres, férulas.....)
- Valorar presencia de dolor.

#### 2 Centradas en el personal:

- Siga las recomendaciones sobre el manejo de pesos y cargas del hospital.
- Siga las normas universales sobre prevención de transmisión de infecciones del hospital.

### C-3 PERSONAL NECESARIO:

- Facultativo
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Celador

### C-4 PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

- **Medidas para su correcta preparación y manipulación.**
  - Tenga todo lo necesario antes de comenzar su actividad, para evitar incomodidades al paciente y pérdidas de tiempo.
- **Material necesario:**
  - Guantes desechables (retirar cura sucia).
  - Set de curas. (Paño plastificado y guantes)
  - Gasas estériles.
  - Suero salino.
  - Jeringa (20 CC.)
  - Agujas I.V.
  - Apósitos (cura húmeda).
  - Opcional
    - Solución anestésica y productos hemostáticos
    - Bisturí.
    - Hisopo.
    - Material de higiene (esponja jabonosa, pañal,...)
    - Lencería

## **D) INTERVENCIONES Y FUNDAMENTOS** **(De pautas de tratamiento de las heridas)**

### **D-1 CONSIDERACIONES ESPECIALES ANTE UN PACIENTE CON RIESGO DE PADECER UPP**

#### **D-1-1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

La valoración de enfermería supone la detección de problemas y necesidades de un paciente.

Tendremos en cuenta el estado físico, psíquico y social, nos aportará una visión global de la persona y sus circunstancias, con el fin de adecuar las actuaciones de enfermería a las necesidades detectadas.

Debemos definir a todos los pacientes potenciales de riesgo. Para ello es imprescindible utilizar una Escala de Valoración de Riesgo de UPP, que orientará hacia la planificación de cuidados. Son la herramienta con la que identificaremos a un paciente de riesgo en un corto tiempo, y las usaremos tanto en la valoración inicial del paciente como periódicamente, según se establezca o existan cambios en el estado general del mismo. Valore y registre las úlceras al menos semanalmente.

Si la situación del paciente o de la lesión se deterioran, reevaluar el tratamiento tan pronto como sea posible.

#### **D-1-2 ELECCIÓN DEL APÓSITO.**

Nos hemos de atener a las evidencias científicas disponibles que demuestran la efectividad clínica y bajo la óptica de coste beneficio (espaciamiento de curas, menor manipulación de las lesiones, menor tiempo de enfermería...,) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional.

Un apósito ideal debe ser biocompatible, proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, ser adaptable a localizaciones difíciles y ser de fácil aplicación y retirada.

Los apósitos de gasa no cumplen con la mayoría de los requisitos anteriores."La selección de un apósito de cura en ambiente húmedo deberá realizarse considerando las siguientes variables":

- Localización de la lesión.
- Estadio
- Severidad de la úlcera.
- Cantidad de exudado
- Presencia de tunelizaciones.
- Estado de la piel perilesional.
- Signos de infección.
- Estado general del paciente.
- Nivel asistencial y disponibilidad de recursos.
- Coste-efectividad.
- Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado.

Para evitar que se formen abscesos o se «cierre en falso» la lesión, será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes) las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por las características específicas del producto seleccionado. Será preciso elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado sin permitir que deseque el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral y deberemos realizar el desbridamiento adecuado a la lesión, al lugar donde se encuentre la lesión y el paciente y seguir las normas y directrices del nivel asistencial.

### **Recomendaciones generales**

- Que mantenga el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca.
- Según las características de la lesión (secas, muy exudativas, con signos de infección, cavitadas, etc.) y objetivos terapéuticos (protección, absorción, analgesia, desbridamiento, etc.).
- Elimine los espacios muertos de la úlcera, rellenando entre la mitad y tres cuartas partes de la cavidad o tunelización, a poder ser con el mismo material del apósito, para evitar que se formen abscesos o se "cierre en falso".
- Evite sobrecargar la úlcera.
- Aplique el apósito excediendo en al menos 2-3 cm. del borde de la lesión.
- Coloque el apósito del centro hacia los bordes, presionando unos segundos para facilitar la adhesión.
- La fijación de apósitos secundarios con esparadrapo antialérgico, se debe realizar sin estirar o presionar.
- La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinado por el nivel de exudado (saturación del apósito).
- Retire los apósitos hidrocoloides cuando se delimite la forma de la lesión, no espere a que se sature sobre la piel periulceral.
- Retire los apósitos hidrocélulares cuando el exudado llegue a 1 cm. del borde.
- Para retirar los apósitos, presione suavemente la piel, levante cada una de las esquinas del apósito y a continuación retírelo.

**FUNDAMENTOS** *Técnica atraumática, evita destruir nuevas formaciones de tejido.*

- Los apósitos de alginato cálcico y de hidrofibra de hidrocoloide o de plata, retírelos con suero salino si están adheridos al lecho.
- En caso de sangrado abundante valorar el uso de hemostáticos como Surgicel, Hemován o alginatos
- Evitar las curas oclusivas si hay exposición de huesos y tendones.
- Los apósitos hidrocoloides, al retirarse, pueden desprender un olor especial.

### **D-1-3 LA COLONIZACIÓN Y LA INFECCIÓN BACTERIANA EN LAS UPP.**

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas. En la mayor parte de los casos una limpieza y

desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El diagnóstico de la infección asociada a úlcera por presión, debe ser fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor)
  - Dolor
  - Olor
  - Exudado purulento
- 
- La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente (déficit nutricional, obesidad, fármacos, inmunosupresores, citotóxicos, enfermedades concomitantes, diabetes, neoplasias,..., edad avanzada, incontinencia, etc.) y otras relacionadas con la lesión (estadio, existencia de tejido necrótico y esfacelado, tunelizaciones, alteraciones circulatorias en la zona, etc.).

Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento. Si transcurrido un plazo entre dos y cuatro semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de Infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis., celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (p.e. sulfadiazina argéntica, ácida fusídico...) y durante un periodo máximo de dos semanas.

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces, cultivos bacterianos, cualitativos y cuantitativos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero microorganismo responsable de la infección. Identificado el germen se habrá de plantear un tratamiento antibiótico específico, reevaluar al paciente y la lesión.

- Control de la infección.
  - Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales
  - Utilice guantes limpios y cámbielos con cada paciente
  - El lavado de manos entre los procedimientos con los pacientes es esencial.
  - En pacientes con varias úlceras, comience por la menos contaminada
  - Use instrumentos estériles en el desbridamiento quirúrgico de las úlceras por presión
  - No utilice antisépticos locales.
- Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.
- Cumpla con la normativa de eliminación de residuos de su institución.

### **Recomendaciones generales**

- Si existe deterioro del apósito realizar la cura de la úlcera cada 24 horas o antes.
- Si hay signos de contaminación / infección local, intensificar la limpieza sólo con suero salino y desbridamiento.
- Si tras dos semanas de cura local, la úlcera continua con signos de infección, consultar al médico el antibiótico tópico a utilizar (habiendo descartado la

presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia) y durante un periodo máximo de dos semanas.

**FUNDAMENTOS:** *No use antisépticos locales tipo Betadine para reducir el nivel de bacterias en las úlceras.*

- Si la lesión no responde a las dos semanas al tratamiento local, deberá realizarse cultivo de exudado o de muestras, siguiendo las indicaciones del laboratorio.
- Una vez identificado el germen, se realizará administración sistémica del antibiótico específico, según prescripción médica.
- Evitar las curas oclusivas.
- Cuando un paciente tenga varias úlceras, tratar las más contaminada en último lugar.
- Utilizar material quirúrgico exclusivo para esta úlcera

**FUNDAMENTOS:** *El material exclusivo evita infecciones cruzadas*

#### **D-1-4 CUIDADOS PALIATIVOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN**

El que un paciente se encuentre en estadio terminal de su enfermedad no justifica el que se haya de claudicaren el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión.

En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar:

- No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de las lesiones.
- Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estadio, probablemente inevitable.
- Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando, en lo posible técnicas agresivas.
- Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.
- Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el discomfort causado por este procedimiento.
- Mejorando el bienestar del paciente, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metronidazol, etc.)
- En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

#### **D-1-5 SOPORTE NUTRICIONAL.**

Un buen soporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión sino que también puede evitar la aparición de éstas.

Una parte importante de la cicatrización de éstas es local y ocurre incluso con disfunciones nutricionales, aunque la comunidad científica admite que una situación nutricional deficiente, produce un retraso o imposibilidad de la cicatrización total de las lesiones y favorece la aparición de nuevas.

Se diagnostica desnutrición clínicamente severa si la albúmina sérica es menor de 3,5 mg/dl, el recuento linfocitario total es menor de 1800/mm<sup>3</sup>, o si el peso corporal a disminuido más de un 15 %.

Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas. La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:

- Calorías (30-35 Kcal. x Kg. peso/día )
- Proteínas ( 1,25 – 1,5 gr./Kg. peso/día )
- Aporte hídrico (1 CC. Agua x Kcal. día) (30 cc Agua / día x Kg. peso).

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral oral para evitar situaciones carenciales.

#### **D-1-6 SOPORTE EMOCIONAL.**

La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.

En el caso de las úlceras por presión, pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, auto imagen, autoestima, etc. por lo que habrá de tenerse presente esta importante dimensión al tiempo de planificar sus cuidados.

## **E) ACTUACIONES COMUNES A TODOS LOS ESTADÍOS:**

### **E-1 CONTINUAR CON EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN EN TODOS LOS ESTADÍOS:**

- Continuar con las medidas de prevención en cuanto a cuidados de la piel, control del exceso de humedad, manejo de la presión (movilización del paciente, cambios posturales y uso de superficies de apoyo) y cuidados generales.

### **E-2 PRESENCIA DE DOLOR:**

- Valore a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con las úlceras o con su tratamiento.
- Proporcione analgesia, prescrita por el médico, según sea necesario y adecuado.

**FUNDAMENTOS:** *El uso de apósitos basados en el concepto de cura húmeda conlleva una marcada disminución del dolor, tanto mientras permanecen colocados como en el momento de ser retirados. Prestar especial atención cuando se apliquen apósitos con plata.*

### **E-3 LIMPIEZA DE LA ÚLCERA:**

- Limpie la úlcera inicialmente y en cada cura con suero salino fisiológico al 0,9%.
- Utilice la mínima fuerza mecánica y la suficiente presión de lavado para facilitar el arrastre de detritus, bacterias, restos de pomadas, etc. sin lesionar el tejido sano, secar a continuación
- Esta presión se puede conseguir con una jeringa de 20 cc. y una aguja IV.

**FUNDAMENTOS** *No limpie el lecho de las úlceras con limpiadores cutáneos o antisépticos*

- (opcional) Limpieza con esponja jabonosa, iniciar la limpieza por la zona periulceral en espiral hacia el exterior y con otra esponja limpiar el lecho de la herida y aclarar con abundante fisiológico

**FUNDAMENTOS** *No limpie el lecho de las úlceras con fuerza ni en zonas cavitadas*

## F) PAUTA DE TRATAMIENTO

Tabla nº 1 en hoja de **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ULCERA POR PRESIÓN (SIVEUPP)**

FASE	TEJIDO	EXUDADO	OBJETIVO		HERRAMIENTAS
DETERSIVA	Necrótico seco	Nulo	Desbridamiento	7	Quirúrgico / cortante + Hidrogel + Hidrocoloide
	Necrótico húmedo	Alto	Desbridamiento	6	Quirúrgico/Cortante/Enzimático
	Sin signos infección (Colonización crítica)	Bajo / Medio	Reducción bacteriana /Control del exudado	5	Apósito con plata + Apósito de Poliuretano (mínimo 5 cambios)
	Con signos infección	Alto	Reducción bacteriana		Apósito con plata + Apósito poliuretano
PROLIFERATIVA	Granulación	Bajo / Nulo	Humectar	4	a. Hidrocoloide + Hidrogel b. Apósito de Poliuretano + Hidrogel
	Granulación	Medio	Mantener el nivel de humedad	3	a. Alginato cálcico + A. de poliuretano b. Fibra de Hidrocoloide + A. de poliuretano c. A. Bioactivo + A. de poliuretano
	Granulación	Alto	Gestión del exceso de exudados	2	a. Alginato cálcico + A. de Poliuretano b. Fibra de Hidrocoloide + A. de Poliuretano
	Epitelización	Bajo / Nulo	Protección	1	a. Hidrocoloide b. A. No adherente (Siliconas.....) c. A. de Poliuretano

### F-1 FASE DETERSIVA

- Tejido necrótico seco sin exudado

- El objetivo es desbridar. Aplicaremos desbridamiento quirúrgico (cirujano) / Cortante (enfermería) y aplicaremos hidrogel durante 24-48 con hidrocoloide para favorecer el ablandamiento de la lesión. Realizaremos la cura cada 2-3- días.

**FUNDAMENTOS** *Desbridamiento enzimático y autolítico.*

- Para mejorar la eficacia, hacer incisiones sobre la costra y aplicar la pomada o hidrogel con jeringa y aguja.
- Posteriormente se efectuará desbridamiento quirúrgico de la necrosis por capas.

**FUNDAMENTOS** *Seguir las recomendaciones del centro respecto al desbridamiento quirúrgico / cortante.*

*Utilizar apósitos secos durante las 8-24 horas siguientes.*



- Aplicar productos hemostáticos en caso de sangrado.
- Como apósito secundario se puede usar gasa, hidrogel en placa, hidrocoloide en placa o espuma de poliuretano.
- Las úlceras de talón con escaras secas, no precisan ser desbridadas si no tienen edema periulceral, eritema, fluctuación o drenaje.
- No usar en necrosis seca apósitos de alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide.

**FUNDAMENTOS:** *Apósitos indicados para úlceras exudativas.*

- Tejido necrótico húmedo con exudado alto,

- El objetivo es desbridar e impedir la infección por lo que realizaremos desbridamiento quirúrgico y/o enzimático

**FUNDAMENTOS:** *Seguir las recomendaciones del centro respecto al desbridamiento quirúrgico.*

- Aplicaremos pomada enzimática cada 24 horas, se aplican con jeringa o cánula poniendo poca cantidad solo en el lecho de la herida protegiendo la piel periulceral con cremas barrera.

**FUNDAMENTOS:** *Facilitan su distribución y que el producto no se desborde, lesionando la piel periulceral.*

- Como apósito secundario se puede utilizar, apósito tradicional
- Valorar el uso de espuma de poliuretano o apósito hidrocélular apósitos de plata, hidrofibras o alginatos (cura cada 1-2 días) según el exudado o el riesgo de infección

**FUNDAMENTOS:** *Cura en ambiente húmedo. Utilizar en úlceras con exudado moderado o profuso. Y usar la plata en úlceras exudativas malolientes e infectadas*

- Tejidos sin signos de infección con exudado bajo o medio

- El objetivo es reducir la carga bacteriana y controlar el exudado utilizaremos apósitos con plata mas apósito de espumas de poliuretano y realizaremos esta cura como mínimo durante 5 cambios (cada 3-4 días)

**FUNDAMENTOS** *dado el alto riesgo de infección de estas lesiones se recomienda el uso profiláctico de los apósitos de plata*

- Tejidos con signos de infección y con exudado alto,

- El objetivo es reducir la carga bacteriana por lo que utilizaremos apósitos de plata, alginato y apósitos de espumas de poliuretano o valorar la misma cura bajo apósito tradicional de gasa (cura a demanda) según el estado de la lesión.

**FUNDAMENTOS** *Valorar detenidamente el uso de apósito de poliuretano en la herida infectada*

## F-2 FASE PROLIFERATIVA

- Tejido de granulación con exudado bajo o nulo

- El objetivo es humectar y aportar aminoácidos, tendremos que facilitar la humedad con hidrogeles cubiertos por apósito de espumas de poliuretano o apósito de hidrocoloide (cada 4 -5 días)

**FUNDAMENTOS** *Prestar especial atención a la retirada del apósito y no dañar los tejidos de neoformación*

- Tejido de granulación con exudado medio

- Tenemos que mantener el nivel de humedad utilizaremos alginato o fibra de hidrocoloide mas apósitos de espuma poliuretano (cada 3-4 días).

**FUNDAMENTOS** *Prestar especial atención a la retirada del apósito y no dañar los tejidos de neoformación y si el lecho es muy sangrante utilizar alginatos por su acción hemostática*

- Tejido de granulación con exudado alto,

- Hemos de conseguir gestionar el exceso de exudado por lo que pondremos Alginatos cálcicos o fibras de hidrocoloide más apósito de poliuretano (cada 2-3-4 días) según el nivel de exudado.

**FUNDAMENTOS** *Debe eliminar y controlar el exudado mediante su absorción, sin permitir que desequie el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral. Si el exceso de exudado persiste durante 15 días valorar probable infección y el uso de apósitos de plata*

- Tejido en fase de epitelización

- Hemos de conseguir la protección del tejido de neoformación por lo que utilizaremos apósitos de hidrocoloide, silicona o de poliuretano y se podrán alargar las curas incluso una semana, dependiendo del apósito de elección. (cada 4 -7días)

**FUNDAMENTOS** *Prestar especial atención a la retirada del apósito y no dañar los tejidos de neoformación se puede valorar la retirada tardía del apósito a una semana*

## F-3 PRODUCTOS EMPLEADOS

- **ALGINATO CALCICO.**

Son polímeros de cadena larga procedentes de las algas que absorben el exudado, hidratándose, intercambiando iones calcio por iones sodio y transformándose en un gel traslúcido que crea un medio húmedo que favorece la cicatrización y a su vez pueden retener gérmenes en su estructura.

Precisan del exudado para actuar y tienen propiedades hemostáticas.

Se retiran fácilmente de la lesión pero precisan de apósito secundario de fijación.

Son útiles en UPP de estadio III, IV y úlceras vasculares de exudado moderado o alto, así como en úlceras infectadas, cavitadas y necrosis húmedas.

No deben utilizarse en necrosis secas, ni en heridas no exudativas.

- **HIDROPOLIMÉRICOS e HICROCELULARES**

También reciben el nombre de ESPUMAS (foam). Son apósitos derivados del poliuretano a los que se les ha asociado una estructura hidrofílica.

Presentan una alta capacidad de absorción del exudado y no se descomponen en presencia de éste, manteniendo la piel perilesional intacta.

Tienen capacidad autolítica para la eliminación de la capa necrótica y algunos pueden manejar la presión por lo que resultan también útiles en la prevención.

Son combinables con otros productos y no dejan residuos ya que no forman gel, la retirada del apósito se lleva a cabo cuando el exudado llegue a un centímetro del borde del apósito.

Se emplean en todas aquellas lesiones de cualquier etiología, de moderada a altamente exudativas, en todas las fases del proceso de cicatrización.

En caso de infección puede utilizarse recomendándose mayor observación de la lesión

- **ENZIMÁTICO.**

El desbridamiento enzimático o químico es un método más a valorar cuando el paciente no tolere el desbridamiento quirúrgico y no presente signos de infección.

Existen en el mercado diversos productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos,...) que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos.

La colagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias existen evidencias científicas que indican que ésta, favorece el desbridamiento y por lo tanto el crecimiento de tejido de granulación. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral mediante una pasta de zinc, silicona, etc., al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

- **HIDROGEL**

Favorece el desbridamiento autolítico y son compuestos formados por sistemas cristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos, con un contenido de agua del 70 al 90%.

Favorecen la granulación y el desbridamiento por hidratación, por lo que pueden asociarse con medicamentos hidrosolubles.

En utilización conjunta con la colagenasa, potencia la acción de esta última.

No son adherentes por lo que presentan una retirada sencilla e indolora, precisando de un dispositivo secundario de sujeción.

Útiles en úlceras infectadas, en necrosis secas y en heridas en fase de granulación

- **HIDROCOLOIDE**

Favorece el desbridamiento Autolítico y son apósitos estériles que se pueden presentar en placa, gránulos o fibras y que esencialmente son carboximetilcelulosa sódica y otros polímeros.

Son semipermeables: permeable al intercambio gaseoso y vapor de agua, e impermeable a líquidos y bacterias.

Indicado principalmente en el cuidado de úlceras por presión, con exudado medio a intenso, úlceras vasculares y quemaduras de primer y segundo grado y zonas donantes.

No es aconsejable su uso en heridas infectadas.

- **PLATAS**

Son productos bactericidas que contienen plata en diferentes porcentajes.

La plata actúa bloqueando el sistema de obtención de energía de las bacterias que se encuentra en la pared celular, sin producir daño alguno a las células humanas.

Hay evidencias científicas de que la plata es efectiva frente a un amplio espectro de gérmenes, incluyendo los multiresistentes, no produce efectos secundarios, no interfiere con antibióticos sistémicos y produce escasas resistencias.

Su utilización es en la fase de limpieza del proceso de cicatrización para disminuir la carga bacteriana. Muy útiles en heridas infectadas y heridas tórpidas sin signos de infección local.

- **QUIRÚRGICO**

El desbridamiento quirúrgico, está considerado como la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo.

Es un procedimiento cruento que requiere conocimientos, destreza y una técnica y material estéril por lo que habitualmente se realiza en quirófano por cirujanos, la política de cada institución a nivel asistencial determinará quién y dónde realizarla.

El desbridamiento cortante es posible realizarlo por enfermería adiestrada y se realiza por planos y en diferentes sesiones con un campo aséptico, siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión.

Ante la posibilidad de la aparición de dolor en esta técnica, es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc).

La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cede el sangrado con estas medidas se recurrirá a la sutura del vaso sangrante. Una vez controlada la hemorragia se recomienda usar un apósito seco durante un periodo de 8 a 24 horas, que se cambiará después por un apósito húmedo.

- **OTROS**

Bioactivos, Sistema de presión negativa, etc.

**Nota:** (Desbridamiento autolítico)\*.

Se favorecerá mediante el uso de productos concebidos en el principio de cura húmeda. Se produce por la conjunción de tres factores, la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Esta fórmula de desbridamiento es más selectiva y atraumática, no requiriendo habilidades clínicas específicas y siendo generalmente bien aceptado por el paciente. Presenta una acción más lenta en el tiempo. Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general, y los hidrogeles en estructura amorfa, de manera específica, son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico. En el caso de heridas con tejido esfacelado, los hidrogeles en estructura amorfa (geles), por su acción hidratante facilitan la eliminación de tejidos no viables por lo que deben considerarse como una opción de desbridamiento.

#### **G) REGISTRO (SIVEUPP)**

- Registre:
  - Los datos de identificación del paciente.
  - Los Factores de riesgo intrínsecos de adquirir una UPP.
  - Los factores de riesgo extrínsecos de adquirir una UPP.
  - La pauta de prevención programada.
  - La pauta de prevención realizada.
  - La característica de la lesión.
  - La evolución de la úlcera.
  - El procedimiento de curas.
- Firme sus notas.

## ANEXO 2

### **MANUAL DE CUMPLIMENTACIÓN Y VARIABLES A RECOGER**

### **HOJA DE REGISTRO DEL SIVEUPP SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN**

**H) MANUAL DE CUMPLIMENTACIÓN  
(HOJA DE VIGILANCIA DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN)**

**H-1 NORMAS GENERALES**

- La Hoja de Registro se ha de cumplimentar por la enfermera responsable al ingreso del paciente.
- Se realizará en primer lugar la valoración inicial con la escala EMINA (Tabla nº 1) y se programará los cuidados de prevención que se deriven de la valoración.
- Si el paciente tiene úlceras al ingreso cumplimentará el apartado específico de evaluación de la misma (solo una úlcera por esquema), los cuidados necesarios para su resolución y programará la siguiente marcando la fecha en la siguiente cuadrícula.

**H-2 DESCRIPCIÓN DEL FORMATO**

- Las hojas de registro de Vigilancia epidemiológica de la úlcera por presión está diseñada en Din A4 que constan de ANVERSO y REVERSO.
- La hoja de registro Primaria se registrará:

**En el Anverso:**

- Datos de ubicación actual
- Datos de identificación del paciente
- Diagnostico principal, intervención quirúrgica
- Alergias
- Patologías asociadas
- Escala de valoración de riesgo EMINA (Tabla nº 1)
- **Evaluación** EVR EMINA reevaluar al paciente el día que inicia la úlcera y como mínimo se reevaluara una vez cada 7 días o en cada ocasión que se aprecie un cambio considerable en el paciente.

<b>FECHA</b>									
<b>EVR. EMINA</b>	<b>12</b>								
<b>Examen de la piel</b>									

○ **MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

- Realizada: Se anotarán las acciones realizadas

<b>PROTECCIÓN</b>	<b>A.G.H.O.*</b>	X												
	<b>Linimento oleocalcáreo</b>	-												
	<b>Taloneras</b>	-												

- Con la frecuencia que se realizan

<b>CAMBIO POSTURAL</b>	<b>D.L.D.</b>	<b>M</b>																	
		<b>T</b>																	
		<b>N</b>																	
	<b>SUPINO</b>	<b>M</b>																	
		<b>T</b>																	
		<b>N</b>																	
	<b>D.L.I.</b>	<b>M</b>																	
		<b>T</b>																	
		<b>N</b>																	

- Las medidas de protección utilizadas

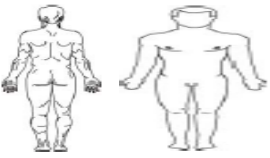
<b>SUPERFICIE DE APOYO</b>	<b>Estático</b>																	
	<b>Dinámico (sobrecolchón)</b>																	
	<b>Dinámico (Sustitución)</b>																	

- Las observaciones o recomendaciones

<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA</b>

○ **CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA Y EVOLUCIÓN**

- **Dibujo del cuerpo humano** donde la úlcera que se detalla en la hoja.
- **Características de la úlcera** o lesión tisular principal (lesión mas importante o cuya resolución se prevea mas tardía) y la programación de cuidados de prevención relacionada con la valoración de riesgo.
- **Estadaje UPP GRADO I II III IV**

<b>HERIDA:</b> <b>LOCALIZACIÓN Sacro</b> 	<b>ETIOLOGÍA</b> <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Traumático <input checked="" type="checkbox"/> Presión					
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <b>FECHA INICIAL</b> _____ </td> <td style="width: 50%;"> <b>FECHA FINAL</b> _____ </td> </tr> <tr> <td> <b>UPP GRADO I II III IV</b>  <b>TAMAÑO =</b>    CM X    CM </td> <td> <b>UPP GRADO I II III IV</b>  <b>TAMAÑO =</b>    CM X    CM </td> </tr> <tr> <td> <b>VOLUMEN EN CM3 =</b> </td> <td> <b>VOLUMEN EN CM3 =</b> </td> </tr> </table>	<b>FECHA INICIAL</b> _____	<b>FECHA FINAL</b> _____	<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =</b> CM X    CM	<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =</b> CM X    CM	<b>VOLUMEN EN CM3 =</b>
<b>FECHA INICIAL</b> _____	<b>FECHA FINAL</b> _____					
<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =</b> CM X    CM	<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =</b> CM X    CM					
<b>VOLUMEN EN CM3 =</b>	<b>VOLUMEN EN CM3 =</b>					



- **Evolución de la úlcera:** debe cumplimentarse al menos una vez a la semana o en cada ocasión que se aprecie un cambio considerable en la evolución de la úlcera.
  - Mes / Día (registrar en la casilla correspondiente el mes / día en el que se inicia la valoración de la úlcera y se marcará la fecha aconsejada para la siguiente cura).
- **Características del tejido de la UPP:** marcar el grado de la lesión y especificar el tejido de la lesión. Puede marcarse por porcentajes (10% necrótico húmedo, 90% necrótico seco).

FECHA		1-12	4-12				
TEJIDO	Necrótico seco	90%					
	Necrótico húmedo	10%					
	Signos infección Si / No	S					
	Granulación						
	Epitelización						

- **Exudado:** Marcar numerando si:
  - Nulo(N); Bajo (B); Medio (M); Alto (A)

EXUDADO						
Nulo Bajo Medio Alto	M					

- **Dolor:** Especificar la presencia del dolor y evaluarlo en una escala del 1 al 10:

DOLOR						
	8					

- **Cultivo:** Marcar en el casillero correspondiente el día que se realiza el cultivo de la lesión y especificar si es con hisopo o por punción (H) (P):

Cultivo						
	P					

○ **TRATAMIENTO**

- **Tipo de cura.** Guiándose por la Tabla nº 1 se marcará la pauta seleccionada Ejemplo: Hidrocolide + hidrogel = 4 a

TEJIDO	EXUDADO	OBJETIVO		HERRAMIENTAS
Necrótico seco	Nulo	Desbridamiento	7	Quirúrgico / cortante + Hidrogel + Hidrocoloide
Necrótico húmedo	Alto	Desbridamiento	6	Quirúrgico/Cortante/Enzimático
Sin signos infección	Bajo / Medio	Reducción bacteriana /Control del exudado	5	Apósito con plata + Apósito de Poliuretano (mínimo 5 cambios)
Con signos infección	Alto	Reducción bacteriana		Apósito con plata + Apósito poliuretano
Granulación	Bajo / Nulo	Humectar	4	A -Hidrocoloide + Hidrogel B -Apósito de Poliuretano + Hidrogel
Granulación	Medio	Mantener el nivel de humedad	3	A - Alginato cálcico + A. de poliuretano B - Fibra de Hidrocoloide + A. de poliuretano C - A. Bioactivo + A. de poliuretano
Granulación	Alto	Gestión del exceso de exudados	2	A - Alginato cálcico + A. de Poliuretano B - Fibra de Hidrocoloide + A. de Poliuretano
Epitelización	Bajo / Nulo	Protección	1	A - Hidrocoloide B - A. No adherente (Siliconas.....) C - A. de Poliuretano

TRATAMIENTO								
<b>TIPO DE CURA</b>	4 <sup>a</sup>							

- **Observaciones:** Anotaremos los comentarios imposibles de registrar en la gráfica

Fecha	Observaciones de Enfermería
4-12	Zona abcesificada y con una Tunelización de 5cm hacia la base de la herida

○ **ALTA**

- **Informe de alta enviado,** con fecha del alta y diagnósticos y datos identificativos y de evolución del paciente.

Servicio..... Fecha de Alta ____	Don.....
Con diagnóstico de.....	Nacido el.....
Con problemas crónicos de.....	H. Clínica.....
Teléfono:.....	SIP.....

<b>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</b> Escala EMINA.....	Estado Mental	Movilidad	Nutrición	Incontinencia	Actividad
<b>PORTADOR DE</b>	Sonda uretral	S. Nasogástrica / PEG			
<b>ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN RECOMENDADAS</b>	Examen de la piel	Protección de	cambios posturales cada	Aplicación de superficies de apoyo	

## I) VARIABLES A RECOGER

### I-1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **Datos de filiación** (Pegar etiqueta)
  1. **Número de Historia Clínica**
  2. **Nombre y Apellidos**
  3. **Sexo:**
    1. Hombre
    2. Mujer
  4. **Fecha nacimiento**
  5. **Nº SIP.**
  6. **Unidad de Enfermería** (usar nomenclatura del hospital).
  
- **Diagnósticos**
  7. **Diagnostico principal**
  8. **Procedimiento principal (Intervención quirúrgica)**

### I-2 FACTORES DE RIESGO

- **Patologías asociadas**
  9. **Alergia** es una respuesta exagerada del organismo cuando entra en contacto con determinadas sustancias provenientes del exterior. Estas sustancias capaces de provocar una reacción alérgica se conocen como sustancias alergénicas o alérgenos.
  10. **Neoplasia.** Enfermedad de una población celular que ha dejado de reaccionar a los controles normales y a las influencias organizadoras de tejidos vecinos. Las neoplasias tienen en común la proliferación celular y crecimiento ingobernados. A diferencia de los tumores benignos, los malignos tienen los caracteres generales adicionales de invasión tisular local y propagación metastásica a sitios anatómicos alejados.
  11. **Neurológica.** Enfermedad del sistema nervioso central que produce una disminución de la resistencia tisular a la presión y puede además coincidir con la pérdida del control vasomotor por ejemplo en los pacientes con A.C.V. o Alzheimer.
  12. **Cardiovascular.** Enfermedad que puede producir una disminución del aporte sanguíneo y oxigenación de los tejidos provocando isquemias y/o edemas especialmente en MMII
  13. **Respiratoria.** Enfermedad que puede producir una disminución de oxígeno en los tejidos.
  14. **Diabetes** por su implicación vascular, **obesidad** por el déficit de riego sanguíneo y **caquexia** por el déficit nutricional y pérdida de elasticidad de los tejidos.

- Evolución del riesgo:

15. **Escala de valoración EMINA:** La escala EMINA se comporta como una buena escala para determinar el riesgo de los pacientes de desarrollar UPP en pacientes ingresados en un hospital de media estancia. El personal de enfermería cuantificará el riesgo según la tabla 1.

Tabla 1. Escala de valoración de la úlcera EMINA. (Validada por Carmen Fuentelsanz)

	Estado mental		Movilidad		Incontinencia		Nutrición		Actividad
<b>0</b>	Orientado	<b>0</b>	Completa	<b>0</b>	No	<b>0</b>	Correcta	<b>0</b>	Deambula
<b>1</b>	Desorientado apático	<b>1</b>	Ligeramente limitada	<b>1</b>	Urinaria o fecal ocasional	<b>1</b>	Ocasionalmente incompleta	<b>1</b>	Deambula con ayuda
<b>2</b>	Letárgico o hipercinético	<b>2</b>	Limitación importante	<b>2</b>	Urinaria o fecal habitual	<b>2</b>	Incompleta	<b>2</b>	Siempre precisa ayuda
<b>3</b>	Comatoso	<b>3</b>	Inmóvil	<b>3</b>	Urinaria y fecal	<b>3</b>	No ingesta	<b>3</b>	No deambula

EMINA  Sin riesgo 0       Bajo 1-3       Medio 4-7       Alto 8-15

#### **Estado Mental**

0. **Orientado.**
1. **Desorientado** = Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas.
2. **Letárgico o hipercinético** = Letárgico (no responde órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad.
3. **Comatoso** = Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

#### **Movilidad**

0. **Completa** = Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla.
1. **Ligeramente limitada** = Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica.
2. **Limitación importante** = Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
3. **Inmóvil** = No se mueve en la cama ni en la silla.

#### **Incontinencia:**

0. **No** = Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no han defecado en 24 horas.
1. **Urinaria o fecal ocasional** = Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado.
2. **Urinaria o fecal habitual** = Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado.
3. **Urinaria y fecal** = Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreicas frecuentes.

#### **Nutrición**

0. **Correcta** = Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.
1. **Ocasionalmente incompleta** = Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.
2. **Incompleta** = Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.
3. **No ingesta** = Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio.

#### **Actividad**

0. **Deambula** = Autonomía completa para caminar
1. **Deambula con ayuda** = Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2. **Siempre precisa ayuda** = Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3. **No deambula** = Paciente que no deambula. Reposo absoluto.

16. **Examen de la piel.** Se evaluará a diario y se identificará con:

- B: si la piel está en condiciones adecuadas
- M: si requiere cuidados especiales.

#### **I-4 INTERVENCIÓN**

- **EDUCACIÓN SANITARIA**

17. **Recomendaciones de cuidados y medidas preventivas en el hospital:**

- 1 Sí
- 2 No

- **PAUTAS DE CUIDADOS PREVENTIVOS**

Según el riesgo determinado por la escala EMINA (tabla 2) y la inspección de la piel se aplicará la intervención correspondiente:

**Tabla 2. Nivel de riesgo según EMINA**

Riesgo según valoración EMINA	
<input type="checkbox"/> BAJO	1/3
<input type="checkbox"/> MODERADO	4/7
<input type="checkbox"/> ALTO	8/15

**Cuidados de prevención aplicados:**

18. **Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO).** Frecuencia horaria con la que se aplican.

19. **Linimento oleocalcáreo.** Frecuencia horaria con la que se aplican. Se anotará en la encuesta el número de aplicaciones por día, señalizando cada actuación que se realice.

20. **Talonerías** con protección de tubigrip.

- 1 Sí
- 2 No

21. **Cambios posturales: Se codificará como:**

- 1 **Correcto.** Si se sigue la pauta recomendada en la tabla 3.\*
- 2 **Incorrecto.** Si no se cumple.

\* Para establecer el código adecuado en la encuesta epidemiológica se identificará la hora en que se produzca el cambio a cada nueva posición a lo largo de la mañana, tarde o noche:

- Decúbito Lateral Derecho (D.L.D.)
- Decúbito Supino. (DS)
- Decúbito Lateral Izquierdo (D.L.I.)

**Tabla 3. Cambios posturales recomendados según riesgo EMINA.**

Riesgo según valoración EMINA	Frecuencia de cambio postural
<input type="checkbox"/> BAJO 1/3	Cada 4 horas
<input type="checkbox"/> MODERADO 4/7	Cada 2-3 horas
<input type="checkbox"/> ALTO 8/15	Cada 2-3 horas

**22. Superficies de apoyo:** Se codificarán las siguientes categorías:

- 1 Estáticas.
- 2 Dinámicas sobre colchón.
- 3 Dinámicas sustitución.
- 4 Sin superficies

### **I-5 IDENTIFICACIÓN DEL EFECTO ADVERSO**

**23. Efecto adverso:** Se codificará la aparición de la úlcera:

0. No se ha detectado UPP.
1. Aparece UPP.

**24. Fecha de inicio** de la lesión.

• **Características de la úlcera**

**25. Localización** (Solo 1 lesión por hoja) Se marcará en el dibujo o se nombrará la zona afectada:



1. Vértebra
2. Omóplato
3. Codos
4. Sacro
5. Tuberosidades isquiáticas
6. Caderas
7. Nalgas
8. Talones
9. Tobillo
10. Orejas
11. Otros \_\_\_\_\_

**26. Etiología de la lesión:**

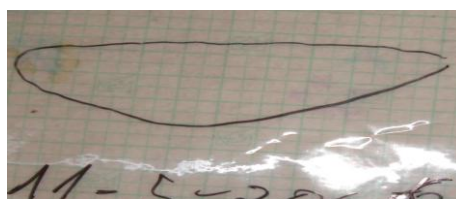
1. **Vascular venosa.** Su origen es el trastorno circulatorio, generalmente como consecuencia de una hipertensión venosa que produce éxtasis venoso y edema.
2. **Vascular arterial.** Ocasionadas por una obstrucción gradual del flujo sanguíneo arterial, provocando una disminución del aporte, tanto de oxígeno como de nutrientes a los tejidos dando lugar a isquemia.
3. **Vascular mixtas.** Cuando la lesión es producto de una combinación de insuficiencia venosa y arterial.
4. **Diabética.** Son las lesiones con pérdida de sustancia localizadas en el pie, secundaria a una neuropatía y/o angiopatía de origen metabólico.
5. **Quirúrgica.** Es la pérdida de la continuidad de la piel y pérdida de tejido como resultado de un procedimiento quirúrgico.
6. **Traumática.** Es la pérdida de la continuidad de la piel y pérdida de tejido como resultado de una lesión.
7. **Por presión.** Es la pérdida de la continuidad de la piel con inflamación en la base, disminución del suministro de sangre y pérdida de tejido como resultado de la compresión y fricción de la piel entre el hueso y la superficie subyacente. En los casos graves, la úlcera por presión da lugar a la destrucción del músculo o, incluso, del hueso, localizados bajo la piel.

## 27. Estadio de la úlcera inicial:

1. **I** Eritema cutáneo que no palidece al presionar y en pacientes con pieles oscuras pueden presentar tonos azulados / morados y la zona afectada puede estar fría o caliente respecto al resto de la piel. Puede referir escozor o dolor y la consistencia del tejido puede estar indurado o con edema.
2. **II** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a dermis, epidermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión ampolla o cráter superficial.
3. **III**. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
4. **IV**. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

## 28. Estadio de la úlcera final: (Íbidem).

29. **Superficie de la úlcera inicial:** Medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros y multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en **centímetros cuadrados**.



30. **Superficie de la úlcera al final del seguimiento:** Medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros y multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en **centímetros cuadrados**.

31. **Volumen inicial.** Para medir el volumen (**centímetros cúbicos**) tendrá que emplear el Método de Berg: Consiste en colocar sobre la herida un apósito de poliuretano transparente (foto 1) e introducir suero fisiológico (foto 2) hasta que éste llegue a enrasar con el apósito. La cantidad de suero instilado nos dará el valor del volumen de la úlcera. Estos parámetros pueden sufrir modificaciones interpretativas dependiendo de distintos factores (posición del paciente, personal que los interpreta, medio de trabajo, etc.), por lo que es difícil realizar una valoración objetiva.

32. **Volumen al final del seguimiento.** Para medir el volumen (**centímetros cúbicos**) tendrá que emplear el Método de Berg.



**33. Tipo de tejido (lecho o fondo) de la úlcera.** Describe el tipo de tejido del fondo de la lesión se ha de anotar la existencia de cavidades como fístulas o tunelizaciones:

**1 Necrótico seco** está compuesto por proteínas tales como colágeno, fibrina y elastina, además de otras células y cuerpos bacterianos que constituyen una costra dura y deshidratada de color oscuro.



**2 Necrótico húmedo, esfacelado o desvitalizado** tiene una composición similar al tejido necrótico, pero con mayor cantidad de fibrina y humedad, es una capa viscosa de color amarillo o blanquecino que se suelta con facilidad.



**3 Granulado** es un tejido muy vascularizado que se forma en el proceso de cicatrización en las lesiones que no cicatrizan por primera intención y está constituido por capilares y colágeno.



**4 Epitelizado** Es el tejido de nueva formación formado que suele iniciarse en los bordes de la lesión o a modo de islotes y necesitan una superficie húmeda deslizante para poder llevar a cabo la migración.



#### 34. Signos de infección

- 1. Sí.** Consideramos que la lesión está infectada cuando aparece: Celulitis, Cambio de la naturaleza del dolor, Crepitación, Aumento del volumen del exudado, Pus, Exudado seroso con inflamación, Eritema progresivamente mayor, Tejido viable que se vuelve esfacelado, Calor en los tejidos circundantes, Cicatrización interrumpida pese a las medidas oportunas, Aumento de tamaño de la herida pese al alivio de la presión eritema tejido de granulación friable que sangra con facilidad, Mal olor, edema. (Enfoque Delphi de la Identificación clínica de la infección de las heridas).
- 2. No.**

**35. Exudado** (marcar el nivel de exudado así como las características del mismo)

- 1. Nulo**
- 2. Bajo o Escaso**
- 3. Medio o Moderado**
- 4. Alto o Profuso**

**36. Dolor.** Especificar la presencia del dolor y evaluarlo en una escala del 1 al 10.

**37. Cultivo.** Marcar la fecha de recogida y el tipo de muestra:

- 1** Hisopo
- 2** Punción



## I-6 PAUTA DE TRATAMIENTO

**37. Tipo de cura:** Se codificará según lo señalado en la tabla 4:

1. Quirúrgico / cortante + Hidrogel + Hidrocoloide
2. Quirúrgico/Cortante/Enzimático
3. Apósito con plata + Apósito de Poliuretano
4. Hidrocoloide + Hidrogel
5. Apósito de Poliuretano + Hidrogel
6. Alginato cálcico + A. de poliuretano
7. Fibra de Hidrocoloide + A. de poliuretano
8. A. Bioactivo + A. de poliuretano
9. Alginato cálcico + A. de Poliuretano
10. Fibra de Hidrocoloide + A. de Poliuretano
11. Hidrocoloide
12. A. No adherente (Siliconas.....)
13. A. de Poliuretano

Tabla 4. Cuidados recomendados o herramientas terapéuticas según fase clínica de la UPP.

FASE	TEJIDO	EXUDADO	OBJETIVO		HERRAMIENTAS
DETERSIVA	Necrótico seco	Nulo	Desbridamiento	7	Quirúrgico / cortante + Hidrogel + Hidrocoloide
	Necrótico húmedo	Alto	Desbridamiento	6	Quirúrgico/Cortante/Enzimático
	Sin signos infección	Bajo / Medio	Reducción bacteriana /Control del exudado	5	A. con plata + A. de Poliuretano (mínimo 5 cambios)
	Con signos infección	Alto	Reducción bacteriana		A. con plata + A. poliuretano
PROLIFERATIVA	Granulación	Bajo / Nulo	Humectar y aportar aminoácidos	4	A - Hidrocoloide + Hidrogel B - A. de Poliuretano + Hidrogel
	Granulación	Medio	Mantener el nivel de humedad	3	A - Alginato cálcico + A. De poliuretano B - Fibra de Hidrocoloide + A. De poliuretano C - A. Bioactivo + A. de poliuretano
	Granulación	Alto	Gestión del exceso de exudados	2	A - Alginato cálcico + A. de Poliuretano B - Fibra de Hidrocoloide + A. de Poliuretano
	Epitelización	Bajo / Nulo	Protección	1	A - Hidrocoloide B - No adherente (Siliconas.....) C - A. de Poliuretano

- Nota: Basándonos en la guía de tratamiento observaremos el tipo de tejido en el que se encuentra la úlcera, el nivel de exudado y en base al objetivo ha de conseguir seleccionaremos la técnica y los productos con los que tratarla, y marcaremos en la gráfica superior la pauta inicial con la que trataremos la lesión y la frecuencia aconsejada. **Ejemplo 5 a = Hidrocoloide + Hidrogel**

### Observaciones de enfermería:

Se especificarán características de la úlcera, v. gr. si la *tunelización, caverna, fístula, islotes de epitelización, Estado del borde.....*), comentarios sobre el tratamiento e igualmente se comentará sobre los siguientes aspectos:

- Tipo de exudado. (Especificar en observación si:
  - Purulento es un fluido viscoso, con color variable (azul, blanco, verde) característico del microorganismo que lo coloniza, esta formado por una mezcla de macrófagos muertos, tejido desvitalizado y bacterias. Puede tener mal olor
  - Seroso es un líquido acuoso claro de color amarillo o transparente
  - Hemático es una secreción sanguínea de color rojo.
- Piel periulceral
  - Integra
  - Eritema la epidermis está enrojecida por acción mecánica, presión fricción o dermatitis imitativa.

- Macerada es cuando la piel esta como ablandamiento y excoiraciones de la epidermis por exposición prolongada a la humedad.
- Otro

## **I-7 SITUACIÓN EVOLUTIVA AL ALTA**

Se diferencian las variables incluidas en los siguientes bloques de la encuesta epidemiológica:

a) Hoja de seguimiento:

**38. Fecha de fin de seguimiento en el servicio actual:** Se registrará esta fecha, la cual debe coincidir con el registro del informe de continuidad de los cuidados de enfermería.

**39. Evolución de la úlcera:**

- 1 Curación. Se entiende por UPP curada en un servicio cuando el tamaño y el volumen es igual a cero, y no existen signos de infección/inflamación.
- 2 No cura.

b) Informe de continuidad de cuidados de enfermería:

40. EMINA al alta. Se valorará según lo establecido en la tabla 1.

41. Nº de factores de riesgo extrínsecos.

42. Actividades preventivas: Educación sanitaria realizada:

- Normas de higiene
- Manejo de la presión y cambios posturales
- Nutrición
- Hidratación

43. Actividades preventivas: Cuidados clínicos recomendados:

- Protección de prominencias óseas de riesgo (citar la zona protegida).
- Frecuencia de los cambios posturales.
- Superficies de apoyo recomendadas (estáticas y/o dinámicas).
- Otras recomendaciones.

44. Situación clínica: Valoración nutricional al alta:

- Albúmina
- Dieta actual
- Aporte nutricional en calorías

45. Situación clínica: Valoración tisular:

- 1 Localización
- 2 Etiología
- 3 Tamaño
- 4 Volumen
- 5 Lecho de la lesión
- 6 Exudado

46. Pauta de tratamiento recomendada al alta:

- 1 Quirúrgico
- 2 Enzimático
- 3 Hidrogel
- 4 Alginato
- 5 Hidropolimérico (espumas)
- 6 Plata
- 7 Hidrocoloide
- 8 Otras (especificar)

J) HOJAS DE REGISTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA UPP

• HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA QUE SE REALIZA AL INGRESO DEL PACIENTE REGISTRANDO:

- **DATOS DEL PACIENTE**
- **FIRMA DE LA ENFERMERA** VALORA AL PACIENTE
- **FACTORES DE RIESGO Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS**
- **PAUTAS DE PREVENCIÓN**
- **ÚLCERA/ LESIÓN** VALORACIÓN INICIAL QUE SE CUMPLIMENTARÁ AL PRIMER INDICIO DE LESIÓN
- **PAUTA DE CURA INICIAL** QUE SE CUMPLIMENTARÁ AL PRIMER INDICIO DE LESIÓN
- **EVOLUCIÓN DIA /MES** SE CUMPLIMENTARÁ COMO MÍNIMO UNA VEZ A LA SEMANA O EN LOS CAMBIOS EVOLUTIVOS.
  - **LECHO DE LA HERIDA** (MARCAREMOS CARACTERÍSTICA MÁS RELEVANTE)
  - **TIPO DE CURA**, REGISTRAREMOS EL PRODUCTO APLICADO (Codificación numérica)

Servicio \_\_\_\_\_

Etiqueta del paciente

Diag. principal: \_\_\_\_\_

Int. Quirúrgica \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN DE ENFERMERA/O :**

Patologías asociadas: \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Enf. Neoplásica  Enf. Neurológica  Enf. Cardiovascular  Enf. Respiratoria  Diabetes

**EMINA** (al ingreso)

E. mental 0 1 2 3 Movilidad 0 1 2 3 Incontinencia 0 1 2 3 Nutrición 0 1 2 3 Actividad 0 1 2 3

FECHA														
E.V.R EMINA														
Examen de la piel														

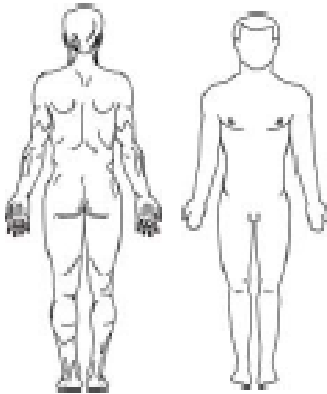
**CUIDADOS DE PREVENCIÓN :** Educación Sanitaria Realizada: SI NO

A.G.H.O.*															
Linimento oleocalcáreo															
S.E.M.P.	Talonerías														
	Estático														
	Dinámico (sobrecolchón)														
	Dinámico (Sustitución)														
CAMBIO POSTURAL (Franja horaria)	D.L.D.	M													
		T													
		N													
	SUPINO	M													
		T													
		N													
	D.L.I.	M													
		T													
		N													

FECHA	OBSERVACIONES DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

\* Ácidos Grasos Hiperóxigenados

### CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN Y SU EVOLUCIÓN

<p><b>HERIDA: LOCALIZACIÓN</b></p> 	<p><b>FECHA DE INICIO DE LA LESIÓN</b> _____</p> <p><b>ETIOLOGÍA</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Venosa    <input type="checkbox"/> arterial    <input type="checkbox"/> Diabético    <input type="checkbox"/> Quirúrgico    <input type="checkbox"/> Traumático    <input type="checkbox"/> Presión         </p>																																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;"><b>VALORACIÓN INICIAL</b></th> <th style="width: 50%;"><b>VALORACIÓN FINAL</b></th> </tr> <tr> <td> <b>UPP GRADO I II III IV</b>  <b>TAMAÑO =      CM X      CM</b>  <b>VOLUMEN EN CM3 =</b> </td> <td> <b>UPP GRADO I II III IV</b>  <b>TAMAÑO =      CM X      CM</b>  <b>VOLUMEN EN CM3 =</b> </td> </tr> </table>	<b>VALORACIÓN INICIAL</b>	<b>VALORACIÓN FINAL</b>	<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =      CM X      CM</b> <b>VOLUMEN EN CM3 =</b>	<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =      CM X      CM</b> <b>VOLUMEN EN CM3 =</b>																																				
<b>VALORACIÓN INICIAL</b>	<b>VALORACIÓN FINAL</b>																																								
<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =      CM X      CM</b> <b>VOLUMEN EN CM3 =</b>	<b>UPP GRADO I II III IV</b> <b>TAMAÑO =      CM X      CM</b> <b>VOLUMEN EN CM3 =</b>																																								
<b>FECHA</b>																																									
<b>TEJIDO en %</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Necrótico seco</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Necrótico húmedo</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Granulación</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Epitelización</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Necrótico seco										Necrótico húmedo										Granulación										Epitelización									
Necrótico seco																																									
Necrótico húmedo																																									
Granulación																																									
Epitelización																																									
<b>Signos infección Si / No</b>																																									
<b>EXUDADO</b> Nulo   Bajo   Medio   Alto																																									
<b>DOLOR</b> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																																									
<b>Cultivo (Punción / Hisopo)</b>																																									
<b>TRATAMIENTO</b>																																									
<b>TIPO DE CURA</b>																																									

**Fecha**

**Observaciones de Enfermería**


## K) INFORME DE ENFERMERÍA DE CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

Con la implantación del protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión nos vemos en la necesidad de asegurar la continuidad de los cuidados al alta de cada unidad de enfermería por lo que se ha elaborado un informe escrito que nos detalle la situación del paciente bajo la perspectiva de enfermería y que también nos sirva como implantación del protocolo en el área de influencia por lo que el **“INFORME DE ENFERMERÍA DE CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS”** llevara en el reverso una hoja informativa con la escala de valoración de riesgo EMINA, los cuidados de prevención de úlceras y las pautas de tratamiento recomendadas.

En el caso de que el paciente sea portador de más de una lesión, se adjuntará otra hoja complementaria donde solo se marcaran el resto de lesiones numeradas.

Realmente la planificación del alta hospitalaria se ha de considerar desde el mismo día del ingreso, se ha de tener en cuenta especialmente el apartado de la educación sanitaria al paciente y a la familia por lo que desde el mismo ingreso hemos de contar con la familia y formarlos en aspectos que les han de ser útiles cuando retornen a sus domicilios, aspectos como los cambios de pañal, cambios posturales o la alimentación deberán ser objeto de formación durante todo el periodo que dure la hospitalización.

El alta requiere coordinación y colaboración entre los diferentes profesionales por lo que en ocasiones nos veremos obligados a planificarla teniendo en cuenta los recursos que se precisen para asegurar la continuidad de los cuidados.

El informe se cumplimentará al alta de cada unidad de enfermería teniendo en cuenta los siguientes apartados:

- Diagnóstico principal que ha motivado el ingreso hospitalario.
- Patologías complementarias que pueden afectar a la resolución de la lesión como la diabetes o problemas neurológicos entre otros.
- Tratamiento recomendado para la resolución de la lesión tisular
- Valoración de riesgo de adquirir una UPP
- Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que puedan provocar lesiones tisulares. Como las sondas o desnutrición.

## INFORME DE ENFERMERÍA DE CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

<b>Servicio..... Fecha de Alta _____</b> <b>Con diagnóstico de.....</b> <b>problemas crónicos de.....</b> <b>Teléfono:.....</b>	<b>Don.....</b> <b>Nacido el.....</b> <b>H. Clínica.....</b> <b>S.I.P.....</b>
--	---

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermera:.....

Escala de valoración de riesgo Puntuación EMINA .....	Estado Mental	Movilidad	Nutrición	Incontinencia	Actividad
PORTADOR DE	Sonda uretral	Vía de perfusión			
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN RECOMENDADAS	Examen de la piel	Protección de ● A.G.H.O.....h. ● L. Oleocalcáreo.....h. ● Taloneras		cambios posturales cada.....h	S.E.M.P.
Dieta actual (calorías)	Casera	Enteral oral	S.N.G	P.E.G.	Parenteral
SITUACIÓN TISULAR ACTUAL (LESIÓN Nº 1)	Localizada en	Etiología	Estadio	Tamaño en cm2	Volumen en cm3
	Lecho de la lesión es ● Necrótico Seco /húmedo ● Esfacelado ● Granulado ● Epitelizado		Exudado	Piel Periluceral	Curas cada Horas
TRATAMIENTO RECOMENDADO (Marcar solo lo que proceda)	Cortante	Enzimático	Hidrogel	Alginato	Espumas
	Platas	Hidrocoloide	Otros (especificar )		

Observaciones:

---



---



---



---



---



---

## Información adicional en caso de valoración de riesgo positiva

### PAUTAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

<b>ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO</b>					
Sin riesgo 0    Riesgo Bajo 1-3    Riesgo Medio 4-7    Riesgo Alto 8-15					
	<b>Estado mental</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Incontinencia</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Actividad</b>
<b>0</b>	Orientado	Completa	No	Correcta	Correcta
<b>1</b>	Desorientado, Apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinario o Fecal Ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
<b>2</b>	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinario o Fecal Habitual	Incompleta	Siempre con ayuda
<b>3</b>	Comatoso	Inmóvil	Urinario y Fecal	No ingesta	No deambula

### PAUTAS DE PREVENCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Riesgo Bajo 1-3</b>	<b>Riesgo Medio 4-7</b>	<b>Riesgo Alto 8-15</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Examen De la piel</b>	Diario			Vigilar prominencias óseas y puntos de apoyo, UPP antiguas, presencia de sequedad, eritema, maceración.....
<b>Higiene de la piel</b>	Diario			Aseo parcial según necesidades. Agua tibia y jabón con vaselina. No alcoholes
<b>Protección</b>	AGHO c/24H.	AGHO c/12H.	AGHO c/8H.	Aplicar AC en zonas de riesgo de UPP con piel intacta y un leve masaje.
<b>Cambios posturales</b>	C/4H.	C/2-3H.	C/2-3H.	Atendiendo a valoración individualizada y confort. Evitar contacto directo de las prominencias óseas y daños por fricción o cizallamiento
<b>Protección local</b>	Talones / codos: Hidrocelular + venda tubular Fricción: Apósito hidrocoloide extrafino/ poliuretano / silicona C/7 días o deterioro			
<b>Superficies de apoyo S.E.M.P.</b>	S. Estáticas	S. Dinámicas		Atendiendo a valoración individualizada y confort, riesgo, estado de la piel y disponibilidad
<b>Medición del riesgo</b>	C/ 7días	C/ 3 días	C/ 1 día	Valoración inicial en las primeras 24h. Revaloración a las 48h. del ingreso Revisar si cambios o deterioro del estado
<b>Tener en cuenta:</b>				
Atención integral a paciente y familia- Control de humedad – movilización – Vigilar otras zonas de presión – Nutrición e hidratación – Educación sanitaria – Documentación y registro de actividades				

### PAUTAS DE TRATAMIENTO

<b>TEJIDO</b>	<b>EXUDADO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HERRAMIENTAS</b>
<b>Necrótico seco</b>	Nulo	Desbridamiento	Quirúrgico/Hidrogel/Hidrocoloide
<b>Necrótico húmedo</b>	Alto	Desbridamiento	Quirúrgico / enzimático
<b>Sin signos infección</b>	Bajo / Medio	Reducción bacteriana /Control del exudado	Apósito con plata + Apósito de Poliuretano (mínimo 5 cambios)
<b>Con signos infección</b>	Alto	Reducción bacteriana	Apósito con plata + Apósito poliuretano
<b>Granulación</b>	Bajo / Nulo	Humectar	Hidrocoloide / Apósito de Poliuretano + Hidrogel
<b>Granulación</b>	Medio	Mantener el nivel de humedad	Alginato / F de hidrocoloide / A. bioactivo + Apósito de poliuretano
<b>Granulación</b>	Alto	Gestión del exceso de exudados	Alginato cálcico /Fibra de Hidrocoloide + Apósito de Poliuretano
<b>Epitelización</b>	Bajo / Nulo	Protección	Hidrocoloide /Apósito no adherente/ Apósito de Poliuretano

\*Acido Grasos Hiperóxigenados (AGHO)



## ANEXO 3

CARTELES INFORMATIVOS / FORMATIVOS

## **L) CARTELES INFORMATIVOS / FORMATIVOS DE PRODUCTOS**

Con el objeto de asegurar una correcta prevención y tratamiento de las úlceras por presión se van a repartir por las unidades implicadas, los carteles informativos y formativos con las pautas de prevención y tratamiento. Los carteles serán renovados todos los años y en ellos solo figurarán los productos que se puedan suministrar desde el almacén general, con el objetivo de facilitar el correcto empleo de los mismos.

- 1. PAUTAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE ADQUIRIRLA**
- 2. GUÍA RÁPIDA PARA EL TRATAMIENTO (básico) DE LAS HERIDAS**
- 3. CUADRO DE INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS ( Incluidos en el protocolo de prevención de UPP y tratamiento de las heridas)**
- 4. TRÍPTICOS INFORMATIVO DE CUIDADOS DE PARA LA FAMILIA, RUEDA DE CUIDADOS**
  - Cuidados al paciente ingresado
  - Cuidados asociados al paciente con úlceras por presión
  - Cuidados al paciente con úlceras vasculares
- 5. POSTURAS ADECUADAS PARA EL PERSONAL EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE**

1. PAUTAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE ADQUIRIRLA

PAUTAS DE PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE ADQUIRIRLA				
ACTIVIDADES	Riesgo Bajo 1- 3	Riesgo Medio 4 -7	Riesgo Alto 8 -15	PRODUCTOS
Examen De la piel	Diario			
Higiene de la piel	Diario			Jabón neutro + hidratante  Y
Protección	AGHO c/24H.	AGHO c/12H.	AGHO c/8H.	 Y 
	Linimento óleo Calcáreo			
Cambios posturales	C/4H.	C/2-3H.	C/2-3H.	
Protección local <b>No vendas</b> 	Talones / Codos: Hidrocelular + venda tubular  + Fricción: Apósito hidrocoloide extrafino / poliuretano / silicona C/7 días o deterioro 			
Superficies de apoyo	S. Estáticas 	S. Dinámicas 		
Medición del riesgo	C/ 7días	C/ 3 días	C/ 1 día	Valoración inicial en las primeras 24h. Revaloración a las 48h. del ingreso o deterioro del estado

## 2. GUÍA RÁPIDA PARA EL TRATAMIENTO (básico) DE LAS HERIDAS

### GUÍA RÁPIDA PARA EL TRATAMIENTO (básico) DE LAS HERIDAS

	TEJIDO	EXUDADO	OBJETIVO	HERRAMIENTAS
<b>FASE DETERATIVA</b>	<b>Necrótico seco</b> 	Nulo	Desbridamiento	Quirúrgico o Cortante + Hidrogel + Hidrocoloide
	<b>Necrótico húmedo</b> 	Alto	Desbridamiento	Quirúrgico o Cortante + Enzimático
	<b>Sin signos infección</b> (Colonización Crítica)  mínimo 5 cambios	Bajo / Medio	Reducción bacteriana / Control del exudado	Apósito con Plata + A. Poliuretano
	<b>Con signos infección</b> 	Alto	Reducción bacteriana	
<b>FASE PROLIFERATIVA</b>	<b>Granulación</b> 	Bajo / Nulo	Humectar	Hidrogel + Hidrocoloide o A. Poliuretano
	<b>Granulación</b> 	Medio	Mantener el nivel de humedad	Alginato Cálcico o Fibra de Hidrocoloide o A. bioactivo + A. Poliuretano
	<b>Granulación</b> 	Alto	Gestión del exceso de exudados	Alginato Cálcico o Fibra de Hidrocoloide + A. Poliuretano
	<b>Epitelización</b> 	Bajo / Nulo	Protección	Hidrocoloide o A. no adherente o A. Poliuretano

### 3. CUADRO DE INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS

( Incluidos en el protocolo de prevención de UPP y tratamiento de las heridas)

<p><b>ALGINATO</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Polisacáridos naturales (ácido alginico que es del grupo de los polímeros de fibras)</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compresas de fibra.,Cinta para cavidades.</li> <li>• Combinado con carboximetilcelulosa.</li> <li>• Combinado con platas.</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gran capacidad de absorción (10 a 20 veces su peso).</li> <li>• Insoluble en agua.</li> <li>• Forma un gel hidrofílico que recubre la herida.</li> <li>• Proporciona ambiente húmedo a la herida.</li> <li>• No antigénico. Hemostático.</li> <li>• Bioabsorbibles. Requiere apósito secundario.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras por presión, vasculares o lesiones altamente exudativas.</li> <li>• En heridas infectadas (sin el apósito secundario que favorezca la semioclusión).</li> <li>• Puede incrementar el dolor en heridas secas.</li> <li>• En lesiones con tendencia al sangrado (aplicarlos 10´ y cambiarlo posteriormente por otro definitivo).</li> </ul>
<p><b>COLÁGENASA</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN :</b> Clostridiopeptidasa A. Colagenasa</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <p>Pomada</p>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Colagenasa pura descompone de forma concreta el colágeno</li> <li>• No posee actividad frente a la caseína, albúmina sérica desnaturalizada y hemoglobina ni tampoco frente a tejido muscular o adiposo.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desbridamiento de los tejidos necrosados en úlceras cutáneas.</li> <li>• No debe utilizarse con antisépticos</li> <li>• Se aplicará una vez al día unos 2 milímetros directamente sobre la zona a tratar ligeramente humedecida.</li> <li>• En costras necróticas duras podremos inocularla con jeringa y aguja en la base del tejido necrótico o hacer unas incisiones en el centro de la escara.</li> <li>• No debe asociarse a otros preparados enzimáticos, apósitos hidrocoloides, yodo o jabones</li> </ul>
<p><b>COLÁGENO</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Colágeno bovino y factores de crecimiento</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polvo</li> <li>• Lámina</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportan colágeno bovino y factores de crecimiento al lecho de la herida.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En lesiones estancadas en la fase de granulación.</li> <li>• Mejora la calidad estética de la cicatriz.</li> <li>• Facilita la cicatrización en ancianos (escasez de colágeno endógeno).</li> <li>• No usar si la herida está infectada.</li> </ul>
<p><b>ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Glicéridos hiperoxigenados de ácidos grasos esenciales (linolénico y linoléico), palmítico y esteárico, de fitoesteroles y tocoferol (vit.E) en un 99% y 1% de perfume al anís.</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frasco de 20 ml.</li> <li>• Cápsulas monodosis</li> </ul>
<p><b>HIDRATANTE</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Agua en aceite (W/O). Urea 10% lípidos22%</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crema</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación persistente del contenido en humedad de la piel.</li> <li>• Sustenta la descamación normal de la piel</li> <li>• Ejerce un efecto calmante.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Destinada especialmente para la piel extremadamente seca, también como coadyuvante del tratamiento, y para el tratamiento de la piel envejecida o con dermatosis</li> </ul>
<p><b>HIDROCLOIDES</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Carboximetilcelulosa sódica (CMC) + capa de poliuretano</p> <p>(NO CONFUNDIR CON ALGINATOS)</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En placa (diferentes grosores, adhesividad Formas específicas.....)</li> <li>• En tul o malla, En gránulos, pasta....(poco usados)</li> <li>• Combinado con alginatos.</li> <li>• En fibra y en fibra combinada con plata</li> </ul>

<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junto con el exudado forma un gel con olor y color característicos.</li> <li>• Capacidad autolítica para la necrosis de los tejidos</li> <li>• Absorción y retención de exudados creando un gel ácido</li> <li>• Deja residuos en la lesión.</li> <li>• Se retira con la extravasación del exudado</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadio I°, II°, III°.</li> <li>• Protege de la fricción.</li> <li>• No usar con : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición ósea..</li> <li>• Infección</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>HIDROGELES SALINOS</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Contienen ClNa en distintas proporciones. Poliméricos insolubles con gran contenido de agua (70 AL 90%). Otras sustancias (polímeros de almidón, pectina, polisacáridos....)</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En placa.</li> <li>• En malla.</li> <li>• Amorfa o líquida.</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratan los tejidos secos.</li> <li>• Favorece la autólisis de tejidos desvitalizados.</li> <li>• Favorece la granulación.</li> <li>• Combinable con colagenasa y potenciándola.</li> <li>• Efecto antiálgico. Protege la mucosa y cornea.</li> <li>• No afecta al tejido sano.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En lesiones con estructuras articulares, óseas o tendinosas expuestas.</li> <li>• Úlceras esfaceladas o necróticas poco exudativas.</li> <li>• Necrosis seca.</li> </ul>
<p><b>PLATA</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Plata en diferentes porcentajes y en ocasiones en combinación con otros productos</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malla con carbón activado.</li> <li>• En láminas de Plata nanocrystalina.</li> <li>• Con fibra de hidrocoloide, Con espuma de poliuretano.</li> <li>• En placa de hidrocoloide. En tul de hidrocoloide con sulfadiazina argéntica.</li> <li>• Generalmente en láminas y sin formas anatómicas</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bactericida. No genera resistencias bacterianas.</li> <li>• Liberaliza plata en el lecho de la lesión (no en la presentación en malla.)</li> <li>• Actúa bloqueando el sistema de obtención de energía de las bacterias.</li> <li>• Efectiva frente a los gérmenes.</li> <li>• No interfiere con los antibióticos sistémicos. Produce escasas resistencias.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En heridas contaminadas e infectadas</li> <li>• En heridas con evolución tórpida sin signos de infección local</li> <li>• Carcinomas Fungoides</li> </ul> <p><b>OBSERVACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirmar la no alergia del paciente a la plata.</li> <li>• No aplicar sobre necrosis secas.</li> <li>• Frecuencia de cambio cada 1 / 4 / 7 días.</li> <li>• Dependiendo del producto y del nivel de exudado se humedece con suero salino o no.</li> <li>• Los apósitos con plata (asociados al carbón) no deben cortarse.</li> <li>• La sulfadiazina Argéntica ha de aplicarse sobre la lesión una capa de 2/3 mm de grosor cada 12 / 24 horas</li> </ul>
<p><b>POLIURETANOS (FILM)</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Película fina de poliuretano.</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Film..</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semioclusivos. Apto como apósito secundario (heridas no exudativas)</li> <li>• Elastomérico y extensible (adaptabilidad y resistencia a la fricción)</li> <li>• Combinable con alginatos o hidrogel en lámina</li> <li>• Como fijación de dispositivos de aspiración para fomentar la cicatrización (sistema VAC) o (Técnica Mondalt)</li> <li>• Son transparentes (fácil inspección). Permeables al vapor</li> <li>• Fácil aplicación y retirada. Autoadhesivo, Elástico., No absorben.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadio I°.</li> <li>• Lesiones superficiales</li> <li>• Apósito secundario de fijación.</li> <li>• Previenen la fricción.</li> <li>• Fácil aplicación.</li> <li>• Fácil retirada.</li> <li>• No usar en heridas infectadas.</li> </ul>
<p><b>POLIURETANOS (FOAM) = (Hidrocelulares e Hidropoliméricos)</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Son espumas ( o gel) poliméricas de poliuretano.</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Placa adhesiva, (que no se adhiere en la herida).</li> <li>• Placa no adhesiva .</li> <li>• Formas específicas para sacro, talones, zonas cavitadas</li> </ul>

<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta capacidad de absorción.</li> <li>• No se descomponen. No dejan residuos. No forman gel.</li> <li>• Capacidad autolítica. Piel perilesional sin lesiones.,</li> <li>• Combinables con otros productos.</li> <li>• Se retira cuando el exudado llega a 1 cm. del borde.</li> <li>• Muy confortables. Algunos manejan bien la presión.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los estadios.</li> <li>• Todas las fases del proceso de las heridas incluida la prevención y la hipergranulación.</li> <li>• En caso de infección se ha de supervisar el proceso</li> </ul>
<p><b>SILICONA</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> Silicona cubriendo una red elástica de poliamida</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En placa.</li> <li>• En malla.</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se adhiere al lecho de la herida</li> <li>• Se adhiere a la piel seca</li> <li>• Evita la maceración</li> <li>• Absorbe el exudado</li> <li>• Se adapta a los contornos del cuerpo</li> <li>• Impermeable a líquidos</li> <li>• Permeable a gases</li> <li>• Reduce el dolor</li> <li>• Puede quitarse y adaptarse de nuevo a la herida sin perder adherencia.</li> <li>• Puede cortarse.</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras venosas, Arteriales, MMII, por presión I° II°</li> <li>• Heridas dolorosas</li> <li>• Traumatismos, lesiones dérmicas, con la piel periulceral frágil</li> <li>• En fase de granulación</li> <li>• Epidermolisis bullosa</li> <li>• Fijación de injertos</li> <li>• Previene queloides</li> </ul>
<p><b>(BIOACTIVO) ACIDO HIALURONICO</b></p> <p><b>COMPOSICIÓN:</b> El Ácido Hialurónico (sal sódica) al 0'05% 0'2% es un polisacárido biológico (glicosaminoglicano) distribuido en la matriz extracelular de la mayoría de los tejidos</p>	<p><b>PRESENTACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En Apósitos de gasa impregnados</li> <li>• En Crema</li> <li>• En Gel</li> <li>• En Spray .</li> </ul>
<p><b>PROPIEDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporciona un medio hidratado entre las células, facilitando su migración.</li> <li>• Proporciona un medio hidratado que protege frente la abrasión, fricción y deshidratación de la zona</li> </ul>	<p><b>INDICACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de epitelización</li> <li>• En Irritaciones y abrasiones</li> <li>• Zonas donantes</li> <li>• Quemaduras de I° y II°</li> <li>• Úlceras vasculares y metabólicas</li> </ul>

#### 4. TRÍPTICO INFORMATIVO DE CUIDADOS DE PARA LA FAMILIA, RUEDA DE CUIDADOS

### CONSEJOS PARA CUIDAR

Con este manual se pretende dar información y recomendaciones útiles para cuidar, no solo al paciente si no al propio cuidador y no solo para el proceso de hospitalización, intentamos darles recomendaciones de prevención para el presente y el futuro, por esa razón el manual incluye conocimientos básicos sobre úlceras por presión, como reconocerlas, prevenirlas e incluso nociones básicas de cómo tratarlas para evitar que reaparezcan.

La prevención si se inicia al ingreso hospitalario y se consigue la colaboración y educación familiar podremos evitar las temidas complicaciones provocadas por la presión y los procesos de encamamiento, es importante seguir las instrucciones de enfermería, observar la evolución y comunicar las incidencias.

Aprenda a conocer los signos de alarma para prevenir una úlcera por presión, observe al paciente que está a su cargo e informe de los cambios observados al personal de enfermería o a su médico.

Colabore activamente en el proceso de salud y conozca cual puede ser su contribución en el plan de cuidados

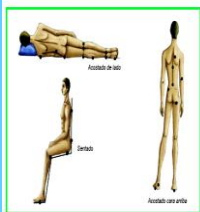
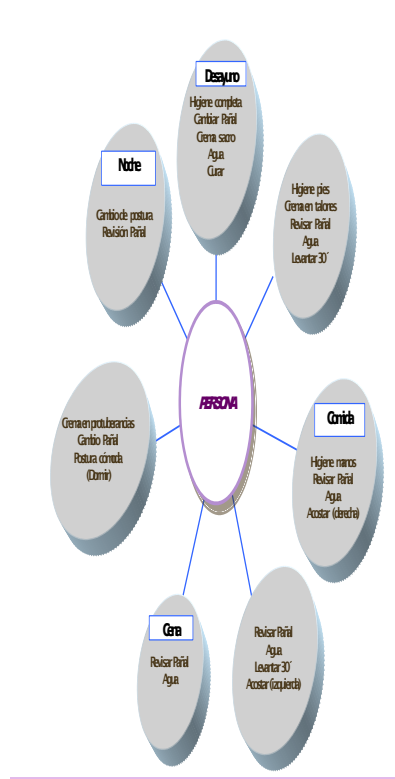


Fig. 1. Cambios de riesgo según la postura



GRUPO DE TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA  
DIRECCIÓN MÉDICA  
MEDICINA PREVENTIVA

Servicio de atención al usuario

GRUPO DE TRABAJO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

## Cuidados al paciente ingresado

¿Cómo puedo ayudar?



Telf. 963862600