



1º APELLIDO .....

EDAD .....

2º APELLIDO .....

NOMBRE .....

HISTORIA CLÍNICA

**ÚLCERAS POR PRESIÓN  
CUIDADOS DE PREVENCIÓN**

Servicio:

Planta:

Cama:

HOJA Nº:

UPP Cuidados de Prevención	Hora	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

ALERGIAS:

**UPP CUIDADOS PREVENCIÓN EN PACIENTES DE RIESGO**

<b>Puntuación Escala de Braden</b>	M										
• Al ingreso											
• Reevaluar c/7días o si cambios											
<b>Prevención y cuidados de la piel</b>	M										
• Hidratación (Aceite / Crema)	T										
• Ácidos Grados Hiperóxigenados (en puntos de apoyo)											
• Taloneras (espumas)											
• Apósitos de protección (tipo, localización y frecuencia)	M										
<b>Cambios posturales (2-3 c/ turno)</b>	M										
• Evitar posición: .....	T										
	N										
<b>Superficies Especiales</b>	M										
• SEMP dinámica. Fecha: .....											
Sobrecolchón / colchón / No disponible											
<b>Educación para la salud</b>	M										
• Higiene y cuidados de la piel											
• Nutrición e Hidratación											
• Cambios posturales											
<b>Cuidados nutricionales</b>											
• Suplementos (si déficit)											



Tipo de Tejido en el lecho: Necrótico (seco o húmedo); Esfacelado; Granulación; Epitelización

Piel Perilesional: Íntegra; Lacerada; Macerada; Edema; Eczema; Celulitis...

Cuidados Locales de UPP y otras Heridas Crónicas	Hora	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

ALERGIAS:

• ÚLCERA N°:

Tipo: UPP  U. venosa  U. arterial  U. mixta  U. pie diabético  Fecha aparición: ...../...../.....

Localización: ..... UPP Estadio: I  II  III  IV  Placa necrótica

Tamaño: Longitud x anchura (cm.): ..... Lecho: ..... Piel perilesional: .....

Exudado: Si  No  Características: ..... Dolor: Si  No

Signos de infección: Si  No  Cultivo: Si  No  Fecha cultivo: ...../...../.....

Cura / Productos: .....

Frecuencia de Cura:	M										
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones (fecha): .....

• ÚLCERA N°:

Tipo: UPP  U. venosa  U. arterial  U. mixta  U. pie diabético  Fecha aparición: ...../...../.....

Localización: ..... UPP Estadio: I  II  III  IV  Placa necrótica

Tamaño: Longitud x anchura (cm.): ..... Lecho: ..... Piel perilesional: .....

Exudado: Si  No  Características: ..... Dolor: Si  No

Signos de infección: Si  No  Cultivo: Si  No  Fecha cultivo: ...../...../.....

Cura / Productos: .....

Frecuencia de Cura:	M										
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones (fecha): .....

• ÚLCERA N°:

Tipo: UPP  U. venosa  U. arterial  U. mixta  U. pie diabético  Fecha aparición: ...../...../.....

Localización: ..... UPP Estadio: I  II  III  IV  Placa necrótica

Tamaño: Longitud x anchura (cm.): ..... Lecho: ..... Piel perilesional: .....

Exudado: Si  No  Características: ..... Dolor: Si  No

Signos de infección: Si  No  Cultivo: Si  No  Fecha cultivo: ...../...../.....

Cura / Productos: .....

Frecuencia de Cura:	M										
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Observaciones (fecha): .....