

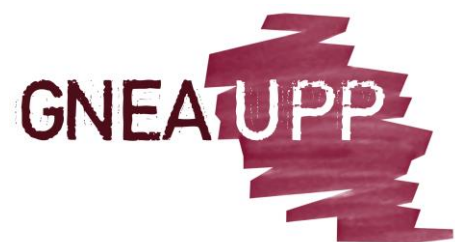
GUÍA DE ACTUACIÓN

PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE HA COLABORADO EN ESTA GUÍA

ROBERTO ABAD GARCÍA
ROSA MARÍA AGUIRRE ARANAZ
MÓNICA ARIZMENDI PÉREZ
PAZ BEASKOETXEA GÓMEZ
IDOIA BEISTEGUI ALEJANDRE
IÑAKI CAMIRUAGA ZALBIDEA
ROSI GARCÍA DÍEZ
NEREA GUTIÉRREZ BARTOLOMÉ
MIREN GARRASTAXU LANDALUCE OQUERANZA
ITSASO MARTÍNEZ ARAMBERRI
M^a JOSE MONGUILÓ MARTITEGUI
KARMELE PÉREZ DEL PECHO
VERÓNICA TISCAR GONZÁLEZ

Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 – 01006 Vitoria-Gasteiz
Edición: octubre de 2017
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza 201785
Internet: www.osakidetza.euskadi.eus
e-mail: coordinación@osakidetza.eus
ISBN: 978-84-944367-2-7
PVP: 6 euros (IVA incluido)



Documento reconocido de interés profesional por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) como documento tipo C-Nivel I (muy recomendado).



Guía De Actuación Para La Prevención Y Cuidados De Las Úlceras Por Presión

ROSA M^a. BLANCO ZAPATA

Adjunta de Docencia y Formación Continuada de Enfermería

Miembro de la Comisión de Úlceras

OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

ELENA LÓPEZ GARCÍA

Coordinadora de Enfermería del Área Quirúrgica y Unidades de Cuidados Intensivos

Miembro de la Comisión de Úlceras por presión y heridas crónicas

OSI Bilbao-Basurto

CRISTINA QUESADA RAMOS

Responsable de Enfermería del Centro de Salud Buenavista

Miembro de la Comisión de Úlceras

OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

INDICE

1. PRESENTACIÓN.....	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. OBJETIVOS	3
4. DEFINICIÓN Y ETIOPATOGENIA	4
4.1. Definición de UPP	4
4.2. Etiopatogenia	4
5. CLASIFICACIÓN DE LAS UPP	6
5.1. Sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP de las UPP	7
5.2. Categorías adicionales propuestas por la NPUAP	9
6. UPP RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS SANITARIOS	11
6.1. Definición.....	11
6.2. Localizaciones	12
6.3. Medidas de prevención de UPP-DS.....	13
7. LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD.....	14
7.1. Definición.....	14
7.2. Factores influyentes	14
7.3. Diagnóstico diferencial de LESCAH y UPP	15
8. LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES	16
9. PREVENCIÓN.....	18
9.1. Valoración integral del paciente	18
9.1.1 Valoración del riesgo: EVRUPP	18
9.1.2 Factores de riesgo de UPP	23
9.2. Valoración y cuidados nutricionales.....	23
9.3. Valoración y cuidados de la piel	26
9.4. Control de la humedad.....	28
9.5. Manejo de la presión.....	29
9.5.1. Actividad-movilidad.....	29
9.5.2. Cambios posturales	30
9.5.3. Uso de SEMP.....	33
9.5.4. Protección local	35
9.6. Educación sanitaria.....	36

10. TRATAMIENTO.....	38
10.1. Definición de las fases de cicatrización	39
10.2. Monitorización de las UPP	40
10.3. Valoración integral	41
10.4. Valoración y cuidados nutricionales.....	44
10.5. Manejo de la presión.....	45
10.5.1. Cambios posturales	46
10.5.2. SEMP.....	47
10.6. Preparación del lecho de la herida.....	49
10.6.1. Limpieza de la lesión	50
10.6.2. Desbridamiento	51
10.6.3. Infección	55
10.6.4. Piel periulceral.....	59
10.6.5. Apósitos	60
10.7. Otras terapias	64
10.8. UPP y dolor	65
10.9. UPP y cirugía reconstructiva.....	67
11. SITUACIONES ESPECIALES.....	68
11.1. Prevención de UPP en quirófano	68
11.2. UPP en pacientes críticos	69
11.3. UPP y pacientes con lesión medular	70
11.4. UPP y personas al final de la vida	71
12. REGISTRO E INFORME DE ALTA	73
13. INDICADORES	76
14. ANEXOS.....	78
Anexo 1. Grados de evidencia de las GPC	78
Anexo 2. Diferenciación entre el eritema reactivo y la UPP de categoría I	81
Anexo 3. Diagnóstico diferencial de UPP y LESCAH	82
Anexo 4. Escala Braden	84
Anexo 5. MST-Malnutrition Screening Tool	85
Anexo 6. MUST-Malnutrition Universal Screening Tool.....	86
Anexo 7. MNA-Mini Nutritional Assessment	87
Anexo 8. Flujograma de actuación en nutrición.....	88
Anexo 9. Cambios posturales	89

Anexo 10. Escala Resvech 2.0.....	90
Anexo 11. Indicaciones de uso de apósitos y productos de CAH.....	94
Anexo 12. EVA-Escala Visual Analógica.....	102
Anexo 13. Registros de valoración	103
Anexo 14. Planes de cuidados.....	113
Anexo 15. Registro de alta de enfermería.....	116
15. BIBLIOGRAFÍA	117

1. PRESENTACIÓN

Estimadas compañeras y compañeros:

Quiero presentaros la *“Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión”* elaborada por profesionales de enfermería de Osakidetza y que incorpora el conocimiento científico más fiable y actualizado en relación a la prevención y cuidado de las UPP.

Esta Guía, está realizada a partir de una exhaustiva revisión bibliográfica, así como de la aportación y consenso de personas expertas, buscando las últimas evidencias científicas en los cuidados de las UPP.

Quiero agradecer al grupo de trabajo su dedicación y esfuerzo para la elaboración de este documento que nace con el deseo expreso de convertirse en la referencia para la práctica clínica diaria del personal de enfermería en el ámbito de las UPP y así, seguir avanzando en nuestro objetivo de incorporar la evidencia científica a los cuidados de enfermería que proporcionamos a nuestros pacientes.

También quiero destacar el espíritu colaborativo con el que nace esta Guía, en el que se suman los esfuerzos y la dedicación de profesionales del ámbito asistencial, de la seguridad clínica y de la investigación de nuestra organización, así como agradecer, a todas y todos los profesionales de enfermería, que en vuestro día a día os esforzáis por dar a las personas que atendéis unos cuidados de calidad.

Para todos vosotros elaboramos y difundimos este documento, con el objeto de que sea una herramienta facilitadora de vuestro trabajo y en consecuencia avanzar entre todos en la mejora de los resultados en salud de nuestra población.

Inmaculada Moro Casuso

Subdirectora-Asesoría Enfermería

2. INTRODUCCIÓN

La nueva *“Guía de actuación para la prevención y cuidado de las úlceras por presión”* comienza a gestarse como respuesta al reto planteado por Osakidetza, de trabajar de forma sistematizada aplicando cuidados en base a las últimas evidencias científicas disponibles, base de la cultura de mejora continua.

De esta forma, lo que comenzó como una revisión y actualización del [*“Protocolo de prevención y cuidados de la UPP”*](#) del año 2.006, se ha convertido en una nueva guía de actuación para enfermería, cuya pretensión ha sido acercar los resultados de la investigación y las mejores evidencias disponibles a los profesionales, de un modo fácil y accesible.

Partimos para ello, de la [*“Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las UPP en adultos”*](#) editada en mayo del 2015. La metodología que empleamos consistió en la selección de cuatro guías de práctica clínica (GPC) publicadas o revisadas en los cinco años anteriores a su edición, evaluadas mediante el instrumento de valoración de la calidad de las Guías de Práctica Clínica AGREE-II.

Estas guías seleccionadas fueron la de la Generalitat Valenciana (2012), la AWMA (2012), la NICE (2014) y la EPUAP-NPUAP (2014).

En el grupo de trabajo acordamos que cuanto más sólida fuera la evidencia que sustentaba la recomendación recogida en las GPC, más importante era que esa recomendación fuera llevada a la práctica, a la vez que unificamos y homogeneizamos los diferentes grados de evidencia utilizados en cada una de las guías. Anexo 2.

Queremos aprovechar la ocasión para agradecer a todas/os las expertas/os que han colaborado en la elaboración de esta guía, y especialmente a Ana M^a Chueca como impulsora del proyecto, a Roberto Abad por su apoyo incondicional a lo largo de todo el proyecto, a M^a Ángeles Cidoncha por su apoyo metodológico, y a Mikel Bao y Javier Gandarillas por sus ilustraciones.

Esperamos que sirva de apoyo y ayuda en la práctica clínica de los profesionales, comprometidos con la prestación de cuidados seguros y de calidad, sensibles a los valores, preferencias y necesidades de salud del usuario y su familia.

Las autoras

3. OBJETIVOS

- Adecuar la práctica clínica diaria de los profesionales de enfermería a las evidencias científicas disponibles en relación a la prevención y los cuidados de las UPP.
- Contribuir a la disminución de la incidencia de las UPP en los distintos ámbitos asistenciales.
- Orientar a los profesionales en el uso eficiente de los recursos disponibles en función de la situación del paciente.

4. DEFINICIÓN Y ETIOPATOGENIA

Rosa M^a. Aguirre Aranaz

4.1. Definición de UPP

Una UPP es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, principalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos sanitarios.

4.2. Etiopatogenia

Desde el pasado siglo, se conoce que las UPP son consecuencia directa del efecto de la presión. Esta fuerza actúa perpendicular a la piel provocando un aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (prominencia ósea) y otro externo a él (cama, silla o sillones, dispositivos terapéuticos, etc.). Puede ocurrir que junto a la fuerza de presión, actúe la fuerza de cizalla: el desplazamiento del paciente hace que los tejidos externos se mantengan paralelos y adheridos a las sábanas mientras que los tejidos profundos se deslizan hacia abajo (ver fig. 1)

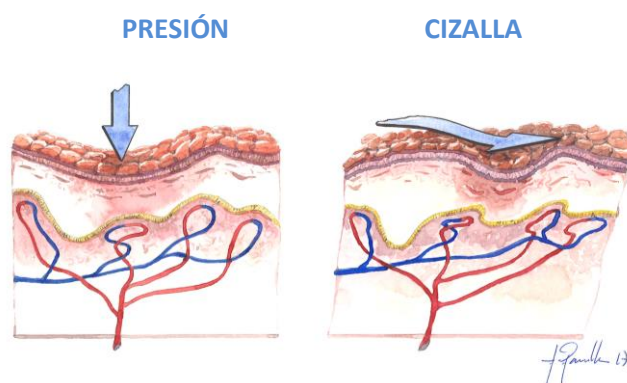


Figura 1. Fuerzas de presión y de cizalla

En caso de que se asocien a la presión o a la presión con cizalla otros factores como la humedad o la fricción, estaremos hablando de lesiones mixtas o combinadas.

Hoy en día se considera que la presión de oclusión capilar máxima a efectos prácticos es de 20 mmHg. Las presiones superiores a 20 mmHg en un área limitada y durante un tiempo prolongado inician un proceso de isquemia tisular que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a la zona afectada, originando una degeneración de los tejidos. Si la presión se mantiene, se produce la necrosis y la muerte tisular.

La siguiente figura muestra la secuencia de los cambios fisiopatológicos que se suceden en el paciente, desde que comienza la hiperemia reactiva, como reacción de defensa fisiológica natural, hasta la muerte celular (ver fig. 2).

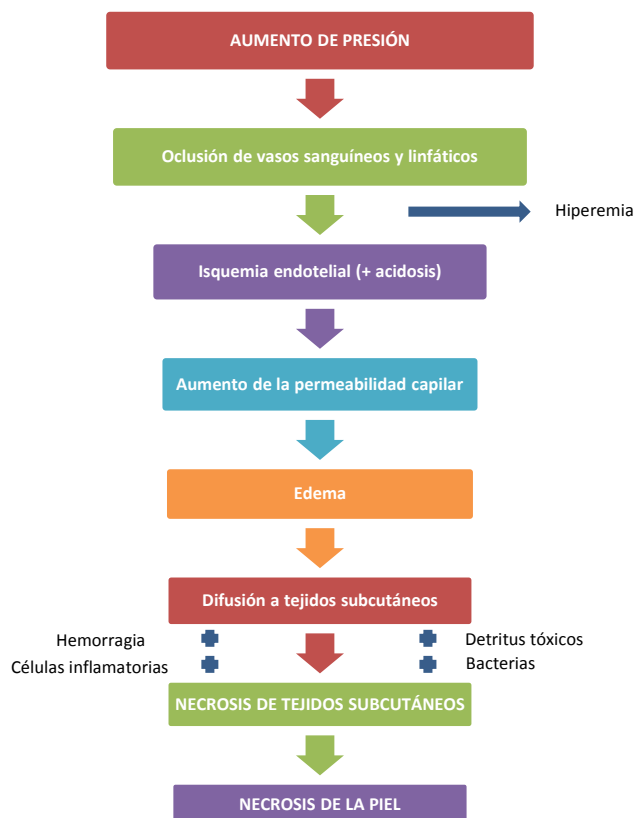


Figura 2. Etiopatogenia de las UPP

Tanto presiones pequeñas mantenidas durante períodos de tiempo prolongados como presiones elevadas mantenidas durante 2 h serían suficientes para generar UPP.

Cuando una persona se moviliza de forma autónoma o es reposicionada mediante cambios posturales se favorece la puesta en marcha de los mecanismos fisiológicos que permitirán hacer frente al efecto que la presión y cizalla ejercen sobre los tejidos.

Como vemos, por tanto, son dos los factores etiológicos de estas lesiones, las fuerzas de presión, solas, o combinadas con las fuerzas de cizalla.

5. CLASIFICACIÓN DE LAS UPP

Rosa M^a. Aguirre Aranaz

El sistema de clasificación de las UPP en cuatro categorías se establece en base al alcance en profundidad de la lesión (ver fig. 3). Dicha clasificación ha sido adoptada por el GNEAUPP, el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) y la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y también por Osakidetza.

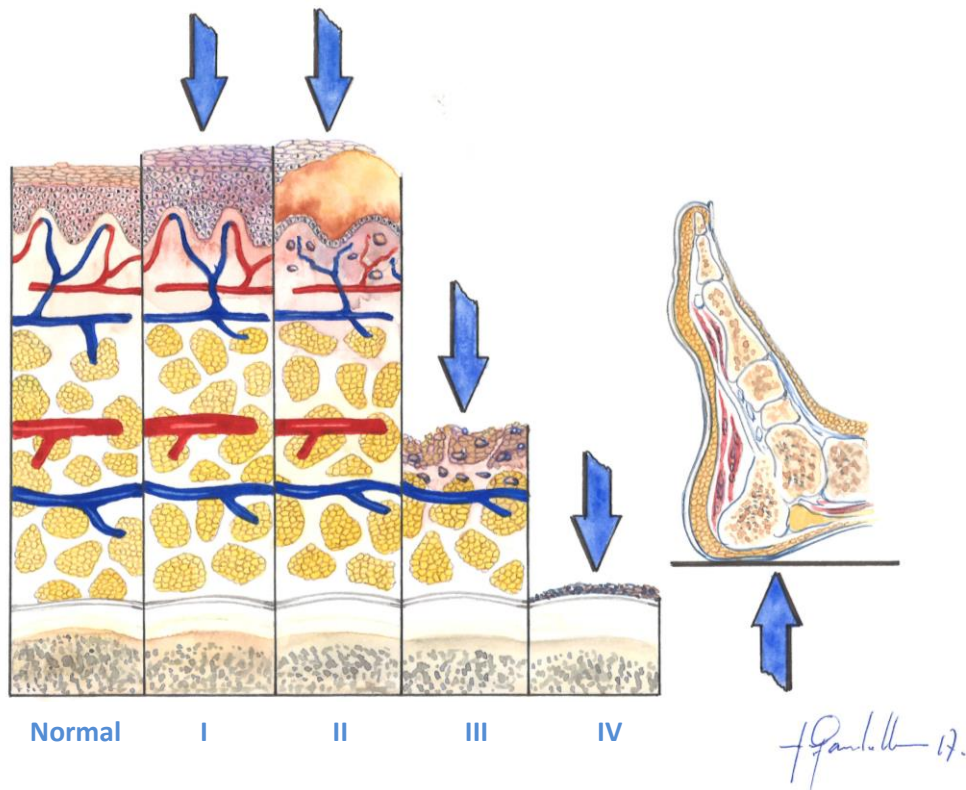


Figura 3. Categorías de las UPP en función de la profundidad

5.1. Sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP de las UPP

Categoría I: eritema no blanqueable

Piel intacta con enrojecimiento que no palidece al presionar (Anexo 3) en un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas "en riesgo".



Figura 4. UPP de categoría I

Categoría II: úlcera de espesor parcial

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o ampolla intacta llena de suero o suero sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas.

Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.

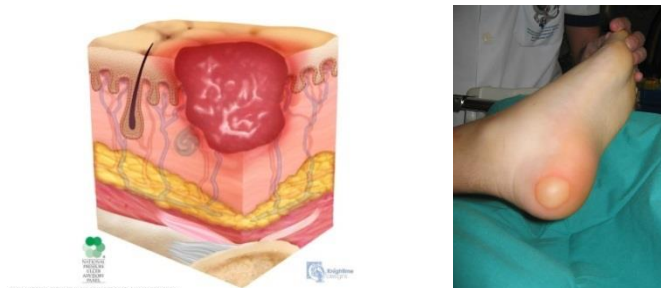


Figura 5. UPP de categoría II

Categoría III: pérdida total del grosor de la piel

El tejido subcutáneo o hipodermis puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos, pudiendo presentar cavitaciones y tunelizaciones. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultan la profundidad de la lesión.

En determinadas localizaciones las UPP de categoría III pueden ser poco profundas al no tener tejido subcutáneo, como el puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar UPP de categoría III extremadamente profundas.



Figura 6. UPP de categoría III

Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto, pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis u osteítis. A menudo presentan cavitaciones y tunelizaciones. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes.

Al igual que en las UPP de categoría III, en aquellas zonas con poco tejido subcutáneo, la profundidad puede ser escasa.



Figura 7. UPP de categoría IV

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Diferencie las UPP de otros tipos de heridas (úlceras de extremidad inferior, dermatitis por incontinencia, etc.)	EPUAP-NPAUP	C
Utilice el sistema de clasificación de UPP NPUAP/EPUAP internacional para clasificar y documentar el nivel de pérdida de tejido, incluidas las UPP relacionadas con los dispositivos	EPUAP-NPAUP	C

5.2. Categorías adicionales propuestas por la NPUAP

La clasificación de la NPUAP en Estados Unidos incluye dos categorías adicionales que merece la pena describir aun no estando contempladas a nivel europeo por la EPUAP: en ambas, la profundidad real y la categoría de la UPP se determinará una vez desbridada o evolucionada la lesión.

INESTADIALE/SIN CLASIFICAR: pérdida total del espesor de la piel o los tejidos – profundidad desconocida

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la profundidad real de la UPP está completamente cubierta por esfacelos y/o escaras en el lecho de la herida.

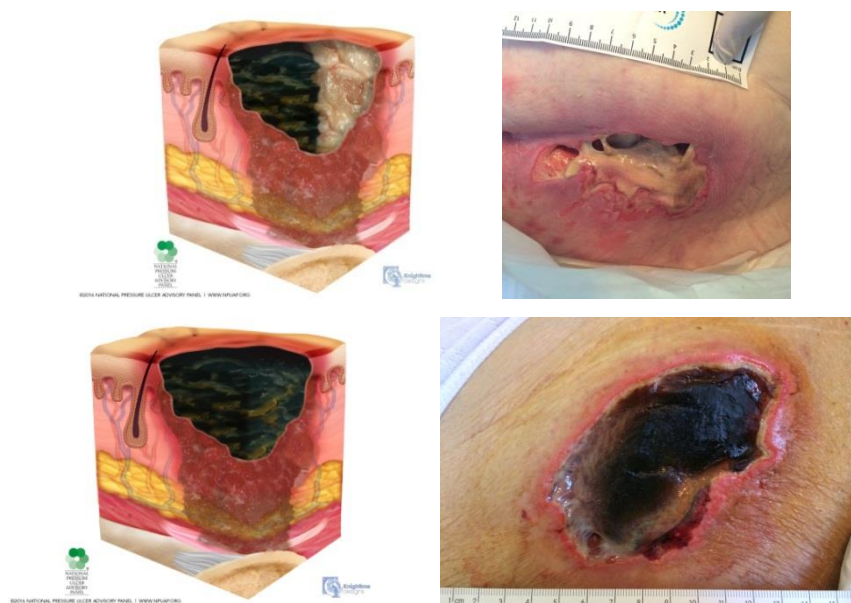


Figura 8. UPP inestadiable/sin clasificar

SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS: **profundidad desconocida**

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes.



Figura 9. Sospecha de lesión de tejidos profundos

6. UPP RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS SANITARIOS

M^a. Rosario García Díez

6.1. Definición

Una UPP relacionada con un dispositivo sanitario (UPP-DS) se define como una lesión localizada en la piel o tejido subyacente como resultado de una presión sostenida y causada por un dispositivo sanitario diagnóstico o terapéutico (mascarilla o tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía, sondas, catéteres, férulas y aparatos ortopédicos).



Figuras 10, 11, 12 y 13. UPP relacionadas con dispositivos sanitarios

Se estima que un tercio de las UPP son producidas por dispositivos, aunque varía considerablemente y depende de las características de la población a estudio, siendo las categorías I y II las más comunes.

La clave en el tratamiento de estas UPP-DS es identificar la causa de la presión y retirarla. Desafortunadamente, muchos de los dispositivos son necesarios para el tratamiento y cuidado del paciente y no pueden ser retirados. En ocasiones algunas de estas lesiones son resultado de una mala posición del dispositivo o de su fijación.

Las escalas de valoración del riesgo de desarrollar UPP no permiten identificar adecuadamente el riesgo de desarrollar UPP-DS, por lo que los pacientes dependen del juicio clínico de la enfermera como medio de identificación de riesgos y de la implementación temprana de acciones de prevención.

6.2. Localizaciones

Las localizaciones de estas UPP-DS dependen del tipo de dispositivo de que se trate.

LOCALIZACIÓN	DISPOSITIVO CAUSANTE
Nariz	Dispositivos de oxigenoterapia: mascarillas, gafas nasales, sondas, sistemas de ventilación no invasiva. Sondas nasogástricas.
Boca	Tubos endotraqueales.
Cara	Sistemas de ventilación mecánica no invasiva (VMNI): CPAP Y BIPAP.
Cuello:	Cánulas de traqueotomía y fijación
Dedos	Sensores de pulsioximetría.
Meato urinario	Sondas vesicales.
Tórax y abdomen	Fijación de tubos pleurales. Bolsas de colostomía y urostomía. Drenajes. Electrodos de ECG. Corsés.
Otras localizaciones	Accesos vasculares. Sujeciones mecánicas. Medias antiembólicas. Escayolas y férulas. Dispositivos de compresión secuencial.

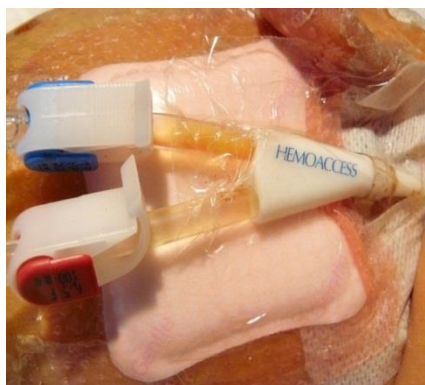
Tabla 1: UPP-DS y dispositivos causantes

6.3. Medidas de prevención de UPP-DS

Las estrategias de prevención para este tipo de lesiones son las recogidas en las siguientes recomendaciones:

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Inspeccione la piel alrededor de los dispositivos diagnósticos y terapéuticos al menos 2 veces/día para buscar señales relacionadas con la presión en el tejido circundante (equipo de oxigenoterapia, sondas, equipo de VMNI, férulas, yesos,...)	EPUAP-NPUAP	C
Considere usar apósitos para la prevención de UPP-DS	EPUAP-NPUAP	B
Evite la presión directa sobre las prominencias óseas del cuerpo y sobre dispositivos (férulas, drenajes, tubos,...)	G. Valenciana	MODERADA

Antes de colocar un dispositivo es necesario seleccionar el tamaño correcto del mismo y evitar colocarlo sobre zonas de lesiones previas o ya existentes.



Figuras 14 y 15. Utilización de apósitos de espuma de poliuretano para prevención de UPP-DS.

Revisa al menos 2 veces/día la piel bajo los dispositivos sanitarios



7. LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD

Idoia Beistegui Alejandre y Cristina Quesada Ramos

La correcta diferenciación entre lesiones por humedad y UPP es de gran importancia clínica, tanto desde el enfoque de prevención como desde el de tratamiento, con una repercusión directa en el paciente.

7.1. Definición

El GNEAUPP define las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) como lesiones localizadas en la piel que no suelen afectar a tejidos subyacentes y que se presentan como una inflamación, eritema, y/o erosión de las mismas causadas por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco).

7.2. Factores influyentes

Si bien es cierto que la humedad es la causante de estas lesiones, no todos los pacientes tienen la misma probabilidad de desarrollar este tipo de lesiones. Los factores que influyen en el desarrollo de las mismas son:

- Tiempo, entendido como exposición prolongada a la humedad
- Cantidad, diversidad y contenido de irritantes químicos de la fuente de humedad
- pH de la misma
- Factores mecánicos como la fricción
- Presencia de microorganismos potencialmente patógenos
- Edad del paciente, tanto edades tempranas como el envejecimiento
- Estado de salud del paciente
- Factores externos, relacionados con los cuidados, como sería una inadecuada higiene de la piel del paciente, la no retirada de los restos de jabón durante el aseo, o el secado inadecuado de la misma

7.3. Diagnóstico diferencial de LESCAH y UPP

En el Anexo 3 se exponen las diferencias más significativas entre UPP y LESCAH señaladas por la EPUAP con el fin de servir de guía a los profesionales de enfermería a la hora de diferenciar ambos tipos de lesiones.

***Las LESCAH no son UPP ni
se declaran como UPP***



8. LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

Cristina Quesada Ramos

Las localizaciones más frecuentes de las UPP se corresponden con zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, es decir, zonas del cuerpo que soportan mayor presión.

Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente, de tal forma que:

En **DECÚBITO SUPINO**: la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omoplatos y el occipucio son las zonas de mayor presión.



Figura 16. Localizaciones frecuentes en decúbito supino

En **DECÚBITO LATERAL**: son los maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros, las orejas, las crestas ilíacas y la cara interna y lateral de las rodillas.

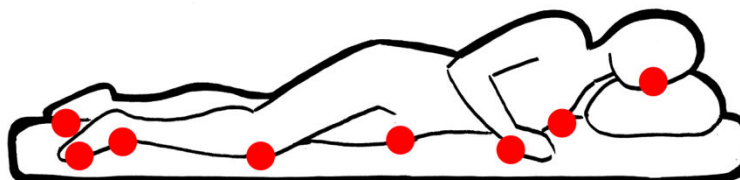


Figura 17. Localizaciones frecuentes en decúbito lateral

En **DECÚBITO PRONO**: soportan mayor presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales masculinos, las mamas, los pómulos, las orejas, la nariz y las crestas ilíacas.

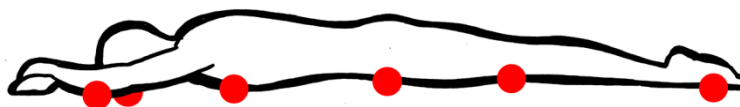


Figura 18. Localizaciones frecuentes en decúbito prono

En **SEDESTACIÓN**: son el isquion, el coxis, los omóplatos, los trocánteres, los talones y los dedos de los pies.

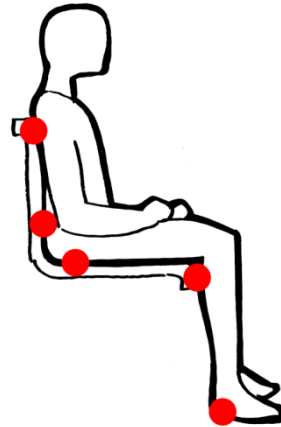


Figura 19. Localizaciones frecuentes en sedestación

También es frecuente encontrar UPP en localizaciones no habituales, provocadas por la presión mantenida sobre la piel de un dispositivo diagnóstico o terapéutico. (Ver capítulo 6, UPP relacionadas con dispositivos sanitarios).

Presta especial atención a la zona del sacro-coxis y los talones. Son con diferencia las localizaciones de UPP más frecuentes



9. PREVENCIÓN

Prevenir la aparición de las UPP es prioritario dentro de los cuidados de los pacientes susceptibles de padecerlas, siendo indispensable para ello, la colaboración no sólo de los profesionales sanitarios sino también del propio paciente y/o cuidadores.

La prevención no sólo reduce la incidencia y recurrencia de UPP, sino que también disminuye el dolor y las complicaciones que de ellas pueden derivarse, así como la duración de los tratamientos y por ende el gasto sanitario. La educación sanitaria forma parte de las estrategias tanto de prevención como de tratamiento de las úlceras por presión, y favorece la implicación de paciente y cuidador en la planificación de los cuidados.

En este apartado se han clasificado las medidas preventivas en 5 grandes bloques:

- 9.1. Valoración integral del paciente
- 9.2. Valoración y cuidados nutricionales
- 9.3. Valoración y cuidados de la piel
- 9.4. Control de la humedad
- 9.5. Manejo de la presión
- 9.6. Educación Sanitaria

9.1. Valoración integral del paciente

Mónica Arizmendi Pérez

La valoración integral viene determinada por la evaluación del riesgo de aparición de UPP en base a la utilización de escalas de valoración del riesgo de desarrollar UPP (EVRUPP) como complemento al juicio clínico y al conocimiento de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos relacionados con la aparición de este tipo de lesiones.

9.1.1 Valoración del riesgo: EVRUPP

La valoración de riesgo de UPP tiene como objetivo identificar de forma precoz los pacientes en riesgo de desarrollar UPP. El uso de una EVRUPP constituye un criterio objetivo de aplicación de medidas preventivas, aumentando la eficacia en la utilización de los recursos.

En la actualidad la EVRUPP utilizada para adultos en todos los niveles asistenciales de Osakidetza es la escala Braden, detallada en el Anexo 4. Consta de seis subescalas (percepción, exposición de la piel

a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas); las tres primeras están relacionadas con la exposición directa a la presión y las otras tres con la tolerancia de la piel a esta presión.

PUNTUACIÓN	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Completamente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Riesgo de lesiones cutáneas	Problema	Problema potencial	No existe problema	

Figura 20. Escala Braden

La escala Braden es una escala negativa, es decir, que a menor puntuación tiene mayor riesgo, con un rango que oscila entre los 6 y los 23 puntos (tabla 2).

PUNTUACIÓN	NIVEL DE RIESGO	
6-12 puntos	CON RIESGO	Alto
13-14 puntos		Moderado
15-18 puntos		Bajo
19-23 puntos	SIN RIESGO	

Tabla 2. Niveles de riesgo con la escala Braden

Tan importante como la primera valoración del riesgo del paciente es la revaluación de este riesgo, que se debe realizar periódicamente y siempre que la situación del paciente presente modificaciones.

Osakidetza ha establecido las siguientes consideraciones especiales, tanto para la valoración inicial como para la revaluación del riesgo:

- **OBSTETRICIA:** No es obligatorio valorar el riesgo de UPP a las mujeres que ingresan en obstetricia para parto o cesárea.
- **SALUD MENTAL:** No es obligatorio valorar el riesgo de UPP a las personas ingresadas en una unidad de salud mental, salvo los pacientes ingresados en psicogeriatría y pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.
- **INGRESOS INFERIORES A 24H:** No es obligatorio valorar el riesgo de UPP a las personas que ingresan para una estancia inferior a 24 horas.
- **CIRUGÍA PROGRAMADA:** Se puede posponer la valoración del riesgo de UPP a los pacientes que ingresan para cirugía programada hasta después de la intervención quirúrgica.
- **HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO:** la valoración del riesgo de UPP debe realizarse en las primeras 72h tras el ingreso. No es obligatorio valorar el riesgo de UPP a las personas que tengan ingresos de un solo día, o que estén ingresadas para la administración de tratamiento endovenoso o curas. (siempre que la cura no sea de una herida crónica relacionada con la dependencia).

En todos estos casos sí debe valorarse el riesgo con la escala, si se identifican situaciones que puedan considerarse factores de riesgo.

En Atención Hospitalaria, la primera valoración del riesgo debe realizarse al ingreso. La frecuencia de la siguiente valoración dependerá del riesgo de la última valoración realizada.

ATENCIÓN HOSPITALARIA				
ÁREA	1º VALORACIÓN	REEVALUACIÓN DE LA ESCALA EN FUNCIÓN DEL RIESGO		
Hospitalización (*)	Al ingreso	Alto	c/ 2 días	Siempre que haya un cambio en la situación del paciente
		Moderado	c/ 4 días	
		Bajo Sin riesgo	c/ 7 días	
Unidades críticas	Al ingreso	Alto, Moderado Bajo Sin riesgo	Diaria	
Hospitalización a Domicilio	En el 1 ^{er} contacto (Dentro de las primeras 72 h.)	Alto Moderado	c/ 7 días	
		Bajo Sin riesgo	c/ 15 días	

(*) Cualquier persona que pueda tener riesgo de UPP debido a su estado

Tabla 3. Valoración del riesgo de UPP en Atención Hospitalaria.

En Atención Primaria en pacientes crónicos domiciliarios, pluripatológicos y/o con UPP instaurada, la primera valoración del riesgo debe realizarse en el primer contacto con el paciente. Al igual que en Atención Hospitalaria, la última valoración realizada determinará la frecuencia de la siguiente valoración.

ATENCIÓN PRIMARIA				
POBLACIÓN	1º VALORACIÓN	REEVALUACIÓN DE LA ESCALA EN FUNCIÓN DEL RIESGO		
Crónicos domiciliarios, Pluripatológicos, Pacientes con UPP (*)	En el 1 ^{er} contacto	Alto	c/ 1 mes	Siempre que haya un cambio en la situación del paciente
		Moderado	c/ 2 meses	
		Bajo Sin riesgo	c/ 6 meses	

(*) Cualquier persona que pueda tener riesgo de UPP debido a su estado

Tabla 4. Valoración del riesgo de UPP en Atención Primaria.

Las recomendaciones más importantes en relación a la valoración del riesgo son las siguientes:

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Valore el riesgo en el primer contacto con el paciente	G. Valenciana	MUY BAJA
Reevalúe a intervalos periódicos en función del estado del paciente	G. Valenciana	MODERADA
Utilice para valorar el riesgo escalas de valoración del riesgo de desarrollar UPP (EVRUPP) validadas, como la de BRADEN, EMINA, NORTON	G. Valenciana	ALTA
Complemente la valoración del riesgo mediante escala con el uso del juicio clínico y con el conocimiento de los factores de riesgo relevantes	EPUAP-NPUAP	C
Considere a los pacientes con una UPP (en cualquier categoría/estadio) como de riesgo de padecer más UPP	EPUAP-NPUAP	B
Asigne los recursos preventivos utilizando como criterio el uso de EVRUPP	G. Valenciana	MODERADA
Utilice una EVRUPP junto con una valoración completa del paciente para determinar el riesgo e identificar los factores que influyen en la prevención y el manejo de las UPP	AWMA	CBR
Proporcione a los pacientes educación sobre la prevención y tratamiento de las UPP	AWMA	CBR

9.1.2 Factores de riesgo de UPP

En el proceso de la aparición de UPP contamos con la presencia de factores etiológicos como la presión y la cizalla, que puede actuar de forma individual o combinada. Además, debemos analizar la existencia de otros factores que pueden modificar la resistencia tisular y predisponen al paciente a la aparición de la lesión. Estos factores coadyuvantes o predisponentes pueden ser:

- Intrínsecos, relacionados con el estado de salud del paciente
- Extrínsecos, relacionados con su entorno y controlados por el propio paciente o el cuidador.

La valoración del riesgo de desarrollar UPP te va a permitir la aplicación precoz de medidas de prevención



FACTORES INTRÍNSECOS	FACTORES EXTRÍNSECOS
▪ Edad ▪ Movilidad disminuida ▪ Medicación: inmunosupresores, benzodiacepinas, corticoides, sedantes, inotrópicos. ▪ Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares. ▪ Alteraciones cognitivas : desorientados, confusos. ▪ Déficit sensorial y motor ▪ Pérdida sensitiva/motora: paresia/parálisis, pérdida de la sensibilidad dolorosa. ▪ Espasticidad/contracturas ▪ Alteraciones nutricionales y metabólicas ▪ Incontinencia: fecal, urinaria, mixta	▪ Humedad ▪ Fricción ▪ Sujeción mecánica ▪ Inmovilidad requerida por el proceso (inestabilidad hemodinámica...). ▪ Uso de dispositivos sanitarios ▪ Entorno social de riesgo: situación socioeconómica, lejanía de prestaciones sanitarias y ayudas sociales. ▪ Formación inadecuada del cuidador o el profesional. ▪ SEMP inexistente o inadecuada ▪ Hábitos tóxicos: tabaquismo, alcohol

Tabla 5. Factores de riesgo de UPP

9.2. Valoración y cuidados nutricionales

Iñaki Camiruaga Zalbidea

El estado nutricional está claramente relacionado con la posibilidad de aparición de UPP o con la dificultad de cicatrización de las mismas. La adecuada nutrición del paciente va a hacer que el riesgo de desarrollar úlceras disminuya y que, en caso de que aparezcan, su curación sea más rápida y con menos complicaciones.

La evaluación nutricional se realizara en las 24-48 horas tras el primer contacto con el paciente en cualquier ámbito asistencial (crónicos domiciliarios en atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria), utilizando el ítem correspondiente de la escala de Braden, siempre y cuando el estado del paciente lo permita. Se repetirá esta evaluación nutricional cada vez que se reevalúe el riesgo con la escala Braden.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Examine y evalúe el estado nutricional de cada individuo con riesgo de UPP en el primer contacto	G. Valenciana	MODERADA

En los siguientes casos se realizará una valoración nutricional más exhaustiva:

- Pacientes con riesgo alto/moderado de UPP según escala Braden
- Pacientes con riesgo bajo de UPP según escala Braden y que el ítem de Nutrición sea “Probablemente inadecuada (2)” o “Muy pobre (1)”
- Pacientes con UPP establecida

No se llevará a cabo en:

- Pacientes paliativos en situación de últimos días
- Pacientes que por su estado o patología requieran dietas de complacencia exclusivamente

Esta valoración nutricional más exhaustiva consiste en:

A.- VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA: peso, talla e índice de masa corporal (IMC)

B.- VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN:

Las herramientas recomendadas por Osakidetza para la detección del riesgo de desnutrición, en función de la situación clínica o entorno asistencial concreto, son:

ESCALA	POBLACIÓN
MST Malnutrition Screening Tool (Anexo 5)	Pacientes ingresados en hospitales de agudos
MUST Malnutrition Universal Screening Tool (Anexo 6)	Pacientes en el ámbito comunitario
MNA Mini Nutritional Assessment (Anexo 7)	Pacientes en el ámbito comunitario Pacientes ancianos con riesgo de desnutrición en hospitales de media y larga estancia

Tabla 6. Herramientas de valoración del riesgo nutricional

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Utilice instrumentos de valoración de riesgo nutricional como el Mini Nutritional Assessment-MNA (Anexo 7): son más rápidos y rentables que los parámetros antropométricos o bioquímicos	G. Valenciana	ALTA

C.- HISTORIA NUTRICIONAL:

Mediante la historia clínica, la entrevista y la exploración se recogerán datos sobre:

- Alergias alimentarias o intolerancias
- Trastornos de la masticación o deglución
- Trastornos de conducta y/o estado anímico alterado
- Patologías/medicación
- Alteración del estado de la piel y mucosas

El Anexo 8 recoge el flujograma de actuación para la evaluación nutricional.

Esta valoración exhaustiva permite detectar aquellos pacientes con déficit nutricional o en riesgo de padecerlo, en los que intervenir desde el punto de vista nutricional.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Ofrezca suplementos nutricionales con complejos ricos en proteínas en personas en riesgo de déficit nutricional y riesgo de UPP	G. Valenciana	ALTA

Para ampliar información, consultar el documento [*“Recomendaciones para el control de la nutrición en pacientes con riesgo de UPP o con UPP establecida”*](#) de UPP-Adi!

La primera pista para detectar déficit nutricional la proporciona el ítem de nutrición de la escala Braden



9.3. Valoración y cuidados de la piel

Mónica Arizmendi Pérez

El cuidado de la piel es una parte esencial de la prevención de UPP. Por este motivo, se debe realizar una valoración de la misma con el fin de establecer un plan de cuidados individualizado. La inspección sistemática de la piel en busca signos de alarma, permite instaurar precozmente medidas de prevención que eviten la aparición de lesiones.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Inspeccione la piel en el primer contacto con el paciente, una vez al día como mínimo y después de procedimientos prolongados que implican una reducción de la movilidad., en busca de: ▪ Eritema ▪ Palidez al presionar ▪ Calor localizado ▪ Edema ▪ Induración ▪ Deterioro de la piel	G. Valenciana	BAJA
Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos diagnósticos y terapéuticos al menos 2 veces al día para buscar señales relacionadas con la presión en el tejido circundante (equipo de oxigenoterapia, sondas, equipo de Ventilación Mecánica No Invasiva, férulas, yesos...).	EPUAP-NPUAP	C

El objetivo de los cuidados de la piel es mantener su integridad y evitar la aparición de UPP y otras lesiones.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Mantenga una higiene básica de la piel	G. Valenciana	BAJA
Para la higiene diaria lave la piel con agua y jabón (pH neutro-no irritativos), aclare y seque cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos	G. Valenciana	BAJA
Aplique lociones hidratantes específicas hasta su absorción	G. Valenciana	MODERADA
No utilice soluciones que contengan alcohol	G. Valenciana	MODERADA
Utilice ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) sólo en las zonas de riesgo de UPP	G. Valenciana	ALTA
No realice masajes en las prominencias óseas	G. Valenciana	ALTA
Considere usar apósitos para la prevención de UPP relacionadas con los dispositivos.	EPUAP-NPUAP	B



9.4. Control de la humedad

M^a Rosario García Díez

En las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH), la etiología de las mismas es la humedad (ver capítulo 7). En ocasiones se confunden con lesiones por presión, pero tienen entidad propia y no son objeto de esta guía.

Sin embargo, la humedad en la piel de forma mantenida aumenta el riesgo de desarrollar UPP en zonas sometidas a presión. Se debe valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel como: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudado de heridas, etc.

Controla la humedad para reducir el riesgo de aparición de UPP



Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Valore todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre.	G. Valenciana	BAJA
Desarrolle e implemente un plan individualizado de manejo de la incontinencia.	EPUAP-NPUAP	C
Valore la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso: ▪ Incontinencia: Colectores, sondas vesicales, pañales absorbentes ▪ Drenajes: Utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del drenaje ▪ Sudoración profusa: Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario ▪ Exudado de heridas: Utilizar apósitos adecuados	G. Valenciana	BAJA
Proteja la piel del exceso de humedad con productos barrera (cremas con base de zinc o películas barrera)	G. Valenciana	BAJA

9.5. Manejo de la presión

M^a Rosario García Díez, Elena López García, Rosa M^a Blanco Zapata

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, se recomienda considerar cuatro elementos: movilización, cambios posturales, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y protección local ante la presión.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Elabore un plan de cuidados que incentive y mejore la actividad y movilidad del paciente	G. Valenciana	MODERADA
Utilice cojines, almohadas u otros dispositivos para eliminar la presión entre prominencias óseas, trocánteres, maléolos,...	G. Valenciana	MODERADA
Reposicione a los pacientes para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las áreas vulnerables, incluyendo las prominencias óseas y los talones	AWMA	A
No utilice flotadores o rodetes cuando el individuo esté en sedestación	G. Valenciana	MODERADA
Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles	EPUAP-NPUAP	B

9.5.1. Actividad-movilidad

Tras valorar la movilidad del paciente es necesario elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente. Es importante aprovechar las posibilidades del paciente de moverse por sí mismo.

- Proporcionar dispositivos para la deambulación en la medida de sus posibilidades (andador, bastón)
- En personas con movilidad comprometida, realizar ejercicios de movilización pasiva además de los cambios posturales, implicando a la familia en su realización
- Si el paciente es portador de tubos, drenajes, sondas etc, fijarlos de modo que no interfieran en los movimientos

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Facilite el uso de dispositivos que ayuden al individuo en sus movimientos como trapecio, barandillas, etc.	G. Valenciana	MUY BAJA
Levante al sillón en cuanto sea posible aumentando gradualmente el tiempo de sedestación.	G. Valenciana	MUY BAJA

9.5.2. Cambios posturales

Dentro de las medidas de prevención necesarias para el manejo de las distintas fuerzas de presión se encuentran los cambios posturales, ya que permiten reducir el tiempo y la cantidad de presión ejercida sobre las zonas más vulnerables del cuerpo.

El cumplimiento de los cambios posturales es indispensable, salvo contraindicación, si queremos reducir el riesgo de desarrollar UPP en pacientes con dependencia severa (inmovilizados) o con movilidad reducida.

Es importante que en la prevención participen, junto a los profesionales, los cuidadores principales y los propios pacientes, a los que es necesario recordar la importancia de realizar técnicas de alivio de presión de forma continua.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Reposicione a los pacientes para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las áreas vulnerables, incluyendo las prominencias óseas y los talones	AWMA	A
Realice cambios posturales a todos los pacientes con riesgo de desarrollar UPP o con UPP ya existente, salvo contraindicación	EPUAP-NPUAP	A
Anime a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP a cambiar de posición frecuentemente, al menos cada 6 horas	NICE	SHOULD

En pacientes encamados por norma general se recomienda realizar cambios posturales cada 2-3 horas siguiendo una rotación programada, alternando entre decúbito lateral derecho (DLD), decúbito supino (DS), decúbito lateral izquierdo (DLI) y decúbito prono (DP) si se puede (Anexo 9).

En las posiciones de DLD-DLI no se recomienda sobrepasar los 30º de lateralización, a fin de evitar apoyar el peso sobre los trocánteres.



Figura 21. Posiciones en decúbito.

Si la persona no responde como se espera a la rotación de cambios posturales, será necesario replantearse la frecuencia y el método empleado.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Programa los cambios posturales (frecuencia, posiciones y tolerancia) de manera individualizada, dependiendo de la SEMP en la que esté la persona	G. Valenciana	ALTA
Levante (no arrastre) al individuo al realizar los cambios posturales y use ayudas (entremetidas, grúas) para movilizar al paciente, ya que se reducen las fuerzas de fricción y cizalla	G. Valenciana	BAJA
Limite la elevación del cabecero de la cama a 30º salvo contraindicación	EPUAP-NPUAP	C
Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles	EPUAP-NPUAP	B
Elija una postura que sea aceptada por el individuo para reducir la presión y las fuerzas de cizalla sobre la piel y los tejidos blandos y que le permita realizar un alto número de actividades	G. Valenciana	BAJA

En pacientes sentados la presión que ejerce el peso del cuerpo del paciente sobre la superficie del asiento es muy elevada, por eso no debería mantenerse sentado más de 2 horas. Después de permanecer en la silla, evitar colocar al paciente en decúbito supino.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Limite el tiempo que el paciente pasa sentado en una silla sin alivio de presión	G. Valenciana	MODERADA
En pacientes sentados recomendar que efectúe pulsiones* cada 15 minutos. Si no se puede movilizar, se le realizarán cambios posturales al menos cada hora	G. Valenciana	BAJA
No utilice flotadores o rodets cuando el individuo esté en sedestación	G. Valenciana	MODERADA
Ponga los pies del paciente sobre un reposapiés cuando éstos no lleguen a tocar el suelo	G. Valenciana	BAJA

*Pulsión: ejercicio de contracción-relajación de un grupo muscular concreto

A la hora de realizar cambios posturales, tenga en cuenta las siguientes consideraciones:

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Evite la presión directa sobre las prominencias óseas del cuerpo y sobre dispositivos (férulas, drenajes, tubos...)	G Valenciana	MODERADA
Utilice cojines, almohadas u otros dispositivos para eliminar la presión entre prominencias óseas, trocánteres, maléolos...	G. Valenciana	MODERADA
Registre los cambios posturales, especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluir una evaluación de los resultados de los cambios posturales	EPUP-NPUP	C

Además de las recomendaciones descritas, se debe considerar:

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona movilizada, así como su comodidad y capacidad funcional
- Evitar el contacto directo de las prominencias entre sí

Hasta los cambios posturales más pequeños redistribuyen la presión sobre las prominencias óseas.



9.5.3. Uso de SEMP

Las SEMP dan nombre a un conjunto de dispositivos diseñados específicamente para reducir o aliviar la presión de toda la superficie corporal del paciente que contacta con una superficie de apoyo (cama, silla). Incluyen camas, colchones, sobrecolchones o colchonetas, cojines de asiento, etc.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Considere siempre las SEMP como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados —movilización y cambios posturales	G. Valenciana	BAJA
Sitúe al individuo con riesgo sobre una SEMP. No utilice colchones convencionales de espuma con los individuos en riesgo de desarrollar UPP	G. Valenciana	ALTA
En pacientes con SEMP la frecuencia de los cambios posturales puede aumentar hasta 4 horas	G. Valenciana	ALTA

Hay dos tipos de SEMP:

SEMP ESTÁTICAS

Reducen la presión aumentando el área de contacto con el paciente, ajustándose al contorno del cuerpo y distribuyendo el peso sobre una superficie mayor. Ejemplo de estas superficies son: colchones-cojines viscoelásticos, colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, etc.



Figura 22. Colchón estático



Figura 23. Cojín estático

SEMP DINÁMICAS

Permiten variar los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. El sistema que utilizan estas superficies para conseguir el citado efecto es el de celdas de aire que se hinchan y deshinchán de forma alternativa, con una frecuencia determinada. Ejemplo de estas superficies son: colchones, colchonetas y cojines alternantes de aire.

Existen gran cantidad de SEMD dinámicas en el mercado, cuya efectividad clínica está directamente relacionada con el tamaño de las celdas (altura y anchura), su disposición y alternancia, las características de la funda protectora y de la bomba-compresor.

Las SEMD dinámicas se pueden incluso utilizar en pacientes con fracturas, siempre que estén reducidas y/o estabilizadas y no haya contraindicación médica.



Figura 24. Colchón dinámico



Figura 25. Sobrecolchón-colchoneta dinámica



Figura 26. Cojín dinámico

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Elija una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) según el riesgo que determine la escala utilizada	G. Valenciana	ALTA
Utilice una SEMP activa (sobre colchón o colchón) en el caso de pacientes con un mayor riesgo de desarrollar UPP y donde no sea posible efectuar cambios posturales	G. Valenciana	MODERADA
No utilice colchones o sobrecolchones de aire de presión alternante de celdas pequeñas (<10 cm)	EPUAP-NPUAP	B
Utilice un cojín de asiento que redistribuya la presión para los pacientes sentados en una silla cuya movilidad esta reducida y que se encuentran en riesgo de desarrollar UPP	G. Valenciana	MODERADA

El uso de SEMP no sustituye a los cambios posturales ni otras medidas de prevención.

9.5.4. Protección local

En las zonas con especial riesgo de desarrollar UPP se pueden utilizar sistemas de protección local que manejen la presión (apósitos, taloneras, dispositivos, etc.), principalmente en los talones, el sacro y los maléolos.

Estos dispositivos deben cumplir los siguientes criterios:

- Facilitar la inspección de la piel al menos una vez al día de manera fácil y rápida
- Ser compatibles con otras medidas de cuidado local
- No erosionar la piel al retirarlos



Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Utilice sistemas de alivio local de la presión, como apósitos de espuma de poliuretano (permiten la inspección diaria de la piel y su uso durante varios días). En el caso de los talones son más efectivos para aliviar la presión que la protección tradicional con algodón y venda (patucos)	G. Valenciana	ALTA

Los apósitos recomendados para el alivio de presión son los apósitos de espuma de poliuretano. Los apósitos hidrocoloides y de película de poliuretano carecen de acción protectora ante la presión, y sólo protegen frente a la fricción.



Figura 27. Talonera de espuma de poliuretano

Cuando dejemos el talón libre de presión, debemos evitar la caída del pie (pie equino), para ello es necesario mantener el pie en ángulo recto con la pierna. Una almohada en la que se apoya el pie o un dispositivo adecuado ayudarán a evitar este problema.

9.6. Educación sanitaria

Verónica Tiscar González

En los últimos años, se ha producido un cambio transcendental en nuestro contexto sociosanitario dando paso a la participación activa del paciente, con el fin de favorecer la autonomía en su propio cuidado. El objetivo es que a través de la educación sanitaria y de la información se logre el empoderamiento del paciente.



Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Desarrolle a nivel organizativo una política de educación para la prevención y tratamiento de UPP	EPUAP-NPAUP	C
Es recomendable que el paciente/cuidador trabaje con el equipo de atención de salud para desarrollar su plan de prevención y gestión individualizado de UPP	EPUAP-NPAUP	C

La educación sanitaria debe ser individualizada, y para ello es necesario una valoración integral del paciente, teniendo en cuenta el nivel de conocimientos previos del paciente y/o cuidadores.

La información debe presentarse de forma adecuada para las personas a las que va dirigida, evitando tecnicismos que pudieran dificultar su comprensión y su puesta en práctica. Un ejemplo de información para pacientes es el [tríptico corporativo de prevención de UPP](#).

Por otro lado, cabe destacar el uso, cada vez más extendido, de las nuevas tecnologías como herramientas educativas. De esta forma, al consejo y a la educación sanitaria convencional proporcionada al paciente y/o cuidadores, se debe añadir la recomendación de páginas web, blogs y otros medios que contengan información fiable y comprensible.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Proporcione información a los pacientes con riesgo de UPP, sus familiares y cuidadores, incluyendo: ▪ causas de UPP ▪ signos tempranos de UPP ▪ formas de prevenir UPP (posturas en la cama y la silla, superficies de apoyo, actividad y nutrición) ▪ implicaciones de desarrollar UPP	NICE	SHOULD
Proporcione una educación regular en prevención y tratamiento de UPP basada en la evidencia	EPUAP-NPAUP	C

La implicación del paciente y cuidador es una estrategia eficaz para prevenir las UPP



10. TRATAMIENTO

Ante la presencia de una UPP, el tratamiento debe ir encaminado a conseguir la cicatrización en el menor tiempo posible, evitando al máximo las posibles complicaciones.

Determinar la etiología de la UPP es fundamental para orientar las medidas de tratamiento apropiadas. La medida de tratamiento más eficaz es eliminar la causa y, si esto no fuera posible, minimizarla: **una UPP producida por presión no cicatrizará mientras no se elimine la presión sobre la zona.**

La coordinación de los profesionales y la continuidad de los cuidados son dos elementos claves para lograr un óptimo resultado en el tratamiento de estas lesiones.

En este apartado se han clasificado las medidas de tratamiento en 9 grandes bloques:

10.1. Definición de las fases de cicatrización

10.2. Monitorización de las UPP

10.3. Valoración integral

10.4. Valoración y cuidados nutricionales

10.5. Manejo de la presión:

10.5.1. Cambios posturales

10.5.2 SEMP

10.6. Preparación del lecho de la herida:

10.6.1. Limpieza de la lesión

10.6.2. Desbridamiento

10.6.3. Infección

10.6.4. Piel periulceral

10.6.5. Apósitos

10.7. Otras terapias:

10.8. UPP y dolor

10.9. UPP y cirugía reconstructiva

10.1. Definición de las fases de cicatrización

Karmele Pérez del Pecho

El proceso de cicatrización es un complejo conjunto de mecanismos fisiológicos sincronizados e interdependientes que pone en marcha el organismo para la reconstrucción de los tejidos dañados, mediante estructuras idénticas o similares a las originales.

Las fases básicas en el proceso de cicatrización son: hemostasia, inflamación, granulación, epitelización y maduración o remodelación.

1. Hemostasia

Inicialmente se produce una vasoconstricción local, seguida por una agregación plaquetaria en los vasos dañados y el inmediato inicio de la cascada de coagulación formando una red de fibrina que hace de tapón.

2. Inflamación

Se inicia simultáneamente a la de hemostasia y puede durar semanas, meses o incluso años. Las células responsables de la inflamación (neutrófilos y macrófagos) son atraídas hacia el área afectada, donde engloban y destruyen a las bacterias y los restos necróticos mediante procesos de fagocitosis, favoreciendo la limpieza de la herida. Los signos clínicos de esta fase son: enrojecimiento (eritema) e hinchazón (edema).

3. Granulación

Los fibroblastos reemplazan la matriz de fibrina existente creando tejido de granulación, un tipo de tejido conectivo rico en colágeno, que va rellenando el espacio ocupado por el tejido desvitalizado y a su vez los miofibroblastos (fibroblastos con capacidad contráctil) se atraerán entre sí aproximando los bordes de la herida. Hay que destacar que los fibroblastos son muy sensibles a los cambios de temperatura y a sustancias químicas como los antisépticos. Además, el tejido de granulación es un tejido brillante, rojo y carnoso que sangra fácilmente; todo esto debe considerarse al realizar la cura de la herida, evitando agresiones innecesarias.

4. Epitelización

Cuando el lecho de la herida ha sido rellenado por el tejido de granulación hasta el nivel de la piel circundante, las células epiteliales comienzan a cubrirlo desde los bordes de la herida hacia el centro de la lesión, los queratinocitos basales son las células responsables de este proceso restaurando la continuidad de la epidermis.

5. Maduración o remodelado

El nuevo tejido adquiere características similares aunque no idénticas a las del tejido no lesionado. Este tejido presenta una resistencia menor a la tensión y carece de folículos pilosos y glándulas sebáceas. Es un tejido más vulnerable y en caso de recidivas su cicatrización será mucho más compleja y difícil.

En las heridas crónicas las fases de cicatrización se hallan alteradas, ya que el proceso se estanca en la fase inflamatoria por diversos motivos.

Existe un estímulo pro-inflamatorio persistente causado por uno o varios de los siguientes factores:

- Trauma repetitivo
- Isquemia tisular local
- Tejido necrótico
- Fuerte carga bacteriana
- Ruptura tisular

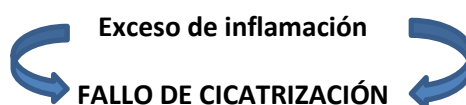


Figura 27. Fallo en el proceso de cicatrización en heridas crónicas.

10.2. Monitorización de las UPP

Rosa M^a. Aguirre Aranaz

La monitorización de las UPP está vinculada a la clasificación de las mismas, recogida en el apartado de PREVENCIÓN 5.1 y 5.2 de esta misma guía.

Ante la falta de instrumentos validados para medir la evolución de la cicatrización de las UPP, los profesionales empezaron a utilizar los sistemas de categorización de UPP en orden inverso (“reversión del estadiaje”) para describir la mejoría de la UPP.

Actualmente, este método está desaconsejado por la comunidad científica, ya que contamos con instrumentos de monitorización de las UPP validados, que no solamente dan idea de si la herida mejora o empeora, sino también en qué medida lo hace.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Evaluar el progreso hacia la cicatrización utilizando una escala de evaluación válida y fiable.	EPUAP-NPAUP	B

Las aplicaciones informáticas de cuidados de enfermería utilizadas en Osakidetza han incorporado la escala RESVECH 2.0 para evaluar y medir la evolución de las UPP hacia la cicatrización (Anexo 10). Esta escala cuenta con 6 ítems:

- Dimensiones de la lesión
- Profundidad/tejidos afectados
- Bordes
- Tipo de tejido en el lecho de la herida
- Exudado
- Infección-inflamación (signos-biofilm)



10.3. Valoración integral

Karmele Pérez del Pecho

En la cicatrización de las UPP intervienen diversos factores, (físicos, psicológicos y sociales) que influyen de manera positiva o negativa en la evolución de la misma. En la valoración integral de la persona con UPP hay que tener en cuenta el estado general, el entorno de cuidados y las características de la lesión.

A. VALORACIÓN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

- La edad: a partir de los 60 años, la piel sufre cambios fisiológicos que aumentan la fragilidad y enlentecen el proceso de cicatrización
- Las enfermedades que puedan interferir en el proceso de cicatrización: diabetes, enfermedades vasculares, respiratorias, coagulopatías, deficiencias del sistema inmunitario, neuropatías...
- El tratamiento farmacológico que puede influir o alterar la cicatrización: corticoides, inmunosupresores, citotóxicos, etc.
- La presencia de factores de riesgo de UPP: inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia, etc.
- La presencia de dispositivos sanitarios: sondajes, gafas nasales, mascarilla, dispositivos de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, etc.
- El estilo de vida, hábitos tóxicos, hábitos de higiene y estado de la piel
- Problemas psicológicos/psiquiátricos

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Valore el estado general de la persona con UPP: utilice la historia clínica y realice exámenes físicos	AWMA	C

B. VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS

- La capacidad de autocuidado de la persona con UPP
- Las actitudes, habilidades, conocimientos motivación y posibilidades del entorno cuidador
- La situación socioeconómica
- Las relaciones sociales: apoyo de cuidadores

*Se solicitará la intervención del trabajador social cuando no se puedan garantizar los cuidados básicos

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Identifique al cuidador principal, valore sus habilidades y disponibilidad, y también los recursos del individuo para establecer el plan de tratamiento	AWMA	CBR

C. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN:

- Antigüedad de la lesión
- Localización
- Categoría
- Dimensiones
- Cavitación/tunelización
- Tipo de tejido del lecho
- Estado de la piel perilesional
- Cantidad y tipo de exudado
- Signos clínicos de infección
- Dolor

Se valorará la lesión mediante parámetros unificados que deben quedar registrados de manera sistemática.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Registre la valoración de la evolución de la UPP incluyendo las características de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios	AWMA	C

Las actividades de educación sanitaria constituyen la piedra angular en la prevención y tratamiento de las UPP, lo que hace necesario implicar al equipo asistencial, al paciente y a los cuidadores.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Proporcione educación a todo el personal sanitario en prevención, valoración y tratamiento de las UPP	G. Valenciana	BAJA

Los cuidados de una UPP necesitan la valoración integral del paciente y no sólo de la UPP



10.4. Valoración y cuidados nutricionales

Iñaki Camiruaga Zalbidea

La malnutrición juega un papel relevante en el abordaje global de la cicatrización de heridas existiendo una relación directa entre la desnutrición severa y la aparición de UPP.

Un buen soporte nutricional y de hidratación favorece la cicatrización de las heridas, al igual que evita complicaciones locales, como la infección.

A. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Tras la primera valoración nutricional del paciente, si presenta una UPP es necesario realizar una valoración nutricional más exhaustiva que incluya:

1. Valoración antropométrica: peso, talla e IMC.
2. Valoración del riesgo de desnutrición. MST, MUST y/o MNA.
3. Historia nutricional.

Controla la ingesta del paciente, es fundamental para determinar sus necesidades nutricionales



Para ver en detalle esta evaluación, consultar el apartado de PREVENCIÓN 9.2 de esta misma guía.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Evalúe el estado nutricional mediante escalas de valoración validadas como el Mini Nutritional Assessment-MNA (<i>Anexo 7</i>)	AWMA	A

B. INTERVENCIONES

En un paciente que presenta UPP, si la evaluación no detecta riesgo o déficit nutricional, sólo es necesario reevaluar el riesgo con el ítem específico de la escala de Braden.

Si presenta riesgo o déficit, las intervenciones nutricionales recomendadas son las siguientes:

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Evalúe la ingesta dietética en personas con UPP y en personas institucionalizadas (hospitales, residencias, etc.)	AWMA	A
Ofrezca alimentos enriquecidos y/o hipercalóricos, suplementos hiperproteicos orales entre las comidas si los requerimientos nutricionales no son satisfechos con la ingesta dietética	EPUAP-NPAUP	B
Proporcione al paciente con UPP suplementos de vitaminas y minerales cuando su consumo en la dieta es pobre o se sospecha/presenta deficiencias	EPUAP-NPAUP	B
Considere un apoyo nutricional mediante nutrición enteral o nutrición parenteral total cuando la ingesta oral sea insuficiente	AWMA	C
Aporte fluidos adicionales a los individuos con deshidratación, temperatura elevada, vómitos, transpiración profusa, diarrea, o heridas muy exudativas	EPUAP-NPAUP	C

Además de las recomendaciones descritas, se debe controlar el peso semanalmente, tal y como recoge el documento [*“Recomendaciones para el control de la nutrición en pacientes con riesgo de UPP o con UPP establecida” de UPP-Adi!*](#)

10.5. Manejo de la presión

M^a. Rosario García Díez, Rosa M^a. Blanco Zapata, Elena López García

La presión es el principal factor causante de las UPP; éstas no cicatrizarán si no se aborda la etiología de las mismas. De ahí la importancia de realizar cambios posturales y utilizar SEMP una vez desarrollada la lesión.

10.5.1. Cambios posturales

Ante la aparición de una o varias UPP deberán tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones además de aplicar todas las medidas señaladas en el apartado de PREVENCIÓN 9.5.2 de esta misma guía.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
No posicionar al individuo directamente sobre la UPP	EPUAP-NPAUP	C
Establezca un programa flexible en cuanto a la frecuencia de los cambios posturales basado en las preferencias del individuo, su tolerancia, y las características de la SEMP utilizada.	AWMA	C
Evite colocar al paciente sobre la zona de eritema siempre que sea posible. Diferenciar la causa y la extensión del eritema (<i>anexo 2</i>)	EPUAP-NPAUP	C
Inspeccione la piel cada vez que se aplican los cambios posturales	AWMA	C
No use dispositivos con forma de anillo, flotador o donut para reducir las presiones localizadas. Los bordes de estos dispositivos reducen el flujo de sangre y aumentan el edema localizado	AWMA	C
Registre la realización del programa de cambios posturales	AWMA	C

Se debe evitar sentar al paciente cuando se haya formado una UPP sobre la zona de asiento, salvo que se pueda garantizar el alivio de la presión mediante dispositivos especiales de apoyo y por períodos de tiempo limitados.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
No eleve el cabecero de la cama más de 30° durante periodos prolongados de tiempo	AWMA	CBR
Levante (no arrastre) al paciente en los cambios posturales	AWMA	C

No es conveniente sobrepasar los 30º de lateralización en las posiciones de DLD-DLI, a fin de evitar apoyar el peso sobre los trocánteres.



10.5.2. SEMP M^a. Rosario García Díez

Las SEMP son un complemento al resto de medidas terapéuticas para la curación de las UPP. Es necesario valorar de forma individual las características de cada paciente para elegir la SEMP más adecuada.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Elija la SEMP según las necesidades del individuo, la redistribución de la presión, la reducción de la fuerza de cizalla y de fricción controlando el microclima entre la superficie de la piel y la SEMP	AWMA	C

Para valorar la elección de las SEMP se recomienda tener en cuenta dos elementos: el riesgo según la EVRUPP y la severidad de las UPP (localización, tamaño y número de UPP). Si una persona ya padece UPP, a la hora de elegir una SEMP primará la severidad de la lesión frente al nivel de riesgo detectado por la EVRUPP.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
En individuos sentados con UPP en la zona sacra, glútea o coxis use SEMP específicas para el asiento y limite la posición de sentado a 3 veces al día y durante no más de 60 minutos	AWMA	CBR
En pacientes con UPP use SEMP estáticas de altas prestaciones (baja presión constante) o activas (presión alternante)	AWMA	A
En pacientes con UPP use SEMP dinámicas si no se pueden hacer cambios posturales	AWMA	B
No utilice colchones o sobrecolchones de aire de presión alternante de celdas pequeñas (<10 cm)	EPUAP-NPUAP	B

Las recomendaciones realizadas en apartado de PREVENCIÓN 9.5.3 son aplicables también en el tratamiento de las UPP.

Continúa movilizando a los pacientes con UPP sea cual sea la SEMP utilizada



10.6. Preparación del lecho de la herida

M^a. Paz Beaskoetxea Gómez, Nerea Gutiérrez Bartolomé, Cristina Quesada Ramos, Karmele Pérez del Pecho, María José Monguiló Martitegui

El concepto preparación del lecho de la herida (PLH) propone un enfoque global y dinámico del tratamiento de las heridas crónicas.

La International Wound Bed Preparation Advisory Board ha desarrollado un esquema de trabajo, acuñado bajo el acrónimo TIME, cuyo objetivo es optimizar las condiciones de la herida, mediante la reducción del edema, del exudado y de la carga bacteriana y la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización.

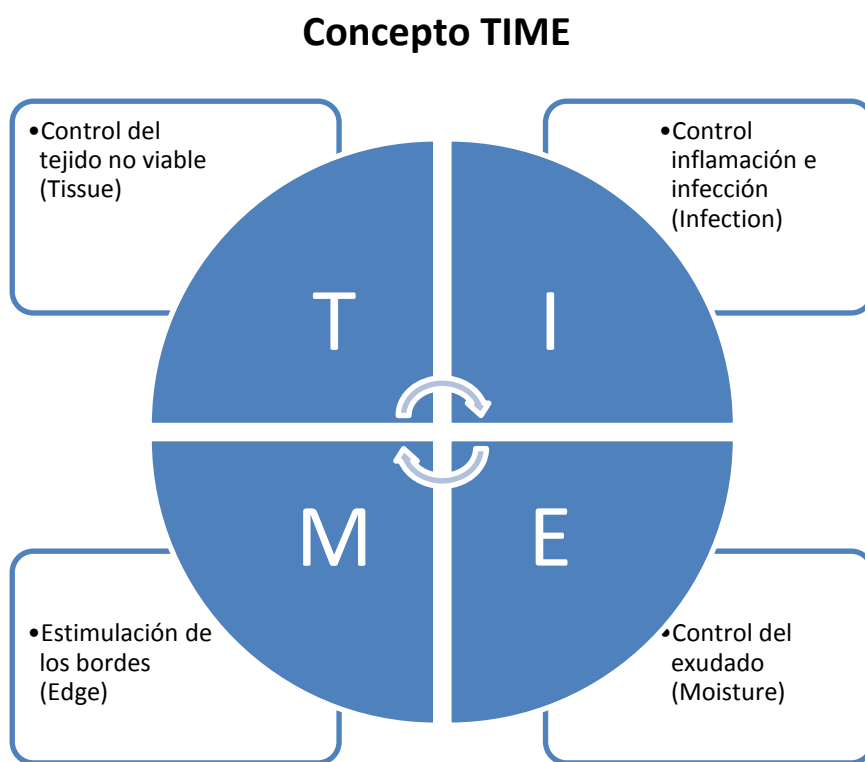


Figura 28. Concepto TIME

A nivel práctico, la adaptación del concepto TIME en esta guía está recogida en los apartados:

- 10.6.1. Limpieza de la lesión
- 10.6.2. Desbridamiento
- 10.6.3. Infección
- 10.6.4. Piel periulceral
- 10.6.5. Apósitos

10.6.1. Limpieza de la lesión

La limpieza del lecho de la herida es el primer paso en el cuidado de la misma y uno de los más importantes. Su principal objetivo es retirar restos orgánicos e inorgánicos, exudados y desechos metabólicos presentes en la lesión, a fin de:

- Rehidratar la superficie de la herida
- Preservar la piel perilesional
- Disminuir el riesgo de infección
- Facilitar la valoración del tamaño y extensión de la lesión

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Utilice como norma para la limpieza suero fisiológico, agua destilada o agua potable de grifo	AWMA	A
Aplique una presión de lavado que garantice el arrastre de detritus bacterias y restos de curas sin lesionar tejido	AWMA	B
Limpie el tejido periulceral y la UPP cuando se cambian los apósitos	G. Valenciana	MUY BAJA
No utilice antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas*	AWMA	B

**Excepciones:*

- Antes y después de un desbridamiento cortante
- Antes y después de la aspiración percutánea para toma de muestra de la herida

Evita dañar el tejido sano y no provocar dolor al limpiar la heridas



10.6.2. Desbridamiento

La presencia en el lecho de la herida de tejido desvitalizado se considera negativo para el proceso de cicatrización, ya que constituye una barrera mecánica importante que va a dificultar la buena evolución, actúa como medio ideal para la proliferación bacteriana e impide el proceso de curación.

El tejido desvitalizado está constituido por células muertas y restos de tejido. Su consistencia y aspecto pueden variar y presentarse como placa necrótica o esfacelos.

PLACA NECRÓTICA (ESCARA)

Placa definida, de color parduzco o negro, espesa, sólida, seca, de textura correosa que aumenta su dureza a medida que se deseca.



ESFACELOS



Su consistencia es más blanda y desestructurada, con diferentes texturas a lo largo de la evolución de la lesión. Suele ser de color amarillo/verdoso o blanco/grisáceo, muy difícil de aprehender. Compuesto por restos de fibrina, pus y material proteico, son restos de material fibrinoso.

El objetivo del desbridamiento es eliminar este tejido no viable y los elementos extraños presentes. Todo ello es fundamental para la preparación del lecho de las heridas porque facilita su valoración, disminuye la probabilidad de una infección y favorece el proceso de cicatrización.

Una excepción a la recomendación de que toda placa necrótica deber ser desbridada la constituye la UPP de talón que presenta una necrosis seca (escara) sin edema, eritema, fluctuación o drenaje, por su proximidad al hueso. Este tipo de lesión requiere una vigilancia continua y si en algún momento aparecen los signos descritos, iniciar el desbridamiento.

Los distintos métodos de desbridamiento no son excluyentes entre sí, sino que pueden utilizarse incluso de forma combinada para hacer el proceso más rápido y eficaz (ejemplo: desbridamiento cortante asociado a desbridamiento enzimático y/o autolítico).

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Seleccione el método de desbridamiento más apropiado para el paciente, el lecho de la herida y la situación clínica	EPUAP-NPUAP	C

1. DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO Y CORTANTE

Desbridamiento quirúrgico: es una técnica cruenta y no selectiva, realizada en quirófano.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
El desbridamiento quirúrgico se recomienda en la presencia de necrosis extensa, avance de la celulitis, crepitación, purulencia o sepsis secundaria a la infección relacionada con la UPP	EPUAP-NPUAP	C

Está contraindicado en placas necróticas en talones sin signos de infección local, en úlceras en zonas no viables y en úlceras arteriales.

Desbridamiento cortante: consiste en retirar de forma selectiva pequeñas parcelas de tejido necrótico por planos y en diferentes sesiones mediante bisturí, pinzas y tijeras, hasta encontrar tejido sano y viable.

Se deben extremar las medidas de asepsia, y aplicar antiséptico en la herida antes y después de aplicar la técnica.

A la hora de actuar es necesario tener presente la aparición de dolor, infección y hemorragia.

<i>Dolor</i>	Valorar la aplicación de un anestésico tópico sobre la piel perilesional (gel de lidocaína 2%, EMLA®, etc.) y la administración de analgesia sistémica previa al desbridamiento.
<i>Infección</i>	Tras la limpieza con suero salino, aplicar un antiséptico, y esperar el tiempo recomendado para cada antiséptico antes de realizar el desbridamiento. Finalizado éste, aplicar nuevamente el antiséptico y limpiar la herida con solución salina.
<i>Hemorragia</i>	Aplicar presión directa y colocar un apósito hemostático o de alginato.

Tabla 7. Complicaciones del desbridamiento cortante y pautas de actuación.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Utilice el desbridamiento cortante total ante escaras gruesas, muy adherentes, lesiones extensas, profundas, muy exudativas, localizaciones especiales y con signos de celulitis o sepsis	AWMA	C
Esta técnica debe ser llevada a cabo por personal entrenado, competente y cualificado	AWMA	C
Consulte con un especialista la realización del desbridamiento cortante parcial en los individuos con alto riesgo de sangrado (con coagulopatías o consumo de anticoagulantes)	AWMA	C
Utilice antisépticos en heridas con tejido desvitalizado que van a ser sometida a desbridamiento cortante antes y después de la técnica	AWMA	B
No utilice el desbridamiento cortante en las placas necróticas secas en miembros inferiores con presencia de isquemia	AWMA	C

2. DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO (QUÍMICO)

Es un método selectivo, basado en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, etc.) en el lecho de la herida.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Proteja la piel periulceral cuando se realice un desbridamiento enzimático por el riesgo de maceración y escoriación y aumente el grado de humedad en la herida para potenciar su acción	AWMA	C

3. DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO

Es una técnica selectiva y atraumática. Se realiza mediante el uso de productos basados en el principio de la cura en ambiente húmedo. El producto de elección vendrá definido por el nivel de exudado de la lesión.

Puede ser combinado con el enzimático para la obtención de mejores resultados.

4. DESBRIDAMIENTO HIDRODETERSIVO

Es una técnica selectiva y atraumática, que consiste en la aplicación de un apósito de fibras hidrodetorsivas, de gran eficacia sobre todo en el tejido esfacelado, que atrapan el tejido desvitalizado en el apósito, lo que facilita su eliminación y prepara la herida para una mejor cicatrización.

5. DESBRIDAMIENTO MECÁNICO

Es un método no selectivo y traumático que puede dañar el tejido sano. Consiste en la retirada del tejido no viable mediante cepillado o arrastre con gasas.

Ante la presencia de biofilm en el lecho de la herida, el desbridamiento mecánico es uno de los métodos más efectivos para eliminarlo.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Desbridar el lecho de la herida cuando se sospecha o se confirma la presencia de biofilm	EPUAP-NPUAP	C

6. DESBRIDAMIENTO OSMÓTICO

Es un método selectivo que consiste en el intercambio de fluidos de distinta densidad mediante aplicación de soluciones hiperosmolares que absorben rápidamente el exudado.

Su principal inconveniente es que estas soluciones pueden dañar la piel perilesional e incluso el lecho de la herida si se mantienen más de 24 h.

7. TERAPIA LARVAL

Consiste en la utilización de larvas estériles de la mosca *Lucilia Sericata* criadas ex profeso en laboratorio sobre el lecho de la herida. Estas larvas producen potentes enzimas que permiten la licuación del tejido desvitalizado para su posterior ingestión y eliminación, respetando el tejido no dañado.



10.6.3. Infección

Las heridas crónicas siempre están contaminadas por microorganismos, y puede ser difícil determinar cuándo la carga bacteriana alcanza niveles que afectan a la cicatrización.

El concepto de carga bacteriana permite definir diferentes situaciones que pueden encontrarse en las UPP:

- **Contaminación:** la lesión contiene microorganismos que no se multiplican, y suelen ser colonizadores habituales de la piel o mucosa del huésped (flora saprófita de la piel). El proceso de cicatrización no se encuentra amenazado.
- **Colonización:** presencia y multiplicación de microorganismos sin que generen sintomatología clínica ni signos específicos de infección.
- **Colonización crítica:** carga bacteriana elevada con microorganismos en proceso de multiplicación que interfieren en el proceso de cicatrización, pudiendo aparecer ya signos clínicos de infección.
- **Infección:** carga bacteriana superior a 10^5 unidades formadoras de colonias por gramo de tejido que invade los tejidos profundos y provoca lesiones o reacciones tisulares propias del proceso de infección.

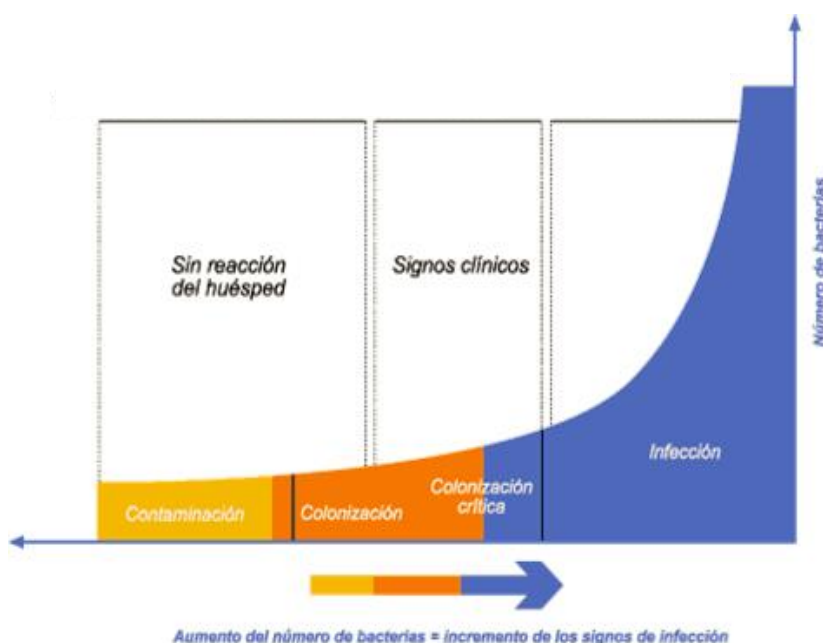


Figura 29. Continuum de la infección.

El diagnóstico precoz de las infecciones de las UPP es una tarea difícil que exige un alto grado de sospecha clínica.

Además de los criterios clásicos de infección (calor, dolor, rubor, tumor, exudado purulento), en las UPP se han propuesto una serie de criterios adicionales que deben ser considerados:

- Aumento del dolor/cambio de la naturaleza del dolor
- Dehiscencia de la herida / la cicatrización se interrumpe pese a la aplicación de las medidas adecuadas / la herida aumenta de tamaño pese al alivio de la presión
- Mal olor / olor nauseabundo
- Tejido de granulación friable

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Tienen un alto índice de sospecha de infección local en una UPP si hay presencia de: ▪ Falta de signos de cicatrización durante 2 semanas ▪ Tejido de granulación friable ▪ Mal olor ▪ Aumenta el dolor de la úlcera ▪ Aumento de calor en el tejido alrededor de la úlcera ▪ Aumento de la cantidad de exudado ▪ Cambio importante en las características del exudado (por ejemplo, de nuevo inicio de drenaje sangriento, drenaje purulento...) ▪ Aumento del tejido necrótico en el lecho de la herida	EPUAP-NPUAP	B

Para actuar ante una herida en fase de colonización crítica o infección disponemos de diferentes medidas terapéuticas:

▪ **Limpieza y desbridamiento**

La mayor parte de las lesiones con signos de infección local no complicada se resolverán a través de la limpieza y el desbridamiento de la herida.

▪ **Antimicrobianos tópicos**

La plata y el cadexómero yodado son las opciones terapéuticas de primera intención, por su eficacia y sus efectos beneficiosos sobre el proceso de cicatrización de la herida.

▪ **Antibióticos tópicos**

No deberán utilizarse de forma tópica salvo limitadas excepciones (sulfadiazina argéntica, ácido fusídico, mupirocina, metronidazol), considerándolos de 2ª intención y no superando las 2 semanas de utilización.

▪ **Antibióticos sistémicos**

Su uso en las heridas crónicas deberá limitarse a indicaciones concretas (celulitis, osteomielitis o sepsis y cuando la infección se acompañe de signos sistémicos), previa identificación del germen mediante antibiograma, siempre que sea posible.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Intensifique la limpieza y el desbridamiento en presencia de signos de infección	AWMA	B
Limite el uso de antibióticos tópicos en las UPP infectadas, excepto en situaciones especiales donde el beneficio para el paciente supera el riesgo de efectos secundarios del antibiótico y resistencia. En general no se recomiendan antibióticos tópicos para el tratamiento de las UPP	EPUAP-NPUAP	C
Use apósitos con plata o cadexómero iodado como opción a la utilización de antibióticos locales como prevención de infección	AWMA	A
Evite instaurar tratamiento antibiótico sistémico basándose sólo en el resultado positivo del cultivo sin signos clínicos de infección	NICE	SHOULD
Use antibióticos sistémicos para individuos con evidencia clínica de infección sistémica, como hemocultivos positivos, celulitis, fascitis, osteomielitis, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o sepsis	EPUAP-NPUAP	C

Los métodos de obtención de una muestra de exudado para el cultivo de microorganismos más habituales son la aspiración percutánea, el frotis mediante hisopo y la biopsia tisular.

La presencia de bacterias en el lecho de la herida de forma crónica facilita la proliferación de colonias bacterianas con características específicas que reciben el nombre de biofilm o biopelícula.

El biofilm es una comunidad microbiana de células adheridas a una superficie en la que las células se mantienen unidas gracias a una matriz extracelular que protege a los microorganismos de las amenazas externas. Estas biopelículas impiden que los tratamientos locales actúen en el lecho de la herida, provocando un retraso en la cicatrización. Su aspecto es de una película brillante sobre la herida, similar a un gel.

Figura 30. Biofilm en una UPP



Para que su abordaje sea efectivo es necesario combinar el desbridamiento y/o limpieza de la lesión, la aplicación de apósitos para impedir que las nuevas bacterias alcancen la herida y el uso de antimicrobianos para eliminar las bacterias que quedaron en el lecho de la herida, de forma frecuente e intensiva. Los apósitos con plata y preparados yodados muestran cierta eficacia frente a la formación de biofilms, pero es preciso asociarlos a fármacos antibióticos para obtener resultados favorables.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Combine el desbridamiento con otros métodos contra el biofilm para que la herida evolucione hacia la cicatrización	AWMA	B

Toma muestra para cultivo en caso de colonización crítica o infección



10.6.4. Piel periulceral

La piel periulceral es aquella que envuelve y rodea a la lesión, variando su extensión en función del grado de afectación, de la localización o de la magnitud del problema.

Cuidar la piel periulceral tiene como objetivo evitar posibles complicaciones como la maceración y eczematización. Una piel periulceral macerada pierde su carácter de barrera y sus funciones defensivas fácilmente, con el consiguiente riesgo de rotura, infección y otros problemas añadidos como el dolor y el discomfort. Una piel eczematizada puede ser debida a una dermatitis de contacto alérgica o irritativa a los componentes de los apósitos o de los fármacos de uso tópico.

Para evitar el daño de la piel perilesional por efecto de la humedad se tendrá en cuenta, además de los productos barrera aplicados, la capacidad de absorción de los apósitos utilizados y la frecuencia de las curas.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Aplique un producto barrera (crema o película) para mantener la piel perilesional sana evitando la maceración	AWMA	B
Retire el producto barrera de óxido de zinc con productos de base oleosa antes de aplicarlas de nuevo	AWMA	CBR
Utilice cremas o pomadas de hidrocortisona ante la presencia de eczema húmedo o seco	AWMA	B

Retira los productos barrera con óxido de zinc con sustancias oleosas o productos específicos



10.6.5. Apósitos

Los productos que generan unas condiciones locales óptimas para favorecer el cierre de las heridas crónicas (y por ende de las UPP) son aquellos que se basan en la cura en ambiente húmedo (CAH): las heridas cicatrizan más rápidamente, están menos inflamadas y son menos dolorosas que las expuestas al aire. Además, la CAH permite un mayor espaciamiento entre curas y ofrece mayor comodidad a los cuidadores.

La base de la CAH es la utilización de apósitos adecuados de CAH, es necesario seleccionar el apósito más apropiado de acuerdo al tipo de herida y la fase en la que se encuentre.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Utilice apósitos y productos de CAH, ya que han demostrado una mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gasas), además de ser más costo-efectivos y gestionar mejor el exudado	AWMA	A
Escoja el producto a utilizar en la CAH en función de la clase de tejido, características del exudado, localización de la lesión, piel perilesional de la herida y el tiempo disponible del cuidador	AWMA	B
Reconsidere la elección del apósito en caso de que la retirada cree problemas de dolor, hemorragia o agresiones en la piel	AWMA	B
Evite el uso de apósitos de gasa, ya que causan dolor cuando se retiran secas y dan lugar a desecación de tejido viable	AWMA	CBR

La valoración integral y sistemática de la persona y la lesión nos dará las variables importantes para la elección del apósito más apropiado de entre todos los disponibles, teniendo en cuenta:

- la localización de la lesión, sus dimensiones, el estado de la piel perilesional, el tejido presente en el lecho, la cantidad y calidad del exudado, la presencia de tunelizaciones y cavitaciones, y signos de infección
- la disponibilidad de los recursos y el coste efectividad.

Las principales familias de apósitos y productos de CAH son las siguientes:

Films de poliuretano	Apósitos y productos desbridantes
Espumas de poliuretano	Apósitos superabsorbentes
Hidrocoloides	Apósitos con terapia de presión negativa sin depósito
Hidrofibras gelificantes	Ácidos grasos hiperoxigenados
Alginatos	Productos barrera y limpiadores cutáneos
Hidrogeles	Productos reguladores de proteasas
Apósitos con plata	Productos con yodo
Apósitos con carbón activo	Productos con polihexanida
Mallas de CAH	Productos hidrófobos con DACC

Tabla 8. Apósitos y productos de cura en ambiente húmedo

En el Anexo 11 se especifican las indicaciones de uso de cada una de ellas.

	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
FILMS DE POLIURETANO	Considere el uso de apósitos de film de poliuretano para proteger las zonas del cuerpo con riesgo de lesiones por fricción.	AWMA	CBR
	Retire con cuidado los apósitos de film de poliuretano en la piel frágil para reducir traumatismos de la piel.	AWMA	CBR
	No utilice los apósitos de film de poliuretano sobre úlceras con exudado moderado o muy exudativas.	AWMA	CBR
	Considere su uso como apósito secundario de fijación y como fijación y sellado de los equipos de terapia de presión negativa.	AWMA	CBR
ESPUMAS DE POLIURETANO	Considere el uso de apósitos de espuma en UPP de cualquier categoría.	AWMA	CBR

	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
HIDROCOLOIDES	Considere el uso de apósitos hidrocoloides para proteger zonas del cuerpo con riesgo de daño por fricción.	AWMA	CBR
	Retire con cuidado los apósitos hidrocoloides en la piel frágil para reducir traumatismos de la piel.	AWMA	C
	Utilice apósitos hidrocoloides para UPP limpias de categoría II en zonas del cuerpo donde no se enrolle. Valore el uso de apósitos hidrocoloides para favorecer la cicatrización de UPP de categoría II no infectadas.	EPUAP-NPUAP	B
ALGINATOS	Use apósitos de alginato para el tratamiento de úlceras con exudado de moderado a alto.	AWMA	B
	Retire con cuidado el apósito de alginato, para facilitar la retirada humedecer primero si es necesario.	EPUAP-NPUAP	C
	Considere la posibilidad de espaciar el intervalo de cambio de apósito o cambiar el tipo de apósito, si el alginato todavía está seco al retirarlo.	AWMA	CBR
HIDROFIBRAS GELIFICANTES	Utilice los alginatos y las hidrofibras en el interior de la herida, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado. Utilice apósitos de espuma de poliuretano como apósito secundario.	AWMA	B
HIDROGELES	Considere el uso de hidrogel para el tratamiento de úlceras secas o con poco exudado.	AWMA	C
	Considere el uso de hidrogel en estructura amorfa en las UPP que no están clínicamente infectadas y con tejido de granulación.	EPUAP-NPUAP	B

	Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
APÓSITOS CON PLATA	Considere el uso de apósitos con plata para las UPP que están infectadas o colonizadas o con alto riesgo de infección.	AWMA	B
	Evite el uso prolongado de apósitos con plata. Se deben retirar los apósitos de plata cuando se controla la infección de la UPP.	EPUAP-NPUAP	C
APÓSITOS CON CARBÓN ACTIVO	Considere el uso de apósitos con carbón activo en úlceras malolientes y exudado abundante.	AWMA	CBR
REGULADORES DE PROTEASAS	Considere el uso de apósitos moduladores de proteasas para el tratamiento de úlceras tórpidas.	AWMA	B
APÓSITOS CON YODO	Evite el uso de yodo en pacientes con sensibilidad al yodo y en aquellos con enfermedad del tiroides y con insuficiencia renal.	AWMA	CBR
	El cadexómero yodado podría usarse para promover la cicatrización de UPP cuando hay un aumento de la carga bacteriana conocida.	G. Valenciana	BAJA
APÓSITOS DE SILICONA	Considere el uso de apósitos de silicona para evitar lesiones cuando la UPP o la piel perilesional son frágiles.	AWMA	B
APÓSITOS CON COLÁGENO	Considere el uso de apósitos con colágeno en UPP categoría III/IV que no cicatrizan.	EPUAP-NPUAP	C

Coloca el apósito o producto de CAH en contacto directo con la lesión



10.7. Otras terapias

Karmele Pérez del Pecho y María José Monguiló Martitegui

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (TPN)

Es un tipo de terapia física para la cicatrización de heridas que se basa en la aplicación de una presión negativa (vacío) en el lecho de la herida. La TPN aumenta el flujo sanguíneo local, reduce el edema, estimula el tejido de granulación y la proliferación celular, reduce carga bacteriana y favorece la aproximación de los bordes de la herida.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Considere la terapia de presión negativa para el tratamiento de UPP profundas, categorías III y IV.	AWMA	B

Se ha visto su utilidad en heridas resistentes al tratamiento convencional, de larga duración, profundas o con gran cantidad de exudado, así como tratamiento coadyuvante de otras intervenciones o técnicas.

En pacientes anticoagulados se debe utilizar con precaución.

ELECTROESTIMULACIÓN

La estimulación eléctrica es una alternativa en el tratamiento y el manejo de las heridas crónicas de evolución tórpida.

Se han de mantener las debidas precauciones cuando, debido a la colocación de los electrodos, la corriente puede fluir a través del área pericárdica, seno carotideo, nervio frénico, nervios parasimpáticos, ganglios, músculos de la laringe y cerca de un marcapasos.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Utilice la estimulación eléctrica en el tratamiento de úlceras tórpidas de categoría II, así como en UPP de categoría III y IV.	AWMA	A

10.8. UPP y dolor

Karmele Pérez del Pecho y María José Monguiló Martitegui

La mayor parte de las UPP son dolorosas; este dolor debe de ser evaluado y tratado, ya que tiene importantes repercusiones físicas y psicosociales para el paciente y sus cuidadores.

El dolor relacionado con las heridas crónicas puede ser un dolor de fondo (crónico o persistente) que se siente de forma continua, en comparación al dolor relacionado con los cambios de apósitos o procedimientos invasivos.

El dolor puede aparecer o exacerbarse por los dispositivos de alivio de presión y las actividades relacionadas con el tratamiento, como el reposicionamiento en la cama, las curas y otros procedimientos invasivos. Se deben de considerar también otros factores locales que aumentan el dolor como: la isquemia, infección, edema y factores de la piel perilesional.

Para realizar una valoración debemos entender que el dolor de las heridas es multidimensional y abarca las esferas sensorial, afectiva, cognitiva y sociocultural. Debemos además incluir en ella una valoración del lenguaje corporal así como de las señales no verbales.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Valore el dolor mediante escalas validadas, como la Escala Visual Analógica –EVA (<i>Anexo 12</i>) en todos los sujetos con UPP cuando sea posible, o atendiendo al lenguaje corporal en individuos con alteración de la comunicación.	AWMA	B
Identifique los factores y circunstancias que aumentan o disminuyen el dolor de la UPP.	AWMA	C
Evalúe el empeoramiento o posible infección de la UPP cuando el paciente refiera un aumento de la intensidad del dolor en el tiempo.	EPUAP- NPUAP	C

El abordaje del dolor se puede realizar mediante el uso de medidas farmacológicas con medicamentos tópicos a nivel local o sistémico y medidas no farmacológicas, como colocar a la persona en posturas antiálgicas y evitar movimientos que incrementen el dolor.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Enseñe ejercicios de respiración durante los picos de dolor	AWMA	B
Pida al individuo que indique las pausas necesarias durante el procedimiento cuando siente dolor y respete las mismas	AWMA	B
Elija un apósito apropiado para el tipo de herida y reconsidere su elección en caso de que la retirada cree problemas de dolor, hemorragia o agresiones de la piel	AWMA	B

Valora la necesidad de analgesia ante cualquier procedimiento que pueda suponer dolor



10.9. UPP y cirugía reconstructiva

María José Monguiló Martitegui

Las indicaciones de cirugía reconstructiva en las UPP pueden ser absolutas o relativas. Hay una serie de casos en los que no existe duda de la necesidad de cirugía, sin embargo, en la mayoría de las situaciones la indicación será relativa.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Considere el uso de la cirugía reconstructiva en las UPP de categoría III y IV, donde el tratamiento convencional no ha resultado efectivo.	AWMA	C

Entre las posibilidades de cobertura cutánea de una UPP podemos citar:

a) El cierre directo

Sólo puede usarse en pequeñas úlceras superficiales. Crea tensión en los bordes y además las cicatrices se sitúan en las superficies de apoyo, las deshiscencias son frecuentes.

b) Los injertos cutáneos

Pueden usarse en UPP superficiales, pero proporcionan una cobertura inestable, siendo un procedimiento de baja tasa de éxito.

c) Los colgajos

En caso de grandes úlceras la utilización de colgajos sería adecuada para mejorar la vascularización, proporcionar el almohadillado al hueso expuesto y acortar el tiempo de cicatrización por segunda intención.

Evita el apoyo de la UPP reconstruida quirúrgicamente. Corre riesgo el resultado de la cirugía



11. SITUACIONES ESPECIALES

Hasta ahora esta guía ha recogido la prevención y cuidados de las UPP dentro de un contexto general, pero hay una serie de situaciones especiales que representan un serio problema y necesitan de unos cuidados más específicos.

Estas situaciones especiales se han clasificado en cuatro bloques:

- 11.1. Prevención de UPP en quirófano
- 11.2. UPP en pacientes críticos
- 11.3. UPP y pacientes con lesión medular
- 11.4. UPP y personas al final de la vida

11.1. Prevención de UPP en quirófano

María José Monguiló Martitegui y Karmele Pérez del Pecho

El riesgo que presenta un paciente hospitalizado de presentar UPP se verá incrementado si éste es sometido a una intervención quirúrgica.

Independientemente del papel fundamental que la presión mantenida ejerce en el desarrollo de las UPP, hemos de tener en cuenta la influencia de determinados factores extrínsecos o ambientales relacionados con el proceso quirúrgico, como es la superficie de apoyo en la mesa de operaciones, la posición en dicha mesa, el tipo de intervención, el tipo de anestesia utilizada, la utilización de manta de calor, los procedimientos terapéuticos y diagnósticos.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Considere otros factores de riesgo específicos para las personas que reciben cirugía incluyendo: - duración de tiempo inmovilizado antes de la cirugía - duración de la cirugía - aumento de episodios de hipotensión durante la cirugía - temperatura baja durante la cirugía - reducida movilidad en el primer día postoperatorio	EPUAP-NPAUP	C
Utilice una SEMP que redistribuya la presión en la mesa de quirófano para pacientes con riesgo de UPP.	G. Valenciana	MODERADA
Considere la redistribución de la presión antes y después de la cirugía	EPUAP-NPAUP	C



11.2. UPP en pacientes críticos

María José Monguiló Martitegui y Karmele Pérez del Pecho

El paciente en situación crítica normalmente presenta un gran número de factores de riesgo que favorecen la aparición de UPP: ventilación mecánica, administración de fármacos vasoactivos, inmovilidad y/o presencia de un estado de hipercatabolismo.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Evaluar la necesidad de cambiar la superficie de apoyo a una SEMP de mayores prestaciones en pacientes con perfusión y oxigenación pobres y en aquellos a los que no se les pueda hacer cambios posturales por razones médicas (inestabilidad medular y/o hemodinámica)	EPUAP-NPUAP	C
Iniciar los cambios posturales tan pronto como sea posible después del ingreso	EPUAP-NPUAP	C
Considere pequeños cambios posturales más frecuentemente en aquellos pacientes que no pueden tolerar cambios posturales importantes	EPUAP-NPUAP	C
Considere el uso de un apósito preventivo para la prevención de UPP relacionados con dispositivos médicos.	EPUAP-NPUAP	C



11.3. UPP y pacientes con lesión medular

María José Monguiló Martitegui y Karmele Pérez del Pecho

Los daños en la medula tienen como consecuencia alteraciones en la comunicación de las vías motoras y/o sensitivas y dan como resultado grados variables de disfunción en la motricidad, en la sensibilidad y en la función autónoma. Los efectos de la lesión varían de acuerdo con el tipo y con el nivel de la lesión producida. Esto no sólo favorece la aparición de una UPP, sino que retrasa su cicatrización.

Además, las personas con dificultad para la movilización se ven obligadas a la utilización de sillas de ruedas y a permanecer sentados durante la actividad diaria, alternando únicamente con la posición de acostado durante el descanso nocturno. Estas circunstancias hacen que las zonas de isquion, sacro, coxis, trocánteres y talones sean zonas que soportan una gran presión.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Individualice la selección y la reevaluación periódica de una SEMP para la silla de ruedas y los equipos asociados, en consideración al tamaño y la configuración del cuerpo; a los efectos de la postura y la deformidad en la distribución de la presión y las necesidades de movilidad y estilo de vida	EPUAP-NPUAP	C
Considere periodos de descanso en cama para promover la cicatrización de UPP isquiática y sacra	EPUAP-NPUAP	C
En pacientes con UPP isquiáticas evite la posición completamente erguida cuando estén sentados en la silla o en la cama	EPUAP-NPUAP	C

Una UPP es un problema grave, frecuente y una de las principales complicaciones en pacientes con lesión medular.



11.4. UPP y personas al final de la vida

Karmele Pérez del Pecho y María José Monguiló Martitegui

Los cuidados al final de la vida han de tener un enfoque integral que permita el control de síntomas y priorice la calidad de vida del paciente. En esta fase el deterioro físico que acompaña este proceso hace que el riesgo de padecer UPP aumente considerablemente, sin embargo el plan de cuidados para evitar o tratar las UPP debe tener en cuenta el confort del paciente. El plan de cuidados ha de ser flexible y debe estar consensuado con la familia y si la situación lo permite con el paciente.

Recomendación	GPC	Nivel Evidencia
Complete una exhaustiva evaluación del individuo.	AWMA	C
Asegure el confort: es la principal prioridad para personas en situación del final de la vida.	AWMA	C
Establezca una programación flexible de cambios posturales basada en las preferencias y tolerancias del individuo.	AWMA	C
Premedique al individuo 20 ó 30 minutos antes de un cambio postural programado (alivio de la presión) para individuos que experimentan dolor significativo a la movilización.	AWMA	C
Use dispositivos de posicionamiento (alivio de la presión) para la protección de zonas anatómicas de especial riesgo, como espumas o almohadas, para prevenir contacto directo de prominencias óseas.	AWMA	B
Permita al individuo elegir el tipo de comida y fluidos que ingiere.	AWMA	C
Evalúe la lesión al inicio y con frecuencia semanal o siempre que haya cambios relevantes.	AWMA	C
Utilice la técnica de desbridamiento sólo cuando esté justificada y sea coherente con la situación del sujeto.	AWMA	C
Utilice apósitos que permitan distanciar lo más posible las curas.	AWMA	C
Utilice apósitos antimicrobianos, ya que disminuyen la carga bacteriana reduciendo el olor.	AWMA	C
Use apósitos específicos de carbón activado para control del olor.	AWMA	C

La utilización de SEMP estáticas construidas con materiales viscoelásticos o fibras siliconadas son más confortables que las SEMP dinámicas.

Prioriza el confort sobre la cicatrización de la lesión en pacientes al final de la vida



12. REGISTRO E INFORME DE ALTA

Miren Garrastatxu Landaluze Okerantza e Itsaso Martínez Aramberri

Todos aquellos aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento de las UPP deben estar registrados en la historia clínica del paciente, a través de las aplicaciones informáticas que Osakidetza determine.

Dentro del registro, los aspectos básicos a recoger son:

A. VALORACIÓN PARA LA PREVENCIÓN:

- Valoración del riesgo de UPP: valoración periódica del riesgo con una EVRUPP y factores de riesgo de UPP
- Valoración nutricional: valoración antropométrica, estado nutricional y riesgo de desnutrición, desequilibrios nutricionales, alteraciones de la ingestión, digestión y absorción, estado de hidratación
- Valoración y cuidados de la piel: higiene, hidratación, signos de alarma. El registro de valoración de higiene se realizará en el Dominio 4 “Actividad/Reposo”
- Control de la humedad: procesos que puedan originar un exceso de humedad (incontinencia, drenajes, exudados), dispositivos de control, utilización de productos barrera
- Manejo de la presión: actividad-movilidad, cambios posturales, uso de SEMP y protección local

B. VALORACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS LESIONES

- Declaración de la UPP: La declaración de la UPP se realiza mediante la cumplimentación del formulario específico “UPP” incluido dentro de los formularios tipo “03.Heridas crónicas: relacionados con la dependencia”. Este formulario permite registrar la siguiente información:
 - Valoración de las características de la lesión
 - Factores etiológicos
 - Lugar y fecha de aparición de la lesión
 - Descripción del tratamiento local: apósitos y/o productos empleados en el lecho de la herida y la piel perilesional, otras terapias, etc.
- Valoración del riesgo de UPP: valoración periódica del riesgo con una EVRUPP y factores de riesgo de UPP

- Manejo de la presión: actividad-movilidad, cambios posturales (tolerancia y rotación), uso de SEMP y protección local
- Valoración nutricional: valoración antropométrica, estado nutricional y riesgo de desnutrición, desequilibrios nutricionales, alteraciones de la ingestión, digestión y absorción, estado de hidratación
- Valoración y cuidados de la piel: higiene, hidratación, signos de alarma
- Control de la humedad: procesos que puedan originar un exceso de humedad (incontinencia, drenajes, exudados), dispositivos de control, utilización de productos barrera
- Valoración de las características del entorno de cuidados.

C. PLANES DE CUIDADOS:

- Educación sanitaria al paciente y cuidadores.
- Manejo de la presión: cambios posturales (frecuencia), actividad y movilidad, SEMP y protección local.
- Control de la humedad.
- Cuidados de la piel.
- Cuidados nutricionales.

D. INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

Al finalizar un episodio, la enfermera realizará un informe en el que quede constancia de la evolución del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial. Este documento que se entregará a todos los pacientes debe de permitir la continuidad de los cuidados entre ámbitos asistenciales.

A fin de garantizar la mejor transmisión de información que asegure la continuidad de los cuidados en personas con UPP o con riesgo de UPP, se recomienda que los informes incorporen la siguiente información:

- Dejar activa y actualizada al alta la Escala de Valoración del Riesgo de UPP (EVRUPP)
- Dejar actualizados y activos los formularios de declaración de UPP y/o prevención de UPP
- Dejar actualizada y activa la valoración por dominios en los que se haya registrado información relevante relativa a la prevención y tratamiento de UPP.
- Dejar activos los planes de cuidados asociados a la prevención y/o tratamiento de las UPP. El plan de cuidados debe constar con todos sus elementos estructurales: diagnóstico, resultados e indicadores, intervenciones y actividades.

- Si se considera oportuno, en el apartado de “información adicional” se podrá añadir información relevante (recomendaciones, instrucciones) dirigidas al paciente, personas cuidadoras o enfermeras de otro ámbito asistencial.

El registro del proceso de enfermería en todos los ámbitos asistenciales de Osakidetza se realiza en Osanaia, aplicación incluida en la historia clínica del paciente, que permite la integración efectiva de la información y facilita la actividad de las enfermeras mejorando la calidad y seguridad de los cuidados prestados. Ver anexos 12, 13 y 14.

Cierra la EVRUPP si el paciente deja de tener riesgo y el registro de UPP si ha cicatrizado



13. INDICADORES

Roberto Abad García

Un indicador es una variable o factor cuantitativo o cualitativo que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros, reflejar los cambios vinculados a una intervención o ayudar a evaluar los resultados y su comportamiento en el tiempo, mediante su comparación.

Se consideran indicadores básicos la prevalencia e incidencia de UPP.

Osakidetza ha establecido la determinación anual de la prevalencia de UPP en todas las organizaciones de servicios.

- PREVALENCIA

Porcentaje de personas *con* UPP en un momento determinado.

$$\frac{\text{Nº pacientes con UPP en un momento determinado} * 100}{\text{Nº pacientes totales en ese momento}}$$

Osakidetza ha establecido la determinación anual de la prevalencia de UPP en todas las organizaciones de servicios.

- INCIDENCIA

Porcentaje de personas que desarrollan una *nueva* UPP durante un periodo determinado.

$$\frac{\text{Nº pacientes con una nueva UPP durante un periodo determinado} * 100}{\text{Nº pacientes totales en ese periodo}}$$

Los datos de incidencia están disponibles en la aplicación informática OBI para que cada organización los consulte y analice cuando así lo decida.

Además de estos, hay otros indicadores más específicos según el ámbito asistencial de que se trate:

a) HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

- Porcentaje de pacientes con nuevas UPP adquiridas en las Categorías II, III, IV .
- Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado valoración del riesgo de UPP.
- Porcentaje de pacientes con UPP extrahospitalarias, intrahospitalarias y ambas.

b) HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

- Tasa (‰) de pacientes con UPP intrahospitalarias de categorías II, III y IV en relación a las estancias
- Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado valoración del riesgo de UPP.
- Tasa (‰) de Pacientes con UPP extrahospitalarias, intrahospitalarias y ambas.

c) ATENCIÓN PRIMARIA

- Porcentaje de pacientes con nuevas úlceras por presión extrahospitalarias en las Categorías II, III, IV.
- Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado valoración del riesgo de UPP.
- Porcentaje de pacientes con UPP extrahospitalarias, intrahospitalarias y ambas.

14. ANEXOS

Anexo 1. Grados de evidencia de las GPC

GPC Generalitat Valenciana

Alta	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado obtenido
Moderada	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado
Baja	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado
Muy baja	El resultado no ha sido demostrado

GPC AWMA

A	Evidencia excelente. Se puede confiar en la fuerza de la evidencia para guiar la práctica
B	Buena evidencia. Se puede confiar en la fuerza de la evidencia para guiar la práctica en la mayoría de las ocasiones.
C	Alguna evidencia. La fuerza de la evidencia proporciona cierto apoyo para la recomendación pero se debe tener cuidado en su aplicación
D	Evidencia débil. La fuerza de la evidencia es débil y la recomendación se debe aplicar con precaución.
CBR	Evidencia de consenso. No se le puede atribuir un grado de recomendación debido a la falta de evidencia procedente de revisiones sistemáticas. Las recomendaciones por consenso están generalmente apoyadas por los consensos internacionales de recomendaciones existentes. Las CBR están respaldadas por todos los miembros del Comité Directivo de Desarrollo de la guía.

GPC NICE 2014

Interventions that MUST (or MUST NOT) be used ("se debe/no se debe")	Utilizamos generalmente "se debe/no se debe" sólo si existe un deber legal para aplicar la recomendación. Ocasionalmente utilizamos "se debe/no se debe" si las consecuencias de no seguir la recomendación pudieran ser muy graves ó potencialmente mortal.
Interventions that SHOULD (or SHOULD NOT) be used-a "strong" recommendation ("debería")	Usamos "debería" (y palabras similares, como "se refieren" ó "aconsejar") cuando estamos seguros de que para la gran mayoría de los pacientes, una intervención hará más bien que daño, y que es costo-efectiva. Utilizamos formas de palabras similares (por ejemplo "no debería") cuando estamos seguros de que la intervención no será beneficiosa para la mayoría de los pacientes.
Interventions that COULD be used ("considerare")	Utilizamos "considerare" cuando tenemos seguridad de que la intervención hará más bien que mal para la mayoría de los pacientes, y que es costo-efectiva, pero otras opciones pueden ser igualmente rentables. La elección de la intervención es más probable que dependa de los valores y preferencias de los pacientes que de la fuerza de la recomendación, y también de si el profesional dedicará más tiempo a considerar y discutir las opciones con el paciente.

GPC EPUAP-NPUAP 2014

A	La recomendación se ve apoyada por evidencias científicas directas provenientes de ensayos controlados adecuadamente diseñados e implementados en Úlceras por Presión en humanos (o humanos en riesgo de padecer úlceras por presión), que proporcionan resultados estadísticos que apoyan de manera consistente la recomendación de la guía (se requieren estudios de nivel 1). Se incluyen también revisiones sistemáticas o metaanálisis según metodología Cochrane.
B	La recomendación se ve apoyada por evidencias científicas directas provenientes de series clínicas adecuadamente diseñadas e implementadas en Úlceras por Presión en humanos (o humanos en riesgo de padecer Úlceras por Presión), que proporcionan resultados estadísticos que apoyan de manera consistente la recomendación de la guía (estudios de nivel 2, 3, 4 y 5)
C	La recomendación está apoyada por evidencias científicas indirectas (por ejemplo: estudios en sujetos humanos normales, humanos con otro tipo de heridas crónicas, modelos animales) y/o la opinión de los expertos.

Anexo 2. Diferenciación entre el eritema reactivo y la UPP de categoría I

ERITEMA REACTIVO	UPP CATEGORÍA I
	
<i>Eritema que palidece</i>	<i>Eritema que no palidece</i>

Anexo 3. Diagnóstico diferencial de UPP y LESCAH

	UPP	LESCAH	OBSERVACIONES
Causa	Presión y/ o cizalla.	Humedad.	Lesión combinada: causada por humedad y presión/cizalla al mismo tiempo.
Localización	 Sobre prominencias óseas.	Puede presentarse una prominencia ósea, pero antes la presión y el cizallamiento deben excluirse como causa, y la humedad debe estar presente.  El enrojecimiento perianal/irritación de la piel es más probable que sea una LESCAH debido a las heces.	Es posible desarrollar una UPP donde hay una presión del tejido relacionada con un dispositivo sanitario. 
Forma	 Lesión suele estar limitada a un solo lugar, con bordes regulares o circular.	 Lesiones difusas, diferentes lesiones superficiales o una lesión en espejo (por beso).	Las lesiones en los talones podrían estar causadas por presión o por fricción.  Lesión combinada: a menudo presenta formas irregulares 
Profundidad	Según la categoría (I, II, III ó IV).	Superficiales. En el caso de que estas lesiones se infecten, la profundidad y la extensión de la misma pueden aumentar.	

	UPP	LESCAH	OBSERVACIONES
Bordes	Generalmente distinguibles.	Irregulares o difusos. 	Los bordes desgarrados/dentados son consecuencia de una lesión por humedad que ha sido sometida a la fricción. 
Color	Según la categoría y tejido del lecho de la UPP.  <i>Eritema que no palidece:</i> UPP de categoría I.  <i>Tejido rojo en el lecho:</i> tejido de granulación.  <i>Tejido amarillo en el lecho:</i> necrosis blanda, esfacelos.  <i>Tejido negro en el lecho:</i> necrosis dura y seca, escara	Enrojecimiento no uniformemente distribuido. 	Si la piel o la lesión es <i>rosa y seca, o roja con un halo blanco</i> , probablemente sea una infección fúngica o intertrigo. A menudo se observa en el surco anal. 
Necrosis	Puede haber necrosis.	No hay necrosis.	

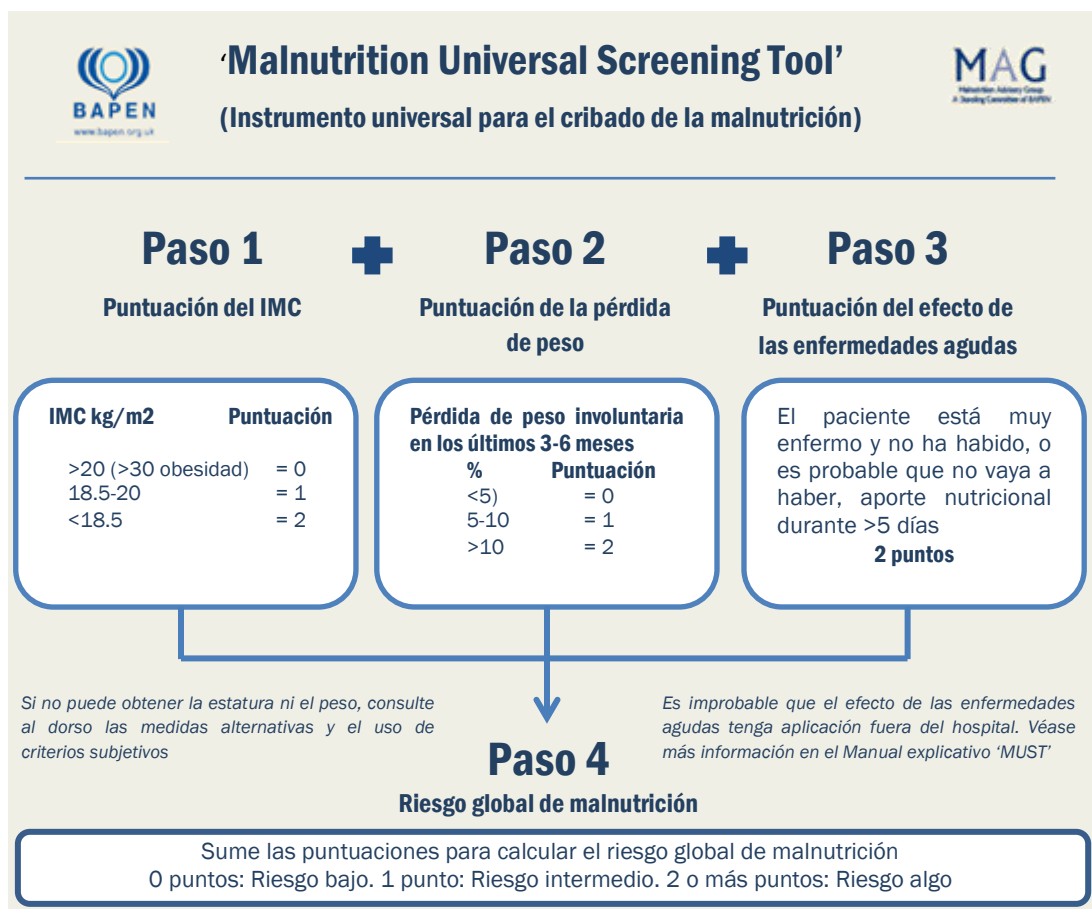
Anexo 4. Escala Braden

ESCALA BRADEN				
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1. Completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	2. Muy limitada Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel está constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado Paciente constantemente encamado	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1. Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama aunque, en ocasiones, puede resbalar hacia abajo	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Anexo 5. MST-Malnutrition Screening Tool

MST (Malnutrition Screening Tool)	
Parámetros	Puntos
¿Ha perdido peso recientemente de manera involuntaria?	
No	0
No estoy seguro	2
Sí, he perdido peso:	
De 1 a 5 Kg	1
De 6 a 10 Kg	2
De 11 a 15 Kg	3
Más de 15 Kg	4
No sé cuánto	2
¿Come mal por disminución del apetito?	
No	0
Sí	1
Total	
≥2 = paciente en riesgo de desnutrición	

Anexo 6. MUST-Malnutrition Universal Screening Tool



Anexo 7. MNA-Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Peso, kg.:

Altura, cm.:

Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A ¿Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = ha comido mucho menos

1 = ha comido menos

2 = ha comido igual

☐

B Pérdida reciente de peso

0 = pérdida de peso > 3 kg

1 = no lo sabe

2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg

3 = no ha habido pérdida de peso

☐

C Movilidad

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

2 = sale del domicilio

☐

D ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

0 = sí

2 = no

☐

E Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia moderada

2 = sin problemas psicológicos

☐

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/(talla en m²)

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

☐

Evaluación del cribaje

(subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos ☐ estado nutrición normal

8-11 puntos ☐ riesgo de malnutrición

0-7 puntos ☐ malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

1 = sí

0 = no

☐

H ¿Toma más de 3 medicamentos al día?

0 = sí

1 = no

☐

I ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

0 = sí

1 = no

☐

J ¿Cuántas comidas completas toma al día?

0 = 1 comida

1 = 2 comidas

2 = 3 comidas

☐

K ¿Consumen el paciente

Productos lácteos al menos una vez al día? SI ☐ NO ☐

Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? SI ☐ NO ☐

Carne, pescado o aves, diariamente? SI ☐ NO ☐

0.0 = 0 o 1 síes

0.5 = 2 síes

1.0 = 3 síes

☐
☐

L ¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día?

0 = no

1 = sí

☐

M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)

0.0 = menos de 3 vasos

0.5 = de 3 a 5 vasos

1.0 = más de 5 vasos

☐
☐

N Forma de alimentarse

0 = necesita ayuda

1 = se alimenta solo con dificultad

2 = se alimenta solo sin dificultad

☐

O ¿Se considera el paciente que está bien nutrido?

0 = malnutrición grave

1 = no lo sabe o malnutrición moderada

2 = sin problemas de nutrición

☐

P En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?

0.0 = peor

0.5 = no lo sabe

1.0 = igual

2.0 = mejor

☐
☐

Q Circunferencia braquial (CB en cm)

0 = CP < 21

0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22

1.0 = CB > 22

☐
☐

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP < 31

1 = CP ≥ 31

☐

Evaluación (máx. 16 puntos)

☐
☐
☐

Cribaje

☐
☐
☐

Evaluación global (máx. 30 puntos)

☐
☐
☐

Evaluación del estado nutricional

De 24 a 30 puntos

☐

estado nutricional normal

De 17 a 23,5 puntos

☐

riesgo de malnutrición

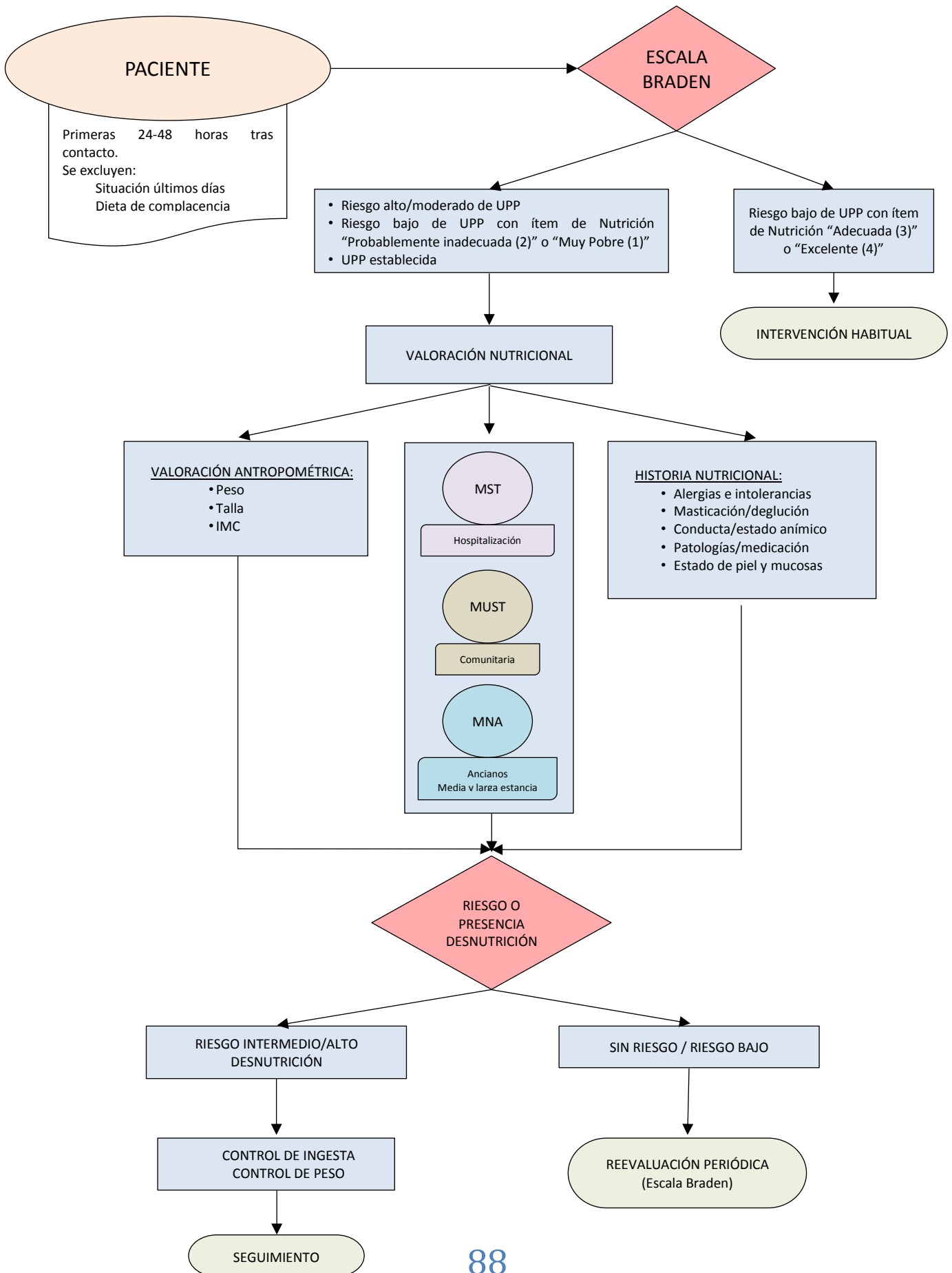
Menos de 17 puntos

☐

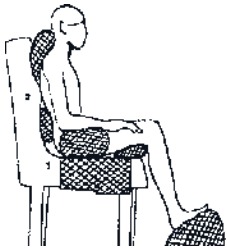
malnutrición

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Para más información: www.mna-elderly.com

Anexo 8. Flujograma de actuación en nutrición



Anexo 9. Cambios posturales

 <i>Decúbito supino</i>	▪ Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30º, siempre que no esté contraindicado. ▪ Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza. ▪ Colocarle un cojín bajo las piernas evitando que los talones contacten con la cama. ▪ Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo para evitar la rotación externa de la cadera.
 <i>Decúbito lateral 90º</i>	▪ Poner al paciente de costado y mantener la alineación corporal. ▪ Colocarle una almohada paralela a la espalda y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente. ▪ Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente. ▪ Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente. ▪ Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie; la pierna de apoyo debería mantenerse extendida o con una ligera flexión de rodilla, mientras que la otra tendría que guardar un amplio grado de flexión. ▪ Contemplar el decúbito lateral de 135º ya que la presión que se ejerce sobre los puntos de contacto es inferior a la de 90º.
 <i>Decúbito prono</i>	▪ Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña. ▪ Colocarle otra almohada bajo la región pélvica para elevar la cintura ▪ Situarle una almohada bajo la región tibial de forma que permita que tanto las rodillas como los dedos de los pies queden suspendidos en el aire y por tanto libres de presión ▪ Colocarle los brazos flexionados. ▪ Alternar la lateralidad de cabeza y la posición de los brazos.
 <i>Sedestación</i>	▪ Utilizar un sillón adecuado y cómodo, colocando un cojín o una almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas. ▪ Mantenerle los pies en ángulo recto. ▪ Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo y la ubicación de sondas y bolsas colectoras. ▪ Evitar el deslizamiento inclinando el tronco ligeramente hacia delante, ayudándole con una mesilla de apoyo.

Anexo 10. Escala Resvech 2.0

1. Dimensiones de la lesión 0. Superficie = 0 cm ² 1. Superficie < 4 cm ² 2. Superficie = 4 - < 16 cm ² 3. Superficie = 16 - < 36 cm ² 4. Superficie = 36 - < 64 cm ² 5. Superficie = 64 - < 100 cm ² 6. Superficie ≥ 100 cm ²	
2. Profundidad / Tejidos afectados 0. Piel intacta cicatrizada 1. Afectación de la dermis-epidermis 2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo) 3. Afectación del músculo 4. Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)	
3. Bordes 0. No distinguibles (no hay bordes de herida) 1. Difusos 2. Delimitados 3. Dañados 4. Engrosados (“envejecidos”, “evertidos”)	
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida 4. Necrótico (escara negra seca o húmeda) 3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho 2. Tejido de granulación 1. Tejido epitelial 0. Cerrada/cicatrización	
5. Exudado 3. Seco 0. Húmedo o cicatrización 1. Mojado 2. Saturado 3. Con fuga de exudado	
6. Infección/inflamación (signos-biofilm) 6.1. Dolor que va en aumento Si =1 No = 0 6.2. Eritema en la perilesión Si =1 No = 0 6.3. Edema en la perilesión Si =1 No = 0 6.4. Aumento de la temperatura Si =1 No = 0 6.5. Exudado que va en aumento Si =1 No = 0 6.6. Exudado purulento Si =1 No = 0 6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad Si =1 No = 0 6.8. Herida estancada, que no progresa Si =1 No = 0 6.9. Tejido compatible con Biofilm Si =1 No = 0 6.10. Olor Si =1 No = 0 6.11. Hipergranulación Si =1 No = 0 6.12. Aumento del tamaño de la herida Si =1 No = 0 6.13. Lesiones satélite Si =1 No = 0 6.14. Palidez del tejido Si =1 No = 0	
¡SUME LA PUNTUACIÓN DE CADA SUB-ITEM!	
PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. = 35, Mín. = 0)	

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES E INSTRUCCIONES DE USO.

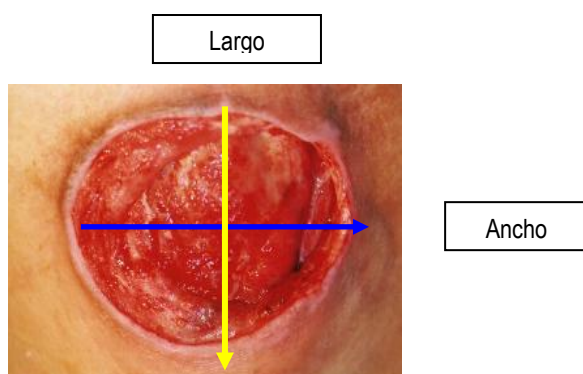
A continuación, se explican de manera sistemática y clara los ítems de los que se compone la escala y la manera correcta de contestarlos de acuerdo a la lesión que presente el paciente.

1. Dimensiones de la úlcera

Se debe realizar la medición en términos de largo x ancho, de manera que:

- Largo: medir en sentido cefalo-caudal (de cabeza a pies)
- Ancho: medir de forma perpendicular a la medida del largo

Ambas medidas van en cms. Posteriormente se multiplican ambas medidas para obtener el resultado de la superficie en cm^2 .



0. *Superficie = 0 cm^2* (lesión cicatrizada)
1. *Superficie < 4 cm^2* (lesión menor de 4 cm^2)
2. *Superficie = 4 - < 16 cm^2* (lesión mayor o igual de 4 cm^2 y menor de 16 cm^2)
3. *Superficie = 16 - < 36 cm^2* (lesión mayor o igual de 16 cm^2 y menor de 36 cm^2)
4. *Superficie = 36 - < 64 cm^2* (lesión mayor o igual de 36 cm^2 y menor de 64 cm^2)
5. *Superficie = 64 - < 100 cm^2* (lesión mayor o igual de 64 cm^2 y menor de 100 cm^2)
6. *Superficie $\geq 100 \text{ cm}^2$* (lesión mayor o igual de 100 cm^2)

2. Profundidad/ tejidos afectados

Marque la puntuación que corresponda a la mayor afectación de la herida según las definiciones que se encuentran en la escala.

0. *Piel intacta cicatrizada*
1. *Afectación de la dermis-epidermis*
2. *Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo)*
3. *Afectación del músculo*
4. *Afectación de hueso y/o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)*

3. Bordes

Se entiende por borde la zona de tejido que limita el lecho de la herida. Marque la opción que mejor defina los bordes de la herida:

0. *No distinguibles*: no se observan bordes, puede ser la situación de una herida que cicatriza.
1. *Difusos*: Resulta difícil diferenciarlos
2. *Delimitados*: Bordes claramente visibles que se distinguen del lecho, No engrosados.
3. *Dañados*: bordes delimitados, no engrosados, y que pueden presentar maceración, lesiones etc.
4. *Engrosados (envejecidos o evertidos)*: Bordes delimitados pero engrosados o vueltos hacia el lecho, es decir, hacia dentro.

4. Tipo de tejido en el lecho de la herida

Se refiere al tipo de tejido presente en el lecho de la herida en el momento de evaluarla. Indique la presencia del peor tejido que se pueda observar en el lecho (así una herida que presente tejido de granulación y esfacelos, puntuará 3):

0. *Cerrada/cicatrizada*: la lesión está completamente cubierta con epitelio (nueva piel).
1. *Tejido epitelial*: en úlceras o heridas superficiales, nuevo tejido o piel brillante que crece desde los bordes o en islas desde la superficie de la úlcera/herida
2. *Tejido de granulación*: tejido rosa o de apariencia brillante, húmedo y granular.
3. *Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho*: se refiere al tejido desvitalizado, que se adhiere firmemente al lecho de la herida o sus bordes
4. *Necrótico (presencia de escara negra o húmeda)*: presencia en la herida de una escara negra o costra negra seca en cualquier cantidad.

5. Exudado

Se valora en el momento del cambio de apósito. Marque la puntuación que acompaña a la definición y que se ajusta a la valoración:

3. *Seco*: el lecho de la herida está seco; no hay humedad visible y el apósito primario no está manchado; el apósito puede estar adherido a la herida.
0. *Húmedo o cicatrizado*: hay pequeñas cantidades de líquido visibles cuando se retira el apósito; el apósito primario puede estar ligeramente manchado; la frecuencia de cambio del apósito resulta adecuada para el tipo de apósito.

1. *Mojado*: hay pequeñas cantidades de líquido visibles cuando se retira el apósito; el apósito primario se encuentra muy manchado, pero no hay paso de exudado; la frecuencia de cambio del apósito resulta adecuada para el tipo de apósito.
2. *Saturado*: el apósito primario se encuentra mojado y hay traspaso de exudado; se requiere una frecuencia de cambio del apósito mayor de la habitual para este tipo de apósito; la piel perilesional puede encontrarse macerada.
3. *Con fuga de exudado*: los apósitos se encuentran saturados y hay fugas de exudado de los apósitos primario y secundario hacia las ropas o más allá; se requiere una frecuencia de cambio del apósito mucho mayor de la habitual para este tipo de apósito.

6. Infección/inflamación (signos biofilm)

Adjudique un punto a cada una de las características presentes en la lesión y súmelas para conocer la puntuación de este ítem.

- 6.1 *Dolor que va en aumento*
- 6.2 *Eritema en la perilesión*
- 6.3 *Edema en la perilesión*
- 6.4 *Aumento de la temperatura*
- 6.5 *Exudado que va en aumento*
- 6.6. *Exudado purulento*
- 6.7 *Tejido friable o que sangra con facilidad*
- 6.8 *Herida estancada, que no progresa*
- 6.9 *Tejido compatible con biofilm*
- 6.10 *Olor*
- 6.11 *Hipergranulación*
- 6.12 *Aumento del tamaño de la herida*
- 6.13 *Lesiones satélite*
- 6.14 *Palidez del tejido*

Anexo 11. Indicaciones de uso de apósitos y productos de CAH

FILMS DE POLIURETANO	
Propiedades	
▪ Semioclusivos ▪ Planos, transparentes, autoadhesivos y elásticos ▪ Gran adaptabilidad y resistencia a la fricción ▪ Crean una película protectora que aísla la herida del medio externo ▪ No tienen capacidad de absorber el exudado ▪ De fácil aplicación y retirada	
Indicaciones	
▪ UPP de categoría I ▪ Prevención y protección ante la fricción (no ante la presión) ▪ Como apósito secundario de fijación	
Contraindicaciones	
▪ Heridas infectadas ▪ Hipersensibilidad al producto ▪ Heridas con exudado por su incapacidad de absorción de exudado	

ESPUMAS DE POLIURETANO (ESPUMAS POLIMÉRICAS/FOAMS/HIDROCELULARES)	
Propiedades	
▪ Presentan una alta capacidad de absorción del exudado ▪ No se descomponen en presencia de exudado ▪ Con capacidad de desbridamiento autolítico ▪ Evitan las manchas, fugas y olores, así como la maceración perilesional. ▪ Pueden combinarse con otros productos ▪ La retirada del apósito se lleva a cabo cuando el exudado llegue a un centímetro del borde del apósito. ▪ Algunos de ellos pueden manejar la presión, por lo que resultan útiles en la prevención. ▪ Son de fácil retirada, reducen el traumatismo y dolor en los cambios de apósito. ▪ Silicona: Son de material hipoalergénico, con lo que hay menor probabilidad de efectos adversos.	
Indicaciones	
▪ Lesiones de cualquier categoría, moderada o altamente exudativas, en todas las fases del proceso de cicatrización. ▪ En caso de infección pueden utilizarse, recomendándose la supervisión médica. ▪ Las siliconas están indicadas en UPP con piel perilesional frágil o dañada. ▪ Alivio de presión	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto ▪ No deben utilizarse junto con agentes oxidantes que contengan hipocloritos, peróxido de hidrógeno, éter, u antisépticos locales.	

HIDROCOLOIDES	
Propiedades	
▪ Junto con el exudado forman un gel de color y olor característicos ▪ Presentan capacidad autolítica para la eliminación de la capa necrótica ▪ Ejercen una moderada absorción y retención del exudado, controlando la cantidad del mismo entre el apósito y la lesión creando un gel. ▪ Pueden dejar residuos en la lesión y desprender un olor desagradable. ▪ Protegen ante la fricción (presentación en placa) ▪ Deja residuos en la lesión	
Indicaciones	
▪ Protección de la piel en zonas de roce o fricción (hidrocoloide extrafino) ▪ Curación de heridas o úlceras de bajo exudado de categoría I, II, III poco profunda. ▪ Útiles en últimas fases de granulación y epitelización	
Contraindicaciones	
▪ No son recomendables en úlceras con exposición de estructuras nobles, ni en úlceras infectadas. ▪ Heridas con abundante exudado ▪ Heridas con piel perilesional dañada ▪ Hipersensibilidad al producto	

HIDROFIBRAS GELIFICANTES	
Propiedades	
▪ Alta capacidad absorbente, en contacto con el exudado forma un gel que mantiene su integridad estructural facilitando su posterior retirada. ▪ Proporciona un medio húmedo con riesgo de maceración mínimo, por la retención del exudado en el interior de las fibras. ▪ Promueve, por tanto, el desbridamiento autolítico y además posee efecto bloqueante para las bacterias.	
Indicaciones	
▪ Heridas de exudado moderado alto ▪ Lesiones cavitadas con trayectos fistulosos	
Contraindicaciones	
▪ No útiles en necrosis secas, ni en heridas no exudativas ▪ Hipersensibilidad al producto.	

ALGINATOS
Propiedades
▪ Elevada capacidad de absorción de exudado (10-20 veces su peso), hidratándose, intercambiando iones calcio por iones sodio y transformándose en un gel traslúcido que crea un medio húmedo que favorece la cicatrización. ▪ Rellena la herida favoreciendo la cicatrización ▪ Pueden retener gérmenes en su estructura ▪ Precisan del exudado para actuar ▪ Tienen propiedades de hemostasia y se retiran fácilmente de la lesión ▪ Requieren de un apósito secundario de fijación. ▪ Bioabsorbibles, si quedan restos en la herida que no se han retirado se reabsorben por el organismo.
Indicaciones
▪ Control del exudado en UPP de estadio III, IV de exudado moderado o alto, así como en úlceras infectadas, cavitadas y necrosis húmedas. ▪ Heridas cavitadas ▪ Heridas que sangren o puedan hacerlo ▪ Ligero control de la carga bacteriana ▪ Efecto desbridante en heridas con esfacelos o restos necróticos blandos.
Contraindicaciones
▪ No útiles en necrosis secas, ni en heridas no exudativas ▪ Hipersensibilidad al producto

HIDROGELES
Propiedades
▪ Ayudan a mantener el grado óptimo de humedad en el lecho de la herida. ▪ Favorecen la granulación y el desbridamiento autolítico por hidratación ▪ 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 ▪ Precisan de un dispositivo secundario de sujeción ▪ Efecto antiálgico al mantener las terminaciones nerviosas expuestas hidratadas.
Indicaciones
▪ En lesiones con estructuras nobles expuestas ▪ En UPP esfaceladas o necróticas poco exudativas ▪ En necrosis secas y en cualquier fase del proceso de cicatrización con exudado nulo o escaso. ▪ Útiles en localizaciones difíciles como en dedos ▪ Aplicable tanto en lesiones planas como cavitadas
Contraindicaciones
▪ Heridas muy exudativas (maceración) ▪ Hipersensibilidad al producto ▪ La presentación en placa no puede utilizarse en heridas infectadas o con exposición de huesos o tendones.

APÓSITOS CON PLATA	
Propiedades	
▪ Bactericida: La plata actúa bloqueando el sistema de obtención de energía de las bacterias que se encuentra en la pared celular, sin producir daño alguno en las células humanas, ya que en ellas este sistema se encuentra en el interior de la célula, zona a la que la plata no llega. ▪ La plata es efectiva ante un amplio espectro de gérmenes, produce escasos efectos secundarios, ni interacciones con antibióticos sistémicos y además produce escasas resistencias.	
Indicaciones	
▪ En UPP infectadas o con colonización crítica ▪ Efectivas frente a SARM y enterococcus vancomycin resistente	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto ▪ Personas que van a ser sometidas a exploración con resonancia nuclear magnética (RMN) ▪ No utilizar con apósitos oclusivos ▪ No utilizar con colagenasa u otros productos oleosos	

APÓSITOS CON CARBÓN ACTIVO	
Propiedades	
▪ Inactivan el olor al entrar este en contacto con el carbón	
Indicaciones	
▪ En UPP malolientes, categoría III, IV	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto ▪ No combinar con colagenasa ni antibióticos locales	

MALLAS DE CAH	
Propiedades	
▪ Evitan la adherencia a la lesión ▪ Facilitan el cambio de apósitos haciendo que sea indoloro y atraumático. ▪ Crean las condiciones necesarias para favorecer la cicatrización	
Indicaciones	
▪ UPP en fase de granulación y de epitelización en las que el apósito secundario se adhiere al lecho de la herida.	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto	

APÓSITOS Y PRODUCTOS DESBRIDANTES
Propiedades
DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS: ▪ Contienen enzimas proteolíticas que rompen los puentes de colágeno ▪ Favorecen el crecimiento de tejido de granulación DESBRIDANTES HIDRODETERSIVOS: ▪ Desbridan la fibrina al contacto directo ▪ Absorben y gelifican en contacto con el exudado ▪ Retirada integral sin residuos ni riesgo de ruptura DESBRIDANTES OSMÓTICOS: ▪ Desbridan por ósmosis placas necróticas ▪ Proporcionan un entorno húmedo en el lecho que favorece el intercambio de la solución Ringer con el exudado. ▪ Retirada indolora e integral del apósito
Indicaciones
DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS: Heridas con necrosis seca (aportando humedad extra) y heridas esfaceladas DESBRIDANTES HIDRODETERSIVOS: Heridas con esfacelos DESBRIDANTES OSMÓTICOS: Heridas con necrosis seca
Contraindicaciones
▪ Hipersensibilidad al producto ▪ No mezclar con otros productos como antisépticos y apósitos con plata

APÓSITOS SUPERABSORBENTES
Propiedades
▪ Alta retención del exudado incluso bajo compresión con formación de gel. ▪ Permeables al oxígeno y al vapor, e impermeable al agua ▪ Sin adhesivo ▪ Hipoalergénicos ▪ No dejan residuos ▪ Bloqueo de gérmenes ▪ Desbridamiento autolítico suave
Indicaciones
▪ Heridas altamente exudativas, incluyendo heridas crónicas (úlceras de pie diabético, úlceras vasculares, UPP) y heridas agudas (dehiscencias postoperatorias, heridas traumáticas o heridas post intervención quirúrgica de fístula, abscesos o resecciones).
Contraindicaciones
▪ Hipersensibilidad al producto

APÓSITOS TPN SIN DEPÓSITO	
Propiedades	
▪ Apósitos y dispositivos de terapia de presión negativa de un solo uso y fácil manejo: apósitos impermeables y minibomba para un número de días determinado. ▪ Control del exudado sin depósito	
Indicaciones	
▪ Heridas de bajo a moderado exudado (heridas agudas, heridas crónicas, colgajos e injertos, incisiones, quemaduras de espesor parcial heridas subagudas o dehiscentes, traumatismos).	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto ▪ Intolerancia a la presión negativa	

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS	
Propiedades	
▪ Refuerzan la resistencia de la piel ▪ Restablecen el film hidro-lipídico de la piel ▪ Preserva el nivel de oxigenación de los tejidos de apoyo, aumentando la microcirculación sanguínea y evitando la isquemia tisular. ▪ Mejoran la hidratación de la piel y evitan la sequedad cutánea, aumentando su resistencia al rozamiento.	
Indicaciones	
▪ Prevención de UPP. ▪ Tratamiento de UPP de categoría I	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto	

PRODUCTOS BARRERA Y LIMPIADORES CUTÁNEOS	
Propiedades	
PELÍCULAS BARRERA: - Forman una película transparente e impermeable a líquidos - Mejora la adhesividad de los apósitos - Permite visualizar la piel - Libre de alcohol CREMAS BARRERA: - Previenen y protegen de la maceración e irritación de la piel - Actúan como barrera frente a la irritación producida por fluidos corporales. LIMPIADORES CUTÁNEOS: - No precisan aclarado - No irritantes - Reducen el olor	
Indicaciones	
PELÍCULAS BARRERA: - Prevención de la maceración e irritación de la piel perilesional. - Prevención de las lesiones producidas por la repetida aplicación de esparadrapos y apósitos. CREMAS BARRERA: - Prevención/protección/tratamiento de la maceración e irritación de la piel perilesional en heridas, estomas y drenajes - Prevención y tratamiento de la dermatitis por incontinencia LIMPIADORES CUTÁNEOS: Limpieza de restos de productos barrera y de zonas expuestas a residuos biológicos.	
Contraindicaciones	
- Hipersensibilidad al producto - No mezclar con otros productos como ungüentos, bálsamos, cremas o lociones, antisépticos.	

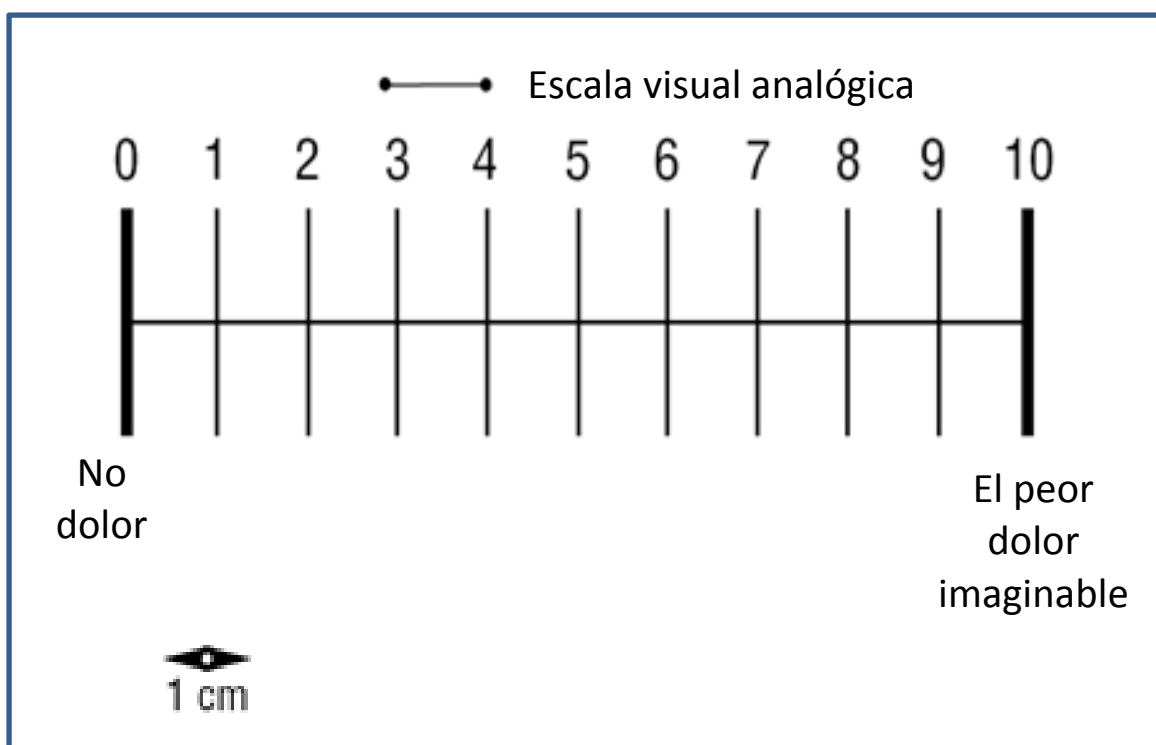
PRODUCTOS REGULADORES DE PROTEASAS	
Propiedades	
- Regulan o inhiben la actividad de las metaloproteasas y elastasas - Favorecen el proceso de cicatrización	
Indicaciones	
Tratamiento de heridas crónicas con indicios de elevada actividad de las metaloproteasas.	
Contraindicaciones	
Hipersensibilidad al producto	

PRODUCTOS CON YODO	
Propiedades	
▪ Liberación prolongada de yodo ▪ Licuefacción del tejido desvitalizado ▪ Amplio espectro de acción frente a microorganismos ▪ Biodegradable	
Indicaciones	
▪ Heridas con tejido desvitalizado e infección ▪ Heridas con biofilm bacteriano	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto ▪ Niños, embarazadas, lactantes, personas con insuficiencia renal, trastornos tiroideos.	

PRODUCTOS CON POLIHEXANIDA	
Propiedades	
▪ Acción bactericida ▪ No citotóxico, ni irritante ▪ Incoloro ▪ Compatible con los productos de CAH	
Indicaciones	
▪ Limpieza y descontaminación de la herida ▪ Especialmente indicado en heridas con signos de elevada carga bacteriana y/o biofilm.	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto	

APÓSITOS HIDRÓFOBOS CON DACC	
Propiedades	
▪ Acción antimicrobiana física del cloruro de dialquilcarbamilato (DACC): los gérmenes poseen propiedades hidrófobas por lo que quedan adheridos de forma irreversible a las fibras del apósito y son retirados con cada cambio.	
Indicaciones	
▪ Heridas infectadas o con signos de colonización crítica	
Contraindicaciones	
▪ Hipersensibilidad al producto	

Anexo 12. EVA-Escala Visual Analógica



Anexo 13. Registros de valoración

A. VALORACIÓN PARA LA PREVENCIÓN:

- **Valoración del riesgo de UPP:** Se realizará una valoración periódica del riesgo con una EVRUPP y factores de riesgo de UPP. La enfermera valorará cada una de las subescalas seleccionando el estado en el que se encuentra el paciente y que se corresponde con una puntuación cuya suma total se correlaciona con el riesgo **Alto, Moderado, Bajo o Sin Riesgo**, de tener UPP.

Escalas > Añadir

SELECCIÓN CONCEPTO CLINICO Tipo de Escala Escala de Braden

Exposición a la humedad	Constantemente húmeda	Húmeda con frecuencia	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Roce y peligro de lesiones	Problema	Problema potencial	No existe problema	
PUNTUACIÓN:	15 - Bajo			

COMENTARIOS Evolutivo ☒

Paciente con ..

Guardar Cancelar Ayuda

Desde el **botón de ayuda** situado en esta misma pantalla, la enfermera puede consultar la definición de todos los criterios de la escala de Braden-Bergstrom.

Si se desea hacer constar los datos de valoración y/o comentarios relativos a la valoración de EVRUPP, se deberá de marcar opción Evolutivo, para que esta información conste en el **e.book** (evolutivo general del paciente).

Tras haber registrado por primera vez la EVRUPP el sistema resume en un cuadro la información referida a dicha valoración (puntuación obtenida, fecha y hora de la última evaluación, Organización, Unidad de Enfermería y profesional que ha realizado el registro).

Escala de Braden

Braden 29/06/2017

6 23

18

29/06/2017 11:36

18

Bajo

29/06/2017 11:36 - ITSASO MARTINEZ ARAMBERRI

VIRTUAL U E 2

H. VIRTUAL

Evaluar Finalizar Borrar

Osanaia mostrará un aviso de la necesidad de realizar una revaloración de la escala, en función del riesgo estimado.

El registro de la EVRUPP se realizará en el apartado "escalas".

27/01/2017 Reevaluación Escala de Braden.

Última evaluación 20/01/2017 .

Puntuación 17 Bajo

Indicadores sin evaluar.

Avisos

- **Valoración nutricional:** valoración antropométrica, estado nutricional y riesgo de desnutrición, desequilibrios nutricionales, alteraciones de la ingestión, digestión y absorción, estado de hidratación.

El registro de la valoración antropométrica se realizará en el módulo constantes de Osabide Global.

Paciente actual Falso 109 Naia, FALSO NAIA AP2

Constantes Generales Datos Antropométricos Eliminar

Fecha y hora 29/06/2017 14:24 29/06/2017 14:24:00

Nueva Entrada

Peso

Talla

IMC

Valor IMC

S. Corporal

P. Abdominal

P. Cadera

P. Codo

P. Codo

P. Codo

P. Cintura

P. Muslo

P. Torácico

DI Grasa Total

PI Braquial

PI Torácica

El registro de las escalas se realizará en el apartado “Formularios” de Osabide Global.

Descripción:

TAG1 TAG2

Descripción	Ámbito Formulario	Descripción Ámbito	Formularios favoritos
Control Diario de Ingesta	Centro	UNIVERSITARIO - HOSPITAL	★
EAT - Eating Attitudes Test (SM)	General		★
EAT-10 (Eating Assessment Tool). Despistaje de la disfagia	General	General	★
Exploración Clínica Volumen-Viscosidad	Servicio	HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES	★
Malnutrition Screening Tool (MST)	Centro	HOSPITAL UNIVERSITARIO	★
Mini Nutricional Assessment. MNA	General	General	★
Mini Nutricional Assessment. MNA - SF (Versión reducida)	General		★
MUST - Screening Universal de Malnutrición	General		★
Screening Canadiense de Nutrición (CNST)	General	General	★
Valoración Global Subjetiva (VGS)	General	General	★

La valoración del estado nutricional se realizará en el Dominio 2 “Nutrición”.

Datos Concepto Clínico **Imágenes**

Ingestión

Tipo de dieta ☐ Normal ☐ Astringente ☐ Baja en fósforo Observaciones dieta Apetito

habitual Intolerancias alimentarias

Situación nutricional (*) N° comidas/día Actitud ante la comida ☐ Atracones ☐ Glotonería ☐ Normal

Cambios ponderales ☐ Desayuno ☐ Media mañana ☐ Comida

Influencia elección alimentos

Conductas purgativas Conductas restrictivas

Dificultad para masticar Dificultad para deglutir Consistencia líquidos tolerados

Realización correcta dieta Conocimientos dieta adecuada

Digestión

Síntomas digestivos ☐ Vómitos ☐ Aerofagia ☐ Halitosis

Características vómito ☐ Alimentario ☐ Bilioso ☐ En escopetazo

Hidratación

Aporte de líquidos Restricción de líquidos

Hidratación de piel y mucosas

▪ **Valoración y cuidados de la piel:** higiene, hidratación, signos de alarma.

El registro de valoración de higiene se realizará en el Dominio 4 “Actividad/Reposo”

Ejemplo de registro de Dominio 4, plantillas de Hospitalización Adulto.

Datos Concepto Clínico		Imágenes	
Reposo/Sueño			
Calidad del sueño	☐ Buena ☐ Despertar precoz	Ayudas para dormir	☐ No ☐ Farmacológicas
		Problemas del sueño	☐ Apneas ☐ Cambio ciclo vigili
Autocuidado			
Observaciones			
Índice Barthel	Autonomía Situación	Comer	Autonomía Situación
	ACTUAL	Vestirse	BASAL
		Higiene	
		Eliminación	
Actividad/Ejercicio			
Autonomía moverse	BASAL	Capacidad de movilidad	Postura que no puede adoptar
	ACTUAL (*)	☐ Marcha ☐ Realiza giro en la n	☐ Decúbito pron ☐ Decúbito supin ☐ DLD
Amputación		Ayudas para deambulación	
Grado de actividad		☐ No ☐ Acompañante	
Marcha	Tipo de marcha		
Paresia	☐ EEII ☐ EESS	Parálisis	☐ EEII ☐ EESS
		Parestesia	☐ EID ☐ EII

Ejemplo de registro de Dominio 4, plantillas de Atención Primaria, Adulto.

Datos Concepto Clínico		Imágenes	
Autocuidado			
Aspecto general		Uso de prendas de vestir adecuadas (edad, clima, contexto social...)	
Acto de vestirse		Autonomía vestirse	(*)
Higiene		Frecuencia de aseo (días)	
Higiene buco-dental		Frecuencia higiene buco-dental (veces/día)	
		Autonomía higiene	(*)
		Autonomía comer	(*)
		Autonomía eliminación	(*)
		Índice de Barthel	
Dispone de ayuda personal para	☐ Acompañamiento/Gestiones ☐ Higiene ☐ Supervisión toma medicación	Necesidad de ayudas técnicas	☐ Cama articulada ☐ Grúa ☐ Reformas

El estado de la piel y signos de alarma se registrará en el Dominio11 “Seguridad/Protección”

Datos Concepto Clínico		Imágenes	
Lesión física			
RIESGO DE CAIDAS ■ Valoración riesgo caídas Consecuencias caídas previas Factores de riesgo		RIESGO DE ASPIRACIÓN ☐ ESTADO DE LA PIEL Observaciones ESTADO MUCOSA ORAL Pediculosis ☐ ESTADO OCULAR	
☐ No caídas previas (*) ☐ 1 o más caídas en el último año ☐ Acude por caída ☐ No (*) ☐ Alt. eliminación ☐ Alt. en los pies ☐ Alt. fuerza muscular y movilidad ☐ Alt. nivel de conciencia ☐ Alt. visuales		☐ Adecuada (*) ☐ Cambios de pigmentación ☐ Cambios de pigmentación con prur ☐ Adecuada (*) ☐ Candidiasis ☐ Estomatitis ☐ Adecuada (*) ☐ Candidiasis ☐ Estomatitis	
Termorregulación Tª corporal Sudoración profusa Escalofríos Sofocos		Procesos defensivos Alergia al látex ☐ Peligros del entorno Exposición a contaminantes ☐ Infección Inmunosupresión ☐ Violencia Riesgo de autoagresión ☐ Presencia de ideación autolítica ☐ Antecedentes de conductas autoagresivas ☐ Antecedentes de conductas heteroagresivas ☐ Riesgo de fuga ☐	
COMENTARIOS Evolutivo		Escala Braden Prevención UPP UPP	

- **Control de la humedad:** procesos que puedan originar un exceso de humedad (incontinencia, drenajes, exudados), dispositivos de control, utilización de productos barrera.

La valoración sobre las funciones de secreción y excreción del organismo se realizará en el Dominio 3 “Eliminación e Intercambio”

Dominios >03. Eliminación e intercambio > **Añadir**

Datos Concepto Clínico		Imágenes	
Sistema urinario			
Síntomas urinarios ☐ No (*) ☐ Incontinencia Observaciones incontinencia Control previo esfínter ☐		Características de la orina Sistemas de ayuda ☐ No (*) ☐ Colector Fístula sistema urinario ☐	
Sistema gastrointestinal Patrón intestinal HABITUAL Características heces ACTUALES ☐ Normal (*) ☐ Acolia (*) Alteraciones defecación ☐ No (*) ☐ Dolor al defecar (*) Uso de ayudas para dps Tipo de ayudas ☐ Dietética ☐ Enemas		Vaciado de la vejiga Diálisis Observaciones diálisis Observaciones fístula Ruidos intestinales Distensión abdominal Fístula sistema digestivo ☐	
Función respiratoria			
Tipo de Tos Expectoración Dificultad/incapacidad para eliminar secreciones ☐		Características expectoración ☐ Normal ☐ Hemoptoica ☐ Mucosa	
Función tegumentaria			
Sudoración			

La presencia de drenajes y exudado de heridas, se hará según corresponda en los formularios específicos de “Dispositivos y Heridas”.

Dispositivos y Heridas >UPP > Añadir

Datos Concepto Clínico **Imágenes**

SELECCIÓN CONCEPTO CLÍNICO Tipo 03. Heridas crónicas: relacionada: Concepto clínico UPP

Fecha de aparición 03/07/2017 (*) Aparición (*) UPP producida en otra unidad

Categorización (*) Factores etiológicos ☐ Humedad ☐ Presión/Cizalla ☐ Roce/Fricción UPP extrahospitalaria UPP asociada a dispositivo Escala Braden

Localización (*)

EVOLUCIÓN

Largo (*) Ancho (*)

■ Dimensiones de la lesión (*)

Fistulización/Tunelización Dimensión

■ Profundidad tejidos afectados (*)

■ Tipo de tejido en lecho herida (*)

■ Bordes (*)

■ Exudado (*)

Características del exudado

Piel perilesional

■ Infección/Inflamación

☐ Aumento de la temperatura

☐ Aumento del tamaño de la herida

☐ Dolor que va en aumento

☐ Edema en la perilesión

☐ Eritema en la perilesión

☐ Exudado purulento

☐ Exudado que va en aumento

☐ Herida estancada que no progresa

☐ Hipergranulación

☐ Lesiones satélite

☐ Olor

☐ Palidez del tejido

☐ Tejido compatible con biofilm

☐ Tejido friable que sangra fácil

COMENTARIOS Evolutivo

- **Manejo de la presión:** actividad-movilidad, cambios posturales, uso de SEMP y protección local.

Al igual que la valoración relativa a la capacidad para el autocuidado previamente comentada, la valoración sobre la movilidad, actividad física y habilidad para llevar a cabo las actividades de autocuidado se realizarán en el Dominio 4 “Actividad/Reposo”

La descripción de medidas específicas para la prevención de UPP se realizará en el formulario “Prevención UPP”.

Dispositivos y Heridas > > **Añadir**

SELECCIÓN CONCEPTO CLINICO

Tipo: Concepto clínico:

PREVENCIÓN UPP

Fecha registro:

CUIDADOS GENERALES		CUIDADOS ESPECÍFICOS-PROTECCIÓN LOCAL	
Superficies especiales de manejo de presiones (SEMP)	☐ Cojín dinámico ☐ Cojín estático ☐ Colchón dinámico	Hidratación ☐ Localización ☐	☐ AGHO ☐ Codos ☐ Columna vertebral ☐ Empeine
Cambios posturales ☐ No tolera	☐ DLD ☐ DLI ☐ DP	APLICACIÓN PRODUCTOS BARRERA ☐ Producto: ☐ Crema barrera óxido de zinc < 15% ☐ Crema barrera óxido de zinc > 15%	
Decúbito contraindicado	☐ DLD ☐ DLI ☐ DP	PROTECCIÓN LOCAL ANTE FRICCIÓN ☐ Producto: ☐ Apósito semipermeable/Film poliuretano ☐ Hidrocoloide con reborde ☐ Hidrocoloide extrafino	
Secuencia rotación		Localización: ☐ Codos ☐ Columna vertebral ☐ Empeine	
Suplementos nutricionales ☐		PROTECCIÓN LOCAL ANTE PRESIÓN ☐ Producto: ☐ Espuma de poliuretano talón ☐ Espuma poliuretano adhesivo con reborde ☐ Espuma poliuretano adhesivo sin reborde	
Entrega de material para autocuidado ☐		Localización: ☐ Codos ☐ Columna vertebral ☐ Empeine	
Fecha retirada			

COMENTARIOS

B.VALORACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS LESIONES:

La valoración integral que se realice en este apartado será la misma que la descrita en el apartado anterior, incluyendo además:

- **Valoración de las características del entorno de cuidados.**

El registro relativo a las condiciones de habitabilidad de la vivienda se recogerá en el Domino 1 “Promoción de la Salud”.

Datos Concepto Clínico		Imágenes	
Gestión de la salud			
Ayuda doméstica	☐ Comida ☐ Limpieza	Vivienda-adequación	
Recursos económicos insuficientes	☐	Observaciones	

El registro sobre las relaciones familiares, la capacitación del desempeño del rol del cuidador principal y las situaciones de dependencia y/o discapacidad, se realizará en el Domino 7 “Rol/Relaciones”.

Roles de cuidador	
Paciente cuidador de otra persona ☐ Capacitación y grado de apoyo del paciente como cuidador Síntomas de alerta de sobrecarga ☐ Zarit	Paciente receptor de cuidados ☐ Su cuidador principal participa en la toma de decisiones ☐ La familia recibe o precisa apoyo terapéutico ☐
Desempeño del rol	
Rol: ocupación Profesión Cambios recientes en su rol social/laboral/educativo ☐ Actitud en la entrevista: ☐ Colaborador ☐ Abordable ☐ Agresivo	Discapacidad ☐ Porcentaje de discapacidad Valoración dependencia ☐ Grado de dependencia Incapacitación legal Tutor legal Telealarma ☐
Conflictos de relación ☐ Escala Gijón Sensación de soledad ☐	

- **Declaración de la UPP:** La declaración de la UPP se realiza mediante la cumplimentación del formulario específico “UPP” incluido dentro de los formularios tipo **“03.Heridas crónicas: relacionados con la dependencia”**. Será necesario realizar un registro por cada una de las UPP que presente el paciente. Este formulario permite registrar la siguiente información:
 - Localización de la lesión
 - Lugar y fecha de aparición de la lesión
 - Categorización
 - Factores etiológicos
 - Valoración de las características de la lesión
 - Evolución de la lesión mediante la Escala Resvech
 - Descripción del tratamiento local: apósitos y/o productos empleados en el lecho de la herida y la piel perilesional, otras terapias, etc.
 - Fecha de cicatrización

El registro de la UPP permanecerá activo en la historia del paciente mientras no se haya curado la lesión, de manera que desde cualquier ámbito asistencial se pueda dar continuidad a la valoración y consultar la evolución de la UPP.

Datos Concepto Clínico		Imágenes	
SELECCIÓN CONCEPTO CLINICO		Tipo	03. Heridas crónicas: relacionada: ▼
		Concepto clínico	UPP ▼
Fecha de aparición	03/07/2017 15 (*)	Aparición	▼ (*) UPP producida en otra unidad ▼
Categorización	▼ (*)	Factores etiológicos	☐ Humedad ☐ Presión/Cizalla ☐ Roce/Fricción
Localización	▼ (*) +	UPP extrahospitalaria	▼
		UPP asociada a dispositivo	☐
EVOLUCIÓN		Escala Braden	
Largo	▼ (*)	Ancho	▼ (*)
■ Dimensiones de la lesión		☐ (*) ☐ (*)	☐ Aumento de la temperatura ☐ Aumento del tamaño de la herida ☐ Dolor que va en aumento ☐ Edema en la perilesión ☐ Eritema en la perilesión ☐ Exudado purulento ☐ Exudado que va en aumento ☐ Herida estancada que no progresa ☐ Hipergranulación ☐ Lesiones satélite ☐ Olor ☐ Palidez del tejido ☐ Tejido compatible con biofilm ☐ Tejido friable que sangra fácil
Fistulización/Tunelización		☐	Dimensión
■ Profundidad tejidos afectados		▼ (*)	
■ Tipo de tejido en lecho herida		▼ (*)	
■ Bordes		▼ (*)	
■ Exudado		▼ (*)	
Características del exudado		▼	
Piel perilesional		☐ Integra ☐ Descamada ☐ Edematosa	
		■ Infección/Inflamación	
Puntuación escala Resvech			
Dolor	▼	Recogida muestra cultivo	▼
		Fecha recogida	15
TRATAMIENTO LOCAL			
¿Se puede evitar la presión?		▼	
Tipo de cura		▼	
Limpieza		☐ S. fisiológico ☐ Agua destilada ☐ Agua y jabón	
Cura piel perilesional		☐ AGHO en solución ☐ Crema barrera óxido de zinc < 1 ☐ Crema barrera óxido de zinc > 1	
Entrega de material para autocuidado		☐	
		☐ No ☐ Si	
		☐ Espuma poliuretano con silicona sin reborde ☐ Espuma poliuretano con silicona y reborde ☐ Espuma poliuretano con silicona, plata y reborde	
		☐ Autolítico ☐ Cortante/Quirúrgico ☐ Enzimático	
		Drenaje ▼	
CICATRIZACIÓN			
Fecha Cicatrización		15	
COMENTARIOS			
Evolutivo ☐			
		Guardar Ay	

Anexo 14. Planes de cuidados

A. PLANES DE CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN

En función del riesgo resultante de haber completado la EVRUPP, Osanaia ofrece a la enfermera los siguientes planes preconfigurados. La enfermera en cada caso decidirá la activación del plan de cuidados, determinará su adecuación y lo personalizará.

Comunitaria:

Nivel de riesgo	Diagnostico Nanda	Resultado NOC	Intervención NIC
Sin riesgo Bajo riesgo	Riesgo de úlcera por presión	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: - Eritema - Integridad de la piel	Prevención de úlceras por presión: - Instruir al paciente/cuidador sobre las medidas preventivas para evitar la aparición de úlceras por presión - Vigilar el cumplimiento por parte del paciente/cuidador de las recomendaciones para la prevención de úlceras por presión - Vigilar el estado de la piel
	Riesgo de úlcera por presión	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: - Eritema - Integridad de la piel	Prevención de úlceras por presión: - Aplicar apósitos protectores - Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso - Instruir al paciente/cuidador sobre las medidas preventivas para evitar la aparición de úlceras por presión - Vigilar el cumplimiento por parte del paciente/cuidador de las recomendaciones para la prevención de úlceras por presión - Vigilar el estado de la piel

Hospitalización adultos:

Nivel de riesgo	Diagnostico Nanda	Resultado NOC	Intervención NIC
Sin riesgo Bajo riesgo	Riesgo de úlcera por presión	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: - Eritema - Integridad de la piel	Prevención de úlceras por presión: - Aplicar AGHO en zonas de riesgo - Colocar taloneras - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y puntos de presión al cambiar de posición - Instruir al paciente/cuidador sobre las medidas preventivas para evitar la aparición de úlceras por presión - Mantener la piel hidratada - Realizar cambios posturales
Riesgo moderado	Riesgo de úlcera por presión	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: - Eritema - Integridad de la piel	Prevención de úlceras por presión: - Aplicar AGHO en zonas de riesgo - Aplicar apósitos protectores - Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y puntos de presión al cambiar de posición - Instruir al paciente/cuidador sobre las medidas preventivas para evitar la aparición de úlceras por presión - Realizar cambios posturales - Utilizar colchón/colchoneta de aire alternante
Alto riesgo	Riesgo de úlcera por presión	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: - Eritema - Integridad de la piel	Prevención de úlceras por presión: - Aplicar AGHO en zonas de riesgo - Aplicar apósitos protectores - Aplicar productos barrera - Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso - Enseñar a la familia/cuidador a vigilar si hay signos de UPP - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y puntos de presión al cambiar de posición - Instruir al paciente/cuidador sobre las medidas preventivas para evitar la aparición de úlceras por presión - Realizar cambios posturales - Utilizar colchón/colchoneta de aire alternante

B. PLANES DE CUIDADOS PARA EL ABORDAJE DE LAS UPP

Osanaia ofrece a la enfermera los siguientes planes preconfigurados para el tratamiento de la UPP en base a su categorización. La enfermera en cada caso decidirá la activación del plan de cuidados, determinará su adecuación y lo personalizará.

Comunitaria:

Categoría	Diagnostico Nanda	Resultado NOC	Intervención NIC
I	Deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: eritema	Cuidados de las úlceras por presión: - Alivio de la presión en la zona lesionada - Enseñar al paciente/familia el procedimiento de cuidado de la herida - Realizar cura de la úlcera
II, III, IV	Deterioro de la integridad cutánea	Curación de la herida: por segunda intención: Disminución del tamaño de la herida	Cuidados de las úlceras por presión: - Alivio de la presión en la zona lesionada - Enseñar al paciente/familia el procedimiento de cuidado de la herida - Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida - Realizar cura de la úlcera

Hospitalización:

Categoría	Diagnostico Nanda	Resultado NOC	Intervención NIC
I	Deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y membranas mucosas: eritema	Cuidados de las úlceras por presión: - Alivio de la presión en la zona lesionada - Realizar cura de la úlcera
II, III, IV	Deterioro de la integridad cutánea	Curación de la herida: por segunda intención: - Disminución del tamaño de la herida - Granulación	Cuidados de las úlceras por presión: - Alivio de la presión en la zona lesionada - Realizar cura de la úlcera

Anexo 15. Registro de alta de enfermería

El Informe de Enfermería es un documento legal que forma parte de las historias de salud de las personas, tal y como está recogido en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Se debe emitir un informe de enfermería siempre que finaliza un episodio asistencial.

El informe de enfermería es también un documento útil para asegurar la continuidad de cuidados entre los diferentes ámbitos asistenciales y/o profesionales, recogiendo de manera resumida el proceso asistencial, las causas que han generado la intervención enfermera, la valoración activa del paciente y las recomendaciones emitidas al fin del episodio.

A fin de garantizar la mejor transmisión de información que asegure la continuidad de los cuidados en personas con UPP o con riesgo de UPP, se recomienda que los informes incorporen la siguiente información:

- Dejar actualizada y activa al alta la Escala de Valoración del Riesgo de UPP (EVRUPP) en los siguientes casos
 - Personas con riesgo ALTO, MODERADO o BAJO de UPP.
 - Personas SIN RIESGO pero que precisen actividades de prevención de UPP debido a su estado (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones).
 - Personas que presentan alguna UPP.
 - Personas que son trasladadas a otro centro hospitalario u hospitalización a domicilio.
 - Personas que son crónicas domiciliarias y/o pluripatológicas.
- Dejar actualizados y activos los formularios de prevención de UPP y/o declaración de UPP.
- Dejar actualizada y activa la valoración por dominios en los que se haya registrado información relevante relativa a la prevención y tratamiento de UPP (recordad que el registro de la valoración se realiza en diversos dominios en función del área de estudio de la respuesta humana: **Dominio 2** “Nutrición”, **Dominio 3** “Eliminación e intercambio”, **Dominio 4** “Actividad/Reposo”, **Dominio 11** “Seguridad/Protección”, **Dominio 7** “Rol/Relaciones”).
- Dejar activos los planes de cuidados asociados a la prevención y/o tratamiento de las UPP. El plan de cuidados debe constar con todos sus elementos estructurales: diagnóstico, resultados e indicadores, intervenciones y actividades.
- Si se considera oportuno, en el apartado de “información adicional” se podrá añadir información relevante (recomendaciones, instrucciones) dirigidas al paciente, personas cuidadoras o enfermeras de otro ámbito asistencial.

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Abad R, Gutiérrez A, Ubis A. Gestión de cuidados de enfermería; manual de usuario OsaNAIA. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza, Subdirección de Enfermería; 2013.
2. Arboledas J. Development and Validation of an Instrument to Measure knowledge of family caregivers in pressure ulcer prevention. 2012;27(5):522–36.
3. Australian Wound Management Association-AWMA. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Australia: Australian Wound Management Association; 2012.
4. Baharestani M, Black J, Carville K, Clark M, Cuddigan J, Dealey C, et al. International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context: a consensus document. London: Wounds International; 2010.
5. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. Nurs Res. 1998;47(5):261-9.
6. Braden BJ, Maklebust J. Preventing pressure ulcers with the Braden scale: an update on this easy-to-use tool that assesses a patient's risk. Am J Nurs. 2005; 105(6):70-2.
7. Black JM, Cuddigan JE, Walko MA, Didier LA, Lan- der MJ, Kelp MR. Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. Int Wound J. 2010;7(5):358–65.
8. Elia M. The MUST report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Redditch, United Kingdom: BAPEN, 2003.
9. Carralero MDM, Ríos-Díaz J, Martínez-Fuentes J. Prevención de las úlceras por presión en pacientes terminales e inmovilizados seguidos por el equipo de soporte de atención domiciliaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(5):263–70.
10. Cerdà JCM. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario Empowered patients for greater confidence in the health system. Rev Calid Asist. SECA; 2015;30(1):1–3.
11. Coyer FM, Stotts NA, Blackman VS. A prospective window into medical device- related pressure ulcers in intensive care. Int Wound J. 2014;11(6): 656-64
12. De Haro F, Flores ML. Evaluación de las sesiones educativas a personas cuidadoras realizadas por Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria. Gerokomos. 2012;23(4):156–61.
13. European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd; 2007.

14. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd; 2008. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/433/files/content_9886.pdf
15. European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Preparación del lecho de la herida. Londres: MEP Ltd, 2004. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/452/files/content_9905.pdf
16. Fletcher J. Device related pressure ulcers made easy. Wounds UK. 2012;8(2). Disponible en: http://www.wounds-uk.com/pdf/content_10472.pdf
17. García Fernández FP, Ibars Moncasi P, Martínez Cuervo F, Perdomo Pérez E, Rodríguez Palma M, Rueda López J, et al. Incontinencia y úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos. GNEAUPP nº X. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006.
18. García Fernández FP, Martínez Cuervo F, Pancorbo Hidalgo PL, Rueda López J, Santamaría Andrés E, Soldevilla Agreda JJ, Verdú Soriano J. Desbridamiento de úlceras por presión. Documentos Técnicos. GNEAUPP nº IX. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2005.
19. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Documentos Técnicos. GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014.
20. García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Documentos Técnicos. GNEAUPP nº I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014.
21. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con Úlceras por Presión o riesgo de padecerlas. Valencia. 2012.
22. Grupo de trabajo PEU-UPP Adi!. Recomendaciones para el control de la nutrición en pacientes con riesgo de UPP o con UPP establecida. Vitoria: Osakidetza, Consejería de Salud del Gobierno Vasco; 2015.
23. Gutiérrez A, Ubis A. metodología enfermera y estación clínica de enfermería OsaNAIA. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza, Subdirección de Enfermería; 2013.
24. National Institute for Health and Care Excellence-NICE. Pressure ulcers: Prevention and Management of Pressure Ulcers. NICE Clinical Guideline 179. 2014. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749>

25. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
26. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler. Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Disponible en:
27. <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
28. Lubbers M, Lyder C, Witherow A, Defloor T, Schoonhoven L, Fletcher J, et al. Pressure ulcer classification differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. EPUAP 2005;6 (3)
29. Lucha V, Muñoz B, Fornes M, Garcia M. La cicatrización de las Heridas. Enf Dermatológica. 2008; 3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4606613.pdf>
30. Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Vitoria: Osakidetza, Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2013.
31. Osakidetza. Prevención y cuidados de úlceras por presión [Curso corporativo online]. Vitoria; 2012.
32. Palomar F, Fornes B, Arantón L, Rumbo JM. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. Enf Dermatológica. 2013; 18-19:14-25.
33. Pancorbo Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25 (4): 162-170.
34. Restrepo Medrano JC. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida [Tesis Doctoral]. Universidad de Alicante; 2010. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/40_pdf.pdf

35. Rodríguez Palma M, López Casanova P, García Molina P, Ibars Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos. GNEAUPP nº XIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011.
36. Segovia T, Bermejo M, García JP. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. Gerokomos. 2012; 23(3):37-140.
37. Serrano M, Cervera P, López C, Ribera JM, Sastre A. Guía de alimentación para personas mayores Instituto Danone para la nutrición y la salud. Madrid: ERGON; 2010.
38. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayan JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007;18 (4):201-10.
39. Torra i Bou JE, Rodríguez M, Soldevilla JJ, García FP, Sarabia R, Zabala J et al . Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad: Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). Gerokomos. 2013;24(2):90-94.
40. Ulibarri JJ, Burgos R, Lobo G, Martínez MA, Planas M, Pérez de la Cruz A, Villalobos JL; grupo de trabajo de desnutrición de SENPE. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. Nutr Hosp. 2009;24(4):467-72.
41. Universidad de Cantabria. Gestión Integral e Investigación de las Heridas Crónicas [Máster Universitario]. Santander; 2012.
42. Verdú Soriano J, Perdomo Pérez E. Nutrición y Heridas Crónicas. Serie Documentos Técnicos. GNEAUPP nº XII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011.
43. Zapata MA, Castro L, Tejada R. Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. Enf Global. 2015;8: 325- 34.