

Guía Rápida

Prevención de Lesiones por Presión



M^a Jesús Lanillos de la Cruz

Comisión de Cuidados de la Piel
Gerencia de Área Integrada de Guadalajara



Edición 2024

Texto: M^a Jesús Lanillos de la Cruz
Diseño y maquetación: Carlos Peiró Salgado

© Comisión de Cuidados de la Piel
Gerencia de Área Integrada de Guadalajara
Hospital Universitario de Guadalajara
C/ Donantes de Sangre, s/n
19002 Guadalajara

ISBN: 978-84-09-50508-1

Impreso en España

Todos los derechos reservados.
Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta guía por cualquier medio o procedimiento sin el permiso expreso de los titulares del copyright.

Forma correcta de citar esta guía:

Lanillos de la Cruz, M^a. J. Comisión de Cuidados de la Piel. Gerencia de Área Integrada de Guadalajara. 'Guía Rápida. Prevención de Lesiones por Presión'. Mayo 2023.



Documento reconocido de interés profesional
por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el
Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión
y Heridas Crónicas)

Índice

— Prólogo	6
— Introducción	8
— Niveles de Evidencia y Fuerzas de Recomendación	10

Recomendaciones 15

— Objetivos de la Prevención	16
— Niveles de Prevención	17
— Valoración de Riesgo	18
— Valoración y Cuidados de la Piel	20
— Manejo de la Presión	24
— Nutrición	30
— Programas de Formación	32

Anexos 35

— CHECKLIST Prevención	36
— Decálogo de Prevención	38
— Materiales de Prevención	40
— Qué NO HACER en Prevención	50
— Criterios objetivos para Escala Braden	52
— Resumen Prevención LPP tras Covid - 19	54
— Medidas Específicas en Paciente Pronado	56
— Registros de Prevención BPSO	58
— Tríptico de Recomendaciones a Cuidadores	60
— Epílogo	62
— Bibliografía	64

Prólogo

Cuidar es cuestión de piel, no solo la que tocamos, sino la del alma.

Cuando me dijeron que tenía el honor de escribir este prólogo, reflexioné profundamente sobre qué podía aportar a este compendio de conocimiento, trabajo, esfuerzo y grandes dosis de ilusión.

Indudablemente no podía ser sobre conocimientos científicos.

Brillantes, expertos y excelentes profesionales, con gran competencia en la materia, expondrán con excelencia, los cuidados desde la innovación y la evidencia científica.

Quizá era más gratificante mi humilde aportación a la importancia de cuidar. A la relevancia a mirar a nuestro paciente como lo que es. Una persona con su vida, familia, sueños, necesidades y además, con un problema de salud que debemos intentar prevenir.

Invertir en promoción de la salud, en prevención de la enfermedad o su agravamiento, es una gran inversión. Cualquier lesión de la piel puede ser limitante para la persona.

Imaginemos una lesión en un paciente diabético con una úlcera en su pie que puede dar lugar a la amputación supracondíleo de su pierna. Cambiará de forma impactante, su forma y su manera de vivir.

Una lesión en un paciente oncológico, con exudado difícil de gestionar que hace más complejo el día a día. Esta persona vive con un proceso de altísima complejidad, con un gran coste cualitativo de todo lo intangible.

Podríamos poner muchísimos ejemplos pero son suficientes.

Por eso esta guía habla de oportunidad, habla de utilizar nuestros esfuerzos para que la lesión no se produzca o evitar que empeore. Habla de cuidar con la mirada amplia que habla de Salud y no de Sanidad.

Habla de continuidad asistencial. De formación en excelencia. De criterios de calidad y seguridad. Cuidados, desde los equipos interdisciplinarios, contando con todos los profesionales que apoyen valor al proceso, para que *“la suma multiplique”*.

Ese es el sentido que quisiera plasmar en esas palabras. Porque la esencia y el mejor de los cuidados de las personas, es tratar de que no enfermen.

Sin duda, esta guía es un pequeño tesoro.

Porque tiene el alma de cada uno de los profesionales que han formado parte de su elaboración, aportando el *“mejor valor”*.

Y este debe ser el camino, trabajar por y para las personas con el objetivo de dar la mejor calidad de vida a la esperanza de vida.

Un honor poder aportar un granito de arena a un gran trabajo.

Cuidar es compromiso con las personas.

Cuidar es *“pensar en prevenir”*.

Y así el cuidado se convierte en lo que es, salud.

Ángeles Martín Octavio

Enfermera
Directora General de Atención Primaria

Introducción

El principal objetivo de esta guía es ofrecer una herramienta simplificada para facilitar a los profesionales la integración en su práctica diaria de recomendaciones actualizadas y basadas en la mejor evidencia científica disponible para la prevención de lesiones por presión.

Se ha seleccionado la bibliografía en base a la revisión sistemática de guías de práctica clínica de lesiones por presión, basándonos en las cuatro guías más relevantes en cuanto a calidad de las publicadas entre 2005 y 2020*, con apoyo de otras referencias de interés de diferente consideración. La elección de las recomendaciones se ha realizado guiada por la trascendencia y aplicabilidad en nuestra área, no sólo teniendo en cuenta nivel de evidencia y fuerza de recomendación, aunque también se expone como información adicional.

Como material de apoyo se presentan una serie de anexos que adaptan las recomendaciones a nuestro entorno de trabajo, con el fin de facilitar la formación, incidir en los aspectos más relevantes o poder incluirlos como estrategias de mejora en los programas de prevención.

Esta Guía se revisará por parte de la Comisión de Cuidados de la Piel de la Gerencia de Área Integrada de Guadalajara cada 3 años.

Las Lesiones por Presión (LPP) siguen suponiendo un reto para los sistemas sanitarios por su impacto directo sobre la seguridad del paciente, su elevado coste en recursos materiales y humanos, su repercusión en la calidad de vida de paciente-familia y su elevada prevalencia. Según el 5º Estudio Nacional de Prevalencia de LCRD (lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia) realizado a finales de 2017 por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) la prevalencia de LCRD en unidades de hospitalización de adultos de hospitales públicos españoles fue, globalmente, del 8,7%, siendo las LPP las lesiones más frecuentes, con un 7,0% de prevalencia, tanto las LPP como el resto de LCRD son mayoritariamente nosocomiales, producidas en hospitales y otras instituciones**. En el ámbito de atención primaria la prevalencia de LCRD fue del 6,11%, siendo las LPP las más frecuentes, con un 4,79% de prevalencia ***. Se obtienen resultados similares a estudios anteriores.

Concluyendo que estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de mejorar en programas de prevención, conocimientos y motivación de los profesionales y recursos puestos a su disposición. Con ese mismo propósito se lanza esta guía, con la certeza de que, buscando nuevas formas de llegar a los profesionales, unificando criterios y exponiéndolos de forma sencilla, y trabajando desde la Comisión de Cuidados de la Piel de la Gerencia del Área Integrada de Guadalajara, el Grupo de Trabajo de Prevención de LPP de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUGU (Hospital Universitario de Guadalajara) y el Proyecto para la Implantación de la Guía BPSO de Valoración de Riesgo y Prevención de Lesiones por Presión, conseguimos mejorar los cuidados de nuestros pacientes previniendo las lesiones por presión, evitables en más del 95% de los casos.

M^a Jesús Lanillos de la Cruz

Comisión de Cuidados de la Piel
Gerencia de Área Integrada de Guadalajara

* Gillespie BM, Latimer S, Walker RM, McInnes E, Moore Z, Eskes AM, Li Z, Schoonhoven L, Boorman RJ, Chaboyer W. **The quality and clinical applicability of recommendations in pressure injury guidelines: A systematic review of clinical practice guidelines.** *Int J Nurs Stud.* 2021 Mar;115:103857. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103857. Epub 2020 Dec 23. PMID: 335087

** Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Pérez-López, C., & Soldevilla Agreda, J. J. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos*, 30(2), 76-86.

*** García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J. E., Soldevilla Agreda, J. J., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2019). Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. *Gerokomos*, 30(3), 134-141.

Niveles de Evidencia y Fuerzas de Recomendación

1 - Guía Europea Internacional

Niveles de Evidencia	
<ul style="list-style-type: none">▪ Más de 1 estudio de nivel 1 de alta calidad que proporcionan evidencia directa.▪ Conjunto de evidencias consistentes.	A
<ul style="list-style-type: none">▪ Estudios de nivel 1 de calidad moderada o baja que proporcionan evidencia directa.▪ Estudios de nivel 2 de calidad alta o moderada que proporcionan evidencia directa.▪ La mayoría de los estudios tiene resultados consistentes y las inconsistencias se pueden explicar.	B1
<ul style="list-style-type: none">▪ Estudios de nivel 2 de baja calidad que proporcionan evidencia directa.▪ Estudios de nivel 3 o 4 (de cualquier calidad) que proporcionan evidencia directa.▪ La mayoría de los estudios tiene resultados consistentes y las inconsistencias se pueden explicar.	B2
<ul style="list-style-type: none">▪ Estudios de nivel 5 (evidencia indirecta) por ej. Estudios en personas sanas, en personas con otros tipos de heridas crónicas, en modelos animales▪ Conjunto de evidencias con inconsistencias que no pueden ser explicadas, reflejando una genuina incertidumbre sobre el tema	C
<ul style="list-style-type: none">▪ Declaraciones de Buenas Prácticas: declaraciones que no están apoyadas por un conjunto de evidencias como las citadas anteriormente, pero que el GOA ha considerado que son significativas para la práctica.	DBP

Grados de Recomendación

<ul style="list-style-type: none"> Recomendación positiva fuerte: Hacer. 	↑↑
<ul style="list-style-type: none"> Recomendación positiva débil: Probablemente hacer. 	↑
<ul style="list-style-type: none"> Sin recomendación específica. 	↔
<ul style="list-style-type: none"> Recomendación negativa débil: Probablemente no hacer. 	↓
<ul style="list-style-type: none"> Recomendación negativa fuerte: No hacer. 	↓↓

2- Guía Canadiense RNAO

Niveles de Evidencia

<ul style="list-style-type: none"> Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados. 	Ia
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado. 	Ib
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado. 	IIa
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasiexperimental, no aleatorizado. 	IIb
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos. 	III
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia obtenida de la opinión o de los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades. 	IV

Niveles de Evidencia y Fuerzas de Recomendación

3 - Guía Nice Londres

No relaciona las recomendaciones con niveles de evidencia, sí documenta la calidad de todos los estudios al respecto (ver documento).

4 - Guía KCE Belga

Tabla 1 - Niveles de Evidencia según el sistema GRADE

DEFINICIÓN	CALIDAD METODOLÓGICA DE LA EVIDENCIA DE APOYO	NIVEL DE CALIDAD
<ul style="list-style-type: none">▪ Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se aproxima al de la estimación del efecto.	<ul style="list-style-type: none">▪ ECA sin limitaciones importantes o evidencia abrumadora de estudios observacionales.	ALTO
<ul style="list-style-type: none">▪ Confiamos moderadamente en la estimación del efecto: es probable que el verdadero efecto esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.	<ul style="list-style-type: none">▪ ECA con limitaciones importantes (resultados inconsistentes, fallas metodológicas, indirectas o imprecisas) o evidencia excepcionalmente fuerte de estudios observacionales.	MODERADO
<ul style="list-style-type: none">▪ Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente a la estimación del efecto.	<ul style="list-style-type: none">▪ ECA con limitaciones muy importantes o estudios observacionales o series de casos.	BAJO
<ul style="list-style-type: none">▪ Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.	<ul style="list-style-type: none">▪ ECA con limitaciones muy importantes o estudios observacionales o series de casos.	MUY BAJO

Tabla 2 - Fuerza de las Recomendaciones según el sistema GRADE

DEFINICIÓN	CALIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los efectos deseables de una intervención superan claramente a los efectos indeseables (la intervención se va a poner en práctica), o los efectos indeseables de una intervención superan claramente a los efectos deseables (la intervención no se va a poner en práctica). 	FUERTE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los efectos deseables de una intervención probablemente superen los efectos indeseables (probablemente la intervención deba ponerse en práctica), o los efectos indeseables de una intervención probablemente superen los efectos deseables (probablemente la intervención no deba ponerse en práctica). 	DÉBIL

Recomendaciones

Guía Rápida

Prevención de Lesiones por Presión

Comisión de Cuidados de la Piel
Gerencia de Área Integrada de Guadalajara



Objetivos de la Prevención



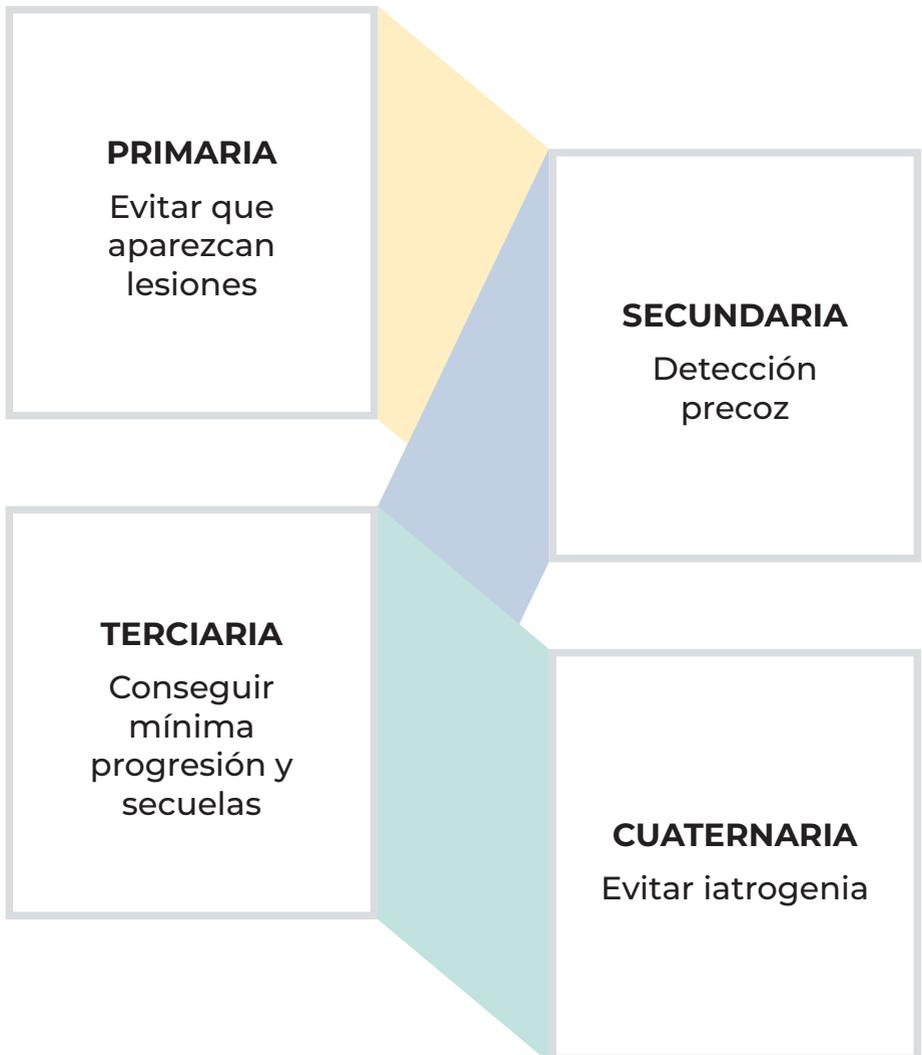
Reducir la incidencia, complicaciones, dolor, duración del tratamiento y gasto sanitario.

**IDENTIFICAR Y VALORAR
FACTORES DE RIESGO**

**EVITAR QUE LAS LESIONES
PROGRESEN**

**MANTENER Y MEJORAR LA
TOLERANCIA DE LA PIEL**

Niveles de Prevención



Valoración de Riesgo

- Permite la **aplicación precoz de medidas preventivas**.
- Todos los pacientes están potencialmente en riesgo de desarrollar una lesión por presión (LPP).
- El uso de escalas de valoración validadas servirá como **criterio objetivo para la asignación de recursos**.

VALORACIÓN DE RIESGO	NE	FR
<p>Utilizar una escala validada de valoración de riesgo, como Braden 1, 2, 3, 4 al ingreso, si es posible desde primer contacto con el paciente 1, si no en las primeras 24h (preferible en las primeras 8h tras el ingreso).</p>	DBP III	
<p>Evaluar a intervalos periódicos en función del riesgo:</p> <p> cada 24h riesgo alto cada 72h riesgo moderado cada 7 días riesgo bajo </p> <p>y de la rapidez de los cambios en el estado del paciente.</p>	DBP	
<p>Braden (2001) recomienda también que se valore a distintos tipos de pacientes según la siguiente programación: UCI diariamente, unidades médicas y quirúrgicas generales cada 2 días 1, reevaluar siempre que haya un cambio en la situación del paciente 2.</p>		
<p>Realizar una valoración completa de la piel en cada valoración de riesgo 1, 2, 4.</p>	DBP BAJO	FUERTE

VALORACIÓN DE RIESGO	NE	FR
Considerar a los pacientes con una LPP, de cualquier categoría, pacientes de riesgo de padecer más 1 .	C	↑
Utilizar un enfoque estructurado : complementar la valoración del riesgo con escala con el uso del juicio clínico (el conocimiento de los factores de riesgo relevantes 2 intrínsecos y extrínsecos no identificados con la herramienta de valoración de riesgo) acompañado de la valoración completa de la piel 1, 2, 3, 4 .	III BAJO DBP	FUERTE
Los factores de riesgo más importantes son la inmovilidad , la incontinencia , el déficit nutricional y el deterioro cognitivo . Otros factores a tener en cuenta que pueden predisponer son la edad, medicación (inmunosupresores, benzodiazepinas, inotrópicos...) trastornos en el transporte de oxígeno, pérdidas sensitivas, sujeción mecánica, dispositivos sanitarios, entorno social, formación inadecuada, falta de recursos preventivos, hábitos tóxicos 2 . Considerar los siguientes factores de riesgo adicionales en pacientes críticos: estancia, ventilación mecánica, uso de vasopresores, puntuación escala APACHE II 1 .	DBP	
Cumplimentar registro : documentados en la valoración inicial y en las continuadas 2, 3 .	IV	
Realizar valoraciones del riesgo iniciales y continuadas para planificar las estrategias en todos los sectores del sistema de salud 2 .	IV	

Valoración y Cuidados de la Piel

VALORACIÓN DE LA PIEL	NE	FR
<p>Examinar al menos una vez al día, minuciosamente de cabeza a pies 2 y tras procedimientos prolongados que impliquen reducción de movilidad.</p> <p>Observar especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prominencias óseas y puntos de apoyo, sacro-coxis y talón son las localizaciones de LPP más frecuentes 1, 3. ▪ Zonas con lesiones anteriores 1. ▪ Zonas de exposición a humedad constante 1. ▪ Zonas con dispositivos terapéuticos, inspección alrededor y debajo, al menos dos veces al día valorar más frecuente en individuos vulnerables a cambios en el balance de líquidos o edemas 1, 2. ▪ Signos de alarma cutáneos (sequedad, lesiones, eritema 1, maceración, calor 1, 3, edema, induración). 	<p>la</p> <p>la</p> <p>DBP</p> <p>B2</p> <p>la</p> <p>A DBP</p>	<p></p> <p></p> <p>↑↑</p> <p>↑↑</p>
<p>Prestar especial atención a los pacientes evaluados de alto riesgo, llevar a cabo exploración por parte de personal especializado, acompañar de palpación 3.</p> <p>Realizar la valoración integral de piel y tejidos en los pacientes de riesgo lo antes posible, con cada valoración de riesgo y antes del alta 1.</p>	<p>DBP</p>	<p></p>

VALORACIÓN DE LA PIEL	NE	FR
<p>Valorar el dolor localizado como parte de cada valoración de la piel 1, 2, 3.</p> <p>Realizar valoración integral del dolor en personas con LPP 1.</p>	IV B1	↑↑
<p>Valorar el impacto del dolor que puede reducir la movilidad 2.</p>	IV	
<p>Monitorizar el grado de dolor de manera frecuente utilizando una herramienta validada 2.</p>	IV	
<p>Tener en cuenta también el riesgo de lesión debido a la pérdida de sensibilidad y la capacidad de percibir el dolor y responder a él 2.</p>	IV	
<p>Elaborar un plan de cuidados teniendo en cuenta comodidad y calidad de vida del paciente 2.</p>	IV	
<p>Identificar y describir todas las LPP utilizando un lenguaje estandarizado 1 como el sistema de clasificación de las lesiones por presión de la <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> y del <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i> 2.</p> <p>Diferenciar las LPP de otro tipo de heridas y comprobar que existe consenso clínico sobre la clasificación 1.</p>	IV DBP	

Valoración y Cuidados de la Piel

CUIDADOS DE LA PIEL	NE	FR
Realizar higiene diaria con agua tibia y jabón neutro 1, 2.	B2	↑
Se recomienda el uso de toallitas o manoplas de limpieza ya que reducen la fricción y la aparición de lesiones cutáneas. Se recomienda el uso de paño suave o spray de limpieza 2.	III	
Minimizar presión y fricción de la piel durante el lavado y el secado 1, 2. Especial atención en pliegues.	DBP	
Mantener la piel limpia y adecuadamente hidratada 1.	B2	↑↑
No utilizar soluciones que contengan alcohol 1.	B2	↑
Evitar masajes sobre prominencias óseas y zonas enrojecidas 1, 2, 3, 4.	IIb DBP MUY BAJO	FUERTE
Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) sólo en las zonas de riesgo de presión o fricción y extender suavemente 2.	IIb	
Valorar y controlar las causas de exceso de humedad: incontinencia, sudoración, drenajes, exudado, fiebre, salivación excesiva.		

CUIDADOS DE LA PIEL	NE	FR
<p>Realizar programas de vigilancia y cambios de absorbentes y programar cambios de ropa complementarios. Mantener la ropa de cama siempre limpia, seca y sin arrugas.</p> <p>Limpia la piel inmediatamente tras cada episodio de incontinencia 1.</p>	B2	↑↑
<p>Utilizar productos para el control de la humedad de alta absorción en personas con lesiones por presión o riesgo de presentarlas en caso de incontinencia 1.</p>	B2	↑
<p>Considerar el impacto de los productos para la incontinencia sobre la presión, fricción y fuerzas de cizalla y utilizar el mínimo número de capas o cantidades 2.</p>	B2	↑
<p>Utilizar agentes tópicos que bloqueen la humedad 2, productos barrera para proteger la piel de humedad y adhesivos (cremas con base de zinc o películas barrera) 1, 3.</p>	IV B2	↑

Manejo de la Presión

MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES	NE	FR
Estimular la actividad y movilidad: movilización precoz 1. Determinar la razón si se debe guardar reposo 2.	C III	↑
Levantar al sillón en cuanto sea posible, aumentando gradualmente tiempo de sedestación 1.	BI	↑
Proporcionar dispositivos que ayuden al individuo en sus movimientos y a la deambulaci3n de forma independiente 2.	IV	
Realizar cambios posturales a todas las personas en riesgo de desarrollar, o con LPP existentes, a menos que est3 contraindicado 1.	BI	↑↑
Establecer protocolo de cambio de posici3n y adaptarlo en funci3n de la evaluaci3n individual 4.	MUY BAJO	FUERTE
Cambiar de posici3n a los enfermos cr3ticos inestables empleando giros lentos y graduales 1. Realizar frecuentes y peque1os cambios de postura en aquellos pacientes cr3ticos demasiado inestables 1.	DBP C	↑
Programar cambios posturales, por lo menos cada dos horas , se deben aplicar lo antes posible si se ha detectado riesgo en la valoraci3n 1, 2.	Ia IV	

MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES	NE	FR
Realizar cada 4 horas cuando se utilice una superficie para el manejo de presión o según lo requiera el paciente, rotación programada e individualizada 1, 2.	Ia B1 ↑↑	
Evitar colocar sobre áreas de eritema o úlceras por presión, en personas con lesión por presión isquiática o sacra, sopesar el beneficio de periodos de descanso en cama 1.	DBP	
<p>En sedestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Limitar el tiempo que el paciente de riesgo pasa sentado sin superficie de alivio de presión. ■ Seleccionar una posición reclinada con piernas elevadas 1. ■ Enseñar y animar al paciente autónomo a hacer cambios posturales 1, (cambios de distribución del peso corporal) o ejercicios isométricos (pulsiones) cada 15 minutos 2. ■ Reposicionar, si el paciente no es capaz de forma autónoma, al menos cada hora 2, 3. <p>En caso de no ser posible seguir las recomendaciones, retornar a la cama.</p>	B2 IV C IV	↑ ↑
Evitar fricciones y arrastres en las movilizaciones 1, deben hacerse con ayuda de dispositivos que levanten al paciente (sábana o grúa) 2 y personal suficiente.	B2 Ib	↑
Mantener la alineación corporal, la distribución del peso, el equilibrio y la estabilidad 2.	IV	

Manejo de la Presión

MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES	NE	FR
<p>Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado, en función de las restricciones y condiciones médicas 1, 2.</p> <p>Conseguir mínima elevación del cabecero, máximo 30 grados, mínimo tiempo.</p> <p>Elevar cabecero en alimentación con SNG, ventilación mecánica, problemas respiratorios, disfagia, insuficiencia cardíaca...</p>	<p>B1</p> <p>IV</p>	<p>↔</p>
<p>Girar máximo 30 grados en ambos decúbitos laterales para evitar la colocación directa sobre el trocánter 1, 2, 4.</p>	<p>C</p> <p>IV</p> <p>MUY BAJO</p>	<p>↑</p> <p>FUERTE</p>
<p>Registrar los regímenes de cambios posturales 3 además de frecuencia y posiciones, tolerancia y la evaluación de resultados 1, 4.</p>	<p>B2</p> <p>MUY BAJO</p>	<p>↑</p> <p>FUERTE</p>

SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE PRESIÓN Y DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN

NE FR

Situar a **todos los pacientes de riesgo** en una superficie especial de manejo de presión (SEMP), nunca sobre colchones convencionales [2, 3, 4](#).

Considerar las **SEMP** como un **material complementario** que no sustituye al resto de los cuidados, movilización y cambios posturales.

la
MUY BAJO
↑
FUERTE

Basar la elección de una superficie especial en el riesgo del paciente que determine la escala utilizada y la evaluación general del individuo [4](#).

Utilizar una superficie estática en los pacientes con lesiones medulares graves, en primer término.

MUY BAJO
FUERTE

Utilizar dispositivos de alivio de presión para las superficies de asiento, tipo cojín de asiento que redistribuya la presión si movilidad reducida [1, 2, 3](#).

Recordar que en el paciente con riesgo medio o alto se deberá utilizar un **cojín especial** mientras esté en sedestación, **especialmente si no son capaces de reposicionarse** [1, 2](#).

DBP
IV
BI
↑

Manejo de la Presión

SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE PRESIÓN Y DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN	NE	FR
<p>No utilizar dispositivos en forma de anillo o aquellos que localicen la presión en otras zonas 2.</p> <p>Evitar flotadores o rodetes.</p>	IV	
<p>Poner los pies del paciente sobre un reposapiés cuando estos no lleguen a tocar el suelo 7, y utilizar reposabrazos o almohadas 7 durante la sedestación.</p>	B2	↑
<p>Usar dispositivos de DESCARGA que mitiguen al máximo la presión directa sobre las prominencias óseas (almohadas, cuñas de espuma) 2 y sobre dispositivos TERAPEÚTICOS 7, no apoyar nunca directamente sobre ellos 3, 5 Recordar hacerlo también en sedestación.</p> <p>Limitar la ropa y almohadas sobre la cama 7.</p>	IV	
<p>Utilizar un apósito de espuma de silicona suave de varias capas para proteger la piel de las personas en riesgo de lesiones por presión 7.</p>	B2	↑
<p>Colocar apósitos preventivos por debajo de los dispositivos clínicos 7.</p>	B1	↑
<p>Considerar una prioridad el alivio de presión en talones y en occipital y la posibilidad del uso de espumas de poliuretano con silicona como dispositivo de prevención, también en sacro, en especial cuando esté contraindicada la realización de cambios posturales y el paciente vaya a permanecer en decúbito supino de manera prolongada.</p>	B1	↑

SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE PRESIÓN Y DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN

NE FR

Descargar los talones de presión en todas las posiciones, si no es posible, se debe documentar la razón [2, 3](#); se recomiendan dispositivos que liberen los talones combinado con colchón de alivio de presión [4](#).

Los talones deben ser monitorizados y se deben aplicar estrategias de prevención [2](#).

- La descarga de presión debe ser completa, de tal manera que distribuya el peso de la pierna **a lo largo del gemelo** sin presionar el tendón de Aquiles ni la vena poplítea [1, 2](#).
- Mantener las rodillas con **leve flexión** (5-10 grados) [1](#).
- Considerar un dispositivo que también evite el **pie equino** [1](#).
- Utilizar un apósito de forma preventiva como complemento a la descarga del talón [1](#),

Si se utilizan sistemas de alivio local de presión, **no utilizar vendajes almohadillados**, en el caso de los talones las **espumas de poliuretano son más efectivas** para aliviar la presión que la protección tradicional con algodón y venda y permite la **inspección diaria** de la piel.

No utilizar materiales de prevención sin evidencia sobre su utilidad: pieles sintéticas de cordero, guantes rellenos de agua, sueros...

II	FUERTE
MUY BAJO	
B1	↑↑
B1	↑

Nutrición

El estadio de LPP, el riesgo de aparición y la dificultad de cicatrización **2** tiene una **correlación con el déficit nutricional**, especialmente con el **aporte proteico y los niveles de albúmina**.

NUTRICIÓN	NE	FR
<p>Aplicar una valoración de la nutrición y la hidratación con las intervenciones apropiadas al ingreso y siempre que cambie el estado del paciente 2.</p> <p>Realizar cribado nutricional a todas las personas en riesgo de LPP 1.</p>	<p>III</p> <p>B1</p>	<p></p> <p>↑↑</p>
<p>Realizar valoración nutricional a las personas en riesgo de desnutrición según el cribado y a los que presenten LPP 1.</p> <p>Utilizar instrumentos de valoración del riesgo nutricional como el Mini Nutritional Assessment (MNA), son más rápidos y rentables que los parámetros antropométricos o bioquímicos.</p>	<p>B2</p>	<p>↑↑</p>
<p>Garantizar la hidratación en las personas con LPP o riesgo de presentarlas 1, mediante una correcta ingesta de líquidos 2 (30 cc de H₂O/kg/día) en caso de ser compatible con los objetivos de cuidados y condiciones clínicas 1.</p>	<p>DBP</p>	<p></p>
<p>Adaptar la dieta a las necesidades individuales garantizando la adecuada ingesta de nutrientes. Optimizar la ingesta calórica y de proteínas en los pacientes de riesgo 1.</p>	<p>B2</p>	<p>↑↑</p>

NUTRICIÓN	NE	FR
<p>Proporcionar 30-35/Kcal por Kg de peso en individuos adultos con LPP y valorados con riesgo de desnutrición 1.</p>	B1	↑
<p>Proporcionar entre 1,2 y 1,5 g de proteínas por Kg de peso corporal por día a los adultos con lesiones por presión y que estén desnutridos o en riesgo de estarlo 1.</p>	B1	↑↑
<p>No administrar de forma rutinaria suplementos nutricionales sin hacer diagnóstico del estado nutricional 3, 4.</p>	MUY BAJO	FUERTE
<p>Ofrecer suplementos a los adultos en riesgo de desarrollar LPP que estén desnutridos o en riesgo de estarlo en caso de no cubrir sus necesidades con la ingesta normal 1.</p>	C	↑
<p>Ofrecer suplementos a los adultos que presenten LPP que estén desnutridos o en riesgo de estarlo en caso de no cubrir sus necesidades con la ingesta normal 1.</p>	B1	↑↑
<p>Proporcionar suplementos alimenticios orales o fórmula enteral que sean ricos en calorías y proteínas, arginina, zinc y antioxidantes a los adultos con una LPP de categoría/estadio II o superior que estén desnutridos o en riesgo de estarlo.</p>	B1	↑

Programas de Formación

PROGRAMAS DE FORMACIÓN	NE	FR
Elaborar planes de formación flexibles, evaluables, estructurados, organizados, integrales 2 y multifactoriales 1 . Incluir la siguiente información:	IIb B2	↑↑
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etiología y factores de riesgo 2. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de herramientas de valoración de riesgo 2, precisa y fiable. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración de la piel. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clasificación de las LPP 2 según sistema internacional NPUAP y EPUAP de clasificación 1. 	IIb DBP	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diferenciación de UPP de otro tipo de heridas 1, 2. 	IIb DBP	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección y utilización de dispositivos de manejo de la presión 2. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo e implantación de programas individualizados de cuidados de la piel 2. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demostración de cambios posturales y técnicas 2. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Roles y responsabilidades de los miembros del equipo 2. 	IIb	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación e implicación de los clientes y familia en el plan de cuidados 1, 2. 	IIb DBP	

PROGRAMAS DE FORMACIÓN	NE	FR
Actualizar la formación de forma periódica en base a la nueva evidencia y tecnología 2 .	III	
Dirigir los programas formativos a todos los niveles de atención sanitaria 2 .	III	
Evaluar el conocimiento que tienen los profesionales sanitarios sobre las lesiones por presión para facilitar la implementación de programas de formación y mejora de la calidad 1 .	B1	↑↑
Integrar las evaluaciones en los programas formativos siguiendo una temporalidad, por ejemplo, anualmente 2 .	IIb	

Anexos

Guía Rápida

Prevención de Lesiones por Presión

Comisión de Cuidados de la Piel
Gerencia de Área Integrada de Guadalajara



CHECKLIST

Prevención

	SÍ	NO
Valoración de riesgo al ingreso (Braden primeras 24h).		
Examen diario de la piel (prominencias, signos de alarma...).		
Inspección cada 12h alrededor de dispositivos terapéuticos .		
Medidas de reducción de humedad (absorbentes, cambios...).		
AGHO sólo en zonas de riesgo (prominencias) sin fricción.		
Productos barrera (óxido de zinc o spray protector cutáneo) en zonas de exposición a humedad.		
Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas (revisar y estirar sábanas por turno).		
Movilización precoz del paciente, sedestación precoz.		
Indicación de recolocarse cada 15 min en sillón (paciente autónomo).		
Recolocar cada hora en sillón (paciente no autónomo).		
Cojín neumático (SEMP) en sedestación (si riesgo UPP).		
Otros dispositivos en sillón, reposabrazos, reposapiés (almohadas, evitar siempre rodetes).		

	SÍ	NO
Talones siempre descargados de presión.		
Almohada que abarque todo el gemelo sin presionar tendón .		
Prevención de pie equino con ayuda de almohadas u otros dispositivos.		
Protección de talón: tipo talonera o apósito de espuma de poliuretano (evitar vendajes de protección).		
Movilización sin arrastrar (con ayuda de sábana, personal suficiente).		
Cabecero máximo 30° , salvo situaciones especiales.		
Cambios posturales si riesgo, rotación programada e individualizada.		
Cambios posturales cada 2h o cada 4h si SEMP .		
Decúbitos laterales máximo 30°.		
Superficies especiales de manejo de presión (SEMP) si existe riesgo.		
Se mantienen resto de medidas preventivas con SEMP .		
Dieta individualizada que garantiza correcto aporte nutricional y aporte hídrico correcto si no hay restricción.		

Decálogo de Prevención



1

Valorar la piel del paciente, de cabeza a pies, de forma sistemática.

- Utilizar escalas validadas.
- Lenguaje estandarizado.
- Documentar resultados de la valoración.

2

Realizar un plan de cuidados con un enfoque interdisciplinar.

3

Disminuir fuerzas de presión, fricción y cizalla. Iniciar precozmente cambios posturales.

4

Mantener talones descargados de presión en todas las posiciones.

5 Usar correctamente las técnicas de cambios posturales y traslados y los dispositivos para reducir la fricción y cizalla.

6 Evitar masaje sobre prominencias óseas.

- 7** Mantener la integridad de la piel.
- Garantizar hidratación del paciente.
 - Evitar el agua caliente y usar productos de higiene no agresivos.
 - Minimizar presión y fricción sobre la piel en el aseo.
 - Hidratar la piel y esperar a que se absorba el producto completamente.
 - Utilizar barreras protectoras tópicas, películas de protección de lípidos.
 - Utilizar el mínimo número de empapadores, pañales... y cambiar con frecuencia para mantener seco.
 - No usar colonias ni alcoholes.

8 Valorar carencias nutricionales.

9 Llevar a cabo programas de formación para la Prevención de LPP.

10 Monitorizar y documentar las intervenciones y sus resultados.

Autora: Yolanda Granda Miranda

Fotografía: Abel López Lanillos

Materiales de Prevención

AGHO

Composición

Ácidos grasos hiperoxigenados. No contiene látex.

Indicaciones y Propiedades

Indicado en la **prevención** y tratamiento de LPP de **categoría I**.

Los ácidos grasos hiperoxigenados que integran su formulación, obtenidos por un particular proceso de hiperoxigenación.

- Favorecen **la renovación de las células** epidérmicas mejorando la resistencia de la piel y facilitando la cicatrización.
- Restaura el film hidrolipídico **evitando la deshidratación** cutánea.
- Crean una **barrera antimicrobiana** que protege la zona de agentes externos y **mejoran la microcirculación** sanguínea.
- **Evitan el daño** causado por un aumento de los **radicales libres**, gracias a su actividad **antioxidante**.

Mejora la **elasticidad** y tonicidad cutánea, es preventivo y **normalizante de eritemas** y tiene una actividad **lenitiva y dermatoprotectora**.

Fácil aplicación y rapidez de acción.

Modo de Empleo

Después de haber efectuado la limpieza habitual, aplicar **2 o 3 veces al día**, sobre las zonas de riesgo o afectadas, extendiendo el producto **con las yemas de los dedos**. Para esta operación se aconseja el uso de guantes.

Acompañar el uso de AGHO de cambios posturales y otras prácticas de prevención puede evitar la formación de úlceras en la piel.



Precauciones de Uso

Es de uso externo.

No usar pasados 12 meses de apertura, ni excedida la fecha de caducidad.

Materiales de Prevención

Protectores Cutáneos

ÓXIDO DE ZINC

Acción

Desecante, astringente, reductora suave y queratoplástica.



El zinc constituye un oligoelemento que se encuentra prácticamente en la totalidad de las células. El óxido de zinc ($O_2 Zn$), formulado en crema, pasta, ungüento, pomada o aceite, es uno de los compuestos más conocidos por su acción como **protector y reparador cutáneo**.

Modo de Empleo

Aplicar **sobre zonas sobreexpuestas a humedad** para evitar lesiones cutáneas por humedad y disminuir el riesgo de lesiones por presión. Aplicar **en los bordes perilesionales** de las LPP con aspecto macerado.

Retirar siempre con productos oleosos. Evitar intentos de retirada con agua.

Existe evidencia de una adecuada protección de la piel del exceso de humedad con cremas barrera a base de óxido de zinc, siendo recomendable su uso en **piel integra** y con una concentración no inferior al 10 % de óxido de zinc.

No debemos utilizar óxido de zinc como producto barrera si existe sospecha de **signos de infección** en la piel.

Protectores Cutáneos

Películas Barrera No Irritantes (PBNI)

Acción

Película Barrera No Irritante (PBNI) es un apósito en forma de **solución líquida de polímeros** que cuando se aplica sobre la piel sana o dañada, forma una película uniforme, **transpirable e impermeable a líquidos** que actúa como **barrera protectora** frente a fluidos orgánicos, exudado de heridas, adhesivos de productos médicos y la fricción.

Indicaciones

Los PBNI contribuyen a **mantener la integridad** de la piel y favorece el proceso de reparación y **cicatrización**. Está indicado en la protección de la **piel perilesional** en heridas muy exudativas, como barrera frente a la humedad en pacientes con incontinencia y bajo cualquier dispositivo médico con adhesivo.

En pacientes con incontinencia, la inclusión de PBNI como parte de un protocolo de cuidados de la piel ha demostrado en la práctica que reduce la incidencia lesiones por humedad y de lesiones por presión. La protección de la piel perilesional en lesiones crónicas exudativas tiene un efecto favorable que se evidencia en la desaparición del eritema, la reducción del tamaño de las lesiones (aplicar en bordes).

Se puede aplicar sobre la **piel lesionada**.



Materiales de Prevención

ABSORBENTES y SUPERABSORBENTES

Descripción

Productos para el control de la humedad. Compuestos por celulosa, hipoalergénicos.

Los **empapadores superabsorbentes** son transpirables, multicapa, no tejida y ultrasuave, contienen polímero superabsorbente, que bloquea la humedad y el olor. Este polímero deja la lámina seca y cómoda al contacto con la piel del paciente.



Modo de Empleo

Colocar el mínimo número de capas o dispositivos de control de la humedad, evitar arrugas. Controlar la saturación del producto.

En absorbentes convencionales serán precisos cambios frecuentes. En superabsorbentes será posible espaciar los cambios.



Superficies Especiales de Manejo de Presión **SEMP**

En los **pacientes de riesgo** se deben utilizar **SEMP** dinámicas.

Deben ser de **celdas grandes**.

Frecuencia de inflado cada **20-25 minutos**.

Se deben **adaptar al peso** del paciente (ver indicaciones de fabricante sobre peso máximo), tenerlo en cuenta en paciente pediátrico.

Está **contraindicado su uso en pacientes con lesión medular**.

Su uso permite únicamente espaciar los cambios posturales, pero no debe sustituir a ninguna de las medidas preventivas que se deben realizar en el paciente de riesgo o con LPP presente.



Materiales de Prevención

Dispositivos de Manejo de Presión

DMP - Cojín Neumático de Asiento y de Aire Alternante

Reparte el peso y por tanto la presión. Se debe utilizar en todos los **pacientes de riesgo** durante la sedestación.

Colocar sobre la superficie de asiento.

En **cojín neumático**: conseguir una presión de inflado que consiga que las dos superficies horizontales del cojín no se toquen bajo las prominencias óseas. Esta presión de inflado dependerá del peso principalmente. Cuanto menor sea el **área de contacto**, menor capacidad de redistribuir la presión, y una correcta presión de inflado **aumenta la superficie de contacto** y **disminuye la presión** en prominencias óseas.



En **cojín de aire alternante**: seleccionar peso, frecuencia de inflado y asegurar carga.

Evitar las arrugas en la superficie de la funda.



Dispositivos de Manejo de Presión

DMP - Almohadas y Cuñas

Descripción

Deben mantener su forma **adaptándose** a la forma del cuerpo para repartir el peso.

Deben ser fácilmente **limpiables** con los productos de desinfección habitual.

Son dispositivos de ayuda para **liberar presiones** en prominencias óseas y dispositivos sanitarios, **repartir el peso** del cuerpo y mantenimiento de la **postura**.



Modo de Empleo

Su resultado depende de su **correcta colocación**, que consiga liberar presiones y correcta alineación corporal. En decúbitos laterales mantener los 30 grados de inclinación, para liberar talones que reparta la presión en todo el gemelo sin presionar el tendón de Aquiles.



Evitar arrugas en las fundas.

Son útiles tanto en **cama** como en **sedestación**.

Materiales de Prevención

Taloneras y Apósitos de Espuma de Poliuretano

Descripción

Los apósitos de espuma (foam) de poliuretano, también reciben el nombre de Hidrocelulares, Hidropoliméricos e Hidrocapilares.

En **talones**, se recomienda utilizar sistemas de protección local ante la presión mediante los apósitos hidrocelulares o taloneras de espuma de poliuretano.

Su uso **reduce 13 veces el riesgo** de LPP en los talones.

Valorar el uso de espumas como prevención también en sacro y bajo dispositivos sanitarios.



Modo de Empleo

Se colocará sobre los talones **ajustándolo** bien sin comprimir, en caso de los apósitos con adhesivo de silicona **aplicar calor** con la mano para que se adhiera, evitar arrugas.

Levantar al menos una vez al día para **inspección de la piel**, valorar aplicación de **AGHO** y volver a colocar.

Se recomienda mantener el mismo dispositivo mientras permanezca adherido e íntegro hasta un máximo de 72h.



Permisos e imágenes cedidas por:

Alfasigma®, Convatec®, ReigJofre®, Braun®, Mönlyke® y Coloplast®

Qué

NO HACER

en Prevención

NO utilizar escalas que no estén validadas

NO utilizar **cojines redondos cerrados** (flotador o rodete) como superficie de asiento

NO utilizar materiales de prevención **sin evidencia**

NO efectuar **masajes** en la piel sobre prominencias óseas

NO incorporar o elevar el cabecero de la cama con **más de 30 grados** de inclinación

NO situar al paciente en decúbito lateral con una inclinación **superior a 30 grados**

NO aplicar sobre la piel cualquier producto que contenga **alcohol**

NO utilizar **colchón estándar** en pacientes de riesgo

NO sentar a pacientes en situación de riesgo o lesiones si no tienen capacidad de reposicionarse y/o **sin una SEMP** de asiento adecuada

NO **arrastrar** a las personas al reposicionarlas o al transferirlas de una superficie a otra

NO apoyar al individuo directamente sobre **dispositivos clínicos**

NO colocar o retirar un absorbente o cuña del paciente utilizando **fuerzas de arrastre**

NO tratar de retirar los restos de cremas o pomadas con **óxido de Zinc mediante agua**

NO utilizar en pacientes incontinentes **doble absorbente**

Interpretación objetiva

Braden

1

Percepción Sensorial

LIMITACIÓN COMPLETA

- No responde
- Sedación
- No responde a dolor

Humedad

CONSTATEMENTE HÚMEDA

- Siempre mojado

Actividad

CAMA

Movilidad

LIMITACIÓN COMPLETA

Nutrición

MUY POBRE

- Ninguna comida completa (<1/3 ración)
- Proteínas (<2 porciones)
- Poco líquido
- No suplemento
- Sin vía oral ni suero IV + de 5 días

Fricción y Deslizamiento

ES UN PROBLEMA

- Asistencia **máxima**-moderada
- **Imposible** movilizar sin arrastrar
- Frecuentes **deslizamientos**
- Fricción casi constante

OTROS FACTORES A TENER EN CUENTA

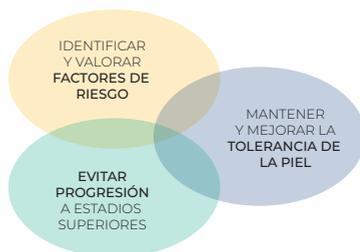
Edad, medicación, problemas del transporte de O₂, sujeción mecánica, dispositivos sanitarios, entorno social, formación inadecuada, falta de recursos, hábitos tóxicos...

VER ESCALA BRADEN ORIGINAL

2	3	4
<p>MUY LIMITADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sólo responde a dolor ■ No comunica disconfort 	<p>LEVEMENTE LIMITADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Responde a órdenes ■ No siempre comunica disconfort 	<p>NO ALTERADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sin ningún déficit sensorial
<p>MUY HÚMEDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambio de sábana por turno 	<p>OCASIONALMENTE HÚMEDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambio de sábana cada 12 h 	<p>RARAMENTE HÚMEDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambio de sábana cada 24 h
<p>SILLA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ No camina ni se pone de pie 	<p>CAMINA OCASIONALMENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Distancias cortas ■ Más tiempo en silla o en cama 	<p>CAMINA FRECUENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Al menos 2 veces al día ■ Al menos cada 2 h
<p>MUY LIMITADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambios mínimos no frecuentes 	<p>LIGERAMENTE LIMITADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambios ligeros frecuentes 	<p>SIN LIMITACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cambios mayores y frecuentes
<p>PROV. INADECUADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rara vez comida completa (1/2 ración) ■ Proteínas (<3 porciones) ■ Suplemento ocasional ■ Cantidad subóptima de líquidos ■ Alimentado SNG no dieta completa 	<p>ADECUADA</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Comida casi completa (>1/2 ración) ■ Proteínas (4 porciones) ■ Rechaza comida ocasionalmente ■ Suplemento ■ Alimentado por SNG o NPT dieta completa 	<p>EXCELENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dieta oral ■ Come la mayoría de las comidas ■ No rechaza comida ■ No precisa suplemento
<p>PROBLEMA POTENCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mínima asistencia ■ Ocasionalmente se desliza 	<p>SIN PROBLEMA APARENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se mueve autónomo ■ Fuerza muscular ■ Buena posición 	
<p>RIESGO</p>	<p><12 ALTO</p>	<p>13-15 MEDIO</p>
	<p>16-18 BAJO</p>	<p>>18 SIN RIESGO</p>

Resumen Recordatorio

Prevención LPP Covid-19



1 Valoración de Riesgo

Permite la **aplicación precoz** de medidas preventivas al ingreso y cada 24h, valoración completa de la piel y **escala de Braden** como **criterio objetivo** para asignación de recursos (seguir instrucciones de puntuación Braden).

2 Valoración de la Piel

Al menos cada 24h: **inspección completa**.

Especial atención: **prominencias óseas**, **lesiones** anteriores, zonas expuestas a la **humedad**, **dispositivos** terapéuticos (inspección cada 12h) y **signos de alarma** cutáneos.

3 Cuidados de la Piel

- Higiene diaria, **sin fricción**.
- Agua no muy caliente.
- **Secado** de pliegues.
- Completa absorción si existe hidratación con cremas (piel seca).
- **AGHO sólo en zonas de riesgo** UPP. Aplicar evitando fricción (toques suaves).
- **Productos Barrera** (Óxido de Zinc o Spray Protector Cutáneo) en zonas expuestas a la humedad.
- Cama limpia, seca y sin arrugas.
- Dispositivos de **Control de Humedad: mínima cantidad**, mejor **dispositivos abiertos**, correcta colocación y sin arrugas.

4 Manejo de la Presión

Movilización y cambios posturales

- **Movilización precoz.**
- **Cambios Posturales desde el ingreso** si no hay contraindicación, según tolerancia y **cada 2-4h.**
- En **Prono:** cambios de posición cabeza-brazo (posición nadador) **cada 2h.**
- **Sedestación precoz.** Si el paciente es autónomo, instar a moverse cada **15 minutos.** Si no reposicionar mínimo **cada hora.**
- **Evitar fricción** en las movilizaciones con suficiente personal. **Ayudarse con dispositivos** para no arrastrar (sábana, grúa...).
- **Máxima elevación de cabecero de 30°**, lo más plano posible salvo contraindicaciones (VM, NE).
- **Máxima inclinación de 30°** en **decúbitos laterales.**

5 Manejo de la Presión

Superficies Especiales de Manejo de Presión Dispositivos de Alivio de Presión

- Todos los **pacientes de riesgo** deben situarse sobre **superficies especiales (SEMP)** en cama y en sillón.
- SEMP son **material complementario**, nunca sustituye al **resto de medidas preventivas.**
- **Evitar dispositivos en forma de anillo.**
- **Talones siempre descargados** de presión en todas las posiciones. Descarga completa, distribución del peso a lo largo de toda la pierna abarcando el gemelo **sin presión en tendón de Aquiles.** Utilizar dispositivos para **evitar pie equino** y rodillas a 10-15°.
- En **talones**, si usamos sistema local de alivio de presión, **evitar vendaje convencional** de almohadillado y materiales sin evidencia. En todo caso utilizar taloneras o apósitos de poliuretano que **permitan inspección diaria y aplicación de AGHO.**

Medidas Especiales en Paciente Pronado

VALORACIÓN Y PREPARACIÓN PREVIA DE LA PIEL

Cuidados oculares: limpieza, hidratación y valorar oclusión

Prominencias, eritemas, zonas expuestas a humedad

Aplicación de AGHO en zonas de presión y PBNI en zonas expuestas a humedad

CONSIDERAR DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN

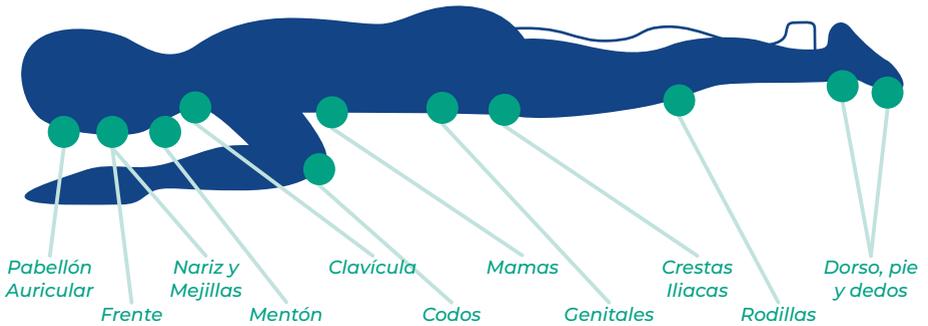
Almohadas en cintura pélvica, escapular y bajo los empeines

Superficie de aire alternante siempre
Considerar espumas de poliuretano

EVITAR PRESIÓN SOBRE DISPOSITIVOS SANITARIOS

Colocación y fijación correcta

Control periódico y cambio de fijación regular reevaluando piel



CAMBIOS POSTURALES

Giro de cabeza y brazo (nadador) cada 4 horas máximo

Acompañar de valoración de la piel

CAMBIOS POSTURALES

Reposicionar MMII evitando apoyo de los dedos del pie

Acompañar de valoración de la piel

EVITAR ARRUGAS EN SÁBANAS Y ALMOHADAS

En cada giro de cabeza estirar sábana y almohadas

Evitar dispositivos en forma de anillo

1 Valoración INICIAL de enfermería

Al ingreso, primeras 24horas.
Preferiblemente en el turno que ingrese el paciente.



2 Valoración CONTINUADA de enfermería

Una vez a la semana.
Programar en actividades de enfermería, en turno de T.



3



FORMULARIO VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE LPP



VALORACIÓN VALORACIÓN	
Formulario de LPP al ingreso	
ESCALA BRADEN	
Percepción sensorial	10
Participación	10
Exposición a la humedad	10
Actividad	10
Movilidad	10
Percepción-Motilidad	10
Reflexión	10
Riesgo de lesiones cutáneas	10
Riesgo Lesiones	10
Total Puntos	10
Revolución del riesgo de LPP	En 1 día
Resultado Braden	

REGISTRO SEMP	
Colocación de la piel	Colocar en posición adecuada, horizontalmente, según, estado e hidratación (cremas) Evaluación de la piel (observación y tacto) Piel de Anillo en caso de transcurridos en caso de riesgo
Movimiento de la persona	Intervenciones de riesgo por posición: móvil Verificación de la posición: acostado Verificación de la posición: sentado, semi-sentado, de pie Verificación de la posición: de pie
Cuidados posturales	Verificación de la posición: acostado Verificación de la posición: sentado, semi-sentado, de pie Verificación de la posición: de pie
Prevenir caídas	Verificación de la posición: acostado Verificación de la posición: sentado, semi-sentado, de pie Verificación de la posición: de pie
Observaciones	Verificación de la posición: acostado Verificación de la posición: sentado, semi-sentado, de pie Verificación de la posición: de pie

REGISTRO SEMP

Colocar al ingreso o lo antes posible.
Indicar causa de no colocación. Ante falta, priorizar pacientes con riesgo alto (según Braden).

Registrar y reflejar en actividades de enfermería la colocación de SEMP

4

FORMULARIO ESCALA BRADEN



Inicial y de seguimiento

*Pautar en las actividades de enfermería día/turno T



5

FORMULARIO CURAS, VENDAJES Y DRENAJES



LPP (L) - Curas, Vendajes y Drenajes	
Localización 1	Integridad
Localización 2	Integridad
Grado 1	Escala 2 Lesión Débil
Dolor Mayor (1-10)	1
Dolor Menor (1-10)	0
Profundidad (1-10)	0
Localización Lesión 1	Descripción Características Medidas Observaciones
Tamponamiento 1	NO
Piel perfundida 1	NO
Carbilidad inflamada 1	Exceso
Tiempo inflamada 1	Sereno
Color inflamada 1	
Deshidratación 1	No
Concomitant 1	Días: <10 días

* Cualquier alteración en la piel se documentará inmediatamente, describiendo lo observado y las medidas que se han tomado.

* En cura realizada; escribir tratamiento + frecuencia.
En observaciones; descripción de la lesión + datos de interés.

6

FORMULARIO ALTA DE ENFERMERÍA



IMPRESINDIBLE
cumplimentación en **todos los** pacientes que se vayan de alta con lesiones, para garantizar continuidad de cuidados.

1 Valoración de riesgo **INICIAL**
En la PRIMERA VISITA



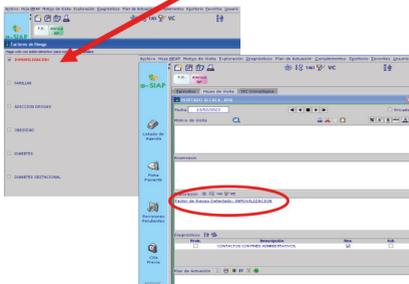
2 Valoración de riesgo **SEGUIMIENTO**
En las SIGUIENTES VISITAS según protocolo



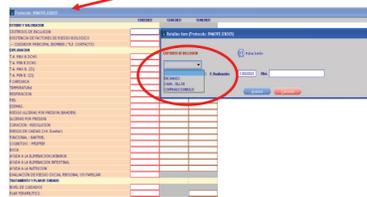
3 → FACTOR DE RIESGO. PROTOCOLO de INMOVILIZADOS



1. Incluir factor de riesgo **INMOVILIZACIÓN**



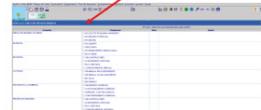
2. Se activa el protocolo **INMOVILIZADOS**



3. En el protocolo aparece la **valoración del riesgo** de úlceras por presión, mediante la escala Braden



y nos permite acceder a la escala



y registrar si existe el **problema**



4 TEST BRADEN

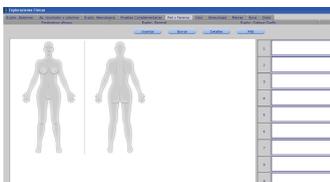


5 REGISTRO SEMP



Entregar **TRÍPTICO DE RECOMENDACIONES A CUIDADORES**

Si se dispone de Superficie Especial de Manejo de Presión documentarlo



6

EXPLORACIÓN FÍSICA. PIEL Y FANERAS
REGISTRO de Lesiones Por Presión



Imprescindible para localizar, describir y categorizar la LPP de forma correcta

Detallar abordaje terapéutico según protocolos y su evaluación

MEDIDAS GENERALES Y DE HIGIENE

LAVADO DIARIO DE LA PIEL

- Revisar la piel a diario. Observar alteraciones como rojeces, ampollas, sequedad, endurecimiento...
- La piel debe estar seca y limpia.
- Lavar con agua y jabón neutro.
- Aclarar bien y secar sin frotar, con especial atención a los espacios entre los dedos y pliegues (bajo las mamas, ingles, etc.)

HIDRATACIÓN DE LA PIEL



- Aplicar cremas hidratantes o aceite con un suave masaje hasta su absorción.
- En zonas de riesgo aplicar ácidos grasos hiperoxigenados.
- No aplicar alcohol, ni talco ni colonia sobre la piel.
- Utilización de productos barrera(cremas/spray)

CAMA Y ROPA

- Mantener limpia, seca, sin arrugas ni objetos.
- Utilizar ropa transpirable, tejidos naturales (algodón)
- Uso adecuado de absorbentes.



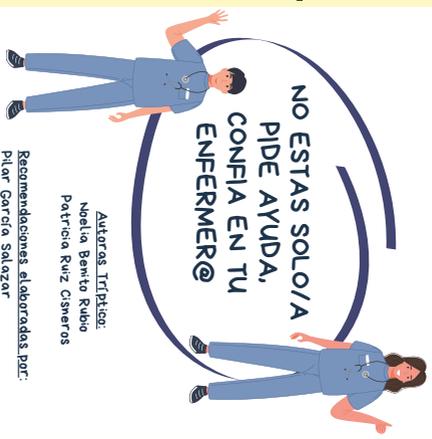
Realice tantos cambios como sea preciso

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

- Dieta variada, rica en proteínas frutas y verduras.
- Asegurar una correcta ingesta de agua.
- Ante dificultad en la alimentación o pérdida de peso consulte a su médico/a o enfermero/a



NO ESTAS SOLO/A
PIDE AYUDA,
CONFIÁ EN TU
ENFERMERA



Autoras Textiles:
Noelia Benito Rubio
Patricia Ruiz Cisneros

Recomendaciones elaboradas por:
Pilar García Salazar
Consuelo Fernández Martín
Elena Santiago De La Torre

*Enfermeras Impulsoras BPSO de la Guía de Buenas Prácticas de Valoración del Riesgo y Prevención de Lesiones Por Presión. CAI de Guadalajara



CONSEJOS PARA PREVENIR LESIONES POR PRESIÓN



¿QUÉ SON LAS LESIONES POR PRESIÓN?

Herrida causada en la piel por una presión mantenida, que produce disminución del riego sanguíneo y por tanto destrucción del tejido.

¿Se pueden prevenir?

Sí, casi todas. Es sencillo y está al alcance de todos siguiendo éstos consejos



PRESIÓN + TIEMPO = LESIÓN



*Otras causas de lesión pueden ser la humedad mantenida en una zona, la fricción y el roce.



¿Cómo son?

Pueden ir desde un simple enrojecimiento de la piel hasta heridas profundas que afectan al músculo y al hueso.



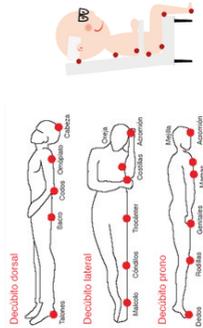
Lugares frecuentes



Prominencias óseas y puntos de apoyo:



*Prestar atención a dispositivos invasivos (sondas vesicales, gafas de oxígeno...).



CAMBIOS POSTURALES



1 Son necesarios para aliviar la presión en zonas de riesgo.

2 Animarle a cambiar de postura frecuentemente. Si no puede, ayudarle cada:

- 2-3 horas si está encamado.
- 1 hora si está sentado.
- 4 horas por la noche.
- *Evite el arrastrar

3 Rotar las posturas de forma programada

PRECAUCIONES PARA LOS CAMBIOS POSTURALES

Decúbito supino (boca arriba)



Evitar presión en talones, sacro, escápulas y codos. Utilizar almohadas en cabeza, gemelos y brazos. Cabecero elevado mínimo tiempo, mínima altura.

Decúbito Lateral (izquierdo/derecho)



Almohadas en cabeza, apoyando espalda, entre las piernas. Separando rodillas y bajo el brazo superior.

SUPERFICIES ESPECIALES DE MANEJO DE PRESIONES



Son dispositivos especiales de apoyo para prevenir o reducir la presión de personas que presentan lesiones por presión o riesgo de tenerlas.

*EL uso de estos dispositivos no sustituye a los cambios posturales.

Existen diversos productos diseñados específicamente para reducir la presión. Pregunte a su ENFERMERA!!!



*NO usar flotadores, ni rodetes.

Epílogo

Sabemos que la cronicidad, junto a los problemas asociados a ésta, son uno de los grandes retos de salud a los que nos enfrentamos en la actualidad y para los que precisamos unos cuidados de enfermería de calidad, ya que de estos cuidados depende en gran medida la evolución de los pacientes.

Los cuidados enfermeros son muy amplios y variados y precisan de la aplicación de nuevas técnicas que permitan solucionar o paliar nuevos y viejos problemas del ser humano como son las heridas crónicas de diversa etiología y que representan un gran desafío para la salud y el bienestar de quienes las padecen, así como para aquellos que brindan cuidados y atención.

Con el objetivo de proporcionar información clara y práctica para entender, prevenir y manejar las heridas de manera efectiva explorando las causas subyacentes, los factores de riesgo y las opciones de prevención y tratamiento disponibles, se ha elaborado esta guía, fruto del trabajo de profesionales de enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara, donde mejorar la calidad de la atención de pacientes con heridas basándose en la mejor evidencia científica disponible en cuanto a métodos y técnicas, cobran un papel absolutamente relevante.

La atención centrada en el paciente y la evidencia científica son los pilares sobre los cuales se construye esta guía. Al navegar por sus páginas, encontraremos información valiosa y reflexiones que enriquecerán nuestra práctica diaria, junto con consejos prácticos sobre autocuidado y estrategias para mejorar la calidad de vida de aquellos que se enfrentan a esta situación.

Finalmente, desde la Dirección General de Cuidados y Calidad queremos agradecer el compromiso y trabajo de todos los profesionales de enfermería que dedican sus vidas a la educación, prevención, curación y ofrecer cuidados, extendiendo especialmente nuestro más sincero agradecimiento a los profesionales de enfermería de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara por poner su esfuerzo y dedicación a disposición de todos aquellos que nos dedicamos a prestar cuidados.

Estamos seguros que esta guía será un gran proyecto que repercutirá en una mejora de la calidad de los cuidados que prestamos, poniendo en valor el gran trabajo de los y las profesionales de enfermería y su compromiso con unos cuidados basados en la evidencia científica.

Sin duda, esta guía será una herramienta útil y motivadora que servirá de faro de conocimiento y soporte en nuestro continuo viaje hacia la excelencia en el manejo de las heridas y la atención de la salud, por ello, Gracias.

Montserrat Hernández Luengo

Enfermera
Directora General de Cuidados y Calidad

Bibliografía

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y tratamiento de las lesiones / úlceras por presión. Guía de consulta rápida. (edición en español). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

1

Registered Nurses' Association of Ontario. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Marzo 2005. Revisión 2011.

2

Pressure ulcer prevention. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. Clinical Guideline 179. Londres: National Institute for Health and Care Excellence, 2014

3

Beeckman D, Matheï C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwallegghem G, Gryson L, Heyman H, Thyse C, Toppets A, Stordeur S, Van den Heede K. A National Guideline for the prevention of pressure ulcers. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Reports 193C. D/2013/10.273/97.

4

Otros documentos de referencia:

Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas.
Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Mayo 2015.
Blanco Zapata, RM; López García, E; Quesada Ramos, C

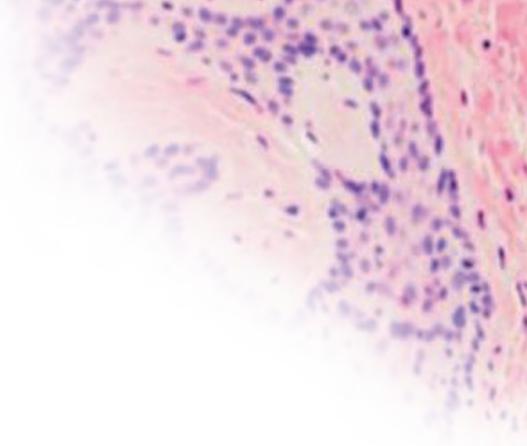
Guía de Actuación para la Prevención y Cuidados de las Úlceras por Presión.
Osakidetza. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Octubre 2017.

Guía fase para la prevención de las úlceras por presión.
Picuida. Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. Edición 2017.

Paniagua Asensio, M-L. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización.
Documento clínico 2020.

López-Casanova, P; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú-Soriano, J; Rodriguez Palma, M; Soldevilla-Ágreda, JJ; García-Fernández, FP.
Qué no hacer en heridas crónicas. Recomendaciones basadas en la evidencia.2ª Edición. Serie de Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIV. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño 2020.

Díaz, E., & Turégano, C.
Higiene y antisepsia cutánea diaria en el paciente crítico. Medicina Intensiva, 43, 13-17. 2019.



9 788409 505081



ESPAÑA - CASTILLA LA MANCHA