

Protocolo de Cuidados en Úlceras por presión

PROTOCOLO DE CUIDADOS EN ÚLCERAS POR PRESIÓN

En el desarrollo de este protocolo han intervenido:

Pilar Ayora Torres
M.^a Carrillo Sánchez
M.^a Angustias Donaire Guarnido
Esperanza López Jiménez
Belén Romero Castro
Joaquín Ruz Ramírez
Isabel Segarra Valls
M.^a Ángeles Turrado Muñoz
Carlos Zayas Navarro

Coordinación:

Manuel Rich Ruiz
Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería

Edita

Dirección de Enfermería
Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería
División de Enfermería
HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
CÓRDOBA

Patrocina



Coloplast

Imprime

Imprenta Vistalegre
Teléfono 957 421 616
CÓRDOBA

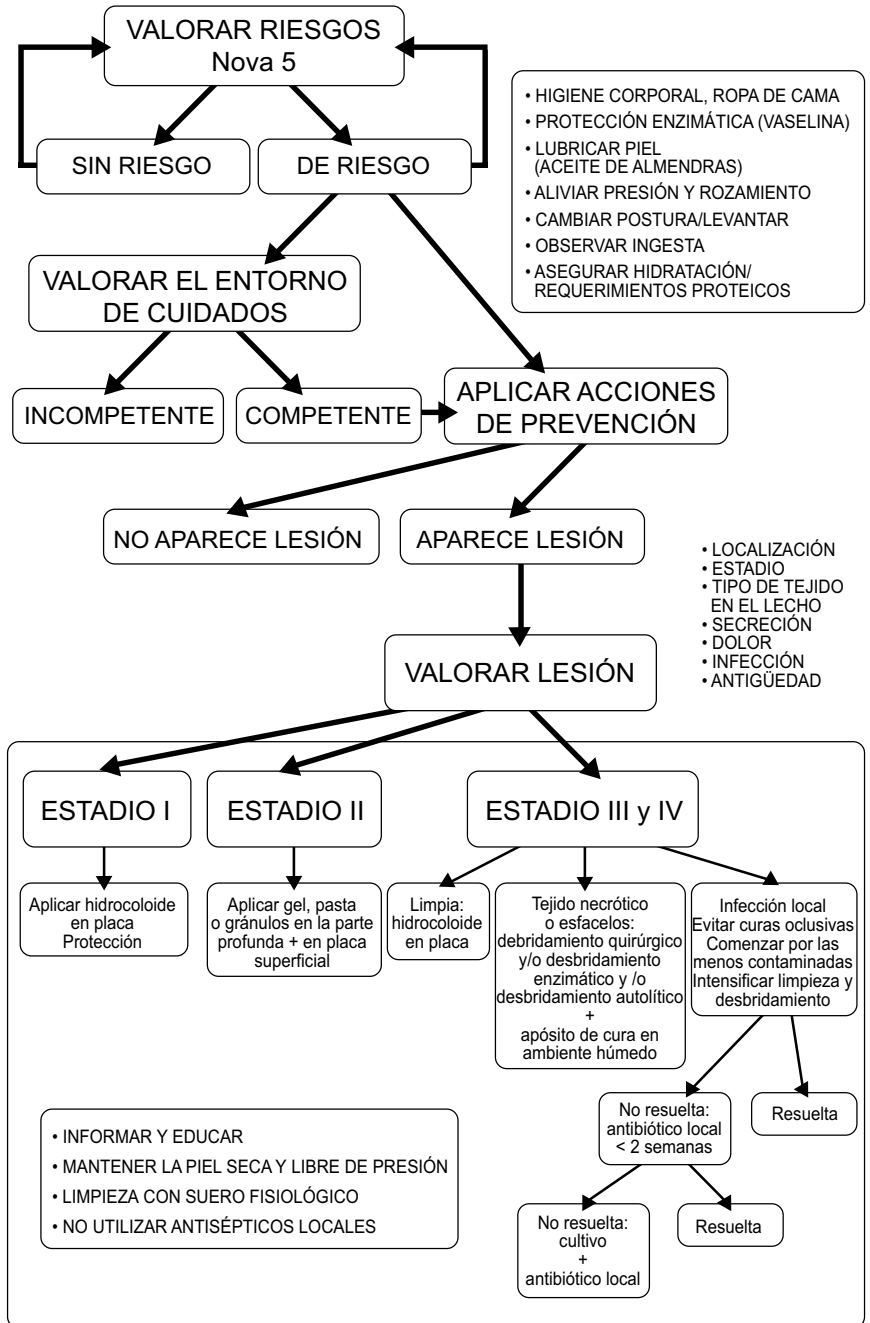
Depósito Legal

CO-599/99

ÍNDICE

CUADRO	5
REVISIÓN CONCEPTUAL	7
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	8
OBJETIVOS PARA LA PERSONA	8
OBJETIVOS PARA LAS ACTUACIONES	8
FACTORES DE RIESGO	9
ALTERACIÓN DE LAS NECESIDADES	10
MATERIAL/EQUIPO	10
INFORMACIÓN	11
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	11
VALORACIÓN DEL RIESGO	13
DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA NOVA 5	15
Estado Mental	15
Incontinencia	15
Movilidad	16
Nutrición	17
Actividad	18
VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS	19
PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	21
VALORACIÓN DE LA LESIÓN	23
TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	25
EDUCACIÓN	29
1. Posición decúbito supino	29
2. Posición decúbito prono	30
3. Posición decúbito lateral	30
4. Posición sentada	31

EVALUACIÓN	33
Evaluación del proceso	33
Evaluación de los resultados	34
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA	41
ANEXO	43
PAUTA DE ELECCIÓN Y CAMBIO DE APÓSITOS	45



REVISIÓN CONCEPTUAL

Se define la úlcera por presión como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Aunque podríamos citar otro gran número de definiciones sobre UPP, el uso de una misma acepción junto con la utilización de una misma clasificación para los estadios que estas pueden presentar nos va a permitir valorar la evolución de las lesiones a la vez que realizar comparaciones entre diferentes realidades.

Pero además conceptos como la calidad, la disminución de riesgos evitables o el de optimización de recursos requieren, así mismo, pasar de experiencias individuales a contextos más generales e integrados en aspectos como la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Aunque también en este aspecto son muchas las escalas diseñadas, y ninguna de ellas adoptada de manera universal, se ha optado por la Nova 5 por consenso de un grupo de profesionales de las unidades implicados en el cuidado de las UPP debido a su claridad y sencillez.

Citar también los requisitos señalados por la GNEAUPP para el tratamiento del paciente con úlceras por presión, y a los que pretendemos dar respuesta con este protocolo:

- Contemplar al paciente como un ser integral.
- Hacer especial énfasis en las medidas de prevención.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y la familia en la planificación y ejecución de los cuidados.
- Desarrollar guías de práctica clínica sobre úlceras por presión en el ámbito local con la implicación de la atención comunitaria, atención especializada y la atención socio-sanitaria
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste-beneficio.
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación
- Configurar un marco asistencial basado en la evidencia científica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Está generalmente aceptado que una **presión mantenida más de dos horas** puede ocasionar una lesión. En pacientes terminales o con grave afectación del estado general, el daño tisular puede ocurrir en un tiempo inferior a dos horas. En general se adopta como criterio de inclusión: **Pacientes identificados de riesgo según la Nova 5.**

OBJETIVOS PARA LA PERSONA

- La persona mantiene (o recupera) una piel templada, húmeda, intacta y de color natural.
- La persona (o la familia) cuenta sentimientos de satisfacción personal por haber conseguido la competencia en el cuidado de la úlcera; y practica hábitos de salud sanos basados en el conocimiento o las capacidades de salud adquiridas.

OBJETIVOS PARA LAS ACTUACIONES

- Identificar la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Identificar si la persona o el cuidador principal se muestra capacitada, con conocimiento o eficacia adecuada en el cuidado de la piel o de la lesión por presión.
- Mantener el buen estado de la piel, eliminando o disminuyendo la presión y vigilando el estado nutricional del enfermo.
- Caracterizar mediante unos parámetros unificados la evolución de la lesión. Devolver a la piel su integridad física.

FACTORES DE RIESGO

1.- Factores permanentes:

- Edad,
- Capacidad física mermada (inmovilidad, parálisis, estado de coma...).

2.- Factores variables o patológicos:

• **Factores fisiopatológicos:** Una presión prolongada sobre el tejido o irritación química, la fricción o la deficiencia de oxígeno causa destrucción progresiva de la piel y el tejido subyacente.

• **Signos y síntomas:**

- Disminución del nivel de conciencia,
- Inmovilidad y parálisis,
- Incontinencia,
- Alteraciones en la nutrición, como estados deficitarios de proteínas, de vitamina C, de oligoelementos como el hierro, cobre y el zinc - que producen una demora en la epitelización y retracción de la herida- así como la obesidad y la caquexia.

• **Enfermedades:** Accidente vascular cerebral, diabetes mellitus, síndrome de Guillai-Barré, esclerosis múltiple, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural.

• **Lesiones:** Fractura ósea, fractura y compresión de la médula espinal.

• **Factores derivados de los cuidados de salud:**

- tratamiento médico:
 - sedantes, pues interfieren en la movilidad,
 - corticoides, que pueden actuar sobre los tejidos disminuyendo la resistencia e inhibiendo por tanto la cicatrización,
 - citostáticos, debido al riesgo de necrosis asociado a la quimioterapia endovenosa,
- uso de sondajes, sistemas para sueroterapia, fijaciones, férulas,
- reposo prolongado en cama con ausencia o defecto de cambios posturales,
- exceso o defecto de higiene o uso de jabones inadecuados, alcoholes y/o antisépticos que alteran la flora saprofita de la piel.

ALTERACIÓN DE LAS NECESIDADES

- Respirar,
- dormir y descansar,
- mantenerse limpio,
- evitar los peligros, y
- aprender.

MATERIAL/EQUIPO

Material:

Observación directa, entrevista.

Hoja de Valoración/Registro de Úlceras por presión.

Guantes estériles

Jabones neutros o sustancias limpiadoras con potencial curativo bajo

Productos hidratantes y nutritivos: aceite de almendras.

Vaselina pomada

Absorbentes, salvacamas, etc

Apósito hidrocoloide extrafino

Cojines, almohadas, colchones antiescaras, protecciones locales, almohadillados, etc.

Paños.

Guantes estériles.

Compresas y gasas estériles.

Set de curas con: pinzas de disección dentadas, mango de bisturí, hoja de bisturí.

Solución salina.

Vendas, almohadillados,...

Desbridantes enzimáticos.

Gel de lidocaína 2%

Apósitos basados en la cura húmeda:

Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos, en pasta o en hidrofibra.

Alginatos.

Hidrogeles, en estructura amorfa, en placa.

Poliuretanos.

Apósitos Hidropoliméricos.

Material necesario para la recogida de cultivo.

Personal:

Enfermera

Auxiliar de enfermería

Celador.

INFORMACIÓN

Informar al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una Úlcera por Presión y de la pertinencia de la valoración del riesgo de padecerlas para prevenir la aparición de Úlceras.

Informar al paciente y/o familia de los aspectos que caracterizan una Úlcera por Presión y de la pertinencia de la valoración de aquellos para tratar las Úlceras.

Informar, en general, de los conocimientos básicos de estas lesiones y educar en el espectro completo de cuidados para el tratamiento.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Valoración del riesgo de úlcera por presión.

Valoración del entorno de cuidados.

Prevención de la úlcera por presión.

Valoración de la lesión.

Tratamiento de la úlcera por presión.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Realizar la valoración según la escala Nova 5 de acuerdo a los cinco aspectos considerados

PUNTUA- CIÓN	ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN INGESTA	ACTIVIDAD
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalm. con ayuda	Deambula
2	Letárgico	Urinaria o fecal importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil ni enteral, ni parenteral superior a 72h y/o desnutrición previa	No ingesta oral,	No deambula

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

0 Puntos	→	Sin riesgo.
De 1 a 4 Puntos	→	De riesgo bajo.
De 5 a 8 Puntos	→	De riesgo medio.
De 9 a 15 Puntos	→	De riesgo alto.

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la Unidad y con una revisión periódica cada 7 días después de la última, en caso de no observarse cambios relevantes.

Se consideran cambios relevantes:

- Una intervención quirúrgica superior a diez horas.
- La aparición de isquemia por cualquier causa
- Los períodos de hipotensión.
- Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.

Las pérdidas de movilidad de cualquier origen

Las pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas, como por ejemplo la arteriografía o el cateterismo cardíaco.

En cualquiera de estos casos se deberá proceder a una nueva valoración.

En los pacientes de alto riesgo o en pacientes ingresados en servicios de cuidados críticos se medirá diariamente.

Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima, en la Hoja de Registro de UPP, o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería y se aplicarán los cuidados en función del resultado obtenido –si es identificado de riesgo aplicar acciones de prevención–.

DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA NOVA 5

ESTADO MENTAL

Paciente consciente o alerta

Es aquel paciente que está orientado y consciente.

- Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo.
- Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente desorientado

Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio.

- Puede estar apático.
- No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita de nuestra ayuda.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

Paciente letárgico

Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.

- No responde a ordenes verbales pero puede responder a algún estímulo
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.

Paciente inconsciente o comatoso

Es aquel paciente que tiene perdida de consciencia y de sensibilidad.

- No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

INCONTINENCIA

Paciente continente

Es aquel paciente que tiene control de esfínteres.

- Puede ser portador de sondaje vesical permanente.

Paciente con incontinencia ocasional

Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado.

- Puede llevar un colector urinario.

Paciente con incontinencia urinaria o fecal

Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.

Paciente con incontinencia urinaria y fecal

Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

MOVILIDAD

Paciente con movilidad completa

Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total.

- El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

Paciente con limitación ligera en la movilidad

Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, ferulas, yesos, etc).

- No necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente con limitación importante en la movilidad

Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc) como por causas propias (ACVA, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

Paciente inmóvil o encamado 24 horas

Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse:
es completamente dependiente

NUTRICIÓN

Paciente con nutrición correcta

Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido este como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal.

Puede ser por:

- Comer siempre la dieta pautada.
- Lleva nutrición enteral o parenteral adecuada.
- Está en ayunas menos de tres días para prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o causa similar.

Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta

Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso.

Puede ser por:

- Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.

Paciente con nutrición incompleta

Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia,...) Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Puede ser por :

- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos).

- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia)
- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

Paciente sin ingesta oral

No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albúmina < 30 mg. proteínas < 60mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia,...).

Puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.

ACTIVIDAD

Paciente que deambula

Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

Paciente que deambula con ayuda

Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).

Paciente que siempre precisa ayuda

No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

Paciente encamado

No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener períodos cortos de sedestación.

VALORACION DEL ENTORNO DE CUIDADOS

Observar dificultades en la comunicación; signos reales de que la persona tiene dificultad para enviar y recibir mensajes - tartamudeo, balbuceo, disartria, respuesta emocional inadecuada, falta de interés en la comunicación,...

Observar la preparación para aprender, signos como observar con curiosidad, hacer preguntas sobre el tema,...

Observar la preparación para asumir el cuidado:

1. La persona (o la familia) dice que es capaz de manejar su problema y saber cómo hacerlo:

- La persona o miembros de la familia tienen información suficiente.
- La información es correcta.
- Comprende las causas y los efectos.
- Sabe dónde puede obtener conocimiento adicional si es necesario

2. La persona (o la familia) demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar la tarea:

- La persona o familia realiza los tratamientos y procedimientos prescritos.
- La tarea se realiza sin riesgo.
- Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.

La competencia para el cuidado se determinará por rendimiento y será la enfermera responsable de la persona la que determine si los cambios son aceptados significativamente.

Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima valoración, en la Hoja de Registro de UPP, o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería. Si tiene la voluntad para aprender y /o asumir el cuidado aplicaremos actuaciones de educación

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro según procedimiento; así como baño local cuando:

- se observe un área corporal húmeda –el paciente puede presentar comportamientos como llanto, permanecer con las piernas separadas, quitarse la ropa, girarse y permanecer en un lado de la cama. La piel puede estar enrojecida y fisurada o presentar un exantema rojizo -;
- el paciente refiera molestias por humedad –ropa de vestir o cama húmedas o frías, escalofríos -.

Al realizar la higiene: Eliminar pomadas y polvos.

Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene

Aclarar y secar bien la piel, entre los dedos y pliegues.

Aplicar vaselina (para proteger contra el daño enzimático por la saliva, diarrea, drenaje de fístula) tras la higiene diaria o baño local en zonas potencialmente húmedas.

Lubricar la piel con aceite de almendras tras el baño, utilizar compuesto lipídico tópico ⁽¹⁾ en zonas de riesgo.

Masajear muy suavemente con el aceite de almendras tras la higiene. No masajear áreas rojas/eritemas.

Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.

Proporcionar ropa limpia (si presenta molestias por humedad).

Si el paciente presenta incontinencia:

- Aplicar sonda urinaria externa o colocar una bolsa de recogida en el periné.
- Proteger con pañales absorbentes.
- Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.

Prevenir y aliviar la presión y el rozamiento con los materiales con que cuenta el hospital: almohadas, piel de oveja, colchones, etc. Use una superficie estática si el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la

⁽¹⁾ tipo Corpitol

úlceras por presión, o una superficie dinámica de apoyo, colchones de aire alternante para enfermos de medio y alto riesgo, si es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la úlcera/s.

Colocar apósitos hidrocoloides transparentes/extrafinos en puntos de fricción.

Colocar almohadas (para reducir la presión)

Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes, evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.

Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche (según procedimiento de movilización del paciente).

Levantar al sillón siempre que el estado del paciente lo permita. Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que permanezca sentado. Si precisara levantar al sillón por otras consideraciones de su patología procurar un dispositivo de alivio. Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.

Observar y anotar la ingesta de alimentos y líquidos. Registrar las cantidades y las clases de alimentos sólidos, semisólidos y líquidos que el paciente toma cada 24 h.

Asegurar una hidratación adecuada del enfermo (aporte hídrico: 30cc. de agua/día x Kg de peso).

Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral (para evitar situaciones carenciales; si ya presenta úlceras, considerar que las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas).

VALORACIÓN DE LA LESIÓN

Realizar la valoración según los siguientes parámetros:

- Localización de la lesión (Ver documento de valoración de UPP).
- Clasificación-estadiaje (Ver documento de valoración de UPP).
- Tipos de tejido/s en el lecho de la lesión:
 - Tejido necrótico
 - Tejido esfacelado
 - Tejido de granulación
- Exudado de la úlcera
 - Escaso
 - Abundante
 - Muy abundante
 - Purulenta
- Dolor
- Signos clínicos de infección local
 - Exudado purulento
 - Mal olor
 - Bordes inflamados
 - Fiebre
- Antigüedad (Ver documento de valoración de UPP).

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la Unidad, al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

Se registrará el resultado de la valoración así como el día de la próxima en la Hoja de Registro de UPP, o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería y se aplicará el tratamiento en función del resultado obtenido.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.

Mantener la zona seca (medidas de prevención).

Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.

Usar guantes estériles.

Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - la proporcionada por la gravedad -. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.

No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), tóxicos para los fibroblastos humanos.

Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc.

El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 - 4 cm los bordes de la misma.

El plan de tratamiento de la úlcera por presión **dependerá de la valoración de la lesión:**

Si son lesiones de grado I

Aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador de baja absorción (transparente/extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión.

Si son lesiones de grado II

Aplicar apósitos hidrocoloides en placa favorecedores de la limpieza rápida de la herida, que atrapan la secreción cargada de gérmenes.

En la parte profunda de la úlcera aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.

En lesiones de grado III y IV

Si la úlcera está **limpia** o tuviera esfacelos pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador en placa.

Si se observa en el lecho de la lesión **tejido necrótico o esfacelos** utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que *es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados*:

1. Desbridamiento quirúrgico: Recortar por planos y en diferentes sesiones, siempre empezando por el área central - salvo en el desbridamiento radical en quirófano -. Es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc.). Si sangrara aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos. Requiere conocimientos, destreza y una técnica y material estéril.

2. Desbridamiento enzimático: Aplicar productos enzimáticos del tipo de la colagenasa; Aumentando el nivel de humedad con suero fisiológico. No utilizar como método único si ya existe placa necrótica seca. No asociar a hidrocoloides/hidrorreguladores.

3. Desbridamiento autolítico: Aplicar cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda.

Para evitar que se formen abscesos o "se cierre en falso" la lesión, será necesario rellenar parcialmente - entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda, además de la placa superficial.

Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa, además de retener la secreción cargada de gérmenes (fase de limpieza). Así mismo, crean un equilibrio dinámico que se caracteriza por un ambiente húmedo estable en la herida y que aporta las condiciones ideales para la granulación y la epitelización.

Los apósitos basados en cura húmeda son:

Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos o en pasta (sólo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida).

Hidrogel en estructura amorfa o en placa (por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados) y de rápida acción desbridante.

Alginatos (El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado).

Hidrofibra de hidrocoloide.

Poliuretanos

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinado por el nivel de exudado.

Si estamos utilizando el apósito correcto, según el nivel de exudado, realizar los cambios según las características del apósito.

Si existen fugas con el apósito seleccionado, es signo de que éste debía haber sido cambiado por un apósito de mayor poder absorbente.

Un apósito hidrocoloide se cambiará cuando el abombamiento producido al absorber las secreciones de la herida se aproxima a 1,5 o 1 cm del borde del apósito.

Ante la presencia de **signos de infección** local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento; Utilizaremos apósitos de alginato cálcico o de hidrofibra . Si la úlcera no evoluciona favorablemente al cabo de una semana, o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con una pomada antibiótica local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan la úlcera por presión y durante un período máximo de dos semanas - sulfadiazina argéntica -. Si al cabo de las dos semanas continuara con infección realizar cultivo.

En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.

No utilizar antisépticos locales.

Evitar las curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones.

No realizar nunca curas oclusivas si hay signos de infección.

Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.

EDUCACIÓN

Enseñar a mantener la piel seca y limpia (dar instrucciones específicas de acuerdo con la causa).

Enseñar cómo cambiar inmediatamente los pañales húmedos.

Explicar la necesidad de aumentar la ingesta de proteínas durante la cicatrización de los tejidos.

Explicar cómo se mantiene la posición anatómica correcta:

Proporcionar detalles claros, de forma que consiga la posición adecuada.

Enseñar cómo hacer los cambios de posición:

El cambio de posición corporal previene la congestión de las secreciones respiratorias, facilita la expectoración, favorece la circulación, *proporciona bienestar al evitar la presión prolongada sobre determinadas áreas corporales*, reduce la fatiga y previene las contracturas.

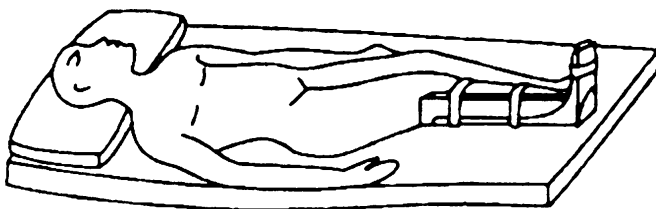
La persona encamada debe moverse de una posición a otra:

1.- Posición de decúbito supino:

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación perfecta con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada para evitar la hiperextensión (extremidades en abducción de 30 grados), codos estirados y manos abiertas.

Se protegerá en decúbito supino:

- Occipital
- Omóplatos
- Codos
- Sacro y coxis
- Talones

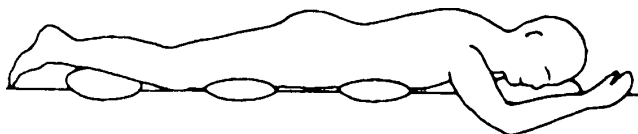


2.- Posición de decúbito prono.

Colocar(se) sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre un cojín, los brazos flexionados rodeando el cojín, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.

Se protegerá en decúbito prono:

- Frente
- Ojos
- Orejas
- Pómulos
- Pectorales
- Genitales masculinos
- Rodillas
- Dedos

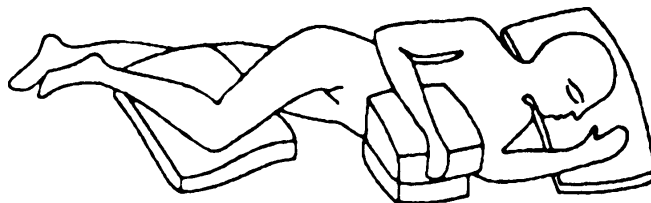


3.- Posición de decúbito lateral

Mantener la alineación, con la pierna del lado sobre el que descansa el cuerpo estirada y la contraria flexionada; las extremidades superiores flexionadas. Apoyar con almohadas el muslo y el brazo para prevenir la rotación interna de la cadera y del hombro.

En decúbito lateral derecho o izquierdo se prestará especial atención a:

- Orejas
- Escápulas
- Costillas
- Crestas ilíacas
- Trocánteres
- Gemelos
- Tibias
- Maleolos

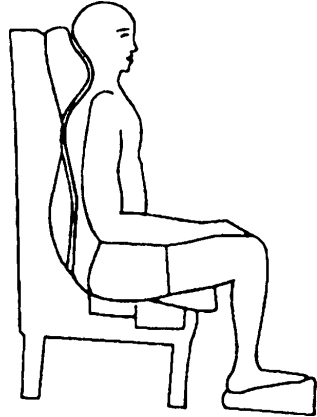


4.- Posición sentada

Sentar(se) con la espalda apoyada cómodamente contra una superficie firme. Colocar una almohada debajo de cada brazo, así como un rodillo en la región cervical.

Posición sentada, vigilar y proteger:

- Omóplatos
- Sacro
- Tuberosidades isquiáticas



EVALUACIÓN

Se considera la evaluación tanto del Proceso como de los resultados.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados ofrecidos serán:

- Se ha aplicado la escala Nova 5 al ingreso.
- Se ha aplicado la escala Nova 5 al menos a los 7 días de la última valoración del riesgo.
- Se ha aplicado la escala Nova 5 ante la ocurrencia de “cambio relevante”.
- Se ha registrado la valoración del entorno.
- Están registrados los cambios posturales:
 - Nivel 1 No están registrados cambios posturales
 - Nivel 2 Hay cambios registrados en intervalos máximos diurnos de 6 horas y/o nocturnos de 10
 - Nivel 3 Hay cambios registrados en intervalos máximos diurnos de 4 horas y/o nocturnos de 6
 - Nivel 4 Hay cambios registrados en intervalos máximos diurnos de 2 horas y/o nocturnos de 4
- Está anotada la ingesta de alimentos en las 24 horas.
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al ingreso
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al menos a los 7 días de la última valoración.

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en la Hoja de registro para UPP.

Se realizará así mismo la evaluación de determinadas normas de actuación mediante observación directa. Se propone a las unidades el sistema de autoevaluación, considerándose los siguientes requisitos:

- Se ha utilizado aceite de almendras tras el baño.

- Utiliza guantes estériles para la limpieza y cura
- Monta campo estéril para la limpieza y cura de la herida.
- No se ha utilizado para la limpieza antiséptico local.
- No se realiza cura oclusiva, en caso de infección.
- Se ha tomado frotis en caso de observar signos de infección.
- No se mantendrá antibiótico local en cuidados domiciliarios más de dos semanas.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se plantea el estudio de la prevalencia puntual y de incidencia de período como indicadores de resultado.

1.- PREVALENCIA PUNTUAL

N.º de pacientes con UPP

Población estudiada en la fecha en la que se hace el estudio

Existe un cierto consenso en cuanto a la no idoneidad de incluir a toda la población en los denominadores, o sea, no calcular tasas crudas, pues no tiene sentido incluir pacientes con muy bajo o nulo riesgo de desarrollar UPP.

A continuación presentamos las exclusiones en el cálculo de denominadores utilizadas para determinar la prevalencia global:

TIPO DE PACIENTE	PROPUESTA
Pacientes ingresadas en obstetricia	Excluirlas de los denominadores
Pacientes pediátricos	Excluirlos de los denominadores excepto: Niños ingresados en UCI pediátrica y/o UCI de Neonatos.
Pacientes ingresados en unidades de corta estancia	Aunque no hay referencias en la bibliografía, en un principio los pacientes ingresados en unidades de corta estancia (2-3 días de ingreso) son pacientes con un riesgo bajo-nulo de

TIPO DE PACIENTE	PROPUESTA
Otros	desarrollar UPP. A excepción de los pacientes ingresados en unidades de corta estancia geriátrica. Aunque normalmente no se tienen en cuenta como pacientes ingresados: pacientes en el hospital de día, en sesión de diálisis ambulatoria,...

Se recográn datos cada 6 meses, tomando como indicadores de resultado:

- N.º enfermos con UPP / N.º pacientes estudiados.
- N.º de UPP / N.º de enfermos ulcerados.

2.- INCIDENCIA DE PERÍODO

Número de pacientes (libres de UPP al inicio del período de tiempo que se estudia) en los que aparecen UPP durante el período de tiempo de estudio

x 100

Número de pacientes en riesgo durante el período de estudio

Se incluyen estudios de incidencia en algunos de los servicios de hospitalización; introduciendo la autoevaluación. Presenta información de mayor calidad acerca de la etiopatogenia de las UPP, sus factores de riesgo y su dinamismo.

Se recogerán datos tomando así mismo como indicadores de resultado:

- N.º enfermos con UPP / N.º pacientes estudiados:
 - N.º de pacientes identificados de riesgo bajo con úlceras/ N.º pacientes estudiados
 - N.º de pacientes identificados de riesgo medio con úlceras/ N.º pacientes estudiados
 - N.º de pacientes identificados de riesgo alto con úlceras/ N.º pacientes estudiados
- N.º de UPP / N.º de enfermos ulcerados:
 - N.º de úlceras en pacientes identificados de riesgo bajo / N.º pacientes ulcerados
 - N.º de úlceras en pacientes identificados de riesgo medio / N.º pacientes ulcerados

- N° de úlceras en pacientes identificados de riesgo alto / N° pacientes ulcerados

- Número de úlceras por presión.
- Número de úlceras por fricción.
- Número de úlceras por cizallamiento.
- Número de úlceras por presión intra-hospitalarias.
- Número de úlceras por presión extra-hospitalarias.
- Número de úlceras por presión intra-servicio.
- Número de úlceras por presión extra-servicio.

Los datos son recogidos en la Hoja de registro de incidencias de UPP

INCIDENCIAS DE ÚLCERAS POR PRESION

NOMBRE			
APELLIDOS			Nº H.C.
EDAD	SEXO	Nº CAMA	UNIDAD
FECHA DE INGRESO		PROCEDENCIA	

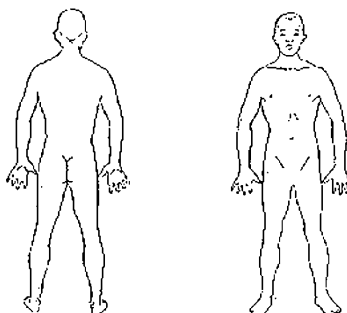
GRUPO PATOLOGICO

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CORONARIO | <input type="checkbox"/> RESPIRATORIO | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA | <input type="checkbox"/> ORTOPROTES. |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA | <input type="checkbox"/> ENDOCRINO | <input type="checkbox"/> INFANTIL | <input type="checkbox"/> INTOXICACION | <input type="checkbox"/> CIR. GENERAL |
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | <input type="checkbox"/> DIGESTIVO | <input type="checkbox"/> MATERNAL | <input type="checkbox"/> POLITRAUMA | <input type="checkbox"/> CCV |
| <input type="checkbox"/> CIR. TORAX | <input type="checkbox"/> NEUROCIRUGIA | <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> UROLOGIA | <input type="checkbox"/> Otras: |

PUNTUACION NOVA 5:

Presencia de úlcera SI NO

Fecha					
Localización					
Estadio					



ESTADIOS DE LA ÚLCERA POR PRESION

- ESTADIO I**
Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida de sustancia
- ESTADIO II**
Erosión epidérmica, y/o ampollas, y/o abrasión
- ESTADIO III**
Afectación de la totalidad de la dermis y tejido subcutáneo con posible presencia de tejido necrótico
- ESTADIO IV**
Destrucción del tejido subcutáneo, músculo, tendón e incluso hueso

TABLA DE VALORACION DE RIESGO DE ÚLCERAS

	NIVEL DE CONCIENCIA	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICION	ACTIVIDAD
0	DESPIERTO Y ORIENTADO	CONTINENTE	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	INCONTINENCIA OCASIONAL	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETARGICO	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL	LIMITACION IMPORTANTE	INCOMPLETA	SIEMPRE NECESITA AYUDA
3	INCONSCIENTE COMATOSO	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL	INMOVIL	NO INGESTA ORAL	INMOVIL
PUNTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación NOVA 5 - Riesgo de úlceras por presión

- 0 = Sin riesgo 1 - 4 = Riesgo bajo 5 - 8 = Riesgo medio 9 - 15 = Riesgo alto

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Aguado H y otros. Protocol de prevenció i tractament de les úlceras per presió CSUB. Modificacions del protocol vigent (edició 1994). Febrero 1999

Campbell Claire. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Edición española. Times Mirror de España, S.A. Barcelona; 1994.

Fernández Narváez P. Vallés Fernández M.J. Úlceras por presión. Evaluación de un protocolo. Revista Rol de Enfermería, Mayo 1997. nº 225: 73-78.

Guía Práctica para la elaboración de un Protocolo de Úlceras por Presión. Convatec. Grupo Bristol-Myers Squibb. Barcelona; 1998.

Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Clasificación y estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos (Supl Helcos) 1997; VIII (22)(Supl Helcos nº 22: III).

Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Directrices Genrales sobre el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Julio 1997- Enero 1998.

Ibars Moncasi MP. Farré Lladen M. Asensio Agelet T. Prevención de las úlceras por presión. Dos alternativas: bloques de almohadas, colchones de aire alternantes. Gerokomos, mayo 1998 IX (24): 15-24.

Maklebust J. Sieggreen MY. Cómo vencer a las úlceras por presión. Rev Nursing, mayo 1997. 15(5): 10-16.

Masachs i Fatjo E. Educación sanitaria en las úlceras por presión. Gerokomos/ Helco. Febrero 1998, vol. IX nº 1: 7-10.

Oteo Revuelta JA: Soldevilla Agredo JJ: Infección y úlceras por presión. Gerokomos, febrero 1996. VII (6): 13-28.

Rodriguez Torrente M. Gabás Gallego G. Olivera Pueyo F.J. Protocolo de asistencia de úlceras por presión en Atención Primaria. FOMECCO 1998, vol 6 nº2: 89-100.

Saez de Parayuelo V. López E. Ginés P y otros. Prevención de las úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino. Enfermería clínica, noviembre-diciembre 1995. 5(6): 243-249.

Santonja Pastor T. Burgete Ramos MD: Cebrian Doménech J. Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades críticas. Gerokomos, noviembre 1997. VIII (22): 14-22.

Torra i Bou J.E. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Rol de Enfermería, nº 224. Abril 1997. 23-30.

Torra i Bou J.E. Informe EPUAP. Gerokomos/Helcos, Vol IX nº 1. Febr 1998. 3-4.

Torra i Bou J.E. Epidemiología de las úlceras por presión. O el peligro de una nueva torre de Babel. Rol de Enfermería, nº 238. Junio 1998. 75-88.

Estudios de enfermería en todos los grados de las úlceras por presión. 1996 – Knoll s.a.

ANEXO

NOMBRE COMERCIAL	COMPOSICIÓN	INDICACIONES
Irujol mono	Clostridiopeptidasa A (colagenasa)	Úlceras que presentan necrosis o detritus (limpieza enzimática).
Dertrase	Tripsina Quimo tripsina	Úlceras que presentan necrosis o detritus (limpieza enzimática).
Blastoestimulina (polvo)	Extracto de centella asiática	Estimula el tejido de granulación
Blastoestimulina (pomada)	Extracto de centella asiática Neomicina	Estimula el tejido de granulación Heridas infectadas o con riesgo de infección.
Crystacide crema 1%	Peróxido de hidrógeno	Infecciones (agente antibacteriano).
Silverderma	Sulfadiazina argéntica	Infecciones (agente antibacteriano).
Bactroban	Mupirocina	Infecciones (antibiótico de amplio espectro).
Pasta lasar	Oxido de zinc, almidón de maíz, lanolina, vaselina	Protección de piel periulceral
APÓSITOS DE CARBÓN ACTIVADO:		Úlceras infectadas. Con capacidad para absorber el mal olor
APÓSITOS BASADOS EN LA CURA HÚMEDA:		
	Hidrogel	Por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados. Favorece el desbridamiento autolítico pero tiene poca capacidad de absorción.

NOMBRE COMERCIAL	COMPOSICIÓN	INDICACIONES
	Hidrocoloides trans- parentes/extrafinos	Prevención de la aparición y tratamiento de estadio I.
	Hidrocoloides	Ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida
	Alginato de Calcio	El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado. Tiene además propiedades hemostáticas.
	Hidrofibra	Úlceras altamente exudativas y úlceras infectadas. Tiene además propiedades hemostáticas.

PAUTA DE ELECCIÓN Y CAMBIO DE APÓSITOS

PRODUCTO	TAMAÑO/MOMENTO DE CAMBIO	INDICACIONES	COMBINACIONES DE PRODUCTOS POSIBLES
Hidrocoloide/Hidrorregulador protector	Elegir en todos los casos el tamaño específico según la región anatómica a tratar. El momento de cambio viene dado por: la saturación del apósito apareciendo un aumento del volumen del mismo y un cambio de color, en la parte externa; si existe úlcera inicial o por la disminución a la mitad del espesor del foam que lo rodea.	Desde el inicio de la epitelización hasta el inicio de la maduración.	
Hidrocoloide/Hidrorregulador transparente	Elegir en todos los casos un tamaño de apósito que supere el borde de la lesión al menos en 2,5 cm. El momento de cambio viene dado por: la saturación del apósito apareciendo un aumento del volumen del mismo y un cambio de color blanquecino con disminución del borde elegido de 2,5 cm. a 1,5 cm.	En úlceras desde el momento en que el tejido de granulación llega al borde hasta completar la cicatrización.	
Hidrocoloide/Hidrorreguladores + Alginato (dependiendo de la localización anatómica)	Elegir en todos los casos un tamaño de apósito que supere el borde de la lesión al menos en 2,5 cm. El momento de cambio viene dado por: la saturación del apósito apareciendo un aumento del volumen del mismo y un cambio de color blanquecino con disminución del borde elegido de 2,5 cm. a 1,5 cm.	Úlceras en fase de desbridamiento hasta que el tejido de granulación llega al borde.	Pudiendo conjugarse para el desbridamiento con un desbridante autolítico con el hidrogel amorfo + alginato. En úlceras catavínadas para poner en contacto el lecho de la lesión con el apósito: Hidrocoloide en pasta. Para asegurar mayor permanencia del apósito: hidrocoloide en gránulos.

POSIBLES

PRODUCTO	TAMAÑO/MOMENTO DE CAMBIO	INDICACIONES	COMBINACIONES DE PRODUCTOS
Hidrogel amorfo Agua Alginato Ca C.M.C.Na	El Hidrogel amorfo con alginato permite adaptarse a la forma y tamaño del tejido específico a tratar. Si se utiliza combinado con un hidrorregulador + alginato las consideraciones de cambio serán las mismas que para los hidrorreguladores + alginato.	Heridas en fase de desbridamiento. Heridas crónicas en fase de desbridamiento.	Si la úlcera en fase de desbridamiento está infectada se puede combinar con un apósito de alginato no utilizando para su fijación apósitos oclusivos ni semioclusivos. Si la úlcera en fase de desbridamiento no está infectada se puede combinar con apósitos hidrorreguladores + alginato.
Apósito de alginato	Elegir en todos los casos un tamaño de apósito que supere el borde de la lesión al menos en 2,5 cm. El momento de cambio vendrá dado por la aparición de la parte externa del apósito de la hue- lla impresa del exudado.	Heridas infectadas y/o atamante exudativas	No utilizar como método de fijación apósitos oclusivos o semioclusivos si la úlcera está infectada. Si la úlcera no está infectada puede utilizarse como método de fijación apósitos semioclusivo y/o método tradicional a criterio profesional.

Si tras varios cambios consecutivos se ha conseguido controlar la infección y/o exudación presente en la úlcera pasará a mos a utilizar apósitos hidrorreguladores + alginato.