



GUÍA

para la Prevención,
Diagnóstico y Tratamiento
de las **Úlceras por Presión**



GUÍA

para la Prevención,
Diagnóstico y Tratamiento
de las **Úlceras por Presión**

AUTORES

COORDINADORA DE AUTORES

- Josefina Martínez Angulo. Enfermera procesos y metodología.
Hospital San Pedro. Logroño.

GRUPO DE TRABAJO Y AUTORÍA DE FOTOS

- Estibaliz Baldeón Iñigo. Enfermera servicio geriatría / UCP.
Hospital San Pedro. Logroño.
- Constancio Jiménez Remiro. Enfermero servicio de cirugía - dermatología.
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.
- Chantal Mata de la Cruz. Enfermera centro socio - sanitario.
Residencia de personas mayores de Calahorra. La Rioja.
- M^a Inmaculada Marco Galilea. Enfermera unidad de hospitalización a domicilio.
Hospital San Pedro. Logroño.
- M^a Teresa Torrecilla Miguel. Enfermera atención primaria.
Centro de Salud Espartero. Logroño

COORDINACIÓN E IMPULSO

Servicio de planificación, evaluación y calidad. Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud de La Rioja.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores de esta guía han declarado la ausencia de conflictos de interés.

Para la citación de este documento como fuente bibliográfica se sugiere:

Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009

© Gobierno de La Rioja
Depósito Legal: LR-503-2008

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de Enfermería, siendo nuestra responsabilidad tanto su prevención como su tratamiento.

Es frecuente que basemos nuestras actuaciones en la práctica acumulada con los años, pero sin estar validada de forma científica. Nuestro reto es trabajar de forma sistematizada, utilizando las evidencias científicas para disminuir la variabilidad de la práctica asistencial.

También debemos conocer el entorno del paciente y a su cuidador principal, para proporcionarle los conocimientos necesarios y poder prevenir su aparición.

Las UPP son un problema evitable en un 95% de los casos (*Pam Hibbs, citado por J Waterlow en "Waterlow J Pressure sore prevention manual. Taunton, 1996"*), que puede ocasionar situaciones graves como:

- Reducción de la calidad de vida del paciente, siendo causa directa o indirecta del aumento de la morbi/mortalidad.
- Pérdida de su autonomía, independencia y autoestima.
- Prolongación de la estancia hospitalaria.
- Sobrecarga de trabajo para Enfermería
- Aumento del gasto sanitario
- Ser un indicativo negativo de la calidad asistencial
- Demandas judiciales por baja calidad asistencial

Del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Rioja nace esta Guía para establecer un documento de consenso entre los distintos niveles asistenciales, siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica.

Hemos utilizado el sistema GRADE (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones), para clasificar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones. Este sistema define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación.

La fuerza de una recomendación, refleja hasta qué punto podemos confiar en que su puesta en práctica, conlleva más beneficios que riesgos, para la población diana.

El sistema GRADE (http://www.gradeworkinggroup.org/_ES/FAQ/index.htm) utiliza las siguientes definiciones para calificar la calidad de la evidencia:

Alta: es muy poco probable que nuevos estudios modifiquen la confianza que tenemos en el resultado estimado.

Moderada: es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que éstos puedan modificar el resultado.

Baja: es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que éstos puedan modificar el resultado.

Muy baja: cualquier resultado estimado es muy incierto.

Con esta guía pretendemos unificar criterios tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, favoreciendo la continuidad de los cuidados, en los distintos niveles asistenciales, aumentando la calidad de los cuidados enfermeros y mejorando la atención prestada al paciente y a su entorno familiar.

Esperamos dar respuesta a algunas de las inquietudes que tenemos los profesionales de enfermería y que sea una ayuda para la consecución de nuestros objetivos.

Registrando y evaluando nuestras intervenciones tendremos una herramienta para investigaciones futuras.

Queremos agradecer a todos los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja de Atención Especializada, Atención Primaria y Centros Socio-Sanitarios, que con sus aportaciones han hecho posible la elaboración de esta Guía, así como a José Carlos González Suárez Enfermero de A.P. y M^a Aranzazu Rubio Lejardi Enfermera de A. E. que participaron en su inicio.

Objetivo General

Conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las UPP, adoptando las evidencias científicas actuales, con el fin último de disminuir su incidencia.

Objetivos Específicos

- Determinar el riesgo de padecer una UPP de cada paciente en los distintos niveles asistenciales.
- Identificar y describir correctamente el estadio en el que se encuentra la UPP.
- Registrar y protocolizar los cuidados de enfermería.
- Estandarizar los cuidados aplicados en el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Rioja.
- Informar y formar adecuadamente al paciente y cuidador

Índice

Introducción	5
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Definición y Etiología	13
Valoración del Paciente y de su Entorno de Cuidados	14
Prevención de las Úlceras por Presión	15
1. Valoración del riesgo	15
2. Cuidados de la piel	16
• Valoración del estado de la piel	16
• Limpieza y cuidados locales de la piel	17
• Manejo del exceso de humedad	17
3. Manejo de la presión	17
• Movilización	17
• Cambios posturales	18
• Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP)	18
• Protección local	20
4. Intervenciones Iatrogénicas	22
5. Situaciones especiales	22
6. Pacientes terminales	23
7. Valoración de riesgo de úlceras por presión	23
Cuidados de las Úlceras por Presión	24
1. Localización	24
2. Clasificación y estadiaje	25
3. Parámetros para la descripción de la lesión	25
4. Fases del proceso de cicatrización	28

Tratamiento de las Úlceras por Presión	30
1. Cuidados generales	30
• Alivio de la presión	30
• Soporte nutricional	30
• Manejo del dolor	30
• Valoración psicosocial	31
• Soporte emocional	31
• Educación	31
2. Cuidados locales	32
• Limpieza	32
• Desbridamiento	32
• Elección del tratamiento	34
• Cura húmeda	36
• Productos recomendados	37
• Abordaje de la infección bacteriana	39
• Cuidados de las UPP según su estadio	43
• Productos para la prevención y tratamiento de las UPP	44
Consideraciones Generales	45
1. Procesos que puedan incidir en el desarrollo de la UPP	45
2. Continuidad de cuidados	45
3. Apoyo al cuidador principal	45
• Cuidados básicos	45
• Cuidar al cuidador	45
4. Registro	46
5. Evaluación	46
6. Monitorización	47
Plan de Cuidados de Enfermería	48
Bibliografía	49

1. Escala de Braden	52
2. Escala de valoración MUST	54
3. Superficies SEMP	55
4. Medidas de prevención a seguir en función del riesgo de padecer UPP del paciente	56
5. Técnica Método Berg	56
6. Escalas de dolor	57
7. Técnica de desbridamiento cortante	58
8. Técnicas para la obtención de muestras para cultivo	58
9. Hoja de Cuidados de UPP y manual de cumplimentación	60
10. Plan de cuidados de Enfermería	64

Fecha de Realización: 2008

Fecha de Revisión: 2013, Antes si la evidencia científica así lo aconseja

Definición y Etiología

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.

MECANISMOS

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

- **Presión:** Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

La presión capilar oscila entre 6 -32 mm. de Hg., si esta aumenta (>32mm. de Hg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y, si no se alivia, la necrosis de los mismos.

- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- **Cizallamiento (*Fuerza externa de pinzamiento vascular*):** Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.
- **Humedad:** Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

Valoración del Paciente y de su entorno de cuidados

A toda persona al ingreso en un hospital, Centro Socio Sanitario o en la primera visita domiciliaria en AP debe hacersele sistemáticamente una valoración de enfermería completa que incluya:

- Capacidad de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.
- Examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP, y tratamiento farmacológico.
- Evaluación nutricional con un instrumento validado capaz de detectar riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
- Aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y posibles apoyos sociales.
- Evaluación de riesgo de presentar UPP con una escala validada.

Prevención de las úlceras por presión

Nuestro objetivo no es enseñar a curar la UPP sino evitar su desarrollo a través de la planificación de cuidados enfermeros aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollar una UPP.

Las actividades de cuidados que comprende se pueden clasificar en diferentes áreas:

1. Valoración del riesgo

- Valorar el riesgo de presentar UPP en todas las personas **Evidencia Moderada**
- Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.
- Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y por lo tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas
- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración:
 - Isquemia de cualquier origen
 - Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas)
 - Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen
 - Hipotensión prolongada
 - Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.
 - Cambio de cuidador habitual
 - Cambio de nivel asistencial
- Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo UPP (EVRUPP) validada.
De las existentes nos decantamos por la escala Braden por su mejor balance sensibilidad/especificidad y su fácil manejo. (Anexo I) **Evidencia Alta**
- La escala de Braden utiliza las siguientes variables:
 - Percepción sensorial
 - Exposición a la humedad
 - Actividad
 - Movilidad

- Nutrición
- Roce y peligros de lesiones cutáneas

El resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías puede oscilar entre 6 y 23 puntos. Según la puntuación se identifican los siguientes grupos de riesgo:

- Riesgo alto: <12 (evaluación diaria)
 - Riesgo medio: 13-15 (evaluación c/ 3 días)
 - Riesgo bajo: >16 (evaluación c/ 7 días)
- Para la valoración de desequilibrio nutricional por defecto se utiliza de forma sistemática la escala de valoración MUST (HERRAMIENTA UNIVERSAL DE CRIBADO DE LA DESNUTRICIÓN, Anexo II).

Estas clasificaciones son importantes para iniciar el plan de cuidados de enfermería ya que permite adaptar las medidas preventivas al nivel de riesgo. **Evidencia Moderada**

Las escalas de valoración modificadas no deben utilizarse sin proceder a su validación.

Se recomienda reevaluar el riesgo siempre que se produzcan cambios en el estado general del paciente, su entorno de cuidados o en el tratamiento.

2. Cuidados de la piel

- **Valoración del estado de la piel**

Realizar diariamente coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento al paciente y cuidador. **Evidencia Muy Baja**

- Hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos, etc.)
- Prestar especial atención también a las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, secreciones, ...)
- Observar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.

Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afecta

comparándola con el calor en otra zona del cuerpo. **Evidencia Muy Baja**

- **Limpieza y cuidados locales de la piel**

La piel de la persona debe estar siempre limpia y seca

- Utilizar jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el ph de la piel. **Evidencia Moderada**
- Aclarar bien el jabón y realizar secado meticuloso sin fricción incidiendo especialmente en las zonas de pliegues
- Aplicar cremas hidratantes fluidas, confirmando su total absorción
- Utilizar preferentemente lencería de tejidos naturales
- Utilizar apósitos protectores para reducir la posibles lesiones por fricción
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión ya que posibilitan una óptima hidratación, favorecen el aumento de la circulación capilar y refuerzan la resistencia cutánea. **Evidencia Alta**
- Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino, colonias, etc.) **Evidencia Muy Baja**
- No realizar masajes sobre prominencias óseas, ni zonas con rojeces (ocasionan roturas capilares que favorecen la aparición de UPP). **Evidencia Moderada**

- **Manejo del exceso de humedad (incontinencia, transpiración, drenajes)**

- Controlar la causa que origina el exceso de humedad **Evidencia Baja o Moderada**
- Proteger las zonas expuestas al exceso de humedad con productos barrera. (Asegurarse de la ausencia en la zona expuesta a la humedad de una micosis, ante su presencia no utilizar estos productos).

3. Manejo de la Presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, considerar cuatro elementos fundamentales:

- Movilización
- Cambios posturales
- Superficies especiales de la presión (SEMP)
- Protección local ante la presión

- **Movilización**

Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente proporcionándole los dispositivos de ayuda necesarios (andadores, bastones, trapecios, barandillas).

Evidencia Moderada

Si existe potencial para mejorar la movilidad física, iniciar gimnasia activa o pasiva. Considerar la derivación a fisioterapia.

- **Cambios posturales**

- **Periodicidad**

- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo y de la SEMP utilizada.
- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, *siguiendo una rotación programada e individualizada*.
- Cuando sea posible, enseñar a la persona a reposicionarse por si misma a intervalos de 30'. Evidencia Moderada
- En periodos de sedestación efectuar movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñar a la persona a moverse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).
- Si la situación del paciente en sedestación o de su entorno de cuidados no permite realizar estas movilizaciones, es preferible encamar al paciente.

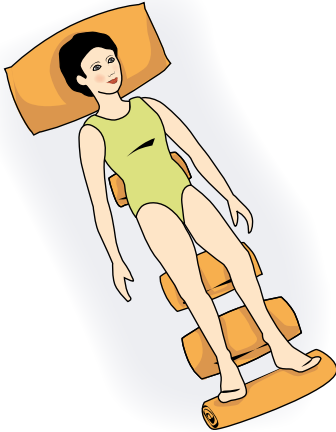
- **A tener en cuenta en la realización de los cambios posturales**

- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre el manejo de cargas y pesos
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona
- Evitar el contacto directo entre prominencias óseas
- Evitar en lo posible apoyar directamente a la persona sobre sus lesiones
- Evitar el arrastre: realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. Utilizar entremetidas o sábanas traveseras Evidencia Baja
- Elevar la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo posible (si su patología base lo permite) Evidencia Baja
- En decúbito lateral no sobrepasar los 30° de inclinación y evitar apoyar el peso

- en las prominencias óseas ayudándose de almohadas. **Evidencia Baja**
- Los pies y manos deben mantener una posición funcional.

- **Condicionantes para la efectividad de los cambios posturales**

- Dificultad para su realización periódica
- Utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas
- Imposibilidad de realizarlos en muchos pacientes de cuidados intensivos
- Patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales: Cirugía cardíaca, inestabilidad hemodinámica, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados o intervenciones neuroquirúrgicas

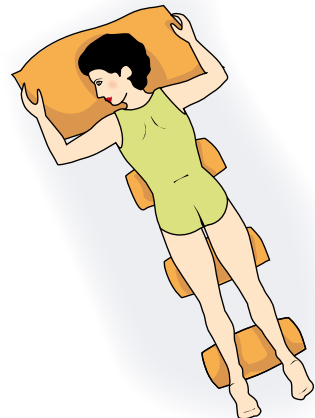


a. Posición de decúbito supino:

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 ducción de 30 grados), codos estirados, piernas ligeramente separadas, pies y manos en posición funcional, evitar apoyar los talones del paciente directamente sobre un plano duro.

b. Posición de decúbito pronos.

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



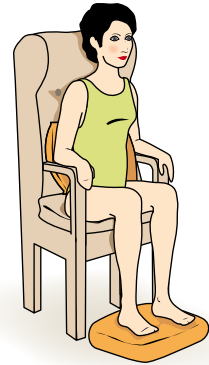


c. Posición de decúbito lateral

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.

d. Posición sentada

Sentar (se) con la espalda apoyada cómodamente contra una superficie firme, pies y manos en posición funcional, apoye los pies liberando los talones.



- **Superficies especiales de manejo de presión (SEMP)**

Se considera SEMP a toda superficie que presenta propiedades de reducción o alivio de la presión sobre la que puede apoyarse una persona totalmente, ya sea en decúbito supino, prono o en sedestación.

- **Otros requisitos exigibles a las SEMP:**

- Facilitar la evaporación de la humedad
- Provocar escaso calor al paciente
- Disminuir las fuerzas de cizalla.
- Sencillo mantenimiento y manejo
- Compatible con el protocolo de control de infecciones.
- Compatible con las necesidades de reanimación cardio-pulmonar.

- **Clasificación:**
 - **SEMP estáticas:** Aumentan el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que soporta cada punto del cuerpo.
 - **SEMP dinámicas:** Varían de manera alternante la presión en los puntos de contacto
- **Las personas de riesgo deben ser colocadas sobre SEMP en función de su grado riesgo Evidencia Alta:**
 - En personas de riesgo bajo: Se recomienda utilizar superficies estáticas
 - En personas de riesgo medio y alto: Se recomienda utilizar superficies dinámicas
- **Considerar siempre a las SEMP como un material complementario que no sustituyen al resto de cuidados (movilización y cambios posturales) Evidencia Alta**
- **Protección local ante la presión**

En zonas de especial riesgo para el desarrollo de UPP como son talones, región occipital, sacro, deben utilizar sistemas de protección local ante la presión **Evidencia Alta**

- **Características**

- Facilitar la inspección de la piel al menos una vez al día
- Ser compatibles con otras medidas del cuidado local
- No lesionar la piel de esa zona con su retirada

Cuando dejamos el talón libre de presión debemos evitar la caída del pie (pie equino), para ello mantener el pie en ángulo recto con la pierna; ayudándonos de los dispositivos adecuados.

Contemplar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en la persona puedan provocar problemas relacionados con la presión y el rozamiento sobre una zona de prominencia, piel y mucosas (sondas, tiras de mascarilla, tubos orotraqueales, gafas nasales, mascarar de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción). En estos casos, los AGHO y los apósitos con capacidad de manejo de la presión pueden ser de gran utilidad.

4. Intervenciones iatrogénicas

En estas intervenciones existe un componente histórico tradicional en su práctica, “siempre se ha hecho así”, que entraña una notable dificultad para su erradicación. Hoy podemos recomendar

- **No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento.** En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que esta en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP **Evidencia Moderada**
- **No masajear las prominencias óseas**
- **No dar frías de alcohol,** colonia sobre la piel
- **No sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP**
- **No elevar el cabecero de la cama más de 30° en decúbito lateral**
- **No sobrepasar los 30° de inclinación en decúbito lateral**
- **No arrastrar a la persona sobre la cama al recolocar**
- **No mantener protecciones locales sin revisiones diarias**

5. Situaciones especiales

Debido a su especial relación con la posibilidad de ver aumentado el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, habrán de tenerse en cuenta una serie de circunstancias especiales que aumentan la vulnerabilidad de los pacientes al tiempo de planificar los cuidados de prevención. Estos cuidados deberán iniciarse desde el mismo momento de su ingreso en la institución y mantenerse en las distintas unidades (servicio de urgencias, servicios de diagnóstico, quirófanos...)

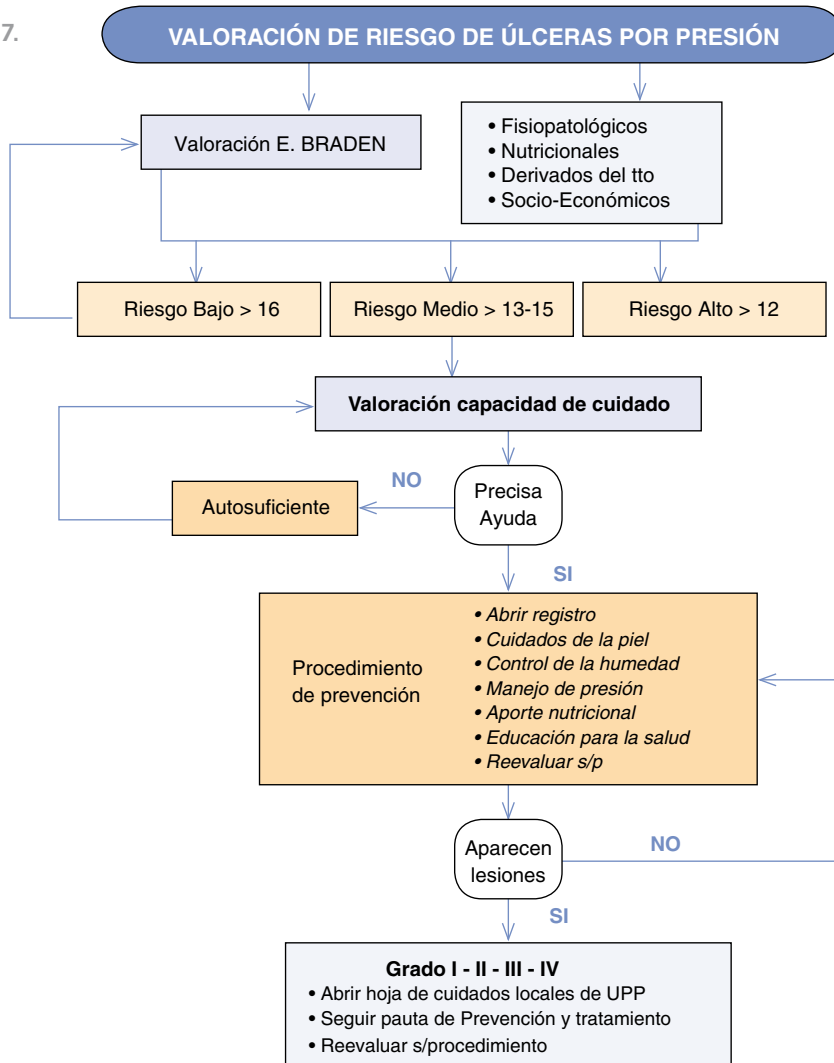
- Pacientes con alteraciones neurológicas (lesiones medulares, déficit neurológicos,..)
- Pacientes sometidos a cirugía de larga duración
- Pacientes sometidos a técnicas especiales
- Personas desnutridas, inmunodeprimidas.
- Personas sometidas a estrés psicológico o emocional.
- Personas muy mayores sin motivación para la ingesta ni la movilización (Anciano frágil).
- Aumento significativo del dolor
- Cambios de medicación.

6. Pacientes terminales

Su situación no justifica que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de UPP

- Prestar especial atención a la aparición de nuevas lesiones, es una complicación previsible
- En situación de agonía será necesario “plantearse” incluso la necesidad de realizar cambios posturales
- Utilizar SEMP especialmente dirigidos a este grupo de pacientes, pues contemplan la consecución de elevadas cotas de confort.

7.



Cuidados de las úlceras por presión

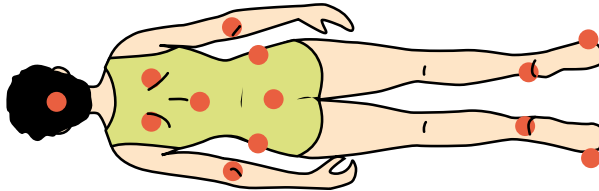
En la planificación de los cuidados del paciente con úlceras por presión deberíamos tener presente:

- Contemplar al paciente como un ser integral
- Hacer un especial énfasis en las medidas de prevención
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de los cuidados
- Configurar un marco de práctica asistencial basada en evidencias científicas
- Tomar decisiones basadas en la dimensión coste/beneficio
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación.

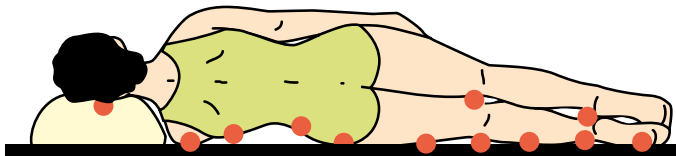
1. Localización de las UPP

Zonas más susceptibles de desarrollar UPP

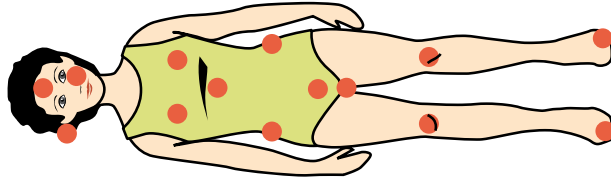
- **Decúbito supino:** Occipital , escápulas, codos, sacro, cóxis, talones, dedos de pies.



- **Decúbito lateral:** Pabellón auricular, acromion, costillas, trocánter, crestas ilíacas, cóndilos (rodilla), tibias, maléolos tibiales, dedos/lateral del pie.



- **Decúbito prono:** Frente, pómulos, pabellón auricular, pechos, crestas, ilíacas, pubis, genitales (en los hombres), rodillas, y dedos de los pies.



- **Sedestación:** Occipital, escápulas, codos, sacro y tuberosidades isquiáticas. subglúteos, huecos poplíteos y talones



- **Sujeción mecánica y otros dispositivos:** fosas nasales (con sondajes), pabellón auricular (gafas nasales), meato urinario (con sondaje vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones).

2. Clasificación y estadiaje de las UPP

Las UPP se clasifican en cuatro estadios según el grado de la lesión tisular:

- **Estadio I:**

- Eritema cutáneo en piel íntegra que no palidece/desaparece con la presión; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:
 - Temperatura de la piel (caliente o fría)
 - Consistencia del tejido (edema, induración)
 - Y/o sensaciones (dolor, escozor)



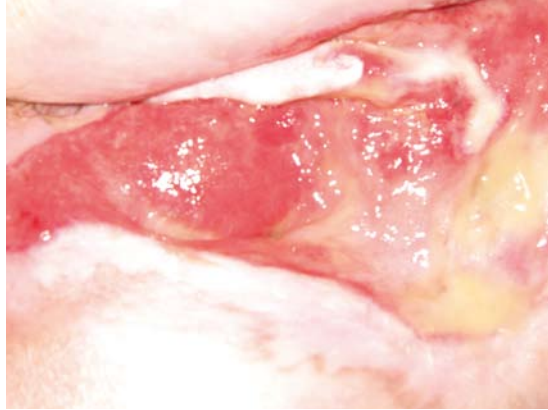
- **Estadio II:**

- Pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas.
- Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



- **Estadio III:**

- Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión del tejido subcutáneo, que puede extenderse hasta la fascia muscular.



- **Estadio IV:**

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, lesión en músculo, hueso y/o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc....).
- En este estadio IV como en el III, pueden presentarse necrosis, lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

3. Parámetros para describir la lesión

- **Dimensiones:** Longitud, anchura (diámetro mayor y menor) y volumen (método Berg, Anexo V).
- **Cavidades:** Tunelizaciones y fístulas.
- **Tejido del lecho de la úlcera:** Eritema, esfacelado, necrótico, epitelización y granulación.
- **Estado de la piel periulceral:** Íntegra, eritema, lacerada, macerada, eczema y edema.
- **Borde de la herida:** Bien definido, irregular, con forma de cráter, hinchado, calloso, macerado y reseco.
- **Exudado de la úlcera:** Cantidad (mínimo, moderado, alto), tipo (purulento, hemorrágico, seroso) y olor.
- **Signos de infección:** Local y sistémica.

4. Fases del proceso de cicatrización

- **Fase Exudativa o de Limpieza:**

Se produce la coagulación, inflamación y limpieza de la herida. La finalidad de esta fase es la de limpiar la herida y luchar contra la infección, eliminando las células y tejidos desvitalizados.

- **Fase de Granulación:**

Se produce la reconstrucción vascular, que va a facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al nuevo tejido, que irá rellenando el lecho de la herida para reemplazar el tejido original destruido.

El tejido de granulación presenta un aspecto brillante, carnoso y rojo.

- **Fase de Epitelización:**

Una vez el lecho de la lesión se ha rellenado con tejido neoformado, éste se va revistiendo de nuevo tejido epitelial, desde los bordes de la herida hasta recubrirla totalmente. El tejido epitelial presenta un aspecto rosa aperlado.

- **Fase de Maduración:**

Esta fase puede durar hasta un año o más, y nuestro objetivo en ella es proteger la zona cicatricial, ya que es muy sensible a las agresiones físicas y químicas.

Las UPP cicatrizan hacia una menor profundidad, pero no se produce una sustitución del tejido dañado destruido. (Una ulcera en estadio IV no puede pasar a ser de estadio III, estadio II o estadio I).

Una ulcera de un estadio determinado después de su cicatrización será clasificada como ulcera de dicho estadio cicatrizada; no como ulcera de estadio cero. El lecho ulceral es rellenado por tejido de granulación, compuesto por células endoteliales, fibroblastos, colágeno y matriz extracelular.

Tratamiento de las úlceras por presión

Ante el tratamiento de una UPP se tendrá en cuenta una doble visión de los cuidados:

1. Cuidados Generales

- **Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones**

Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones por lo que aplicaremos las directrices dadas en la prevención sobre la utilización de las SEMP.

- **Soporte nutricional**

La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas.

- Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas, y de la infección. **Evidencia Moderada**
- Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización.
- La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte como mínimo de:
 - Calorías (30-35 Kcal x Kg.peso/día)
 - Proteínas (1.25 - 1.5 gr./Kg.peso/día, pudiendo ser necesario un aumento de hasta un máximo de 2 gr./Kg.peso/día).
 - Minerales : Zinc , Hierro, Cobre
 - Arginina
 - Vitaminas : Vit C, Vit A, Complejo B
 - Aporte hídrico (1cc Agua x Kcal.día)(30 cc Agua/día x Kg.peso)

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades se debe recurrir a dietas enriquecidas, según pauta (Anexo II) **Evidencia Moderada**

- **Manejo del dolor**

- Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P., con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo. Considerar los parámetros siguientes:

- **Intensidad:** para medir la intensidad del dolor se recomienda hacer una valoración previa del estado cognitivo del paciente para poder aplicar la escala de valoración más adecuada (Anexo VI.).
 - **Cualidad:** continuo, incidental (relacionado con las movilizaciones o las curas).
 - **Irruptivo:** de aparición impredecible.
- Manejar el dolor eliminando o controlando su fuente de origen: cura en ambiente húmedo, cubriendo heridas, ajustando las superficies de apoyo, recolocando al paciente. **Evidencia muy baja**
 - Un aumento del dolor sugiere un deterioro mayor y la posibilidad de una infección.
 - Si se considera necesario y adecuado proporcionar analgesia
 - Tener en cuenta los factores psico-sociales que pueden influir en la percepción del dolor, así como el estado cognitivo

- **Valoración Psico-Social**

Es necesario identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, habilidad, conocimientos, recursos, y motivación de éste y del paciente para participar en el plan de cuidados.

Diseñar, aplicar y evaluar medidas de implicación del paciente y familia en la prevención y cuidado de las UPP. Así como, facilitarles el acceso a los recursos sociales para planificar sus necesidades.

- **Soporte Emocional**

La presencia de una UPP puede provocar un cambio importante en las actividades de la vida diaria del individuo y su familia a tener presente en la planificación de sus cuidados:

- Problemas físicos, emocionales, sociales y económicos que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer esos autocuidados.
- Déficit de autonomía, autoimagen, autoestima, etc.
- Necesidad de apoyos Sociales ante situación de difícil manejo en su entorno.

- **Educación**

- **Informar** continuamente a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales del estado, evolución y tratamiento de la lesión
- **Implicar** a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores infor-

males en la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención y tratamiento.

- **Valorar** la capacidad del paciente/cuidador para participar en su programa de prevención y tratamiento.
- **Desarrollar** un programa de educación que sea:
 - Organizado, estructurado y comprensible.
 - Dirigido a todos los niveles: pacientes, familiares, cuidadores, gestores, y que incluyan mecanismos de evaluación sobre su eficacia.

2. Cuidados Locales

• Limpieza

- Objetivos de la Limpieza
 - Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión.
 - Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio húmedo.
 - Facilitar la inspección de la lesión.
 - Disminuir el riesgo de infección.

• Desbridamiento

Es un paso imprescindible para evaluar el grado de la UPP.

- Objetivos del desbridamiento:
 - Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana. **Evidencia Alta**
 - Eliminar el mal olor.
 - Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.
 - Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.
 - Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.
 - Permitir evaluar la profundidad de la lesión.
- Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:
 - Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos. Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad. **Evidencia Baja**
 - Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección,...) **Evidencia Baja**

- Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir una óptima regeneración tisular, alargándose el proceso. **Evidencia Baja**
- Tratamiento con anticoagulantes

Hay una importante **excepción** del desbridamiento: es el caso de la placa dura necrótica (escara que no presenta edema, eritema, fluctuación o drenaje) en talón, en este caso se recomienda **no desbridar** y someterla a una estricta vigilancia **Evidencia Muy Baja**

Esta placa necrótica va a actuar siempre como una barrera natural ante una posible osteomielitis del calcáneo.

- Antes de iniciar el desbridamiento tendremos en cuenta:

- Rapidez (con lo que se quiere actuar)
- Infección (presente o no)
- Profundidad y localización.
- Dolor.
- Coagulopatías y tratamientos anticoagulantes

- **Métodos** de desbridamiento:

- **Quirúrgico**

Retirada completa de tejido necrótico realizada en una sola sesión, se lleva a cabo en quirófano o sala quirúrgica bajo anestesia. Indicado en escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, de localizaciones especiales, y con signos de celulitis o sepsis.

- **Cortante** (Anexo VII)

Retirada de forma selectiva de tejido necrótico y desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable, es el más efectivo y permite el desbridamiento de forma más rápida. Se realiza "a pie de cama".

- Valorar el uso de medidas de control del dolor, generales y locales antes de iniciar la técnica
- Tener especial precaución en personas con coagulopatías o tratadas con anticoagulantes.
- En caso de sangrado, controlarlo con presión digital, apósitos hemostáticos, o apósitos de Alginato Ca.
- Vigilar los signos de sangrado significativo durante las primeras 24 horas,

valorando la conveniencia de mantener los apósitos.

- No está indicado en zonas de escasa o nula vascularización, dificulta la cicatrización
- Realizar con instrumental estéril, extremando las medidas de asepsia

• **Enzimático**

Es la aplicación local de enzimas exógenas (principalmente colagenasa, estreptoquinasa) que funciona de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, separando el tejido necrótico del tejido viable.

- Se recomienda realizar cortes con bisturí en caso de placa dura necrótica, para facilitar que el producto penetre en la lesión
- Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción
- Proteger la piel perilesional
- Su acción puede ser neutralizada en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y antisépticos

• **Autolítico**

Es el fisiológico, ocurre en todas las heridas de forma natural, aunque su acción es más lenta que otros métodos.

Se favorece con la aplicación de apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo.

Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso. Bien aceptado por el paciente puede provocar maceración de la piel periulceral si no es bien utilizado.

Estos métodos son compatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados

• **Elección del tratamiento**

Las evidencias científicas disponibles demuestran mayor efectividad clínica y mejor resultado coste/beneficio (espaciamiento de curas, menor manipulación de las lesiones,...) de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. **Evidencia Alta:**

- Mantiene la temperatura. La actividad celular se desarrolla a 37 °C, en temperaturas inferiores los procesos se ralentizan. Al limpiar una úlcera su temperatura

- disminuye a 22-24 ° C, por ello los apósitos deben permitir espaciar las curas lo máximo posible
- Ayuda al desbridamiento
 - Los apósitos utilizados no deben lesionar el lecho de la herida en su retirada, ni dejar restos que la puedan contaminar.
 - La cicatrización es más rápida y menos dolorosa
- A la hora de iniciar el tratamiento de la herida hay que valorar los siguientes parámetros.
- Dimensión: se expresará en centímetros la longitud y la anchura
 - Tipo de tejido existente en el lecho: granulación, esfacelo y/o necrótico seco o húmedo.
 - Existencia de tunelizaciones, fístulas.
 - Signos de infección, exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre, etc....
 - Presencia de dolor.
 - Antigüedad de la lesión.
 - Estado de la piel perilesional reflejando si está íntegra, lacerada, macerada, reseca,...
 - Curso/ evolución de la lesión
- Pautas básicas para realizar la cura:
- Elegir la posición más adecuada, cómoda y menos álgida para el paciente y cuidador
 - Realizar la cura en condiciones de asepsia.
 - Retirar el apósito mediante una técnica no agresiva.
 - Valorar la piel perilesional y proteger si procede
 - En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5 – 4 cms el borde de la úlcera.
 - El cambio de apósito se realizará según las normas del producto salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes periulcerales
 - Valorar la lesión y elegir el tratamiento adecuado (en caso de esfacelos y/o tejido necrótico es necesario desbridar).
 - Para manejar el dolor local valore el uso de geles opiodes como analgésicos tópicos (EJ. Hidrogel de Clorhidrato de Morfina). **Evidencia Moderada.**

- **Material:**
 - Guantes, compresas y gasas estériles.
 - Solución salina fisiológica.
 - Equipo de curas estéril: Pinzas, tijeras...
 - Apósitos
- **Método**
 - Limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura
 - Como norma general realizarla con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo potable abundante, a una temperatura $\pm 37^{\circ}$. **Evidencia Alta**
 - Aplicar ligera presión para arrastrar: tejidos necróticos, esfacelos, detritus celulares o restos de tratamientos. (1-4 kg/cm²; utilice jeringa de 20 a 35 cc y una aguja o catéter de 19 mm de diámetro), evitar arrastrar células nuevas. **Evidencia Moderada**
 - Si la UPP está cavitada ayudarse con una sonda estéril, para así llegar a todos los recovecos, evitando cierres en falso y arrastrando restos de la zona cavitada.
 - Los antisépticos no deben usarse de manera rutinaria en la limpieza de heridas crónicas
 - Cuando esté tratando la lesión con apósitos de plata, se ha de tener en cuenta las recomendaciones del fabricante respecto a su utilización con suero fisiológico.
- **Cura húmeda**
- **El Apósito de elección tiene que cumplir con los requisitos:**
 - Proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas
 - Aportar la humedad necesaria para facilitar la migración celular acelerando así el proceso de curación.
 - Controlar el exudado, manteniendo la cantidad adecuada de humedad en la ulcera
 - Ser de fácil manejo y cómodos para el paciente.
 - Controlar el olor y la presión.
 - Mantener la temperatura constante en el lecho de la herida.
 - No lesionar el lecho de la herida con su retirada, ni dejar restos.

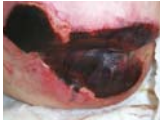


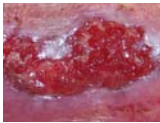
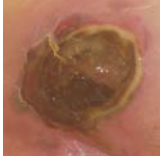



No hay diferencia en la efectividad clínica (cicatrización) de un tipo de productos de tratamiento en ambiente húmedo sobre otros, por tanto para su selección considere

otros elementos como: tipo de tejido, exudado, localización, piel perilesional y el tiempo del cuidador. **Evidencia Alta**

- Aparte del tratamiento local, **reforzar** desde el momento que aparece la úlcera las **medidas preventivas**:
 - No apoyar sobre la zona afecta
 - Aumento hídrico y proteico
 - Medidas de alivio de presión

- **Recomendaciones básicas para la utilización de productos de cura húmeda**
 - El exudado será el que condicione la frecuencia de cambios. Así, y como norma general, podemos recomendar que cuando el exudado de la lesión esté en torno a 1-2 cm. del borde del apósito es el momento adecuado para su cambio.
 - Realizar la valoración de la úlcera de manera periódica al menos una vez a la semana, o siempre que existan cambios que así lo sugieran. **Evidencia baja**
 - Si los cambios hay que hacerlos con frecuencia inferior a los 2-3 días se recomienda modificar el producto de tratamiento por otro de mayor absorbencia y si no lo controla y se asocia a otros signos: retraso en la cicatrización, dolor, decoloración, etc., valorar la posibilidad de que se encuentre en situación de colonización crítica y tratar como si estuviera infectada.
 - Si la lesión tiene una elevada carga bacteriana o signos claros de infección, la limpieza y desbridamiento debe hacerse a diario. Si se asocia a productos para el manejo de la carga bacteriana, como apósitos de plata, la revisión de la lesión debería hacerse como máximo cada 48-72h. En el caso de aumentar el escalón terapéutico y optar por antibióticos tópicos, el cambio deberá realizarse en función de la vida media del mismo. Así, como ejemplo, la sulfadiazina argéntica tiene una vida de 12 h. por lo que los cambios habrá que realizarlos con esa periodicidad.
 - Para evitar que se formen abscesos o "cierre en falso" de la lesión, será necesario rellenar parcialmente -entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones. **Evidencia Muy Baja**

• **Productos recomendados dependiendo del estado de la UPP**

TEJIDO DEL LECHO		OBJETIVO	TTO LOCAL ACONSEJADO		
	Tejido necrótico	Eliminar el tejido no viable	a. Desbridamiento enzimático: Colágenasa + apósito secundario		
	Tejido esfacelado		b. Desbridamiento autolítico: - Hidrogel + apósito secundario* (en ausencia de exudado) - Alginato, hidrofibra, espuma o cualquier otro producto de cura en ambiente húmedo (en presencia de exudado) c. Desbridamiento Cortante d. Combinación de cualquiera de ellos		
	Tejido de Granulación	E X U D A D O	Nulo/ Escaso	Evitar la maceración	Hidrogel + apósito secundario
		Moderado/ Abundante	Alginato o hidrofibra + apósito secundario		
	Hipergranulación			Eliminar exceso de tejido	- Nitrato de plata - Pomada de Corticoide
	Presencia/ sospecha de infección	E X U D A D O	Ausente	Reducir la carga bacteriana	- Hidrogel + apósito de plata + apósito secundario
			Presente		- Gel de polihexanida con betaina + apósito secundario - Apósito de plata + apósito secundario - Solución de Polihexanida con betaina + apósito secundario
	Presencia de mal olor con / sin infección	E X U D A D O	Ausente	Evitar el mal olor	Hidrogel + carbón + apósito secundario
			Presente		Alginato o hidrofibra + carbón + apósito secundario
	Epitelización			Favorecer la epitelización	Colágeno + apósito secundario
	Piel integra			Restablecer el film hidro-lipídico protector de la piel	- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) - Productos Barrera: · Películas Barrera · Cremas con óxido de zinc (anticongestivas)

- Productos de Apósito Secundarios:
 - Hidrocoloides
 - Espumas (también denominadas: Hidropoliméricos o hidrocelulares).
 - Gasas, compresas.

- **Abordaje de la infección bacteriana**

Antes de hablar de una infección en UPP, debemos saber diferenciar bien entre:

- **Contaminación.** Presencia de microorganismos (que no se multiplican). Todas las UPP, se pueden considerar contaminadas.
- **Colonización.** Multiplicación activa de microorganismos sin generar problemas clínicos.
- **Colonización crítica:** Desequilibrio bacteriano, puede no presentar signos aparentes de infección, pero si otros signos como retraso en la cicatrización, aumento del exudado, del dolor, cambio de color. Deberán ser tratadas como infectadas, se considera:
- **Infección local** cuando están presentes los siguientes Signos y síntomas:
 - Inflamación (eritema, tumor, calor)
 - Dolor
 - Olor
 - Aumento de exudado y/o exudado purulento.

Tanto la colonización crítica como la infección local están producidas por un desequilibrio bacteriano, las bacterias pueden estar presentes en forma libre u organizadas formando un **Biofilm**: Comunidad microbiana de células adheridas a una superficie en la que se mantienen cohesionadas por una Sustancia Polimérica Extracelular. EPS. Pueden ser desde una simple monocapa de bacterias sobre una superficie, a un tapete microbiano, tan complejo, que se podría considerar auténticas "ciudades microbianas". Cronifican las heridas y retrasan la cicatrización.

- **Infección sistémica.** Invasión bacteriana con deterioro tisular en la que se evidencian signos y síntomas de infección con una reacción asociada del huésped (Inflamación, dolor, fiebre, mal estado general, sock...)

Los gérmenes más frecuentes en las infecciones son:

- Staphylococcus aureus
- Pseudomona aeruginosa
- Enterobacterias: Proteus spp...
- Streptococcus spp...

- **Toma de muestras para cultivo bacteriano**

· ***Aspiración percutánea.***

Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales, especialmente de bacterias anaerobias. (Anexo VIII)

· ***Frotis de la lesión mediante hisopo.***

Todas las UPP están colonizadas por bacterias. No deberán usarse para cultivo muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida, porque pueden detectar sólo los contaminantes de la superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo dudoso valor diagnóstico. Las muestras así recogidas son de escasa rentabilidad y deben obtenerse sólo cuando no se pueda recoger la muestra mediante otros métodos expuestos.

No obstante, y dado lo habitual de esta práctica en los diferentes niveles asistenciales de nuestro entorno, recomendamos un escrupuloso respeto al procedimiento. (Anexo VIII)

· ***Biopsia tisular.***

Es un procedimiento de elección y alta efectividad diagnóstica.

Se tomarán muestras de tejidos por escisión cortante de zonas que manifiesten signos de infección.

- **Tratamiento**

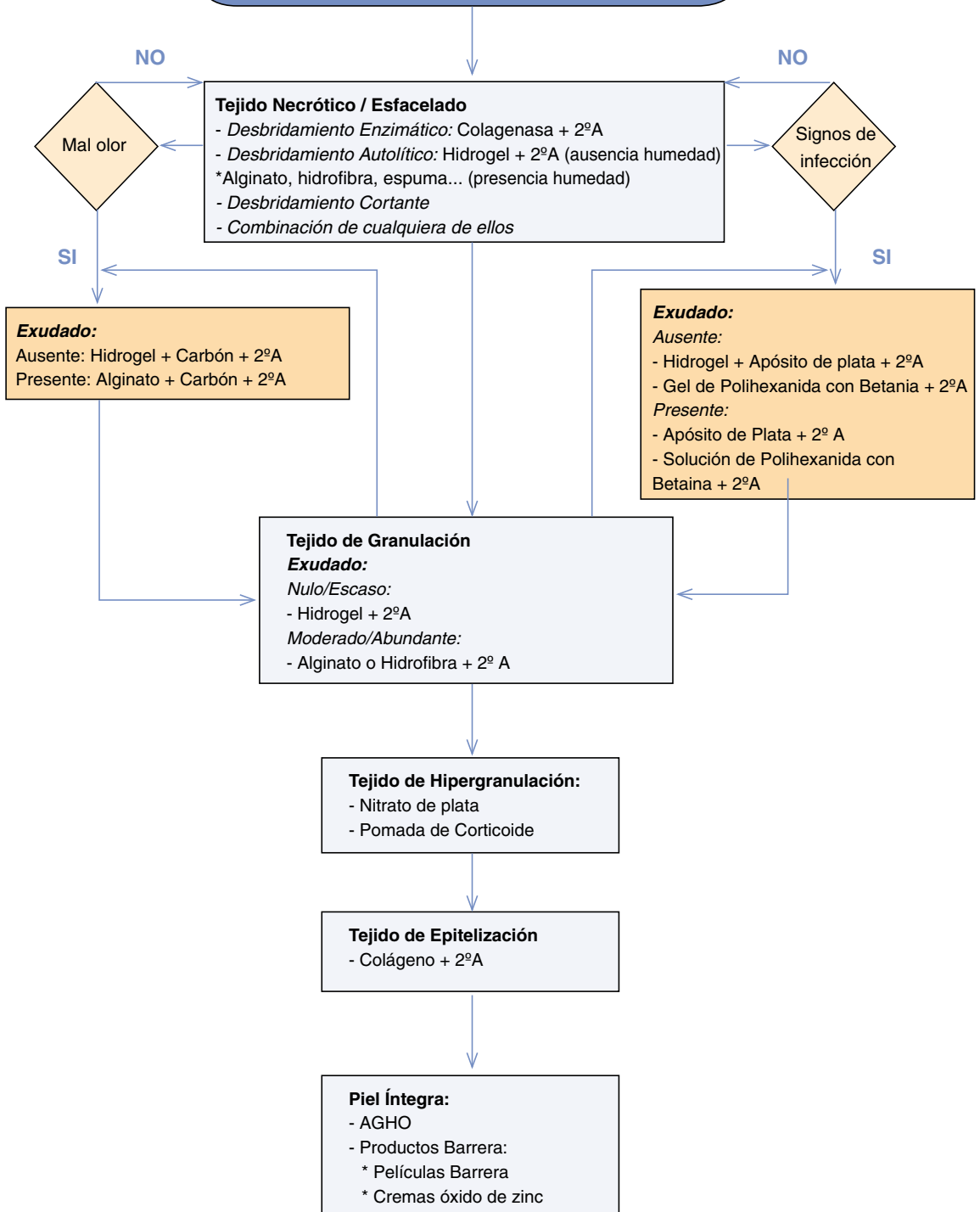
Una vez confirmada la infección, instaurar lo antes posible el tratamiento local y/o sistémico, si procede, a la vez que se instauren las medidas de aislamiento cutáneo necesarias para evitar el contagio y la propagación de infección a otros pacientes.

- Guantes nuevos para cada paciente **Evidencia Muy Baja**
- Pacientes con varias úlceras comenzar por la menos contaminada **Evidencia Muy Baja**
- Realizar la cura el último, después de curar al resto de pacientes.
- Evitar entrar el carro de curas en su habitación, sólo el material necesario.
- Utilizar bata desechable.
- Lavar al enfermo con solución de clorhexidina a diario.
- Lavado de manos después de curarle, con solución de clorhexidina.
- Continuar con la limpieza y desbridamiento **Evidencia Alta**
- Comenzar tratamiento con productos para el manejo de la carga bacteriana (plata, polihexanida con undecilenamidopropil betaina)
- Se considera como tiempo necesario para descontaminar una herida entre 2 y 4

- semanas de tratamiento con estos productos (una vez resuelta la colonización crítica o infección, cambiar el tratamiento a productos específicos de la nueva fase).
- Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local si después de estas 2-4 semanas no se objetiva mejoría **Evidencia Alta**
 - El antibiótico local de elección será la sulfadiazina argéntica.
 - Realizar cultivos bacterianos cuantitativos de tejidos blandos cuando la úlcera no responda a la terapia antibiótica local después de otras 2 semanas de tratamiento (suspender 2 días antes la antibioterapia local).
 - Los antibióticos sistémicos usados tópicamente pueden producir resistencias cruzadas, por lo que su uso está contraindicado
 - La prevención de la infección mediante el uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no parece una medida recomendada y tenemos buenas evidencias de que su uso no tiene una utilidad manifiesta, al menos usados de manera sistemática **Evidencia Alta**
 - Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis, etc.) **Evidencia Alta**
 - Los antibacterianos tópicos de elección son:
 - Apósitos de plata
 - Derivados de Polihexanida
 - Si la UPP evoluciona de forma favorable realizar semanalmente nuevos cultivos, dando por remitida la infección al obtener dos cultivos negativos consecutivos.
 - Si la UPP no mejora, de la forma esperada, modificar el tratamiento cada semana o cada 10 días, realizando de la misma forma nuevos cultivos para asegurar que no hay cambio de germen.
- **Infecciones que requieren especial atención:**
- Las producidas por *Pseudomona aeruginosa* en pacientes multitratados por las resistencias que crean a la antibioterapia y la dificultad que plantean en su tratamiento, presentando una tasa de morbi/mortalidad alta.
 - Los *Staphylococcus aureus* por la alta virulencia que presentan; y dentro de este grupo el SAMR (*Stafylococcus aureus meticilín* resistente) que por su resistencia a los β lactámicos complica el tratamiento de elección viendo así aumentada su ya alta tasa de morbi/mortalidad.
 - En estos casos extremar las medidas de aislamiento:
 - Notificar a Medicina Preventiva la aparición del germen.
 - Restricciones de visitas, en lo posible.

- Curar al paciente en último lugar.
- Utilizar material de cura desechable en lo posible.
- Hacer uso de material, exclusivo para él, termómetro, tensiómetro, fonendoscopio...
- Lavado diario al paciente con clorhexidina, y lavado de cabeza 2 veces por semana.
- Desinfectante de manos para el paciente y personal sanitario /cuidador.
- Realizar frotis nasal al paciente, compañeros de habitación y personal sanitario que hayan tenido contacto con él. (atención en centros socio-sanitarios). En caso de ser positivo, seguir instrucciones del Servicio de Medicina Preventiva, se aplicará tratamiento con mupirocina nasal, y si necesario tratamiento sistémico I.V.
- Se suspenderán las medidas de aislamiento después de obtener 2 ó 3 cultivos negativos de la UPP, y del frotis nasal.
- Siempre que su situación clínica lo permita, los pacientes infectados con SAMR deben ser dados de alta lo antes posible. (excepto a centros socio-sanitarios) previa información a su familia/cuidador.

CUIDADOS DE LA UPP SEGÚN SU ESTADIO



PRODUCTOS PARA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS UPP

Producto	Indicaciones
Ácidos grasos Hiperóxigenados	Prevención de las UPP Tratamiento de lesiones en estadio I
Apósito de Plata	Lesiones superficiales o cavitadas con signos de colonización crítica o infección
Apósito de alginato cálcico	Lesiones exudativas, profundas y/o cavitadas. Desbridamiento enzimático en presencia de humedad Por su carácter hemostático en desbridamiento cortante con sangrado
Apósito de Espuma de poliuretano (también denominados Hidrocelulares o Hidropoliméricos)	Prevención sobre prominencias óseas o zonas sometidas a presión y/o fricción. Lesiones superficiales o profundas con exudado moderado o abundante. Como apósito secundario.
Apósito de hidrofibra	Lesiones exudativas profundas y/o cavitadas
Apósito hidrocoloide	Lesiones superficiales poco exudativas, y como protector de la piel (segunda piel).
Colagenasa	Desbridamiento enzimático
Colágeno	Lesiones superficiales o en fase de epitelización
Hidrogel (en apósito o en estructura amorfa)	Lesiones poco exudativas. Desbridamiento autolítico y ayuda del enzimático si se asocia a la colagenasa. Favorece la granulación
Películas Barrera	Protección de la piel perilesional o zonas sometidas a humedad constante o frecuente, permite ver la lesión y retirarla fácilmente.
Pomadas de óxido de zinc	Protección de la piel perilesional o zonas sometidas a humedad constante o frecuente. Las pomadas de óxido de zinc deben de ser retiradas con productos de base oleosa antes de ser aplicadas de nuevo.
Sulfadiazina Argéntica	Como segundo escalón en el tratamiento de lesiones con signos de colonización crítica o infección, si no ha mejorado con productos para el manejo de la carga bacteriana
Gel o solución de Polihexanida con Undecilenamidopropil Betaina	Tratamiento de lesiones con signos de colonización crítica o infección
Apósito de carbón activado	Lesiones que desprender mal olor con /sin infección.

Consideraciones Generales

Tener en cuenta en cualquier fase que nos encontremos tanto en la prevención como en el cuidado de las UPP las siguientes consideraciones a nivel general:

1. Procesos que puedan incidir en desarrollo de UPP

- Alteraciones respiratorias
- Alteraciones circulatorias
- Alteraciones metabólicas

2. Continuidad de los cuidados

- Garantizar la continuidad de los cuidados de prevención y tratamiento en los posibles tránsitos de los pacientes entre los niveles asistenciales
- Incluir la descripción de sus cuidados en los informes de alta

3. Apoyo al cuidador Principal

- Identificar al cuidador principal y proporcionarle la información, recomendaciones y apoyo necesario para facilitar los cuidados al paciente.
- Dejar registrada su capacidad en el manejo del problema y la aceptación de su rol de cuidador.
- Valorar y controlar si el cuidador demuestra capacidad para participar en el programa de prevención y tratamiento:
- Evaluar si realiza los tratamientos y procedimientos prescritos correctamente
- Enseñar los conocimientos básicos necesarios para los cuidados:

• Cuidados básicos

- Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Como y cuando cambiar los pañales húmedos.
- Necesidad de una nutrición e hidratación adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua (favorecen la cicatrización de los tejidos y puede evitar la aparición de las UPP y de la infección)
- Mantener la posición anatómica correcta, proporcionar detalles claros.
- Hacer cambios posturales y ejercicios de movilización así como la necesidad de pautarlos:
 - Previene la aparición de UPP
 - Previene la congestión de las secreciones respiratorias
 - Facilitan la expectoración
 - Favorecen la circulación

- Proporcionan bienestar al evitar la presión prolongada
- Previenen contracturas
- Estimular las actitudes motivadoras para potenciar la autonomía y la movilización.
- La no sustitución de tareas por la rapidez de ejecutarla (es más rápido dar de comer que estimular su acción)
- Detección de factores de riesgo (cardiopatías, enfermedades respiratorias...).
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- **Cuidar al cuidador**
 - Hacer ver la importancia de cuidarse, descansar y dormir el tiempo necesario, así como la de relacionarse socio-culturalmente.
 - Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador, teléfono de contacto y/o cuidados de enfermería domiciliarios.
 - Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

4. Registro

Registrar siempre en la historia clínica la información obtenida de forma completa y exacta, identificando la escala utilizada y la puntuación obtenida, tanto en el total como en cada parámetro. **Evidencia muy baja**

El registro permite el inicio y la continuidad de los cuidados

El registro por parte del profesional de las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención es una medida de gran ayuda en la mejora de la calidad asistencial y de protección legal ante posibles demandas relacionadas con la aparición de UPP (Anexo X)

5. Evaluación

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las úlceras por presión

- Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar el trabajo en equipo y permitir objetivar la práctica asistencial
- La problemática de estas lesiones debe ser abordada desde un enfoque multidisciplinar implicando necesariamente a las estructuras de gestión
- Los resultados de la prevención pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las UPP

6. Monitorización

Los estudios de incidencia y prevalencia deben ser realizados periódicamente, la idealidad pasaría por monitorizarlos e integrarlos dentro de una política local sobre UPP

- **Prevalencia = N° de pacientes con UPP / N° total de pacientes a estudio en esa fecha**
- **Incidencia = N° de pacientes que desarrollan UPP en un periodo determinado / N° total de pacientes en estudio durante ese periodo**

Plan de cuidados de enfermería

Para la elaboración del plan de cuidados junto con “la valoración” por enfermería sobre el estado del paciente y con la ayuda de los diagnósticos de enfermería (NANDA, Taxonomía II) se van a contemplar tres diagnósticos de enfermería y los resultados e intervenciones derivados de ellos.

También se considera en este apartado el Apoyo al Cuidador Principal Por su relevancia en la prevención y cuidados de las UPP.

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. NIC 7040

(Anexo XI)

Bibliografía

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf>
2. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. Gerokomos. 1999; 10 (2): 75-86.
3. San Sebastián JA, Lyder CH, Posnnet J, Chapman N. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas.1ª Edición: Madrid; SPA. 2004.
4. Subdirección asistencial de enfermería. Guías de Práctica Clínica. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Illes Balears: Servei de Salut de les Illes Balears; 2007. Disponible en: www.caib.es/fitxer/get?codi=148743
5. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Laguna Parras JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Hospital Universitario "Princesa de España"; 2001. Disponible en: http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/jaen.pdf
6. Dirección de Enfermería. Área de Formación y Calidad. Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Santander: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"; 2003. Disponible en: http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/manual_valdecilla.pdf
7. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malla R, Rivera J. Guía de prevención y tratamiento. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004. Disponible en: http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/guia_cadiz.pdf
8. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2005. Disponible en: http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf
9. Protocolo de actuación en úlceras por presión. Residencia Asistida de Mayores. Ciudad Real.
10. Torra U, Boi JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. Escala de Braden. Revista ROL de Enfermería. 1997; 224; 23-30
11. Fuentelsaz C. Validación de la escala Emina: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Enferm Clin 2001; 11 (3): 97-103.
12. Vergeles JM, Arroyo J, Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC 1998; 5 (1):27-52.
13. Rodríguez Palma M, López Casanova P. Superficies especiales para el manejo de la presión. Rev ROL Enf 2007; 30(9):603-610.
14. Sharon Baranoski. Úlceras por decúbito: una concienciación renovada. Nursing 2007; 25:12-7.

15. Tratamiento de las úlceras según la valoración previa. Protocolo de úlceras por presión. Burela (Lugo): Hospital Da Costa; 2002.
16. San Román A, Girona M, Martínez I, Juárez M, Querol M.J. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev ROL. Enf 2004; 27(3):213-215
17. Plan de cuidados de enfermería en las úlceras por presión. Servicio Aragonés de Salud. Revisión 2003
18. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2007-2008. Elsevier. Madrid. 2005.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2007.
20. Dochterman J, Bulechek G .Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier. Madrid. 2007.
21. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos Enfermeros Resultados e Intervenciones, Segunda edición. Elsevier. Madrid. 2007
22. Segovia Gómez T, Barahona M, Verdú Soriano J. Cuidados en la piel perilesional o con riesgo de lesión. RV ROL Enf 2007; 30 (10):683-688
23. Documento II del GNEAUPP Clasificación - Estadiaje de las úlceras por presión. Revisión febrero 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/estadiaje.pdf>
24. Documento técnico nº IX-GNEAUPP. Desbridamiento de úlceras por presión y heridas crónicas. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf>.
25. Santiesteban Cano M. Úlceras y heridas: aspectos éticos y legales. Rev ROL Enf. 2005; 28(1):65-68
26. Úlceras.net: Portal divulgativo sobre heridas. [Web en Internet]. Disponible en: <http://www.ulceras.net>
27. Jiménez González JA, Pérez Resúa MR, Limpieza y descontaminación efectiva del lecho de la herida. Rev ROL Enf. 2008; 31(2):100-101.
28. Úlceras.net.: Productos; Listado alfabético de productos para el cuidado de las heridas. [Web en Internet]. Disponible en : <http://www.ulceras.net/productos.htm>
29. Gallart Vivé E, Fuentelsaz Gallego C., Vivas G., Garnacho I., Font L., Arán R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de úlceras por presión en pacientes ingresados".Enfermería clínica. 2001; 11(5):179-183
30. Roldán Valenzuela A, Serra Perucho N. Efectividad de un gel polihexanida al 0,1%. Rev Enf 2008; 3(4):247-252
31. Fortes Álvarez JL, Pulido de la Torre MD, Torres Alamitos MA, Revenga Arranz F, equipo de AP. Las úlceras por presión desde la atención primaria: un reto para todos. Aten Primaria. 1997; 19:51-6.
32. Gutiérrez Ibáñez B. López Pérez R. Tratamiento de las úlceras por presión de estadio I y con ácidos grasos hiperoxigenados. Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias. ERA

33. Martínez Cuervo F. La limpieza de la herida: paso imprescindible en el cuidado de las UPP. Residencia Mixta de la Tercera Edad de Gijón. ERA
34. Martínez Cuervo F. La utilización de espumas de poliuretano e hidrocoloides en el cuidado de lesiones por presión. Residencia de Ancianos Mixta de Gijón. ERA.
35. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Treatment of pressure ulcers. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR; 1994 Dec.(reviewed 2000) 154 p. (Clinical practice guideline; no. 15). Disponible en: <http://www.guideline.gov>
36. Piédrola de Angulo G, García Sánchez JE, Gómez-Lus Centelles ML, Rodríguez López FC, Torreblanca Gil A. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recogida, Transporte y conservación de las muestras. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 1993. Recomendaciones de la SEIMC.
37. Verdú, José; Nolasco, A; García, C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999 Gerokomos 2003; 14(4):212-226.
38. Ajzen I. Nature and operation of attitudes. Annual Rev Psycho.2001; 52:27-58.
39. Morinson M, Ovington LG, Wikie K. Chronic wound care: a problem-based learning approach. Edimburgh: Mosby; 2005:30-45
40. Graham ID, Harrison MB, Shafey M, Keast D. Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers. Survey of family physicians. Can Fam Physician. 2003; 49:896-902
41. Hill K, Davies C, Wilson M, Stephens P, Harding K, Thomas D. Molecular analysis of the microflora in chronic venous leg ulceration. J Med Microbiol. 2003; 52(4):365-9.

Anexos

ANEXO I. Escala de Braden

PUNTAJACIÓN	1	2	3	4
Percepción sensorial. Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar su molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
Exposición a la humedad. Nivel de la exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	Ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	Paramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina Actividad
Nivel de actividad física	Encamado: Paciente constantemente encamado/a.	En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.	Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.	Ligeramente limitado: Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
Nutrición. Patrón usual de ingesta de alimentos	Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
Rozo y peligro de lesiones	Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario.	Problema potencial: Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o silla.	Riesgo alto: <12 (evaluación diaria) Riesgo medio: 13-15 (evaluación 3 días) Riesgo bajo: >16 (evaluación 7 días)

Directrices para hallar la puntuación

- Este cuestionario consta de 6 ítems (columna de la izquierda):
 - Percepción sensorial,
 - Exposición a la humedad,
 - Nivel de actividad física,
 - Movilidad,
 - Nutrición
 - Roce y peligro de lesiones.
- Cada ítems se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem Roce y peligro de lesiones que se puntúa de 1 a 3.

Sumar los puntos (fila superior) de la columna elegida en cada ítem y se obtendrá la puntuación de riesgo de padecer UPP. La puntuación sumada oscilará entre 6 y 23.

Riesgo alto: <12 (evaluación diaria)

Riesgo medio: 13-15 (evaluación 3 días)

Riesgo bajo:>16 (evaluación 7 días)

Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado.

ANEXO II

MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL (MUST) (HERRAMIENTA UNIVERSAL DE LA INVESTIGACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN)

PASO 1 Puntuación para el IMC	PASO 2 Puntuación para la pérdida de peso	PASO 3 Puntuación para el efecto de la enfermedad aguda
IMC kg/m ² Puntuación > 20 (>30 Obesidad) = 0 18.5 – 20 = 1 < 18.5 = 2	+	Si el paciente presenta estrés metabólico y no ha comido o existe la posibilidad de que no coma durante un período de > 5 días Puntuación 2
PASO 4 Riesgo global de malnutrición		
Sume los puntos para conocer el riesgo global de malnutrición BAJO RIESGO: Puntuación 0 / RIESGO MEDIO: Puntuación 1 / ALTO RIESGO: puntuación ≥ 2		

PASO 5 Guías de Manejo		
0 Bajo Riesgo	1 Riesgo Medio	≥ 2 Alto Riesgo
Cuidados clínicos rutinarios Repita el despistaje: - Hospital: semanalmente - Residencias de mayores: mensualmente - Atención primaria: anualmente a grupos especiales (por ejemplo, > 75 años)	Observe Cuando el paciente se encuentre hospitalizado o en una residencia de mayores, mantenga un registro de la ingesta diaria del paciente por un período de 3 días • En caso: - De mejoría o ingesta adecuada: baja relevancia clínica - De que no se observe mejoría: relevancia clínica, siga el protocolo del centro • Repita el despistaje: - Hospital: semanalmente - Residencias de mayores: como mínimo mensualmente - Atención Primaria: como mínimo cada 2-3 meses	Tratamiento* • Refiere al dietista, al equipo de soporte nutricional o implemente las directrices locales • Mejore e incremente la alimentación global del paciente • Monitorice y revise el plan de cuidados: - Hospital semanalmente - Residencias de mayores: mensualmente - Atención Primaria: mensualmente * A menos que sea perjudicial o no se obtenga ningún beneficio del apoyo nutricional (por ejemplo, muerte inminente)

Para todos los niveles de riesgo:

- Tratar el problema médico subyacente del paciente. Adicionalmente, ayudar y sugerir en relación a la elección de los alimentos a consumir; comer y beber cuando sea necesario.
- Registre el nivel de riesgo de la malnutrición.
- Registre la necesidad de dietas especiales e implemente la política local.

Obesidad:

- Registre la presencia de obesidad.
- Los paciente que presenten otro tipo de problema médico subyacente, son por lo general controlados previo tratamiento de la obesidad.

Obesidad:

- Registre la presencia de obesidad.
- Los paciente que presenten otro tipo de problema médico subyacente, son por lo general controlados previo tratamiento de la obesidad.

Reevaluar periódicamente.

ANEXO III SUPERFICIES SEMP

Tipos de superficies:

El fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus indicaciones de uso (tipo de pacientes a lo que va destinado, niveles de riesgo, características de las lesiones de los pacientes tributarios de su uso, así como parámetros de efectividad respecto del alivio-reducción de la presión)

- Estáticas: colchonetas y cojines estático de aire, de fibras especiales (siliconizadas), viscoelásticos y de espumas especiales
- Dinámicas: Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire, colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire, camas y colchones de posicionamiento lateral y camas fluidificadas.
- Existen en el mercado distintos materiales diseñados específicamente para camillas, mesas de quirófano y radiología, incubadoras, nidos, etc.



* www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/uc-ayudastecnicas-01b.pdf



ANEXO IV

Medidas de prevención a seguir en función del riesgo de padecer UPP del paciente:

PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Puntuación de riesgo ESCALA BRADEN Riesgo bajo:>16	Puntuación de riesgo ESCALA BRADEN Riesgo medio: 13-15	Puntuación de riesgo ESCALA BRADEN Riesgo alto: <12	PROCEDIMIENTO GENERAL
HIGIENE CORPORAL	DIARIO/DEMANDA	DIARIO/DEMANDA	DIARIO/DEMANDA	No masajear zonas prominentes
VIGILANCIA PUNTOS DE PRESIÓN. PROTECCIÓN DE LA PIEL	ÁC. GRASOS HIPOXIGENADOS C/24H.	ÁC. GRASOS HIPOXIGENAD. C/12H.	ÁC. GRASOS HIPOXIGENAD. C/8-12H.	Evitar productos que contengan alcohol
SUPERFICIES PARA EL ALIVIO DE LA PRESIÓN (SEMP)	SISTEMAS ESTÁTICOS O COLCHONETA DE AIRE ALTERNANTE	COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE CELDAS GRANDES	COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE ALTAS PRESTACIONES	Valorar y tratar incontinencia Corregir déficit de nutrición
PROTECCIÓN DE TALONES Y CODOS	SI PROCEDE, AP. HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN	Agrupar cuidados y Respetar sueño
SEDESTACIÓN: SI LO PERMITE PATOLOGÍA	4H. MÁXIMO + COJÍN ESTÁTICO	2/4 H. MÁXIMO +COJÍN ESTÁTICOALTERNANTE (reposicionar C/ 15 minutos)	2 H. MÁXIMO + COJÍN ALTERNANTE (reposicionar C/ 15 minutos)	Evitar colocar al paciente directamente sobre prominencias óseas
CONTROL ALIMENTACIÓN	C/24 H.	C/TOMA PERFIL NUTRICIONAL	C/TOMA PERFIL NUTRICIONAL	No superar los 30° en decúbito y lateralidad
CAMBIOS POSTURALES	FOMENTAR MOVILIDAD	C/ 4 H: ROTACIÓN PROGRAMADA	C/2H ROTACIÓN PROGRAMADA	Registrar Actividades
MEDICIÓN DE RIESGO	C/ 7 DIAS	C/ 3 DIAS	DIARIO	
VIGILANCIA ESPECIAL	, ZONA DE INSERCIÓN S.N.G Y. P.E.G.: , POSICIÓN S. VESICAL , MASCARILLA Y GAFAS OXÍGENO: PUNTOS DE PRESIÓN , DRENAJES y OSTOMIAS. HUMEDAD , SUJECIONES MECÁNICAS...			
CUANDO UN PACIENTE PRESENTA UPP SE CONSIDERA AUTOMÁTICAMENTE COMO DE ALTO RIESGO				

ANEXO V

Técnica del Método Berg:

- Colocar sobre la herida un apósito de poliuretano transparente.
- Introducir suero fisiológico hasta que éste se enrase con el apósito.
- La cantidad de suero instilado nos dará el valor del volumen de la úlcera.

ANEXO VI ESCALAS DEL DOLOR

Escala numérica

En la escala de clasificación numérica, se pide al paciente que seleccione un número entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) para identificar cuánto dolor está sintiendo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada de dolor										El peor dolor imaginable

Escala analógica visual

La escala analógica visual es una línea recta cuyo extremo izquierdo representa nada de dolor y el extremo derecho representa el peor dolor. Se pide al paciente que marque la línea en el punto correspondiente al dolor que siente. Esta calificación es sólo una aproximación; por ejemplo, una marca en el medio indicaría que el dolor es aproximadamente la mitad del peor dolor posible.

Nada de dolor _____ El peor dolor

Escala de categorías

En la escala de categorías de dolor hay cuatro niveles: nulo, leve, moderado y fuerte. Se pide al paciente que seleccione el nivel que describe mejor el dolor que siente.

Ninguno (0) Leve (1-3) Moderado (4-6) Fuerte (7-10)

Escala de rostros de dolor

En la escala de rostros de dolor cada uno representa un estado emocional asociado a la intensidad de dolor. Se pide al paciente que elija el rostro que describe mejor cómo se siente. Esta escala de clasificación puede usarse con pacientes de tres años de edad y mayores.



0
Muy contento; sin dolor



2
Siente sólo un poquito de dolor



4
Siente un poco más de dolor



6
Siente aún más dolor



8
Siente mucho dolor



10
El dolor es el peor que puedes imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

Adaptación de Whaley L. Wong. D. Nursing Care of Infants and Children, ed. 3, pág. 1070. 01987 de C.V. Mosby Company. La investigación se reportó en Wong D, Baker C. Pain in children: Comparison of assessment scales. Pediatric Nursing 14 (1) 9-17,1988.

ANEXO VII

DESBRIDAMIENTO CORTANTE

- **Materia Específico:**
 - Guantes, compresas y gasas estériles.
 - Vendas.
 - Solución salina fisiológica
 - Antiséptico local de elección
 - Anestésico local de elección
 - Hemostáticos local de elección
 - Equipo de curas:
 - 1 pinzas de disección con dientes
 - 1 mango de bisturí nº15 /18
 - Hojas de bisturí nº15/18
 - 1 Pinza de Kocher
 - 2 pinzas de hemostasia
 - 1 Tijera
 - Apósito de cura seca
- **Método**
 - Recortar por planos y en diferentes sesiones empezando por el área central.
 - Es aconsejable la aplicación de algún anestésico tópico (gel de lidocaína al 2%).
 - En caso de sangrado aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos durante las 8 a 24 horas siguientes al desbridamiento,
 - posteriormente cambiarlos por apósitos húmedos.
- Realizar la técnica con instrumental estéril

ANEXO VIII

TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS PARA CULTIVO

Aspiración Percutánea

Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras de úlceras, abscesos y heridas superficiales, especialmente de bacterias anaerobias.

- **Material Específico:**
 - Gasas estériles
 - Antiséptico local
 - Jeringa estéril
 - Aguja IM (0.8 x 40)
 - Medio de transporte para bacterias aerobias-anaerobias

- Descripción de la técnica
 - Desinfectar la piel perilesional con antiséptico local
 - Dejar secar al menos durante un minuto permitiendo que el producto ejerza su acción antiséptica
 - Limpiar de forma concéntrica la zona de punción
 - La punción se realiza a través de la piel íntegra de la piel periulceral, seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfacelos.
 - Realizar una punción-aspiración con la jeringa y aguja manteniendo una inclinación aproximada de 45° y aproximándose al nivel de la pared de la lesión. El volumen óptimo de aspirado se establece entre 1 y 5 cc.
- En procesos no supurados, preparar la jeringa con 0,5 cc de suero fisiológico o agua estéril y aspirar. Es importante anotar en la petición la cantidad de líquido añadido para facilitar el contaje posterior.
- Manejo de la muestra
 - Desinfectar la superficie de goma del medio con antiséptico local dejando secar al menos un minuto
 - Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios
 - Resguardar estos viales de la luz y mantener a una temperatura entre 2 y 25°
- Enviar la muestra obtenida debidamente identificada al laboratorio acompañada de la petición, siguiendo el procedimiento habitual.

Frotis de la lesión mediante hisopo.

- Material necesario:
 - Suero Fisiológico
 - Jeringa y aguja estéril
 - Hisopo con vial de transporte
- Descripción de la técnica
 - Retirar el apósito que recubre la lesión
 - Si fuera preciso, realizar desbridamiento cortante de la lesión.
 - Aclarar de forma meticulosa la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra
 - Rechazar el pus para el cultivo.
 - No frotar la ulcera con fuerza
 - Utilizar un hisopo estéril. No utilizar torundas de algodón.
 - Girar el hisopo sobre sus dedos realizando movimientos rotatorios de izquierda a derecha y de derecha a izquierda
 - Recorrer con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente (agujas del reloj), abarcando diez puntos distintos en los bordes de la herida
 - Colocar el hisopo dentro de un tubo con medio de transporte
 - Enviar al laboratorio siguiendo el procedimiento habitual.

MANUAL DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO Y ACTIVIDADES DE CUIDADOS LOCALES DE UPP.

• Normas generales:

- Cumplimentar los datos de la Hoja de Cuidados siempre que realice una cura.
- Cumplimentar todos los apartados.
- Utilizar una hoja por cada UPP

• Descripción del formato

Consta de un encabezamiento y una tabla de registro de actividades.

• Normas para cumplimentación del encabezamiento:

1. INSTITUCIÓN / CENTRO Registre el centro donde se realice el seguimiento de la úlcera.
2. NOMBRE Y APELLIDOS, EDAD, Hª CLÍNICA. Registre la Filiación completa y actualizada. del paciente
3. FECHA DE APARICIÓN: Registre el día, el mes y el año de aparición de la UPP.
4. PROCEDENCIA: Marque con un aspa X sobre lo que proceda:
5. LOCALIZACIÓN: Marque con un aspa X sobre la localización de la UPP.
6. OTRA LOCALIZACIÓN: Registre la localización de la UPP
7. SITUACIÓN. Marque con un aspa X la situación.

• Normas para cumplimentación de la tabla de registro de actividades:

1. FECHA: Registre la fecha, día y mes, en la que se realizan las actividades.
2. VALORACIÓN DE BRADEN: Anote la puntuación de la valoración de Braden al ingreso y las puntuaciones de las valoraciones posteriores en la fechas realizadas.
3. ESTADÍO: Anote el estadio en que se encuentra la UPP (definido en guía I, II, III, IV)
4. TAMAÑO: Especificar en centímetros: longitud x anchura.
5. DOLOR: Ante la presencia de dolor anote la puntuación (1 al 10) obtenida según la escala analógica del dolor.
6. PIEL PERILESIONAL: Marque con un X el estado de la piel perilesional en cada uno de los subapartados siguientes: **Integra, eritema, eczema, inflamada, macerada**
7. LECHO: Marque con un X estado del tejido, en cada uno de los subapartados siguientes: **tejido de graduación, epitelización, esfacelos necrótico, cavitado, trayecto fistuloso**
8. EXUDADO: Marque con un X la cantidad de exudado en los subapartados siguientes: **abundante, moderado, escaso**
9. TIPO DE EXUDADO: Marque con un X las características del exudado en los subapartados siguientes: **purulento, seroso, hemático**

10. SIGNOS DE INFECCIÓN: Marque con un X los signos y síntoma de la infección en cada uno de los subapartados siguientes: **dolor, inflamación perilesional, mal olor, calor, exudado purulento, fiebre**
11. CULTIVO. Marque con un X la realización de toma de cultivo.
12. CURA. Registre el tratamiento aplicado
13. Desbridamiento: Marque con un X el tipo de desbridamiento realizado de los subapartados siguientes: **autolítico, enzimático, cortante/quirúrgico.**
14. Elección del producto: Marque con un X los productos utilizados en la cura de los subapartados siguientes: **Ácidos Grasos Hiperóxigenado AGHO, Película de Barrera, Hirocoloide, Espuma de Poliuretano, Alginato, Carbón activado, Plata, Hidrogel, Cicatrizante, Otros.**
15. OBSERVACIONES. Refleje los comentarios que se consideren oportunos.
16. FIRMA. Apartado que recoge la firma del profesional de enfermería que realiza en ese día el tratamiento de la cura.

ANEXO X

Plan de cuidados de Enfermería

Las UPP constituyen la alteración de una necesidad básica para las personas, mantener la integridad de la piel, y los cuidados de enfermería se centran en evitar el riesgo y en ayudar a restablecer la máxima autonomía en salud de los pacientes. Junto con “la valoración” por enfermería sobre el estado del paciente y con la ayuda de los diagnósticos de enfermería (NANDA), podremos prevenir el deterioro de la integridad cutánea y aplicar los cuidados necesarios.

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

- Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
- Factores relacionados:
 - Inmovilización física
 - Extremos de edad
 - Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, fricción, presión y sujeciones)
 - Prominencias óseas
 - Humedad
 - Alteraciones del turgor (cambios en la elasticidad)
 - Alteración del estado nutricional (p.ej: obesidad, emaciación)
 - Alteración de la sensibilidad
 - Alteración de la circulación
 - Radiación
 - Medicamentos
 -

NOC 1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

NOC 1092.- Control del riesgo: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

- INTERVENCIONES:

1. Prevención de las úlceras por presión. NIC 3540

- Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.
- Actividades:
 - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo (Escala de Braden)
 - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario, si procede.
 - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
 - Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.

- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, si procede.
- Colocar el programa de giros al pie de la cama, si procede.
- Utilizar camas y colchones especiales.
- Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Controlar la movilidad y la actividad del individuo.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Enseñar a los miembros de la familia/ cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

2. Vigilancia de la piel. NIC 3590

- Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
- Actividades:
 - Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
 - Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
 - Observar si hay zonas de presión y fricción.
 - Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
 - Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
 - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
 - Observar si la ropa queda ajustada.
 - Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
 - Instruir al miembro de la familia/ cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

3. Manejo de presiones. NIC 3500

- Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales.
- Actividades:
 - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden).
 - Vestir al paciente con prendas no ajustadas.
 - Colocar al paciente sobre un colchón/ cama terapéutica.
 - Otras intervenciones a considerar:
 - **Cambio de posición. NIC 0840.** Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.
 - **Cuidados de la piel: tratamiento tópico. NIC 3584.** Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

- **Fomento del ejercicio. NIC 0200.** Facilitar, regularmente, la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.
- **Precauciones circulatorias. NIC 4070.** Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.
- Intervenciones opcionales adicionales:
 - **Cuidados de la incontinencia intestinal. NIC 0410.** Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.
 - **Terapia nutricional. NIC 1120.** Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está mal nutrido o con alto riesgo de malnutrición.

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

- Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.
- Factores relacionados:
 - Inmovilización física
 - Extremos de edad
 - Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, fricción, presión, sujeciones)
 - Prominencias óseas
 - Humedad
 - Alteraciones del turgor (cambios de elasticidad)
 - Alteración del estado nutricional (p.ej: obesidad, emaciación)
 - Alteración de la sensibilidad
 - Alteración de la circulación
 - Radiación
 - Medicamentos

NOC 1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

NOC 1092.- Control del riesgo: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

NOC 1103.- Curación de la herida: por segunda intención. Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

INTERVENCIONES:

1. Cuidados de las úlceras por presión. NIC 3520

- Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.
- Actividades:
 - Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación,

- granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Remojar con solución salina, según corresponda.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Desbridar la úlcera, si es necesario.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
- Aplicar vendajes, si está indicado.
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada.
- Enseñar al individuo o a los miembros de la familia, los procedimientos de cuidado de la herida.

2. Vigilancia de la piel. NIC 3590

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades:

- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
- Instruir al miembro de la familia/ cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

Otras intervenciones a considerar:

- **Cuidados de la piel: tratamiento tópico. NIC 3584.** Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.
- **Cuidados de las heridas. NIC 3660.** Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
- **Prevención de úlceras por presión. NIC 3540.** Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

- Definición: Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
- Factores relacionados:

- Deterioro de la movilidad física
- Factores mecánicos (cizallamiento, fricción, presión)
- Factores nutricionales (p.ej: déficit o exceso nutricional)
- Alteración de la circulación
- Radiación
-

NOC 1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

NOC 1092.- Control del riesgo: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

INTERVENCIONES:

1. Cuidados de las heridas. NIC 3660.

- Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
- Actividades:
 - Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.
 - Afeitar el vello que rodea a la zona afectada, si es necesario.
 - Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
 - Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
 - Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario.
 - Aplicar un ungüento adecuado a la piel/ lesión, si procede.
 - Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
 - Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.
- Otras intervenciones a considerar:
 - **Cuidados de las úlceras por presión. NIC 3520.** Facilitar la curación de las úlceras por presión.
 - **Vigilancia de la piel. NIC 3590.** Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
- Como especificación común a todos se contempla la siguiente intervención:

Apoyo al cuidador principal. NIC 7040

- Definición: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

El resultado esperado es que la persona o cuidador principal se muestre capacitada, con conocimiento o eficacia adecuada en el cuidado de la piel y prevención de la úlcera por presión (UPP). NOC 1092. Control del riesgo.

- Actividades:
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.

- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y / o cuidados de enfermería comunitarios.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

ANEXO XI

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR DE LAS UPP:

DIAGNÓSTICOS NANDA:	NOC (Resultados):	NIC (Intervenciones):
<p>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c: - factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento, sujeciones)</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas 1092 Control del riesgo</p>	<p>0740 Cuidados del paciente encamado 3500 Manejo de presiones 3540 Prevención de úlceras por presión 3590 Vigilancia de la piel 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico</p>
<p>00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c: - factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento, sujeciones) m/p: - destrucción de las capas de la piel (dermis) - alteración de la superficie de la piel (epidermis) - invasión de las estructuras corporales</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1103 Curación de la herida: por segunda intención 1092 Control del riesgo</p>	<p>3520 Cuidados de las úlceras por presión 3660 Cuidados de las heridas 3540 Prevención de las úlceras por presión</p>
<p>00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR r/c: - factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción, cizallamiento) m/p: - lesión tisular - destrucción tisular</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1092 Control del riesgo</p>	<p>3660 Cuidados de las heridas. 3520 Cuidados de las úlceras por presión. 3590 Vigilancia de la piel.</p>
<p>00062 RIESGO DE CANSANCIO EN EL ROL DEL CUIDADOR r/c: - cuidados complejos - codependencia - falta de descanso</p>	<p>1092 Control del riesgo. 2506 Salud emocional del cuidador principal 2507 Salud física del cuidador principal 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario</p>	<p>7040 Apoyo al cuidador principal. 6610 Identificación de riesgos 5240 Asesoramiento</p>

R/C relacionado con M/P manifestado por

Guía para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org

