

# **PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Octubre/2004

## **INDICE**

- **JUSTIFICACIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **POBLACIÓN DIANA**
- **ACTIVIDADES**

### **1. VALORACIÓN**

- 1.1 Valoración del paciente
- 1.2 Valoración de la lesión existente
- 1.3 Valoración del entorno de cuidados

### **2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

- 2.1 Cuidados generales
- 2.2 Cuidados específicos
- 2.3 Educación sanitaria

### **3. TRATAMIENTO**

- 3.1 Alivio de la presión
- 3.2 Cuidados generales
- 3.3 Cuidados de la úlcera

- **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN**
- **COMPLICACIONES**
- **DERIVACIONES**
- **CUIDADOS PALIATIVOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN**
- **EVALUACIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**
- **AUTORES GRUPO DE TRABAJO**
- **ANEXOS:**

- Anexo I: Escala de Braden-Bergstrom.
- Anexo II: Escala de valoración nutricional
- Anexo III: Cambios posturales
- Anexo IV: Superficies especiales de apoyo
- Anexo V: Tipos de apósitos
- Anexo VI: Hoja de monitorización
- Anexo VII: Aspiración percutánea
- Anexo VIII: Algoritmo de actuación
- Anexo IX: Cuidados especiales
- Anexo X: Recursos Materiales

## ▪ JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico producidas como consecuencia del aplastamiento tisular provocado por una presión prolongada, rozamiento, fricción o cizallamiento del tejido entre dos planos (generalmente entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa). Aparecen principalmente en pacientes encamados o con movilidad disminuida.

Su aparición constituye un complejo e importante problema asistencial tanto en el ámbito hospitalario como en el de la asistencia primaria, dada su prevalencia (el 8% del total de pacientes domiciliarios y en hospitales) y su impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Supone también un aumento importante de las cargas de trabajo para enfermería, así como elevados costes al sistema sanitario.

Se estima que, al menos, el 95% de las úlceras por presión son evitables; por tanto, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la puesta en práctica de las medidas de prevención.

Por todo ello las úlceras por presión se convierten en un indicador negativo de calidad de cuidados prestados al paciente. Se hace necesaria la elaboración de protocolos unificados en el manejo de las mismas que oriente a los profesionales en el control óptimo de estos pacientes y en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles y que permita a los pacientes recibir una atención homogénea y de calidad.

## ▪ OBJETIVOS

### GENERAL:

Unificar acciones preventivas y curativas de las úlceras para mejorar la calidad de los cuidados prestados a pacientes con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas.

### ESPECÍFICOS:

- Identificar y valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Mantener la integridad cutánea.
- Evitar que lesiones ya instauradas progresen a estadios superiores, para así favorecer el proceso de cicatrización.
- Conseguir la máxima implicación del paciente y su familia en la planificación y ejecución de cuidados.
- Proporcionar herramientas para evaluación continua del plan de cuidados.

## ▪ POBLACIÓN DIANA

Pacientes con úlcera por presión de cualquier grado o con riesgo de desarrollarlas (puntuación en la escala de Braden  $\leq 15$  si es menor de 75 años o  $\leq 18$  si es mayor o igual a 75 años).

La población de mayor riesgo es:

- Pacientes inmovilizados de forma permanente o transitoria.
- Pacientes con alteración del nivel de conciencia.
- Pacientes con incontinencia.
- Pacientes con dispositivos que puedan generar presión: sondas, mascarillas...
- Pacientes con desnutrición.

## ▪ ACTIVIDADES

### 1. VALORACIÓN

#### 1.1 VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE:

Realizaremos una completa anamnesis y exploración física, prestando especial atención a:

- Factores de riesgo de úlceras por presión: valoración del riesgo mediante escala de Braden - Bergstrom (anexo I)

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Alto riesgo: Puntuación total  $\leq 12$ .
- Riesgo moderado: Puntuación total 13 - 14.
- Riesgo bajo: Puntuación total 15 - 16 si es menor de 75 años o de 15 - 18 si es mayor o igual a 75 años.

La valoración se debe realizar periódicamente, al menos cada 7 días o cuando existan cambios en el estado general del paciente que así lo sugieran.

- Identificación de patologías asociadas con la aparición de úlceras o que dificulten el proceso de curación: alteraciones vasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas...
- Hábitos tóxicos
- Hábitos higiénicos
- Tratamientos farmacológicos: AINEs, corticoides, inmunosupresores...
- Estado nutricional (Anexo II)
- Valoración psicosocial: capacidad, habilidad y motivación del paciente para realizar su autocuidado.

#### 1.2 VALORACIÓN DE LA LESIÓN SI EXISTE:

El registro de esta valoración se debe realizar al menos una vez a la semana o cuando existan cambios relevantes en el estado de salud del paciente, debe incluir:

##### a) Clasificación - Estadiaje

El estadiaje es un sistema de valoración que permite clasificar las úlceras por presión en base a la máxima profundidad anatómica del tejido dañado (una vez que el tejido desvitalizado ha sido eliminado).

Existen 4 estadios/ grados:

- Estadio I: Eritema cutáneo, que no palidece a la presión, en piel intacta. En pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados. Puede incluir cambios en: temperatura de la piel, consistencia del tejido como edema o induración y/o sensación de dolor o escozor.
- Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. La úlcera es superficial y tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: Pérdida completa de grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadio IV: Pérdida total de grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso y/o estructuras de sostén. Existe abundante exudado y tejido necrótico. En este estadio, como en el estadio III, pueden presentarse lesiones por cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

- b) **Extensión - Tamaño:** diámetro mayor y menor.
- c) **Localización.**
- d) **Estado de la piel perilesional:** íntegra, maceración, eczematización...
- e) **Tipo de tejido en el lecho de la lesión:** es imprescindible registrar la presencia de tejido de granulación, tejido necrótico (necrosis húmeda o seca) o esfácelos en el lecho de la úlcera.
- f) **Exudado de la úlcera:** si existe exudado o no. En caso afirmativo definir si es escaso, abundante, purulento, hemorrágico...
- g) **Dolor:** localización e intensidad mediante la escala de EVA (puntuación de 0 a 10).
- h) **Signos clínicos de infección:** exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre...
- i) **Tiempo de evolución de la lesión.**
- j) **Curso - Evolución de la lesión.**

### 1.3 VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS.

- Identificación del cuidador principal.
- Valoración de actitudes, conocimientos y habilidades del cuidador.
- Valoración de la situación socioeconómica.

## 2. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

### 2.1 CUIDADOS GENERALES:

- **Nutrición adecuada:**

La desnutrición es un importante factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión [nivel de evidencia B] y por ello debemos identificar el déficit nutricional. Es preciso que el paciente siga una dieta equilibrada ajustada a sus necesidades.

Aquellos pacientes de riesgo deberán someterse a una valoración nutricional adecuada que incluya examen físico, estudio de la ingesta y valoración mediante escala de estado nutricional (anexo II).

- **Buena hidratación:**

Se debe garantizar una hidratación adecuada. El aporte hídrico debe ser de 30 cc agua/día / Kg de peso si no existe ninguna contraindicación.

- **Control de todas aquellas patologías que puedan incidir en el desarrollo de úlceras (enfermedades metabólicas, circulatorias, respiratorias...)**

### 2.2 CUIDADOS ESPECÍFICOS:

- **Control de la Presión:**

- Elaborar un plan de cuidados individualizado que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente.
- En pacientes encamados realizar cambios posturales cada 2- 3 horas [nivel de evidencia B] siguiendo una rotación programada e individualizada (anexo III) y realizar movilizaciones pasivas de las articulaciones.

En periodos de sedestación se realizarán movilizaciones horarias; si el paciente puede realizarlas autónomamente instruirlo para que las haga cada 15 minutos [nivel de evidencia C].

- En las movilizaciones evitar el arrastre del paciente.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Valoración periódica de todos aquellos dispositivos utilizados por el paciente que puedan originar lesión por presión o rozamiento: sondas, tiras de mascarillas, gafas nasales, catéteres, férulas...
- En zonas de especial riesgo de desarrollar úlceras podemos utilizar medidas de protección local (vendajes de algodón, apósitos...), así como cojines, almohadas, cuñas de espuma...No utilizar dispositivos tipo flotador [nivel de evidencia B].
- Utilización de superficies especiales de apoyo para el manejo de la presión como material complementario al resto de cuidados (Anexo IV)

La utilización de medidas de protección local y de superficies especiales de apoyo no sustituye la realización de cambios posturales y movilizaciones.

- **Cuidados de la piel:**

- Examen diario del estado de la piel, haciendo especial hincapié en prominencias óseas, en zonas expuestas a humedad (por transpiración, incontinencia...), así como en la detección de excoriaciones, maceración....

Mantener en todo momento la piel limpia y seca: limpieza diaria con agua tibia y jabón neutro, aclarado, secado minucioso sin fricción, haciendo especial hincapié en los pliegues cutáneos.

Hay que prestar especial atención a las zonas expuestas a una excesiva humedad. En caso de ostomía se deben mantener las secreciones alejadas de la piel mediante un colector adecuado. El exudado de las heridas se tratará mediante el apósito apropiado. Por último se debe proteger la piel del paciente de la orina y/o heces para lo que podemos utilizar colectores, pañales absorbentes cambiándolos frecuentemente y aplicar cremas o películas protectoras eficaces (p.ej: pomadas de óxido de cinc).

- Mantener la piel hidratada: aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción.
- No aplicar sobre la piel ningún tipo de alcohol (de romero, colonias...) [nivel de evidencia B].
- No realizar masaje directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas [nivel de evidencia B].
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. Utilizar lencería de tejidos naturales (algodón, seda...) lavados con sustancias no irritantes.

## **2.3 EDUCACIÓN SANITARIA:**

Es preciso que realicemos una valoración del entorno de cuidados con el objeto de valorar la capacidad del paciente y la familia de llevar a cabo el programa preventivo.

Para garantizar una adecuada prevención es fundamental implicar en la planificación y ejecución de cuidados al propio paciente y a la familia, informándoles de la importancia y la repercusión de las úlceras y qué cuidados deben llevar a cabo para prevenirlas.

### 3 TRATAMIENTO

#### 3.1 ALIVIO DE LA PRESIÓN

Ver manejo de la presión en medidas preventivas

Al programar los cambios posturales evitar posiciones que apoyen sobre la úlcera.

#### 3.2 CUIDADOS GENERALES

Ver en medidas preventivas

Vacunación antitetánica/diftérica según protocolo establecido.

#### 3.3 CUIDADOS DE LA ÚLCERA

Se establecerá un tratamiento específico dependiendo del estadio y de las características de la lesión, adaptándolo a la evolución de la herida.

Se realizará una cura húmeda ya que en este tipo de lesiones, es más efectiva que una cura seca [nivel de evidencia B]. Existe una amplia variedad de productos basados en la cura húmeda; entre ellos los apósitos especiales que, teniendo la misma efectividad que otros productos, presenta ventajas como espaciar las curas (disminuyendo cargas de trabajo y molestias al paciente), evitar sobreinfecciones, control del exudado.....

Previo valoración y registro de la úlcera el tratamiento será:

- **Úlcera en estadio I:**
  - Limpieza de la lesión.
  - Utilización de emulsiones hidratantes.
  
- **Úlceras estadio II, III y IV:**
  - Desbridamiento del tejido necrótico si procede
  - Limpieza de la lesión
  - Prevención y abordaje de la infección bacteriana
  - Apósito protector:
    - Exudado ligero y moderado:
      - En úlceras superficiales: Apósito Hidrocelular / hidropolimérico.
      - En úlceras profundas: El mismo tratamiento que en úlceras superficiales asociado a la aplicación de hidrogel en la cavidad, en caso de tejido necrótico se puede asociar al hidrogel un desbridante enzimático.
    - Exudado intenso:
      - En úlceras superficiales: 1ª opción: Alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide (asociado a un apósito hidrocelular, o convencional), 2ª opción; Hidrocelular/ Hidropolimérico.
      - En úlceras profundas: El mismo tratamiento, aplicando cintas de alginato cálcico en el interior de la cavidad. En caso de presentar tejido necrótico se puede rellenar la cavidad con un desbridante enzimático

En úlceras grado II si existe flictena perforar con seda (no retirar la piel) y seguir el procedimiento general.

## Medidas generales:

### **a) Desbridamiento**

En aquellas úlceras en las que exista tejido necrótico o esfacelos se debe proceder al desbridamiento, cuyo objetivo es la eliminación del tejido necrótico para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación. Ésta no tendrá lugar hasta que el tejido necrótico haya sido eliminado.

Existen diversos métodos de desbridamiento, que no son incompatibles entre sí. De hecho se aconseja combinarlos para obtener mejores resultados.

- **Desbridamiento Quirúrgico/Cortante**: Es el método más rápido y eficaz de desbridamiento. Es necesario realizarlo bajo condiciones de asepsia y con material estéril (pinza y bisturí o tijeras).

Ante la posibilidad de aparición de dolor se recomienda la administración de analgésicos vía oral o la aplicación de anestésico local (lidocaína al 2%) 20 - 30 minutos antes.

Técnica: El profesional que vaya a realizar el desbridamiento debe identificar el tejido que procederá a desbridar (placas necróticas o esfacelos consistentes), en caso de esfacelos no consistentes es preferible un desbridamiento enzimático o autolítico para evitar lesión del tejido sano existente debajo de la zona de esfacelos. Colocar al paciente en posición cómoda en un lugar con buena iluminación. Aplicar povidona yodada en la piel circundante dejando secar 3 minutos. Iniciaremos el desbridamiento desde el centro de la lesión hacia los bordes, y realizando cortes por planos.

El desbridamiento completo de la lesión se debe realizar en varias sesiones. Después de una primera sesión donde no se haya eliminado todo el tejido necrótico, y no exista riesgo de sangrado, se podrá combinar con un producto que siga potenciando el desbridamiento hasta la próxima sesión de desbridamiento cortante.

Una vez se haya eliminado la placa necrótica se aconseja la utilización de un apósito de cura seca durante las primeras 8 - 24 horas con el fin de controlar la posible hemorragia.

En caso de sangrado hacer compresión directa y utilizar apósitos hemostáticos como esponjas de gelatina absorbentes (Espogostan®), cubriendo la herida con apósito seco durante 24 horas o bien un alginato aunque debe ser retirado una vez se haya detenido la hemorragia.

En caso de necrosis seca se puede facilitar el desbridamiento mediante la aplicación diaria durante 24 - 72 horas de un desbridante enzimático a través de unos cortes realizados con el bisturí sobre el centro de la placa necrótica y cubriendo con apósito convencional o especial (hidrocelular, hidropolimérico...).

Contraindicaciones:

- personas con coagulopatías, hemofílicos o tratamiento anticoagulante
- heridas neoplásicas o con fístulas cercanas a las zonas de desbridamiento
- pacientes terminales.

- **D. Enzimático**: Es un método selectivo de desbridamiento. Suele requerir varias aplicaciones para conseguir un desbridamiento eficaz. Sus principales indicaciones son úlceras superficiales, que no presenten signos de infección; o como preparación al desbridamiento quirúrgico. Las curas deben realizarse cada 24 horas. Se debe aplicar únicamente en el lecho de la herida, evitando la piel perilesional (puede provocar irritación y maceración).

Uno de los más utilizados es la colagenasa, si se emplea hay que tener en cuenta que ejerce su acción en un medio húmedo, por ello consigue mayor efectividad si se



empapa con suero cada 4 - 6 horas sin retirar la colagenasa, o bien se cubre con un apósito húmedo (el exudado potencia su efecto). No puede asociarse a otros preparados enzimáticos, antisépticos, metales pesados, detergentes, jabones ni determinados antibióticos tópicos.

- **D. Autolítico:** Es un tipo de desbridamiento selectivo basado en el principio de cura húmeda. Es el método más selectivo, el que más respeta el tejido sano del lecho de la herida, pero también el que precisa mayores tiempos de actuación para conseguir una limpieza completa. Cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda, de manera general y los hidrogeles en estructura amorfa de manera específica son productos con capacidad de producir desbridamiento autolítico. Este tipo de desbridamiento aumenta considerablemente el exudado de la herida, lo que se debe tener en cuenta al escoger el apósito secundario más apropiado.

#### **b) Limpieza de la lesión.**

- Limpiar la herida, inicialmente y en cada cambio de apósito, con suero fisiológico salino al 0,9%.

- Usar presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre pero sin capacidad para producir traumatismo en el tejido sano. La presión de lavado más eficaz es la producida por la gravedad.

- Irrigar el suero desde el centro de la herida hacia los bordes

- El secado será suave, sin friccionar, sobre todo en el lecho, secar también la piel perilesional, utilizar la mínima fuerza mecánica. Si se va a realizar cura húmeda se recomienda secar sólo la zona periulceral para evitar traumatismo por fricción.

- No se debe limpiar la lesión con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada...), son productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción en el organismo. Sólo puede aceptarse su uso en la antisepsia previa y posterior al desbridamiento quirúrgico.

#### **c) Aplicación de apósitos**

Será preciso elegir el apósito que permita un óptimo manejo del exudado sin que desecue el lecho de la úlcera ni lesione el tejido periulceral.

Los apósitos están justificados porque proporcionan un ambiente húmedo y espacian las curas, **si una cura se debe realizar a diario no está justificada su utilización**, en este caso, se emplearan pomadas y apósitos convencionales, ya que los apósitos especiales no realizan su efecto y además tienen un elevado coste.

Se deben aplicar excediendo al menos 3 cm el borde de la lesión. Será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y  $\frac{3}{4}$  partes) las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de cura húmeda. La frecuencia del cambio de apósito vendrá determinada por su deterioro y las características específicas del producto seleccionado, teniendo en cuenta que los cambios frecuentes pueden lesionar el lecho de la herida.

Hay que dar a un apósito un tiempo de 2 semanas para que actúe, por lo que no se recomienda pasar a otro diferente en ese tiempo. Además al valorar el cambio de apósito hay que hacer una nueva valoración global de paciente ya que los responsables pueden ser una mala alimentación o factores fisiológicos.

Al seleccionar el apósito más adecuado hay que contemplar una serie de variables (localización, grado, cantidad de exudado, presencia de infección...). Existen diferentes tipos de apósitos en el mercado (Anexo V)

**d) Continuar protocolo de prevención para evitar la aparición de nuevas úlceras.**

Todas estas actividades deben quedar registradas en la **hoja de monitorización** diseñada a tal fin (Anexo VI).

▪ **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN**

Generalmente en todas las úlceras por presión existe una carga bacteriana, lo cual no quiere decir que la lesión esté infectada.

En la mayoría de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización progrese a infección clínica [nivel de evidencia A].

No está indicada la realización de cultivos rutinarios en ausencia de signos de infección. Tampoco está indicada la utilización rutinaria de antibióticos en el tratamiento de las úlceras por presión e incluso existen evidencias de un mayor grado de infección con la utilización de esta práctica.

El diagnóstico de infección asociada a úlcera por presión debe ser fundamentalmente clínico. Los signos y síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:

- Edema / Hinchazón perilesional
- Mal olor
- Dolor
- Exudado purulento
- Eritema
- Calor

Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse el desbridamiento y la limpieza, que se realizará **cada 24 horas**.

Si transcurrido un plazo de 2 - 4 semanas la úlcera no evoluciona favorablemente, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis y septicemia, se iniciará tratamiento mediante la aplicación, en un período máximo de 2 semanas, un antibiótico local con efectividad frente a los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión (p.ej. sulfadiazina argéntica, ácido fusídico...) [nivel de evidencia A].

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán realizarse entonces cultivos bacterianos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja (Anexo VII) o biopsia tisular, evitando, a ser posible, la recogida del exudado mediante frotis que puede detectar sólo contaminantes de superficie y no el verdadero causante de la infección. Identificando el germen se planteará un tratamiento antibiótico específico

No utilizar antisépticos tópicos [nivel de evidencia B].

▪ **COMPLICACIONES**

- Infección, osteomielitis, celulitis y septicemia.
- Malignización: es un proceso muy poco frecuente y que tiene lugar en las úlceras de muy larga evolución (>20 años). La presencia de nódulos irregulares en la úlcera o el rápido incremento de su tamaño son signos de malignidad.
- Dermatitis: Se caracteriza por la presencia de eritema y descamación. Con frecuencia se diagnostica erróneamente como infección. En el 50% de los casos se asocia con dermatitis alérgica de contacto como consecuencia del uso de apósitos y agentes químicos aplicados.

## ▪ DERIVACIONES

- Al trabajador social: en aquellas situaciones en que se encuentren pacientes con familias disfuncionales, con escaso apoyo familiar o con falta de recursos socio-sanitarios.
- Al segundo nivel:
  - Complicaciones: fístulas perianales o periuretrales, artritis séptica, abscesos, carcinoma escamoso en la úlcera, osteomielitis, bacteriemia...
  - Pacientes susceptibles de reparación quirúrgica de la lesión como los casos de necrosis extensa para la realización de una exéresis completa.

## ▪ CUIDADOS PALIATIVOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

Nuestros objetivos tanto para la prevención como para el tratamiento de las U.P.P. deben ir dirigidas a conseguir el mayor confort y bienestar posible.

Cuando el paciente se encuentra en el estadio inicial de la fase terminal la actitud será la misma que en un paciente crónico, por lo que no existirá variación en frecuencia, material de la cura. A medida que el proceso vaya provocando mayor deterioro y la situación del paciente empeore tendremos en cuenta:

- No culpabilizarse por la aparición de UPP ---> en un enfermo terminal en ocasiones es inevitable.
- Plantear objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación.
- No utilizar técnicas agresivas.
- Mantener la herida limpia y protegida para evitar el desarrollo de la infección. Distanciar la frecuencia de las curas.
- Control del dolor y mal olor de las lesiones.
- En situaciones de agonía valorar la necesidad de realizar movilizaciones, si la úlcera no produce malestar no se realizará la cura.

## ▪ EVALUACIÓN

La evaluación es el instrumento básico para mejorar la eficacia de los procedimientos empleados en el cuidado de las úlceras por presión.

### - ESTRUCTURA:

$$\frac{\text{Nº de profesionales que siguen el protocolo}^*}{\text{Nº de profesionales del equipo}} \times 100$$

\* Mediante la evaluación de la hoja de registro

$$\frac{\text{Nº de colchones de latex}}{\text{Nº de camas de unidades de riesgo}^1} \times 100$$

1- UCI, Traumatología y Medicina Interna

Nº de colchones de aire alternante  
----- x 100  
Nº con camas en unidades de riesgo<sup>1</sup>

Nº de peticiones de apósitos servidos  
-----x 100  
Nº total de solicitudes de apósitos

- **PROCESO:**

Nº de EAP en los que se ha presentado el protocolo  
----- x 100  
Nº de EAP del Área

Nº de pacientes con registro de puntuación en la escala de Braden  
----- x 100  
Nº de pacientes inmovilizados

Nº de pacientes con registro de puntuación en la escala de Braden  
----- x 100  
Nº de pacientes ingresados en unidades de riesgo<sup>1</sup>

Nº de pacientes con registro de una valoración completa de la úlcera\*  
----- x 100  
Nº de pacientes con UPP

\* En la hoja de registro debe estar cumplimentado los ítems a,b,c,d,e y f del apartado de valoración de la lesión del protocolo.

- **RESULTADOS:**

Nº de pacientes con UPP de cualquier grado  
----- x 100  
Nº de pacientes incluidos en el protocolo de visita domiciliaria

Nº de pacientes de bajo riesgo con UPP  
----- x 100  
Nº de pacientes con bajo riesgo

Nº de pacientes de riesgo medio con UPP  
----- x 100  
Nº de pacientes con riesgo medio

Nº de pacientes de alto riesgo con UPP  
----- x 100  
Nº de pacientes con alto riesgo

Nº de pacientes en los que el cuidador sigue el plan de cuidados\*  
----- x 100  
Nº de pacientes incluidos en el protocolo de visita domiciliaria

\* Estará cumplimentado el apartado "cuidador" en la hoja de registro de visita domiciliaria.

## ▪ BIBLIOGRAFÍA

- Bouza Alvarez C, Sanz de Leon OM, Amate Blanco JM. Efectividad de los apósitos especiales en el tratamiento de las úlceras. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Disponible en: [http://www.isciii.es/aets/drvsapi.dll?MIval=cw\\_usr\\_view\\_SHTML&ID=2486&FRAME=central&action\\_view=t](http://www.isciii.es/aets/drvsapi.dll?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=2486&FRAME=central&action_view=t) (consultado 20-08-2004)
- Capillas R, Cabré V, Gil AM, Gaitano A, Torra I Bou JE. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Rev Rol Enf 2000; 23 (1): 17 - 24.
- Elorriaga Ameyugio B, Royo Pascual D, García Hontoria M, Cuevas Santos C, Martínez Cervantes Y, Cayón Cuarental P, et al. Guía de cuidados enfermeros en úlceras por presión. INSALUD. Madrid.1996.
- García Ruiz-Rozas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar JV, Pomer Monferrer M, Masoliver Forés A, Lizán Tudela L. Úlceras por presión. Guías clínicas en Atención Primaria. Disponible en: <http://www.fisterra.com> (consultado 5-09-2004)
- Gómez Sancho M. Cuidados Paliativos: Atención integral a enfermeros terminales. ICEPSS. 1998
- Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos: Control de síntomas. Las Palmas de Gran Canaria. 1999.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño. 2003.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre prevención de úlceras por presión. Logroño 2003.
- López Imedio F. Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed Médica Panamericana. 2000.
- Nacional Institute for Clinical Excellence. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/pdf/clinicalguidelinepressuresoreguidancenice.pdf> (consultado el 10-09-2004)
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Laguna Parras JM. Guía para el cuidado de pacientes con úlceras por presión o riesgo de desarrollarlas. Hospital Universitario Princesa de España. Jaén. 2001.
- Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Ribera J. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. 2003.
- Soldevilla Agreda JJ. Guía práctica en la atención de las úlceras de la piel. 4ªed. Ed. Garsi Masson. Madrid. 1998

- Torra I Bou JE, Rueda J, Camañes G, Herrero E, Blanco J, Hernández E, et al. Úlceras por presión en los talones. Rev Rol Enf 2002; 25 (5): 370 - 376.

- Tratamiento local de las úlceras por presión. Bol TerAndal. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2000; 16(5)

North of England Evidence Based Guideline Development Project, 1996	
Categorización de la Evidencia	
<b>I:</b>	Ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas bien diseñados.
<b>II:</b>	Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles).
<b>III:</b>	Estudios no controlados o consenso.
Fuerza de las recomendaciones	
<b>A</b>	Basadas directamente en evidencia de categoría I.
<b>B</b>	Basadas directamente en evidencia de categoría II, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I.
<b>C</b>	Basadas directamente en evidencia de categoría III, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I o II.

#### ▪ AUTORES GRUPO DE TRABAJO

- |   |                      |                                     |
|---|----------------------|-------------------------------------|
| - M <sup>a</sup> José ROSA ALBARRAN   | ENFERMERA            | C.S. PLASENCIA II                   |
| - Mercedes GARCÍA MORÁN   | ENFERMERA            | C.S. MONTEHERMOSO                   |
| - M <sup>a</sup> del Mar SERRANO RODILLA  | ENFERMERA            | C.S. SERRADILLA                     |
| - Aroa HORNERO BENITO   | ENFERMERA            | C.S. JARAIZ DE LA VERA              |
| - Vicente ROBLES ALONSO   | ENFERMERO            | E.S. CUIDADOS PALIATIVOS            |
| - Lidia PERAL BAENA   | DIRECTORA ENFERMERIA | Gerencia Area Salud Plasencia       |
| - Emilio FUENTES SERRADILLA   | FARMACÉUTICO AREA    | Gerencia Area Salud Plasencia       |
| - Isabel BARTOLOMÉ MARTÍN   | SUBD. ENFERMERIA     | Hosp. “Virgen del Puerto” Plasencia |
| - M <sup>a</sup> Dolores NAVARRO MARTÍN   | SUPERVISORA AREA     | Hosp. “Virgen del Puerto” Plasencia |
| - Coordinación del Grupo por parte de la Gerencia del Área: M <sup>a</sup> Teresa FABREGAT DOMÍNGUEZ, Resp. de Enfermería de Equipos de Atención Primaria de Plasencia.     |                      |                                     |
| - Nuestro agradecimiento a la Secretaria de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área, que ha llevado a cabo el trabajo administrativo: Consuelo SIMÓN GARCÍA. |                      |                                     |

# ANEXO I

## ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.

RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	<b>1. Completamente limitada.</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	<b>2. Muy limitada.</b> 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.	<b>3. Ligeramente limitada</b> Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de la extremidades.	<b>4. Sin limitaciones</b> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad	<b>1. Constantemente húmeda</b> 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.	<b>2. A menudo húmeda.</b> La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	<b>3. Ocasionalmente húmeda</b> La piel está ocasionalmente húmeda: Requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	<b>4. Raramente húmeda</b> La piel está generalmente seca. La ropa de cama de cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambio de rutina.
<b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad física	<b>1. Encamado/a</b> Paciente constantemente encamado/a.	<b>2. En silla</b> 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.	<b>3. Deambula ocasionalmente</b> Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	<b>4. Deambula frecuentemente</b> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paso.
<b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	<b>1. Completamente inmóvil</b> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cupero o de alguna extremidad.	<b>2. Muy limitada</b> 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.	<b>3. Ligeramente limitada</b> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	<b>4. Sin limitaciones</b> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
<b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos	<b>1. Muy pobre</b> 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.	<b>2. Probablemente inadecuada</b> Raramente come una comida completa y generalmente como solo 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.	<b>3. Adecuada</b> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	<b>4. Excelente</b> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente como un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</b>	<b>1. Problema</b> Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	<b>2. Problema potencial</b> 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.	<b>3. No existe problema aparente</b> Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

**ANEXO II**

**Evaluación del estado nutricional (Mini Nutricional Assessment, MNA)**

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

**Cribaje:**

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

- 0 = anorexia grave
- 1 = anorexia moderada
- 2 = sin anorexia

B.- Pérdida de peso reciente (<3 meses)

- 0 = pérdida de peso > 3 kg
- 1 = no lo sabe
- 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg.
- 3 = no ha habido pérdida de peso

C.- Movilidad

- 0 = de la cama al sillón
- 1 = autonomía en el interior
- 2 = sale del domicilio

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

- 0 = Sí
- 1 = No

E.- Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
- 1 = demencia o depresión moderada
- 2 = sin problemas psicológicos

F.- Índice de Masa corporal [IMC=Kg(peso)/m<sup>2</sup>(talla)]

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 ≤ IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

**Evaluación del cribaje**

(subtotal max. 12 puntos)

12 Puntos o más: normal, no es necesario continuar la evaluación.  
11 Puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

**Evaluación**

G.- ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

- 0 = No
- 1 = Sí

H.- ¿Toma más de 3 medicamentos al día?

- 0 = Sí
- 1 = No

I.- ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

- 0 = Sí
- 1 = No

J.- ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a 2 platos y postre)

- 0 = 1 comida
- 1 = 2 comidas
- 2 = 3 comidas

K.- ¿Consume el paciente

- \* Productos lácteos al menos 1 vez al día? si  no
- \* Huevos y legumbres, 1 ó 2 veces semana? si  no
- \* Carnes, pescados o aves, diariamente? si  no
- 0 = 0 ó 1 sí
- 0,5 = 2 sí
- 1 = 3 sí

L.- ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

- 0 = Sí
- 1 = No

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

- 0 = menos de 3 vasos
- 0,5 = de 3 a 5 vasos
- 1 = mas de 5 vasos

N.- Forma de alimentarse:

- 0 = necesita ayuda
- 1 = se alimenta solo con dificultad
- 2 = se alimenta solo sin dificultad

O.- ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)

- 0 = malnutrición grave
- 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
- 2 = sin problema de nutrición

P.- En comparación con las personas de su edad. ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?

- 0 = peor
- 0,5 = no lo sabe
- 1 = igual
- 2 = mejor

Q.- Circunferencia braquial (CB en cm.)

- 0 = CB < 21
- 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22
- 1 = CB > 22

R.- Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

- 0 = CP < 31
- 1 = CP ≥ 31

**Evaluación (máx. 16 puntos)**

**Cribaje**

**Evaluación global (cribaje + evaluación, máx. 30 puntos)**

**Evaluación del estado nutricional**

De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición  
Menos de 17 puntos: malnutrición.



## ANEXO III

### CAMBIOS POSTURALES

Es necesario establecer una rotación programada e individualizada de los cambios posturales para cada paciente. La frecuencia de los cambios será aproximadamente cada 2 - 3 horas (determinada por las necesidades individuales, los medios utilizados...no debiendo superar las 4 horas). En periodos de sedestación las movilizaciones serán horarias, si puede realizarlo autónomamente enseñe al paciente a movilizarse cada 15 minutos.

Al programar los cambios posturales se debe valorar la tolerancia del paciente a las diferentes posiciones. Asimismo evitar apoyar al paciente sobre lesiones ya existentes y mantener siempre el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

Ejemplo de rotación (cambios cada 3 horas): decúbito supino - decúbito lateral derecho - decúbito lateral izquierdo - sedestación.

#### ▪ **DECÚBITO SUPINO:**

- Colocar una almohada pequeña o una toalla enrollada bajo la región lumbar.
- Situar una almohada bajo la región superior de los hombros, cuello y cabeza.
- Colocar un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contacto con la cama.
- Mantener los pies en ángulo recto poniendo un cojín entre las plantas y el pie de la cama para evitar el equino.
- Situar almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo. Estas almohadas situadas junto a la zona externa de los muslos evitará la rotación externa de la cadera.

#### ▪ **DECÚBITO LATERAL PARCIAL:**

- Poner al paciente de costado.
- Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello del paciente.
- Colocar ambos brazos ligeramente flexionados.
- Colocar una almohada paralela a la espalda y girando al paciente apoyarlo sobre ella; sacar el hombro sobre el que se apoya.
- Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie.

Así conseguimos una posición oblicua de 30° o decúbito lateral parcial para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que apoya en la cama.

#### ▪ **SEDESTACIÓN:**

- Debe utilizarse un sillón adecuado, cómodo, con el respaldo un poco inclinado.
- Colocar un cojín o almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas.
- Mantener los pies en ángulo recto.
- Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo, y la ubicación de sondas y bolsas colectoras si existieran.

Para facilitar los cambios posturales es recomendable utilizar, perfectamente estirada, una entremetida o sábana travesera bajo el paciente, evitando así arrastrar al paciente en la cama.

Si fuera necesario elevar la cabecera de la cama debe ser lo mínimo posible (< 30°) y durante el menor tiempo posible.

## ANEXO IV

### SUPERFICIES ESPECIALES DE APOYO

Los individuos "en riesgo" no deberían ser colocados encima de colchones convencionales [nivel de evidencia B].

Las superficies especiales de apoyo son aquellas diseñadas para el manejo de la presión reduciéndolas (disminuyen la presión aunque no necesariamente por debajo de los valores que impiden el cierre capilar) o aliviándola (reducen el nivel de presión de los tejidos blandos por debajo de la presión de oclusión capilar además de eliminar las fuerzas de fricción y cizallamiento)

TIPOS DE SUPERFICIES DE APOYO	
Superficies Estáticas	Superficies Dinámicas
Colchonetas-cojines estáticos de aire.	Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire.
Colchones-cojines de agua.	Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire.
Colchonetas-cojines de fibra siliconizada.	Camas y colchones de posicionamiento lateral.
Colchonetas de espuma especiales.*	Camas fluidificadas.
Colchonetas de látex	Camas bariátricas.
Colchonetas-cojines viscoelásticos*.	

A la hora de recomendar una superficie de apoyo el profesional debe tener en cuenta la situación clínica del paciente, medio donde se encuentra, características de la superficie, puntuación obtenida en la escala de valoración.

Como recomendación general [nivel de evidencia B]:

- **Pacientes de alto riesgo:** superficies dinámicas.
- **Pacientes de medio riesgo:** superficies dinámicas o superficies estáticas de altas prestaciones (\*)
- **Pacientes de bajo riesgo:** superficies estáticas.

Todo paciente con úlceras por presión debe considerarse como de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones y por tanto debe ser posicionado en una superficie de manejo de presión dinámica.

Los pacientes de medio - alto riesgo deben utilizar un cojín con capacidad de reducir la presión mientras están en sedestación.

Es importante recordar que **LAS SUPERFICIES ESPECIALES DE APOYO NO SUSTITUYEN EN NINGÚN CASO A LOS CAMBIOS POSTURALES.**

## ANEXO V

### TIPOS DE APÓSITOS

- **PELÍCULAS DE POLIURETANO:** Láminas sintéticas semipermeables, transparentes, sin capacidad de absorción del exudado, aunque sí de retención del mismo. Indicado en úlceras grado I de nula o baja exudación. En la actualidad no existe evidencia para recomendar su utilización. (OpSite®, Tegaderm®, Bioclusive®, Hydrofilm®, Askina biofilm transparente®...)
- **HIDROCOLOIDES:** Lámina de carboximetilcelulosa recubierta por una lámina exterior de poliuretano. Son impermeables luego no permiten el intercambio gaseoso por ello está únicamente indicado en úlceras de exudación moderada no infectadas (contraindicado en infección, excepto los de hidrofibra de hidrocoloide que es semipermeable al llevar la carboximetilcelulosa dispuesta en forma de malla y no de lámina). Puede producir olor desagradable. Capacidad de absorción de mínima a moderada.  
Indicado en úlceras grado II-IV no infectadas de ligera a moderada exudación.  
[Askina ulcuflex®, Comfeel plus extra absorbente®, Replicare ultra®, Aquacel® (hidrofibra de hidrocoloide) ...]
- **ESPUMAS POLIMÉRICAS:** Apósitos de diferentes tipos según su estructura y configuración (HIDROPOLIMÉRICO, HIDROCELULAR). Semipermeables (indicado en infectados), buena capacidad de absorción. Mejor absorción vertical que los hidrocoloides (maceran menos los bordes de las heridas), menor olor. Indicado en úlceras grado II-IV de exudado ligero a moderado. (Allevyn®, Biatain®, Tielle®, Cutinova Thin-Hydro®, Cutinova Cavity®, Cutinova Plus®, Cutinova Foam®, Askina transorbent®, Combiderm®...)
- **ALGINATOS:** Polímeros de cadena larga procedentes de las algas. Semipermeables. Gran capacidad de absorción (hasta 20 veces su peso), capacidad hemostática. Reducción del mal olor en las heridas. Precisan de un apósito secundario para su fijación ya que no son adherentes. Indicado en úlceras grado II-IV de alta exudación  
(Algisite M®, Askina Sorbsan®, Askina Sorbsan-Plus®, Cutinova Alginate®, Comfeel Seisorb®, Algosteril®, Kaltostat®...)
- **APÓSITOS DE CARBÓN:** Apósitos formados por carbón activo cuya principal propiedad es su capacidad para eliminar el mal olor de la herida. Se puede combinar con plata (lo que lo hace indicado para heridas infectadas), con alginato (en heridas exudativas con olor)...  
(Axina Carbosorb®, Carbonet®...)
- **APÓSITOS DE PLATA:** Apósitos con plata en diversas presentaciones (sobre malla de carbón, hidrofibra más plata...). Su principal característica es su efecto antimicrobiano o bactericida sobre las heridas. Puede ser utilizados en heridas de evolución tórpida, con sospecha de infección o con evidencia de ella.  
(Actisorb Plus®, Acticoat®, Comfeel Plata®, Aquacel Plata®...)
- **HIDROGELES:** Proporcionan hidratación y desbridamiento autolítico. Están compuestos principalmente por agua (75 - 90%) y diferentes sustancias (almidón, pectina, alginato...) Se presentan en placa o en estructura amorfa. Proporcionan un medio ambiente húmedo que resulta muy adecuado para el tratamiento de heridas secas y necróticas, favorecen procesos autolíticos. Requieren un apósito secundario para fijación.  
(Intrasite®, Purilón gel®, Varihesive hidrogel®...)

CIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nombre: \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_ 2<sup>o</sup> Apellido \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ C.S. \_\_\_\_\_

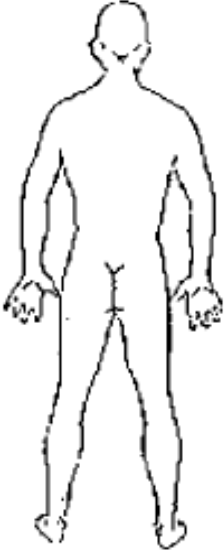
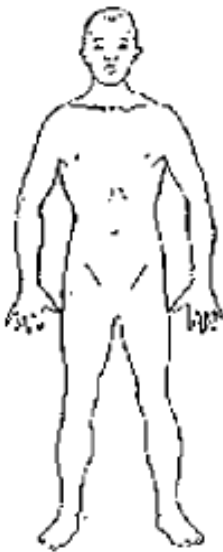
CIAS \_\_\_\_\_ Nombre del Enfermero \_\_\_\_\_

**VALORACIÓN**

Fecha	Puntuación E. Braden	C. Posturales <sup>(1)</sup>	Control Nutrición <sup>(1)</sup>	Medidas Protección Local <sup>(1)</sup>	Superficie especial de apoyo <sup>(2)</sup>

- (1) Indicar si se realizan correctamente.
- (2) Indicar si tiene o no superficie especial de apoyo y en caso afirmativo que tipo (látex, aire alternante.....)

**LOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE UPP**

Lesión	Fecha Inicio	Origen*	Fecha Curación	
				<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"><b>Señalar la lesión e identificar con una letra</b></p>
A				
B				
C				
D				
E				

\* Origen: Hospitalario (H) o Extrahospitalario (E)

REGISTRO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES

Fecha	Lesión	Estadio	Tipo de tejido <sup>1</sup>	Mayor diámetro(cm)	Piel Perilesional <sup>2</sup>	Exudado <sup>3</sup>	Dolor <sup>4</sup>	Infección <sup>5</sup>	Tratamiento/Periodicidad de la cura

**1.- Tipo de Tejido:**

0 = Cicatrizado  
 1 = T. Epitelización  
 2 = T. Granulación  
 3 = T. Esfacelado  
 4 = T. Necrótico

**2.- Piel Perilesional:**

0 = Íntegra  
 1 = Macerada  
 2 = Eritematosa  
 3 = Eczematizada  
 4 = Escoriada

**3.- Exudado:**

0 = Inexistente  
 1 = Escaso  
 2 = Moderado  
 3 = Abundante

**Especificar:**

- a) Seroso
- b) Sanguinolento
- c) Purulento.

**4.- Dolor:**

0 = Inexistente  
 1 = Leve  
 2 = Moderado  
 3 = Intenso

**5.- Infección:**

S = Si  
 N = No

## ANEXO VII

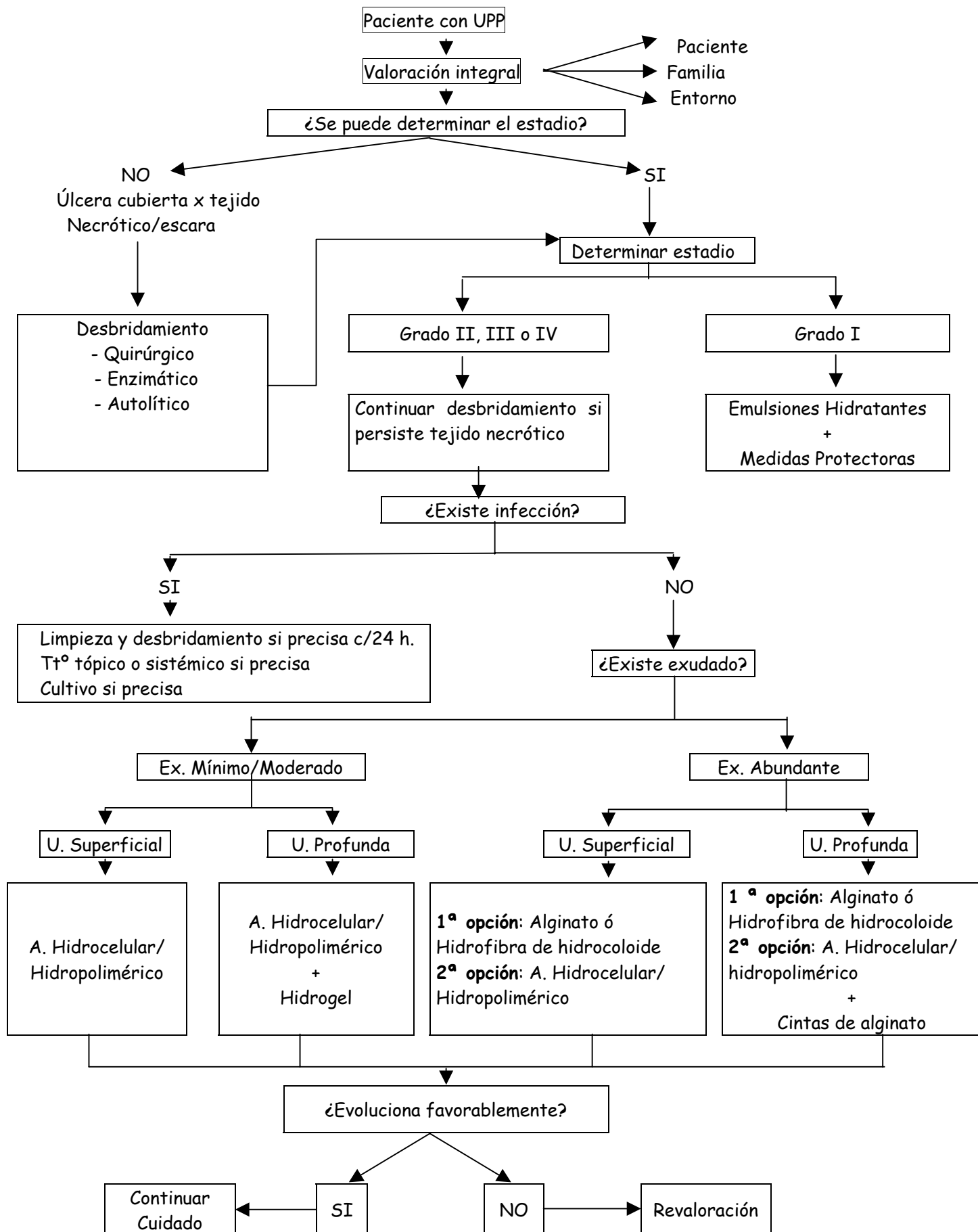
### ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA

#### MATERIAL NECESARIO:

- Gasas estériles
- Povidona yodada al 10%
- Jeringa estéril
- Aguja IM (0,8 x 40)
- Medio de transporte para bacterias aerobias - anaerobias

#### DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA:

- 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 esfácelos.
- Desinfectar la piel perilesional con povidona yodada.
- Dejar secar durante 3 minutos permitiendo que la povidona ejerza su acción antiséptica.
- 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 ml.
- En procesos no supurados preparar la jeringa con medio ml de suero fisiológico o agua estéril y aspirar.
- Introducir el contenido en un vial con medio de transporte para muestras líquidas de gérmenes aerobios y anaerobios.



## ANEXO IX

### CUIDADOS ESPECIALES

- En pacientes con **maskarillas de oxígeno, gafas nasales, máscaras de BIPAP...** vigilar las zonas de apoyo y sujeción en orejas y nariz principalmente. Si fuera preciso almohadillar estas zonas para evitar lesiones.
- En pacientes con **sondas nasogástricas o vesicales** vigilar los puntos de apoyo. Conviene cambiar el punto de fijación cada 24 horas, la fijación interna se modificará rotando suavemente la sonda para evitar lesionar la mucosa. Se recomienda que las sondas sean del menor calibre posible de silicona o poliuretano.
- En pacientes con **tubos endotraqueales**, hay que cambiar diariamente la posición del tubo y siempre que el punto de apoyo esté humedecido o enrojecido para evitar lesiones en la comisura de la boca, lengua y en la pared endotraqueal. Diariamente limpiar los labios con suero fisiológico y aplicar lubricante labial.
- Cuando sea necesaria la **sujeción mecánica** de muñecas y tobillos se utilizarán vendajes almohadillados que se vigilarán cada 4 horas.
- En determinados pacientes, al realizar los cambio posturales es posible la colocación en decúbito prono, no obstante esta postura se debe utilizar con precaución. Se deben colocar los brazos en flexión y apoyados en una almohada y dejar siempre libre el tórax para respirar.



## ANEXO X

### RECURSOS MATERIALES

- Material de alivio y reducción de la presión: cojines, almohadas .....
- Guantes
- Compresas y gasas estériles
- Instrumental estéril de curas: pinzas de disección con dientes, pinzas de Kocher, bisturí y tijeras.
- Solución salina fisiológica.
- Desbridante enzimático.
- Desbridante autolítico (hidrogel).
- Apósito indicado en función de las características de la úlcera (espumas de poliuretano, alginato....)

### PARA REALIZAR EL CULTIVO:

- Jeringa y aguja (0,8 x 40)
- Guantes
- Gasas
- Antiséptico local
- Vial de transporte