

revisión conceptual

valoración del riesgo

algoritmos

intervenciones (NIC)

materiales y equipo

protocolo de
prevención y cuidados
de úlceras por presión

evaluación

bibliografía



COLABORAN

Miguel Angel Criado Lastres
(H.U. Reina Sofia)

Guadalupe Cubillo Arjona
(H.U. Reina Sofia)

Rafaela García Cepas
(Distrito Sanitario Córdoba Centro)

Miguel García Jiménez
(H.U. Reina Sofía)

Esperanza López Jiménez
(H.U. Reina Sofía)

M^a Teresa López Medrán
(H.U. Reina Sofía)

M^a Catalina Mohedano Aranda
(Distrito Sanitario Córdoba Centro)

Ana Morgado Ramírez
(H. Infanta Margarita)

M^a Angeles Moya Lozano
(H.U. Reina Sofía)

Andrés Murillo Mesa
(H. Valle de los Pedroches)

Joaquín Ruz Ramírez
(Distrito Sanitario Alto Guadalquivir)






Carmen Valero Cabrera
(H.U. Reina Sofia)



Smith+Nephew
First Choice in Endoscopy



INDICE PROTOCOLO

	1. Revisión conceptual
	2. Criterios de inclusión
	3. Objetivos
	4. Material y equipo
	5. Factores de riesgo
	6. Valoración del riesgo
	7. Valoración del entorno de Cuidados
	8. Algoritmo diagnóstico
	9. Intervenciones de enfermería (NIC)
	a. Prevención de UPP
	b. Vigilancia de la piel
	c. Cuidados de la piel
	d. Apoyo al Cuidador Principal
	e. Cuidados de la UPP.
	• Pautas básicas en la cura de las UPP
	10. Algoritmo terapéutico
	11. Evaluación
	a. Evaluación del proceso
	b. Evaluación de los resultados
	12. Bibliografía
	13. Anexo

REVISION CONCEPTUAL

El conocimiento enfermero, como dinámico que es, precisa de una revisión periódica de los procedimientos, protocolos y guías de actuación, de manera que se garantice una mejora continua y se asegure un alto nivel de calidad asistencial al usuario, optimizando los recursos y basando nuestras actuaciones en la evidencia científica. Así mismo es fundamental usar taxonomías internacionales para unificar nuestro lenguaje:

- Diagnósticos enfermeros: taxonomía NANDA
- Intervenciones de enfermería: taxonomía NIC
- Resultados de enfermería: taxonomía NOC

Las úlceras por presión (UPP) constituyen la alteración de una necesidad básica para las personas, mantener la integridad de la piel.

Se define UPP como toda lesión de la piel producida al ejercer una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso. El GNEAUPP propone la clasificación de las UPP en estadios según el grado de afectación de los tejidos:

- Estadio I: eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Estas lesiones representan un importante problema de salud con repercusiones sociosanitarias: las sanitarias por la incidencia en la morbimortalidad y el aumento de riesgo de infecciones, y las sociales, por la influencia en la calidad de vida del paciente.

También es importante señalar las repercusiones económicas que las úlceras por presión suponen para el sistema sanitario en el aumento de costes, tanto directos (recursos materiales, tiempo dedicado por el personal asistencial...) como indirectos (relacionados con calidad de vida, con absentismo, con aspectos legales por tratarse de un problema evitable).

La mayoría de las UPP pueden prevenirse (un 95% son evitables) (Hibbs P. 1987) (Waterlow J. 1996) por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención.

Los cuidados de enfermería se centran en evitar el riesgo y en ayudar a restablecer la máxima autonomía en salud de los pacientes.

Los requisitos señalados por el GNEAUPP para el tratamiento del paciente con úlceras por presión y que hemos considerado en este protocolo son:

- Contemplar al paciente como un ser integral
- Hacer especial énfasis en las medidas de prevención
- Conseguir la máxima implicación del paciente y la familia en la planificación y ejecución de los cuidados
- Evaluar constantemente la práctica asistencial e incorporar a los profesionales a las actividades de investigación

En este protocolo vamos a contemplar 3 diagnósticos de enfermería y los resultados e intervenciones derivados de ellos:

1. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada
2. Deterioro de la integridad cutánea: alteración de la epidermis, la dermis o ambas
3. Deterioro de la integridad tisular: lesión de las membranas mucosa o corneal, íntegumentaria o de los tejidos subcutáneos.

CRITERIOS DE INCLUSION

Está generalmente aceptado que una presión mantenida más de 2 horas puede ocasionar una lesión. En pacientes con grave afectación del estado general, el daño tisular puede ocurrir incluso en un tiempo inferior a 2 horas. En general se adopta como criterio de inclusión: PACIENTES IDENTIFICADOS DE RIESGO SEGUN LA ESCALA DE BRADEN.

OBJETIVOS

1. La persona mantiene (o recupera) una piel templada, húmeda, intacta y de color natural. Referencia NOC 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
2. La persona o el cuidador principal se muestra capacitada, con conocimiento o eficacia adecuada en el cuidado de la piel y prevención de las UPP. Referencia NOC 1902: Control del riesgo.
3. Identificar a la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
4. Establecer unos criterios unificados de actuación entre los diferentes niveles asistenciales para la prevención y el cuidado de las UPP.

MATERIAL Y EQUIPO

MATERIAL

1. Valoración y registro de UPP:
 - Hoja de incidencias de UPP
 - Regla milimetrada para valoración del tamaño de UPP

2. Prevención e higiene:
 - Jabón suave
 - Productos hidratantes
 - Salvacamás transpirables
 - Elementos de alivio de presión: cojines, almohadas, colchón de aire alternante...
 - Ácidos grasos hiperoxigenados

3. Tratamiento:
 - Set de curas con: pinzas de disección dentadas, mango de bisturí, hoja de bisturí y tijeras
 - Solución salina fisiológica
 - Guantes, compresas y gasas estériles
 - Vendas
 - Cremas protectoras: vaselina, óxido de zinc...
 - Ácidos grasos hiperoxigenados
 - Gel de lidocaína 2%
 - Desbridante enzimático: colagenasa
 - Desbridante autolítico: Hidrogel
 - Apósitos basados en el principio de la cura húmeda:
 - o Hidrocoloides/hidrorreguladores
 - o Hidrofibra
 - o Alginatos
 - o Carbón activado (con plata)
 - o Hidropoliméricos
 - o Hidrocelulares

4. Cultivo:

- Jeringa y agujas
- Gasas y guantes estériles
- Antiséptico local
- Vial de transporte de muestra anaerobia
- Hisopo con vial de transporte

EQUIPO

- Enfermera
- Auxiliar de enfermería
- Celador
- Cuidador principal

FACTORES DE RIESGO

- Extremos de edad
- Prominencias óseas
- Cambios en la elasticidad de la piel
- Inmovilidad física
- Nivel de conciencia disminuido
- Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, fricción, presión y catéteres)
- Humedad
- Exceso o defecto de higiene o uso de jabones inadecuados, alcoholes y/o antisépticos que alteran la flora saprofita de la piel
- Alteraciones de la sensibilidad
- Alteraciones metabólicas
- Alteraciones nutricionales
- Alteraciones circulatorias
- Déficits inmunológicos
- Fármacos

VALORACION DEL RIESGO

Una escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP.

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea optamos por la escala de Braden, propuestas también en la NIC y por el GNEAUPP.

Esta escala tiene 6 categorías que son: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y roce/peligro 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:

- < 12 = riesgo alto
- 13 - 15 = riesgo medio
- 16 - 18 = riesgo bajo
- > 19 = sin riesgo

En ATENCION ESPECIALIZADA la valoración se realizará al ingreso del paciente en la unidad y se hará una revisión cada 7 días , salvo cambios relevantes. Se consideran cambios relevantes:

1. Una intervención quirúrgica superior a 10 horas
2. La aparición de isquemia por cualquier causa
3. Los períodos de hipotensión
4. Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen
5. Las pérdidas de movilidad de cualquier origen
6. Las pruebas diagnósticas invasivas que requieren reposo de 24 horas como la arteriografía o el cateterismo cardíaco

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

Se registrará el resultado de la valoración en el soporte papel (hoja de incidencias úlceras por presión) o informático disponible.

En ATENCION PRIMARIA, la valoración se realizará al incluir al paciente en el programa de atención domiciliaria: atención al alta hospitalaria, atención de inmovilizados, atención de personas en situación terminal, atención de ancianos en riesgo y atención a ancianos residentes en instituciones. Se hará una revisión semanal en los pacientes de alto riesgo. En el resto de pacientes se realizará coincidiendo con la visita domiciliaria.

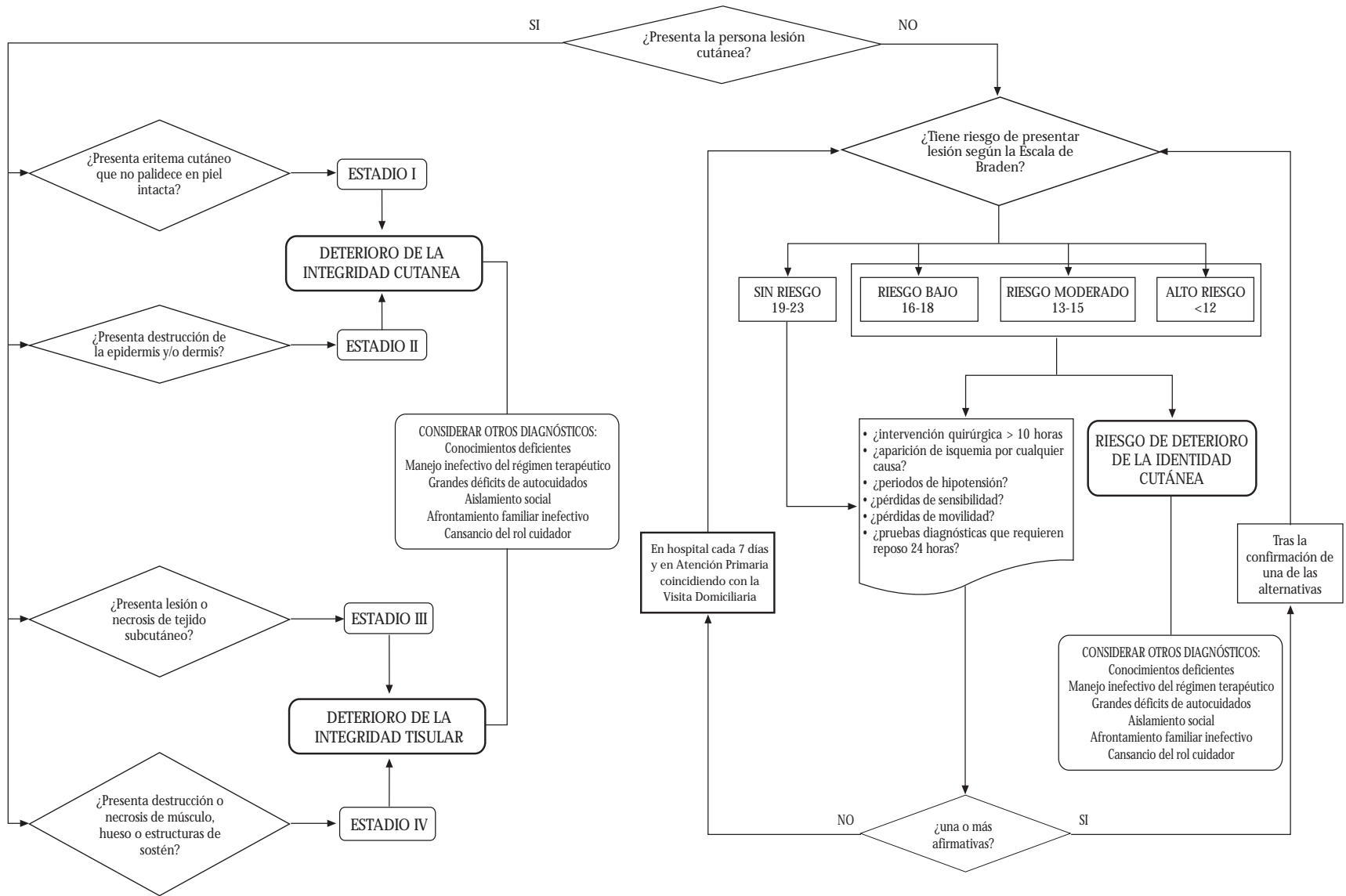
ESCALA DE BRADEN PARA LA MEDICIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

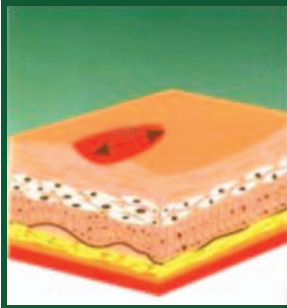
<p>Percepción sensorial. Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.</p>	<p>1. Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>2. 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.</p>	<p>3. Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p>4. Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p>Exposición a la humedad. Nivel de exposición de la piel a la humedad.</p>	<p>1. 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.</p>	<p>2. A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día</p>	<p>4. Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina</p>
<p>Actividad. Nivel de actividad física.</p>	<p>1. Encamado: Paciente constantemente encamado/a.</p>	<p>2. En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p>	<p>3. Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.</p>	<p>4. Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo</p>
<p>Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p>	<p>1. Completamente inmóvil: Sin ayuda o puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad</p>	<p>2. 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.</p>	<p>3. Ligeramente limitado: Efectúa con ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.</p>	<p>4. Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p>Nutrición. Patrón usual de ingesta de alimentos.</p>	<p>1. Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toam más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente como 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.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>3. Adecuada: 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 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.</p>	<p>4. Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente como entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p>Roce y peligro de lesiones.</p>	<p>1. Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamineto 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 constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Se mueve muy débilmete 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.</p>	<p>3. No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla.</p>	

VALORACION DEL ENTORNO DE CUIDADOS

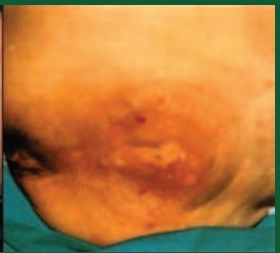
1. Identificar al cuidador principal y dejar registrado su capacidad en el manejo del problema
2. Valorar si la persona o cuidador demuestra la capacidad para manejar el problema o ejecutar la tarea:
 - La persona o cuidador realiza los tratamientos y procedimientos prescritos.
 - La tarea se realiza sin riesgo.
 - Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.
3. Identificar las redes de apoyo social disponibles.

ALGORÍTMO DIAGNÓSTICO

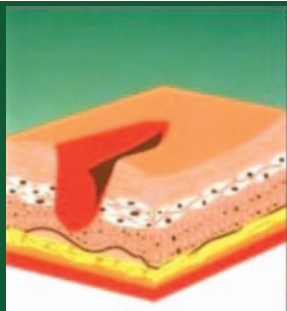




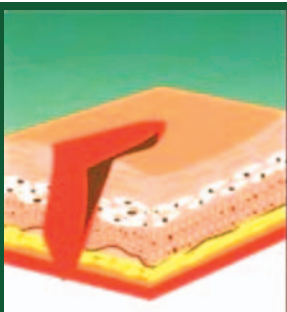
Estadio I



Estadio II



Estadio III



Estadio IV

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

1. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: REFERENCIA NIC 3540.

Definición: prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

- Utilizar la escala de Braden para valorar el riesgo
- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas
- 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 para eliminar el exceso de humedad si procede.
- Cambios posturales cada 2 ó 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche
- Registro del programa de cambios posturales en la historia del paciente
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies
- Utilizar camas y colchones especiales si procede
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra
- Hidratar la piel seca intacta
- Usar agua templada y jabón suave para el baño, aclarar y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo
- Vigilar las fuentes de presión y fricción
- Aplicar protectores para zonas de riesgo
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso
- Instruir al cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel

2. VIGILANCIA DE LA PIEL. REFERENCIA 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

3. CUIDADOS DE LA PIEL: TRATAMIENTO TÓPICO. REFERENCIA NIC 3584.

Definición: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera
- Vestir al paciente con ropas no restrictivas
- Aplicar lubricante para hidratar fosas nasales si presencia de catéter
- Aplicar los pañales sin comprimir
- Colocar sobreempapadores si es el caso
- Hidratar la piel seca intacta
- Mantener humedad en las incubadoras entre el 60 – 70%

4. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. REFERENCIA 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.

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel
- Proporcionar conocimientos básicos:
 - o Enseñar a mantener la piel limpia, seca e hidratada
 - o Enseñar cómo y cuando cambiar los pañales húmedos
 - o Explicar la necesidad de una nutrición adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua
 - o Explicar como se mantiene la posición anatómica correcta
 - o Instruir como hacer los cambios posturales y la necesidad de pautarlos. El cambio postural favorece la circulación, proporciona bienestar al evitar la presión prolongada y previene contracturas. Las posiciones corporales recomendables son:

- a. Posición de decúbito supino: se protegerá occipital, omóplatos, codos, sacro y coxis, talones



- b. Posición de decúbito prono: se protegerá frente, ojos, orejas, pómulos, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos



- c. Posición de decúbito lateral: se protegerá orejas, escapulas, costillas, crestas iliacas, trocánteres, gemelos, tibias y maleolos



- d. Posición sentada: se protegerá omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas. En esta posición hay que realizar cambios posturales cada hora.



- 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
- 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

5. CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. REFERENCIA NIC 3520.

Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión

Actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (anchura, longitud, y profundidad), estadio (I al IV), recidiva, antigüedad, localización, dolor, tejido necrótico, exudación, granulación y epitelización.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel perilesional.
- Mantener la úlcera en un medio húmedo para favorecer la curación
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua
- Desbridar la úlcera si es necesario
- Limpiar la úlcera con suero salino fisiológico con movimientos circulares desde el centro
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda
- Aplicar vendajes si está indicado
- Evitar en los cambios posturales la presión sobre zonas ulceradas
- Controlar el estado nutricional (escala de evaluación del estado nutricional MNA)
- Instruir al paciente/cuidador en los procedimientos de cuidado de la herida

Como especificación a las actividades recogidas en este último NIC, se contempla el siguiente apartado:

PAUTAS BÁSICAS EN LA CURA DE LAS UPP

1. Colocar al paciente en la posición adecuada
2. Realizar la cura en condiciones de asepsia
3. Retirar apósito mediante una técnica no agresiva
4. Limpieza de la lesión con suero salino fisiológico mediante presión de lavado efectiva para el arrastre. *No limpie con antisépticos locales.*
5. Secado sin arrastre
6. Valorar la piel perilesional y proteger si procede
7. Valorar lesión y elegir tratamiento adecuado (ver algoritmo terapéutico y anexo I).
8. En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5 – 4 cms el borde de la úlcera.
9. En caso de localizaciones sacras pueden fijarse los bordes del apósito con esparadrapo transpirable
10. El cambio de apósito se realizará según anexo I, salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes periulcerales
11. En caso de esfacelos y/o tejido necrótico es necesario desbridar. Podemos hablar de 3 métodos:
 - *Desbridamiento quirúrgico:* recortar por planos y en diferentes sesiones empezando por el área central. Es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína al 2%). En caso de sangrado aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos. Realizar la técnica con instrumental estéril.
 - *Desbridamiento enzimático:* aplicar productos enzimáticos del tipo de la colagenasa.
 - *Desbridamiento autolítico:* aplicar cualquier producto capaz de producir condiciones de cura húmeda (hidrogeles y apósitos hidrorreguladores)Estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que sería aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados
Si existe placa necrótica seca realizar cortes con bisturí para facilitar la actuación de los hidrogeles y/o colagenasa.
12. Para evitar que se formen abscesos o se “cierre en falso” la lesión, será necesario rellenar parcialmente -entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

13. Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento, realizando curas cada 12/24 horas. No se realizará nunca una cura oclusiva.

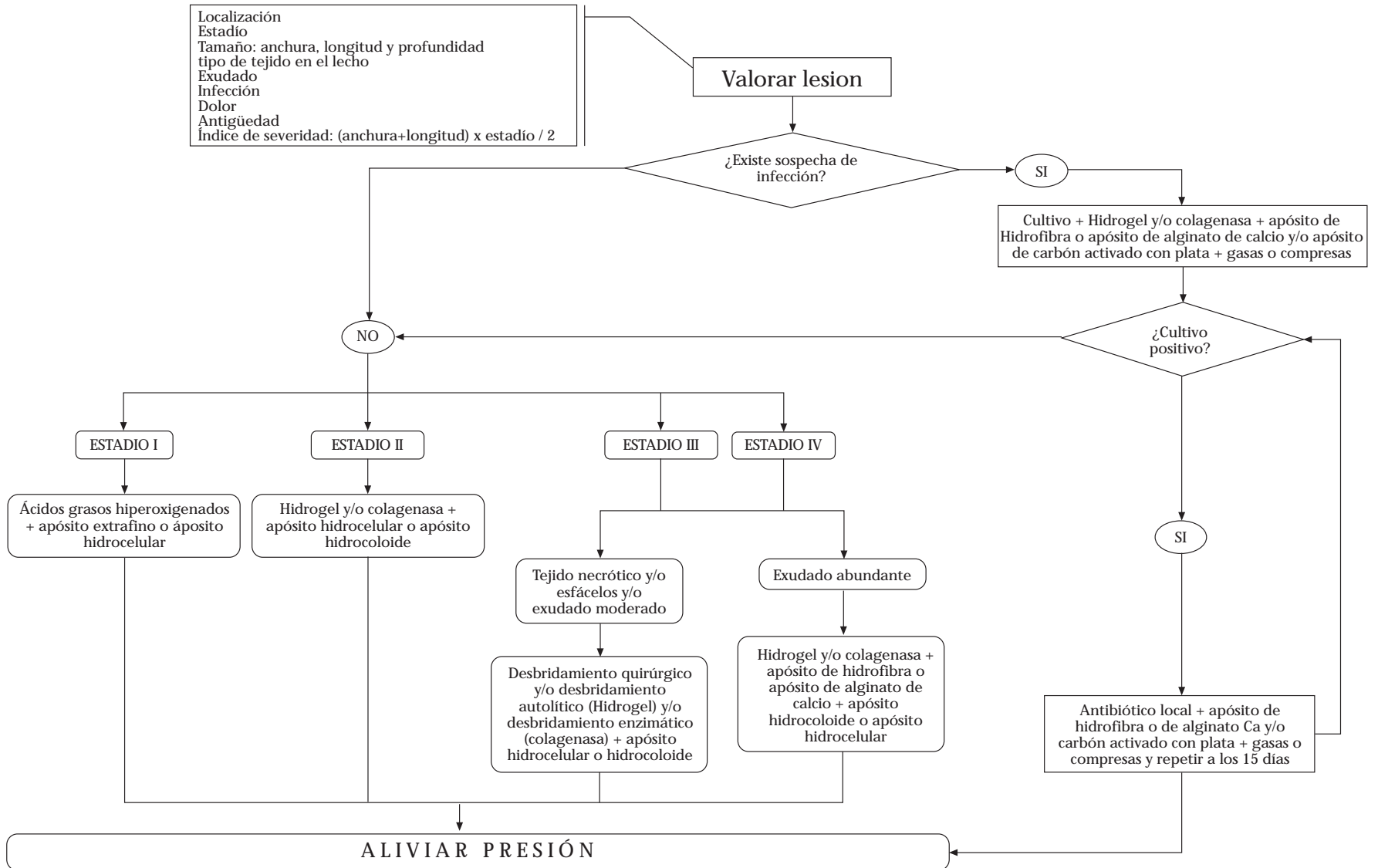
Técnicas para la obtención de muestras para cultivo:

- Aspiración percutánea:
 - o desinfectar la piel perilesional.
 - o Realizar la punción a través de la piel íntegra del borde periulceral seleccionando el lado de la lesión con mayor presencia de tejido de granulación o ausencia de esfácelos
 - o 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
 - o En procesos no supurados, preparar la jeringa con 0,5 ml de suero fisiológico
 - o Introducir el contenido en un medio para el transporte de gérmenes aerobios y anaerobios
- Frotis de la lesión mediante hisopo:
 - o No deberán usarse para cultivo, muestras de líquido obtenido mediante frotis de la herida porque pueden detectar solo los contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoca la infección tisular, teniendo un dudoso valor diagnóstico.
 - o Las muestras así recogidas deben obtenerse sólo cuando no sea posible realizar la anterior técnica.
 - o Aclare la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra
 - o Rechace el pus para el cultivo
 - o Utilice un hisopo estéril
 - o Recorra con el hisopo los bordes de la herida

14. No realizar curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones

Para evaluar la evolución de las úlceras, utilizaremos el índice de severidad cada 14 días: (anchura + longitud) x estadio/2.

ALGORÍTMO TERAPEUTICO



EVALUACION

1. EVALUACIÓN DEL PROCESO

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados recogidos en este protocolo:

- Se ha aplicado la escala Braden al ingreso
- Se ha aplicado la escala Braden con la periodicidad establecida
- Se ha aplicado la escala Braden ante la ocurrencia de un cambio relevante
- Se ha registrado la valoración del entorno de cuidados
- Está registrada la realización de cambios posturales
- Está registrada la frecuencia de los cambios posturales
- Está anotado el suplemento dietético si es el caso
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al ingreso (índice de severidad)
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al menos a los 14 días de la última valoración (índice de severidad)

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en el soporte papel (hoja de incidencias úlceras por presión) o informático disponible.

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

- Se ha hidratado la piel tras el baño
- No se aplica colonia ni alcohol sobre la piel
- Se han usado ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo
- No se ha utilizado antiséptico local para la limpieza
- No se realiza cura oclusiva en caso de infección
- Se ha tomado muestra para cultivo en caso de observar signos de infección
- Se usa colchón de aire alternante en pacientes de alto riesgo

2. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

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

PREVALENCIA PUNTUAL

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

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

TIPO DE PACIENTE	PROPUESTA
Pacientes ingresadas en obstetricia	Excluirlas de los denominadores
Pacientes pediátricos	Excluirlos de los denominadores excepto: Niños ingresados en UCI pediátrica y/o UCI de Neonatos.
Pacientes ingresados en unidades de corta estancia	Aunque no hay referencias en la bibliografía, en un principio los pacientes ingresados en unidades de corta estancia (2-3 días de ingreso) son pacientes con un riesgo bajo-nulo de desarrollar UPP. A excepción de los pacientes ingresados en unidades de corta estancia geriátrica.
Otros	Aunque normalmente no se tienen en cuenta como pacientes ingresados: pacientes en el hospital de día, en sesión de diálisis ambulatoria,...

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

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

INCIDENCIA DE PERÍODO

Se incluyen estudios de incidencia en algunos de los servicios de hospitalización; introduciendo la autoevaluación. Para el cálculo de la incidencia se usan los mismos criterios de exclusión que para los estudios de prevalencia. N° de pacientes (libres de UPP al inicio del estudio) en los que aparece UPP/n° de pacientes estudiados.

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de úlceras por presión y heridas crónicas. Documentos Gneaupp. Logroño. GNEAUPP. Abril 2000.
2. Grupo de enfermería del Institut Catalá de la Salut para el seguimiento de las úlceras por presión. Emina. Cuidados de enfermería para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Lleida. Mayo 2002.
3. Soldevilla J. Javier. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. 4ª edición. Madrid: Masson; 1998.
4. García F.P, Pancorbo P.L, Laguna J.M.. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Dirección de enfermería del H.U. Princesa de España; 2001.
5. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia Calidad e Investigación de enfermería. H.U. Reina Sofía de Córdoba. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Córdoba: Dirección de Enfermería;1999.
6. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia Calidad e Investigación de enfermería. H.U. Reina Sofía de Córdoba. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Córdoba: Dirección de Enfermería; 2001.
7. Campo M.A, Fernández C. Guía de Práctica Clínica. Proceso de Enfermería. Diagnóstico, Planificación, Evaluación. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; Septiembre 2000.
8. Luis M.T, Fernández C, Navarro M.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed.. Barcelona: Masson; 2000.
9. Fernández C, Novel G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Barcelona: Masson; 1993.
10. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt S.A.; 2001.
11. Luis M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson; 2000.
12. Escala de Braden. Valores de riesgo de presentar úlceras por presión. Revista ROL de Enfermería 1997, 224:23-30.

13. Dirección de Enfermería. Hospital Reina Sofia Córdoba. Catálogo de Necesidades y Requerimientos. Año 2001. Disponible en: www.hospitalreinsofia.org/enfermeria/enfermeria-2001/necesidades-requerimientos.pdf
14. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud, Noviembre 2002.
15. Nursing Interventions Classification (NIC). Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE), editorial Harcourt-Mosby, tercera edición.
16. Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de resultados de enfermería (CRE), editorial Harcourt-Mosby, segunda edición.
17. ¿Por qué la valoración del riesgo de UPP es tan importante? Revista Nursing 2002, Mayo 2002, volumen 20, número 5
18. Juana María Guzmán Cabañas. Córdoba 2001. Asistencia al recién nacido pretérmino inmaduro con y sin enfermedad de membrana hialina. Aspectos nutricionales.
19. Catálogo de productos y materiales de consumo del SAS. Versión 3.0.

ANEXO I

APOSISTOS NO OCLUSIVOS

PRODUCTO	NOMENCLATURA S.A.S.	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACION CON OTROS PRODUCTOS
Carbón activado con plata	Apósito regenerativo carbón activado y plata	Infección y mal olor	Cada 12-24 horas	Apósitos NO oclusivos SI INFECCIÓN No asociar con colagenasa Antibiótico local
Alginato de calcio	Apósito regenerativo alginato de calcio	Infección	Cada 12-24 horas	Apósitos NO oclusivos y antibiótico local
		Exudado moderado-abundante	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa
Hidrofibra	Apósito regenerativo hidrofibra de alta hidratación	Infección	Cada 12-24 horas	Apósitos NO oclusivos y antibiótico local
		Exudado moderado-abundante	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa
		Sangrado	Según saturación del apósito	Todo tipo de apósitos, hidrogel y colagenasa

APOSISTOS OCLUSIVOS

PRODUCTO	NOMENCLATURA S.A.S.	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACION CON OTROS PRODUCTOS
Hidrocoloide extrafino	Apósito hidrocoloide de absorción baja	Prevención Tratamiento estadio I y II	Cada 72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa
Hidrocoloide de absorción media	Apósito hidrocoloide de absorción media	Tratamiento estadio II, III y IV Exudado moderado	Cada 72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa
Hidrocoloide de absorción alta	Apósito hidrocoloide de absorción alta	Tratamiento estadio II, III y IV Exudado abundante	Cada 72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa
Hidrocelulares / hidropoliméricos	Apósito hidrocoloide de absorción baja	Prevención Tratamiento de todos los estadios Todos los niveles de exudado	Cada 72 horas o según saturación del apósito	Hidrogel, colagenasa, alginatos o hidrofibra si precisa

OTROS PRODUCTOS

PRODUCTO	INDICACIONES	CAMBIO	COMBINACION CON OTROS PRODUCTOS
Colagenasa	<ul style="list-style-type: none"> • Desbridamiento • Cicatrización 	Según el producto con el que se asocie	Todos los apósitos NO asociar con metales pesados (plata)
Hidrogel	<ul style="list-style-type: none"> • Desbridamiento • Regeneración tisular 	Según el producto con el que se asocie	Todos los apósitos
Sulfadiacina argéntica	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones 	Cada 12-24 horas	Apósitos NO oclusivos
Mupirocina	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones 	Cada 12-24 horas	Apósitos NO oclusivos
Oxido de zinc	<ul style="list-style-type: none"> • Protección de la piel perilesional 	Coincidiendo con la higiene o la cura	
Vaselina	<ul style="list-style-type: none"> • Protección de la piel perilesional 	Coincidiendo con la higiene o la cura	
Acidos grasos hiperoxigenados	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Tratamiento estadio I 	Cada 8 horas	

ÍNDICE PROTOCOLO

- 1. Revisión conceptual
- 2. Criterios de inclusión
- 3. Objetivos
- 4. Material y equipo
- 5. Factores de riesgo
- 6. Valoración del riesgo
- 7. Valoración del entorno de Cuidados
- 8. Algoritmo diagnóstico
- 9. Intervenciones de enfermería (NIC)
 - a. Prevención de UPP
 - b. Vigilancia de la piel
 - c. Cuidados de la piel
 - d. Apoyo al Cuidador Principal
 - e. Cuidados de la UPP.
 - Pautas básicas en la cura de las UPP
- 10. Algoritmo terapéutico
- 11. Evaluación
 - a. Evaluación del proceso
 - b. Evaluación de los resultados
- 12. Bibliografía
- 13. Anexo

EDITA

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

DEPÓSITO LEGAL: CO-494-2003