Protocolo

Prevención de úlceras por presión

2022

Ministerio de Salud Pública

República del Ecuador

Gobierno del Encuentro

Juntos lo logramos

PROTOCOLO **PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN Hospital** General de Macas, Ministerio de Salud Pública, 2022

I. PRESENTACIÓN
II. INTRODUCCIÓN
III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.
IV. OBJETIVOS
V. ALCANCE
VI. GLOSARIO DE TERMINOS CIENTIFICO/ACADEMICO.
VII. DESARROLLO DE TEMAS.
VIII. ANEXOS

Hospital General de Macas.

EULALIA VELÍN S/N ENTRE ERNESTO LARA GAVILANEZ Y TOBIAS RODRIGUEZ COX.

Macas-Ecuador

Teléfono: 072703-800 801-802-803.

http://www.hospitalmacas.gob.ec

Edición general: Gestión de calidad del Hospital General de Macas.

El Protocolo **DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

Define: como la prevención y el cuidado del paciente desde su ingreso y seguimiento durante su estadía a los pacientes que son admitidos al Hospital General de Macas, cuyo objetivo último es prevenir ulceras por presión durante su estadía en la unidad de salud.

Esta obra está bajo la licencia del Hospital General de Macas, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como citar esta obra: Ministerio de Salud Pública **PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN** Protocolo. - tercera edición. Macas: Hospital General de Macas; 2022. Disponible en: http://www.hospitalmacas.gob.ec.

VALIDEZ: El presente Protocolo tendrá una duración de tres años a partir de su aprobación y se modificará en base a cambios existentes en el sistema Nacional de Salud**.**

ACUERDO

APRUEBESE, en todos sus términos el **PROTOCOLO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL DE MACAS**

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE

En la Ciudad de Macas a los veintiocho días del mes de septiembre del dos mil veinte y dos.

HOSPITAL GENERAL DE MACAS
MSP
GERENCIA
MACAS - MORONA S.

Dr. Ricardo Sandoval
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

Autoridades del Hospital General de Macas

Dr. Ricardo Sandoval Gerente del Hospital General de Macas

Dra. Jessica Peralta directora Asistencial

Lda. Gabriela Moyon. Gestión de Enfermería y Planificación, Seguimiento y Evaluación de la Gestión.

Dra. Gabriela Bonilla. Gestión de Docencia e Investigación.

Lda. Marianita Ñauta Gestión de Calidad Mgs.

Dr. Carlos Valencia. Responsable del Clínico Quirúrgico.

Equipo de redacción y editores

Lcda. Fanny Ríos

Equipo de revisión y validación

Lda. Marianita Ñauta. / Dra. Gabriela Bonilla

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
REALIZADO/ ACTUALIZADO:	LCDA. FANNY RIOS	ENFERMERA	
REVISADO:	LCDA. MARIANITA ÑAUTA	GESTIÓN DE CALIDAD.	

I. PRESENTACIÓN

La importancia de los cuidados de Enfermería, el papel primordial se orienta hacia la prevención mediante la identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de planes de cuidado basados en guías de prevención y atención, lo que constituye uno de los principales indicadores para medir la calidad de la atención hospitalaria y de Enfermería.

Si los cuidados no son realizados de manera adecuada, las Ulceras por presión pueden llevar a una prolongación de la estancia hospitalaria debido a las lesiones e incapacidad física que puede generar, lo cual incrementan los costos de la atención. La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención. La razón de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Para ello se utilizan las escalas de valoración del riesgo.

Las escalas sirven para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar ulceras por presión, con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. La Escala de Braden Bergstrom mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Su utilización ha permitido valorar los riesgos en el paciente, determinar las intervenciones para la posterior evaluación de los resultados.

De aquí la explicación sobre la realización del estudio para determinar los conocimientos, prácticas y aplicación del protocolo por parte de enfermería al paciente con úlceras por presión y prevenir la aparición de la misma, en base a intervenciones adecuadas

II. INTRODUCCION

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

La implementación de las practicas basadas en la evidencia y de protocolos y procedimientos eficaces de prevención puede tener utilidad para que los hospitales sean capaces de prevenir las ulceras por presión.

Las ulceras por presión son un problema multifactorial, que constituye un importante problema de salud pública que aumenta el gasto sanitario, aumenta la estancia hospitalaria, aumenta las cargas de trabajo de enfermería y a su vez disminuye la calidad de vida de los que padecen y de su entorno familiar. Supone un impacto económico importante, tanto de recursos humanos como materiales. Son causa directa o indirecta de morbilidad y mortalidad.

La unificación de criterios, normalización y protocolización de las actuaciones de los profesionales, en el cuidado de las ulceras por presión, es un objetivo prioritario en el Hospital General Macas. Estas líneas de actualización permiten que las intervenciones del personal de salud puedan ser registradas, evaluadas e investigadas y favorecen la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

MARCO LEGAL

Art. 32, señala que: (Derecho a la salud). La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2011, p.17) La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud: (Ley Orgánica de Salud, 2012, p.6).

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Estandarizar acciones preventivas de ulceras por presión en pacientes hospitalizados en las unidades clínicas y quirúrgicas del Hospital General de Macas, contribuyendo de esta manera a disminuir riesgo prevenible, fortaleciendo la recuperación, mejorando la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar

OBJETIVO ESPECIFICO

- Normatizar los cuidados para prevención de las ulceras por presión favoreciendo la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.
- Identificar a la población de riesgo de desarrollar úlceras por presión.

- Disminuir la variabilidad de las decisiones clínicas, erradicando practicas no útiles y en ocasiones dañinas en la de las ulceras por presión en el ámbito hospitalario.
- Optimizar el uso de los recursos existenciales adecuándolos a las necesidades de los usuarios.
- Crear o fomentar en entorno seguro de la atención.

V. ALCANCE

Este protocolo es de aplicación en los servicios de hospitalización de las áreas Clínicas Quirúrgicas y Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital General Macas, incluyendo el área de cuidado crítico, por lo tanto, es de responsabilidad de los profesionales relacionados a mencionadas áreas de la institución.

VI. GLOSARIO Y TERMINOS

Septicemia: Es la presencia de bacterias en la sangre (bacteriemia) que a menudo ocurre con infecciones graves. Esta afección, también conocida como sepsis, es una infección grave y potencialmente mortal que empeora de forma muy rápida.

Isquemia: Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.

Compresión: Es la acción y efecto de comprimir. Este verbo refiere a estrechar, apretar, oprimir o reducir a menor volumen. En ulceras o problemas vasculares, hacer una buena compresión por medio de vendajes es la mejor solución para cicatrizar una ulcera vascular venosa.

Incontinencia: Trastorno o alteración del organismo que consiste en la emisión involuntaria pero consciente de la orina, los excrementos u otra materia biológica, cuya evacuación se produce normalmente bajo la influencia de la voluntad.

Presión: se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión

Curas: Acción y efecto de curar o sanar, en especial el **tratamiento y desinfección** periódica de una herida para que cicatrice.

Tejido epitelial: En las úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.

Edema: Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda.

Escaras: Las escaras es **una** lesión de la piel que se caracteriza por la aparición de una costra como resultado de una quemadura, una gangrena o cualquier necrosis de origen infeccioso, químico o de otro tipo.

Heridas: Son lesiones que rompen la piel u otros tejidos del cuerpo. Incluyen cortaduras, arañazos y picaduras en la piel Necrosis**:** Es la muerte de tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido. Esto puede suceder por lesión, radiación o sustancias químicas. La necrosis no se puede revertir.

Picazón: Sensación molesta que se siente en una parte del cuerpo y que provoca la necesidad de rascarse.

Úlcera: Las úlceras en los pies y las piernas son pérdidas de la piel (en todas o alguna de sus capas) que no cicatrizan bien y que pueden ir acompañadas de inflamación. Algunas veces no cicatrizan y se hacen crónicas

Tejido de granulación: Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante

Sedestación: es la posición sentada o de mantenerse sentado de forma autónoma.

Decúbito supino: (o **decúbito** dorsal) es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal acostado boca arriba, generalmente en un plano paralelo al suelo.

VII. DESARROLLO DEL TEMA

Ulceras por Presión. - Perdida del tejido producido por necrosis isquémica causada por compresión de la zona, ya sea por un objeto externo o por el propio peso del paciente. Los sitios más comprometidos en más del 80 % de los casos son: el sacro, los trocánteres mayores, las tuberosidades isquémicas, el maléolo externo y los talones, pero en función de la postura del paciente, se pueden ver afectadas otras zonas

Síntomas

Estos son los signos de advertencia de úlceras por presión:

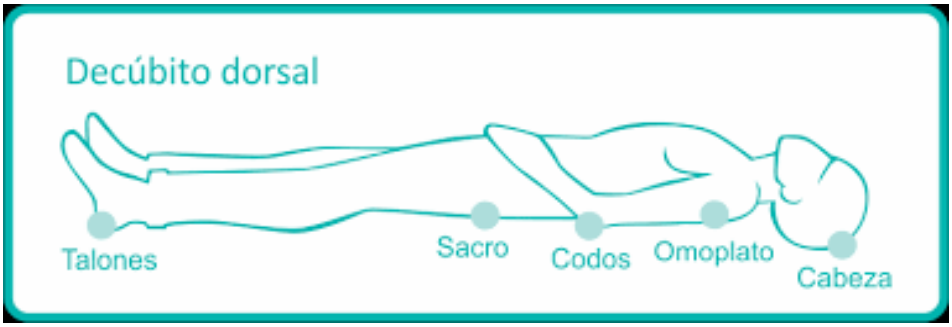
- Cambios inusuales en el color o la textura de la piel
- Drenaje similar al pus
- Una región de la piel que se siente más fría o cálida al tacto que otras
- Zonas sensibles

Las úlceras de decúbito se clasifican en diversos estadios según su profundidad, su gravedad y otras características. El grado de daño de la piel y los tejidos varía desde piel intacta roja hasta lesiones profundas que afectan el músculo y el hueso.

Zonas frecuentes de úlceras de decúbito

En las personas que usan silla de ruedas, muchas veces se producen úlceras de decúbito en la piel en las siguientes zonas:

- Coxis o glúteos
- Escápulas y columna vertebral
- Parte trasera de los brazos y piernas donde se apoyan en contacto con la silla



En el caso de personas postradas en una cama, las zonas frecuentes son las siguientes:

- Parte trasera o laterales de la cabeza
- Omóplatos
- Cadera, parte inferior de la espalda o coxis
- Talones, tobillos y la piel detrás de las rodillas

Complicaciones

Las complicaciones de las úlceras por presión, algunas de las cuales pueden poner en riesgo la vida, comprenden:

- **Celulitis.** La celulitis es una infección de la piel y está relacionada con los tejidos blandos. Puede causar calor, enrojecimiento e hinchazón en la zona afectada. Las personas con lesión a los nervios a menudo no sienten dolor en la zona afectada por la celulitis.
- **Infecciones óseas y articulares.** Una infección de una úlcera de decúbito puede traspasar las articulaciones y los huesos. Las infecciones en las articulaciones (artritis séptica) pueden dañar cartílagos y tejidos. Las infecciones óseas (osteomielitis) pueden reducir la función de las articulaciones y de las extremidades.
- **Septicemia.** En raras ocasiones, las úlceras de la piel producen septicemia.

Factores de Riesgo. - Son factores que contribuyen a la formación de las ulceras por presión y pueden ser intrínsecos o extrínsecos.

Los más importantes son la inmovilidad, la incontinencia (urinaria y fecal), el déficit nutricional y el deterioro cognitivo (B). Siendo la intensidad y duración de estos factores, directamente proporcional a la intensidad de la lesión.

Factores intrínsecos. - Inherentes al paciente

- Perdida de sensibilidad al dolor y a la presión, la escasez del panículo adiposo y muscular protector entre las prominencias óseas.
- Malnutrición, como la hipoproteinemia y los déficits de zinc, hierro y ácido ascórbico.
- La anemia
- Las infecciones, así como la incontinencia esfinteriana.

- Pérdida del control vasomotor en pacientes con parálisis de origen central a la que se suele unir la espasticidad, que genera fuerzas de cizallamiento o formación de pliegues sobre los vasos sanguíneos que disminuyen la irrigación, muchas veces ya comprometida por la patología anteriormente descrita, más una insuficiencia vascular.
- Deterioro cognitivo.

Factores extrínsecos. - No dependientes del paciente

- Los efectos mecánicos como la presión mantenida, debida a los cambios de postura poco frecuentes, la fricción, la irritación, la presencia de arrugas en la ropa de vestir o de cama.
- La humedad derivada del sudor o la incontinencia esfinteriana que agravara la acción de estos agentes mecánicos.

RIESGO CLINICO

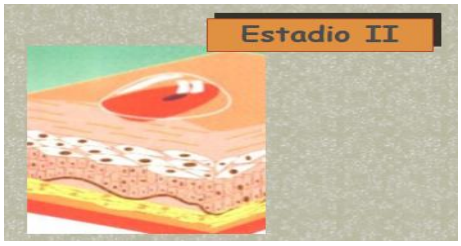
Tabla1.

FISIOPTOLOGICOS	TRATAMIENTOS	SITUACIONALES
Alteraciones de la piel: Edema, sequedad, heridas, cicatrices y ulcera por presión previa. **Trastornos de la oxigenación**: Enfermedades de las células sanguíneas, cardiacas, respiratorias y vasculares (arteriales y venosas). **Problemas nutricionales:** Desnutrición, obesidad, deshidratación. **Compromiso Inmunológico:** neoplasia, infecciones, sepsis. **Trastornos neurológicos:** déficits sensoriales y motoras. **Alteraciones del estado de consciencia:** Confusión y coma. **Incontinencia:** Urinaria y/o fecal.	**Inmunosupresores:** Radioterapia, corticoides, citostaticos y antibioticoterapia prolongada. **Sedantes:** Benzodiacepinas. **Vasopresores:** Adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina. **Otros:** Dispositivos (yesos, tracciones, respiradores, sondaje vesical, sondaje nasogástrico y ventilación mecánica)	Intolerancia a la actividad Inmovilidad. Contención mecánica Arrugas en la ropa interior y en la ropa de la cama. Cuerpo extraño en la cama. Déficit de conocimientos: paciente y/o cuidadores. Falta de criterios unificados del equipo asistencial. Enfermedad terminal.

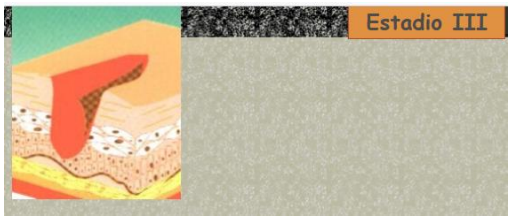
Clasificación. - las ulceras por presión se clasifican según el grado de lesión tisular. Según la Agency for Healthcare and Quality se establecen 4 estadios:

Estadio I. Piel intacta pero eritematosa que no blanquea con la presión.

Estadio II. Pérdida parcial del espesor cutáneo, con afección de la epidermis y la dermis ulcera superficial.



Estadio III. Perdida completa del espesor de la piel, con afección del tejido celular subcutáneo. La lesión puede extenderse hasta la fascia subyacente, pero no atravesarla.



Estadio IV. Perdida de la piel en todo su espesor, con desnutrición extensa, necrosis tisular o lesión de los músculos, los huesos o las estructuras de soporte. El musculo y el tejido subcutáneo son más sensibles a la lesión que la epidermis. Por tanto, se debe sospechar una afección mayor de la que puede indicar la lesión de la superficie cutánea.

Fase de inicio

Valoración inicial e identificación del riesgo.

- Se aplicará la escala de valoración de riesgo a todos los pacientes a su ingreso y cuando haya cambios en su estado de salud.
- Aplicación de pauta de valoración de riesgo de ulceras por presión, correspondiente a la escala de Braden- Bergstrom (anexo Nº 1) por profesional de enfermería
- Esta escala tiene mayor sensibilidad y especificidad que otras y valora aspectos nutricionales. Además, permite planificar cuidados individualizados según la variable alterada (B)
- La Escala de valoración de Braden- Bergestrom, trata de un cuestionario que consta de seis ítems, los rangos de puntuación oscilan entre 6 y 23, siendo los niveles de riesgo identificados los que especifican a continuación:

Tabla 2

NIVEL DE RIESGO	PUNTUACION
ALTO RIESGO	MENOR O IGUAL A 12
RIESGO MODERADO	13- 14
RIESGO BAJO	15 – 18
SIN RIESGO	MAYOR O IGUAL A 19

FASE DE REVALORACION

- La frecuencia con la que se realiza la monitorización de los pacientes dependerá del nivel de riesgo encontrado al momento del ingreso.
- En todos los casos, se recomienda evaluar el riesgo siempre que se produzcan cambios en el estado general del paciente (C):

✓ Isquemia de cualquier origen;

✓ Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas)

✓ Perdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen

- ✓ Hipotensión prolongada
- ✓ Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas

FASE DE DESARROLLO

- **Plan De Cuidados E Indicaciones De Medidas**

Según los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Braden – Bergstrom se llevará a cabo el plan de cuidados recomendado según nivel de riesgo (Tabla 3), que se especifica a continuación.

Tabla 3

MEDIDAS ESPECIFICAS SEGÙN EL RIESGO	MEDIDAS GENERALES TRAZADORAS
Sin Riesgo • Valoración del estado de la piel cuando se produzcan cambios.	1. Higiene según necesidades del paciente. 2. Uso de pañales según necesidad del paciente. 3. Valorar la ingesta del régimen e hidratación indicado y tolerancia. 4. Evaluar estado ropa de cama (arrugas, fricción, estado del tejido, otros). 5. Secado suave. 6. Educación continua a paciente y familiares sobre medidas de prevención de úlceras por presión estimulando en lo posible su colaboración. 7. Mantención de higiene y presión de aire del colchón anti escaras cuando corresponda
Bajo Riesgo • Fomentar los cambios posturales y estimular deambulación. • Lubricación piel. • Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, otros. • Valoración semanal del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.	
Riesgo Moderado • Cambios posturales y lubricación de la piel cada 4 horas. • Protección de las zonas de presión más colchón antiescaras. • Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, otros. • Valoración cada 72 horas del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.	
Alto Riesgo • Cambios posturales y lubricación de la piel cada 2 horas. • Protección de las zonas de presión más colchón anti escaras. • Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, otros. • Valoración diaria del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.	

MANTENIMIENTO Y/O CUIDADO DE LA PIEL:

- Se ha de inspeccionar la piel cada día de forma sistemática, prestando más atención en las zonas de protuberancias.
- Se observará si hay sequedad, excoriaciones, eritema, maceración.
  Se mantendrá la piel limpia y seca siempre.
- Se utilizará agua tibia y jabón neutro y poco irritante.
- En los recién nacidos es recomendable mantener la vermix caseosa, evitando el empleo de jabones con PH alcalino.
- No se sujetará el sensor de oximetría con cinta médica.
- El sensor del oxímetro se cambiará de sitio en forma frecuente dependiendo del riesgo.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión ya que
- posibilitan una óptima hidratación, favorecen el aumento de la circulación capilar y refuerzan la resistencia cutánea.
- Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino, colonias, etc.)
- No se hará fricción sobre la piel.
- Minimizar los factores ambientales que provocan sequedad de la piel.
- Se utilizarán cremas hidratantes.
- No se realizarán masajes sobre las prominencias óseas ya que producen roturas capilares que favorecen las UPP.
- Mantenga la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas.
- La lencería será preferentemente de tejidos naturales (algodón).
- No usar productos irritantes para lavar la ropa.

CONTROL DE EXCESO DE HUMEDAD:

- Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- Si el paciente presenta incontinencia se hará el cambio de pañales con más frecuencia.

- Mantener libre de la humedad producida por la incontinencia fecal o de orina ya provoca maceración y edema de la piel, con lo que hace más susceptible a la abrasión.
- Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición), lave la zona perineal, limpie bien con agua templada y jabón neutro.
- Seque sin friccionar, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.
- Aplicar Cavilon (apósito adhesivo de barrera) o pomadas protectoras a aquellos pacientes que lo tengan prescrito por exceso de humedad.

Manejo de la Presión

Para minimizar el efecto de la presión hay que considerar cuatro elementos: actividad y ejercicio.

1. Movilización
2. Cambios posturales
3. Superficies especiales de la presión (SEMP)
4. Protección local ante la presión

PARA REALIZAR CAMBIOS POSTURALES TOMAREMOS LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- Informarse del grado de dependencia de la persona.
- Explicar el movimiento y solicitar la colaboración de la persona (paciente consciente).
- Solicitar ayuda a los compañeros cuando sea necesario, si el movimiento se realiza entre varios se debe dar una orden única y precisa.
- Reducir al mínimo los roces entre la persona y la superficie sobre la que se está moviendo: a la hora de movilizar a la persona a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
- La cama deberá estar preparada con una “media sábana”, se la coloca debajo del paciente de forma que llegue desde los muslos hasta los hombros.
- Para manejar al paciente con la media sabana ésta se enrollará por los laterales
- sujetándola fuerte lo más cerca posible del paciente, pudiendo así moverlo hacia cualquier lado de la cama sin fricciones.
- Cuando se realicen las movilizaciones la cama debe estar plana, en caso de que el paciente deba tener la cabecera elevada se elevará una vez terminada la manipulación y no más de 30º si su patología base lo permite.

- El paciente debe quedar centrado en la cama para evitar que quede apoyado sobre la pared o las barandillas.
- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo.
- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural.

MEDIDAS QUE SE DEBEN CONSIDERAR PARA EVITAR INTERVENCIONES IATROGÉNICAS:

- **No** levantar el peso de la persona si se puede deslizar o girar.
- **No** arrastrar a la persona sobre la cama al recolocarlo.
- **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 está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.
- **No** sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP.
- En decúbito lateral **No** sobrepasar los 30º de inclinación y evitar apoyar el peso en las prominencias óseas ayudándose de almohadas.
- **No** mantener protecciones locales sin revisiones diarias.

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 cardiaca, inestabilidad hemodinámica, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados o intervenciones neuroquirúrgicas.

CAMBIOS POSTURALES EN 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 Superficies Especiales de Presión especialmente dirigidos a este grupo de pacientes, pues contemplan la consecución de elevadas medidas de confort.

CUIDADOS EN EL USO DE LOS MEDIOS DE CONFORT

- Los colchones de poliuretano su tolerancia de hundimiento es de 1cm., a partir de ahí comienzan a perder propiedades.
- El compresor de los sobre colchones que se insuflan no se colocará nunca enganchado en el cabecero de la cama.
- Los tubos de aire que conectan el colchón y el compresor no deben quedar
- comprimidos.
- Se limpiarán siempre que se ensucien, insistiendo en las zonas que hay entre las celdas para prevenir pinchazos, acumulación de suciedad, etc.
- La presión ideal es cuando entre el colchón y el paciente podemos introducir dos dedos.
- Pierde sus propiedades si existen pinchazos o el compresor no realiza la alternancia de presiones.
- Use una superficie estática cuando el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las úlceras por presión y/o en pacientes con riesgo bajo.
- Emplee una superficie dinámica si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras y/o en pacientes con riesgo medio/alto.
- En el caso de pacientes de riesgo medio o alto, se deberá utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión en sedestación.

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, que facilitaran la inspección de la piel al menos una vez al día, estas deben ser compatibles con otras medidas del cuidado local.
- Cuando dejamos el talón libre de presión debemos evitar la caída del pie (pie equino), para ello debemos mantener el pie en ángulo recto con la pierna; ayudándonos de los dispositivos adecuados.
- Observar 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, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción).

ESTADO NUTRICIONAL

- Diversos estudios indican que la desnutrición es un factor de riesgo importante para la formación de UPP. Por lo que se debe procurar que la dieta del individuo contenga los alimentos necesarios para evitar la aparición de la UPP.

Actividad y Ejercicio

- Crear un plan que estimule la actividad y el movimiento del paciente(B)
- En los pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva, además de los cambios posturales
- Mantener la alineación del cuerpo y evitar el rozamiento en las movilizaciones
- Cambios posturales
- Hacer cambios posturales cada 2 horas rotación determinada (B).
- La necesidad de cambios posturales debe valorarse regularmente (C)
- Hay que hacer los cambios posturales, aunque el paciente lleve superficies especiales para el manejo de la presión (B)
- La frecuencia de los cambios debe ser determinada por las necesidades de los pacientes y debe registrarse (B)
- Los pacientes de más peso necesitan un número mayor de recolocaciones (A)

- Hay que evitar colocar al paciente directamente sobre las prominencias óseas (C)
- El paciente de alto riesgo no debe permanecer más de dos horas sentado, aunque se utilicen sistemas de alivio de la presión (C)

CONSIDERACIONES GENERALES

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

- Debemos 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.
- Identificar al familiar más cercano 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 en el cuidado del paciente.
- Valorar y controlar si el familiar demuestra capacidad para participar en el programa de prevención y tratamiento.
- Enseñar los conocimientos básicos necesarios para los cuidados.
- 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.
- 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.

EVALUACIÓN

- El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados, estrategias preventivas de las ulceras 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.
- La problemática de estas lesiones debe ser abordada desde un enfoque

- multidisciplinario implicando necesariamente a las estructuras de gestión.
- Los resultados de la prevención pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las UPP.

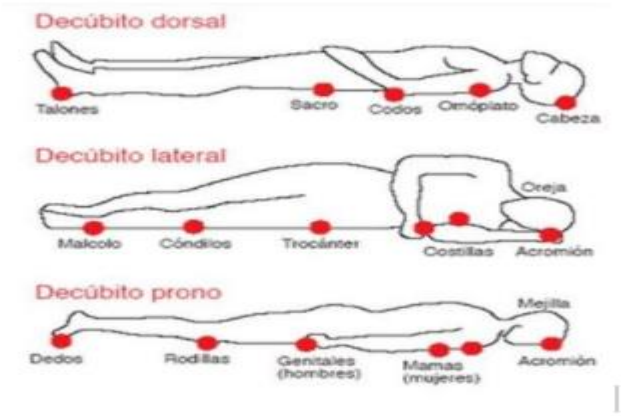
Las zonas más susceptibles de desarrollar úlceras por presión son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo). Las zonas de mayor riesgo se detallan en la tabla 4 y la ilustración 1.

Tabla 4

ZONAS DE MAYOR RIESGO

POSICION	ZONAS
Decúbito supino	Occipital, codos, escápulas, sacro, coxis, talones.
Decúbito lateral	Pabellón auricular, escápulas (acromion), costillas, trocánter, crestas iliacas, rodillas, cóndilos (rodilla), tibias y maléolos tibiales.
Decúbito prono	Frente, pómulos, pabellón, auricular, acromion, pechos, crestas iliacas, rodillas, genitales (en los hombres), pubis y dedos de los pies.
Sedentación	Escápulas, codos, sacro, y tuberosidades isquiáticas.
Contención mecánica y otros dispositivos	Fosas nasales (con sondajes), pabellón auricular (gafas nasales), meato urinario (con sondaje vesical), muñecas y tobillos (con sujeciones

Ilustración 1.



Superficies especiales para el manejo de la presión

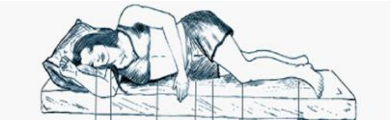
Las superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) son superficies cuya configuración física y/o estructural presenta propiedades de reducción o alivio de la `presión. Algunas de ellas también pueden reducir el efecto de la fricción y del cizallamiento, así como el calor y la humedad, lo cual incrementa el confort de los pacientes.

Estas superficies pueden abarcar todo el cuerpo o una parte, ya que se presentan en forma de colchonetas o cojines.

Es importante destacar que la utilización de las (SEMP) no constituye al resto de cuidados sino complementa su eficacia. Las recomendaciones para utilizar una SEMP son:

- A todas las personas con riesgo de desarrollar úlceras por presión debería proporcionárselas una superficie con propiedades para disminuir la presión (B).
- La necesidad de una SEMP debe ser valorada regularmente (c).
- Cualquier paciente que precise una SEMP, también necesitara un cojín especial cuando este sentado (B).

Tabla 5.

POSICION	PROCEDIMIENTO
Decúbito supino 	Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30º, siempre que no esté contraindicado. Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza. Colocar un cojín bajo las piernas dejando los talones sin contactar con la cama. Mantenerle los pies en ángulo recto. Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos el cuerpo. Estas almohadas situadas junto a la zona externa de la cadera
Decúbito lateral 	Poner al paciente de costado, girándolo en bloque, para mantener la alineación corporal. Colocarle una almohada paralela a la espalda manteniendo la alineación corporal y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente. Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente. Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie. Así se consigue una posición oblicua de 30º o de decúbito lateral parcial, para intentar evitar la presión sobre el hueso de la cadera que se apoya en la cama.
Decúbito prono 	Girar al paciente sobre si mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña. Colocarle otra almohada pequeña bajo el abdomen si fuese necesario para mantener la espalda recta. Situarle una almohada bajo la porción inferior de las piernas y colocarle los pies en ángulo recto. Colocarle los brazos flexionados. Dejar libre de presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales y los pechos.

Sedestación 	Utilizar un sillón adecuado, cómodo con el respaldo un poco inclinado hacia atrás. Colocarle un cojín o una almohada pequeña en la religión 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.

Nutrición e hidratación

La malnutrición y el déficit de hidratación son factores que están positivamente correlacionados con la incidencia y la gravedad de las úlceras por presión. El estadio de la UPP tiene una correlación con la gravedad del déficit nutricional, especialmente con el bajo aporte proteico o el nivel bajo o normal de albúmina en el suero (B).

La dieta debe estar adaptada a las necesidades individuales y solamente se aconseja aportar vitaminas y suplementos minerales si hay déficit (C).

Debe garantizarse una ingesta mínima de macronutrientes y de micronutrientes, de acuerdo con la condición de salud del paciente y sus preferencias alimentarias.

- Registro de Medidas Indicadas:
  - ✓ En todas las áreas, se registrará en el sistema el Nivel de riesgo de Ulceras por Presión y puntaje de resultado de la aplicación de la escala.
  - ✓ Las indicaciones de Enfermería de medidas preventivas y horarios según riesgo se registrarán en el sistema HOSVITAL donde se coloca la evolución de enfermería.

Observación:

Es obligatorio:

- ✓ La indicación de SEMP.
- ✓ La indicación de cambio postural y lubricación de la piel.
- ✓ Respecto a to anterior se entenderá que el "NO" registre del cumplimiento de estas dos indicaciones resultará como incumplimiento del protocolo,
- ✓ La valoración del RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN mediante la escala de Braden Bergstrom se debe cumplir en el 100% de pacientes en riesgo a su

ingreso.

FASE DE TÉRMINO PROCESO

• Supervisión y evaluación de las medidas de prevención.

La función de supervisar la aplicación de medidas específicas en pacientes con riesgo medio y alto hospitalizados en el área médico-quirúrgico adulto, pediátrico y obstétrico recaen en la Coordinadora de enfermería, esta información será referida al Coordinador de Calidad. La supervisión se realizará a través de un estudio de prevalencia trimestral que consistirá en la aplicación del registro: **"Consolidación mensual protocolo prevención ulcera por presión.**

INDICADORES

1. **Indicadores de calidad y umbral de cumplimiento**

DESCRIPCION DEL INDICADOR

- ✓ **PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

CARACTERISTICA	Aplica para evaluación y mejora de las prácticas clínicas de la atención de enfermería.
INDICADOR	% de cumplimiento de medida de prevención de úlceras por presión en los servicios asistenciales del Hospital General de Macas
FORMULA	- N° de pacientes ingresados / N° número de pacientes valorados x 100
CRITERIOS	PROTOCOLO DE ULCERAS POR PRESION
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	95%
PERIODICIDAD	TRIMESTRAL
DIMENSIÓN	SEGURIDAD DEL USUARIO
OBJETIVO	Conocer la calidad de atención que brinda enfermería en la prevención de úlceras por presión
FUENTE DE INFORMACION	✓ Observación directa ✓ Expediente clínico ✓ Instrumento de supervisión ✓ Formulario de registro de medidas Especificas según riesgo.
RESPONSABLE	ENFERMERA LIDER DEL SERVICIO

PRESENTACION DE RESULTADOS	UNIDAD DE CALIDAD

1.1. Instrumento De Auditoria

CLAVE DE REFERENCIA	NOMBRE DEL INDICADOR	META ESTABLECIDA	PERIODO DE CUMPLIMIENTO	META CUMPLIDA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
	PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	Estándar de cumplimiento parcial 75 a 84%	3er.Trimestre 2020		
		Estándar de cumplimiento significativo 85 a 90%	4to.Trimestre 2021		
		Estándar de excelencia de 90 a 100%	1er.Trimestre 2022		
		RESPONSABLES: • GESTION DE CALIDAD • LÍDERES DE ENFERMERÍA.			

MONITORIZACIÓN

Prevalencia = Nº de pacientes con UPP / Nº total de pacientes a estudio en esa fecha.

Incidencia = Nº de pacientes que desarrollan UPP en un periodo determinado/ Nº total de pacientes en estudio durante ese periodo.

VIII.- ANEXOS

ANEXO N° 1 INSTRUMENTOS DE AUDITORÍA

Puntos	1	2	3	4	Total
Percepción Sensorial	Completamente Limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada	
Humedad	Completamente Húmeda	Muy Húmeda	Ocasionalmente Húmeda	Raramente Húmeda	
Actividad	En cama	En Silla	Camina Ocasionalmente	Camina con Frecuencia	
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
Nutrición	Insuficiente	Probablemente Inadecuada	Adecuada	Excelente	
Fricción y deslizamiento	Es un Problema	Es un Problema Potencial	Sin problema aparente		

Niveles de Riesgo	Alto riesgo	Menor o igual a 12
	Riesgo Moderado	13-14
	Riesgo Bajo	15-18
	Sin Riesgo	Mayor o igual a 19

ANEXO N° 2 GRADO DE RECOMENDACIÓN

El Protocolo de Prevención de Ulceras por Presión del Hospital General de Macas, utiliza los siguientes grados de recomendación.

GRADO	RECOMENDACION
A	Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio diseñado correctamente y de tamaño adecuado o bien un metanálisis de ensayos controlados y aleatorizados.
B	Requiere disponer de estudios clínicos metodológicamente correctos que no sean ensayos controlados aleatorios sobre el tema de la recomendación. Incluye estudios que no cumplen los criterios de A o de C.
C	Requiere disponer de documentos y opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de alta calidad.

ANEXO N ° 3 INSTRUMENTO DE AUDITORIA

HOSPITAL GENERAL DE MACAS
GESTIÓN DE CALIDAD
VERIFICACIÓN DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESION

CRITERIO DE APLICACIÓN: *Identificar* a los pacientes con probabilidades de desarrollar úlceras por presión, con base en la valoración de la Escala de **Braden Bergstrom**					
N°	**PROCEDIMIENTO**	**VALOR 100%**	**SI**	**NO**	**TOTAL**
1.	Efectuar cambies de posición cada dos horas, según el código establecido	**5**			
2.	Conservar la piel limpia (baño diario)	3			
3.	Mantener la piel seca mediante el cambio de ropa de vestir y de cama	3			
4.	Lubricar la piel después del baño y una vez por tumo, por medio de masajes gentiles en sentido circular siempre y cuando la piel esté intacta	3			
5.	Evitar las fuerzas de fricción, lo que significa que la cama no debe estar a más de 30° durante un lapso mayor de dos horas	2			
6.	Instaurar medidas mecánicas para mitigar la presión, como el uso del colchón de presión alterna u otros dispositivos	2			
7.	Asegurar la nutrición adecuada lo antes posible	2			
	TOTAL	20 PUNTOS			

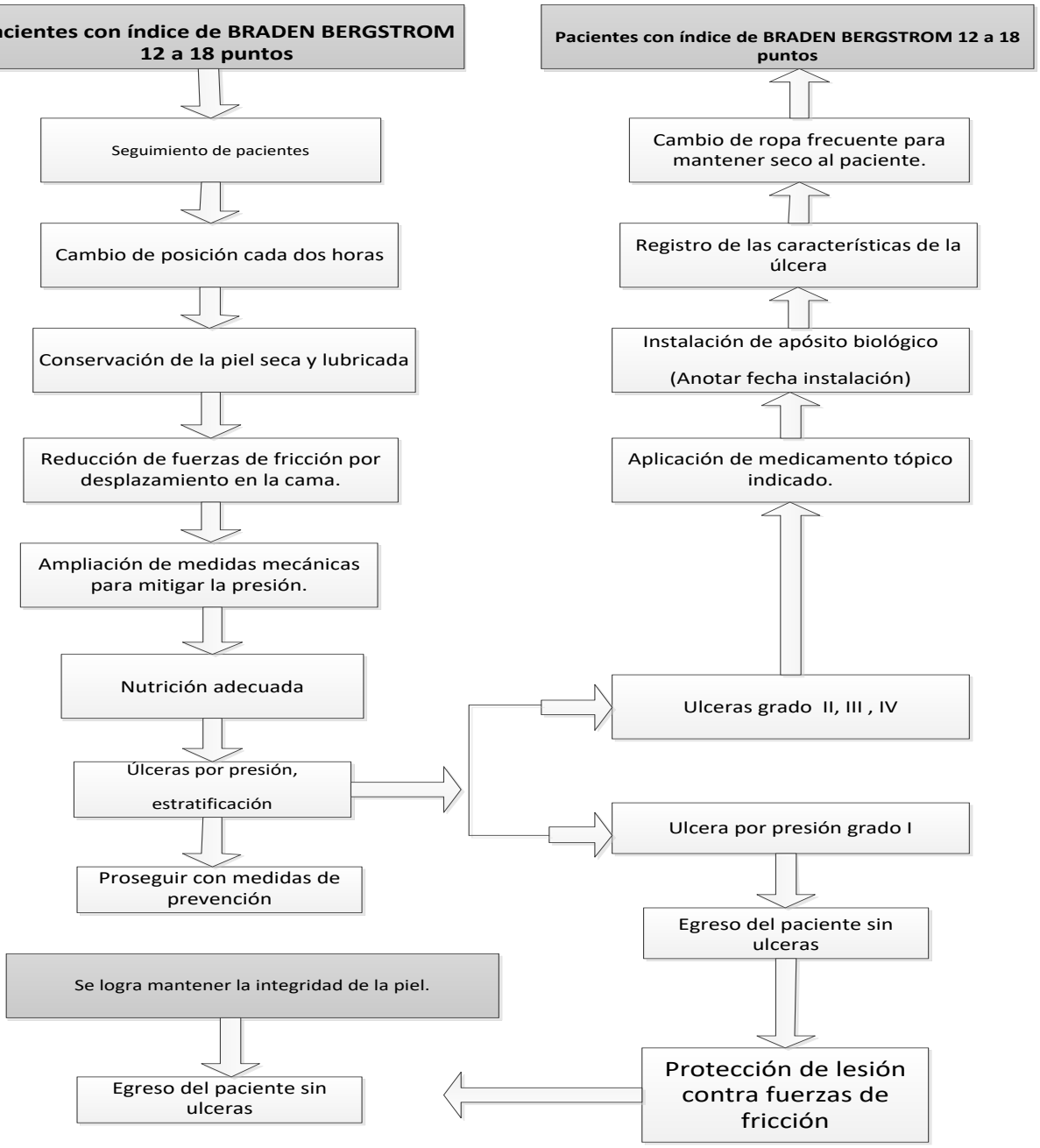
SUBPROCESO: _____ FECHA: _____

ANEXO N° 5

HOSPITAL GENERAL DE MACAS

FLUJOGRAMA

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL GENERAL DE MACAS - GESTION ENFERMERIA
PROTOCOLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
MATRIZ DE CONCENTRADO MENSUAL

MESES	ESPECIALIDAD						SEXO		NIVEL DEL RIESGO					PORCENTAJE DE CUMPLIMI ENTO DE VALORACION DE ULCERAS POR PRESION (ESCALA BRADEN BERGSTROM)	LOCALIZACIÓN									VALORACIÓN SEGÚN EL GRADO					CONDICIÓN					EVALUACIÓN				PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL SEGUIMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESION (ESCALA BRADEN BERGSTROM)
	CLÍNICA	CIRUGÍA	GINECOLOGÍA	PEDIATRÍA	TOTAL	H	M	ALTO	MODERADO	BAJO	SIN RIESGO	TOTAL		SACRO	GLÚTEO	ESCAPULAR	TALÓN	OJDO	OXIPITAL	OTROS	TOTAL	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV	TOTAL	T. GRANULADO	SECA	SANGRANTE	PURULENTA	HIDROCOIDE	EMPEORÓ	MEJORÓ	SE MANT. IGUA	RESULTADO	
ENERO																																							
FEBRERO																																							
MARZO																																							
ABRIL																																							
MAYO																																							
JUNIO																																							
JULIO																																							
AGOSTO																																							
SEPTIEMBRE																																							
OCTUBRE																																							
NOVIEMBRE																																							
DICIEMBRE																																							

ESCALA DE BRADEN BERGSTROM (VALORACIÓN DE RIESGOS DE ULCERAS POR PRESIÓN)

PUNTOS	1	2	3	4	TOTAL
PERSEPCIÓN SENSORIAL	completamente inmovil	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada	
HUMEDAD	completamente húmeda	Muy húmeda	Ocacionalmente húmeda	Raramente Húmeda	
ACTIVIDAD	En cama	En silla	Camina Ocacionalmente	Camina con Frecuencia	
MOVILIDAD	Completamente inmovil	Muy Limitada	Ligeramente limitada	Sin Limitación	
NUTRICIÓN	Insuficiente	Probablemente inadecuado	Adecuada	Exelente	
FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO	Es un problema	Es un problema potencial	Sin Problema aparente		

NIVEL DE RIESGO

MENOR O IGUAL A 12: RIESGO ALTO
13 A 14 Puntos: RIESGO MODERADO
15 a 18 Puntos: RIESGO BAJO
Mayor o igual a 19: SIN RIESGO

NIVEL DE RIESGO DEL PACIENTE _____

MEDIDAS ESPECIFICAS SEGÚN RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
HORA					
NIVELES DE RIESGO	CRITERIOS				
SIN RIESGO	Valoración diaria del estado de la piel cuando se produzcan cambios.				
BAJO RIESGO	• Fomentar los cambios posturales y estimular deambulación.				
	• Lubricación piel				
	Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, otros.				
	• Valoración semanal del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.				
RIESGO MODERADO	• Cambios posturales y lubricación de la piel cada 4 horas.				
	Protección de las zonas de presión más colchón antiescaras.				
	Cuidados habituales de sonda, drenajes, tubos, otros.				
	Valoración cada 72 horas del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.				
ALTO RIESGO	• Cambios posturales y lubricación de la piel y cada 2 horas				
	Protección de las zonas de presión más colchón antiescaras.				
	Cuidados habituales de sonda, drenajes, tubos, otros.				
	• Valoración diaria del estado de la piel y cuando se produzcan cambios.				
RESPONSABLE:	INICIALES				

ULCERAS POR PRESION SEGÚN SU GRADO
ESTADÍO I
ESTADÍO II
ÚLCERAS POR PRESIÓN
Grado III
ÚLCERAS POR PRESIÓN
GRADO IV
3
Categoría IV
Pérdida total del espesor de los tejidos

ULCERAS POR PRESION SEGÚN SU GRADO
ESTADÍO I
ESTADÍO II
ÚLCERAS POR PRESIÓN
Grado III
ÚLCERAS POR PRESIÓN
GRADO IV
3
Categoría IV
Pérdida total
del espesor de
los tejidos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Peris Armero A, González-Chordá VM. Prevención de úlceras por presión en el paciente encamado: nuevas evidencias. RECIEN. 2018; 16. https://doi.org/10.14198/recien.2018.16.04

Osakidetza - Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. C/ Álava, 45 – 01006 VitoriaGasteiz; 2017
http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10105/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-440.pdf

ROL DEL PROFESIONAL ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA PIEL; ADULTO MAYOR ENCAMADO EN EL ÁREA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN 2017 http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30619/1/1206-TESIS-CRUZ-LUNA.pdf

MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS Este Manual ha sido acreditado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (D-Nivel I) 2016 http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_308.pdf

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL 2018http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30835/1/1214-TESIS-CHACHIPANTA%20%20Y%20%20LAZARO.pdf

www.salud.gob.ec

PROTOCOLO

Prevención de úlceras por presión

2022

Ministerio de Salud Pública

República del Ecuador

Gobierno del Encuentro | Juntos lo logramos