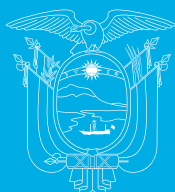


Protocolo

Prevención de úlceras por presión

2022

Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador



Gobierno
del Encuentro

Juntos
lo logramos



CRÉDITOS

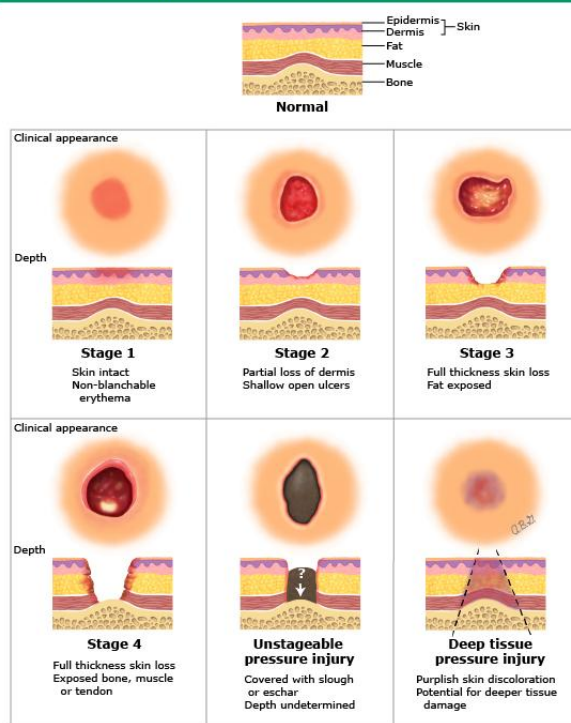
ACCIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Máxima Autoridad:	Dra. María José Vázquez	Gerente del HVCN	 Hospital Vicente Corral Moscoso GERENCIA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Av. 12 de Abril y Los Arupos - Cuenca Ecuador
Revisado por:	Dr. Juan Pablo Carabajo	Director Médico Asistencial	 DIRECCIÓN HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD
	Dra. Sandra Arpi	Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad	
Elaborado por:	Md. Julia Alexandra Mejía Almeida.	Médico/a Especialista en Geriatria 1, Ministerio de Salud Pública.	
	Lcda. Zoila Leticia Ulloa Bueno.	Servidor Público 5, Ministerio de Salud Pública	 0104839566.
	Lcda. María Eugenia Tello Avila.	Servidor Público 5, Ministerio de Salud Pública	

FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA DE VALIDACIÓN
FECHA DE VERSIÓN ORIGINAL	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
Enero 2015	Noviembre 2022

DEFINICIÓN

Las lesiones de la piel y tejidos blandos inducidas por presión son áreas localizadas de daño en la piel y / o el tejido subyacente, generalmente se encuentran ubicadas sobre una prominencia ósea, son el resultado de la presión o la presión en combinación con cizallamiento (p. Ej., Sacro, calcáneo, isquion). La piel superficial es menos susceptible al daño inducido por la presión que los tejidos más profundos y, por lo tanto, la apariencia externa puede subestimar la extensión del daño (Figura 1). [1].(update)

Characteristics of pressure-induced injury by stage



These illustrations highlight the characteristics of the stages of pressure-induced injuries as defined by the National Pressure Ulcer Advisory Panel. Each panel demonstrates the clinical appearance of the involved skin as well as the cross section of the depth of injury. Most pressure-induced injuries are associated with an underlying bony prominence. There is always the potential for deeper tissue damage than appreciated on clinical examination, as illustrated by the panel "Deep tissue pressure injury."

Based on definitions from National Pressure Ulcer Advisory Panel. www.npuap.org (Accessed on January 11, 2018)

UpToDate®

INTRODUCCION

Las **LESIONES POR PRESIÓN** son un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica asistencial, constituyen un gran desafío para la Salud Pública, tanto por la morbilidad que supone como por sus graves repercusiones médicas y económicas. Las lesiones por presión son el resultado de una compleja interacción entre factores de riesgos intrínsecos (paciente) y extrínsecos (factores externos).

Se debe considerar a las personas con movilidad y actividad reducida como personas en riesgo de desarrollar lesiones por presión, debido a su alto potencial de fricción y cizallamiento, siendo necesario realizar un cribado de riesgo lo antes posible tras su ingreso hospitalario, debido a que se considera un indicador de mala calidad asistencial si se desarrollan durante su estancia hospitalaria.

Cabe destacar que las lesiones superficiales inducidas por la humedad, ubicadas sobre una prominencia ósea, no deben etiquetarse como lesiones por presión, ni tampoco los desgarros de la piel, quemaduras por esparadrapo, dermatitis perineal o excoriación.

JUSTIFICACION

El presente trabajo de prevención y tratamiento de las lesiones por presión, se elabora por la necesidad de estandarizar procedimientos a partir de la actual bibliografía, nuestra propia experiencia, así como la revisión y evaluación de protocolos para la ejecución de todas las actividades que se llevan a cabo en nuestro medio de trabajo, para el manejo de las lesiones por presión.

La enfermería como disciplina en sus acciones cotidianas propende por el cuidado integral del paciente en sus dimensiones, de modo que las personas no sean un componente Biológico sino un conjunto integral en el que todo se relaciona. Por tanto las competencias de los/as profesionales de enfermería van más allá de las labores de rehabilitación, y trasciende al plano de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la vida digna.

Es necesaria la estandarización de procedimientos, buscando la obtención de resultados satisfactorios para los profesionales y sus sujetos de cuidado. El Hospital Vicente Corral Moscoso necesita fijar parámetros que guíen el ejercicio laboral de los profesionales que intervienen durante el proceso de hospitalización de los pacientes, de modo que exista relación entre las intervenciones y los principios científicos, es necesario contar con protocolos que contemplen las acciones a seguir dependiendo de la situación de salud del paciente.

Para obtener estos protocolos se requiere identificar conceptos básicos, dar un orden sistemático a las acciones para su ejecución y de acuerdo a sus características, estado, planos afectados, agente causal y riesgo de infección de la herida, establecer un orden de las intervenciones y a partir de los hallazgos encontrados dar pautas al profesional de enfermería acerca de la conducta a seguir.

Es necesaria la estandarización de procedimientos, buscando la

obtención de resultados satisfactorios para los profesionales y sus sujetos de cuidado. El Hospital Vicente Corral Moscoso necesita fijar parámetros que guíen el ejercicio laboral de los profesionales que intervienen durante el proceso de hospitalización de los pacientes, de modo que exista relación entre las intervenciones y los principios científicos, es necesario contar con protocolos que contemplen las acciones a seguir dependiendo de la situación de salud del paciente.

Para obtener estos protocolos se requiere identificar conceptos básicos, dar un orden sistemático a las acciones para su ejecución y de acuerdo a sus características, estado, planos afectados, agente causal y riesgo de infección de la herida, establecer un orden de las intervenciones y a partir de los hallazgos encontrados dar pautas al profesional de enfermería acerca de la conducta a seguir.

POBLACION DIANA

Pacientes con riesgo de presentar y los que presentan a su ingreso una lesión por presión valorada según la escala vigente en el HVCM.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se considerará a todos los pacientes como potenciales de riesgo de aparición de úlceras por presión. En nuestras unidades se confirmará o descartará dicho riesgo mediante la aplicación sistemática de la Escala de riesgo de NORTON. Los cuidados de enfermería se establecerán como planes de cuidados individualizados, ya que pacientes de un mismo grupo de riesgo, pueden requerir cuidados diferentes. Tras aplicar la Escala de Norton consideraremos a los pacientes de riesgo según: estado mental y físico, grado de actividad, incontinencia y movilidad. Según la valoración del riesgo se asignará una puntuación que va de 5 a 15. A los pacientes que ingresan con úlceras de presión se les abrirá una hoja de valoración, registro de prevención y tratamiento de lesiones por presión.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Dadas las características de los pacientes ingresados al área clínico-quirúrgica del Hospital Vicente Corral Moscoso, ninguno de ellos se puede considerar excluido de riesgo de desarrollar lesiones por presión.

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar acciones para reducir o eliminar factores de riesgos prevenibles que contribuyen a la aparición de las lesiones por presión, fortaleciendo el conocimiento técnico y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes mejorando su calidad de vida y entorno familiar.

- Disminuir la incidencia de las lesiones por presión como indicador de calidad de los cuidados de enfermería.
- Valorar de forma adecuada los estadios de lesiones por presión y mediante parámetros unificados vigilar la evolución de la lesión
- Normatizar los cuidados para prevenir las lesión por presión y dar continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.
- Identificar tempranamente la población en riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Erradicar prácticas no beneficiosas y que en ocasiones podrían ocasionar una evolución desfavorable de las úlceras por presión en el ámbito hospitalario.
- Socializar al personal encargado del cuidado de los pacientes para optimizar el uso de los recursos existentes adecuándolos a las necesidades de los usuarios, creando un entorno seguro de atención.

ALCANCE

Este Protocolo es de aplicación obligatoria por el personal que labora en los servicios de hospitalización de las áreas Clínicas y Quirúrgicas del Hospital Vicente Corral Moscoso, incluyendo las áreas de cuidado crítico.

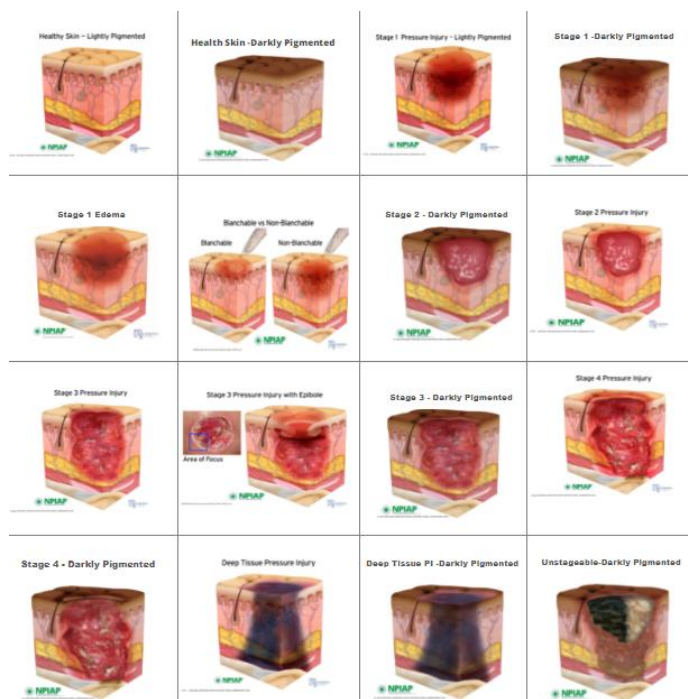
DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS

Lesiones por Presión.- es un término utilizado para abarcar una amplia gama de daños isquémicos que pueden ser causados por una presión prolongada, deben ser clasificados acordes a la escala de NPIAP.

Factores de Riesgo.- Son factores que contribuyen a la formación de las lesiones por presión y pueden ser intrínsecos o extrínsecos, los más destacables son: diabetes mellitus, déficit de circulación y perfusión, estado nutricional, piel húmeda, temperatura corporal elevada, edad avanzada, deterioro de la percepción sensorial, estado de salud mental y salud general, inmovilización antes, durante y después de una intervención quirúrgica.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES POR PRESION SEGÚN SU PROFUNDIDAD

Estadificación de lesiones cutáneas y de tejidos blandos inducidas por la presión	
Escenario	Descripción
1	Piel intacta pero con enrojecimiento que no palidece durante > 1 hora después del alivio de la presión.
2	Ampolla u otra rotura en la dermis con pérdida parcial del espesor de la dermis, con o sin infección.
3	Pérdida de tejido de espesor total. La grasa subcutánea puede ser visible; la destrucción se extiende al músculo con o sin infección. Puede haber socavación y tunelización.
4	Pérdida de piel de espesor total con afección de huesos, tendones o articulaciones, con o sin infección. A menudo incluye excavación y excavación de túneles.
Inestable	Pérdida de tejido de espesor total en la que la base de la úlcera está cubierta por esfacelo y / o escara en el lecho de la herida
Lesión por presión de tejido profundo	Área localizada de color púrpura o marrón de piel intacta descolorida o ampolla llena de sangre debido al daño del tejido subyacente por presión y / o cizallamiento



MATERIAL/EQUIPO

Material:

- ☐ Observación directa, entrevista.
- ☐ Hoja de Valoración/Registro de Lesiones por presión.
- ☐ Guantes estériles
- ☐ Jabones neutros o sustancias limpiadoras con potencial curativo bajo
- ☐ Productos hidratantes y nutritivos: aceite de almendras.
- ☐ Absorbentes, salvacamas, etc
- ☐ Apósito hidrocoloide extrafino
- ☐ Cojines, almohadas, colchones antiescaras, protecciones locales, almohadillados, etc.
- ☐ Paños.
- ☐ Compresas y gasas estériles.
- ☐ Equipo de curación
- ☐ Solución salina.
- ☐ Vendas

Actividades:

- ☐ Aliviar la presión estimulando la actividad el paciente:

- ☐ Establecer un programa de cambio de posición.
- ☐ Voltear al paciente cada hora o a intervalos de dos horas.
- ☐ Colocar al paciente en las cuatro posiciones (laterales, pronación y dorsal) en secuencia, a menos que esté contraindicado.
- ☐ Evitar las fuerzas de rasurado y la fricción:
- ☐ Evitar elevar más de 30 grados la cabecera de la cama para reducir las fuerzas de rasurado.
- ☐ Emplear buenas técnicas para cambiar de lugar al paciente para reducir la fricción y la consiguiente pérdida de epidermis.
- ☐ Rodar y elevar al paciente, no deslizar ni tirar del cuerpo a través de la superficie de apoyo.
- ☐ Emplear sábanas para el traslado.
- ☐ Emplear protectores para talones y codos.
- ☐ Mantener la sábana de abajo seca y bien estirada para aliviar las arrugas.
- ☐ Colocar al paciente con almohadas, cojincillos, etc., para aliviar la presión.
- ☐ Alivio de la presión sobre las salientes óseas mediante posiciones correctas con almohadas y técnicas “de puentes”.
- ☐ Dieta abundante en proteínas: las reservas adecuadas de proteínas son importantes para conservar la vitalidad de los tejidos.
- ☐ Complementos vitamínicos y de proteínas.
- ☐ Preparados de hierro y transfusiones de sangre completa: el valor de hemoglobina es un factor crítico en el desarrollo de úlceras por presión.
- ☐ Complementos con zinc (mejoran el apetito y aumentan la velocidad de curación de las heridas).
- ☐ Practicar estudios frecuentes de hemoglobina, hematocrito y glicemia.
- ☐ Realizar curación diaria de las úlceras utilizando un buen lavado con suero fisiológico, colocar apósitos de hidrocoloides, o utilizar panela para granulación del tejido.
- ☐ Tomar cultivos de secreción de la herida para verificar la presencia de microorganismos infecciosos.

- ☐ Realizar desbridamiento de la herida retirando el tejido necrosado para favorecer la granulación y evitar la infección.
- ☐ Administrar adecuadamente. y en los horarios establecidos. los analgésicos ordenados por el médico.

PROCEDIMIENTO

- ☐ Colocar al paciente en la posición adecuada.
- ☐ Realizar el procedimiento en condiciones de asepsia.
- ☐ Retirar apósito mediante una técnica no agresiva.
- ☐ Identificar las características de la lesión, incluyendo tamaño (ancho, longitud, y profundidad), estadio (NPIAP), recidiva, antigüedad, dolor, tejido necrótico, exudación, granulación y epitelización.
- ☐ Observar si hay signos y síntomas de infección en la lesión.
- ☐ Limpieza de la lesión con solución salina mediante presión de lavado efectiva para el arrastre.
- ☐ Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel.
- ☐ Limpiar la piel alrededor de la lesión con jabón suave.
- ☐ En caso de tejido necrótico es necesario desbridar de la manera más adecuada según lo defina el profesional de enfermería.
- ☐ Ante la presencia de signos de infección local deberá intensificarse la limpieza y el desbridamiento (si es necesario), realizando valoración cada 12/24 horas. No se realizará nunca tratamiento oclusivo.
- ☐ Secado sin arrastre. (en etapa Granulante no secar).
- ☐ 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 del tratamiento húmedo.
- ☐ En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5 - 4 cm. el borde de la lesión.

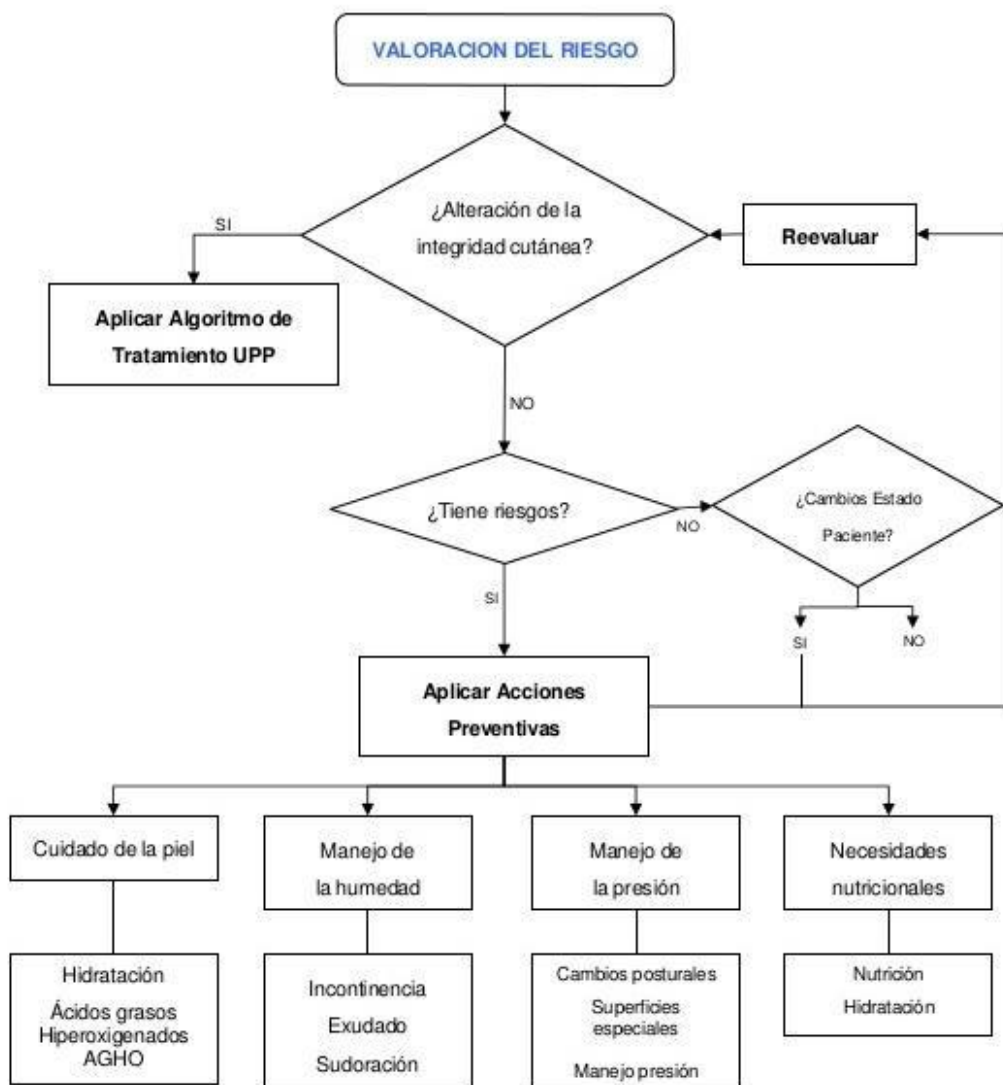
- ☐ Aplicar un apósito adhesivo permeable a la lesión según corresponda.
- ☐ En caso de localizaciones sacras pueden fijarse los bordes del apósito con esparadrapo transpirable.
- ☐ El cambio de apósito se realizará según este protocolo, salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes peri ulcérales, o exista otra necesidad justificada, por un profesional de enfermería capacitado para tomar la decisión.
- ☐ Aplicar vendajes si está indicado.
- ☐ Evitar en los cambios posturales la presión sobre zonas ulceradas
- ☐ Vigilar el estado nutricional.
- ☐ Dar indicaciones al paciente y la familia para el manejo.

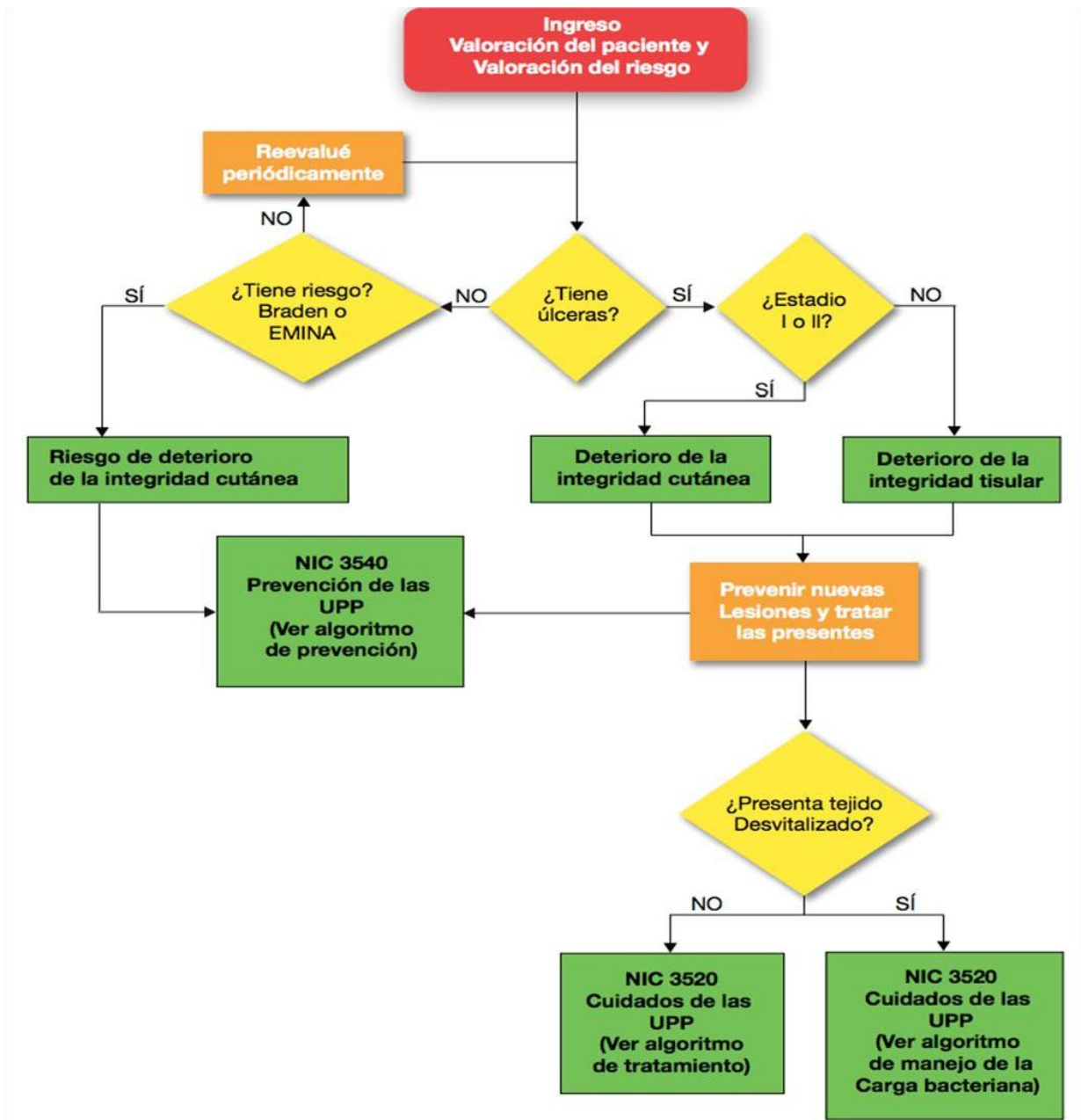
RESULTADOS:

Se evita la presión al desplazar el peso del paciente y cambiar de posición a intervalos de una a dos horas:

- ☐ Al cambiar de la posición supina a la lateral y a la prona.
- ☐ Al emplear el trapecio para elevarse de la cama a intervalos de 30 minutos mientras esté despierto.
- ☐ Al elevarse de su asiento o de la silla de ruedas cada 30 minutos.
- ☐ El paciente se vigila a sí mismo en busca de signos de enrojecimiento y cambios en la piel.
- ☐ Al emplear un espejo de mano para inspeccionar las zonas difíciles de ver.
- ☐ Al palpar las zonas susceptibles en busca de aumento de temperatura de la piel.
- ☐ Al inspeccionar las zonas susceptibles por lo menos dos veces al día, el paciente conserva intacta su piel: sin enrojecimiento, daño o excoriación.
- ☐ El paciente manifiesta disminución del dolor.

ANEXO III (ALGORITMO DE PREVENCIÓN)





ANEXOS

HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR LESIONES POR PRESION

Apellido Nombre	Edad
Fecha de ingreso	Sala
Servicio del que viene	Sexo

1) Identificación de factores de riesgo

- | | |
|--|---|
| ☐ Pérdida de sensibilidad | ☐ Alteraciones circulatorias |
| ☐ Anemia | ☐ Fiebre |
| ☐ Malnutrición | ☐ Sonda nasogástrica |
| ☐ Deshidratación | ☐ Sonda vesical |
| ☐ Edema | |
| ☐ Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivos | |

Enfermedad crónica. Especificar: _____

Presencia de úlceras previas. Localización: _____

TOTAL FACTORES DE RIESGO:

2) Valoración según la escala de Norton

ESTADO FÍSICO GENERAL	BUENO 4	MEDIANO 3	REGULAR 2	MUY MALO 1
ESTADO MENTAL	ALERTA 4	ALERTA 3	APATICO 2	ESTUPOROSO 1 COMATOSO
ACTIVIDAD	AMBULANTE 4	DISMINUIDA 3	MUY LIMITADA 2	INMOVIL 1
MOVILIDAD	TOTAL 4	CAMINA CON AYUDA 3	SENTADO 2	ENCAMADO 1
INCONTINENCIA	NINGUNA 4	OCASIONAL 3	URINARIA 2	FECAL Y URINARIA 1

PUNTUACIÓN ESCALA NORTON:

1. Puntuación total:

Puntuación Escala de Norton – Total factores de riesgo / 3 =

2. Clasificación del riesgo de presentar U.P.P.

- Puntuación de 5 a 9.....
- Puntuación de 10 a 12.....
- Puntuación de 13 a 14.....

Riesgo muy alto
Riesgo alto
Riesgo medio

Escala de NORTON (Adultos)

INSTRUMENTO VALORACIÓN Y PREVENCIÓN ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fecha _____ Servicio _____ N° Ficha _____

Nombre _____

Escala de Norton

ESTADO FISICO		ESTADO MENTAL		ACTIVIDAD	
bueno	(4)	alerta	(4)	ambulante	(4)
aceptable	(3)	apático	(3)	camina ayuda	(3)
pobre	(2)	confuso	(2)	silla ruedas	(2)
muy malo	(1)	estupor	(1)	encamado	(1)
MOVILIDAD			INCONTINENCIA		
buena	(4)			ninguna	(4)
poco limitada	(3)			ocasional	(3)
muy limitada	(2)			orina	(2)
inmóvil	(1)			doble	(1)

Puntuación

- ☐ De 5 a 11, muy alto riesgo.
- ☐ De 12 a 14, riesgo evidente.
- ☐ ≥ 15 , riesgo mínimo/no riesgo.

Puntaje al ingreso: _____

Puntaje al 7° día: _____

Puntaje al 14° día: _____

Puntaje al 21° día: _____

Puntaje al 28° día: _____

OBSERVACIONES:

SEGUIMIENTO

•Puntuación mayor de 14.....

Riesgo mínimo / no riesgo

BIBLIOGRAFIA

- <http://es.slideshare.net/lopezcasanova/protocolo-de-ulceras-por-presion-y-heridas-crónicas>
- <https://www.google.com.ec/search?q=ulceras+de+presion>
- www.ulceras.net/publicaciones/protocolo_uup_excelencia.pdf
- www.sobenfee.org.br/artigos/download/cod/
- www.hospitalangol.cl/.../_PROTOCOLO_%20PREVENCION_%2
- <http://www.hospitalsotherodelrio.cl/home/files/calidad/protupp.pdf>
- <http://www.monografias.com/trabajos60/heridas-ulceras-presion/heridas-ulceras-presion2>
- www.infogerontologia.com/documents/...protocolos/ulceras_presion.pdf
- <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/04/qrg-2020-spanish.pdf>

PROTOCOLO

Prevención de úlceras por presión

2022

Ministerio de Salud Pública



República
del Ecuador



Gobierno
del Encuentro

Juntos
lo logramos