



HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA: Que la presente copia fotostática, es exactamente igual al documento original que he tenido a mi cargo y que he devuelto en este mismo acto al interesado.
 Puente Piedra: 20.08.13
 SR. LUIS CERRA ROSALES
 FEDATARIO (TITULAR)
 R.D. Nº 115-08/2013 HCLLH/SA

Resolución Directoral

Puente Piedra, 31 del Julio del 2013

VISTO:

El Expediente N° 7987, que contiene el Memorandum N° 346-07/2013-UGC-HCLLH, emitido por la Jefa de la Unidad de Gestion de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, mediante el cual solicita la aprobacion de la Guia de Practica Clínica Ulcera por Presión en el Departamento de Enfermeria; y,

CONSIDERANDO:

Que, el articulo 2 de la Ley N° 25842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atencion de su salud, cumplan con los estandares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales;

Que, la atencion de la salud requiere de una serie de procedimientos que se sustentan en criterios medico cientificos, determinacion de diagnosticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto medico, la calidad de atencion de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, el Ministerio de Salud dentro de sus atribuciones, emite la Resolucion Ministerial N° 422-2005/MINSA, mediante la cual aprueba la NT N° 027-MINSA-DGSP/V.01 "Norma Tecnica para la elaboracion de Guias de Practica Clínica", la misma que debe ser aplicada en cada Establecimiento de Salud del Sector pudiendo adicionar otros criterios a efectos que se ajuste al analisis de la morbilidad local;

Que, el Hospital "CARLOS LANFRANCO LA HOZ" considera que la aplicacion de las Guias de Práctica Clínica de los diferentes Departamentos y Servicios contribuirá a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de atencion brindada en los servicios hospitalarios, por lo que, resulta necesario formalizar la aprobacion de la Guia de Practica Clínica Ulcera por Presión en el Departamento de Enfermeria mediante la emision de la Resolucion Directoral respectiva;



En uso de las atribuciones conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 254-2012-MINSA, que designa al Médico Cirujano Hernán Alberto Solís Verde, en el cargo de Director Ejecutivo, Nivel F-4 del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz" y de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, y la Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz:

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°- Aprobar la Guía de Práctica Clínica Úlcera por Presión en el Departamento de Enfermería del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente resolución.

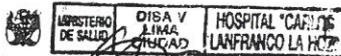
ARTÍCULO 2°- Las mencionada Guía de Práctica Clínica podrá ser modificada o ampliada de acuerdo a los nuevos conceptos de la práctica clínica, previo consenso y aceptación de los médicos asistentes y con el informe respectivo del Jefe de Departamento.

ARTÍCULO 3°- El Jefe del Departamento de Enfermería será el responsable directo de la difusión, aplicación y cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica aprobada.

ARTÍCULO 4°- La Unidad de Gestión de la Calidad será la encargada de supervisar el cumplimiento e informar a la Dirección Ejecutiva para aplicar las medidas correctivas que sean convenientes.

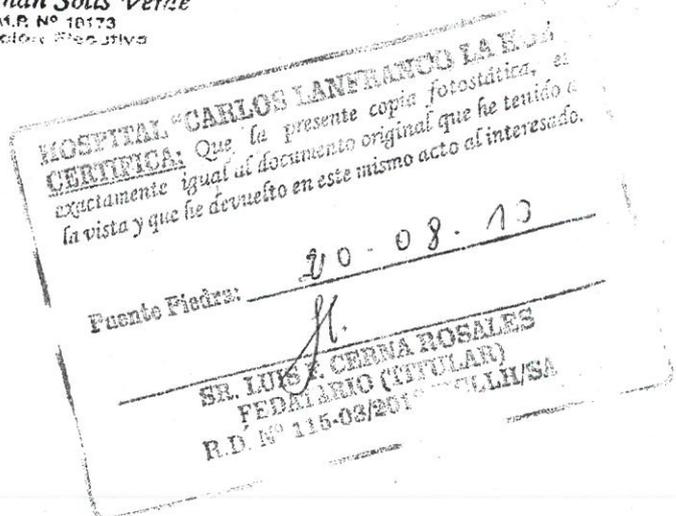
ARTÍCULO 5°- Notifíquese la presente resolución a la Oficina de Administración, Departamento de Enfermería y Unidad de Gestión de la Calidad para su conocimiento y fines pertinentes.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.



Dr. Hernán Solís Verde
C.M.P. N° 10173
Dirección Ejecutiva

HSV/JLTQ/JTK/EPB/jla
C.c. - Archivo





H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

GUIA CLINICA DE MANEJO DE UPP



4 DE JULIO DE 2014

2014.V.1.13

GUIA DE PRACTICA CLINICA

ULCERAS POR PRESION

I. NOMBRE Y CODIGO

Úlceras por presión

Código:

II. DEFINICION

Las úlceras por presión (UPP), también denominadas úlceras por decúbito, son lesiones de origen isquémico localizadas en piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea o necrosis producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.



Etiología.-

Presión externa que se ejerce constantemente sobre un tejido blando y sano, entre dos planos generalmente duros (colchón y prominencia ósea), esta presión media es superior a 32 mm de Hg, y que supera la presión capilar, por lo que provoca con ello un fracaso circulatorio periférico, una isquemia tisular y por consiguiente la famosa "placa negra o necrosis"

Causas de UPP

- Aumento de la Presión
- Fricción
- Humedad
- Cizallamiento

Fisiopatología.-

En su desarrollo se conjugan dos mecanismos:

1. Oclusión vascular por presión externa
2. Daño endotelial a nivel de la micro-circulación.

En su formación participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento.

Localización: Con más frecuencia se localiza por debajo de la cintura y en las prominencias óseas como el sacro, talón, maléolos externos y trocánteres.

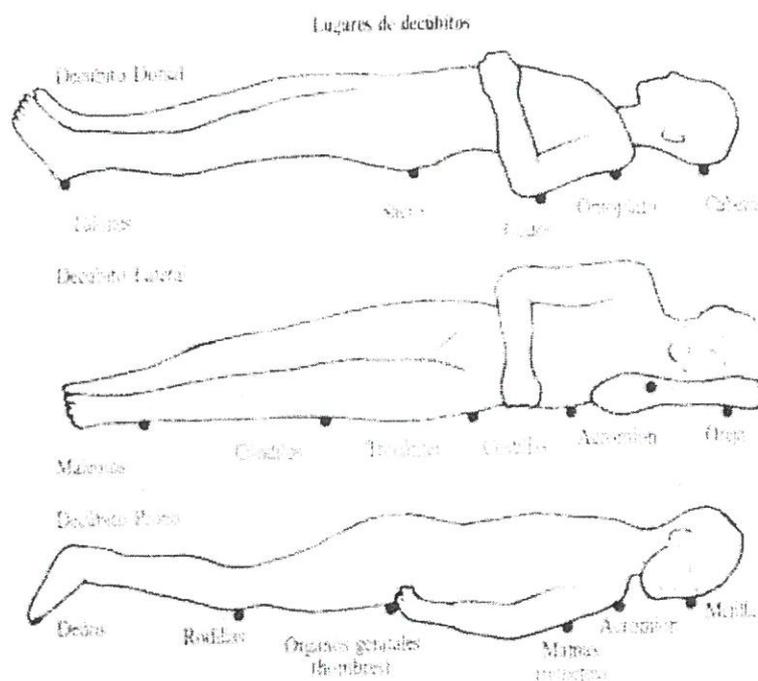


Figura 1



III. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la presentación de las úlceras de presión o situaciones que disminuyen la resistencia de los tejidos a las fuerzas antes mencionadas pueden agruparse en intrínsecos y extrínsecos.

Factores intrínsecos: Inmovilidad, alteraciones respiratorias y/o circulatorias, insuficiencia vascular, presión arterial baja, insuficiencia cardíaca, vasoconstricción periférica, alteraciones endoteliales, anemia, septicemia, medicación (inmunosupresión), desnutrición y deshidratación.

Factores extrínsecos: Humedad, perfumes o lociones que contengan alcohol, superficies de apoyo, masajes en la piel que cubren salientes óseas, presencia de sondas (vesical, naso-gástrica), férulas, yesos.

IV. CUADRO CLINICO

Las UPP se clasifican según los tejidos afectados en los siguientes estadios:

Estadio I: Eritema que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura pueden ser indicadores también la decoloración de la piel, calor, edema, induración o insensibilidad

Estadio II : Perdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis, o ambas. La úlcera es superficial y puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.

Estadio III: Perdida completa del grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo, con presencia de exudado.

Estadio IV: Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso, o en las estructuras de soporte. Abundante exudado y tejido necrótico, pudiendo presentar trayectos sinuosos y socavados.

V. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA



Según Gordon los diagnósticos enfermeros o diagnósticos clínicos formulados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que los enfermeros, en virtud de su educación y experiencia están capacitados y autorizados para tratar.

Los principales diagnósticos de enfermería en las UPP son:

- **Deterioro de la integridad cutánea**, relacionado con una excesiva presión manifestada por la alteración y destrucción de la epidermis, dermis o ambas.
- **Deterioro de la integridad tisular**, relacionado con una excesiva presión manifestado por la aparición de lesiones de las membranas mucosa o corneal, o de los tejidos subcutáneos.
- **Alteración de la integridad cutánea relacionada con la malnutrición.**
- **Trastorno de la imagen corporal relacionada con la presencia de lesiones visibles.**
- **Dolor** relacionado con la aparición de heridas abiertas, destrucción y crecimiento del tejido de granulación e infección de la úlcera.

Como diagnósticos posibles o potenciales podemos enumerar los siguientes:

- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:** riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
- **Riesgo de infección:** riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

VI. EXAMENES AUXILIARES.

Solicitar biometría completa, albumina sérica y colesterol
 Solicitar interconsulta ala especialista en nutrición y dietética:
 Índice de masa corporal

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**PREVENCION**

1. Valoración integral del estado de salud de las personas con riesgo de desarrollar UPP
2. Valoración de riesgo de desarrollo de UPP identificando a todos los pacientes potenciales de riesgo mediante herramientas que se muestran fiables como puede ser la escala de Norton.

**Escala de Norton**

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

Interpretación:

- Puntuación de 5 a 12 Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14 Riesgo medio o evidente
- Puntuación mayor de 14 Riesgo mínimo / No riesgo

3. Valoración y aplicación del reloj de movilización según grado de dependencia:

- En el momento de admisión se valorara la necesidad de utilizar la herramienta (reloj).
- Al momento de llegar a instalar al paciente en su unidad se colocara el reloj en la pateadera de la cama hospitalaria.

4. Cuidados de la piel:

- Inspeccionar de la piel diariamente de manera sistemática observando áreas en riesgo (Figura 1), para detectar precozmente la presencia de excoriaciones, eritema o maceraciones.
- No realizar masaje en la piel que cubre prominencias óseas.
- Mantener libre de humedad secundaria a los líquidos de los drenajes y los exudados de las heridas así como de la orina y heces.
- Proteja la piel con productos de barrera (películas de poliuretano y óxido de zinc).
- Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.
- Mantener la piel limpia y seca evitando la fricción, se recomienda usar agua tibia y jabón neutro.
- Aplicar cremas hidratantes si el paciente tiene la piel seca.
- En los pacientes con alto riesgo de padecer úlceras por presión o en estadio I aplicar suavemente ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo sin dar masajes.

5. Manejo de la presión:

- Realizar cambios posturales cada 2 horas siguiendo una rotación determinada. Los pacientes de mayor peso necesitan cambios posturales más frecuentes.
- Utilizar cojines y/o cuñas de espuma para eliminar la presión sobre los trocantes, tobillos y talones.
- En pacientes con movilidad comprometida, hacer ejercicios de movilización pasiva de las articulaciones.
- Crear un plan que estimule la actividad y movimiento del paciente.
- Mantener al paciente en posición alineada fisiológica.
- Movilizar a la persona evitando el arrastre que produce fricción y los movimientos de cizalla.
- Mantener la cama lo más horizontal posible siempre que no este contraindicado.
- En decúbito lateral no exceder el ángulo de 30° de inclinación para evitar apoyar el peso sobre los trocánteres.



6. Nutrición:

- Valorar el estado nutricional y adaptar la dieta a las necesidades individuales, desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, solo se aconseja aportar suplementos de minerales y vitaminas si hay déficit.
- Solicitar interconsulta al especialista en nutrición y dietética.

7. Elaborar un plan de cuidados escrito y personalizado de intervenciones preventivas en todos los grupos de riesgo, que debe incluir la utilización de superficies especiales o medios para eliminar o reducir la presión, así como estimular la actividad y el movimiento del paciente.

8. Registro de todas las úlceras que se vayan produciendo, para poder estudiar las condiciones que han contribuido a su aparición.(con fines de investigación)

**TRATAMIENTO.-**

Una vez realizada la evaluación inicial de la úlcera respecto a su tamaño, apariencia y localización, nos marcamos los siguientes objetivos del tratamiento:

- Reducir el riesgo de infección
- Estimular la cicatrización de la herida
- Tratar el dolor de forma adecuada

Para realizar la cura de una UPP son recomendables las siguientes pautas:

1. Realizar la valoración de la úlcera de manera periódica al menos una vez por semana, o siempre que existan cambios que así lo sugieran.
2. Evitar colocar al paciente directamente sobre prominencias óseas y/o úlceras.
3. Si el paciente tiene úlceras en la zona sacra, evitar que esté sentado, sentarlo solamente por periodos limitados (durante las comidas)
4. Reevaluar las úlceras una vez por semana o antes si hay deterioro para modificar el plan de tratamiento.
5. Para determinar la evolución de la lesión se recomienda utilizar la escala validada de PUSH (ver anexo).
6. Reevaluar a todos los pacientes con úlceras existentes para determinar el riesgo de desarrollar úlceras por presión adicionales.
7. Se recomienda suero fisiológico salino en cada cambio de apósito. Se desaconsejan los antisépticos locales (povidona

- yodada, agua oxigenada, ácido acético etc.), ya que son productos citotóxicos.
8. Proteger las UPP de fuentes exógenas de contaminación (por ejemplo heces).
 9. Si hay signos de infección local hay que intensificar la limpieza, desbridamiento y hacer un cultivo.
 10. Se aconseja utilizar antibióticos tópicos para reducir el nivel de bacterias por el riesgo de producir resistencias y sensibilizaciones.
 11. El metronidazol tópico en forma de gel ha demostrado eficacia en la curación de úlceras colonizadas por anaerobios.
 12. Los pacientes que presentan celulitis, osteomielitis o bacteremia deben recibir antibioticoterapia sistémica.

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 Norton 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 hay 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:
 - Enseñar a mantener la piel limpia, seca e hidratada
 - Enseñar cómo y cuándo cambiar los pañales húmedos
- Explicar la necesidad de una nutrición adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua



- Explicar cómo se mantiene la posición anatómica correcta
- 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, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.



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 IMC)
 - Instruir al paciente/cuidador en los procedimientos de cuidado de la herida.

PAUTAS BÁSICAS EN LA CURA DE LAS UPP

- Colocar al paciente en la posición adecuada
- Realizar la cura en condiciones de asepsia
- Retirar apósito mediante una técnica no agresiva
- Limpieza de la lesión con suero salino fisiológico mediante presión de lavado efectiva para el arrastre. *No limpie con antisépticos locales.*
- Secado sin arrastre
- Valorar la piel perilesional y proteger si procede



- Valorar lesión y elegir tratamiento adecuado (ver algoritmo terapéutico y anexo I).
- En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5 – 4 cms el borde de la úlcera.
- En caso de localizaciones sacras pueden fijarse los bordes del apósito con esparadrapo transpirable
- El cambio de apósito se realizará según anexo I, salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes periulcerales
- En caso de esfácelos 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 antálgico 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.

- 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.

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.
- 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
- 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



- En procesos no supurados, preparar la jeringa con 0,5 ml de suero fisiológico
- Introducir el contenido en un medio para el transporte de gérmenes aerobios y anaerobios
- Frotis de la lesión mediante hisopo:
- 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.
- Las muestras así recogidas deben obtenerse sólo cuando no sea posible realizar la anterior técnica.
- Aclare la herida con suero fisiológico estéril antes de proceder a la toma de la muestra
- Rechace el pus para el cultivo
- Utilice un hisopo estéril.
- Recorra con el hisopo los bordes de la herida
- No realizar curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones



EVALUACIÓN DEL PROCESO

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

- Se ha aplicado la escala Norton al ingreso
- Se ha aplicado la escala Norton con la periodicidad establecida
- Se ha aplicado la escala Norton 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 reporte

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 y de incidencia de período como indicadores de resultado.

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.

VIII. COMPLICACIONES



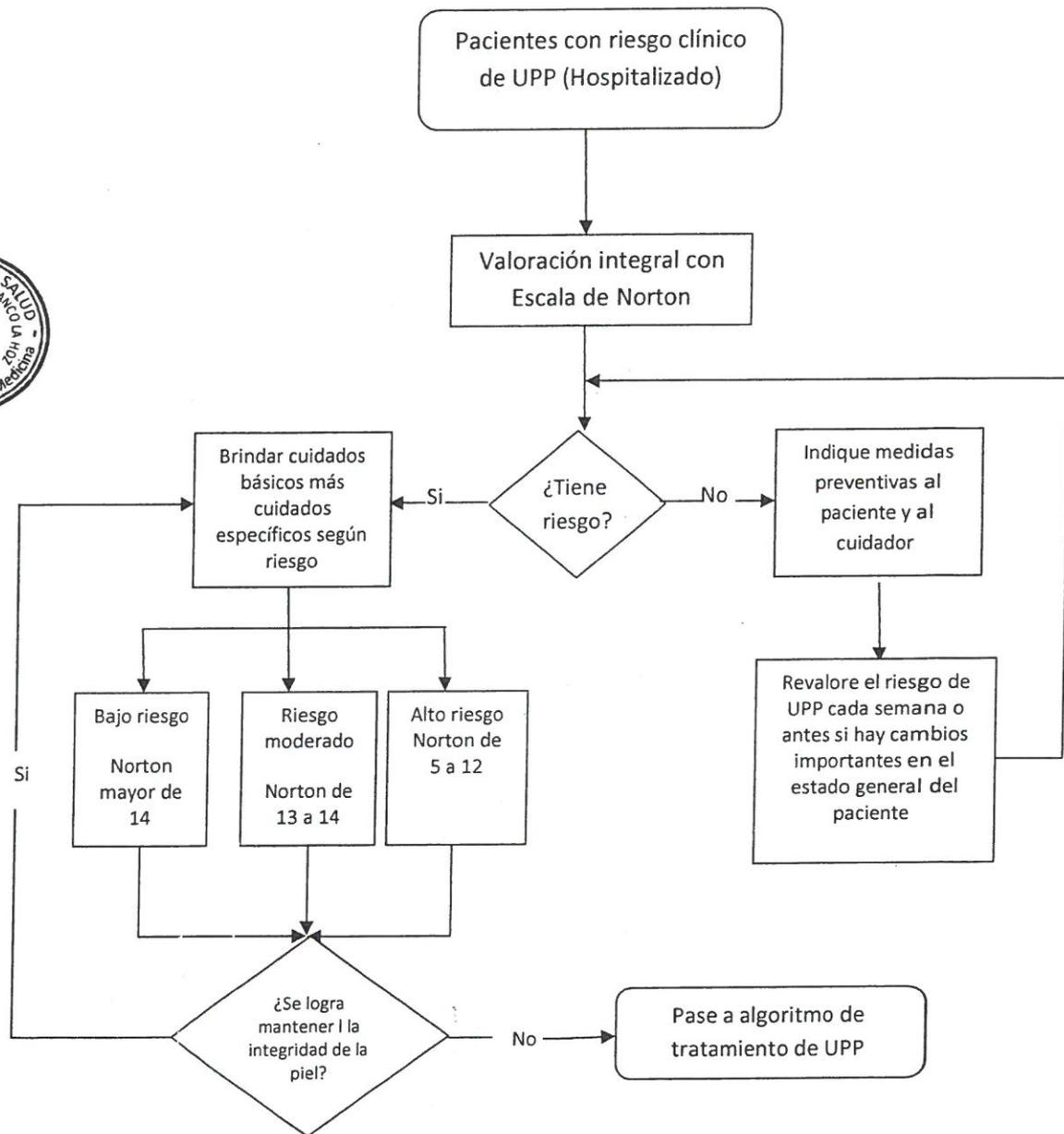
1. Septicemia. La sepsis ocurre cuando la bacteria entra al torrente sanguíneo a través de la piel lesionada y se extiende por todo el cuerpo, una rápida progresión, afección potencialmente mortal que puede causar insuficiencia orgánica.
2. Celulitis. Esta infección aguda del tejido conectivo de la piel causa dolor, enrojecimiento e hinchazón, todos los cuales pueden ser graves. La celulitis también puede llevar a complicaciones potencialmente mortales, incluyendo sepsis y meningitis - infección de la membrana y el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal.
3. Infecciones óseas y articulares. Estos se desarrollan cuando la infección de una úlcera por presión profundas madrigueras en las articulaciones y los huesos. Las infecciones comunes (artritis séptica o infecciosa) puede dañar el cartílago y el tejido, y las infecciones óseas (osteomielitis) puede reducir la función de las articulaciones y extremidades.
4. Cáncer. Otra complicación es el desarrollo de un tipo de carcinoma de células escamosas que se desarrolla en heridas crónicas (Marjolin úlcera). Este tipo de cáncer es agresivo y suele requerir tratamiento quirúrgico

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

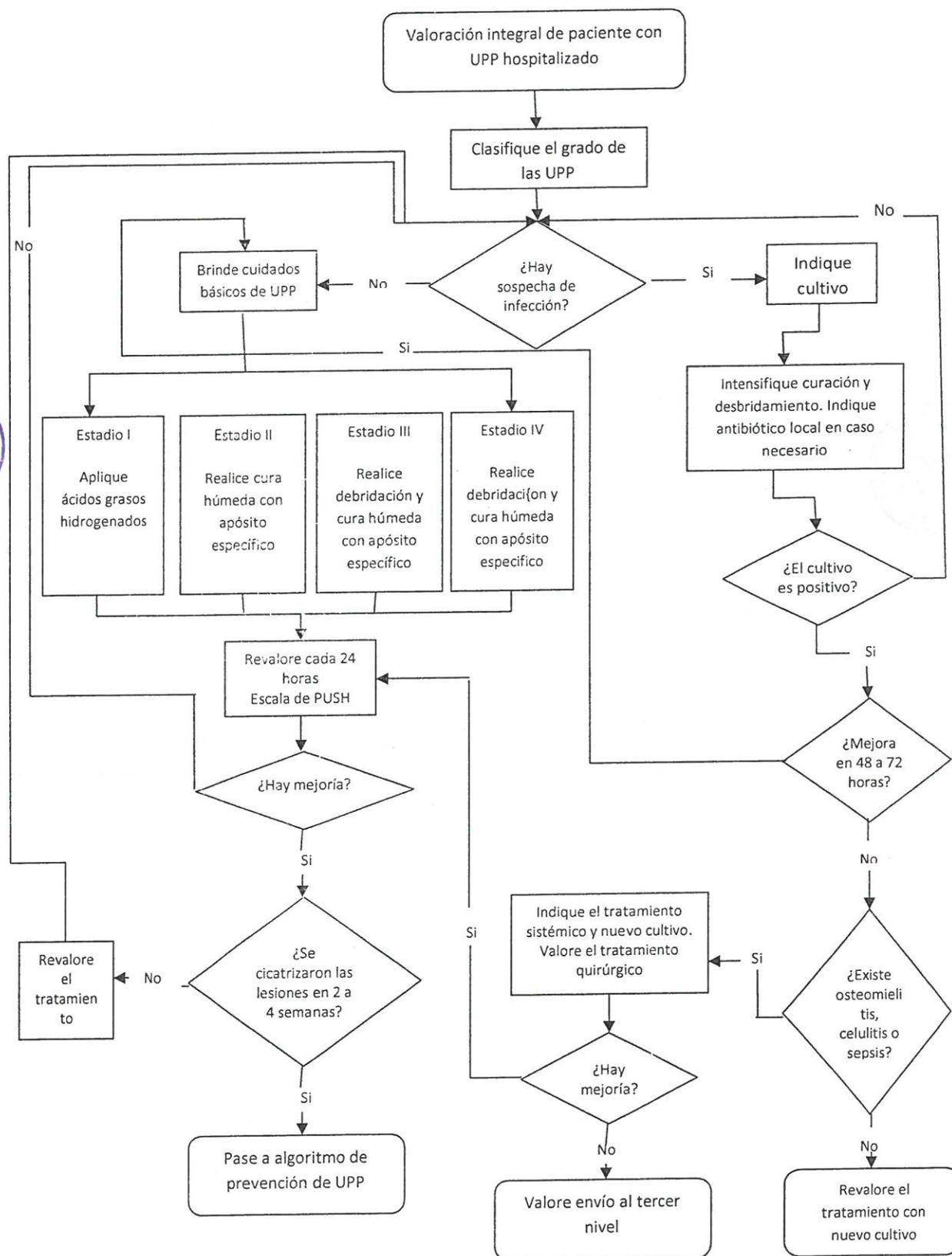
Si aparecen signos o síntomas sistémicos de infección.
 Si no se observa mejoría en un lapso de 2 a 4 semanas
 Pacientes con UPP de tercer grado extensas y/o profundas
 Todo paciente con UPP de cuarto grado
 A servicio de Cirugía plástica para tratamiento quirúrgico.

X. FLUJOGRAMA/ALGORITMO

Algoritmo 1.- Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados



Algoritmo 2. Tratamiento de la UPP en pacientes hospitalizados



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PANCORBO, Hidalgo, PL; GARCIA Fernández, FP; SOLDEVILLA Agreda, JJ; BLASCO García, C. Escalas e instrumentos de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie documentos técnicos GNEAUPP N° 11. Grupo Nacional.
2. Norton D. Norton, Nursing Times 1978; 83 (41):6
3. Guía de Práctica Clínica: Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel intrahospitalario, México: Secretaría de Salud; 2008.
4. Guía de Práctica Clínica: Prevención y Tratamiento de úlceras por presión en el Primer Nivel de Atención, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
5. Campo M.A, Fernández C. Guía de Práctica Clínica. Proceso de Enfermería. Diagnóstico, Planificación, Evaluación. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina; Septiembre 2000.
6. 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.
7. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt S.A.; 2001.
8. [http://www.buenastareas.com/ensayos/Escala de Norton](http://www.buenastareas.com/ensayos/Escala%20de%20Norton)
9. [http://www.anedidic.com/wp-content/uploads/2012/04/escala de Norton.jp](http://www.anedidic.com/wp-content/uploads/2012/04/escala_de_Norton.jp).
10. <http://www.anedidic.com/favicom.ico>
11. [http://www.areasaludbadajoz.com/datos/enfermeria/escalas/Escala de Norton](http://www.areasaludbadajoz.com/datos/enfermeria/escalas/Escala_de_Norton).
12. <http://www.ulceras.net/monografias/norton.pdf>.



XII. ANEXOS

ANEXO 1.- DEFINICION DE TERMINOS

Antiséptico.- Producto con actividad microbiana diseñado para usar sobre la piel u otros tejidos superficiales; puede dañar las células.

Apósito.- Producto que se utiliza para aislar, cubrir, proteger y facilitar el proceso de cicatrización de una herida.

Cizallamiento.- Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presenta cuando el paciente está mal sentado o la cabecera de la cama se eleva más de 30°. En esta situación los tejidos externos permanecen fijos contra la sábana, mientras que los más profundos se deslizan, comprimiendo los vasos sanguíneos y privando de oxígeno a la piel. Debido a este efecto la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor produciendo isquemia del musculo más rápidamente.

Colonización.- Proliferación de gérmenes o bacterias en el lecho de las lesiones.

Contaminación.- Presencia de gérmenes o bacterias sin proliferación.

Desbridamiento.- Retiro de tejido necrótico, que tiene como fin disminuir la carga bacteriana en las úlceras y favorecer la cicatrización. Puede realizarse a través de diferentes métodos:

Enzimático: Con la aplicación de enzimas exógenas que actúan sinérgicamente con las enzimas endógenas.

Autolítico: Se realiza a través de hidrocoloides e hidrogeles y su acción se favorece con aplicación de apósitos en ambiente húmedo. Se utilizan para eliminar escaras secas.

Cortante: Se realiza en varias sesiones, al pie de la cama, con instrumental estéril y medidas de asepsia: Se deben aplicar medidas generales y/o locales para el control del dolor.

Quirúrgico: Se realiza en una sola sesión, en quirófano y bajo anestesia. Se indica ante la presencia de escaras gruesas y adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas y/o profundas; signos de celulitis y en forma urgente ante la presencia de sepsis.

Eritema.- Enrojecimiento de la piel que no desaparece a la digito presión.



Epitelización.- estado de evolución en la curación de tejido en el que las células epiteliales migran a través de la superficie de una herida, durante este estadio el epitelio tiene una apariencia rosa opaco.

Exudado.- Líquido que se fuga de los vasos sanguíneos hacia los tejidos corporales a un ritmo que se encuentra determinado por la permeabilidad de los capilares y las presiones hidrostáticas y osmóticas. El exceso de líquido penetra en la herida formando la base del exudado.

El exudado ayuda en la cicatrización al:

- Evitar que se seque el lecho de la herida
- Ayuda en la migración de las reparadoras de tejido
- Aporta nutrientes esenciales para el metabolismo celular
- Permite la difusión de factores inmunitarios y de crecimiento
- Ayudar a separar el tejido desvitalizado o lesionado (autólisis)



Factores de riesgo.- Condiciones que favorecen la presentación de alguna patología (ver escala de Norton ver anexo N° 2)

Flictena.- Lesión cutánea con levantamiento de la epidermis, que forma una vesícula o ampolla conteniendo líquido seroso.

Fricción.- Es una fuerza tangencial que actúa paralela a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente (codos, sacro y tobillos) roza contra una superficie áspera como la sábana, descamando las células epidérmicas y disminuyendo la resistencia de la piel.

Infección: Invasión por microorganismos patógenos.

Limpieza de la UPP: Es la aplicación de solución fisiológica a la UPP para ayudar a eliminar detritus y contaminantes.

Presión: Es la fuerza aplicada en forma perpendicular a la piel, cuando se aplica en forma directa produce anoxia, isquemia y muerte celular. La infección de una UPP depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel así como del tiempo que se mantiene esta presión.

Superficies especiales de manejo de la presión: Toda superficie que presenta propiedades de reducción o alivio de la presión. Pueden reducir uno o varios de los siguientes problemas: fricción, cizallamiento, calor y/o humedad. Se clasifica en:

Estáticas: actúan aumentando el área de contacto con la persona (a mayor superficie de contacto menor presión)

Dinámicas: Permite variar de manera continua los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo (flotación de aire, con presión alterna).

Tejido de granulación: Tejido húmedo de color rosa-rojo que contiene nuevos vasos sanguíneos, colágeno, fibroblastos y células inflamatorias.

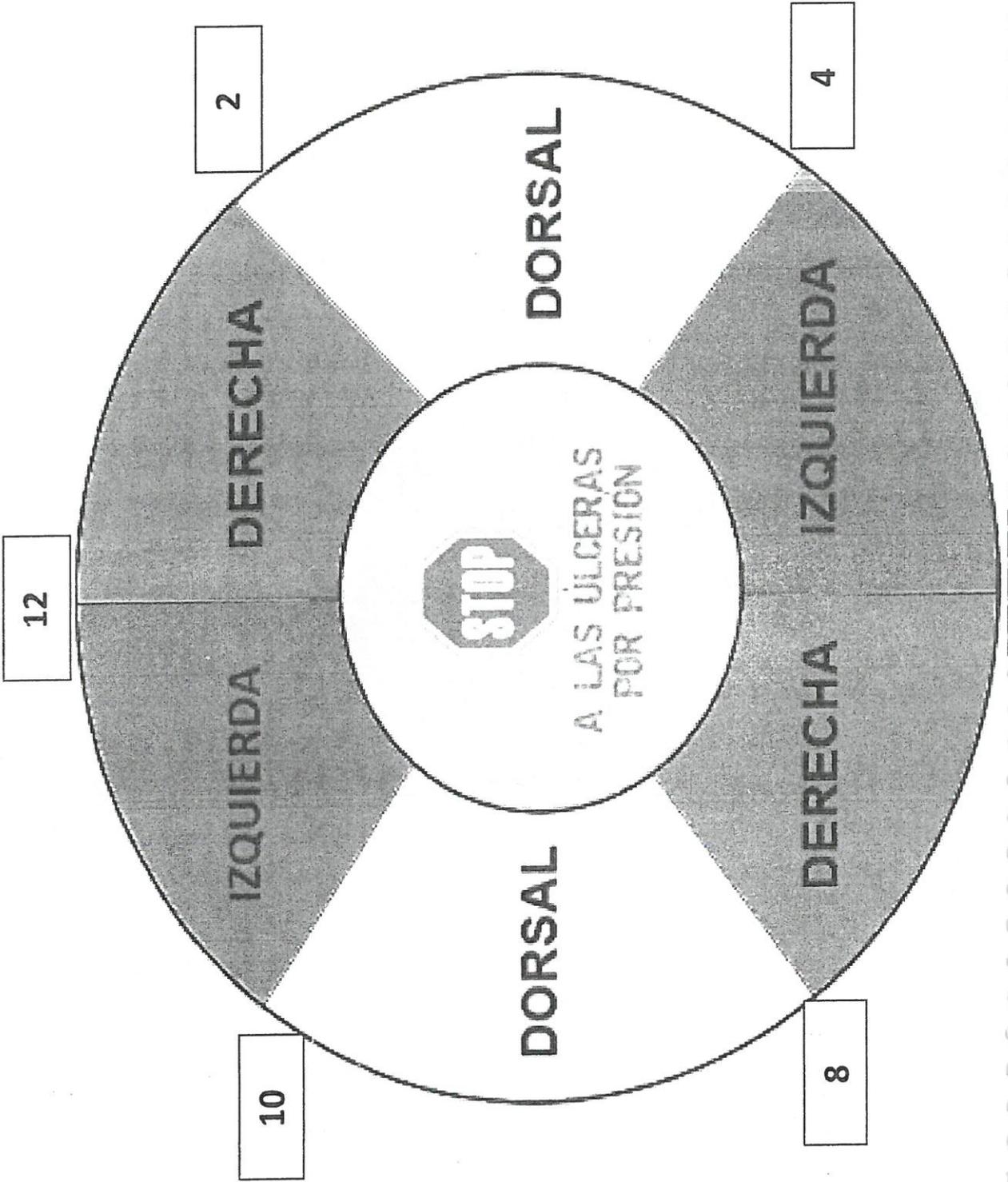
Tejido esfacelado o desvitalizado: Capa viscosa de color amarillo o blanquecino que se suelta con facilidad, de composición semejante al tejido necrótico, con mayor cantidad de fibrina y humedad.

Tejido necrótico: Está compuesto por proteínas (colágena, fibrina, elastina) y diversos tipos de células así como cuerpos bacterianos que constituyen una costra dura.



ANEXOS

RELOJ DE MOVILIZACION





GUIA DE USO DEL RELOJ DE MOVILIZACION

- 1) AL INGRESO IDENTIFICAR EL GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE.
- 2) ACONDICIONAR LA UNIDAD DEL PACIENTE.
- 3) COLOCAR RELOJ EN PATEADERA DE LA CAMA HOSPITALARIA.
- 4) SEGUN HORARIO DE INGRESO SE TOMARA EN CUENTA LA ROTACION INICIAL.
- 5) ROTAR AL PACIENTE CADA DOS HORAS EXACTA SEGÚN LA POSICION QUE INDIQUE.
- 6) UTILIZAR DISPOSITIVOS PARA LA MOVILIZACION.



Anexo N° 2

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS DE PRESION PRIMARIA

(ESCALA DE NORTON MODIFICADA)

APELLIDOS Y NOMBRES

EDAD H.C.

SERVICIO..... N° CAMA.....

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Total

Tabla N° 1 Fuente INSALUD

Fecha					
Puntuación					
Firma/Enfermera(o)					

La puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala de 1 a 20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas.

La clasificación del riesgo será:

- Puntuación de 5 a 12 Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14 Riesgo medio o evidente
- Puntuación mayor de 14Riesgo mínimo / No riesgo





Anexo N° 3

ESCALA DE PUSH

Longitud por altura	Día:					
	0	1	2	3	4	5
0 cm ²	<0.3 cm ²	0.3-0.6 cm ²	0.7-1 cm ²	1.1-2 cm ²	2.1-3 cm ²	Valor
6 3.1-4 cm ²	7 4.1-8 cm ²	8 8.1-12 cm ²	9 12.1-24 cm ²	10 >24 cm ²	Subtotal	
Cantidad de exudado	0 Ninguno	2 Moderado	3 Ambulante	4	Subtotal	
Tipo de tejido	0 Cerrado	2 Tejido de granulación	3 Esfacelos	4 Tejido necrótico	Subtotal	
					Total	

Fecha			
Puntuación			
Firma/Enfermera(o)			

Fuente: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de las Ulceras por presión. Servicio Andaluz de salud. Consejería en Salud. España 2005.