



PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Guía de buenas prácticas

HURH, 2018

Contenido

AUTORES.....	2
CONFLICTO DE INTERESES.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDA.....	7
POBLACIÓN DIANA.....	8
METODOLOGÍA.....	8
SÍNTESIS DE EVIDENCIA.....	9
EVIDENCIAS.....	9
VALORACION DEL RIESGO.....	10
PREVENCION DE UPP Intervenciones de prevención de úlceras por Presión.....	14
FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE.....	22
DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO.....	24
ACTIVIDADES: CUIDADOS DE PREVENCIÓN.....	25
VALORACIÓN DEL RIESGO.....	25
PREVENCIÓN DE UPP.....	27
ALGORITMO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE UPP EN EL HOSPITAL.....	35
INDICADORES.....	36
GLOSARIO.....	36
ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA: N-N-N.....	42
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 0249: RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS.....	49
1. ESCALAS DE EVALUACION DEL RIESGO (EVRUPP).....	49
2. ESCALA DE EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	53
3. SEMPS.....	54
4. BEST PRACTICE CON DISPOSITIVOS CLÍNICOS.....	54
5. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.....	54

AUTORES

Aldonza Valderrey, Carmen	Enfermera	Supervisora de Innovación y Desarrollo
Alonso Vallecillo, Ana Isabel	Enfermera	Reanimación Quirúrgica
Alonso Villalba, M ^a Teresa	Enfermera	Supervisora en Neumología
Aroca Gaitán, Mar	Enfermera	Supervisora en Reanimación Quirúrgica
Diez García, Trinidad	TCAE	Reanimación Quirúrgica
Fraile Antón, Montserrat	TCAE	Neumología
Franco Gutierrez, Paula	TCAE	U. Cuidados Intensivos (UCI)
Gallardo Cabrera, Estrella	Enfermera	U. Cuidados Intensivos (UCI)
García Ugarte, Lorea	Enfermera	Supervisora U. Cuidados Intensivos (UCI)
González Sanchez, M Jesús	Enfermera	Subdirectora de Enfermería
Martínez Fernández, Laurentino	Enfermero	Medicina Interna
Mateo Herrero, M ^a Luisa	Enfermera	Supervisora en Medicina Interna
Molina Tomico, Francisca	TCAE	Medicina Interna
Pérez Pérez M ^a José	TCAE	Medicina Interna
Ramos Sastre, Mercedes	Enfermera	Supervisora Área de Formación y Calidad
Rodríguez Ferrer, M ^a Aránzazu	Enfermera	Directora de Enfermería
Sanz del Cura, Irene	Enfermera	Medicina Interna
Tejedor Franco, M V Araceli	Enfermera	Subdirectora de Enfermería
Urueña Gutierrez, Cristina	TCAE	Medicina Interna
Vargas Ruiz, Beatriz	Enfermera	Supervisora en Medicina Interna
Zaballos Bautista, Carmen	Enfermera	Neumología

COORDINACIÓN REVISIÓN Y EDICIÓN

Ramos Sastre, Mercedes	Enfermera	Supervisora Área de Formación y Calidad e-mail: mramossa@saludcastillayleon.es
Aldonza Valderrey, Carmen	Enfermera	Supervisora de Innovación y Desarrollo e-mail: maldonzava@salucastillayleon.es

REVISIÓN EXTERNA

Unidad de Calidad	Hospital Universitario Río Hortega
-------------------	------------------------------------

CONFLICTO DE INTERESES

Los participantes en la elaboración del documento declaran no tener ningún interés económico comercial o de otro tipo, que pudiera ocasionar un sesgo en la elaboración y difusión del mismo.

INTRODUCCIÓN

Una úlcera por presión es una lesión de la piel y/o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o la presión en combinación con la cizalla¹. En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a una tensión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

La valoración de la piel y el tejido es muy importante en la prevención, clasificación, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión (UPP). La aparición e intensidad de las mismas se relaciona con la combinación de una presión externa mantenida y una isquemia tisular (por hipoperfusión e hipoxia), además de aspectos relacionados con la persona y el entorno.

Aunque la principal causa es la presión, el desarrollo de una úlcera se ve acentuado por varios elementos que hacen a la persona más vulnerable (Figura 1).

Factores de riesgo de aparición de UPP

Intrínsecos	Extrínsecos
Enfermedades concomitantes: metabólicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas, hematológicas, neoplásicas, fiebre.	Humedad: incontinencia, sudoración profusa, exudados de heridas.
Alteraciones sensitivas: la pérdida de sensibilidad cutánea disminuye la percepción de dolor y dificulta las respuestas de hiperemia reactiva.	Pliegues y objetos extraños en la ropa.
Alteraciones motoras: lesionados medulares, síndromes de inmovilidad. Trastornos musculares y articulares	Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.
Alteraciones de la circulación periférica, trastornos de la microcirculación o hipotensiones mantenidas	Dispositivos externos: yesos, drenajes, cánulas, tubos, contenciones.
Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteinemia, déficit hídrico.	Falta de higiene. Falta de cuidados. Falta de conocimientos
Alteraciones del estado de consciencia	Superficies de apoyo no adecuadas.
Alteraciones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad, UPP previas. Envejecimiento cutáneo	Inmovilidad impuesta
Edades extremas	

Figura 1. Fuente: elaboración propia. Adaptación de factores de riesgo de aparición de UPP en guía para la prevención y manejo de

heridas crónicas del MSSSI²

Las partes del cuerpo más susceptibles de desarrollar UPP son aquellas en las que se ejerce una compresión entre dos planos, ya sea asociada a la posición del paciente (prominencias óseas y punto de apoyo) o a dispositivos externos (dispositivo y área de apoyo). Las zonas de mayor riesgo según la posición del paciente, se indican en la figura 2.

En el caso de las lesiones iatrogénicas^{2,3}, aparecen por uso de dispositivos aplicados con fines diagnósticos o terapéuticos y, generalmente, se ajustan al patrón o forma del dispositivo. Las más habituales se resumen en la figura 3:

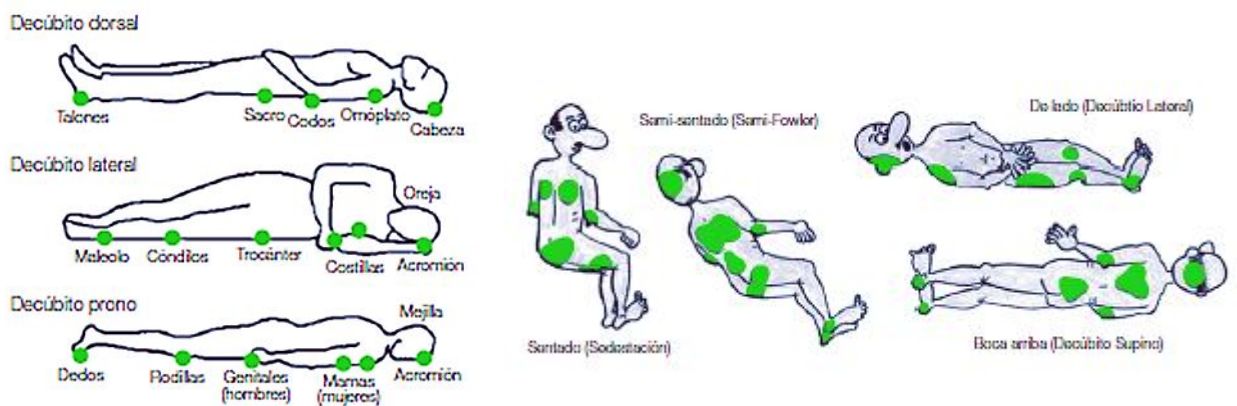


Figura 2. Fuente guía para la prevención y manejo de heridas crónicas del MSSSI²

Localizaciones más comunes de lesiones iatrogénicas
Nariz: por mascarilla de oxígeno y sondas.
Labios, lengua y encías: por tubo endotraqueal.
Meato urinario: relacionado con sonda urinaria.
Mucosa gástrica y rectal: por sondas.
Cintura pelviana y zonas blandas: pliegues de sábanas, fijadores externos.
Muñecas y codos: por sujeciones mecánicas.
Extremidades: por férulas, tracciones, etc.
Dedos: por sonda de pulsioxímetro.
Áreas cutáneas de catéteres, sondas, etc.

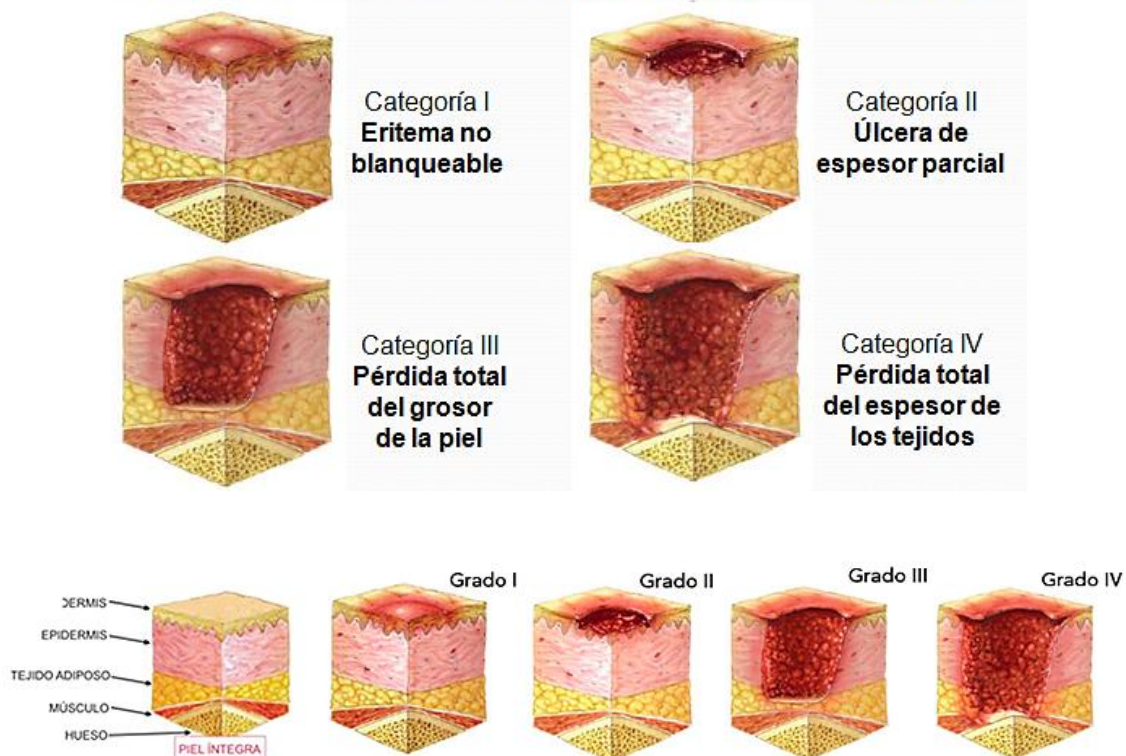
Figura 3. Elaboración propia

Clasificación de las úlceras por presión:

Tradicionalmente se han agrupado de acuerdo a su grado de evolución o estadiaje, en función del nivel de afectación dérmica y tisular (Figuras 4 y 5). Podemos entender como similares los términos grado, estadio o categoría para mencionar el Sistema de clasificación internacional de

las úlceras por presión de la NPUAP / EPUAP en 2016 mostrado en imágenes según el nivel de profundidad en la piel.

Sistema de clasificación de la NPUAP / EPUAP de las UPP



Figuras 4 y 5. Fuente: "NPUAP Pressure Injury Stages," by National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016 (<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npup-pressure-injury-stages/>, <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-injury-staging-illustrations/>). © 2016 by National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Lesiones por humedad

El efecto de la humedad junto a otros agentes agresores sobre la piel provoca lesiones cutáneas prevenibles. Las lesiones por humedad más frecuentes son las relacionadas con la incontinencia, también factor de riesgo conocido para el desarrollo de úlceras por presión. Está aceptado que la piel húmeda presenta un coeficiente de fricción más elevado y dicho aumento reduce simultáneamente la tolerancia de los tejidos a la presión y el cizallamiento al interior de los tejidos más profundos. Esto aumenta la deformación del tejido blando que, en último término, origina una úlcera por presión ^{4,5}.

Tiene interés diferenciar las dermatitis por humedad de la úlceras por presión para ofertar el mejor tratamiento en cada caso.

Comparación lesiones por presión y dermatitis asociadas a la humedad

Características	Úlceras por presión	Lesiones por humedad
Antecedentes. Etiología	Presión/ Fricción/ Cizalla	Incontinencia, sudoración, exudados
Localización	Prominencia ósea. Dispositivos clínicos	Área perigenital, nalgas, surco interglúteo, área inferior abdomen...
Nº de lesiones	Varias lesiones	Única
Forma y bordes	Regular. Definidos	Irregular, difusa, en espejo. Irregulares
Profundidad	Según Estadiaje	Superficial. Eritema con pérdida superficial de piel o no.
Necrosis	Puede haber	No
Coloración	Uniforme	No uniforme

Fig6. Elaboración propia. Adaptación de ulceras.net⁵ y guía de prevención del GOI Baleares 2018⁶.

Respecto a la epidemiología de las úlceras por presión en España, en el 4º Estudio Nacional de Prevalencia promovido por el GNEAUPP^{7, 8} en 2013, las cifras de prevalencia obtenidas son: en adultos hospitalizados 7,87% (en unidades pediátricas de hospitales 3,36%; en CSS 13,41%, y en atención primaria 0,44% entre mayores de 65 años y 8,51% entre pacientes en programas de atención domiciliaria). La prevalencia es más alta en unidad de cuidados intensivos, llegando al 18%.

El MSSSI, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente y tomando como referencia la frecuencia de los eventos adversos más habituales y la evidencia existente para su control impulsa diferentes prácticas seguras a través de varias líneas estratégicas. La prevención de UPP (línea estratégica 2, objetivo general 2.4) forma parte de la implantación de prácticas con efectividad demostrada en los cuidados de los pacientes⁹.

JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable que puede presentar cualquier paciente con movilidad reducida. La aparición del deterioro de la integridad cutánea y tisular está ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, con repercusiones en el individuo, en su entorno cuidador y en el sistema sanitario.

Es importante conocer la incidencia de las UPP en la complejidad del proceso asistencial. La comorbilidad de las UPP varía en sentido ascendente el peso de los GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) y la declaración de las mismas es importante, tanto a nivel económico como por la visibilidad de la labor enfermera en el proceso asistencial.

En la actualidad podemos afirmar que el 95-98% de las UPP son evitables con los cuidados adecuados; ello requiere la participación y coordinación de los profesionales, pacientes, cuidadores y servicios sanitarios. La prevención es el mejor método de tratamiento, no solo mejora la salud y la calidad de vida de los pacientes sino que además se minimizan los costes.

El presente documento no pretende ser una mera transcripción de las recomendaciones encontradas, sino un texto útil que sirva para la buena praxis profesional. Una ayuda en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes de riesgo, con la finalidad de disminuir la incidencia y la prevalencia de las UPP y mejorar la calidad de la atención de los pacientes y a su entorno cuidador. Las recomendaciones que sugiere están basadas en la evidencia científica y se espera que contribuyan a evitar la aparición de las UPP.

OBJETIVOS

Generales:

- Sensibilizar a todo el personal del hospital sobre la importancia de la prevención de las UPP, y su contribución favorable a la calidad de los cuidados
- Reducir la variabilidad de la práctica clínica: Unificar criterios de actuación en todas las actividades a realizar por los profesionales de enfermería, siguiendo recomendaciones basadas en la evidencia en la prevención de las UPP

Específicos:

- Identificar a los pacientes con riesgo de padecer UPP y evitar la aparición de las mismas durante la estancia hospitalaria.
- Disminuir la incidencia de las UPP en el hospital, mejorando la seguridad de los pacientes.
- Mejorar los conocimientos sobre la valoración, prevención y tratamiento de las UPP y heridas crónicas.

PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDA

Esta guía de buenas prácticas (GBP) se dirige a todos los profesionales sanitarios que trabajen en el cuidado de las UPP.

POBLACIÓN DIANA

Todo paciente adulto que ingrese en el hospital y sea susceptible de padecer UPP. La guía no contiene referencias explícitas para la población pediátrica, objeto de un capítulo adicional posterior.

METODOLOGÍA

Para la confección de la presente GBP se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesionales de atención hospitalaria con conocimientos y experiencia en la prevención y tratamiento de úlceras por presión.

Una vez establecidos los objetivos a alcanzar se planteó una estrategia de revisión de documentos que aportaran información rigurosa sobre la valoración del riesgo de desarrollar UPP y la prevención de lesiones en adultos hospitalizados.

Se priorizó la selección de fuentes bibliográficas de evidencia científica de organismos recopiladores y elaboradores de guías de práctica clínica nacionales e internacionales ya evaluadas, con el fin de asumir los hallazgos sin el análisis crítico de su validez.

La información fue consultada entre octubre de 2017 y abril de 2018. La estrategia de búsqueda utilizó palabras naturales y términos MeSH –DeCS (Pressure Ulcer prevention and control / Úlcera por Presión, prevención), relacionados con cuidados de enfermería, en inglés y castellano y utilizando límites temporales y de diseño metodológico (guideline or practice guideline).

Se han revisado GBP y Guías de Práctica Clínica (GPC) de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), National Institute for Clinical Excellence (NICE), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer (NPUAP, EPUAP, PPIA). También guías nacionales (portal guía salud), como la Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas, editada por el Ministerio de Sanidad o guías de buenas prácticas del servicio valenciano, andaluz, vasco, balear y de castilla y león. Igualmente se examinaron documentos de GNEAUPP (Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas), y documentos de buena práctica del JBI recopilados en la web evidencia en cuidados.

También se han explorado webs especializadas en úlceras por presión tales como Úlceras.net (espacio web divulgativo sobre UPP) y la web NNN para obtención de diagnósticos de enfermería NANDA, NOC, NIC, que reflejen los cuidados preventivos realizados en atención especializada.

La realización del documento se apoya en el protocolo de elaboración de guías revisiones no sistemáticas y protocolos editado por el Instituto Aragonés de Ciencia de la Salud¹⁰.

El grupo propone la implantación de los hallazgos de la presente guía, así como una revisión y actualización del documento cada 5 años, para garantizar la vigencia de las recomendaciones.

SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Las evidencias científicas obtenidas fueron el resultado del análisis de los referentes bibliográficos y el consenso del grupo nominal autor de la guía.

Las recomendaciones de actuación obtenidas se presentan en una síntesis tabulada agrupada en 2 áreas: Valoración del riesgo y prevención de UPP. A partir de ella se elabora una propuesta de actividades para la atención a pacientes susceptibles de desarrollar UPP y su prevención. Paralelamente se construye una planificación de cuidados basada en la evidencia utilizando terminología NANDA, NIC, NOC^{11, 12}.

La guía recopila premisas generales para una práctica clínica apropiada que deben aplicarse por profesionales sanitarios cualificados, utilizando su juicio clínico en cada caso particular y teniendo en cuenta las preferencias personales de pacientes y usuarios, los recursos disponibles y los aspectos organizativos de la institución.

EVIDENCIAS

A. VALORACION DEL RIESGO

1. Valoración general del riesgo.
2. Valoración de los factores de riesgo.
3. Instrumentos de Valoración del riesgo.
4. Valoración de la piel y los tejidos.
5. Valoración del estado nutricional.

B. PREVENCION DE UPP: Intervenciones de prevención de úlceras por Presión.

1. Cuidados preventivos de la piel.
2. Nutrición en úlceras por presión: prevención y Tratamiento.
3. Manejo de la presión.
 - a. Cambios posturales y movilización precoz.
 - b. Superficies de apoyo.
4. Úlceras por presión relacionadas con dispositivos clínicos.
5. Poblaciones especiales.

C. FORMACION DE LOS PROFESIONALES Y EDUCACION DE PACIENTE.

D. DOCUMENTACION Y REGISTRO.

VALORACION DEL RIESGO

1. Valoración general del riesgo

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Lleve a cabo una valoración del riesgo, tan pronto como sea posible (en un plazo máximo de ocho horas después del ingreso) para identificar individualmente el riesgo de desarrollar úlceras por presión. En todos los niveles asistenciales, prestando especial atención a las prominencias óseas. Tenga en cuenta que <u>todos</u> los pacientes tienen un riesgo potencial de desarrollar una úlcera por presión.	C++ IV	NPUAP- EPUAP ¹ NGC 13,14 NICE ¹⁵ RNAO11 ¹⁶ G Baleares ⁶ G Osakidetza ¹⁷ G PiCuida ¹⁸
Repita la valoración del riesgo <u>con la frecuencia</u> que requiera la situación clínica del individuo.	C+	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} G Osakidetza ¹⁷ G PiCuida ¹⁸
Reevalúe: Haga una nueva valoración si hay algún <u>cambio significativo</u> en la situación del individuo (por ejemplo intervención quirúrgica, empeoramiento, déficit de movilidad, etc.).	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,14} NICE ¹⁵ G Baleares ⁶
Incluya una valoración completa de la piel como parte de cada valoración del riesgo para evaluar cualquier alteración de la piel intacta en todos los contextos de atención sanitaria.	C++ CF	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} NICE ¹⁵ G Baleares ⁶

2. Valoración de los factores de riesgo

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Efectuar una evaluación de riesgos que incluya la evaluación de la actividad / movilidad y el estado de la piel. – Considere el impacto de las limitaciones de <u>movilidad</u> en el riesgo de úlceras por presión. – Considere el estado general de la <u>piel</u> en la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión.	B++ B+	NPUAP- EPUAP NGC ^{1,13,14}
Considere a todos los individuos encamados y/o en cama -sillón en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Realice una valoración completa de los riesgos para guiar las intervenciones preventivas.	B+ C++	NPUAP- EPUAP ¹
Considere la posibilidad de que las personas con una úlcera por presión Categoría I están en <u>riesgo de progresión</u> o alcanzar una nueva categoría	B+	NPUAP- EPUAP ¹

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
(II o más) de las úlceras por presión.		G Osakidetza ¹⁷
Considere la posibilidad de que las personas con una úlcera por presión existente (cualquier categoría / estadio) están en <u>riesgo adicional</u> de desarrollar nuevas úlceras por presión.	B++	NPUAP- EPUAP ¹
Considere el impacto de los siguientes <u>factores de riesgo</u> para el desarrollo de úlceras por presión: <ul style="list-style-type: none"> • Perfusión y oxigenación. • Estado nutricional deficiente. • Aumento de la humedad de la piel. 	C+	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} G Osakidetza ¹⁷
Considere también el impacto potencial de los siguientes <u>factores de riesgo</u> para el desarrollo de las úlceras por presión: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la temperatura corporal. • Edad avanzada. • Percepción sensorial. • Valores hematológicos. • Estado general de salud. 	C+	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14}
Realizar y documentar una evaluación del riesgo de desarrollar UPP a todos los adultos <u>en todos los niveles de atención</u> (ingreso hospitalario, sala quirúrgica, centros sociosanitarios, atención primaria o servicios de urgencias) cuando se dé alguna de estas circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Deterioro de la movilidad. ○ UPP previa o actual. ○ Edad avanzada. ○ Deficiencias nutricionales. ○ Incapacidad para repositionarse. ○ Deterioro cognitivo significativo. ○ Estado general de la piel (presencia de humedad, incontinencia, escoriaciones, etc.). ○ Perfusión (incluye diabetes). Incluir en la evaluación al cuidador si es posible, como fuente de información.		NICE ¹⁵ G Baleares ⁶

3. Instrumentos de Valoración del riesgo

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
El riesgo de presentar UPP se determina combinando el juicio clínico y el uso de una herramienta o instrumento fiable para la valoración del riesgo.	C++ IV	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} RNAO11 ¹⁶
Cuando utilice una escala de valoración del riesgo, seleccione una que sea apropiada a la población, con validez y fiabilidad demostrada.	C+ V CF	NPUAP-PUAP NGC ^{1,13,14}

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
		G Osakidetza ¹⁷ RNAO 16 ¹⁹
Utilice para valorar el riesgo escalas como la de BRADEN, EMINA, NORTON o Hunters-Hill.	Alta	G Valencia ²⁰ G Osakidetza ¹⁷ G PiCuida ¹⁸
Documente todas las evaluaciones de riesgos.	CF	NGC ^{13,14}

4. Valoración de la piel y los tejidos

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<p>¿Cuándo? En los individuos con riesgo de úlceras por presión, lleve a cabo una valoración completa de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tan pronto como sea posible (dentro de las ocho horas del ingreso o la primera visita en entornos comunitarios). Como parte de cada valoración del riesgo. De forma continua en función del entorno clínico y el grado individual del riesgo. Antes del alta del individuo. 	C+ Cd	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14}
<p>¿Qué?: La piel debe ser revisada para ver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integridad en áreas de presión. Cambios de color o decoloración. Variaciones en el calor, la firmeza y la humedad (por ejemplo, debido a incontinencia, edema, piel seca o inflamada). Cambio en la consistencia del tejido en relación con el tejido circundante. 	B+ Bd	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} NICE ¹⁵
Examine la piel en busca de zonas de eritema, en los individuos identificados como de riesgo de úlceras por presión.	C++ CF Moderado	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} G Valencia ²⁰ G Osakidetza ¹⁷
Diferenciar la causa y alcance del eritema: Utilice el método del dedo o el método de disco (diascopia) transparente para evaluar si la piel blanquea o no.	C+ Cd	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} NICE ¹⁵ G PiCuida ¹⁸
Valore el dolor localizado como parte de cada valoración de la piel.	C++ CF	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} NICE ¹⁵

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<p>Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos (sondas, férulas, ventiladores, etc.), al menos dos veces al día para identificar los signos de lesiones debidas a la presión en el tejido circundante.</p> <p>En las personas vulnerables a los cambios de líquidos (edemas) evalúe la piel próxima al dispositivo más de dos veces al día.</p>	C++ CF	NPUAP- EPUAP ¹ NGC ^{13,14} G Osakidetza ¹⁷
<p>Valore todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre.</p>	Baja	G Osakidetza ¹⁷ G Valencia ²⁰

5. Valoración del estado nutricional

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<p>Realice un examen del <u>estado nutricional de cada individuo en riesgo</u> de desarrollar, o con una úlcera por presión:</p> <ul style="list-style-type: none"> Al ingreso en un centro de atención de la salud. Con cada cambio importante de la situación clínica. Cuando no se observa el avance hacia el cierre de úlceras por presión. 	C+ V	NPUAP- EPUAP NICE G Baleares G Valencia G Osakidetza G PiCuida RNAO
<p>Utilice un instrumento de detección nutricional válida y fiable para determinar el riesgo nutricional. Por ejemplo Test MNA.</p>	C+ ALTA	NPUAP- EPUAP ¹ G Valencia ²⁰ G Osakidetza ¹⁷
<p>Remita a los individuos que estén en riesgo de desnutrición y a los individuos con una úlcera por presión existente a un <u>equipo de nutrición interprofesional</u> para una valoración nutricional completa.</p>	C+	NPUAP- EPUAP ¹
<p>Valore el peso de cada individuo para determinar la evolución de su peso e identificar cualquier pérdida significativa del peso ($\geq 5\%$ en 30 días o $\geq 10\%$ en 180 días).</p>	C+	NPUAP- EPUAP ¹
<p>Valore la capacidad del individuo para comer de forma independiente.</p>	C++	NPUAP- EPUAP ¹
<p>Valore la adecuación de la ingesta total de nutrientes (por ejemplo, alimentos, líquidos, suplementos orales y alimentación enteral /parenteral).</p>	C++	NPUAP- EPUAP ¹

PREVENCIÓN DE UPP Intervenciones de prevención de úlceras por Presión

1. Cuidados preventivos de la piel.
2. Nutrición en úlceras por presión: prevención y Tratamiento.
3. Manejo de la presión: Cambios posturales y movilización precoz.
4. Manejo de la presión: Superficies de apoyo
5. Úlceras por presión relacionadas con dispositivos clínicos
6. Poblaciones especiales

1. Cuidados preventivos de la piel

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<p>Desarrolle e implemente un plan de prevención basado en los riesgos identificados en las personas consideradas como en riesgo de desarrollar una úlcera por presión, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El resultado del riesgo. – La evaluación de la piel. – La necesidad de alivio de presión adicional en sitios específicos en riesgo. – Su movilidad y capacidad de reposicionarse. – Otras comorbilidades. – Preferencia del paciente. 	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NICE ¹⁵ G Picuida ¹⁸
Mantenga la piel limpia y seca. Use un limpiador para la piel con un pH equilibrado.	C++ CF BAJA	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14} G Picuida ¹⁸ G Valencia ²⁰
<p>No masajee o frote vigorosamente la piel que está en riesgo de úlceras por presión.</p> <p>Evitar masaje en prominencias óseas.</p>	C+ Cd IIb	NPUAP- EPUAP ^{1,21,22} NGC ^{13,14} NICE ¹⁵ RNAO 11 ¹⁶ G Picuida ¹⁸ G Valencia ²⁰ G Baleares ⁶
Evite colocar al individuo sobre un área con eritema siempre que sea posible.	C++ CF	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14}
<p>Proteger de la humedad e incontinencia:</p> <p>Minimizar la exposición de la piel a la humedad; cuando no se pueda evitar cambiar cuando se mojen y limpiar con delicadeza la piel.</p> <p>Implemente un plan individualizado para el manejo de la incontinencia. Limpie la piel rápidamente tras los episodios de incontinencia.</p>	C++ CF IV	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14} RNAO11 ¹⁶
Proteja la piel de la exposición a humedad excesiva con un producto barrera con el fin de reducir el riesgo de daño por presión.	C+ CF	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14}

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
		NICE ¹⁵ G Baleares ⁶ G Picuida ¹⁸ , G Valencia ²⁰
Considere el uso de una crema hidratante para hidratar la piel seca con el fin de reducir el riesgo de daños en la piel. No utilice sulfóxido de dimetilo (DMSO) en crema para la prevención de úlceras por presión. B+ No utilice soluciones con alcohol.	C+ Cd Moderada	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14} G Valencia ²⁰
Proteger la integridad de la piel: – Garantizar la hidratación (ingesta de líquidos). – Higiene con productos no agresivos y evitar agua caliente. – Minimizar fricción de la piel en el lavado. – Cremas e hidratantes no agresivos, con escaso alcohol. – Barreras protectoras (almohadillas...) para reducir lesiones por fricción.	IV	RNAO11 ¹⁶
En pacientes con riesgo de UPP o que presentan UPP en la categoría I, aplique suavemente ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en las zonas sensibles.	Alta	NICE ¹⁵ G Picuida ¹⁸ G Valencia ²⁰
Control del microclima. • No aplique dispositivos de calentamiento (por ejemplo, bolsas de agua caliente, almohadillas térmicas, calentadores de cama integrados) directamente sobre la superficie de la piel o sobre las úlceras por presión. • Considere la capacidad para controlar la humedad y la temperatura cuando seleccione una superficie de soporte.	C+ Cd	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14}
Apósitos preventivos: Considere la aplicación de un apósito de espuma de poliuretano para proteger las prominencias óseas (por ejemplo, talones, sacro) para la prevención de úlceras por presión en áreas anatómicas sometidas con frecuencia a la fricción y la cizalla.	B+ Bd	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14} G Picuida ¹⁸
Siga usando todas las demás medidas preventivas necesarias cuando utilice apósitos preventivos. Al seleccionar un apósito preventivo considere: • Capacidad del apósito para gestionar el microclima. • Facilidad de aplicación y retirada. • Capacidad de valorar regularmente la piel. • Localización anatómica donde se utilizará el apósito. • Tamaño adecuado del apósito.	C+ Cd	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14}
En cada cambio de apósito, o por lo menos a diario, valore la piel en busca de signos de desarrollo de úlceras por presión, y confirme que el tipo de apósito preventivo usado es adecuado. Cambie el apósito preventivo si se daña, se desplaza, se despega o se encuentra excesivamente húmedo.	C+	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14}
Telas y textiles. Considere el uso de tejidos similares a la seda en lugar de tejidos de algodón o de mezcla de algodón para reducir la cizalla y la fricción.	B+ Bd	NPUAP- EPUAP ^{1,21}

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
		NGC ^{13,14}
Considere el uso de la estimulación eléctrica (muscular) para las localizaciones anatómicas en riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes con lesión medular.	C0	NPUAP- EPUAP ^{1,21} NGC ^{13,14} G Picuida ¹⁸

2. Nutrición en úlceras por presión: prevención y Tratamiento.

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Desarrolle un plan de cuidados nutricional individualizado para personas con úlceras por presión o en riesgo de desarrollarlas.	C+	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
<p>Ingesta de energía: Ofrezca alimentos enriquecidos altos en calorías y/o suplementos nutricionales orales altos en proteínas entre las comidas, si los requerimientos nutricionales no pueden ser alcanzados por la ingesta dietética.</p> <p>Ingesta de proteínas: En adultos con riesgo de úlceras por presión y riesgo de malnutrición, ofrezca una dieta hipercalórica e hiperprotéica mediante suplementos nutricionales, además de la dieta habitual, si los requisitos nutricionales no pudieran ser alcanzados por la dieta habitual.</p>	B++ IV ALTA A+	NPUAP- EPUAP ^{1,21} RNAO11 ¹⁶ G Valencia ²⁰
Hidratación: Proporcione y fomente la ingesta diaria adecuada de líquidos para la hidratación de un individuo con riesgo de desarrollar, o con una úlcera por presión. Esto debe estar en consonancia con las patologías y los objetivos de cada individuo.	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Vitaminas y minerales: Proporcione a las personas que se encuentren con riesgo de desarrollar úlceras por presión una dieta equilibrada que incluya una buena fuente de vitaminas y minerales.	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
No ofrezca suplementos nutricionales para prevenir UPP en adultos cuya ingesta nutricional es adecuada.		NICE ¹⁵ G Picuida ¹⁸

3. Manejo de la presión:

a. Cambios posturales y movilización precoz

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Realice cambios posturales a todas las personas en riesgo de desarrollar, o con úlceras por presión existentes, a menos que esté contraindicado.	A++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
<p>Determine la frecuencia de cambios posturales considerando los siguientes aspectos de la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tolerancia de los tejidos. 	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Seleccione una superficie de apoyo (colchón) que cumpla con las necesidades de la persona en función de los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> – El nivel de inmovilidad e inactividad. – La necesidad de control del microclima y la reducción de las fuerzas de cizalla. – Tamaño y el peso del individuo. – El riesgo para el desarrollo de nuevas úlceras por presión. – El número, la gravedad y la localización de las úlceras por presión existentes. • Seleccione los dispositivos, absorbentes para la incontinencia, prendas de vestir y ropa de cama que sean compatibles con la superficie de apoyo. Limite la cantidad de ropa de cama y cojines colocados sobre la cama. 	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Use un colchón de espuma reactiva de alta especificación en lugar de un colchón convencional para todas las personas valoradas como en riesgo de desarrollar úlceras por presión. Los pacientes de riesgo deben utilizar un colchón de baja presión en el punto de contacto (una espuma de alta densidad).	A+ la ALTA	NPUAP- EPUAP ^{1,21} RNAO11 ¹⁶ NICE ¹⁵ G Picuida ¹⁸ G Valencia ²⁰
Individualice la selección de una superficie de asiento y de los equipos asociados para el mantenimiento postural y la redistribución de la presión, así como su reevaluación periódica considerando: <ul style="list-style-type: none"> • Tamaño y configuración del cuerpo. • Efectos de la postura y la deformidad en la distribución de la presión. • Necesidades de movilidad y estilo de vida. 	C+	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Use un cojín de asiento que redistribuya la presión en las personas que se sientan en una silla cuya movilidad es reducida.	B++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Considere una superficie de redistribución de presión para todos los adultos sometidos a cirugía, sentados por periodos prolongados o en sillas de ruedas.		NICE ¹⁵
Utilice una SEMP activa (sobrecolchón o colchón) en pacientes con un mayor riesgo de desarrollar UPP y donde no sea posible efectuar cambios posturales.	B+	NPUAP- EPUAP ^{1,21}

4. Úlceras por presión relacionadas con dispositivos clínicos.

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Considere a los adultos con dispositivos clínicos como en riesgo de desarrollar úlceras por presión.	B++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Recomendaciones para la selección y colocación de un dispositivo clínico:	C++	NPUAP EPUAP ^{1,21}

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Asegúrese de sea del tamaño correcto y de la forma adecuada para evitar la presión excesiva. Asegure una fijación correcta pero que no cree presión adicional.		
<p>Recomendaciones para la prevención las úlceras por presión relacionadas con dispositivos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos al menos dos veces al día, para identificar los signos de presión en el tejido circundante (Valoraciones más frecuentes en las personas con signos de edema). • Realice cambios de posición en la persona y / o en dispositivo clínico para redistribuir la presión y disminuir las fuerzas de cizalla. • No coloque a la persona directamente sobre un dispositivo clínico a menos que no se pueda evitar. C++ • Gire o cambie la posición de los dispositivos cuando sea posible. C+ • Proporcione apoyo para los dispositivos clínicos, según sea necesario para reducir la presión y cizalla. C+ • No deje la cuña u orinal colocado bajo la persona más tiempo del necesario. 	C++	<p>NPUP EPUAP^{1,21} G Picuida¹⁸ G Valencia²⁰</p>
<p>Considere el uso de un apósito para prevenir las úlceras por presión relacionadas con los dispositivos clínicos. Al seleccionar un apósito protector considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – La capacidad del mismo para manejar la humedad y el microclima, especialmente cuando se utiliza con un dispositivo clínico que pueda estar en contacto con fluidos corporales (por ejemplo PEG). – La facilidad de aplicación y retirada. – La capacidad de valorar regularmente el estado de la piel. – El espesor del apósito bajo dispositivos muy ajustados. – La localización anatómica del dispositivo médico. – El tipo / finalidad del dispositivo clínico. 	<p>B+</p> <p>C++</p>	<p>NUAP- EPUAP^{1,21} G Osakidetza¹⁷</p>

5. Poblaciones especiales

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<p>Personas obesas (bariátricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Valore todos pliegues de la piel con regularidad. – Use camas que soporten adecuadamente el peso de la persona. – Cambios de posición: aumente la frecuencia de los reposicionamientos. – Evite la presión sobre la piel de tubos, otros dispositivos clínicos y objetos extraños. – Use almohadas u otros dispositivos para descargar el pliegue abdominal u otros grandes pliegues, y prevenir la presión de piel sobre piel. – Proporcione superficies de apoyo de redistribución de la presión y equipos apropiados para el tamaño y peso del individuo. 	<p>C++</p> <p>C+</p> <p>C++</p>	<p>NPUP EPUAP^{1,22}</p>
<p>Personas en cuidados críticos:</p>	C+	<p>NPUP EPUAP^{1,22}</p>

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<ul style="list-style-type: none"> – Evalúe la necesidad de cambiar la superficie de apoyo en personas con mala oxigenación local y sistémica y una perfusión pobre, para mejorar la redistribución de la presión, la reducción de cizalla y el control del microclima. Y para las personas que no puedan cambiarse de posición por razones médicas, tales como una vía aérea oral-faríngea temporal, inestabilidad espinal e inestabilidad hemodinámica. – Inicie un programa de cambios posturales tan pronto como sea posible después del ingreso. 		
<p>Adultos mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Considere el estado cognitivo del paciente cuando se realiza una valoración integral y durante el desarrollo del plan de prevención y/o de tratamiento de úlceras por presión. – Involucre a la familia o tutor legal al establecer los objetivos del cuidado. – Seleccione apósitos no traumáticos para prevenir y tratar las úlceras por presión con el fin de reducir el riesgo de nuevas lesiones en la piel frágil de los mayores. – Desarrolle e implemente un plan de manejo de la incontinencia. – Cambie de posición regularmente al adulto mayor que no puede cambiar la posición de forma independiente. 	<p>C++</p> <p>C+</p> <p>C+</p> <p>C+</p> <p>A++</p>	<p>NPUAP EPUAP^{1,22}</p>
<p>Personas en el quirófano:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Considere factores de riesgo adicionales para los pacientes sometidos a cirugía, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Duración de tiempo inmovilizado antes de la cirugía. ○ Duración de la intervención. ○ Aumento de episodios de hipotensión durante la cirugía. ○ Baja temperatura central durante la cirugía. ○ Reducción de la movilidad en el primer día después de la operación. – Utilice una superficie de soporte de presión alterna o una superficie reactiva de alta especificación en la mesa de operaciones de personas en riesgo de UPP. 	<p>C++</p> <p>B+</p>	<p>NPUAP EPUAP^{1,22}</p>
<p>Personas con lesión de la médula espinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Considere el uso de la estimulación eléctrica para las localizaciones anatómicas en riesgo de desarrollar úlceras por presión en personas con lesión de la médula espinal. – Promueva y facilite la autogestión de las personas con lesión medular. – Educación e implicación del paciente en el cuidado: Proporcione a las personas con lesión medular y a sus cuidadores una educación estructurada y continua en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión en un nivel adecuado a su nivel educacional. 	<p>C0</p> <p>C++</p> <p>C++</p>	<p>NPUAP EPUAP^{1,22}</p>
<p>Cuidados paliativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Considere el uso de la herramienta de Hunters-Hill para la valoración de estos pacientes. 	<p>C+</p> <p>C++</p>	<p>NPUAP EPUAP^{1,22}</p>

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<ul style="list-style-type: none"> – Considere las preferencias la tolerancia y el confort del paciente en los cambios posturales. – A las personas en cuidados paliativos, procure cambiarlas de posición al menos cada 4 horas si se usa un colchón que redistribuya la presión como por ejemplo de espuma viscoelástica, o bien cada 2 horas si usa un colchón normal. – Procure mantener una adecuada nutrición e hidratación compatibles con el estado general y los deseos del paciente. 	<p>B+</p> <p>C++</p>	

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Formación de los profesionales

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Forme a los profesionales de la salud sobre cómo llevar a cabo una valoración del riesgo precisa y fiable.	C+	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Instruya a los profesionales de la salud sobre cómo llevar a cabo una valoración completa de la piel que incluya las técnicas para la identificación de la respuesta al blanqueamiento del eritema, el calor localizado, el edema y la induración.	B++	NPUAP- EPUAP ^{1,21} G Osakidetza ¹⁷
Forme a los profesionales de la salud en la clasificación de las úlceras por presión (Sistema internacional NPUAP / EPUAP).	B++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Forme a los profesionales de salud en la diferenciación de las úlceras por presión de otros tipos de heridas.	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}
<p>El programa educativo a profesionales de la salud sobre la prevención de una úlcera por presión, incluirá información de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – La etiología y factores de riesgo de las úlceras por presión. Quién es más probable que esté en riesgo y cómo identificar el daño por presión. Signos de alarma. – El uso de herramientas de valoración. – La valoración de la piel. – La clasificación de las úlceras por presión. – Aspectos nutricionales de la prevención de úlceras por presión. – Selección y uso de superficies de apoyo y redistribución de la presión. – Implementación de un programa individual de cuidados de la piel y un plan de cuidados preventivo. Qué pasos seguir para evitar lesiones nuevas o adicionales. – Demostración de cambios posturales y transferencia. Como reposicionar. – Instrucciones sobre la documentación precisa de los datos. Registro de la valoración de riesgos y plan de cuidados preventivo. – Detalles de las fuentes de asesoramiento y apoyo. – Roles y responsabilidades del equipo en la valoración y prevención de úlceras por presión. Importancia de un enfoque interprofesional. – Educación sanitaria del individuo y sus cuidadores informales. 	<p>III</p> <p>C++</p>	<p>RNAO11¹⁶</p> <p>NPUAP- EPUAP^{1,21} NICE¹⁵</p> <p>G Baleares⁶</p>

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Los programas para la prevención de úlceras por presión deben estar organizados ser exhaustivos y actualizarse con frecuencia para incorporar nuevas tecnologías. Deben dirigirse a todos los niveles de atención sanitaria e incluir a pacientes y familiares.	III	RNAO11 ¹⁶
Evaluar los conocimientos, actitudes y destrezas de los profesionales sanitarios en la valoración y el manejo de lesiones por presión antes y después de participar en intervenciones formativas, utilizando para ello una herramienta de valoración apropiada, fiable y validada. Evalúe los resultados del aprendizaje antes y después de la implementación de un programa de formación.	IV V C+	RNAO16 ¹⁹ NPUAP- EPUAP ^{1,21}
Desarrolle una política de formación en la prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel institucional.	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}

Educación sanitaria del paciente

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
Cuidados de nutrición. Proporcione información y consejo a pacientes y/o cuidadores, de cómo seguir una dieta equilibrada para mantener un estado nutricional adecuado.		G Baleares ⁶
Información del paciente y cuidador. Ofrezca información oportuna y adaptada a las personas en riesgo de desarrollar una úlcera por presión y a sus familiares o cuidadores. La información debe ser entregada por un profesional de la salud capacitado o con experiencia e incluir: <ul style="list-style-type: none"> Las causas de una úlcera por presión. Los primeros signos de una úlcera por presión. Formas de prevenir una úlcera por presión. Las implicaciones de tener una úlcera por presión (por ejemplo, para la salud general, las opciones de tratamiento y el riesgo de desarrollar úlceras en el futuro). Técnicas y equipos utilizados para prevenir una úlcera por presión. Tener en cuenta las necesidades individuales al proporcionar información a personas con enfermedades degenerativas, alteraciones de la movilidad, deterioro neurológico o cognitivo, o alteraciones de la perfusión tisular (por ejemplo, causada por enfermedad arterial periférica).		NICE ¹⁵ G Picuida ¹⁸ G Baleares ⁶ G Osakidetza ¹⁷
Eduque al individuo con un dispositivo médico en el entorno de la comunidad y a sus cuidadores para que realicen inspecciones periódicas de la piel.	C++	NGC ^{13,14}
Enseñe a los individuos a hacer elevaciones para el alivio de la presión u otras maniobras en su caso.	C++	NPUAP- EPUAP ^{1,21}

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO

RECOMENDACIÓN	NE/GR	FUENTES
<p>Documente todas las valoraciones de riesgo.</p> <p>Documente los resultados de todas las valoraciones integrales de la piel.</p>	C++	<p>NPUAP- EPUAP^{1,21} NICE¹⁵ NGC^{13,14} G Baleares⁶ G Picuida¹⁸</p>
<p>Documentar un plan de cuidados preventivos individualizado para pacientes que han sido evaluados como de riesgo de desarrollar una úlcera por presión, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El resultado de la evaluación del riesgo y el estado de la piel. • Su movilidad y capacidad de reposicionarse. • La necesidad de alivio de presión adicional en sitios específicos en riesgo. Necesidad de SEMP. • Otras comorbilidades. • Preferencias del paciente. 	C++	<p>NPUAP- EPUAP^{1,21} NICE¹⁵ G Baleares⁶ G Picuida¹⁸</p>
<p>Documentación de los cambios posturales. Registre los regímenes de cambios posturales, especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluya una evaluación del resultado del régimen de cambios posturales.</p>		<p>NPUAP- EPUAP^{1,21} NICE¹⁵ G Picuida¹⁸ G Osakidetza¹⁷ G Baleares⁶</p>

ACTIVIDADES: CUIDADOS DE PREVENCIÓN

Se establecen **70 recomendaciones en la prevención de UPP** de acuerdo a las siguientes categorías:

ACTIVIDADES	
VALORACIÓN DEL RIESGO.	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración integral del paciente. • Valoración de la piel. • Valoración nutricional.
PREVENCIÓN DE UPP	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados específicos de la piel. <ul style="list-style-type: none"> ○ Apósitos preventivos. ○ Control de la humedad. • Cuidados nutricionales. • Manejo de la presión. <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios posturales y movilidad. ○ Uso de Superficies especiales para el manejo de presión (SEMP). • Poblaciones especiales.
ESTRATEGIA EDUCATIVA.	<ul style="list-style-type: none"> • Formación del personal. • Educación sanitaria del paciente.
DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar todas las actividades realizadas.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Valoración integral del paciente:

1. Valore el riesgo de desarrollar úlceras por presión en el primer contacto con el paciente.
2. Utilice para valorar el riesgo escalas validadas, (BRADEN, EMINA, HUNTERS HILL, NORTON) junto con el juicio clínico. Emplee la escala indicada en su centro para todos los pacientes. (NORTON Modificado, ver Anexo1).
3. Reevalúe a intervalos periódicos o en función del riesgo y del estado del paciente.

Cuándo repetir la valoración:

- a. Riesgo Alto: cada 24 horas.
- b. Riesgo Medio: cada 72 horas.

- c. Riesgo Bajo: cada 7 días.
 - d. Siempre que haya enfermedades concomitantes que deterioren la piel.
 - e. Siempre que cambie la situación clínica del individuo.
4. Tenga siempre en cuenta los factores personales y del entorno ^{figura 1} que contribuyen al desarrollo de una úlcera por presión.
5. Considere el riesgo de progresión de una lesión en un estadio inicial o de nuevas úlceras adicionales en personas que ya han desarrollado una úlcera.

Valoración de la piel:

6. Inspeccione la piel de todos los pacientes al ingreso hospitalario y realice el correspondiente registro tan pronto como sea posible.
7. Observe el estado de la piel a diario coincidiendo con el aseo, cambios posturales y movilizaciones.
8. Aumente la frecuencia de las valoraciones de la piel en respuesta a cualquier deterioro del estado general. Preste especial atención a:
- a. Prominencias óseas, talones, tuberosidades isquiáticas, trocánteres, región sacra y zonas con lesiones anteriores.
 - b. Zonas expuestas a humedad (incontinencia, sudoración, secreciones, drenajes...).
 - c. Observar variaciones en la integridad, y firmeza: presencia de sequedad, escoriaciones, maceración, edema, fragilidad.
 - d. Aumento de la temperatura localizada,
 - e. Eritema (diferenciar si el enrojecimiento de la piel es blanqueante)
 - f. Dolor (paciente consciente). Tenga en cuenta disminución de la sensibilidad.
9. Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos (sondas, férulas, ventiladores, etc.), al menos dos veces al día para identificar los signos de presión en el tejido circundante. En las personas con edemas evalúe la piel próxima al dispositivo más de dos veces al día.
10. Valore la piel y los tejidos antes del alta del individuo.

Valoración del estado nutricional

11. Realice un examen del estado nutricional del paciente en riesgo de úlceras al ingreso y cuando tenga lesiones que no mejoran.
12. Utilice una herramienta validada, por ejemplo test MNA (ver Anexo 2) para valorar el riesgo

de desnutrición.

13. Haga una interconsulta al equipo de asesoramiento nutricional en individuos con riesgo de desnutrición.

PREVENCIÓN DE UPP

Cuidados Específicos de la Piel

14. Mantenga la piel limpia, seca e hidratada.
15. Utilice jabones neutros o sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el pH de la piel y agua templada.
16. Debe aclarar y secar la piel minuciosamente sin fricción, teniendo especial atención en pliegues cutáneos y espacios interdigitales.
17. Procure que la piel esté hidratada mediante la aplicación de cremas hidratantes fluidas, procurando su completa absorción, excepto en pliegues cutáneos.
18. Utilice AGHO (Ácidos Grasos Hiper Oxigenados) en la piel sana sometida a presión ya que posibilitan una óptima hidratación, mejoran la microcirculación y refuerzan la resistencia cutánea. Aplicarlos con suavidad en la piel íntegra dos o tres veces al día.
19. No realice masajes directamente sobre prominencias óseas ni zonas que presenten cambios de color (enrojecimiento o palidez) pues ocasionan roturas capilares que favorecen la aparición de UPP.
20. No masajee ni frote vigorosamente la piel que está en riesgo de UPP.
21. No aplique dispositivos de calentamiento (bolsas de agua caliente, almohadillas térmicas...) directamente sobre la piel.
22. Cuidados de la piel relacionados con dispositivos clínicos (Ver Anexo 4):
 - a. Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos al menos dos veces al día, para identificar los signos de presión en el tejido circundante.
 - b. Asegure una fijación que no cree presión adicional y que el dispositivo tiene el tamaño y forma adecuados al paciente.
 - c. Realice cambios de posición en la persona y / o del dispositivo clínico para redistribuir la presión y disminuir las fuerzas de cizalla. No coloque a la persona directamente sobre el mismo a menos que no se puede evitar.
 - d. Gire o cambie la posición de los dispositivos clínicos cuando sea posible.
 - e. Proporcione apoyo para los dispositivos clínicos, según sea necesario para reducir

la presión y las fuerzas de cizalla. Seleccione un apósito protector fácil de aplicar, que permita valorar la piel y del espesor adecuado.

- f. No deje la cuña u orinal colocado bajo la persona más tiempo del necesario.

Apósitos Preventivos

23. Considere el uso de apósitos para proteger las zonas sometidas a presión, fricción o cizalla.

- a. Apósitos transparentes de film de poliuretano.
- b. Espumas de poliuretano.

24. Al seleccionar el apósito preventivo observe:

- a. Localización anatómica donde se utilizará el apósito.
- b. Capacidad de permitir una evaluación regular de la piel.
- c. Tamaño adecuado.
- d. Facilidad de aplicación y retirada.
- e. Capacidad de gestionar microclima (temperatura y humedad)

25. En cada cambio de apósito valore la piel en busca de signos de desarrollo de UPP. Cambie el apósito si se daña, desliza o está excesivamente húmedo.

26. Confirme que el tipo de apósito preventivo usado es el adecuado.

*Tener en cuenta actuaciones preventivas en situaciones especiales, como intervenciones programadas o pruebas específicas, para la protección de puntos de apoyo.

Control de la Humedad

27. Es necesario limpiar y secar la piel tan pronto como sea posible después de cada episodio de incontinencia, eliminando productos de desecho como orina, heces...

28. Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente como son:

- a. Incontinencia: piense en la posibilidad de utilizar dispositivos de control como colectores, pañales absorbentes, sondas vesicales.
- b. Sudoración profusa: controle la temperatura y cambie la ropa de cama y personal siempre que sea necesario. Realice una higiene estricta y vigile pliegues cutáneos.
- c. Drenajes: evite fugas y utilice colectores específicos.
- d. Exudado de heridas: utilice apósitos adecuados en función del exudado.

29. Proteja las zonas expuestas al exceso de humedad:

- a. Cambie los pañales absorbentes con frecuencia y siempre cuando se mojen.

- b. Cambie la ropa de cama y personal cuando esté húmeda.
- c. Siempre que sea posible evite los materiales de plástico ya que aumentan el calor y retienen la humedad en la piel.
- d. Proteja la piel de los excesos de humedad utilizando productos barrera, que ejercen una función de protección frente a fluidos corporales y en maceraciones perilesionales (Soluciones líquidas de polímeros y pomadas de Zinc).

Cuidados nutricionales

- 30.** Desarrolle un plan de cuidados nutricionales individualizado para personas con úlceras por presión o en riesgo de desarrollarlas.
- 31.** En adultos con riesgo de úlceras por presión ofrezca suplementos nutricionales si la ingesta habitual no es adecuada (Planificar programa de suplementos o apoyo nutricional por el servicio de nutrición).
- 32.** Fomente la ingesta de líquidos para mantener el estado de hidratación, si lo permite el estado del paciente.
- 33.** No ofrezca suplementos nutricionales para prevenir UPP en adultos cuya ingesta nutricional es adecuada.

Manejo de la presión:

- Cambios posturales. Actividad-movilidad.
 - Uso de Superficies especiales para el manejo de presión (SEMP).
- 34.** Realice cambios posturales a todos los pacientes con riesgo de desarrollar UPP o con UPP ya existente, salvo contraindicación clínica.
 - 35.** Establezca la frecuencia de los cambios posturales:
 - a. Un programa de cambios posturales, por lo menos cada dos horas, se debe aplicar lo antes posible en el caso de que se utilice un colchón estándar, una camilla o una mesa quirúrgica.
 - b. Cuando se utiliza una superficie para el manejo de la presión (colchón o sobrecolchón de distribución de la presión) se debe utilizar un horario de cambios posturales por lo menos cada cuatro horas o según lo requiera el paciente.
 - c. Se deben tener en cuenta otros factores del paciente como por ejemplo el desarrollo de zonas enrojecidas, nivel de movilidad, o situación clínica para

aumentar la frecuencia de los cambios posturales.

- 36.** Reconsidere la frecuencia y el método de cambios posturales si aparecen signos de alarma de lesiones por presión.
- 37.** Los pacientes con riesgo de desarrollar una úlcera por presión deben descansar en una superficie con control de presión (SEMP,) como por ejemplo un colchón de espuma con redistribución de la presión (ver anexo 3).
- 38.** Considere siempre las SEMP como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).
- 39.** Se deben usar de forma correcta las técnicas de cambios posturales y traslados. Consulte, si es necesario, con un terapeuta ocupacional o un fisioterapeuta las técnicas y estrategias necesarias, así como los dispositivos para reducir la fricción y cizalla en todas las posiciones, y cómo favorecer la independencia del paciente.
- 40.** Tenga en cuenta el impacto del dolor en la reducción de la movilidad y la capacidad de percibirlo y responder al mismo por parte de un paciente con riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- 41.** Reposicione a los pacientes para reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las áreas vulnerables, incluyendo las prominencias óseas y los talones.
- 42.** Cambios posturales en pacientes en cama:
 - a. Limite la elevación del cabecero de la cama a 30º salvo contraindicación.
 - b. Utilice dispositivos de ayuda para realizar los cambios.
 - c. Utilice espumas o almohadas para aliviar la presión en prominencias óseas y talones.
 - d. En posición prona: redistribuya la presión en cara y cuerpo y en cada rotación valore el área facial y otras zonas de apoyo en esta posición.
- 43.** Cambios posturales en pacientes sentados:
 - a. Tener en cuenta la alineación corporal, distribución del peso, la estabilidad y equilibrio, el apoyo de los pies y el alivio de presión.
 - b. Limite el tiempo que el paciente pasa sentado en una silla sin alivio de presión; movilizar cada hora o que se mueva cada 15 min
- 44.** Los talones deben estar descargados de presión en todas las posiciones. Para prevenir y tratar las úlceras de presión del talón utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles. Inspecciónelos con regularidad.
- 45.** Utilice sistemas de alivio local de la presión, como apósitos de espuma de poliuretano (permiten la inspección diaria de la piel y su uso durante varios días). En el caso de los talones

son más efectivos para aliviar la presión que la protección tradicional con algodón y venda (patucos).

46. Se recomienda la implantación de dispositivos intraoperatorios para el manejo de la presión en las intervenciones quirúrgicas que duran más de 90 minutos.
47. Antes de implantar dispositivos de manejo de la presión localizada se debe tener en cuenta:
 - a. El potencial de aumento de la presión sobre las áreas adyacentes de la piel por parte del dispositivo.
 - b. La formación y educación del cuidador para asegurar el uso correcto del dispositivo.
 - c. Los factores que permiten la adherencia del cliente.
48. Aumente la movilización tan rápido como lo tolere el paciente. El reposo absoluto en cama no es recomendable para la prevención y curación de las úlceras por presión.
49. No utilice flotadores, anillos o rodetes para el posicionamiento del individuo.
50. Se aconseja un programa de rehabilitación, restauración o de actividad con un equipo interprofesional coherente con el estado funcional del paciente y los objetivos de cuidados. Consulte con el terapeuta ocupacional o con el fisioterapeuta según corresponda.
51. Continuidad de cuidados: Al transferir un paciente de un centro a otro conviene notificar la necesidad de SEMP. Del mismo modo es preciso articular la continuidad y coherencia de los cuidados de prevención de lesiones por presión entre los diferentes entornos de la práctica clínica.

Poblaciones especiales

Además de las medidas generales de prevención se deben tener algunas precauciones específicas.

52. Personas obesas:
 - a. Valore todos pliegues de la piel con regularidad. Use almohadas u otros dispositivos de colocación para descargar el pliegue abdominal u otros grandes pliegues y prevenir la presión de piel sobre piel.
 - b. Use camas que soporten adecuadamente el peso de la persona. Proporcione superficies de apoyo de redistribución de la presión y equipos apropiados para el tamaño y peso del individuo.
53. Personas en cuidados críticos:
 - a. Evalúe la necesidad de cambiar la superficie de apoyo en personas con mala oxigenación local y sistémica o una perfusión pobre, personas con ventilación

respiratoria temporal, o con inestabilidad espinal o hemodinámica. Inicie un programa de cambios posturales tan pronto como sea posible después del ingreso.

54. Adultos mayores:

- a. Considere el estado cognitivo del paciente e involucre a la familia o tutor legal al establecer los objetivos del cuidado.
- b. Seleccione apósitos no traumáticos para prevenir y tratar las úlceras por presión con el fin de reducir el riesgo de nuevas lesiones en la piel frágil de los mayores.
- c. Vigile especialmente la incontinencia y los cambios de posición regulares, en adultos mayores dependientes.

55. Personas en el quirófano:

- a. Considere los factores adicionales de riesgo para los pacientes sometidos a cirugía, incluyendo:
 - i. Duración de tiempo inmovilizado antes de la cirugía, y con reducción de la movilidad después de la misma. Duración de la intervención.
 - ii. Baja temperatura central o episodios de hipotensión durante la cirugía.
- b. Utilice una superficie de soporte de presión alterna o una superficie reactiva de alta especificación en la mesa de operaciones de personas en riesgo de UPP.

56. Personas con lesión de la médula espinal:

- a. Promueva y facilite la autogestión de las personas con lesión medular.

Considere el uso de la estimulación eléctrica para las localizaciones anatómicas en riesgo de desarrollar úlceras por presión en personas con lesión de la médula espinal.

57. En cuidados paliativos:

- a. Considere el uso de la herramienta de Hunters-Hill (anexo 1) para la valoración de estos pacientes.
- b. Considere las preferencias, la tolerancia y el confort del paciente en los cambios posturales.

Estrategia educativa: Formación del personal

58. Forme a los profesionales de la salud en la prevención de úlceras por presión. El programa educativo incluirá información de los siguientes aspectos:

- a. Etiología y factores de riesgo de las úlceras por presión.
- b. Uso de herramientas de valoración.
- c. Valoración de la piel.

- d. Clasificación de las úlceras por presión.
 - e. Aspectos nutricionales de la prevención de úlceras por presión.
 - f. Selección y uso de superficies de apoyo y redistribución de la presión.
 - g. Implementación de un programa individual de cuidados de la piel, y un plan de cuidados preventivo.
 - h. Demostración de cambios posturales y transferencia.
 - i. Instrucciones sobre la documentación precisa de los datos. Registro de la valoración de riesgos y plan de cuidados preventivo.
 - j. Roles y responsabilidades del equipo en la valoración y prevención de UPP.
 - k. Importancia de un enfoque interprofesional;
 - l. Educación del individuo y sus cuidadores informales
- 59.** Evalúe regularmente los conocimientos y las actitudes del personal de la plantilla en valoración y prevención de UPP.
- 60.** Las guías de buenas prácticas serán más efectivas si se tienen en cuenta las circunstancias locales y son difundidas en los programas educativos y de formación continuada.
- 61.** Tenga en cuenta que las guías podrán implantarse con éxito si existen recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados.
- 62.** Las instituciones han de desarrollar un plan de implantación que incluya:
- a. Evaluación de los requisitos institucionales y de los obstáculos para la formación.
 - b. El compromiso de todos los miembros (ya sea en el desempeño de una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir al proceso de implantación.
 - c. Dedicación de una persona cualificada para proporcionar el apoyo necesario a los procesos de formación e implantación.
 - d. Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
 - e. Oportunidades para reflexionar acerca de la experiencia personal y organizativa a la hora de implantar las guías.

Estrategia educativa: Educación sanitaria del paciente/cuidador

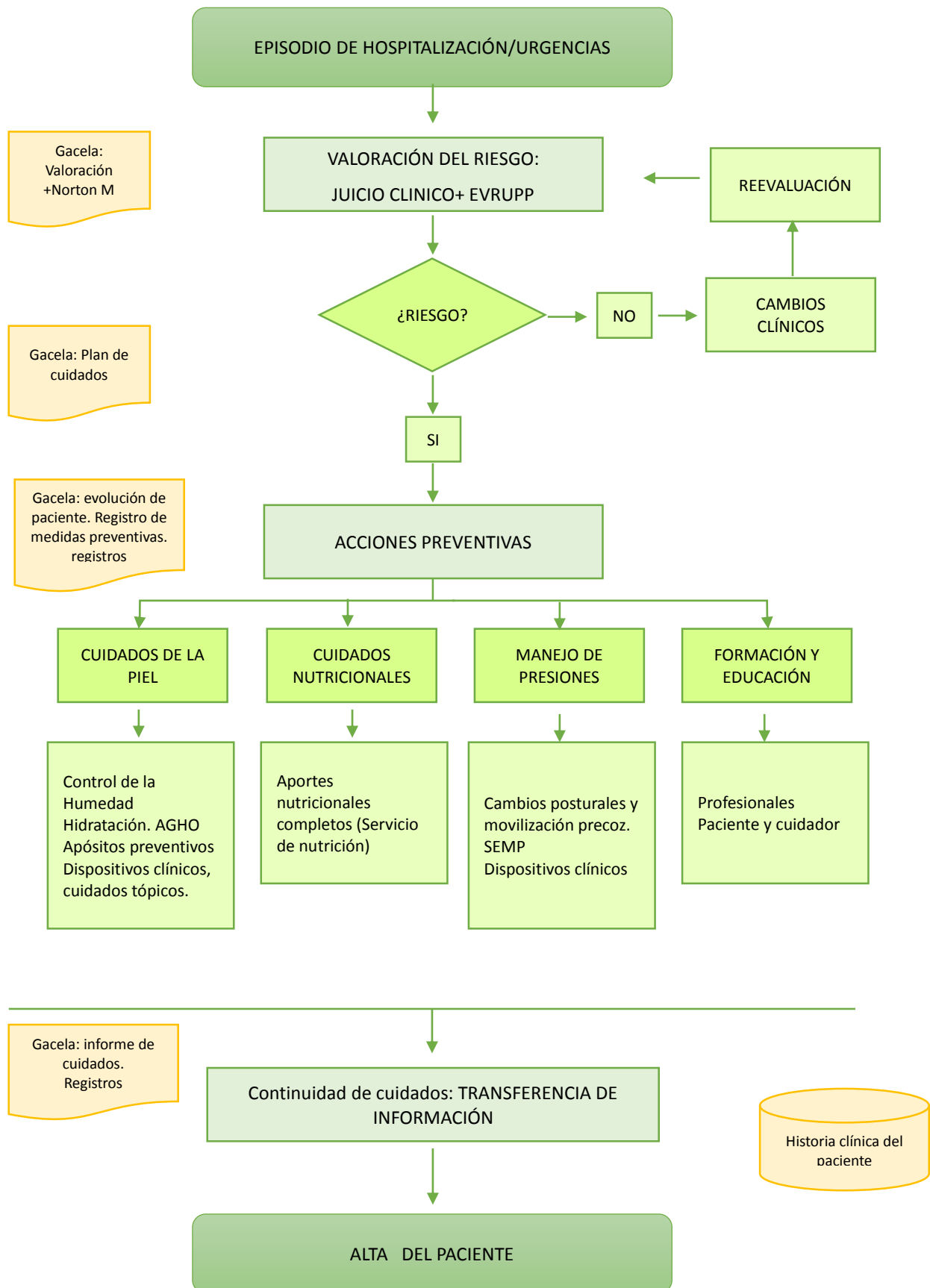
- 63.** Cuidados de nutrición. Proporcione información y consejo a pacientes y/o cuidadores de cómo seguir una dieta equilibrada para mantener un estado nutricional adecuado.
- 64.** Ofrezca información adaptada a las personas en riesgo de desarrollar una úlcera por presión y a sus familiares o cuidadores. La información debe ser entregada por un profesional de la salud capacitado o con experiencia e incluir:

- a. Las causas de una úlcera por presión.
- b. Los primeros signos de una úlcera por presión.
- c. Formas de prevenir una úlcera por presión.
- d. Las implicaciones de tener una úlcera por presión (por ejemplo, para la salud general, las opciones de tratamiento y el riesgo de desarrollar úlceras por presión en el futuro).
- e. Técnicas y equipos utilizados para prevenir una úlcera por presión.

Documentación y registro

65. Documente todas las valoraciones de riesgo. Inserte la escala de valoración recomendada en su centro.
66. Documente los hallazgos específicos de valoración de la piel en la historia clínica.
67. Documente un plan de cuidados preventivos individualizado para pacientes que han sido evaluados como de riesgo de desarrollar una úlcera por presión.
68. Documente de los cambios posturales. Registre los regímenes de cambios posturales, especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluya una evaluación del resultado del régimen de cambios posturales.
69. Documente la evolución del paciente respecto a la prevención de las UPP.
70. Facilite la continuidad de cuidados, documente y comunique la información relacionada con la prevención de UPP.

ALGORITMO DE VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE UPP EN EL HOSPITAL



INDICADORES

- Indicadores estructurales:
 - Nº de horas de enfermera por paciente, día y unidad/servicio. Mensual.
 - Nº de horas de TCAE por paciente, día y unidad/servicio. Mensual.
 - Nº de jornadas de ausencia de enfermera por cualquier causa por unidad/servicio. Mensual.
 - Nº de jornadas de ausencia de TCAE por cualquier causa por unidad/servicio. Mensual.
 - Nº de enfermeras que han realizado formación en UPP en los dos últimos años (año en curso y anterior) por unidad/servicio. Anual.
 - Nº de TCAE que han realizado formación en UPP en los dos últimos años (año en curso y anterior) por unidad/servicio. Anual.
- Indicadores de Proceso:
 - Porcentaje de valoraciones al ingreso del riesgo de UPP (escala Norton o Braden) por unidad/servicio. Mensual.
- Indicadores de Resultado:
 - Incidencia: porcentaje de personas que han desarrollado una úlcera por presión durante su estancia en la unidad/servicio. Mensual.

GLOSARIO

Ácidos Grasos HiperOxigenados (AGHO): Compuestos formados por un conjunto de ácidos grasos esenciales, obtenidos por un particular proceso de hiperoxigenación, que favorecen la restauración del film hidrolipídico, evitando la deshidratación cutánea y mejorando la microcirculación sanguínea¹⁸.

Alivio de presión: Capacidad de una superficie para disminuir la presión en el punto de contacto entre la superficie del cuerpo y la superficie de apoyo, y además mantiene la presión constantemente por debajo de la presión de cierre capilar¹⁸.

Apósito: Producto que se puede utilizar para aislar, cubrir, proteger y optimizar el proceso de cicatrización de una herida. También se denomina apósito un grupo de materiales que, aunque no cubran totalmente la herida, tienen la capacidad de actuar localmente modificando las condiciones del lecho de la lesión. Algunos apósitos cubren y protegen la herida sin requerir un método de fijación externa; otros necesitan un apósito secundario para fijarlos o para poder crear condiciones de ambiente húmedo⁶.

Cambios posturales: Cambios de la posición corporal de la persona para redistribuir la presión sobre los puntos óseos que están en contacto con la superficie sobre la que se apoya el cuerpo. La frecuencia viene determinada por la respuesta de la piel, la superficie de apoyo usada y el estado general de la persona. Los cambios de posición de una persona se llevan a cabo para reducir la duración y magnitud de la presión sobre áreas vulnerables del cuerpo y contribuir a la comodidad, la higiene, la dignidad y la capacidad funcional¹⁹.

Cizalla: El término cizalla o cizallamiento se refiere a la fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos (dos fuerzas que van en dirección paralela y sentido opuesto), pero paralelos, lo que ocasiona una fricción que puede dar origen a lesiones en la dermis. Combina los efectos de presión y fricción y, debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente. Fuerza tangencial entre la piel y planos profundos.

Colchón de espuma de alta densidad: Superficie especial para el manejo de la presión para la prevención de UPP. Ha de reunir las siguientes propiedades: Resistente e indeformable, que se adapte al cuerpo facilitando un reparto equilibrado de la presión. Transpirable, con sistemas que permitan la ventilación, evitando la humedad y la aparición de ácaros. Antialérgico. Libre de látex. Adaptable a camas articuladas¹⁸.

Colchón/sobrecolchón de aire alternante: Superficie que ofrece una superficie conformada por celdas de aire que se inflan y desinflan secuencialmente y alivian la presión en diferentes sitios anatómicos durante periodos cortos; pueden incorporar o no, un sensor de presión. Son numerosos los modelos disponibles en el mercado y varían en sus características¹⁸.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, una familia o una comunidad que los profesionales de enfermería identifican, validan y tratan de manera independiente⁶.

Diascopia: Acción de presionar con dos laminillas de microscopio la superficie cutánea. Facilita saber si el color rojo de una mancha cutánea es debido a la dilatación capilar (eritema) o a la extravasación de sangre (púrpura). Aplicar presión utilizando un disco transparente sobre la zona enrojecida hace mucho más fácil observar si el área palidece o no. También puede evaluarse con un método de palpación con el dedo, si el área enrojecida palidece cuando se aplica una presión suave con el dedo, no hay signos de daño tisular y no se consideraría UPP. Si el enrojecimiento persiste se puede catalogar como ulcera de categoría I ^{6,18}.

Eritema: Enrojecimiento de la piel por la dilatación de los capilares superficiales^{19,1}.

Eritema que no palidece: Enrojecimiento que persiste al aplicar presión con la punta del dedo, normalmente sobre una prominencia ósea. En la piel de pigmentación oscura, dicha palidez puede no ser visible. Su presencia es síntoma de una lesión por presión de categoría 1 ^{19,1}.

Eritema que palidece: Zona enrojecida que se blanquea o palidece temporalmente cuando se aplica presión sobre la piel. Su presencia en un punto de presión suele deberse a una respuesta hiperémica ^{19,1}.

Estimulación eléctrica: Uso de una corriente eléctrica para transmitir energía controlada por una fuente de electricidad. Actualmente, en el ámbito de la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión, la estimulación eléctrica está emergiendo como tratamiento para la cicatrización de heridas^{19,1}.

Fricción (fuerza de fricción): Resistencia al movimiento en dirección paralela con relación al límite común entre dos superficies, como cuando se arrastra la piel sobre una superficie. Fuerza que se ejerce en paralelo a la piel produciendo roces, por movimientos o arrastres ^{19,1}.

Fuerza de fricción dinámica: Es la fuerza que existe entre dos superficies en contacto, que se opone al movimiento relativo entre ambas superficies. Si la fuerza que se opone al inicio del deslizamiento es una fuerza de fricción estática¹⁸.

Guías de práctica clínica o guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática (basadas en la mejor evidencia disponible) para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención sanitaria más adecuada en circunstancias clínicas específicas¹⁶.

Indicador: Instrumento que facilita la toma de decisiones, ya que proporciona una información relevante sobre una situación y su evolución⁶.

Lesiones por humedad (LESCAH): A propuesta del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), es “la lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y / o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudado de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco)” ⁴.

Presión (en el punto de contacto): Es la fuerza por unidad de área que actúa perpendicularmente entre el cuerpo y la superficie de apoyo. Influye en ella la rigidez y el espesor de la superficie de apoyo, la composición del tejido corporal y la geometría del cuerpo sustentado. Como consecuencia de la gravedad, la fuerza perpendicular a la piel, provoca un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). Una presión superior a la necesaria para el cierre capilar (alrededor de 17 mm de Hg.), ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. La formación de una UPP depende tanto de la presión como del tiempo que ésta se mantiene; Kösiak demostró que una presión de 70 mm de Hg. durante 2 horas puede originar lesiones isquémicas. ^{16,5}

Productos barrera: Se considera como producto barrera a todos los preparados que protegen la piel de la humedad, orina, heces u otras sustancias tóxicas para ella, mediante un revestimiento impermeabilizante. Estos productos pueden presentarse en forma de pomadas y/o cremas y pulverizadores que forman una película de barrera no irritante; ambos son protectores cutáneos para el cuidado de la piel ¹⁸.

Recomendaciones: Son informaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes y usuarios a tomar decisiones sobre la atención de salud apropiada en situaciones clínicas específicas. La “fuerza de la recomendación” indica la confianza que el profesional de la salud puede tener en que la práctica recomendada mejorará los resultados del paciente (es decir hará más bien que mal)

Superficies de alivio de la presión: Superficies que reducen la presión constantemente por debajo de la presión de cierre capilar. La presión de cierre capilar bloquea el flujo sanguíneo a los tejidos, produciendo anoxia en éstos y pudiendo llegar a ocasionar la muerte celular. En personas sanas, suele situarse en un intervalo de 28-32 mm de Hg. La cantidad de presión requerida desciende a 12 o menos en personas con problemas de salud ¹⁶.

Superficies de espuma de alta especificidad: material consistente en un polímero poroso que se deforma en proporción al peso aplicado. El aire circula lentamente entre el espacio existente

entre las células de la espuma, lo que permite que la superficie mantenga y recuerde, el contorno y la forma del cuerpo que tenía previamente¹⁸.

Superficies de reducción de la presión: Superficies que disminuyen la presión en el punto de contacto en comparación con un colchón convencional de un hospital o una silla, pero no la reducen de manera constante por debajo de la presión de cierre capilar¹⁶

Superficies especiales de manejo de presión activa o dinámica: Son SEMP que permiten variar de forma continua los niveles de presión entre la superficie del dispositivo y la piel de la persona sin que exista una aplicación de energía externa del paciente (paciente inmóvil) o de otra persona externa (cambios posturales). Esta SEMP redistribuye su contenido (agua o aire) según unos ciclos de tiempo, llamados ciclos de alternancia. Este tipo de superficies incluye los colchones y sobrecolchones de presión alternante¹⁸.

Superficies especiales de manejo de presión estáticas: Son aquellas SEMP que no realizan movimientos por sí mismas. Sus propiedades de redistribución se deben a las características de su contenido. Este contenido es muy diverso y se pueden crear combinaciones de diferentes materiales en búsqueda de una mejor redistribución. Esta familia necesita que se produzca una energía externa para realizar cambios de presión en la piel del sujeto. Aquí se incluyen los colchones de espuma de alta densidad¹⁸.

Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): superficie o dispositivo especializado cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima y que abarca el cuerpo del individuo, o una parte del mismo, según las distintas posiciones funcionales posibles^{18,6}.

SIGLAS

EPUAP: Grupo Europeo de Úlceras por Presión (por European Pressure Ulcer Advisory Panel)

GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión

GRADE: (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): El sistema GRADE es una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitarias. El grupo de trabajo de evaluación, desarrollo y evaluación de calificaciones (GRADE) se inició en el año 2000 y ha desarrollado un enfoque común, sensible y transparente para calificar la calidad (o certeza) de la evidencia y la fuerza de

las recomendaciones. Muchas organizaciones internacionales han contribuido al desarrollo del enfoque GRADE, que ahora se considera el estándar en el desarrollo de directrices. © 2004-2018 - The GRADE Working Group -

NGC: National Guideline Clearinghouse es una extensa base de datos maericana de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y documentos relacionados. La elabora la Agency for Health Research and Quality (AHRQ), en colaboración con la American Medical Association (AMA) y la America’s Health Insurance Plans (AHIP). Para su evaluación utiliza los criterios de AGREE.

NICE: Instituto Nacional de Excelencia Clínica (por National Institute for Clinical Excellence)

NPUAP: Grupo Americano de Úlceras por Presión (por National Pressure Ulcer Advisory Panel)

PPPIA: Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Incluye:

- Australian Wound Management Association: www.awma.com.au
- New Zealand Wound Care Society: www.nzwcs.org.nz
- Hong Kong Enterostomal Therapists Association: www.etnurse.com.hk
- Wound Healing Society (Singapore): www.woundhealingsociety.org.sg

RNAO: Asociación de Enfermería de Ontario (Registered Nurses’ Association of Ontario)

ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA: N-N-N

El proceso de atención de enfermería recoge de forma estructurada los cuidados referidos a la evaluación del riesgo y prevención de úlceras por presión. El grupo elaborador de la guía propone la siguiente planificación de cuidados:



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 0249: RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN.

NOC e INDICADORES:

Integridad tisular: piel y membranas mucosas. NOC1101

- Temperatura de la piel (¹Escala a).
- Sensibilidad (Escala a).
- Hidratación (Escala a).
- Integridad de la piel (Escala a).
- Lesiones cutáneas (Escala n).
- Eritema (Escala n).
- Palidez (Escala n).

NOC 0305: Auto higiene: higiene.

- Se lava las manos (Escala a).
- Se lava la zona perineal (Escala a).
- Mantiene la higiene oral (Escala a).
- Mantiene la higiene corporal (Escala a).

NOC 0900: Cognición.

- Está orientado (Escala a).
- Procesa la información (Escala a)
- Comunicación adecuada según la edad (Escala a).

NOC 0500: Continencia intestinal.

- Mantiene control de la eliminación de heces (Escala m).
- Evacuación normal de heces; al menos cada 3 días (Escala m).
- Diarrea (Escala t).
- Estreñimiento (Escala t).
- Ingiere una cantidad de líquidos adecuada (Escala m).
- Ingiere una cantidad de fibra adecuada (Escala m).
- Moja la ropa interior durante el día (Escala t).
- Moja la ropa interior o la cama durante la noche (Escala t).

NOC 0502: Continencia urinaria.

- Ropa interior mojada durante el día (Escala t).
- Ropa interior o de la cama mojada durante la noche (Escala t).
- Ingesta hídrica en rango esperado (Escala m).
- Capaz de usar el inodoro de forma independiente (Escala).
- Identifica medicaciones que interfieren con el control urinario (Escala m).

NOC 0401: Estado circulatorio.

- Presión arterial sistólica (Escala b).
- Presión arterial diastólica (Escala b).
- Fatiga (Escala n).
- Saturación de oxígeno (Escala b).
- Palidez (Escala n).
- Edema con fovea (Escala n).

¹ Escalas de evaluación de indicadores:

Escala a: Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido

Escala b Desviación Grave del rango normal hasta SIN desviación del rango normal

Escala n desde Grave a Ninguno

Escala m Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado

Escala t Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado

- Úlceras en extremidades inferiores (Escala n).

Estado nutricional. NOC 1004

- Ingestión de alimentos (Escala b).
- Relación peso/talla (Escala b).
- Ingesta de líquidos (Escala b).
- Hidratación (Escala b).

Movilidad. NOC 0208

- Mantenimiento del equilibrio (Escala a).
- Mantenimiento de la postura corporal (Escala a).
- Movimiento muscular (Escala a).
- Movimiento articular (Escala a).
- Realización del traslado (Escala a).
- Ambulación (Escala a).
- Se mueve con facilidad (Escala a).

Perfusión tisular periférica. NOC 0407

- Temperatura de extremidades caliente (Escala b).
- Llenado capilar de los dedos de las manos (Escala b).
- Llenado capilar de los dedos de los pies (Escala b).
- Presión sanguínea sistólica (Escala b).
- Presión sanguínea diastólica (Escala b).
- Palidez (Escala n).
- Rubor (Escala n).

NIC Y ACTIVIDADES:

Prevención de úlceras por presión. NIC 3540

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Norton Modificada).
- Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.

Vigilancia de la piel. NIC 3590

- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación edema y ulceración en las extremidades.

Manejo de presiones. NIC 3500

- Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.
- Facilitar pequeños cambios de la carga corporal.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin

apoyar en la cama.

- Comprobar la movilidad y actividad del paciente.
- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.

Cuidados de la piel: tratamiento tópico. NIC 3584

- Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
- Proporcionar soporte a zonas edematosas (almohada bajo los brazos y soporte para el escroto), si procede.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.

Ayuda con el autocuidado. NIC 1800

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.

Ayuda con el autocuidado: Baño/Higiene. NIC 1801

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Mantener rituales higiénicos.

Ayuda con el autocuidado: Alimentación. NIC 1803

- Registrar la ingesta si resulta oportuno.
- Identificar la dieta prescrita.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Ayuda con el autocuidado: Transferencia. NIC 1806

- Proporcionar mecanismos de ayuda (p.ej., barras en las paredes, cuerdas atadas en cabecera y en los pies de la cama para moverse del centro al borde de la cama) para ayudar al individuo a moverse por sí solo, según corresponda.

Cuidados de la incontinencia intestinal. NIC 0410

- Colocar pañales de incontinencia, si es preciso.
- Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos.
- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Determinar el inicio y tipo de incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y

cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.

Cuidados de la incontinencia urinaria. NIC 0610

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, medicamentos y residuo después de la eliminación).

Manejo de la nutrición. NIC 1100

- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
- Pesar al paciente a intervalos adecuados.
- Cálculo del IMC.
- Vigilar los niveles de energía, fatiga y debilidad. Determinar si el paciente necesita una dieta especial.
- Disponer una derivación / consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.

Regulación de la temperatura. NIC 3900

- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración si procede.
- Observar color y temperatura de la piel.
- Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/spanish-translation-grg.pdf>
2. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Sanidad 2015. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. Madrid. Disponible en http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf
3. Rodríguez Ferrer M, Tejedor Franco A, Hernández Ortega E, Esteban Montero A, Abejón Arroyo A. Guía para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en atención especializada. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Valladolid, 2008.
4. Rumbo-Prieto J. M., Arantón-Areosa L., López-de los Reyes R., Vives-Rodríguez E. *Guía práctica de lesiones cutáneas asociadas a la humedad* [Guía Práctica nº7]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016. Disponible en <https://www.ulceras.net/monografico/129/122/ulceras-por-presion-lesiones-por-humedad.html>
5. Ulceras.Net: espacio divulgativo sobre heridas. Úlceras por presión: Etiopatogenia. 2018. Disponible en <https://www.ulceras.net/seccion.php?idsm=77&id=97>
6. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. Edición consejería de salud. Febrero 2018. GOIB. DISPONIBLE EN <https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2018/05/guiaXbaleares.pdf>.
7. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014;25(4):162-170. Jaen.
8. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Disponible en <http://gneaupp.info/seccion/biblioteca-alhambra/guias-biblioteca-alhambra/guias-de-ulceras-por-presion/>
9. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
10. Grupo de trabajo de Enfermería basada en la Evidencia de Aragón. Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia 2009.
11. Herramienta para la consulta, formación y creación de planes de cuidado con NANDA, NOC, NIC disponible en <https://www.nnnconsult.com/>. 2018 Elsevier. NNNconsult, <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es.nnnconsult.publicaciones.castillayleon.es>
12. Grupo "Desarrollo de interrelaciones NNN" Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias Interrelaciones NANDA-NIC de los diagnósticos prevalentes en atención especializada. Mayo 2010. Disponible en <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud> y en <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/metodologia-enfermera>.
13. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Prevention of pressure ulcers. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2014 Jan 01. [cited 2018 Jul 12]. Available: <https://www.guideline.gov>
14. NGC National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention of pressure ulcers. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014. p. 42-78.
15. NICE Pressure ulcers: prevention and management Clinical guideline. National institute for health and care, NICE Published: 23 April 2014. London. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179>

16. Versión española traducida del: Versión española traducida de: Registered Nurses Association of Ontario (Año 2005. Actualización 2011). Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario. Disponible en http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0025_PrevenionUlcerasPresion_2011.pdf . También en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/D0025_UlcerasPresion_spp_01052015.pdf
17. Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C, García Rodríguez R. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión en adultos. 2015 Edita: Osakidetza, disponible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/3_guia_recomendaciones_ulceras.pdf
18. Guía FASE para la prevención de las úlceras por presión. Consejería de salud servicio andaluz de salud. Picuida: estrategia de cuidados de Andalucía. 2017. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: www.picuida.es Y en <https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2017/06/guiauppXFASE.pdf>
19. Versión española de Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, 2016). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales, Tercera edición. Toronto, on: Registered Nurses' Association of Ontario.
20. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con Úlceras por Presión o riesgo de padecerlas. Valencia 2012. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Disponible en www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
21. Interventions for prevention and treatment of pressure ulcers. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014. p. 79-125.
22. Special populations. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington (DC): National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2014. p. 209-52.
23. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUUP nº11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2009. Disponible en https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/19_pdf.pdf
24. Mini Nutritional Assessment (MNA) by Mna-elderly.com. Disponible en : https://controlnutricional.files.wordpress.com/2011/02/mna_spanish.pdf
25. Rodríguez-Palma M, Lopez Casanova P, García Molina P, Ibars Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUUP nºXIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2011
26. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de Las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009. Disponible en <https://www.riojasalud.es/profesionales/enfermeria/2585-guia-ulceras-por-presion>.

ANEXOS

1. ESCALAS DE EVALUACION DEL RIESGO (EVRUPP)
2. ESCALA DE EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL
3. SEMPS
4. BEST PRACTICE EN DISPOSITIVOS CLINICOS
5. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.

1. ESCALAS DE EVALUACION DEL RIESGO (EVRUPP)²³

a. NORTON MODIFICADA

La escala de valoración del riesgo “Escala de Norton Modificada por el INSALUD” (En 1995 introduce el parámetro de estado nutricional y permite una puntuación numérica más completa y exacta). Se fija un cambio numérico de índice de riesgo en < 14. Riesgo Alto: Entre 1 -12. Riesgo Medio: Entre 13 -14. Riesgo Bajo: Mayor de 14.

Escala de Norton

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
Bueno	Alerta	Total	Ambulante	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estupor/coma	Inmóvil	Encamado	Urinaria + fecal	1

ESCALA DE NORTON MODIFICADA INSALUD

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
BUENO 4 Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2.000Kcal. IMC 20-25.% estándar 90. Ingesta de líquidos: 1.500-2.000 cc/día (8-10 vasos). Temperatura corporal: 36-37°C Hidratación: persona que mantiene peso con relleno capilar rápido. Mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo con pinzamiento.	ALERTA 4 Paciente orientado en tiempo, lugar y personas. Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles. Comprende la información. Valoración: solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.	TOTAL 4 Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.	AMBULANTE 4 Independencia total No necesita depender de otra persona. Capaz de caminar solo, aunque se ayuda de aparatos con más de un punto de apoyo o prótesis.	NINGUNA 4 Control de ambos esfínteres Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal. Un portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo.
MEDIANO 3 Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2.000Kcal. IMC ≤20 <25.% estándar 80. Ingesta de líquidos: 1.000-1.500 cc/día (5-7 vasos) Temperatura corporal: 37-37,5°C. Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.	APÁTICO 3 Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante. Valoración: dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.	DISMINUIDA 3 Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.	CAMINA CON AYUDA 3 La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con aparatos con más de un punto de apoyo (bastones triples, cuádruples, andadores, muletas)	OCASIONAL 3 No controla esporádicamente uno de los esfínteres en 24 horas.
REGULAR 2 Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1.000Kcal. IMC>50 % estándar 70. Ingesta de líquidos: 500-1.000 cc/día (3-4 vasos) Temperatura corporal: 37,5-38°C. Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	CONFUSO 2 Inquieto, agresivo, irritable, dormido. Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. Si no hay estímulos fuertes, vuelve a dormirse. Intermitente desorientación en tiempo, lugar y/o personas. Valoración: pellizcar la piel, pinchar con una aguja.	MUY LIMITADA 2 Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.	SENTADO 2 La persona no puede caminar, no puede mantenerse en pie, es capaz de mantenerse sentado o puede moverse en una silla o sillón. La persona precisa ayuda humana y/o mecánica	URINARIA O FECAL 2 No controla uno de los dos esfínteres permanentemente. Colocación adecuada del colector, con atención a fugas, pinzamientos o fijación.
MUY MALO 1 Nutrición: persona que realiza 1 comidas/día. Toma la 1/3 del menú, una media de 1 raciones de proteínas/día y menos de 1.000Kcal. IMC>50 % estándar 60. Ingesta de líquidos: <500cc/día (<3 vasos) Temperatura corporal: >38,5°C ó <35,5°C. Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.	a)ESTUPOROSO b)COMATOSO 1 Desorientación en tiempo lugar y personas. a) Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. b) Ausencia total de respuesta, incluso refleja. Valoración: presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.	INMÓVIL 1 Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener a posición corporal o sustentarla.	ENCAMADO 1 Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total) Precisa de ayuda para cualquier objetivo (asarse, comer, etc).	URINARIA+FECAL 1 No controla sus esfínteres

b. EVRUPP de BRADEN²³

Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de lesiones
1. Completamente limitada	1. Constantemente húmeda	1. Encamado	1. Completamente inmóvil	1. Muy pobre	1. Problema
2. Muy limitada	2. A menudo húmedo	2. En silla	2. Muy limitada	2. Probablemente inadecuada	2. Problema potencial
3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente húmeda	3. Deambula ocasionalmente	3. Ligeramente limitada	3. Adecuada	3. No existe problema
4. Sin limitaciones	4. Raramente húmeda	4. Deambula frecuentemente	4. Sin limitaciones	4. Excelente	

Rango de puntuación: 6 a 23 puntos.

Puntos de corte: ≤ 16 riesgo bajo ≤ 14 riesgo moderado y ≤ 12 riesgo alto.

c. EVRUPP DE HUNTERS HILL²⁰

ESCALA DE HUNTERS-HILL				
Factor de riesgo	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Sensibilidad	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Movilidad	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Humedad	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Actividad en cama	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Nutrición/cambio de peso	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Estado de la piel	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Fricción / cizallamiento	1 (mejor)	2	3	4 (peor)
Rango: 7 a 28 Bajo riesgo ≤ 11, Riesgo medio: 12-17, Alto riesgo: 18-21 Muy Alto riesgo: >22				

Escala para Evaluación de Riesgo de UPP en pacientes paliativos de Hunters Hill o de Chaplin. Añade un ítem relacionado con la actividad en la cama respecto a la escala Braden.

ESCALA DE BRADEN, detalle. Adaptada de escala de Braden de [ulceras.net](https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf), disponible en https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf


BRADEN	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente NO reacciona ante estímulos dolorosos.	Muy limitada Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. Déficit sensorial en más de la mitad del cuerpo.	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicarse. Presenta alguna dificultad sensorial en al menos una de las extremidades.	Sin limitaciones, no alterada Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	A menudo húmeda La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	Ocasionalmente húmeda Requiere un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia con los intervalos de rutina.
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente Con o sin ayuda, para distancias muy cortas.	Deambula frecuentemente Camina con frecuencia.
MOVILIDAD	Completamente inmóvil No puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo.	Muy limitada Efectúa ligeros cambios de posición de forma ocasional.	Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios de posición del cuerpo.	Sin limitaciones Realiza frecuentemente cambios de posición de forma autónoma.
NUTRICIÓN	Muy pobre Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días	Probablemente inadecuada Generalmente come solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Tomará un suplemento dietético si se le ofrece. Si el aporte es por sonda o vía parenteral, cubre la mayoría de sus necesidades nutricionales.	Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	Es un problema Es imposible movilizarlo en la cama sin deslizarlo. Frecuentemente requiere reposicionamientos. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante	Problema potencial Durante los movimientos, la piel roza ligeramente sobre parte de las sábanas, silla, etc. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición.	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla de forma independiente. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	
NIVEL DE RIESGO	ALTO RIESGO: Puntuación total ≤ 12 /RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos. RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.			

2. ESCALA DE EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL²⁴

Mini Nutritional Assessment MNA, (Nestlé®). Se trata de una escala heteroadministrada para la evaluación del estado nutricional de una persona adulta.

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

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

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) ² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	
Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	<input type="checkbox"/>
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no • carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cribaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición	

Ref Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001 ; 56A : M395-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Owners
© Nestlé, 1994. Revision 2006. N67200 12/99 10M
Para más información: www.mna-elderly.com

Disponible en http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_spanish.pdf

3. SEMPS ^{25,26}

Es recomendable utilizar en todos los niveles asistenciales, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente²⁶.

Paciente	Tipo de SEMPs
Paciente de riesgo bajo	Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos,...)
Pacientes de riesgo medio	Preferentemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias,...) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos, ...)
Pacientes de riesgo alto	Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas, ...)
Pacientes de riesgo medio y alto	Cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.

Disponible en https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/65_pdf1.pdf

4. BEST PRACTICE CON DISPOSITIVOS CLÍNICOS

BUENAS PRÁCTICAS para Prevención de Lesiones por Presión relacionadas con Dispositivos Clínicos

- ✓ **Escoger** el tamaño correcto de dispositivo (s) médico (s) para adaptarse al individuo.
- ✓ **Amortiguar** y proteger la piel con apósitos en áreas de alto riesgo (p. ej., puente nasal).
- ✓ **Retirar o mover** dispositivos extraíbles para evaluar la piel al menos diariamente.
- ✓ **Evitar** colocación de dispositivo (s) sobre sitios que exista una lesión por presión previa.
- ✓ **Educar** al personal sobre el uso correcto de los dispositivos para prevenir daño de la piel.
- ✓ **Tener cuidado** del edema debajo del (los) dispositivo (s) por la potencial rotura de la piel
- ✓ **Confirmar** que los dispositivos no se colocan directamente debajo de un individuo que está postrado en cama o inmóvil

Disponible en <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2013/04/Updated-MDPI-Poster2017.pdf>

5. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN.

- **RNAO. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión¹⁶.** Interpretación de la

evidencia.

Niveles de evidencia

Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi experimental, no aleatorizado.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de la opinión o de los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades.

- GPC EPUAP-NPUAP-PPPIA 2014¹

“Fuerza o nivel de evidencia”, indica el conjunto de pruebas que respalda cada recomendación.

A	La recomendación se ve apoyada por evidencias científicas directas provenientes de ensayos controlados adecuadamente diseñados e implementados en Úlceras por Presión en humanos (o humanos en riesgo de padecer úlceras por presión), que proporcionan resultados estadísticos que apoyan de manera consistente la recomendación de la guía (se requieren estudios de nivel 1). Se incluyen también revisiones sistemáticas o metaanálisis según metodología Cochrane.
B	La recomendación se ve apoyada por evidencias científicas directas provenientes de series clínicas adecuadamente diseñadas e implementadas en Úlceras por Presión en humanos (o humanos en riesgo de padecer Úlceras por Presión), que proporcionan resultados estadísticos que apoyan de manera consistente la recomendación de la guía (estudios de nivel 2, 3, 4 y 5)
C	La recomendación está apoyada por evidencias científicas indirectas (por ejemplo: estudios en sujetos humanos normales, humanos con otro tipo de heridas crónicas, modelos animales) y/o la opinión de los expertos.

Fuerza de las recomendaciones

El objetivo general de la "Fuerza de la recomendación" es ayudar a los profesionales de la salud para priorizar las intervenciones.

++	Recomendación fuertemente positiva: Definitivamente Hacer
+	Recomendación débilmente positiva: Probablemente Hacer
0	Recomendación no especificada
-	Recomendación débilmente negativa: Probablemente No Hacer
--	Recomendación fuertemente negativa: Definitivamente No Hacer

– **El sistema GRADE:**

- Calidad de la evidencia:

Alta	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado obtenido.
Moderada	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
Muy baja	Cualquier resultado estimado es muy incierto

- Fuerza de las recomendaciones
- Las recomendaciones para llevar a cabo una determinada intervención o no hacerlo deberían estar basadas en el balance entre los beneficios que aporta y los riesgos, los inconvenientes y, potencialmente, los costes. El sistema GRADE solo tiene dos niveles de recomendaciones: fuertes y débiles.
 - Una recomendación es considerada *fuerte* cuando los clínicos están muy seguros de uno de estos aspectos:
 - Los beneficios claramente son superiores a los riesgos y a los inconvenientes.
 - Los beneficios claramente no son superiores a los riesgos y a los inconvenientes.
 - Por el contrario, una recomendación es considerada *débil* cuando los clínicos consideran uno de estos aspectos:
 - Beneficios, riesgos e inconvenientes mantienen un equilibrio estrecho.
 - Existe incertidumbre apreciable sobre la magnitud de los beneficios y de los riesgos.

En la toma de decisiones clínicas, los profesionales de la salud son cada vez más conscientes de la importancia de los valores y de las preferencias de los pacientes. Por ello, cuando un paciente completamente informado opta por una opción diferente basándose en sus valores y sus preferencias, las guías deberían ofrecer recomendaciones débiles.

– **NICE¹⁵**

La terminología para expresar la fuerza de la recomendación: suele empezar con un verbo que indica lo que hay que hacer o lo que no hay que hacer.

Terminología Fuerza de la recomendación:

- “Ofrecer”, utilizar, evaluar, registrar, documentar...: Cuando estamos seguros de que una intervención será más beneficiosa que dañina y será eficiente.
- “No ofrecer²”: Cuando estamos seguros de que una intervención no va a ser beneficiosa para la mayoría de los pacientes.

“Considerar”: Cuando estamos seguros de que una intervención será más beneficiosa que dañina para la mayoría de los pacientes, pero otro tipo de intervenciones pueden ser igualmente eficientes. En este caso, es más probable que la elección de la intervención dependa de los valores y de las preferencias del paciente; por tanto, el profesional sanitario debe dedicar más tiempo a considerar y discutir las opciones con el paciente.