



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de
Teruel**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017/ 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:
ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DEL HOSPITAL
OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Autor/a: Pablo Gascón Sáez

Tutor: Laura Isabel Comín Novella

INDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN	7
3. OBJETIVOS	13
4. METODOLOGÍA	13
4.1 PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO	13
4.2 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	15
4.4 ÁMBITO DE POBLACIÓN	16
4.5 DECLARACIÓN DE INTERESES.....	16
5. DESARROLLO	17
6. CONCLUSIONES.....	20
7. BIBLIOGRAFÍA.....	21
8. ANEXOS.....	26
Anexo I.....	26
Anexo II.....	27

1. RESUMEN

Introducción

La úlcera por presión (UPP) es un tipo de lesión que se produce en la piel, secundaria a un proceso de isquemia, afectando a las diferentes capas de la piel: dermis, tejido subcutáneo, músculo e incluso el hueso.

Conllevan un importante deterioro en el nivel de salud y calidad en el paciente, presentan una gran prevalencia e incidencia, y en la mayoría de los casos su manejo se encuentra en desconocimiento e implica una dificultad añadida.

Esto pone de manifiesto que es de vital importancia una adecuada prevención y un tratamiento posterior, bajo las pautas recogidas en los protocolos.

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es elaborar una actualización del protocolo de úlceras por presión del Hospital Obispo Polanco de Teruel, y a su vez elaborar un díptico de consulta básica sobre la prevención y el tratamiento de las UPP, y que este pueda estar publicado en la intranet del Centro para consulta del personal de enfermería.

Metodología

Para la elaboración de este trabajo se recogió el protocolo sobre la prevención de las UPP del Centro, y otro protocolo interno sobre la prevención y el tratamiento de las UPP del servicio de Cirugía.

Posteriormente se ha llevado a cabo la actualización del protocolo sobre la prevención y el tratamiento de las UPP del Centro. Además se ha elaborado un díptico de consulta básica en cuanto a prevención y tratamiento de las UPP.

Conclusiones

Es necesario tener unos buenos conocimientos acerca de las diversas formas de prevenir la formación de úlceras por presión y conocer cuáles son las líneas a seguir en función del tipo de lesión. Además es imprescindible la uniformidad de los criterios de elección del tratamiento adecuado.

Palabras clave

- Úlceras por presión
- Prevención
- Cuidados

1. ABSTRACT

Introduction

Ulcer by pressure (UPP) is a type of injury that occurs in the skin, secondary to a process of ischemia, affecting the different layers of the skin: dermis, subcutaneous tissue, muscle and even bone. They carry a significant deterioration in the level of health and quality of the patient, have a high prevalence and incidence, and in most cases their management is in ignorance and implies an added difficulty. This shows that is of vital importance to a proper prevention and subsequent treatment, under the guidelines listed in the protocols.

Objectives

The main objective of this work is to develop an update of the Protocol of the Hospital Polanco Bishop of Teruel pressure sores, and in turn develop a diptych of basic consultation on the prevention and treatment of the UPP, and that it can be published in the intranet of the Center for inquiry of the nursing staff.

Methodology

For this study was collected the Protocol on the prevention of the UPP in the Center, and other internal protocol on the prevention and treatment of the UPP of the Center. In addition it has developed a diptych of basic inquiry regarding prevention and treatment of the UPP.

Conclusions

It is necessary to have some good knowledge about various ways to prevent the formation of ulcers by pressure and know what are the lines to be followed depending on the type of lesion. The uniformity of the criteria of choice of appropriate treatment is also essential.

Key words

- Pressure ulcers
- Prevention
- Care

2. INTRODUCCIÓN

La úlcera por presión¹ (UPP), también denominada úlcera de decúbito o escara², puede ser de origen iatrogénico o no iatrogénico³, es una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente con la consiguiente pérdida de integridad cutánea. Se forman en la mayoría de los casos sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión, isquemia y fuerza de cizalla, y también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa.^{4, 5}

La aparición de este tipo de lesiones viene dada por una serie de factores de riesgo:^{6, 7, 18, 19}

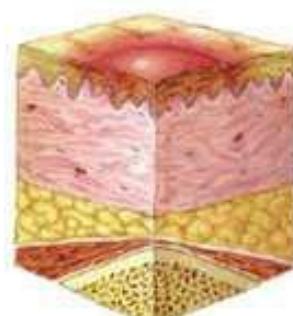
- Humedad
- Limpieza de la piel
- Nutrición
- Movilidad

Y otros como las enfermedades que disminuyen el flujo sanguíneo a la piel, el consumo de medicamentos (corticoides, citostáticos), alteraciones respiratorias y endocrinas, parálisis motora, estado mental,

Las úlceras se pueden clasificar en diferentes estadios atendiendo a su evolución:^{6, 8, 9, 11.}

ESTADÍO I

Aparece una alteración de la piel íntegra producida por la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.



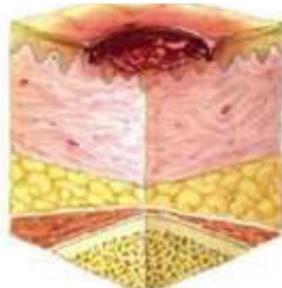
Al comparar con otra superficie del cuerpo no sometida a presión, se pueden apreciar algunas de las siguientes características: variación de la temperatura, alteración del tejido (edema, induración), o manifestaciones diversas como dolor o escozor.



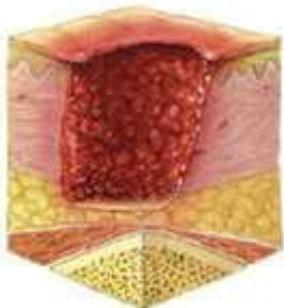
ESTADÍO II



Nos encontramos con la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Aparece una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADÍO III



En este nivel, la pérdida del grosor de la piel ya es total. La grasa subcutánea puede quedar visible. Pueden aparecer esfacelos. Aparece necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia el músculo.



La profundidad de las lesiones en estadío III depende de la localización anatómica del paciente en que se encuentra dicha lesión.

ESTADÍO IV

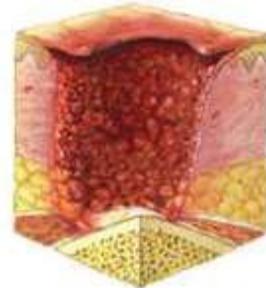


En este estadío la pérdida del grosor de la piel ya presenta destrucción extensa, necrosis del tejido, músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Al igual que en el III, pueden aparecer lesiones cavernosas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

La profundidad de las lesiones en estadío IV depende de la localización anatómica en que se encuentra dicha lesión.

La extensión de las lesiones en estadío IV puede producir osteomielitis, por su profundización en los tejidos llegando al músculo y hueso.



Atendiendo al cuarto estudio de prevalencia sobre las UPP, realizado en España en 2013, el sacro y el coxis son las zonas más frecuentes donde se producen úlceras por presión.¹¹

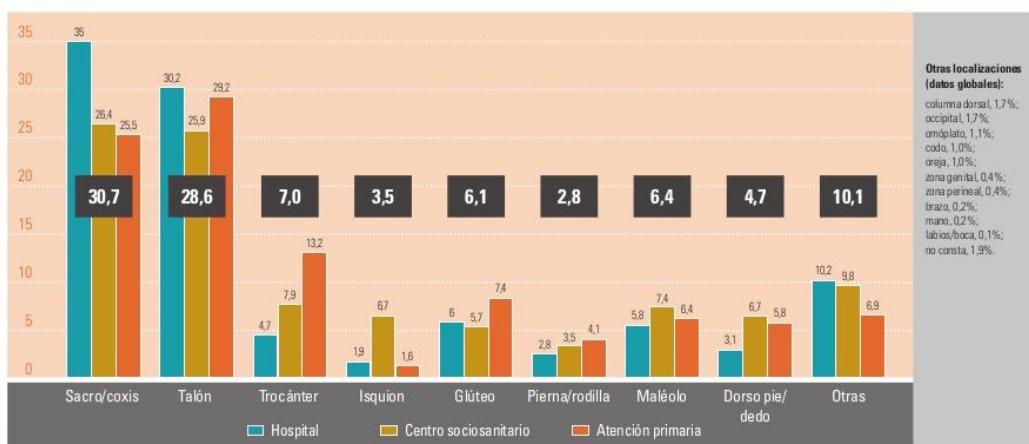


Figura 1. Localización anatómica de las úlceras, global y según entornos asistenciales. Los valores son porcentajes sobre el total de lesiones en cada entorno (hospital= 838; centro sociosanitario= 541; atención primaria= 243).

Las úlceras por presión continúan siendo un serio problema de salud pública, suponen un gran impacto socioeconómico para la sociedad. En el 4º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, señala una tendencia hacia la disminución de la prevalencia de UPP.^{4, 12}

Las UPP generan en los pacientes dolor físico y emocional, estrés, incomodidad, empeoramiento de la calidad de vida e incluso rechazo por parte de las personas que están al cuidado.^{13, 14}

A nivel familiar existe un incremento en los gastos²⁰ por la compra de materiales adicionales para el cuidado de las UPP, disminución en los ingresos familiares por los días no trabajados y un aumento del estrés por el tiempo dedicado al tratamiento de la lesión. El sistema de salud también se ve afectado, se incrementan los costes, los días de estancia intrahospitalaria y el número de infecciones nosocomiales y son además las UPP un indicador de mala calidad asistencial.

Los indicadores epidemiológicos son un instrumento de gran utilidad para poder medir el alcance y la evolución de un problema. Uno de ellos es la prevalencia¹¹, que mide la proporción de personas en una población que presentan un evento en un momento determinado. Aporta una imagen estática del problema y está influida por una gran cantidad de factores temporales que pueden afectar a la calidad de la información que nos proporciona. Sin embargo, en el caso de las UPP llegar a conocer la magnitud de las mismas es donde hay que empezar el estudio, y es ahí donde aplicar las actividades preventivas y de tratamiento.

Las úlceras por presión no se catalogan como una enfermedad sino que son consideradas como un accidente asistencial. Alrededor del 95% de las úlceras se pueden evitar¹⁵, por lo cual se puede afirmar que su prevención es el mejor tratamiento que existe.²

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) en España, indica que al día son atendidas en nuestro país a 80000 personas con UPP en los diferentes ámbitos asistenciales.¹⁶

La prevención^{1, 6, 17, 18, 19, 20, 21 22, 24, 25} y el cuidado de UPP es responsabilidad de todo el personal sanitario, pero en mayor medida del personal de enfermería^{12, 15, 16}, porque dentro de los cuidados básicos que proporciona a los pacientes está la movilización, la higiene, el cuidado de la piel y la prevención de lesiones, aspectos que están vinculados con la presencia de estas lesiones.

Tras la aparición de la UPP es tan importante valorar la herida como incidir en la causa que la ha producido, para instaurar un tratamiento.^{3, 4, 6, 8, 9, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23 25}

La cura que se realice podrá ser seca o húmeda. La cura seca consiste en mantener la herida limpia y seca para prevenir infecciones, mientras que la cura húmeda, preserva un ambiente en condiciones de temperatura y humedad óptimas para la cicatrización, manteniendo la piel perilesional seca.

La cura y el tipo de apósito elegido se basarán en el control del tejido no viable, la inflamación o infección, el exudado y la estimulación de los bordes epiteliales.¹⁸

Es primordial, y así lo recoge la literatura especializada en este tema, considerar la formación la forma más adecuada en cuanto a la prevención de las UPP, y la correcta utilización de las guías de práctica clínica y los protocolos⁸ con unos planes de cuidados¹⁸ adecuados, y sus continuas revisiones, antes de enfrentarse ante una úlcera por presión. Tener los conocimientos adecuados y actualizados acerca del manejo y el tratamiento es idóneo para frenar su evolución.

Dicha formación debe extenderse a los cuidadores no profesionales, familiares, sin formación sanitaria, que atienden a personas con UPP o con riesgo de padecerlas.²⁴

En la siguiente tabla se pueden observar los datos según las características demográficas y clínicas de las personas con úlceras, en los tres niveles asistenciales: hospitales, centros sociosanitarios y atención primaria. Según los datos extraídos del cuarto estudio nacional de prevalencia de las UPP en España.¹¹

**Tabla 1. Características demográficas y clínicas de las personas con úlceras
(Valores totales según niveles asistenciales).**

		Totales (n = 1091)	Hospitales (n = 538)	Centros sociosanitarios (n = 376)	Atención primaria (n = 177)
Sexo¹	Hombre	46,1%	57,6%	33,8%	37,3%
	Mujer	53,9%	42,4%	66,2%	62,7%
Nivel socioeconómico	Bajo	18,1%	12,5%	22,3%	26,6%
	Medio	62,5%	59,5%	65,4%	65,5%
Edad (años)²	Alto	5,9%	4,1%	8,0%	6,8%
	Sin datos	13,5%	24,0%	4,3%	1,1%
Riesgo de UPP	Media (DE)	78,2 (13,2)	74,9 (14,0)	82,5 (10,3)	79,3 (13,6)
	Mediana (IIC)	82 (72-87)	78 (66-86)	84 (78-90)	82 (75-88)
Incontinencia	Bajo	7,7%	8,7%	7,7%	4,5%
	Medio/con riesgo	30,9%	28,3%	35,9%	29,2%
Uso de SEMP³	Alto	50,5%	53,3%	50,8%	41,2%
	Sin datos	10,9%	9,7%	5,6%	26,0%
Número de UPP por paciente	No	18,0%	26,4%	5,6%	18,6%
	Urinaria	14,3%	12,3%	10,6%	28,2%
Uso de SEMP³	Fecal	8,7%	11,9%	6,6%	3,4%
	Mixta	57,8%	48,7%	75,5%	48,0%
Número de UPP por paciente	Sin datos	1,2%	0,7%	1,6%	1,7%
	1	64,2%	62,3%	68,0%	62,1%
Número de UPP por paciente	2	22,2%	22,1%	20,8%	25,4%
	3	8,4%	9,5%	7,7%	6,8%
Número de UPP por paciente	4	2,6%	3,3%	1,9%	1,7%
	5	1,6%	1,9%	1,3%	1,7%
Número de UPP por paciente	6	0,5%	0,6%	0%	1,1%
	10	0,1%	0%	0%	0,6%
Número de UPP por paciente	Sin datos	0,5%	0,4%	0%	0%

¹Asociación entre sexo de los pacientes y nivel asistencial (test χ^2 , p < 0,0001; magnitud de efecto: V Cramer = 0,229 (IC 95%: 0,177-0,291).

²Las medias de edad son diferentes entre los grupos (ANOVA: test robusto de Welch = 43,96; p = 0,0001).

³Asociación entre uso de SEMP y nivel asistencial (test χ^2 , p = 0,001; magnitud de efecto: V Cramer = 0,090 (IC 95%: 0,056-0,143).

DE: desviación estándar; IIC: intervalo intercuartil; SEMP: superficie especial de manejo de la presión; UPP: úlceras por presión.

Un aspecto importante y en el cual debe hacerse especial hincapié es la educación⁷ sanitaria en el paciente, la familia y los cuidadores, una parte importante en la prevención de úlceras por presión.²⁵

3. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Actualización del protocolo sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

OBJETIVO SECUNDARIO

Elaboración de un manual en formato díptico sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, y que este pueda servir en un futuro para consulta del personal de enfermería del Centro. Tras haber sido presentado a la Directora de Enfermería del Hospital, estaría dentro de los objetivos el que pudiera ser incluido en la intranet del Hospital, previa validación de calidad por parte de la Comisión de Cuidados del Centro, y estuviese a disposición de todos los usuarios interesados en el tema.

4. METODOLOGÍA

PLANIFICACION DEL PROYECTO

El diagrama que aparece a continuación, muestra el plan seguido para la realización de este trabajo. Aparecen de forma cronológica las diferentes etapas que se han ido sucediendo hasta la completa realización del trabajo. El periodo transcurrido fue desde diciembre de 2017 hasta junio de 2018.

Diagrama de Gantt

TAREAS	RESPONSABLE	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Reunión inicial con la tutora del TFG sobre la iniciativa de actualizar el protocolo del Hospital Obispo Polanco de Teruel sobre las UPP, y elaborar un manual sobre la prevención y tratamiento de las UPP.	Pablo Gascón Sáez							
Recoger y revisar los documentos existentes en el Centro (protocolos de prevención y tratamiento de UPP, escalas de valoración de riesgo, etc.	Pablo Gascón Sáez							
Elaboración de un manual formato díptico sobre la prevención y el tratamiento de las UPP.	Pablo Gascón Sáez							
Elaboración de la actualización del protocolo sobre la prevención y el manejo de las UPP en el Hospital Obispo Polanco.	Pablo Gascón Sáez							

Concretar modificaciones sobre actualización del protocolo.	la del	Pablo Gascón Sáez						
Pilotaje de las modificaciones acordadas.		Pablo Gascón Sáez						
Presentar la elaboración del díptico y el protocolo a la Directora de Enfermería.		Pablo Gascón Sáez						

BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la búsqueda de información se consultaron las siguientes fuentes:

- Bases de datos:
 - MEDLINE
 - SCIELO
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- GNEAUPP
- Revistas de enfermería:
 - Páginaenferurg
 - Revista Enfermería CyL
- Protocolo de prevención de UPP del Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Protocolo de prevención y tratamiento del Servicio de Cirugía del Hospital Obispo Polanco de Teruel
- Trabajos de Fin de Grado de Enfermería

Esta búsqueda se ha completado con guías y protocolos de hospitales españoles.

ÁMBITO DE POBLACIÓN

El estudio se aplica en el Hospital Obispo Polanco de Teruel y está enfocado al personal de enfermería que trabaja en el mismo.

DECLARACIÓN DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo realizado de Fin de Grado.

5. DESARROLLO

Este trabajo surge de la observación durante varios periodos de prácticas en distintos servicios del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Dichas prácticas corresponden al Grado de Enfermería por la Escuela de Enfermería de Teruel. Fueron llevadas a cabo entre los cursos académicos segundo y cuarto con una duración de doce meses, distribuidos en diferentes servicios del Hospital: servicio de cirugía, consulta de traumatología, quirófano, servicio de medicina interna, servicio de radiología y endoscopias digestivas, y urgencias, estancias que tuvieron una duración de dos meses por cada servicio.

Para evitar controversia, es necesario unificar los criterios e ideas en cuanto a la elaboración de un protocolo sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión (UPP).

Las UPP deben ser abordadas con unos cuidados y unos conocimientos especiales, y específicos para cada paciente. Una úlcera de etiología similar en dos pacientes distintos precisa en la mayoría de los casos tratamientos diferentes. Esto pone de manifiesto que cada individuo requiere de un abordaje distinto. Los tratamientos deben ser elegidos de manera personal y con la mayor seguridad posible de que el idóneo para ese tipo de lesión.

En este tiempo se ha podido comprobar la falta de criterios estandarizados o reglados bajo el marco de un documento general del Centro, en lo referente a la prevención y el posterior tratamiento de una úlcera por presión. Este hecho facilitaría el trabajo de enfermería, y proporcionaría seguridad a la hora de desarrollar el trabajo y conocimientos, que a veces se ha comprobado son insuficientes.

El personal de enfermería es a quien le compete esta labor de la prevención y el tratamiento, para ello se precisa formar al personal de enfermería y actualizar continuamente los conocimientos. Dotar de unos conocimientos y unas pautas sobre las que trabajar a todo el personal, para conseguir desarrollar las actividades en una misma dirección y de forma similar.

Se ha observado que la actuación, sobre todo en cuanto al tratamiento, está basada en la experiencia que cada profesional posee en la mayoría de los casos.

La idea que se planteó fue actualizar el protocolo existente en el Hospital Obispo Polanco sobre la prevención de las úlceras por presión. Para ello se añadió un apartado sobre el tratamiento a aplicar en estos tipos de lesiones en función del estado que presente.

Dicho protocolo sobre la prevención, había sido elaborado en Enero de 2014, y a día de hoy se encuentra fuera de vigencia puesto que no se han hecho las actualizaciones pertinentes.

Inicialmente se recogió en el Centro un protocolo interno elaborado sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, en el servicio de Cirugía.

En base a la información obtenida se empezó a trabajar en la elaboración del protocolo, añadiendo al apartado de prevención ya existente las pautas a seguir en cuanto al tratamiento.

Dichos tratamientos aportados en la actualización están incluidos dentro del catálogo de productos que ofrece el Salud en la actualidad.

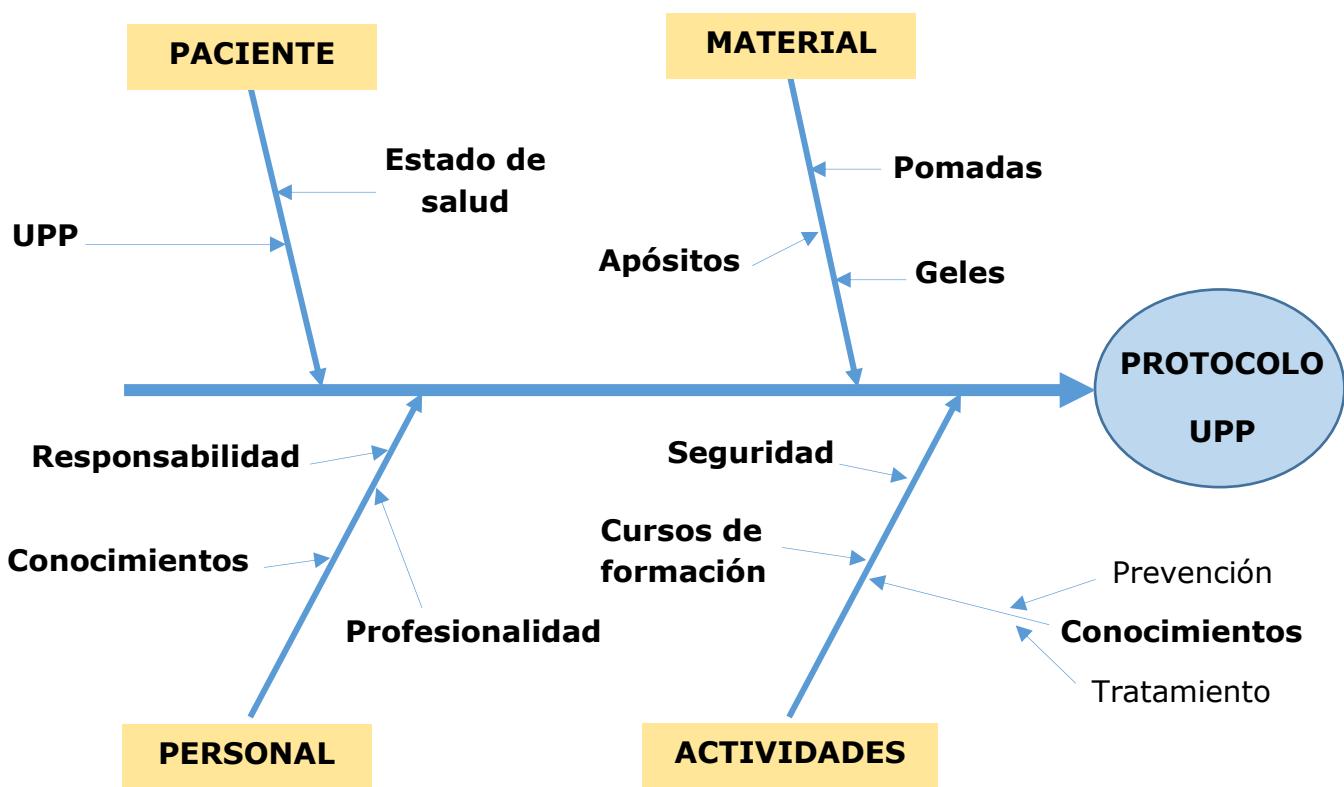
Posteriormente, una vez elaborado el protocolo, se presentó a la Directora de Enfermería del hospital Obispo Polanco de Teruel.

También se ha elaborado, a modo de consulta básica y facilitar el acceso respecto al protocolo, un folleto en formato díptico sobre la prevención y el tratamiento de las UPP.

El objetivo de la elaboración de este protocolo y el folleto, es que en un futuro puedan ser utilizados por la Comisión de Cuidados de enfermería del Hospital, y tras validarlos puedan ser de acceso libre a todo el personal de enfermería y se encuentren publicados en la intranet del Centro.

Una vez recogida la información sobre la prevención y el tratamiento de las UPP en el paciente, en las distintas fuentes de búsqueda, se procede a realizar un análisis de las diferentes causas que intervienen en el desarrollo como objetivo final del protocolo, sobre la prevención y el tratamiento de UPP.

Para ello se elabora el siguiente diagrama de causa-efecto (Ishikawa), un método sencillo y esquemático para determinar las causas del problema de calidad, o áreas en las que incidir para modificar resultados.



6. CONCLUSIONES

En el ámbito de la enfermería todavía queda mucho por hacer, en cuanto a concienciar al personal sanitario de la importancia y meticulosidad con que debe ser tratada una UPP. Se deben adquirir más conocimientos, unificarlos en protocolos, renovar los ya existentes, y aplicarlos en el paciente de la forma más segura posible.

No se precisaría de un tratamiento si existiesen con antelación unas adecuadas pautas de prevención, bien definidas y estandarizadas, desarrolladas por el personal sanitario.

A las Administraciones, se les debe exigir el establecimiento de medidas eficaces en la prevención de las úlceras por presión, como un derecho Universal y alcanzable en todos los escenarios de la salud.

Con este trabajo, pretendemos que todo el personal trabaje bajo las mismas directrices y con el paso del tiempo se actualicen los conocimientos en prevención y tratamientos aquí expuestos.

La idea original de este trabajo, la actualización del protocolo, surge tras la observación en los períodos de prácticas realizados durante los estudios de Grado de Enfermería en el Hospital Obispo Polanco de Teruel. Y tras haber comprobado la falta de uniformidad de los criterios antes la prevención y el tratamiento de las UPP.

Para ello basamos nuestro trabajo en una propuesta de mejora que una vez finalizada se decidió presentar a la Directora de Enfermería del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Dado el visto bueno de la iniciativa, se propone para que en un futuro se eleve a la Comisión de Cuidados de Enfermería del Hospital, y sea el equipo de trabajo de las UPP quien decida revisar y validar en posteriores actualizaciones el protocolo. Y en cuanto al manual en formato díptico, de igual forma se pretende presentarlo a la Comisión, y en un futuro pueda servirles de ayuda para cualquier programa a realizar sobre la prevención y el manejo de las UPP.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Barón Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López ME, Martín Espinosa MT, Moh Al-Lal Y, et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. [Internet]. 2016. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Prevencion_UPP.pdf
2. Mijangos Pacheco M A, Puga Cahuich C L, Del Carmen Guillén L, Zúñiga Carrasco I R. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Evidencia médica e Investigación en salud. [Internet]. 2015. [acceso 15 de abril de 2018]; 8 (2): 77-83. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>
3. Esperón Güimil JA, Angueira Castelo C, Escudero Quiñones AI, Ocampo Piñeiro A, Pérez Jiménez JM, Poceiro Salgado SM, et al. Monitorización de úlceras por presión en una Unidad de cuidados intensivos. Gerokomos. (Barcelona). [Internet]. 2007 [acceso 15 de Abril de 2018]; 18 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300005
4. Puente Carrero R. Identificación de pacientes con alto riesgo de úlceras por presión. [Trabajo de Fin de Grado Universitat de Lleida]. Facultat d`Infermeria i fisioteràpia. 2017 [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/59981/rpuentec.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Talens Belén F. Formación y prevención en úlceras por presión: prevalencia en el Hospital General de Elche. Gerokomos. Barcelona. [Internet] 2016. [acceso 15 de Abril de 2018]; 27 (1). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100008

6. Martinez J, Baldeón E, Jimenez C, Mata C, Marco MI, Torrecilla MT. Guía para la prevención diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Guía. Logroño: Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud de La Rioja. [Internet]. 2009. Report No.: LR-503-2008. [acceso 9 Oct 2017]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/guia_upp.pdf
7. Benito Algora M, Moro tejedor N, Prados Herrero I, Esteban Gonzalo MI, Escudero Moreno ML, Marañon Esteban M, et al. Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos. CODEM. [Internet]. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/45c754a8-55f8-49ee-8638-a88eefc4bcae/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c/457b6da7-828e-4b60-a1a8-e5e5f3a36f9c.pdf)
8. Rostra, V. Variabilidad en la práctica clínica en el cuidado de úlceras por presión. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. Universidad de Castilla la Mancha, Facultad de Enfermería Cuenca. 2016 [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: <http://gneapp.info/wp-content/uploads/2016/05/VariabilidadXenXlaXprXXcticaXclXXnicaXenXelXcuidadoXdeXlasXXXlcerasXporXpresiXXn..pdf>
9. Lucas Alonso P. Diagnósticos de enfermería en úlceras por presión. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Soria]: Facultad de enfermería de Soria, Universidad de Valladolid, 2016. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/20462/1/TFG-O%20857.pdf>
10. Díaz Malaver, A. Prevención de úlceras por presión: DUE. [Internet]. 2015 [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en:

<https://vdocuments.mx/prevencion-de-ulceras-por-presion-due-ana-diaz-malaver.html>

11. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. [Internet]. 2016 [acceso 15 de Abril de 2018]; 43(6):585-597. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27749790>
12. GNEAUPP. 4º Estudio Nacional de Prevalencia UPP en España. [Internet]. Disponible en: <http://gneapp.info/4o-estudio-nacional-de-prevalencia-upp-en-espana/>
13. Mijangos Pacheco MA, Puga Cahuich CL, Guillén L, Zúñiga Carrasco IR. El manejo de las úlceras por presión: intervenciones encaminadas a un oportuno manejo hospitalario. Evidencia Médica e Investigación en Salud. [Internet]. 2015 [acceso 15 de Abril de 2018]; 8 (2): 77-83. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo152e.pdf>
14. Buergo García O, Herrero Gómez AM, Sanz Muñoz ML. Intervención de enfermería: Prevención úlceras por presión. En búsqueda de la mejor evidencia disponible. Revista Enfermería CyL. [Internet]. 2012. [acceso 16 de Abril de 2018]; 4 (2): 40-64. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/84/62>
15. Yesimantovska O. Plan de actuación de enfermería sobre úlceras por presión: UPNA. [Internet]. 2014. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/16251/TFG%20Olena%20Yesimantovska%20_junio%20de%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

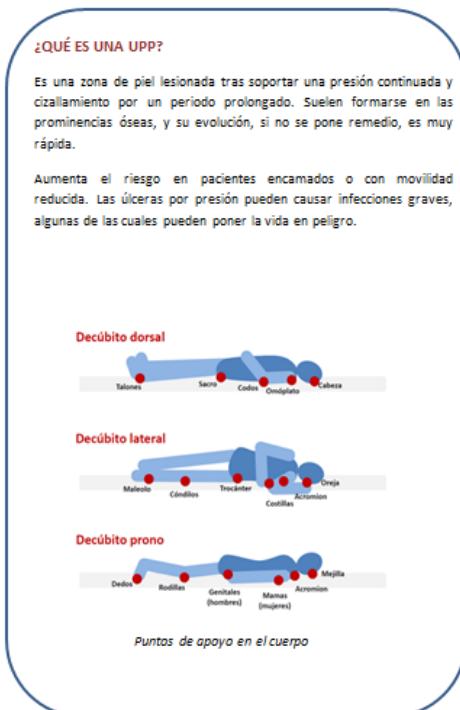
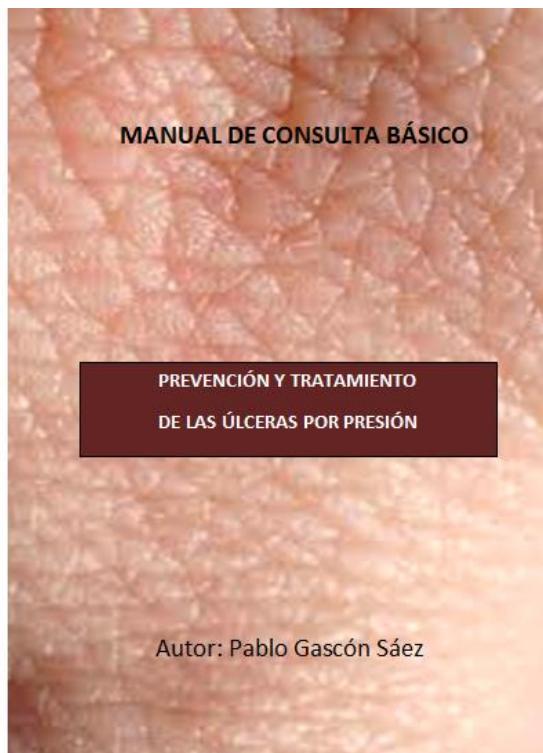
- 16.Hernández Ortiz JA. Prevención y cuidados en úlceras por presión. ¿Dónde estamos? Gerokomos. (Barcelona). [Internet]. 2009 [acceso 16 de Abril de 2018]; 20 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300007
- 17.Luque M. El papel del profesional de enfermería ante el paciente con úlceras por presión. Revista Paginasenferurg. [Internet]. 2010 [acceso 9 Oct 2017]; 2 (06): 22-25. Disponible en: www.paginasenferurg.com/revistas/2010/junio/ulcerasporpresion.pdf
- 18.Protocolo de Prevención de las úlceras por presión. Hospital Obispo Polanco. 2014. Teruel
- 19.PT Hospital Universitario Ramón y Cajal. Guía. Madrid: Comunidad de Madrid, Dirección de Enfermería. [Internet]. 2005. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urlidata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=prt_UlcerasPorPresion.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185545&ssbinary=true
- 20.Schmindt Rio Valle J, García García I, Gázquez López M. Comparación entre diferentes procedimientos de actuación en las úlceras por presión. Enfermería Global. [Internet]. 2014 [acceso 15 de Abril de 2018]; 13 (36) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400003
- 21.Solís JA. Prevención y tratamiento general de úlceras por presión. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. Universidad de Jaén, Facultad

- de Ciencias de la Salud, 2016. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/2895>
22. Bastida N, Crespo R, González J, Montoto MJ, Vedia C. Maneig de les úlceres per pressió. Institut Català de la Salut. [Internet]. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia_ulceres.pdf
23. Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad: Comunidad de Madrid. [Internet]. 2010. [acceso 15 de Abril de 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017035.pdf>
24. García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. [Internet]. 2014. [acceso 16 de Abril de 2018] Disponible en: <http://gneauapp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/>
25. Protocolo de Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Cirugía. Hospital Obispo Polanco (Teruel)

8. ANEXOS

ANEXO I

TRATAMIENTO			
	TEJIDO DEL LECHO	OBJETIVO	TRATAMIENTO ACONSEJADO
	Tejido necrótico	Retirar todo el tejido no viable	<ul style="list-style-type: none"> Desbridamiento quirúrgico Coleopresión + apósito secundario Desbridamiento estéril NO colectivo: Hidrogel + apósito secundario <p>Si colectivo: Alginato/Hidrofibra/espuma + apósito secundario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desbridamiento controlado - Combinación de los diferentes desbridamientos
	Tejido escharreado		
	Tejido de granulación	Si No	<p>Mutar la maceración del tejido</p> <p>Alginato/Hidrofibra + apósito secundario</p> <p>Hidrogel + Apósito secundario</p>
	Hipergeneración		<p>Retirar el exceso de tejido</p> <p>Retirete de plata Cortecito lápiz Cambio de apósito coluvio por no coluvio o espumas</p>
	Infección	Si No	<p>Reducir la carga bacteriana</p> <p>Apósito de plata + apósito secundario</p> <p>Apósito de calodermor yodado + apósito secundario</p> <p>Pomada de calodermor yodado + apósito secundario</p> <p>Hidrogel + apósito de plata + apósito secundario</p>
	Mal olor	Si No	<p>Mutar el mal olor</p> <p>Alginato/Hidrofibra + carbón + apósito secundario</p> <p>Hidrogel + carbón + apósito secundario</p>
	Epiteliaización		<p>Revertir la epitelización</p> <p>Colágeno + Apósito secundario</p>
	Fistula		<p>Recuperar el film que recubre la fistula</p> <p>Ácidos grasos hiporóngonados (AGHD) Produtos lácteos Cromes con óxido de zinc</p>



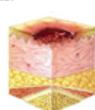
GRADO I

Enrojecimiento de la piel.



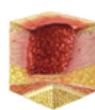
GRADO II

Úlcera superficial de espesor parcial.



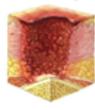
GRADO III

Pérdida total del grosor de la piel.



GRADO IV

Pérdida total del espesor de los tejidos. Necrosis del tejido; daño muscular, óseo y estructuras de sostén.



PREVENCIÓN

- ✓ Higiene y cuidados de la piel
- ✓ Cambios posturales adecuados
- ✓ Utilizar artículos que ayuden a disminuir la presión contra el tejido (almohadas, almohadillas, colchones anti escaras)
- ✓ Vigilar y proteger las zonas de apoyo
- ✓ Correcta hidratación del paciente
- ✓ Controlar la incontinencia para evitar la maceración de los tejidos
- ✓ Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas
- ✓ Dieta sana y equilibrada

ANEXO II



PROTOCOLO

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

**HOSPITAL OBISPO POLANCO
(TERUEL)**

INDICE

DEFINICIÓN	29
FACTORES DE RIESGO	28
VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	29
LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES	29
CLASIFICACIÓN	30
COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES.....	32
PREVENCIÓN UPP	32
CUIDADO Y TRATAMIENTO UPP	37
PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO.....	47
ESCALA DE NORTON	55

DEFINICIÓN

La úlcera por presión (UPP), también denominada úlcera de decúbito o escara, puede ser de origen iatrogénico o no iatrogénico, es una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente con la consiguiente pérdida de integridad cutánea. Se forman en la mayoría de los casos sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión, isquemia y fuerza de cizalla, y también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa.

FACTORES DE RIESGO

- **Edad:** guarda relación con los cambios producidos en la piel como consecuencia del envejecimiento, tales como deshidratación, pérdida de elasticidad y disminución de la grasa subcutánea.
- **Estados de inmovilidad y encamamiento**
- **Pérdida de la sensibilidad** (Enfermedad neurológica, estados comatosos...)
- **Alteraciones circulatorias**
- **Alteraciones respiratorias** con repercusión en la oxigenación tisular
- **Alteraciones endocrinas:**
 - **Obesidad:** tejido subcutáneo poco vascularizado, lo que unido al exceso de presión por cm., da lugar a la aparición de úlceras.
 - **Diabetes:** acelera el proceso de necrosis por la microangiopatía diabética.
- **Problemas de malnutrición:** el adelgazamiento supone una reducción del tejido adiposo subcutáneo y una mayor proximidad del plano óseo a la piel.
- **Incontinencia urinaria, fecal o mixta.** Este proceso conduce a la maceración de la piel por exceso de la humedad y edema de la misma, lo que la convierte en más susceptible a la abrasión.
- **Tratamientos prolongados con corticoides o citostáticos**
- **Parálisis motora** asociada a atrofia muscular, espasticidad y contracturas articulares.
- **Estado mental**

- **Factores psicosociales:** depresión, deterioro de la propia imagen falta de higiene.
- **Factores del entorno:**
 - Arrugas de la ropa de la cama
 - Falta de educación sanitaria a los pacientes y familia
 - Ausencia de criterios unificados por parte del equipo asistencial en cuanto a la prevención y el tratamiento.
 - Uso inadecuado de los materiales para la prevención y el tratamiento.

VALORACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

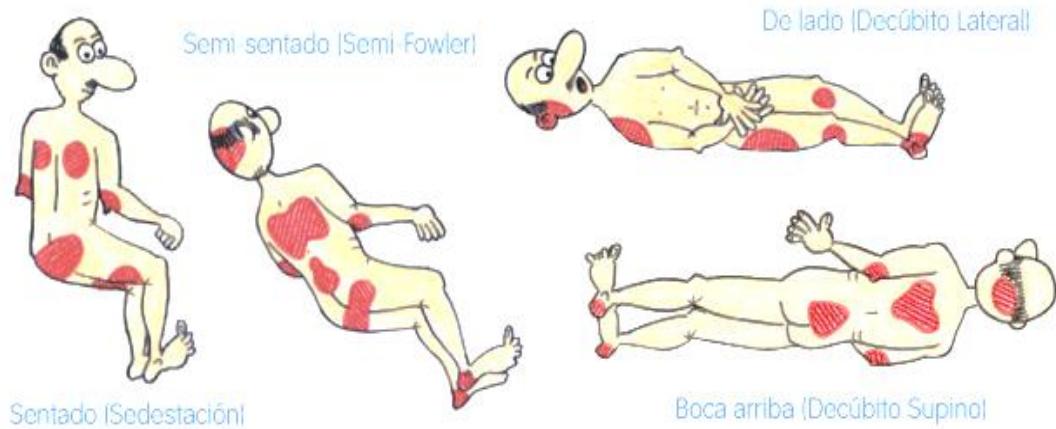
Existen numerosas escalas de valoración del riesgo para aparición de ulceras por presión:

- Escala de Norton (incluida en el ANEXO II)
- Escala de Braden
- Escala Emina
- Índice de Waterlow
- Escala de Arnell
- Escala de Shannon
- Escala de EK y Bowman

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS UPP

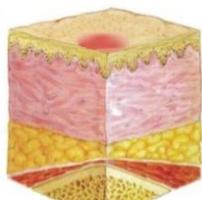
- Sacro
- Talón
- Maléolos internos y externos
- Glúteos
- Trocánteres
- Escápulas
- Isquion
- Región occipital
- Codos
- Crestas ilíacas

- Orejas
- Apófisis espinosas
- Cara interna y externa de las rodillas
- Bordes laterales de los pies



CLASIFICACIÓN

ESTADÍO I



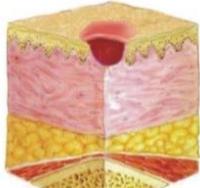
Alteración de la piel íntegra, relacionada con la presión, manifestada por un eritema cutáneo que no palidece al presionar.

Puede estar acompañado de:

- Cambio en la temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (enrojecimiento, edema)
- Dolor o escozor



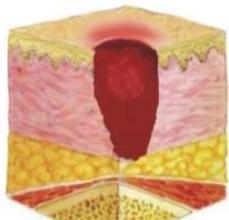
ESTADÍO II



Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



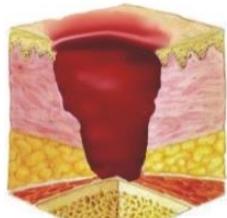
ESTADÍO III



Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo y puede extenderse hacia abajo. Puede presentarse en forma de cráter sin estar rodeada por tejido necrótico.



GRADO IV



Pérdida total del grosor del tejido afectando a tendón, músculo y hueso.

Pueden presentar tejidos desvitalizados o necróticos y a menudo incluye socavamiento y tunelizaciones.



COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

- **Bacteriemia y sepsis asociada a UPP**

Producida por *Staphylococcus aureus*, bacilos Gram negativos. Siempre que se pueda se deben obtener hemocultivos y tratar con antibióticos que cubran estos microorganismos. Los signos clásicos de sepsis son: fiebre, taquicardia, letargo, hipotensión, anorexia, desorientación.

- **Celulitis**

Infección que afecta a artes blandas y profundas que puede estenderse rápidamente. Causada por el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus*. Produce eritema, dolor y calor local. En los casos más graves pueden aparecer vesículas, pústulas, ulceración y necrosis que afectan a la fascia muscular y a la musculatura.

El tratamiento se basa en administrar antibióticos parenterales, inmovilización y elevación de la parte afectada, aplicar calor y apósitos húmedos y una continua inspección.

- **Osteomielitis**

Complicación infecciosa en algunas UPP a nivel del hueso.

Causadas por un gran número de microorganismos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus*, *Salmonellas*, *Proteus* y *Pseudomonas*.

Hay que sospechar de una posible osteomielitis en los casos de lesiones que después de una correcta limpieza y desbridamiento no cicatrizan correctamente y persisten los signos de infección local. En estos casos se debe instaurar una terapia antibiótica sistémica a largo plazo.

PREVENCIÓN

En la siguiente tabla se muestran las pautas a seguir ante un paciente para prevenir la aparición de lesión por úlcera por presión.

	Riesgo mínimo/No riesgo Escala Norton 12-14	Riesgo evidente Escala Norton 12-14	Riesgo muy alto Escala Norton 5-11		
MEDICIÓN DEL RIESGO	DÍA DE INGRESO: Reevaluar diariamente				
HIGIENE CORPORAL	DIARIA/DEMANDA + HIDRATACIÓN DE LA PIEL Higiene: Agua tibia, jabón neutro, aclarar, secar sin fricción Mantener hidratada la piel: emulsiones cutáneas, cremas hidratantes. No alcoholes, colonias ni polvos				
VIGILANCIA DE PUNTOS DE PRESIÓN	DIARIA: AL REALIZAR LA HIGIENE CORPORAL	POR TURNO Y/O EN CADA CAMBIO POSTURAL Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados solo en zonas de presión (sacro, escápula...)			
SUPERFICIES PARA EL ALIVIO DE LA PRESIÓN	GENERALMENTE NO PRECISAN	PLANO DE ALMOHADAS O COLCHÓN ANTIESCARAS			
PROTECCIÓN DE TALONES Y CODOS	HIDRATACIÓN	TALONERAS alternando con ELEVACIÓN DE PIERNAS Almohadas para aliviar presión en talones (Pies en ángulo recto evitando rotaciones: Antiequino)			
ROPA DE CAMA	CAMBIO DIARIO Y SIEMPRE QUE SE PRECISE ROPA SECA, EVITAR ARRUGAS Y OBJETOS EXTRAÑOS, TAMAÑO ADECUADO DE FUNDA DE COLCHÓN				
MOVILIZACIÓN CAMBIOS POSTURALES SEDESTACIÓN	GENERALMENTE NO PRECISAN AUTÓNOMO	S/P CAMBIO POSTURAL C/4 HORAS DURANTE EL DÍA Y C/6 HORAS POR LA NOCHE EVITAR ARRASTRE O CIZALLAMIENTO			
CONTROL DE LA ALIMENTACIÓN	CADA TURNO	CADA TURNO: si es necesario dar complementos sustitutivos de ingesta Comentar con el médico			
VIGILANCIA ESPECIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Zona de inserción S.N.G. • Posición S.V. • Mascarilla y gafas de O₂ • Sujeciones mecánicas • Zonas de apoyo de prótesis y/o férulas • Vigilancia especial de occipital en el decúbito supino • Zona de inserción del catéter en vías periféricas y centrales 				
REGISTRO	Registrar en GRÁFICA DE ENFERMERÍA las medidas de prevención utilizadas si procede				
<u>Pautas generales:</u>					
VALORAR Y TRATAR LAS PROMINENCIAS	NO MASAJEAR INTENSAMENTE LAS PROMINENCIAS ÓSEAS	EVITAR ELEVAR LA CAMA + DE 30° (En caso necesario no más de 35°-45°)	CORREGIR DÉFICITS NUTRICIONALES	EN DECÚBITO LATERAL NO COLOCAR SOBRE EL TROCANTER. NO PASAR 30° EN ROTACIÓN	

Las úlceras por presión producen en el paciente un gran deterioro en el nivel de salud y calidad y presentan una gran prevalencia e incidencia en la sociedad.

Se debe considerar a todos los pacientes como potenciales de riesgo y utilizar la escala de valoración de riesgo que se adapte a las necesidades de su contexto asistencial.

Hay que efectuar una valoración del riesgo de ulceración en el momento del ingreso del paciente y periódicamente según existan cambios en el estado del paciente que así lo sugieran, y registrar las actividades y resultados y evaluar periódicamente.

La prevención es el campo que más esfuerzos debe ocuparnos, ya que con unas adecuadas pautas dirigidas al paciente, evitaremos consecuencias tan nefastas como la aparición de una úlcera por presión.

Existen 4 pilares clave en los que prestar atención:

- Cuidados de la piel
- Humedad
- Presión
- Nutrición e hidratación

PIEL

- Examinar el estado de la piel a diario teniendo en cuenta especialmente las prominencias óseas y la presencia de excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración...
- Mantener en todo momento la piel del paciente limpia y seca. Realizar el lavado con jabones de pH neutro, aclarar bien y secar de modo meticuloso y sin fricción.
 - ✓ No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes, los cuales no actuarían activando la circulación y dañarían el estrato córneo de la piel.
 - ✓ Aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción.
 - ✓ A nivel local en zonas de riesgo y para mejorar la oxigenación tisular utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), extendiéndolos con suavidad sin dar masaje.
 - ✓ Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.

- ✓ Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán utilizarse apódisos protectores (espumas de poliuretano solas o asociadas a otros materiales como las siliconas).
- ✓ No realizar masajes directamente sobre las prominencias óseas.
- ✓ Prestar especial atención a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad, al presentar un elevado riesgo de aparición de nuevas úlceras.

EXCESO DE HUMEDAD: incontinencia, transpiración o drenajes de heridas, mediante la utilización de pañales absorbentes y dispositivos que aíslan la piel de estas situaciones (pastas de sulfato de zinc o barreras cutáneas).

PRESIÓN:

- 1 **Movilización:** elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente.
- 2 **Cambios posturales:** se realizarán cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada. En periodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias. Sí el paciente puede realizarlo autónomamente, enseñar al paciente a movilizarse cada 15 minutos (cambios de postura y/o pulsiones).

En la realización de los cambios posturales hay que tener presente:

- Evitar en lo posible apoyar al paciente sobre sus lesiones.
 - Mantener la alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
 - Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
 - Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
 - En decúbito lateral, no sobrepasar los 30º.
 - En caso necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (30º) y durante el mínimo tiempo.
 - No utilice flotadores, disminuyen la presión en la zona central y la aumentan en la periférica.
- 3 **Utilización de superficies especiales de apoyo:** la utilización de superficies de apoyo es importante tanto desde el punto de vista de

la prevención, como bajo la óptica de medida coadyuvante en el tratamiento de lesiones ya instauradas. Los requisitos que deben de cumplir estas superficies de apoyo son:

- ✓ Que sean eficaces en cuanto a la reducción o alivio de la presión tisular.
- ✓ Que aumenten la superficie de apoyo.
- ✓ Que faciliten la evaporación de la humedad.
- ✓ Que provoquen escaso calor al paciente.
- ✓ Que disminuyan las fuerzas cizalla.
- ✓ Buena relación coste-beneficio.
- ✓ Sencillez en el manejo y mantenimiento.

Los tipos de superficies de apoyo que vamos a encontrar son, en función de la movilidad, pudiendo ser superficies estáticas o dinámicas: camas, colchonetas, colchones y cojines.

El fundamento de estos dispositivos es distribuir el peso del cuerpo al aumentar la superficie de contacto, de modo que la presión disminuya. En ningún momento estos dispositivos pueden sustituir a los cambios posturales, ya que no eliminan la presión, solo la alivian.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN: se debe garantizar un correcto aporte nutricional ajustado a las necesidades de cada persona.

Y asegurar un aporte hídrico adecuado, vital para evitar la aparición de lesiones en la piel.

El paciente con alto riesgo de padecer una úlcera por presión necesita tomar una dieta hiperprotéica e hipercalórica, y si ya posee algún tipo de UPP es necesario aportar los nutrientes adecuados que faciliten la correcta cicatrización.

CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

1. VALORACIÓN DE LA LESIÓN

Cuando valoramos una úlcera, ésta debe ser descrita con unos parámetros unificados, de tal manera que se facilite la comunicación entre todos los profesionales implicados en su cuidado a la vez que nos permita evaluar adecuadamente su evolución.

Se deben valorar los siguientes parámetros:

A nivel general:

- Anamnesis y examen físico completo.
- Identificación de procesos o complicaciones que puedan interferir en la curación.
- Estado nutricional.
- Valoración del dolor.
- Valoración psicosocial.
- Valoración de riesgo de aparecer nuevas úlceras.
- Valoración del entorno de cuidados: identificador del cuidador principal, valoración de sus actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno cuidador.

A nivel de la úlcera:

- Localización: situación de la úlcera.
- Clasificación: según los estadios.
- Dimensiones de la úlcera: longitud y anchura de la lesión en cm.
- Tejido existente en el lecho ulcerario: si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado y/o necrótico seco (duro) o necrótico húmedo (blando), y si existen tunelizaciones o fistulas.
- Secreción de la úlcera: indicando si es nula, escasa, moderada o abundante.
- Presencia de signos de infección: si existe exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, etc...
- Estado de la piel perilesional: indicando si la piel está sana, macerada, reseca, etc...
- Presencia o ausencia de dolor con la lesión.

2. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS

Incluirá una serie de cuidados generales a:

- **Prevención de aparición de nuevas UPP.**
- **Soporte nutricional:** un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las UPP ya existentes, sino que también puede evitar la aparición de éstas.

Las necesidades nutricionales de una persona con UPP están aumentadas. La dieta deberá garantizar el aporte como mínimo de:

1. Calorías: 30-35 Kcal x Kg de peso /día
2. Proteínas: 1,25-1,5 gr. x Kg. peso / día, pudiendo ser necesario el aumento hasta un máximo de 2 gr.x Kg. Peso / día
3. Minerales: zinc, hierro, cobre
4. Vitaminas: Vit. C, Vit A y complejo B
5. Aporte hídrico: 1 cc Agua x Kcal día o 30cc/kg de peso/día

En caso de que la dieta habitual del paciente no cubra estas necesidades, se debe recurrir a suplementos hiperproteicos de nutrición enteral para evitar situaciones carenciales.

- **Soporte emocional:** La presencia de una lesión cutánea puede provocar un cambio importante en las AVD debido a problemas físicos, emocionales o sociales que se pueden traducir en un déficit en la demanda de autocuidados y la habilidad de proveer estos autocuidados. En el caso de las UPP, éstas pueden tener unas consecuencias importantes en el individuo y su familia, en variables como la autonomía, autoimagen, autoestima, etc.

3. TRATAMIENTO LOCAL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La preparación del lecho de la herida consiste en una forma de tratamiento global de las heridas, que acelera la cicatrización y facilita la eficacia de otras medidas terapéuticas. Es un proceso que elimina las barreras locales que impiden la cicatrización y que debe adaptarse a las necesidades de la herida.

Para la elección del tratamiento adecuado se debe atender al esquema

TIME:

T (Tissue) Control del tejido no viable

I (Infection) Control de la inflamación y la infección

M (Moisture) Control del exudado

E (Edge) Estimulación de los bordes epiteliales

El plan de cuidados de las úlceras contempla cuatro apartados:

1. Limpieza de las heridas
2. Desbridamiento
3. Prevención y abordaje de la infección bacteriana
4. Elección de la pauta de cura adecuada

3.1 LIMPIEZA DE LA LESIÓN

- Utilizar suero salino
- Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera y su secado. De hecho no se aconseja secar la herida, sólo la zona periucleral. Conviene evitar los materiales de limpieza rugosos, como gasas y esponjas ya que los pequeños traumatismos a la úlcera son más susceptibles de infección.
- Usar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero sin capacidad de producir traumatismos en el tejido sano. La presión de lavado más

eficaz es la de la gravedad o la que se realiza con una jeringa de 20cc.

- Irrigar en espiral desde el centro de la lesión hacia los bordes, cuando la UPP contenga grandes exudados, escaras o tejidos necróticos, interrumriendo la espiral cuando la lesión esté limpia.
- No limpiar la herida con antisépticos locales (povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético, solución de hipoclorito...) o limpiadores cutáneos. Todos son productos químicos citotóxicos para el nuevo tejido y en algunos casos su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción.

3.2 DESBRIDAMIENTO DEL TEJIDO NECRÓTICO

La presencia de tejido necrótico, bien sea seco o húmedo o con esfacelos, favorece la proliferación de bacterias al tiempo que impide el adecuado proceso de curación, por lo que debe eliminarse dicho tejido. No obstante la realización del desbridamiento estará en relación a la situación del paciente, debiendo tener una consideración especial en dos casos:

- Cuando el paciente tenga trastornos de la coagulación
- Cuando el paciente esté en estado terminal

TIPOS DE DESBRIDAMIENTO

1. Quirúrgico

- Es un procedimiento cruento que requiere de conocimientos, destreza y de una técnica estéril y material estéril.
- Se realiza en quirófano bajo anestesia.

2. Cortante

- Lo realiza el enfermero a pie de cama retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable.
- Con instrumental estéril y medidas de asepsia.

3. Enzimático

- Existen productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos...) que pueden utilizarse como agentes de detersión química de los tejidos necróticos como la colagenasa (Irxol® Mono).
- Cuando se utilice se debe proteger la piel periulceral mediante una barrera de pasta de zinc, silicona, etc., y aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.
- No debe asociarse con otros productos enzimáticos, alcohol, yodo, jabones, sales de plata...
- En casos de escaras muy duras, hacer unas incisiones en el centro de la necrosis permitiendo que la pomada entre en contacto con el tejido necrótico interior.

4. Osmótico

- Se utiliza en úlceras con esfácelos.
- Se produce una absorción del exudado y de los esfácelos mediante un proceso osmótico (intercambio de fluidos de distinta densidad), mediante la aplicación de apóritos de poliacrilato, apósito de fibras hidrodetensivas de poliacrilato, hipergeles salinos, apóritos salinos o de Ringer lactato.

5. Autolítico (cura húmeda)

- Los productos aplicados sobre la úlcera favorecen la humedad en la ulcera, la fibrinólisis y la autodigestión del tejido del tejido desvitalizado de las enzimas propias del organismo.
- En caso de heridas con tejido esfacelado, los hidrogeles facilitan la eliminación de tejidos no viables.
- Se pueden utilizar un apósito hidrocelular, regulando la cantidad de exudado con un alginato, si hay exceso, o con un hidrogel si hay que aportar humedad.

6. Hidrocirugía con vacío por chorro de agua

- Se bombean chorros de agua de alta velocidad a alta presión sobre la lesión.
- El efecto Venturi crea un vacío localizado, asociado con la corriente. Sujeta y corta el tejido a la vez que aspira los restos del mismo.
- Se realiza en una sola sesión bajo anestesia.

7. Desbridamiento por láser (laser de dióxido de carbono)

- Su acción hemostática es beneficiosa.
- Elimina las bacterias del lecho ulcerado.

8. Desbridamiento por ultrasonidos

- Es de manejo rápido y seguro.
- Eliminación eficaz de biofilms y tejido desvitalizado, que conserva el tejido sano.
- No produce dolor y se puede aplicar en consultas externas del hospital, unidad de heridas...

3.3 PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA INFECCIÓN BACTERIANA

Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no quiere decir que las lesiones estén infectadas. En la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

El concepto de carga bacteriana nos va a permitir definir las diferentes situaciones que nos podemos encontrar en las úlceras crónicas:

- **Lesión contaminada:** contiene microorganismos en la superficie, pero que no se multiplican. Los microorganismos presentes suelen ser colonizadores o residentes habituales en la piel o mucosa del

huésped (flora saprófita de la piel), situación que no perjudica el proceso de cicatrización.

- **Lesión colonizada:** contiene microorganismos que están en proceso de multiplicación, sin que generen síntomas clínicos específicos de infección.
- **Lesión infectada:** contiene habitualmente una elevada carga de microorganismos, que invaden los tejidos profundos ($>10^5$ microorganismos /gr tejido). Presenta evidencias de daños o reacciones tisulares típicas del proceso de infección, como son la inflamación (eritema, edema y calor), dolor, mal olor y exudado purulento.

Hay una serie de factores que van a alterar el equilibrio del lecho de la herida y que contribuyen al aumento de la carga bacteriana, como son la virulencia y la organización de los gérmenes colonizadores. Esta organización es la formación de biopelículas o biofilms.

- **Biofims:** son comunidades bacterianas, englobadas en una matriz de exopolisacáridos (glicocalix) producidas por las bacterias y adheridas a una superficie viva o inerte. Esta organización va a permitir la supervivencia de las bacterias en el lecho de la herida. Pueden ser grupos de una sola especie bacteriana o bien colonias mixtas de diferentes bacterias. Son menos susceptibles a nuestra respuesta inmune por lo que una infección asociada a un biofilm puede permanecer durante un periodo de tiempo más largo y es de 500-1000 veces más resistente que las bacterias libres.

La determinación de la existencia de infección, estará fundamentado en la presencia de los síntomas clásicos que son:

- **Inflamación** (con eritema, edema, tumos, calor)
- **Dolor**
- **Olor**
- **Exudado purulento**

Si se presentan estos signos, deberá intensificarse la limpieza y desbridamiento, si transcurrido un plazo entre 2-4 semanas la úlcera no evoluciona favorablemente o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento: pueden asociarse apósitos con plata que son efectivos en la reducción de la carga bacteriana y en el tratamiento local de la infección; o bien aplicar durante un periodo máximo de dos semanas, un antibiótico local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan las úlceras por presión, como sulfadiazina argéntica (Flamacine®, Silvederma®), ácido fusídico (Fucidine®), mupirocina (Bactroban®).

Si la lesión no responde al tratamiento local, deberán hacerse entonces cultivos bacterianos, preferentemente mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular, evitando a ser posible la recogida de exudado mediante frotis que puede detectar solo contaminantes de superficie y no el verdadero responsable de la infección.

Control de la infección:

- Seguir las precauciones de aislamiento de sustancias corporales
- En pacientes con varias úlceras, comenzar a curar por la menos contaminada
- No usar antisépticos locales
- Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica
- Cumplir la normativa de eliminación de residuos

3.4 ELECCIÓN DEL APÓSITO ADECUADO A LA LESIÓN

El apósito ideal debe ser biocompatible, ha de proteger la herida de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas, mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel circundante seca, eliminar y controlar los exudados y tejido necrótico mediante su absorción, dejar la mínima cantidad de residuos en la lesión, será adaptable a localizaciones difíciles, respetar la piel perilesional y ser de fácil aplicación y retirada.

Los apóritos de gasa no cumplen la mayoría de los requisitos anteriores.

Elija un apósito que:

1. Mantenga el lecho de la úlcera continuamente húmedo
2. Permita que la piel perilesional esté intacta y seca mientras que mantiene el lecho de la herida húmedo
3. Controle el exudado pero no deseque el lecho de la úlcera
4. Para evitar que se formen abscesos o que "se cierre en falso" la lesión será necesario llenar entre la mitad y $\frac{3}{4}$ partes las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura en ambiente húmedo.
5. Controle los apóritos colocados cerca del ano, ya que es difícil mantenerlos intactos.

PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO

PRODUCTOS DE BARRERA

Protegen la piel de la acción de los agentes irritantes externos.

Se presentan en películas barrera, cremas y pastas.

Ejemplos: (Cavilon[®], Secura[®])

Están indicados para:

1. Prevención y tratamiento de dermatitis por incontinencia.
2. Irritación de la piel periostomal.
3. Prevención de la maceración e irritación de la piel en úlceras.
4. Protección de la piel perilesional de cualquier tipo de herida, tubos de drenaje, etc.

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (AGHO)

Son productos de uso tópico compuestos fundamentalmente por ácidos grasos esenciales. Actúan restaurando el film hidro-lipídico protector de la piel, facilitan la renovación de las células epidérmicas, mejoran la elasticidad y tonicidad cutánea y protegen la piel.

Aplicar con la piel íntegra 2-3 veces al día sobre la zona de riesgo realizando un masaje “superficial”

Ejemplos: (Corpitol[®], Limovera[®], Mepentol[®], Salvaskin[®])

Están indicados para:

1. Prevención de UPP
2. Tratamiento de UPP en estadio I

HIDROGELES

Son polímeros compuestos principalmente por agua, tienen gran valor hidratante, favorece el ambiente húmedo y la autolisis, es adaptable y tiene poder anestésico.

Se presentan en forma de gel de estructura amorfa o en lámina.

(Intrasite gel[®], Varihesive gel[®], Hydrosorb[®])

Están indicados para:

1. Exudación moderada o escasa
2. Herida necrótica, con escara
3. Lesión infectada
4. Heridas en fase de granulación
5. Evita la adherencia del apósito, el sangrado y el dolor
6. Heridas que requieren desbridamiento autolítico
7. Pueden asociarse con medicación secundaria

POLIURETANOS (FILM/PELÍCULA)

Son láminas adhesivas semipermeables que permiten el paso de gases y vapor de agua previniendo la penetración de humedad y la infección bacteriana.

(Suprasorb[®], OpSite gel[®], Tegaderm[®])

Están indicados para:

1. Heridas en riesgo de contaminación
2. Para la protección de piel intacta de irritantes y/o fricción
3. Como apósito secundario
4. Heridas superficiales, con piel lesionada con el mínimo daño
5. Favorece el desbridamiento autolítico

POLIURETANOS (ESPUMAS O FOAMS)

Son productos semipermeables, impermeables a los líquidos y permeables al vapor de agua. Pueden ser adhesivos o no y de espesor variable.

(Allevyn®, Allevyn gel®, Allevyn sacrum®, Mepilex®, Versiva®, Urgoclean®)

Están indicados para:

1. Exudado moderado-intenso
2. En presencia de piel perilesional deteriorada
3. Lesiones cavitadas
4. Favorece el desbridamiento autolítico
5. Protege la piel periulceral de irritación y maceración
6. Zonas sometidas a fricción y roce

DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS

Son preparados formados por una o varias enzimas proteolíticas (colagenasa, fibrinolisin, estreptoquinasa) que actúan como desbridantes locales.

Se presentan en pomadas.

(Irxuxol mono® pomada)

Están indicados para:

1. Desbridamiento enzimático de los tejidos necrosados en úlceras cutáneas y subcutáneas.

ALGINATOS

Es un producto a base de alginato cálcico.

Bioabsorbible, no tóxico, no alergénico, no adherente, no oclusivo, con cierta actividad antibacteriana, se transforma en gel a medida que absorbe el exudado.

Adaptable y con capacidad hemostática, es de fácil aplicación y retirada de la lesión.

(Algiste M[®], Askina[®], 3M Tegaderm[®])

Están indicados para:

1. Heridas de moderada-alta exudación
2. Lesiones contaminadas e infectadas
3. Lesiones cavitadas y con trayectos fistulosos
4. Heridas exudativas durante el desbridamiento autolítico
5. Tras el desbridamiento cortante
6. Heridas sanguíneas

PRODUCTOS CON PLATA

Actúan como agente tópico antibacteriano tanto profiláctico como en el tratamiento de heridas infectadas. La plata es activa contra una gran variedad de patógenos bacterianos (Gram+, Gram- y Pseudomonas), fungales y virales.

- **Apósitos:** permiten la liberación gradual de plata, evitando la necesidad de cambiar el apósito de manera frecuente. Garantizando un nivel más bajo de bacterias.

Estos apóritos pueden incorporar carbón para el control del mal olor.

- **Pomadas:** también es eficaz contra una amplia gama de microorganismos. Inicialmente ideada para el tratamiento de quemaduras, hoy en día también utilizada para tratar úlceras en

piernas y lesiones infectadas. Tiene actividad bacteriostática, su aplicación es indolora y no es citotóxica.

(Aquacel Plata® -Hidrofibra de hidrocoloide+Ag-, Silvederma® crema, Flamazine® crema)

Están indicados para:

1. Heridas infectadas y contaminadas
2. Carcinomas fungoides
3. Heridas malolientes

HIDROCOLOIDES

Están disponibles en apósito, pasta y gránulos.

Tienen poder bacteriostático.

Capacidad de absorción mínima a moderada.

Presentan diversidad de tamaños, transparencia, forma y capacidad de absorción. Son impermeables al oxígeno y al agua.

(Varihesive gel Control®, Varihesive extrafino®, Urgotul®, Mepilex®, Versiva® (apósito hiperhidrostático), Alione® (apósito hidrocapilar)

Están indicados para:

1. Heridas con drenaje mínimo a moderado
2. Heridas que requieren desbridamiento
3. Para promover la granulación y epitelización
4. Protege frente a la contaminación
5. Protege la piel en zonas de roce y fricción

APÓSITOS IMPREGNADOS (TULES GRASOS)

Se presenta en formato de malla y su objetivo es evitar la adherencia del apósito secundario a la herida.

Son apóritos primarios de contacto directo y precisan un apósito de cierre. Están indicados en lesiones superficiales, quemaduras, zonas donantes, y pueden estar combinados con agentes antibacterianos.

ESTADÍO I

- Aplicación tópica de AGHO y apósitos hidrocelulares
- Manejo de la presión: Apósitos hidrocelulares
Superficies especiales de apoyo

ESTADÍO II, III, IV

Úlcera con tejido necrótico



LIMPIEZA DE LA HERIDA

DESBRIDAMIENTO DEL TEJIDO NECRÓTICO

- **CORTANTE** (excepto en placas de talones sin signos de infección, enfermos en fase terminal de su enfermedad y pacientes con problemas de coagulación).
- **ENZIMÁTICO**: Colagenasa
- **AUTOLÍTICO**: Hidrogel

Si no hay signos de infección, cubrir con apósito de cura en ambiente húmedo.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN BACTERIANA

Infección local - Infección sistémica (Antibióticos)

- Aumentar la frecuencia de la limpieza y desbridamiento
- Cura en ambiente húmedo (Hidrogel, alginato cálcico, apósito hidrocelular)
 - **Si evolución favorable**: comprobar presencia de esfacelos y si es necesario desbridar, si no elegir APÓSITO según:
 - ✓ **Lesión con exudado mínimo/moderado**: apósito hidrocelular, apósito hidrocoloide o biofilm.
 - ✓ **Lesión con exudado moderado/excesivo**: Hidrofibra de hidrocoloide, hidrogel o alginato cálcico, combinado con apósito hidrocelular o apósito hidrocoloide.

- **No evolución favorable:** apósitos con plata y sulfadiazina argéntica y realizar cultivos bacterianos y aplicar antibióticos específicos.

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

Ante todo paciente en el que confluyan varios factores de riesgo, es necesaria una valoración que determine el nivel de presentar U.P.P. para emprender acciones encaminadas a su prevención.

Las escalas de valoración de riesgos (EVRUPP), están consideradas como herramientas de trabajo muy eficaces para identificar a un paciente de riesgo en un tiempo mínimo, con el fin de establecer un plan de cuidados preventivos.

ESTADO FISICO GENERAL

BUENO (4 puntos)

- Nutrición: persona que realiza 4 comidas diarias tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2000 Kcal. Índice de masa corporal (I.M.C.) entre 20-25.
- Líquidos: 1500-2000 cc/día (8-10 vasos).
- T^a corporal: 36,7º C.
- Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.

MEDIANO (3 puntos)

- Nutrición: persona que realiza 3 comidas diarias tomando más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2000 Kcal. IMC >20 y <25.
- Líquidos: 1000-1500 cc/día (5-7 vasos).
- T^a corporal: de 37º a 37,5º C.
- Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.

REGULAR (2 puntos)

- Nutrición: persona que realiza 2 comidas diarias tomando la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1000 Kcal. IMC >50 y <25.

- Líquidos: 500-1000 cc/día (3-4 vasos).
- T^a corporal: de 37,5º a 38º C.
- Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

MUY MALO (1 puntos)

- Nutrición: persona que realiza 1 comida diaria tomando un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas/día y menos de 1000 Kcal IMC >50.
- Líquidos: <500 cc/día (menos de 3 vasos).
- T^a corporal: más de 38,5º o menos de 35,5º C.
- Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa.
Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.

ESTADO MENTAL

ALERTA (4 puntos)

- Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar.
- Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles.
- Comprende la información.

Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha, lugar y hora.

APÁTICO (3 puntos)

- Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.
- Ante estímulos reacciona con 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.

CONFUSO (2 puntos)

- 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 se vuelve a dormir.
- Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona.

Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.

ESTUPOROSO (1 punto)

- Desorientado en tiempo, lugar y persona.
- Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal.
- Nunca está totalmente despierto.

Valoración: Presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

COMATOSO (1 punto)

- Desorientado en tiempo, lugar y persona.
- Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.

Valoración: Igual que en paciente estuporoso.

ACTIVIDAD

TOTAL (4 puntos)

- Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

DISMINUIDA (3 puntos)

- Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos.

MUY LIMITADA (2 puntos)

- Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos.

INMOVIL (1 punto)

- Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

MOVILIDAD

AMBULANTE (4 puntos)

- Independiente total
- Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.

CAMINA CON AYUDA (3 puntos)

- La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo.

SENTADO (2 puntos)

- La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.
- La persona precisa ayuda humana y/o mecánica.

ENCAMADO (1 punto)

- Dependiente para todos sus movimientos.
- Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse).

INCONTINENCIA

NINGUNA (4 puntos)

- Control de ambos esfínteres.
- Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.

OCASIONAL (3 puntos)

- No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.

URIONARIA O FECAL (2 puntos)

- No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
- Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación.

URINARIA + FECAL (1 punto)

- No controla ninguno de sus esfínteres.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO

Puntuación de 5 a 11 _____ **Riesgo muy alto**

Puntuación de 12 a 13 _____ **Riesgo alto**

Puntuación de 14 a 16 _____ **Riesgo medio**