



Resolución Directoral

Santa Anita, 27 de Febrero del 2020

VISTO:

El Expediente 19MP-19853-00; Informe N° 047-2019/OGC-HHV, de fecha 30 de Diciembre del 2019; y el Memorando N° 022-DSM-HHV-2020, conteniendo el sustento para la "Aprobación del Protocolo de Enfermería de Prevención de Úlceras por Presión", y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; estableciendo también que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla así como garantizar una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad;

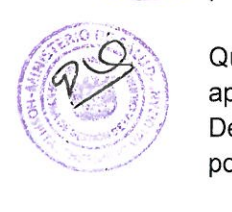
Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 27 de octubre de 2009, se aprobó el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud", la misma que en su Séptima Política establece que las organizaciones proveedoras de atención en salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención;

Que, con Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Hermilio Valdizan, el mismo que tiene como objetivos funcionales: Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en la atención Ambulatoria, Hospitalización y Emergencia en Salud Mental";

Que, dentro de la estructura institucional, la Oficina de Gestión de la Calidad, es un órgano de asesoramiento, encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, siendo uno de sus objetivos funcionales: Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente";

Que, mediante Informe N° 047-2019/OGC-HHV, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del "Protocolo de Enfermería de prevención de úlceras por Presión", elaborado por el Departamento de Enfermería, el mismo tiene como objetivo general disminuir la aparición de úlceras por presión (UPP) en los pacientes adultos hospitalizados;

Que, mediante Memorando N° 022-DSM-HHV-2020, el Jefe del Departamento de Servicios Médicos, otorga viabilidad al protocolo de enfermería, indicando que se encuentra dentro de los alcances normativos vigentes, por lo expuesto se hace necesario emitir el respectivo acto resolutorio;



En uso de las facultades conferidas por el artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Servicios Médicos, Departamento de Enfermería y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el documento denominado "**PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**" del Hospital Hermilio Valdizán; el mismo que contiene (13) Trece folios con (02) dos anexos, que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- DISPONER a la Oficina de Gestión de la Calidad, realice las acciones pertinentes para la difusión, implementación y supervisión del mencionado protocolo

Artículo 3°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

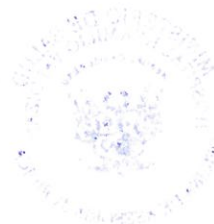
Regístrese y Comuníquese y Archívese,



MINISTERIO DE SALUD

Hospital "Hermilio Valdizán"


Dra. Rosa Ila Casanova Solimano
Directora Adjunta de la Dirección General
CMP 12757 RNE 4327



GLCV/
Distribución
DADG
DSM
D.ENF
OGC
OAJ.
NFORMÁTICA.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁN

DEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



**“PROTOCOLO DE ENFERMERIA DE PREVENCIÓN DE
ULCERAS POR PRESIÓN”**

2019



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

PROTOCOLO DE ENFERMERIA - PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

I. INTRODUCCIÓN.

El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería, dado que la aparición de una UPP es una complicación frecuente e importante que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo, además de producir una prolongada estancia hospitalaria y aumento de los costos de tratamiento.

Las UPP son en su mayoría prevenibles y en un 95% evitables por lo que reviste de mucha importancia contar con un protocolo que unifique los criterios de actuación del personal de enfermería en base a las mejores evidencias científicas disponibles.

Las UPP constituyen un serio problema con trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares pero también ocasionan una sobrecarga asistencial y un aumento de los costes de los servicios de salud.

II DEFINICIÓN

Son las medidas para prevenir el riesgo de padecer úlceras por presión, esta situación es frecuente en personas con movilidad reducida, por ejemplo: personas que permanecen largos períodos de tiempo encamados, personas en silla de ruedas, o que no pueden cambiar de posición.





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁN

DEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

III. OBJETIVOS.

GENERALES

Disminuir la aparición de úlceras por presión (UPP) en los pacientes adultos hospitalizados.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.
2. Establecer los cuidados necesarios para controlar y minimizar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las UPP.
3. Definir las intervenciones para mantener la integridad de la piel
4. Establecer criterios unificados de evaluación de los cuidados
5. Evaluar riesgo de desarrollar UPP, aplicando una escala de valoración de riesgo en cada paciente hospitalizado.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, Servicio de Hospitalización, Servicio de Emergencia.

V. PERSONAL QUE INTERVIENE

Todo el personal profesional de enfermería y personal técnico de enfermería.

VI. MATERIAL

Todo aquello que vamos a necesitar durante el proceso.

VII. PROCEDIMIENTO

Úlcera por presión (UPP) es toda lesión de la piel producida por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE:

La valoración general del paciente debe hacerse de forma individualizada e integral. La evaluación integral siempre debe incluir:

- ✓ Alteraciones de la piel intacta: piel seca, eritema, edema, induración.
- ✓ Alteración de la movilidad y actividad.
- ✓ Evaluación nutricional.
- ✓ Evaluación del dolor.
- ✓ Identificación de posibles factores de riesgo.

VALORACIÓN ESTRUCTURADA DEL RIESGO

1. Realizar una valoración del riesgo, mediante una escala validada, a todos los pacientes adultos ingresados:

- ✓ Utilizar una escala estructurada para valorar el riesgo tan pronto como sea posible después de su ingreso y en un plazo máximo de ocho horas.
- ✓ La escala utilizada, debe estar validada en cuanto a su sensibilidad, especificidad y variabilidad del observador. Las escalas generales validadas, más utilizadas y recomendadas a nivel internacional para predecir el riesgo de desarrollar UPP, es la Escala de BRADEN.
- ✓ Repetir la evaluación cada vez que haya un cambio en la condición del paciente registrando la fecha y hora de la evaluación del riesgo.
- ✓ Es necesario tener en cuenta que la escala de evaluación de riesgo ofrece un enfoque estructurado para la evaluación, pero no sustituye a una valoración integral y además las escalas son un complemento al juicio clínico.

2. En los pacientes del servicio de urgencia, realizar la valoración considerando la actividad y la movilidad del paciente y si está claramente disminuida aplicar los cuidados relacionados con la piel y el alivio de la presión detallados en este protocolo.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

REGISTRO DE LOS CUIDADOS

Se registrará en la documentación de enfermería los siguientes aspectos:

- La valoración del riesgo con la escala de BRADEN.
- El estado de la piel y la presencia de UPP al ingreso.
- Las reevaluaciones del riesgo.
- Los cuidados preventivos planificados.
- Los cambios que se produzcan en el estado de la piel.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

00047 Riesgo de deterioro de la integración cutánea

00046 Deterioro de la integración cutánea

00044 Deterioro de la integridad tisular

00214 Discomfort

00004 Riesgo de infección

00204 Perfusión tisular inefectiva

00132 Dolor agudo



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL CUIDADO DE LA PIEL

El cuidado de la piel es una de las estrategias para la prevención de las úlceras, bien sean producidas por presión o por humedad



VALORACIÓN DE LA PIEL

Los signos indicativos de lesión por presión son: eritema, calor localizado, edema, induración y deterioro de la piel. Los tonos más oscuros de piel pueden ser más difíciles de evaluar visualmente, por lo que se debe prestar atención al calor localizado, edema e induración en estos casos. Es necesario:

- ✓ Inspeccionar la piel de todos los pacientes al ingreso a los diferentes servicios.
- ✓ Inspeccionar la piel al menos cada 24 horas para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer UPP.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

- ✓ Prestar especial atención a las prominencias óseas, los talones, tuberosidades isquiáticas, región sacra y zonas con lesiones anteriores.
- ✓ Observar la zona de la piel donde se encuentren dispositivos terapéuticos que produzcan presión sobre la misma (por ejemplo, férulas, catéteres, sonda nasogástrica, dispositivos de oxigenoterapia, etc.), siempre que sea posible, retirar o movilizar estos dispositivos para permitir una valoración integral de la piel.
- ✓ Registrar todas las valoraciones de la piel tan pronto como sea posible después de su ingreso y en un mínimo de 8 horas.

CUIDADOS DE LA PIEL

- ✓ Utilizar un jabón con pH adecuado a la piel, evitando usar agua muy caliente.
- ✓ Aclarar y secar completamente la piel para protegerla del exceso de humedad prestando especial atención a los pliegues cutáneos.
- ✓ Mantener una adecuada hidratación para proteger la piel, ya que si está seca hay mayor riesgo de aparición de lesiones.
- ✓ No frotar vigorosamente la piel del paciente.
- ✓ Las cremas hidratantes, se deben aplicar con suavidad, no frotando sobre las prominencias óseas ya que esto podría producir una rotura capilar y provocar al paciente una úlcera de forma involuntaria.
- ✓ No usar agentes irritantes para la piel como los productos que contienen alcohol.

MANEJO DE LA HUMEDAD:

La humedad relacionada con la incontinencia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión. Es necesario limpiar y secar la piel tan pronto como sea posible después de cada episodio de incontinencia, eliminando los productos de desecho como orina, heces y transpiración para prevenir la irritación química que se produce, además si la piel esta húmeda es frágil y más susceptible a la fricción, por ello es necesario:

- ✓ Cambiar pañales, con frecuencia.
- ✓ Cambiar la ropa de la cama cuando este húmeda.
- ✓ Siempre que sea posible evitar los productos de plástico, ya que aumentan el calor y retienen la humedad en la piel.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

- ✓ Proteger la piel de los excesos de humedad, utilizando agentes tópicos que proporcionen barreras de protección.
- ✓ Evitar los productos humectantes como urea, glicerina, ácido alfa hidroxilo o ácido láctico, porque retienen agua.

MANEJO DE LA PRESIÓN

El manejo adecuado de la presión contribuye a reducir el riesgo de desarrollar úlcera por presión. Este manejo incluye la movilización, los cambios posturales, las superficies especiales para el manejo de la presión y la protección local de las zonas vulnerables.

MOVILIZACIÓN

- ✓ Planificar los cuidados fomentando la movilización del paciente, educando e implicando, siempre que sea posible al paciente.
- ✓ Proporcionar dispositivos que faciliten el movimiento independiente (trapezio, barandilla en el lateral de la cama, andador, etc.) para facilitar la movilización.

CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales reducen la duración y la magnitud de la presión ejercida sobre las zonas vulnerables.

- ✓ Se realizarán, siempre que no exista contraindicación, para evitar o minimizar la presión en pacientes con movilidad y actividad reducida.
- ✓ Deben mantener la comodidad del paciente y su capacidad funcional.
- ✓ Su frecuencia vendrá determinada por el estado de la piel, las necesidades del paciente y la redistribución de las presiones de la superficie de apoyo. Es necesario realizarlos con mayor frecuencia cuando la superficie donde se encuentra el paciente no redistribuye la presión.
- ✓ Como norma general se realizarán cada 2-3 horas durante el día y, como máximo, cada 4 horas durante la noche, coordinándolo con otras actividades cuando sea posible, para favorecer el descanso del paciente.

RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CAMBIOS POSTURALES:

- ✓ Seguir una rotación programada e individualizada, alternando decúbito supino, lateral derecho y lateral izquierdo; incluir en la rotación el decúbito prono si la situación hemodinámica del paciente lo permite y es tolerado. Mantener la





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERNILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

alineación corporal y fisiológica, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.

- ✓ Evitar exponer la piel a la presión, utilizando aparatos auxiliares para desplazar a los pacientes. Elevar y no arrastrar al paciente cuando se le realice un cambio postural.
- ✓ No colocar al paciente sobre prominencias óseas que presenten eritemas que no desaparecen al eliminar la presión.
- ✓ En decúbito lateral es aconsejable no sobrepasar los 30º para no apoyar directamente sobre los trocánteres, elevando la zona de los pies como máximo 20º.
- ✓ Utilizar almohadas o cuñas de espuma para evitar el contacto entre las prominencias óseas.
- ✓ Evitar colocar al paciente sobre catéteres, drenajes u otros dispositivos terapéuticos.
- ✓ Entre un cambio postural y otro, se realizarán pequeñas modificaciones dentro de la misma posición.
- ✓ En los pacientes sentados con movilidad reducida pueden utilizarse cojines que redistribuyan la presión.
- ✓ Siempre que haya disponibilidad, debe utilizarse una superficie de apoyo activa (colchón de aire alternante) en el caso de pacientes con muy alto riesgo de desarrollar úlceras por presión y donde no es posible efectuar cambios posturales frecuentes.
- ✓ Aunque se utilice una superficie especial para el manejo de la presión sigue siendo necesario realizar cambios posturales, siempre que la situación del paciente lo permita.

PROTECCIÓN LOCAL DE ZONAS VULNERABLES

En zonas de especial riesgo de UPP como los talones es necesario utilizar dispositivos que alivien totalmente la presión sobre los mismos.

- ✓ Utilizar una almohada u otro dispositivo debajo de las pantorrillas para que los talones queden elevados completamente, de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada.
- ✓ Inspeccionar la piel de los talones al menos cada 24 horas.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

OTRAS INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS UPP

Control y atención a los pacientes con dolor

El dolor es un factor que puede afectar a la movilidad y a la actividad, cualquier disminución de las mismas puede incrementar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Al mismo tiempo el uso de analgésicos y sedantes puede deprimir el sistema nervioso central, alterando el estado mental, la actividad y la movilidad, reduciendo la capacidad de respuesta al dolor isquémico local.

- ✓ Valorar el impacto del dolor en el paciente.
- ✓ Identificar cualquier área de malestar o dolor que pueda ser atribuida al daño por presión.
- ✓ Valorar el riesgo del paciente para el deterioro de la piel relacionado con la pérdida de la sensación de protección o la habilidad de responder de una manera eficaz al dolor (efectos de analgésicos, sedantes, neuropatías, etc).
- ✓ Utilizar para la evaluación del dolor una escala validada y monitorizar el nivel del dolor de forma continua.
- ✓ Tratar el dolor de forma anticipada, y controlarlo con medidas farmacológicas y no farmacológicas eficaces como posiciones terapéuticas, superficies de soporte.
- ✓ Registrar los datos de forma precisa para poder controlar los progresos del paciente y favorecer la comunicación entre los profesionales.

VIGILANCIA Y CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN

Dado que la desnutrición es un factor de riesgo reversible para el desarrollo de las UPP, su detección temprana y tratamiento resultan muy importante.

- ✓ Realizar una valoración nutricional al ingreso y cada vez que haya un cambio en la situación del paciente que pueda aumentar el riesgo de desnutrición.
- ✓ En esta valoración se recomienda incluir: peso actual y habitual, la historia de ganancia/pérdida de peso involuntaria y la ingesta de nutrientes en comparación con las necesidades.

En los pacientes con riesgo de UPP y desnutridos o en riesgo de desnutrición:

- ✓ Realizar consulta al Servicio de Nutrición según el procedimiento.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERÍA

- ✓ Los pacientes que tienen bajo peso o han perdido peso deberían recibir una suplementación dietética mayor de calorías y proteínas, ya que esta intervención está asociada con una disminución del riesgo de incidencia de úlceras por presión.
- ✓ Las recomendaciones de tratamiento deben ser individualizadas para cada persona.
- ✓ La alimentación por vía oral (alimentación normal y/o alimentación adicional a base de líquidos) es la vía preferida para la nutrición y debería favorecerse siempre que sea posible.
- ✓ Los suplementos nutricionales orales son válidos para aquellos pacientes de riesgo que no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales por medio de la ingesta normal de comida por vía oral. La administración de estos debe realizarse en los intervalos entre las comidas, para evitar la reducción de la ingesta normal de comida y líquidos en las comidas regulares.
- ✓ La nutrición e hidratación debe ser compatible con las condiciones y deseos del paciente.

Educación sanitaria

La educación sanitaria del paciente es una parte importante de la prevención de úlceras por presión, son clave para la prevención de las mismas.

La educación debe perseguir la adquisición de competencias que permitan al paciente y/o personal colaborar en la prevención de las úlceras por presión.

La información debe transmitirse con un nivel adecuado al paciente y/o personal.

La formación estará relacionada con:

- La información básica sobre las UPP, factores de riesgo, zonas corporales a vigilar etc.
- Lo que hay que dominar técnicamente (vigilancia práctica en el cuidado de la piel, adecuación de las prendas, posicionamiento de catéteres).
- El comportamiento a tener con los cambios de situación (cómo actuar en caso de erupción o enrojecimiento, saber cuándo contactar con profesional de la salud...).

REGISTRO DE LOS CUIDADOS

- ✓ Se registrará en la documentación de enfermería los siguientes aspectos:
 - La valoración del riesgo al ingreso con una escala validada.



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

- El estado de la piel y la presencia de UPP al ingreso.
- Las reevaluaciones del riesgo.
- Los cuidados preventivos planificados.
- Los cambios que se produzcan en el estado de la piel.

VIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ULCERA POR PRESION. Es toda lesión de la piel producida por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

FACTORES DE RIESGO. La población de riesgo para desarrollar UPP la constituyen los pacientes ancianos, encamados o inmovilizados en sillas con enfermedades crónicas y aquellos que tienen alterada la sensibilidad y no perciben el dolor isquémico; también aquellos que no se pueden recolocar ellos solos. Es en este grupo de pacientes que se tendrá que evaluar el riesgo.

PRESIÓN. La presión directa es la fuerza primaria que favorece la formación de úlceras. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se hace sobre una zona de la piel como del tiempo que esta se mantiene.

FRICCIÓN. Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. El roce de la piel con otras superficies (sábanas) hace que el estrato córneo se lesione y puede provocar flictenas intra-epidérmicas y erosiones superficiales. La fricción minimiza la relación presión-tiempo que determina la aparición de isquemia cutánea.

CIZALLAMIENTO. Es la combinación entre los efectos de la presión y fricción, por ejemplo en la posición fowler que se produce deslizamiento del cuerpo puede provocar fricción en el sacro y presión sobre la misma zona. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas en un plano perpendicular a las prominencias óseas, como la tuberosidad isquiática. Estas fuerzas hacen que la piel del sacro este inmóvil, mientras que el tejido subcutáneo y los vasos glúteos son estirados y alargados. A causa de este efecto, la presión que se necesita por disminuir la





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUDHOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁNDEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

aportación sanguínea es menor y se produce rápidamente una isquemia del músculo. Estas fuerzas de cizallamiento se producen cuando el paciente no está bien apoyado y la cama esta levantada a más de 30º.

HUMEDAD. Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Avilés Martínez M, Sánchez Llorente M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
2. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2009 Jul;57(7):1175-1183.
3. Gorecki C, Lamping DL, Brown JM, Madill A, Firth J, Nixon J. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: a patient-focused approach. *Int J Nurs Stud* 2010 Dec;47(12):1525-1534.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. 2010.
5. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3. er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2011;22(2):77-90.
6. Australian Wound Management Association. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Cambridge: Media Osborne Park, WA; 2012.
7. Registered nurses' Association of Ontario. Nursing Best Practice Guiderlines Program. Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcer. 3rd ed. Toronto: SCO Health Services; 2011.





PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
HERMILIO VALDIZÁN

DEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA

8. Reger S, Ranganathan V, Orsted H, Ohura T, Gefen A. International Review: Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. London: Wounds International; 2010.
9. García Ruiz-Rozas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar J, Pomer Monferrer M, Masoliver Forés A, Lizán Tudela L. Úlceras por presión. 2011; Available at: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ulceras-por-presion/>. Accessed Febrero 6, 2013.
10. Segovia-Gómez T, Bermejo Martínez M, García-Alamino JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. Gerokomos 2012;23(3):137-140.
11. McGinnis E, Stubbs N. Pressure-relieving devices for treating heel pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2011 Sep 7;(9):CD005485. doi(9):CD005485.

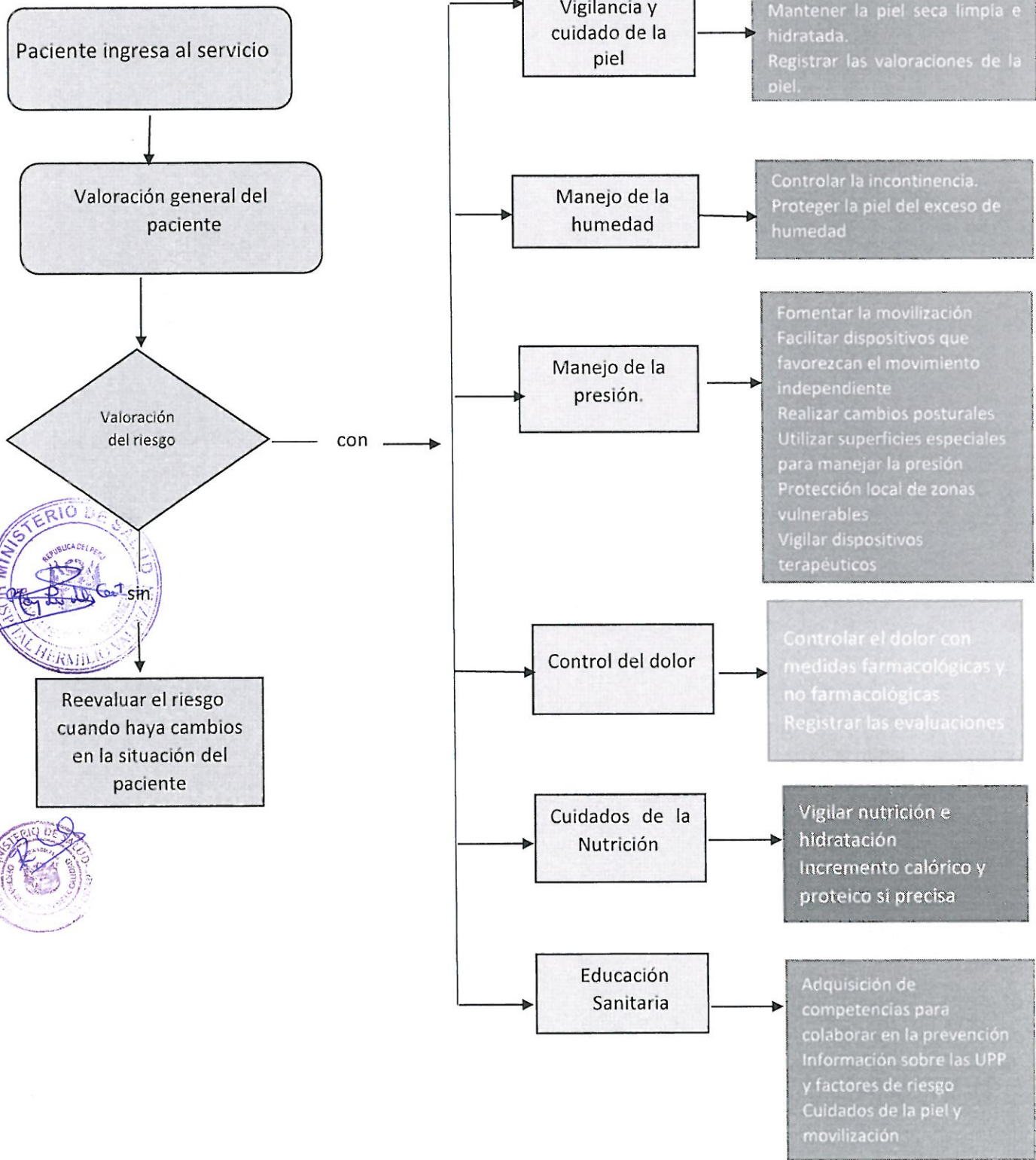




ANEXOS

FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE PACIENTE - PREVENCION DE

ULCERAS POR PRESION








ESCALA DE BRADEN

PUNTAJACION		1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	COMPLETAMENTE LIMITADA Al tener disminuido el nivel de consciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir la mayor parte del cuerpo.	MUY LIMITADA Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	LIGERAMENTE LIMITADA Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presente alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	SIN LIMITACIONES Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.	
	EXPOSICIÓN A HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	CONSTANTEMENTE HÚMEDA La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	A MENUDO HÚMEDA La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	OCASIONALMENTE HÚMEDA La piel esta ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	RARAMENTE HÚMEDA La piel esta generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Actividad.



NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA  Paciente constantemente encamado/a	ENCAMADO Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	EN SILLA Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.	DEAMBULA OCASIONALMENTE Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
MÓVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	COMPLETAMENTE INMÓVIL Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad.	MUY LIMITADA Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.	LIGERAMENTE LIMITADO Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	SIN LIMITACIONES Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	MUY POBRE Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios	PROBABLEMENTE INADECUADA Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen.	ADECUADA Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos).	EXCELENTE Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa ninguna comida. Habitualmente como un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos.



	<p>o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomara un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales</p>	<p>Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos</p>
<p>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</p> 	<p>PROBLEMA Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento éntrelas sabanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario.</p>	<p>PROBLEMA POTENCIAL Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sabanas, silla, sistema de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>NO EXISTE PROBLEMA APARENTE Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	<p>RIESGO ALTO: <12 (evaluación diaria)</p> <p>RIESGO MEDIO: 13-15 (evaluación 3 días)</p> <p>RIESGO BAJO: >16 (evaluación 7 días)</p>