



Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay.

Autores:

Mgter. Lucía García Parodi - Mgter. María del Rocío González García

Importancia del tema.



PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

Repercusiones éticas y legales.
Repercusiones sociales.
Morbi mortalidad
Costos Sistema de Salud.

Se pueden prevenir en la mayoría de los casos.



Justificación del estudio(1).

- ▶ **Desafío de asistir a una población, que por su perfil socio demográfico, representa una población de riesgo de padecer UPP.**
- ▶ **Indispensable contar con Políticas Nacionales de Salud orientadas a prevenirlas.**
- ▶ **En Uruguay no existían datos sobre la epidemiología de estas lesiones así como del impacto que éstas tienen sobre los pacientes, cuidadores, instituciones de salud, Sistema Sanitario ni para el País en su conjunto.**



Justificación del estudio (2)

La epidemiología de las Úlceras por Presión herramienta básica para:

- ▶ adecuación de su impacto
- ▶ ruptura con un pasado tildado de proceso inevitable
- ▶ el diseño y seguimiento de políticas sanitarias orientadas a su prevención.
- ▶ una adecuada atención.



Datos_prevalencia_UPP_SCUH Ultimo.pdf



Objetivos

GENERAL

- ▶ **Determinar la prevalencia de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.**

ESPECÍFICOS

- ▶ **Describir:**
 - ▶ **Perfil de los pacientes con úlceras por presión.**
 - ▶ **Características de las Úlceras por Presión en cuanto a su localización, antigüedad, origen, categorización y severidad de las mismas .**
 - ▶ **Variables relacionadas con estrategias y prácticas actuales de prevención de úlceras por presión en las instituciones de salud y en las residencias geriátricas.**
- ▶ **Conocer el tipo de tratamiento que reciben los pacientes que presentan dichas lesiones: frecuencia de las curas, utilización de productos basados en CAH o tradicional, utilización de protocolos de tratamiento**

Diseño de investigación (1)

- ▶ **Estudio descriptivo simple transversal en el período mayo –octubre 2015**
- ▶ **Población de estudio:** todos los pacientes mayores de 18 años que se encuentren ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas públicas y privadas habilitadas por el MSP
- ▶ **Criterios de inclusión.**
- ▶ **Se han tomado como criterios de inclusión todos los pacientes mayores de 18 años que se encuentren ingresados en las instituciones de salud pública y privada y en las residencias geriátricas al momento de realizar la recogida de datos.**

Diseño de investigación (2)

Criterios de exclusión.

- ▶ **Pacientes hospitalizados en los servicios de diálisis, obstetricia, hospital de día y servicios de psiquiatría y a aquellos pacientes con menos de 24 horas desde su ingreso en la institución o residencia hasta el momento de la recogida de datos.**
- ▶ **Red Asistencia Primaria**

Variables de estudio.

Información general de la Institución de Salud y Residenciales Geriátricos.	Departamento, Nivel de complejidad, número de camas habilitadas, tipo de unidad asistencial, número de camas ocupadas.
Características del paciente.	Edad, sexo, días de internación, riesgo de UPP (Braden), Incontinencia, utilización de SEMP, número total de UPP por paciente.
Características de las UPP.	Lugar donde se originó, antigüedad, dimensión categoría, localización, severidad
Estrategias Institucionales de prevención de úlceras por presión.	Existencia de comisión de UPP, realización de estudios de incidencia y prevalencia de UPP, existencia de protocolo de prevención escrito, realización de actividades de capacitación sobre prevención de UPP, uso de EVRUPP en forma sistemática, disponibilidad de SEMP
Realización de medidas preventivas en las Instituciones de Salud y en las Residencias Geriátricas.	Cambios posturales en cama, cambios posturales en pacientes sentados, protección local, cuidados de la piel.
Estrategias de tratamiento de las UPP	Toma de decisión del tratamiento, tipo de cura, frecuencias de curas, presencia de protocolo de tratamiento

Recogida de datos

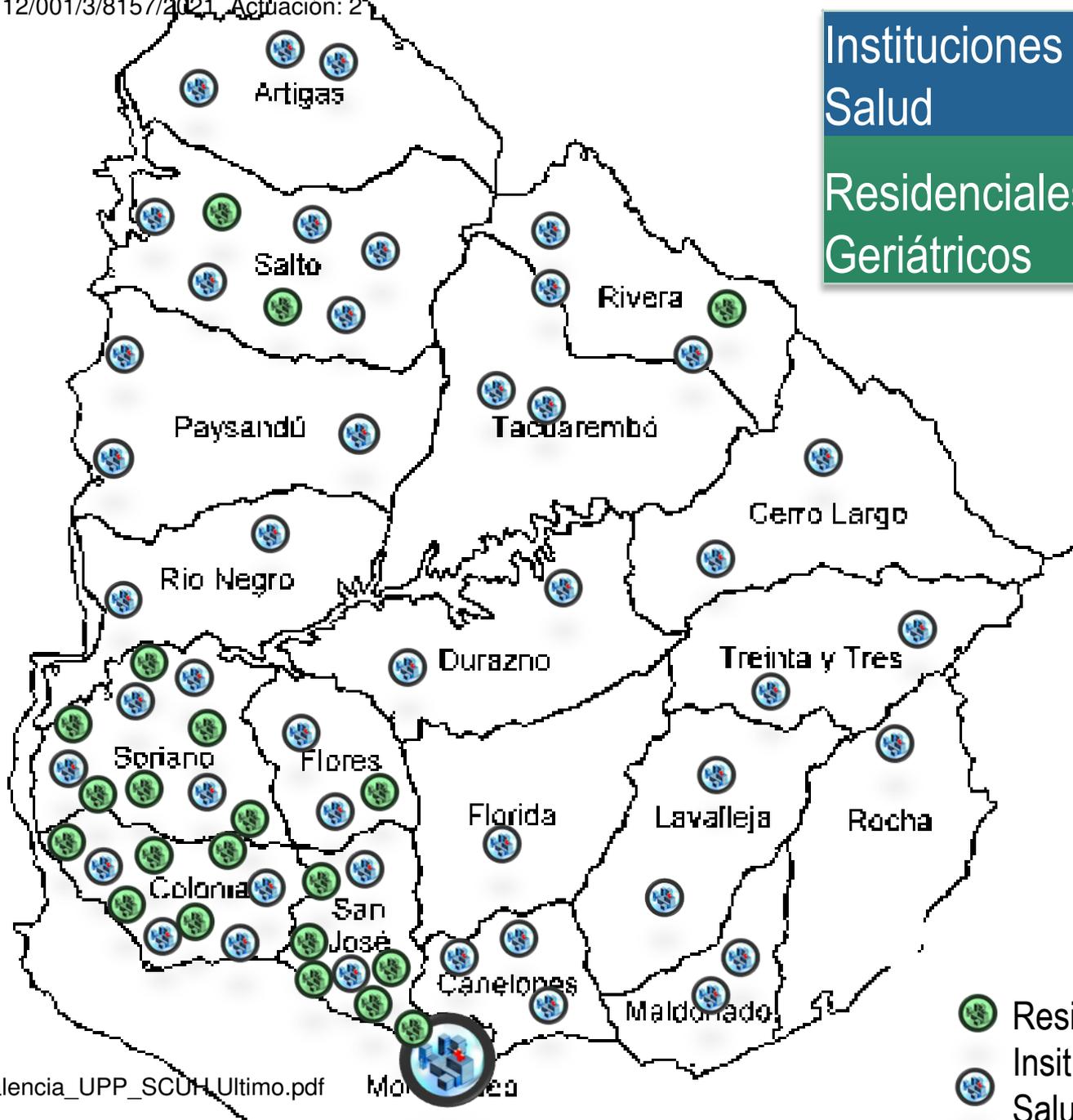
- ▶ El período de recogida de datos por institución fue de siete días sucesivos por parte de dos enfermer@s en forma voluntaria previamente entrenad@s por el grupo investigador.
- ▶ 28 de septiembre a 5 de octubre de 2015.
- ▶ Se les entrego un manual detallando elementos importantes que faciliten un correcto registro de los datos.
- ▶ La forma de obtención de la información se realizó a través de fuentes primarias: entrevista y observación estructurada, realización de cuestionario, utilización de una escala de valoración de riesgo de UPP (Braden) , inspección (medición). Como fuentes secundarias: historias clínica, y estadísticas institucionales.

Datos globales.

Muestra.

- ▶ **3872 pacientes.**
- ▶ **76,3% Instituciones de Salud.**
- ▶ **23,5% Residencias Geriátricas.**

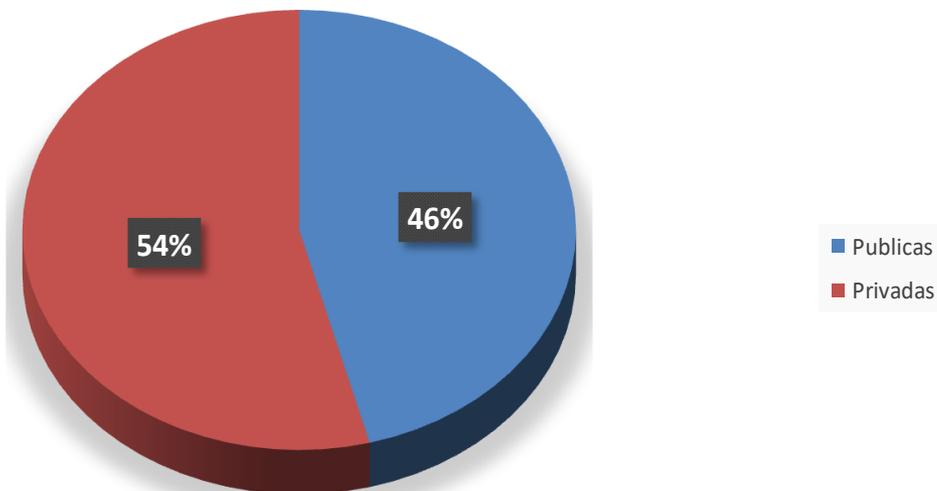




Instituciones de Salud	61
Residenciales Geriátricos	60

-  Residenciales.
-  Instituciones de Salud.

Gráfico 1. Distribución de Instituciones de Salud según dependencia



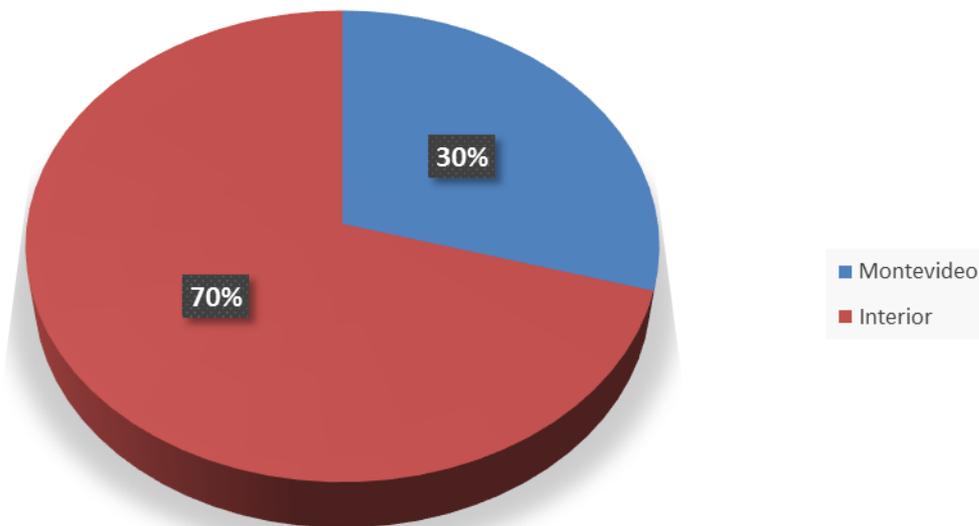
Distribución de Instituciones de Salud según dependencia.

Privadas	54%
Públicas	46%

Distribución geográfica de Instituciones de Salud

Interior	70%
Montevideo	30%

Grafico 2. Distribución geográfica de Instituciones de Salud



Distribución geográfica de Residenciales Geriátricos.

Montevideo	30%
Interior	70%

Distribución de Residenciales Geriátricos según dependencia..

Privados	97%
Públicos	3%

Grafico 4. Distribución geográfica Residenciales geriátricos

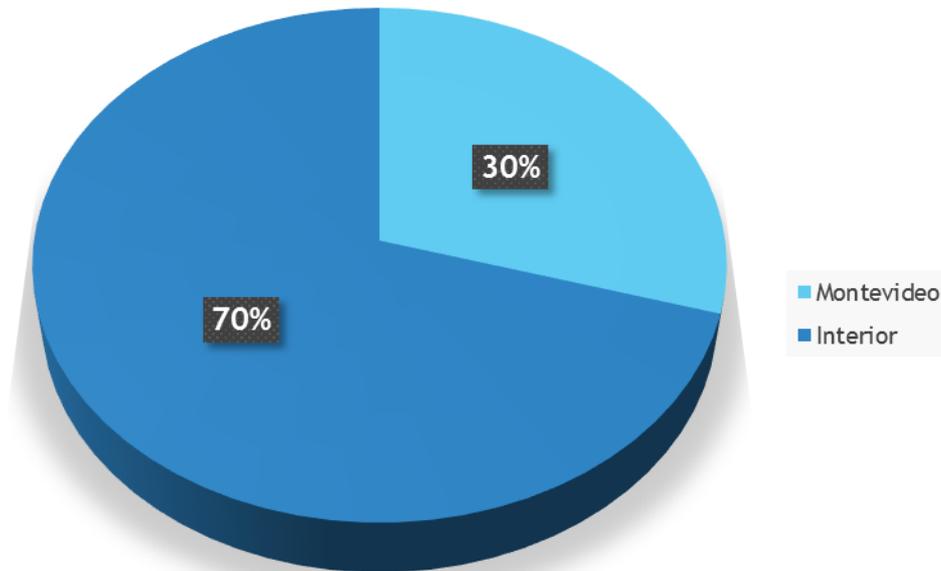
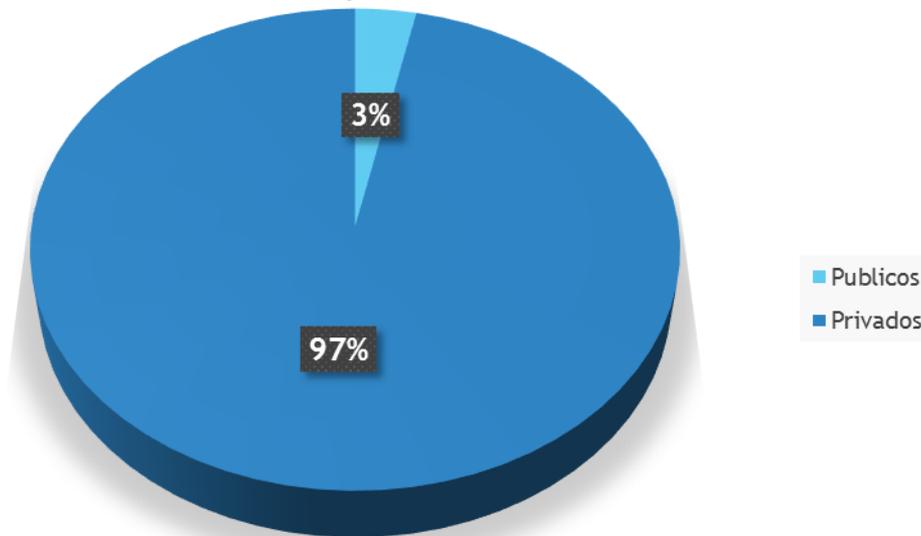


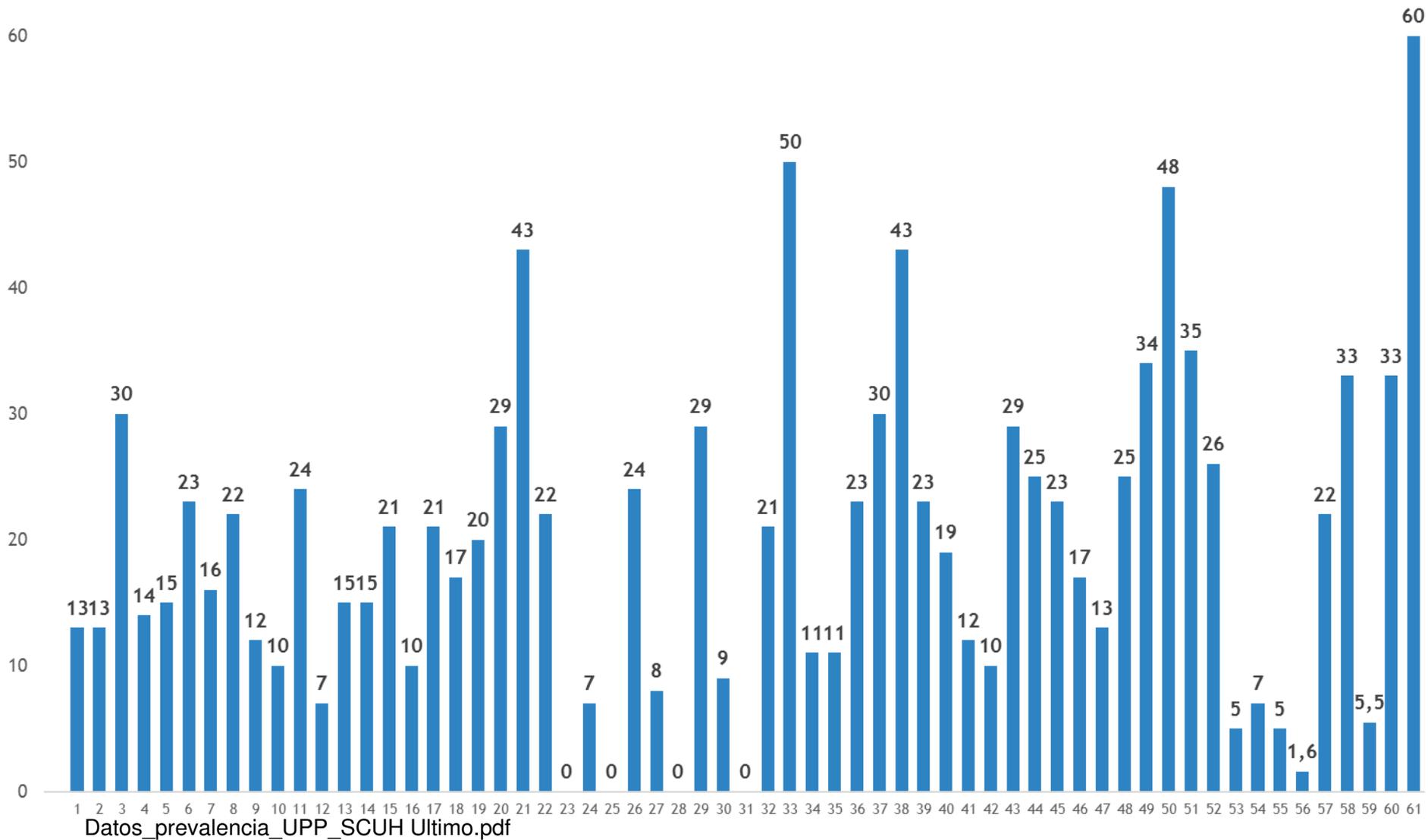
Grafico 3. Distribución de Residenciales Geriátricos de acuerdo a dependencia



Datos de Prevalencia de UPP en Uruguay.

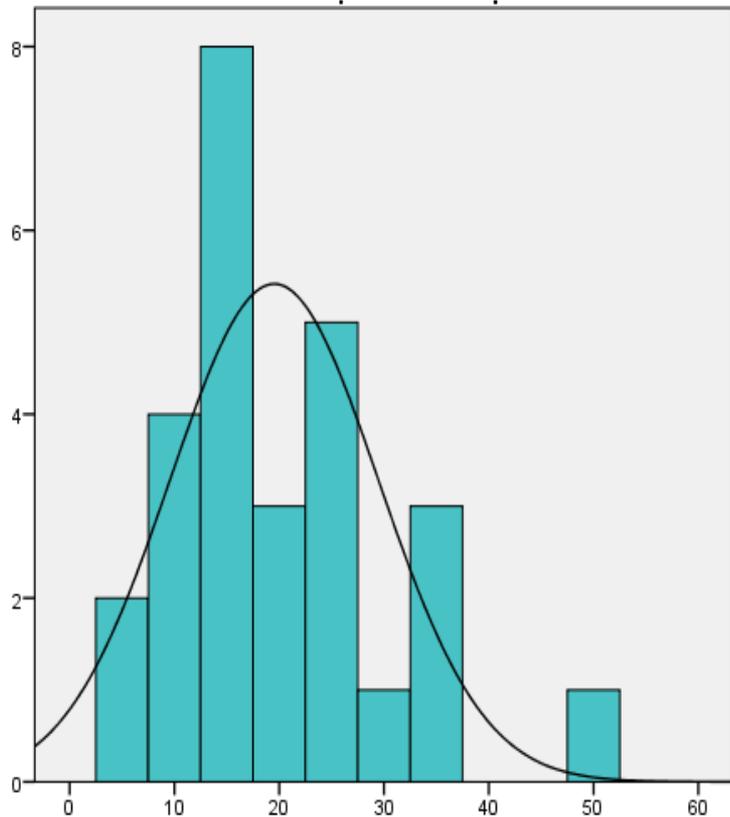
- ▶ Prevalencia global: **14,9%** (I.C. 95% 14,6-15,2%)
- ▶ Prevalencia de UPP en pacientes hospitalizados en Instituciones de Salud: **16,9 %** (IC 95% 16,6- 17,2%)
- ▶ Prevalencia de UPP en Residenciales Geriátricos: **8,2 %** (IC 95% 7,2-9,2%)

Distribución de Prevalencia de UPP por Institución.



Distribución de prevalencia en Instituciones de acuerdo a Dependencia.

Instituciones de Salud Privadas.



Estadísticos:

Media: 19,52%

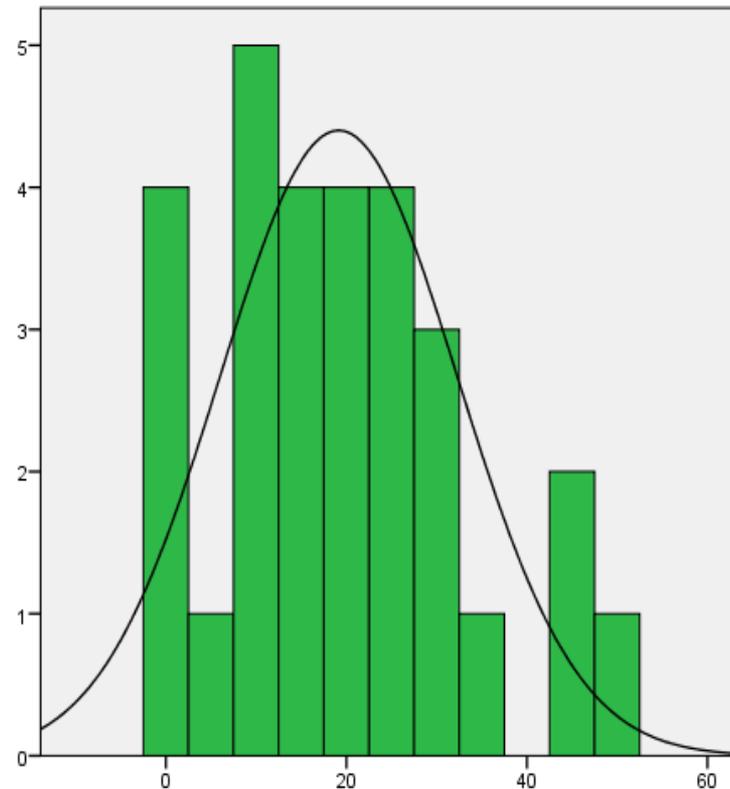
Mediana: 15%

P25: 13%

Datos_prevalencia_UPP_SCUH Ultimo.pdf

P75: 25%

Instituciones de Salud Públicas.



Estadísticos:

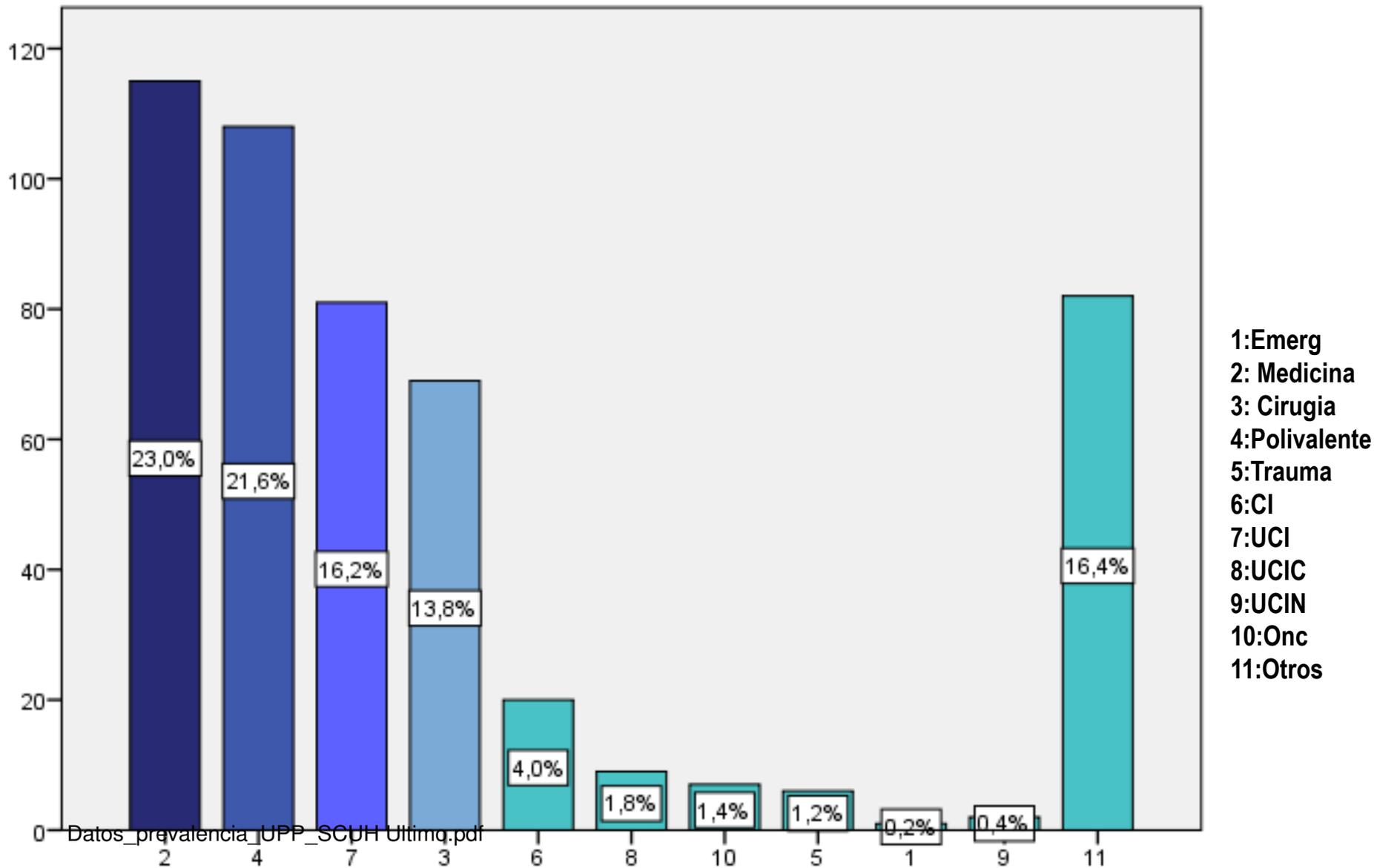
Media: 19,14%

Mediana: 20%

P25: 9,5%

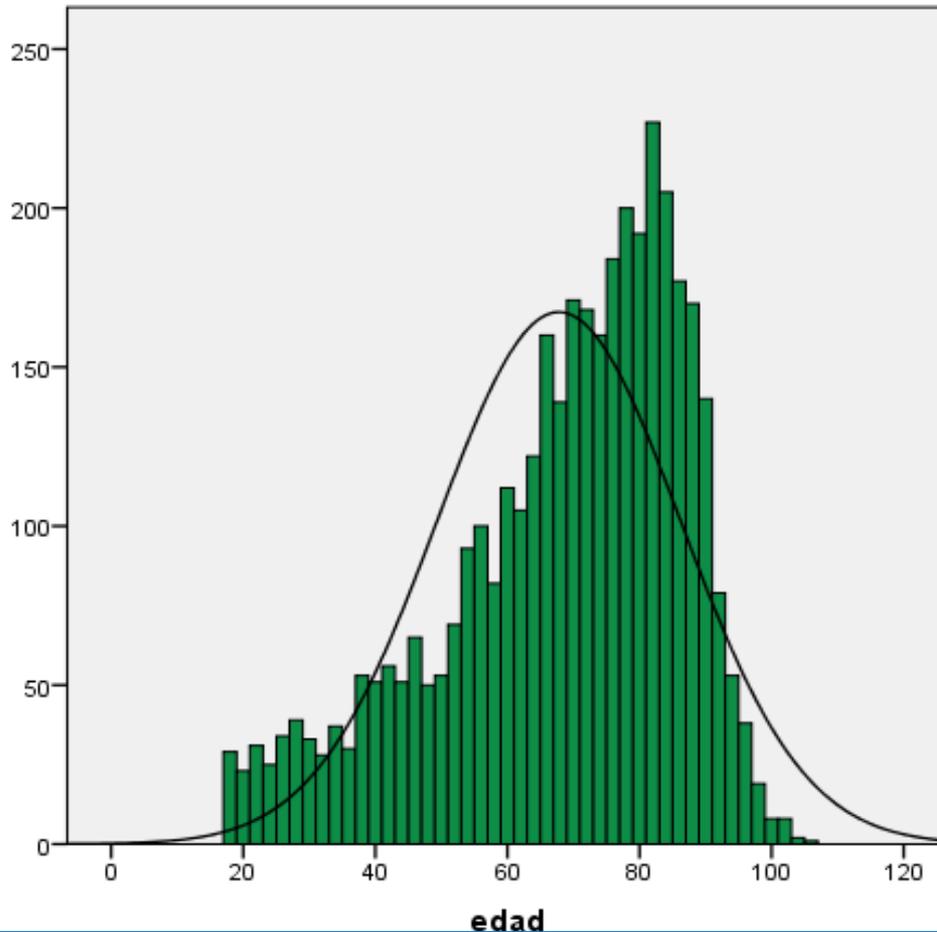
P75: 27%

Distribución de Prevalencia de UPP en Instituciones de salud según tipo de unidad asistencial.



Caracterización de los pacientes.

Distribución por Edad.



Media: 67,8 años
Mediana: 72 años
 Desviación estándar: 18,4
 N: 3872

Instituciones de Salud:
 Media: 63,2 años
 Mediana: 66 años
 P25: 52 años
 P75: 77 años

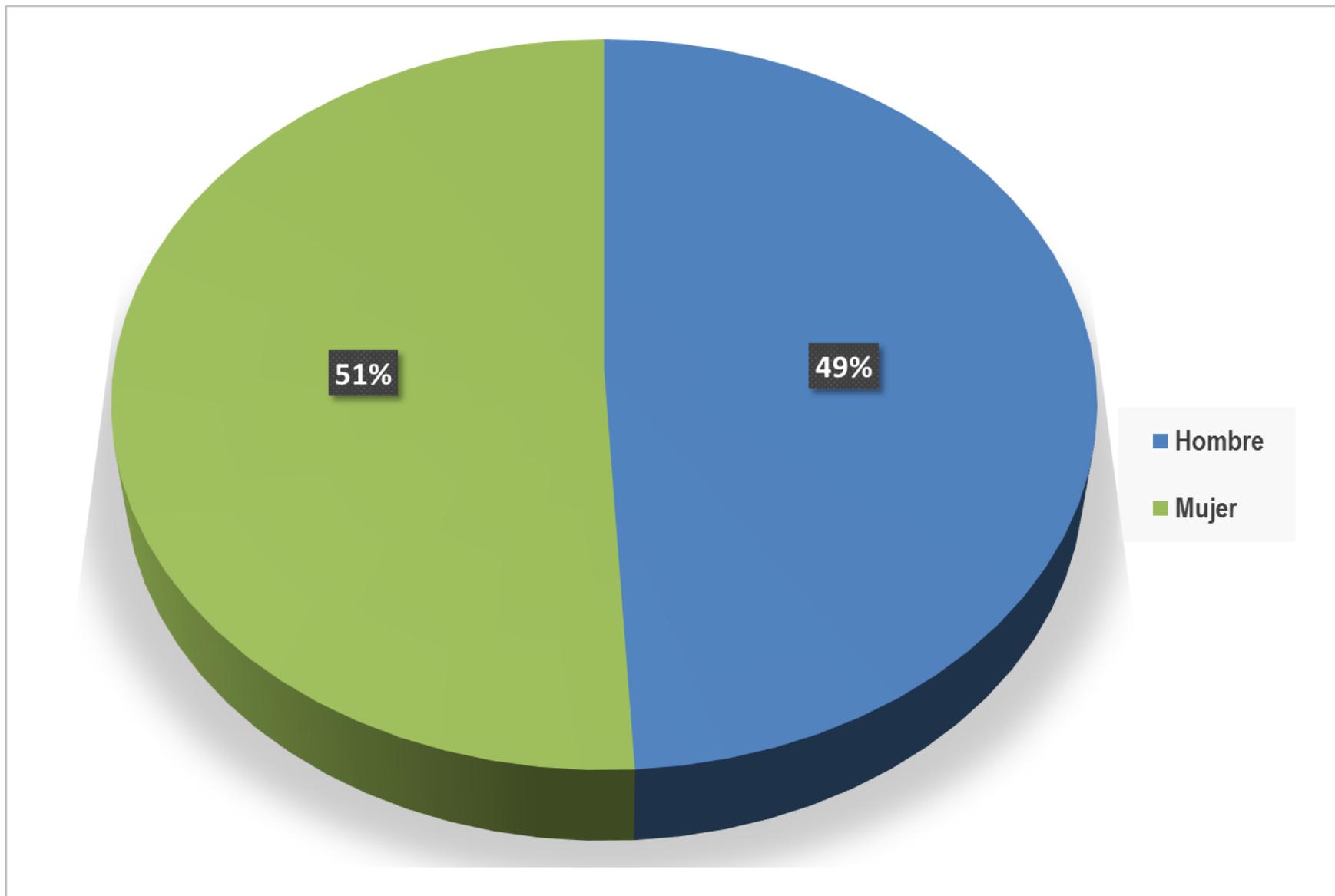
Edad pacientes de Residenciales.

Media: 94 años.
 Mediana: 95 años
 P25 90 años
 P75: 100 años

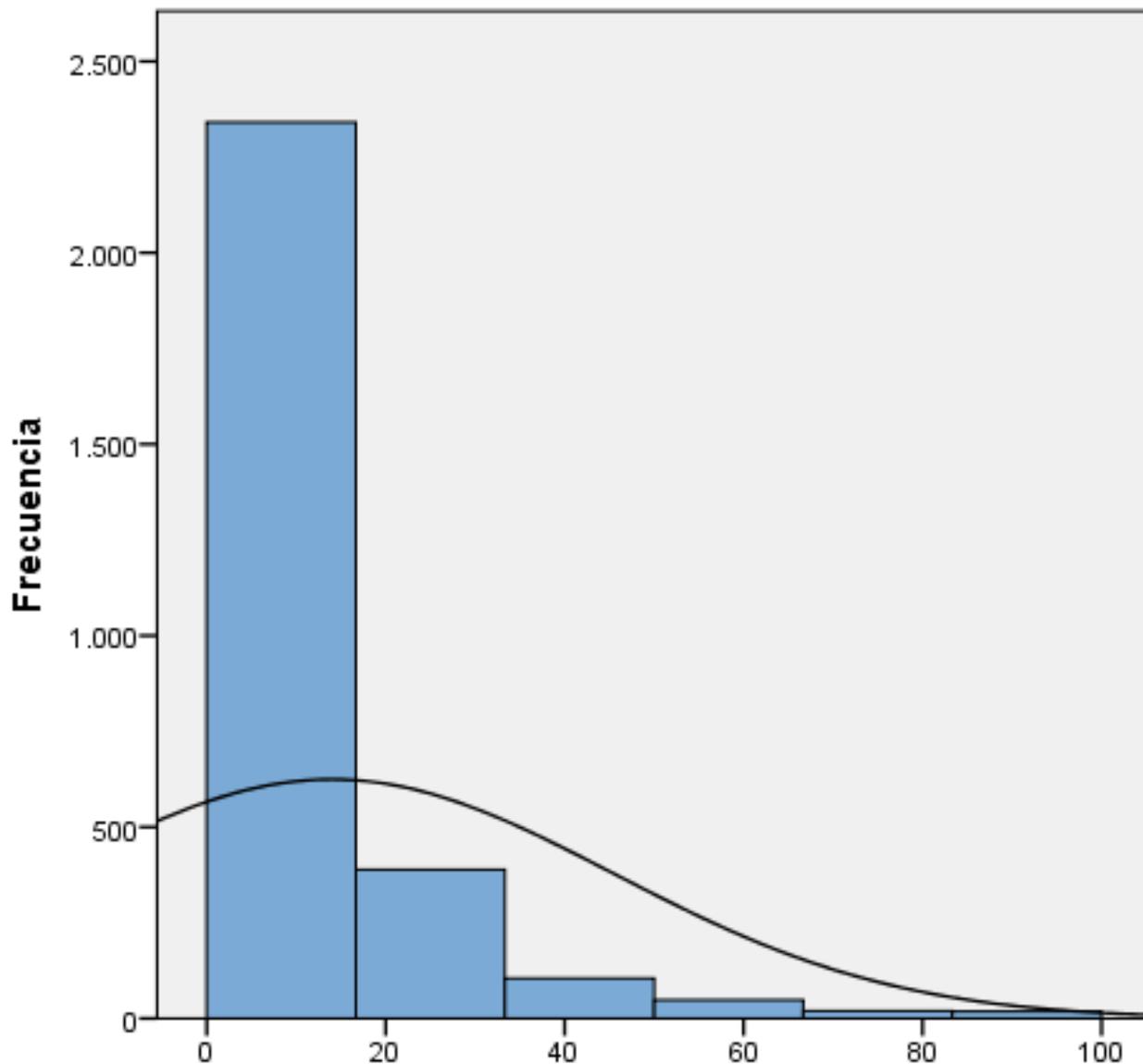
25% de pacientes con UPP en IS: más de 65a.
 17% de ellos: 80 años.

85% de pacientes con UPP en RG: 90 años.

Distribución por sexo.



Días de internación en Instituciones de Salud.



Estadísticos:

Media: 13,97 días.

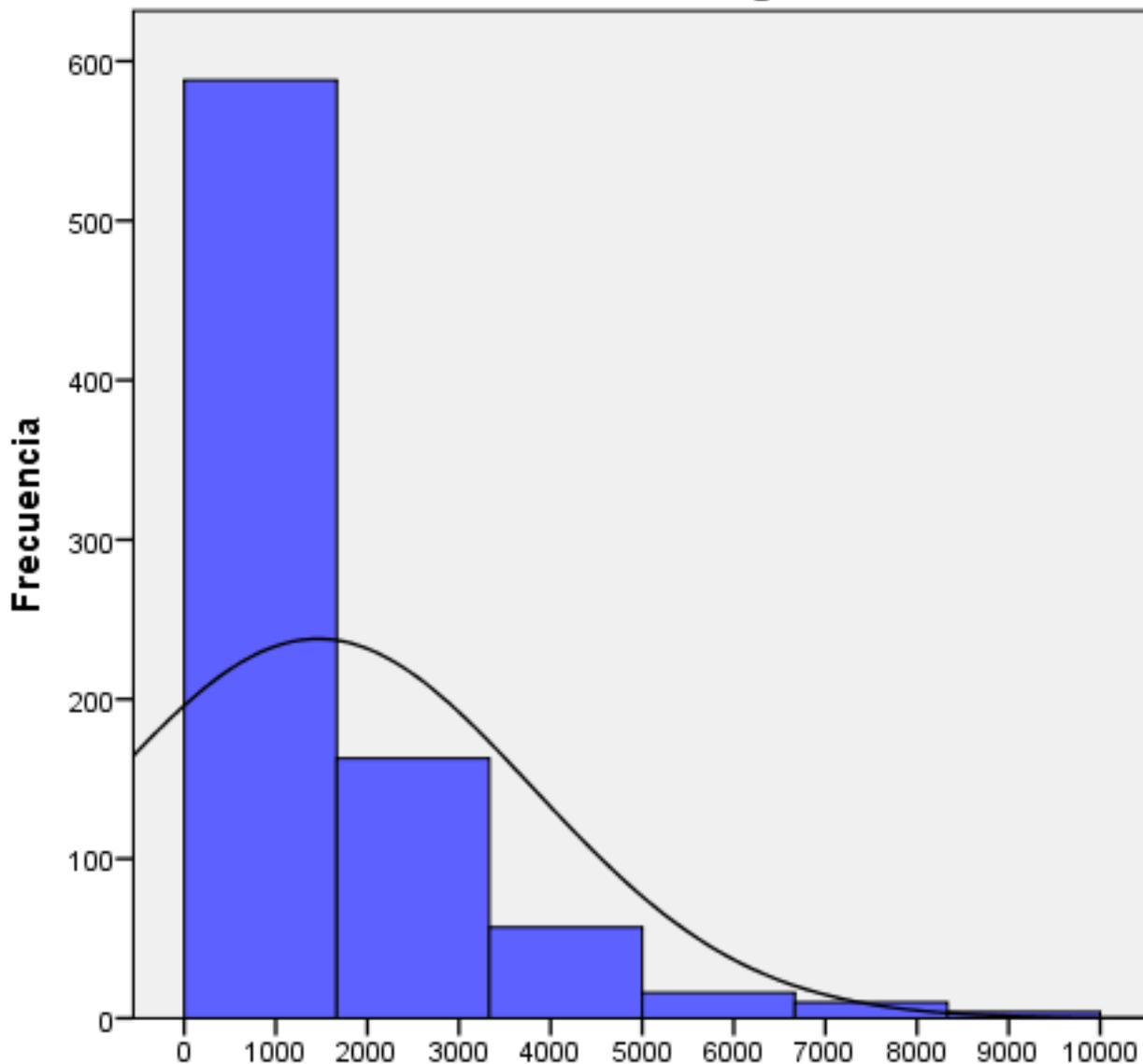
Desviación estándar: 31,48

Mediana: 6 días

N: 2957

20% de los pacientes que desarrollaron UPP la desarrollaron en los primeros 10 días de internación.

Días de internación en Residenciales Geriátricos.



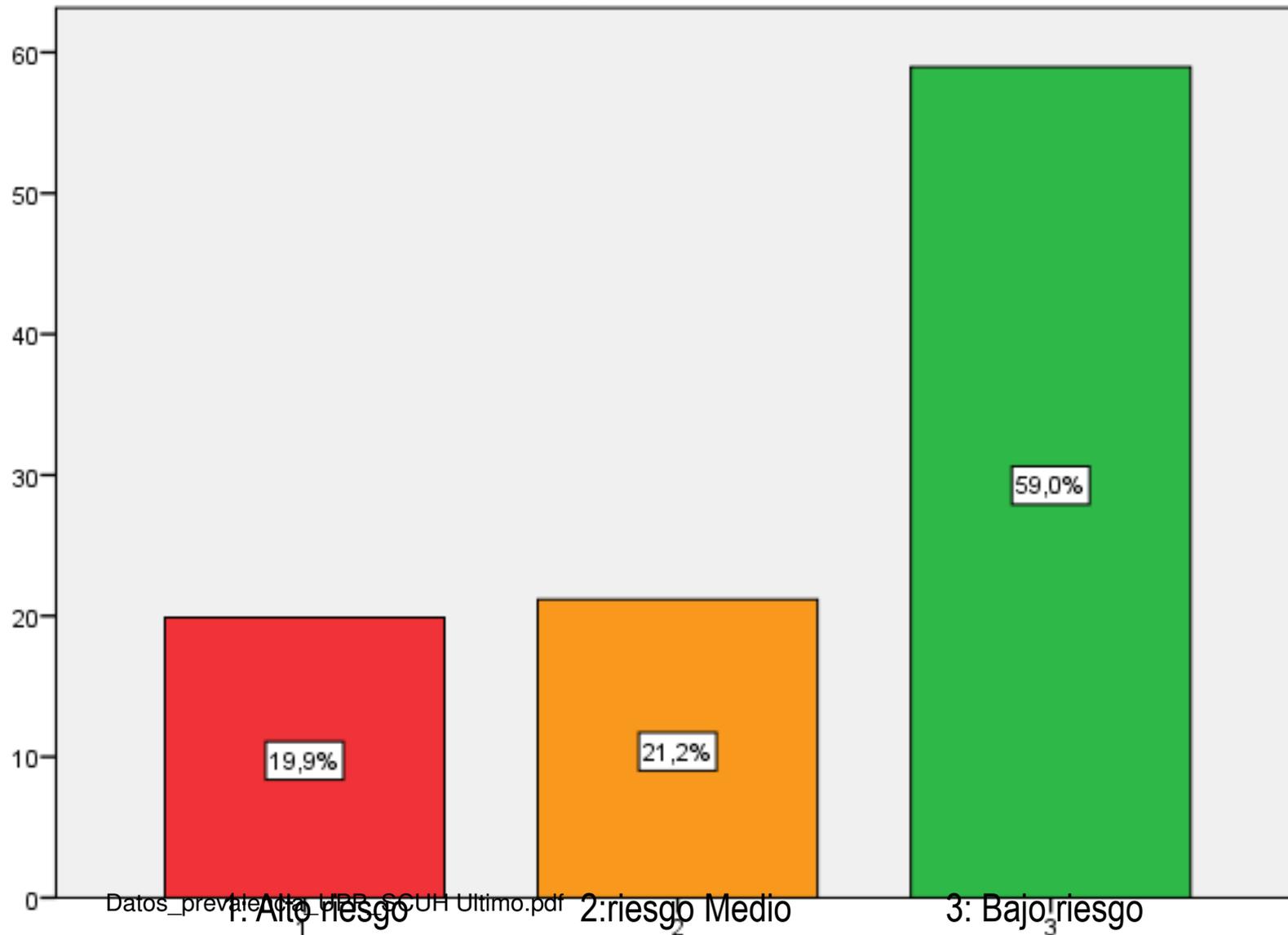
Estadísticos:

Media: 1481 días (4 años).

Desviación estándar:
2347,95

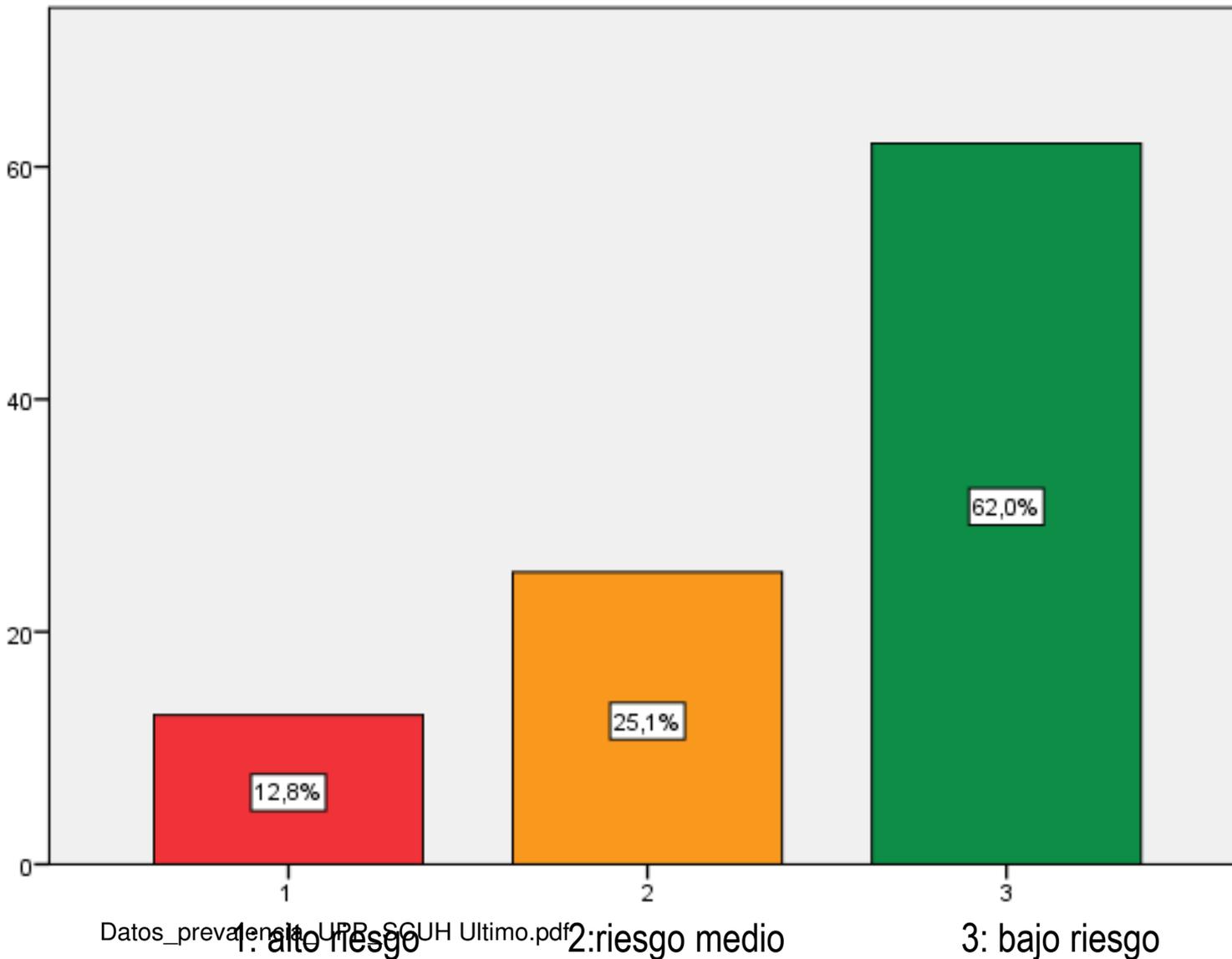
Mediana: 783 días (2 años).

Riesgo de UPP (Braden) en pacientes hospitalizados en Instituciones de Salud.



41%
pacientes hospitalizados tienen entre alto y mediano riesgo.

Riesgo de UPP. (Braden) en pacientes en Residenciales Geriátricos.

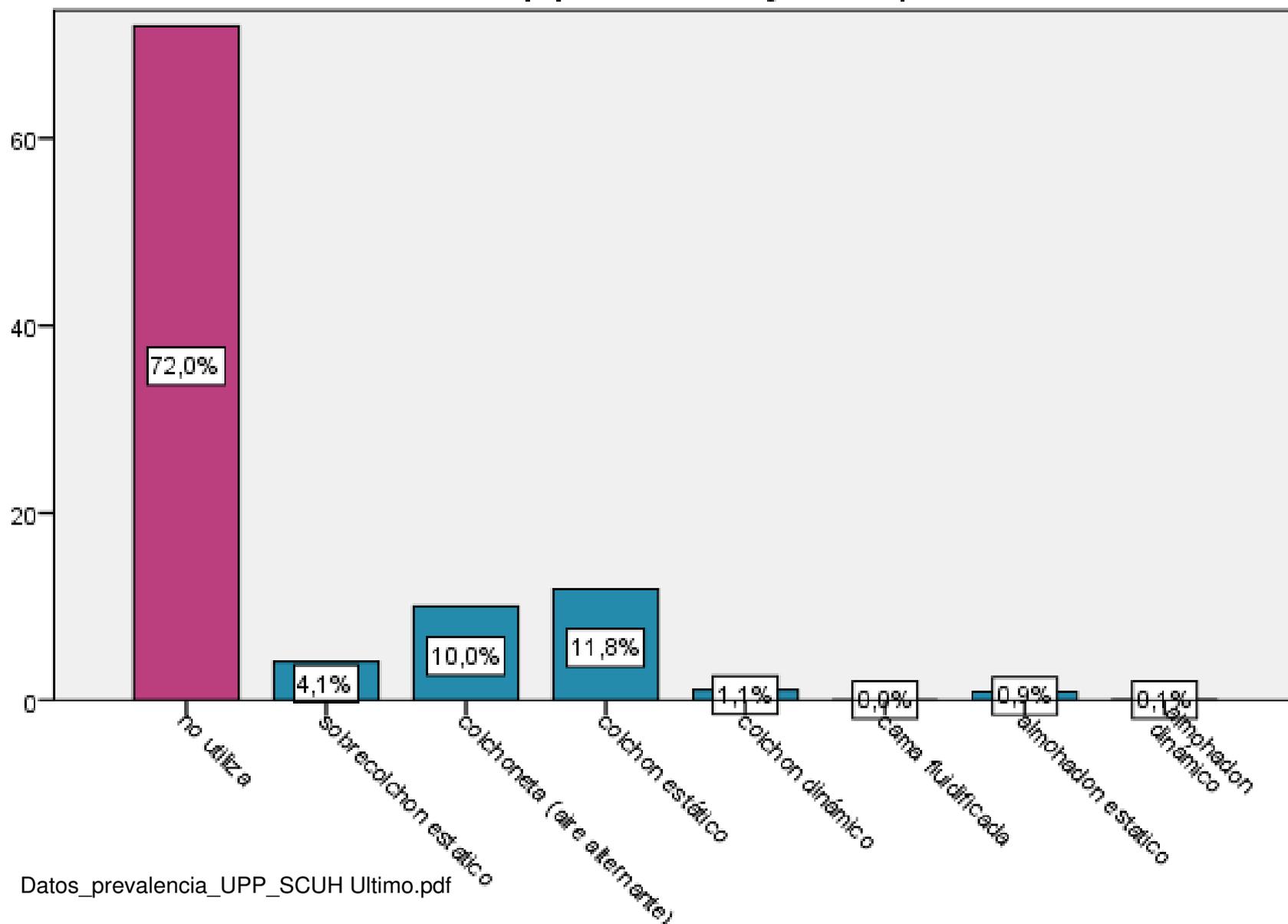


37,9%
pacientes en Residenciales tienen entre alto y mediano riesgo.

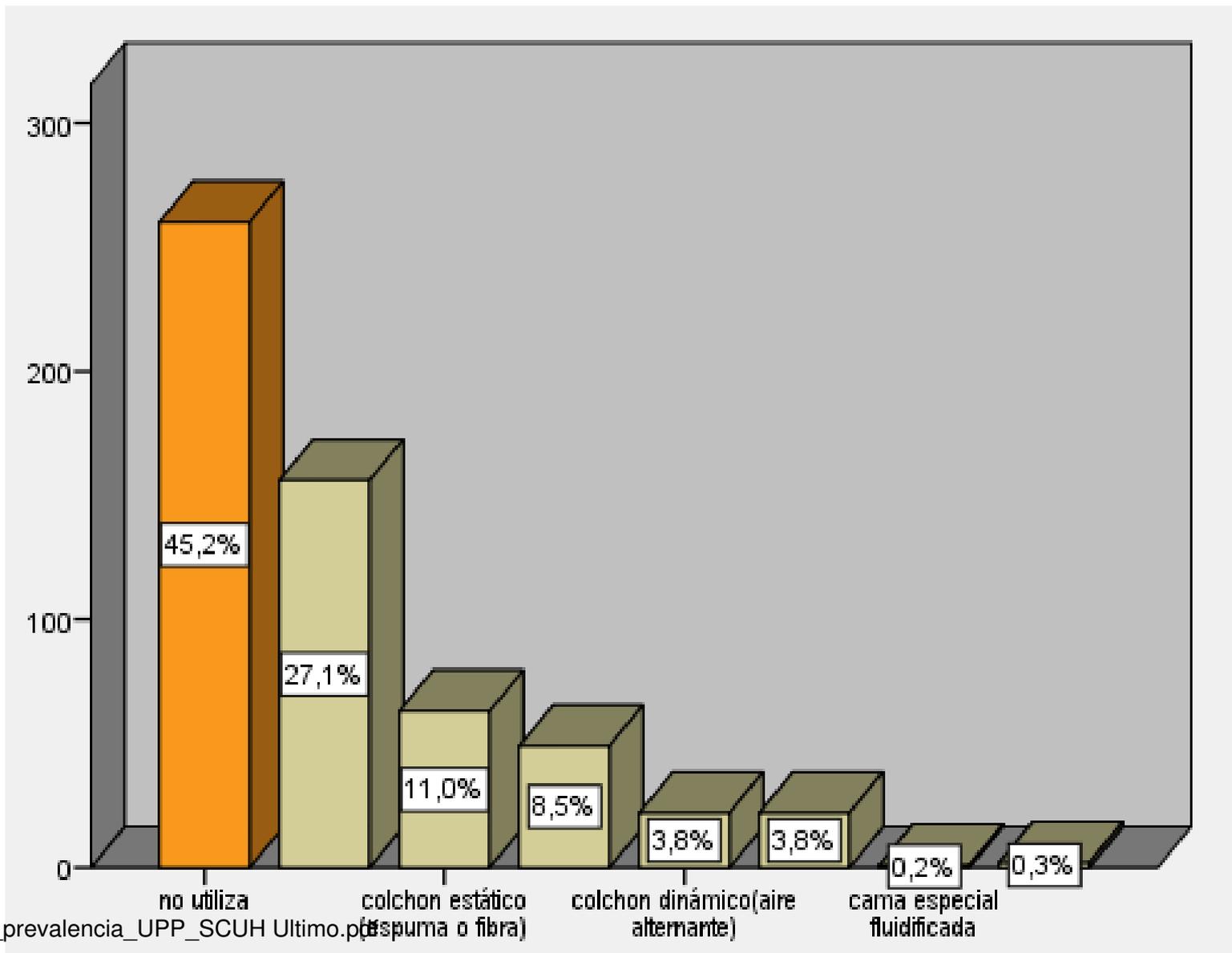
Distribución de pacientes de acuerdo al riesgo de UPP por tipo de Unidad Asistencial .

	Medicina	Cirugía	Poliv	Trauma	CI	UCIP	UCIC	UCIN	ONC
Riesgo alto	16%	8%	18%	17%	24%	60%	36%	67%	55%
Riesgo Medio.	17%	20%	19%	20%	32%	31%	32%	33%	18%
Pacientes de riesgo.	33%	28 %	37%	37%	56%	91%	68%	100%	73%

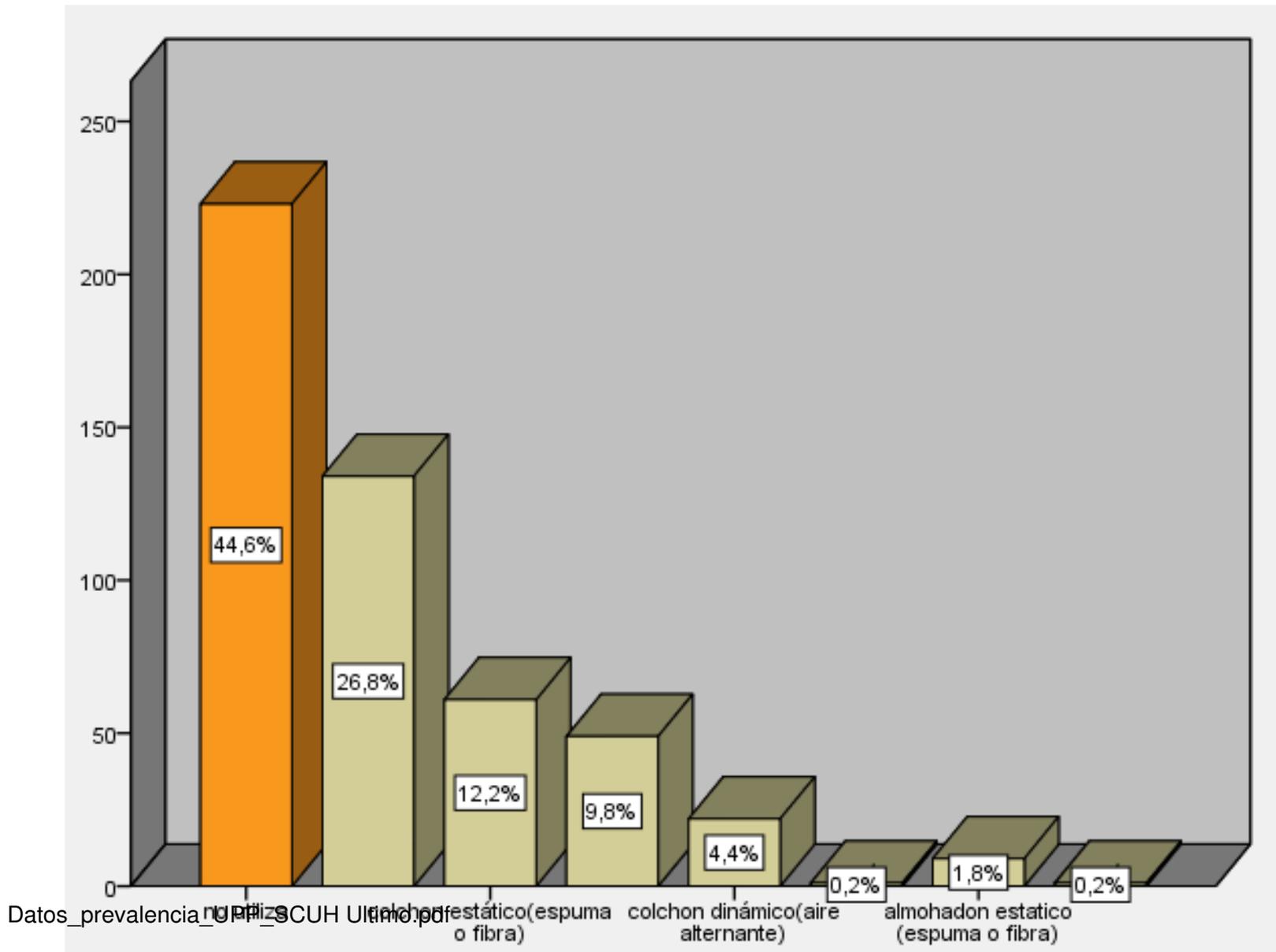
Utilización de SEMP.



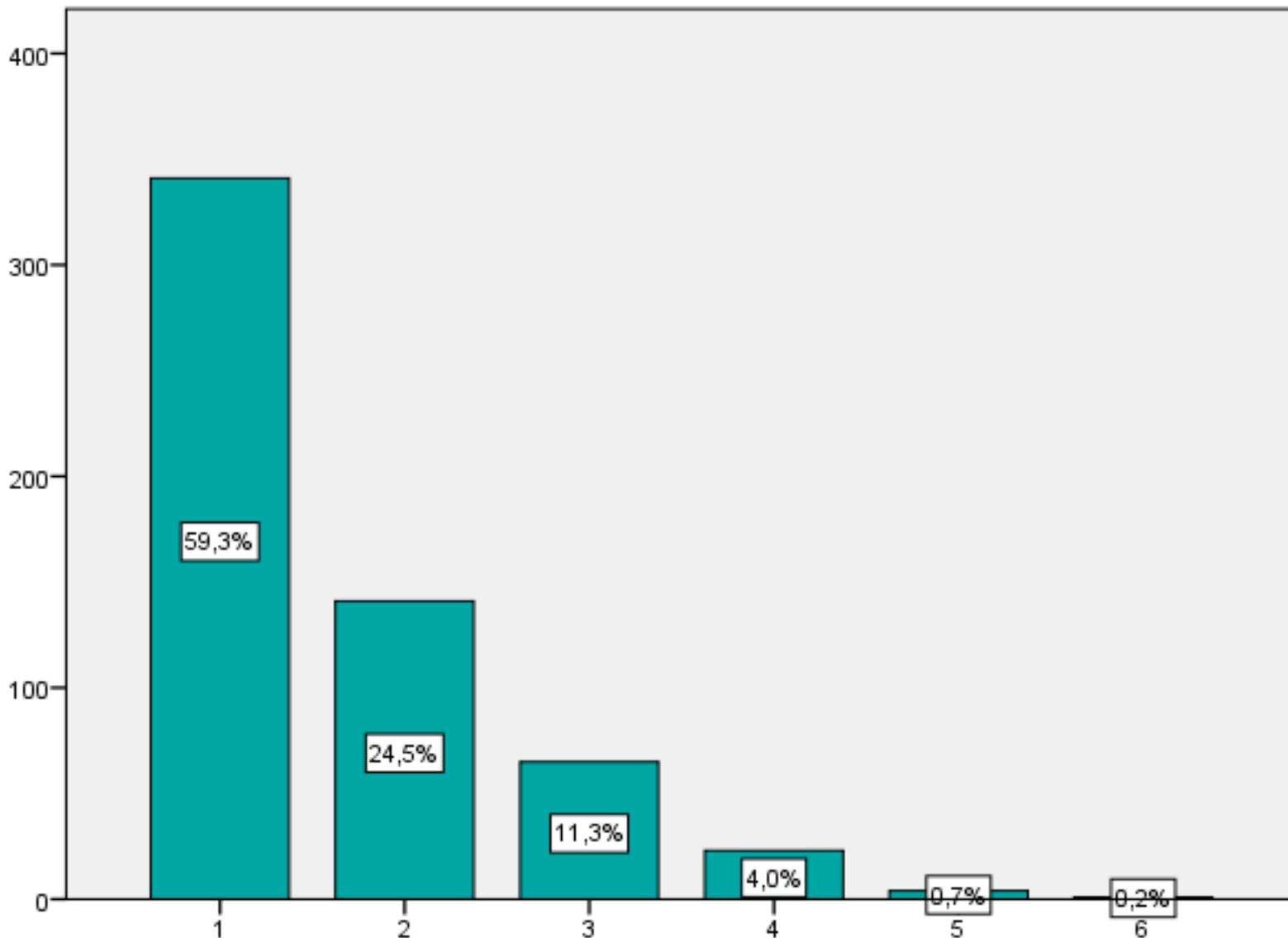
Utilización SEMP en pacientes con UPP hospitalizados en Instituciones de salud.



Utilización de SEMP en pacientes con UPP en Residencias Geriátricas.



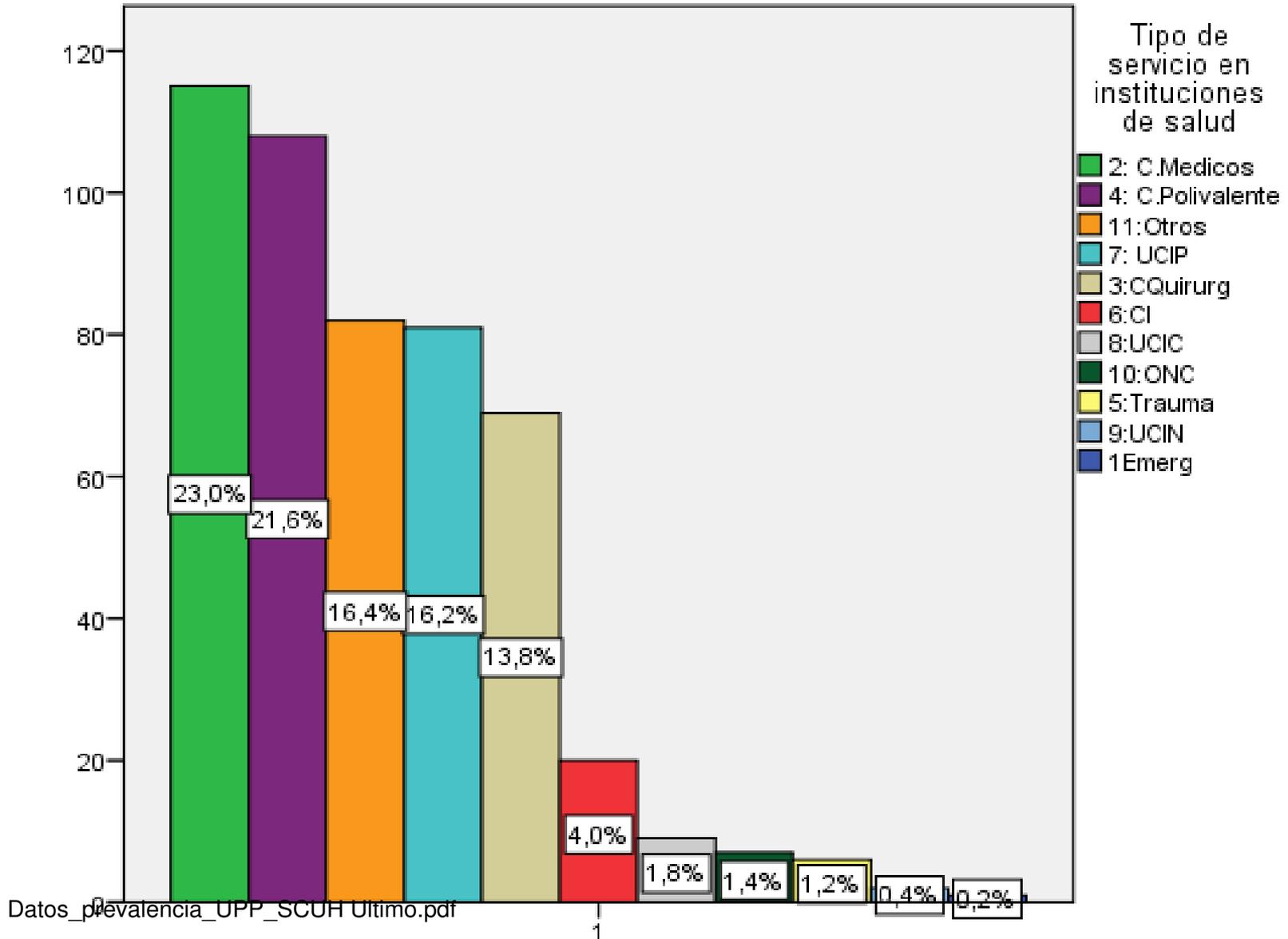
Número de UPP por paciente.



Promedio: 1,6 UPP por paciente en Instituciones de Salud .

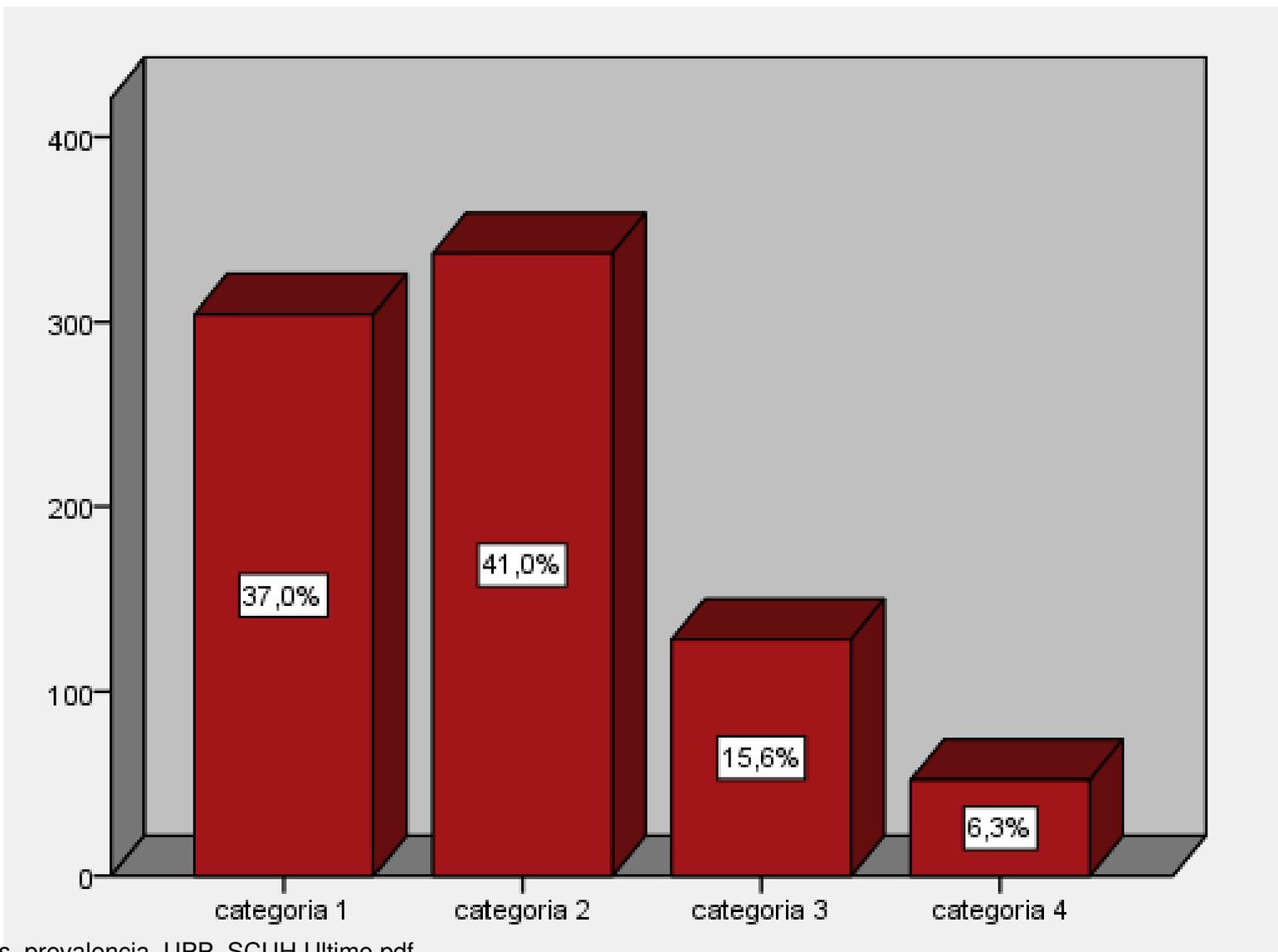
Promedio: 1,4 UPP por pacientes en Residenciales Geriátricos.

Distribución de pacientes con UPP por tipo de Unidad Asistencial.

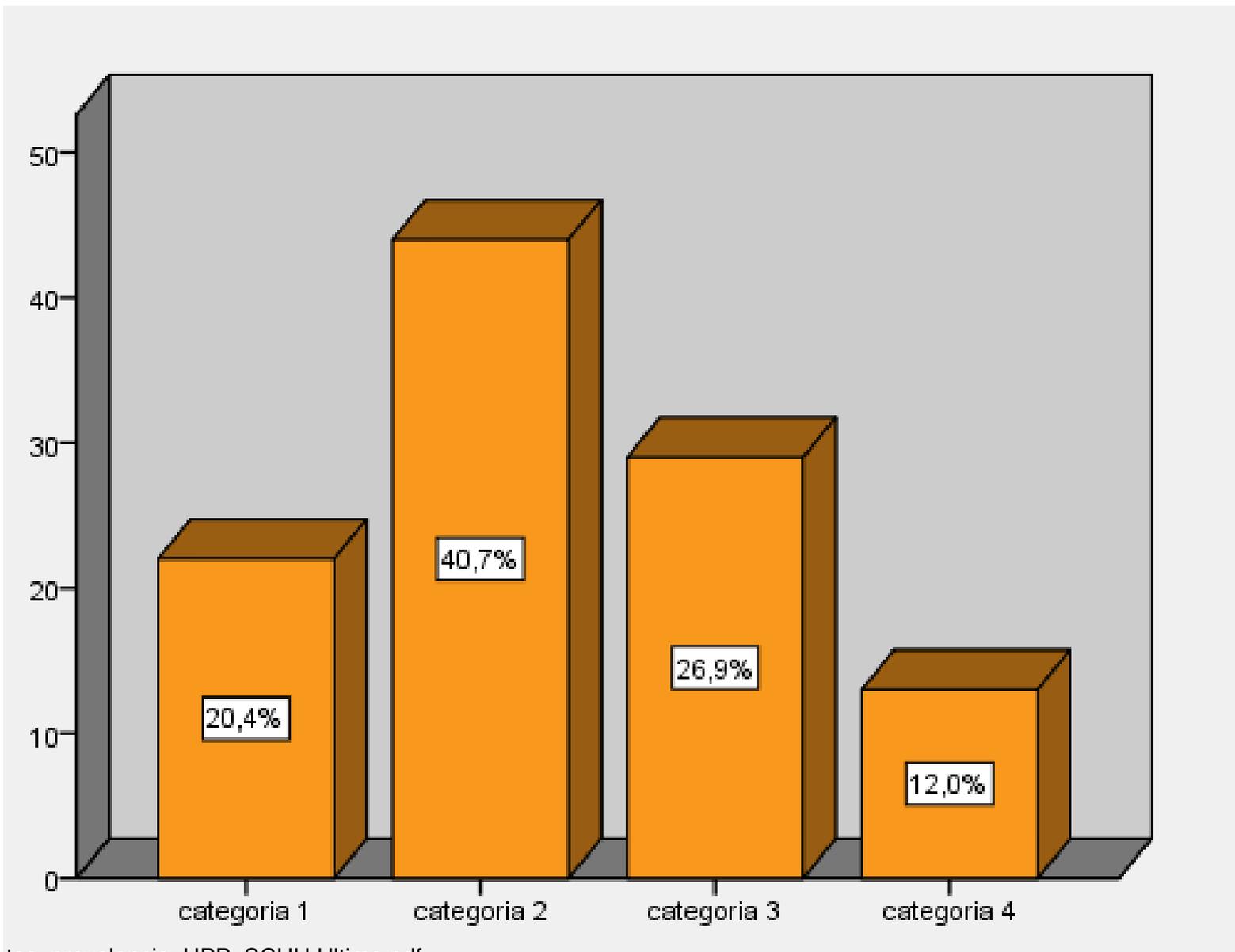


Caracterización de las UPP.

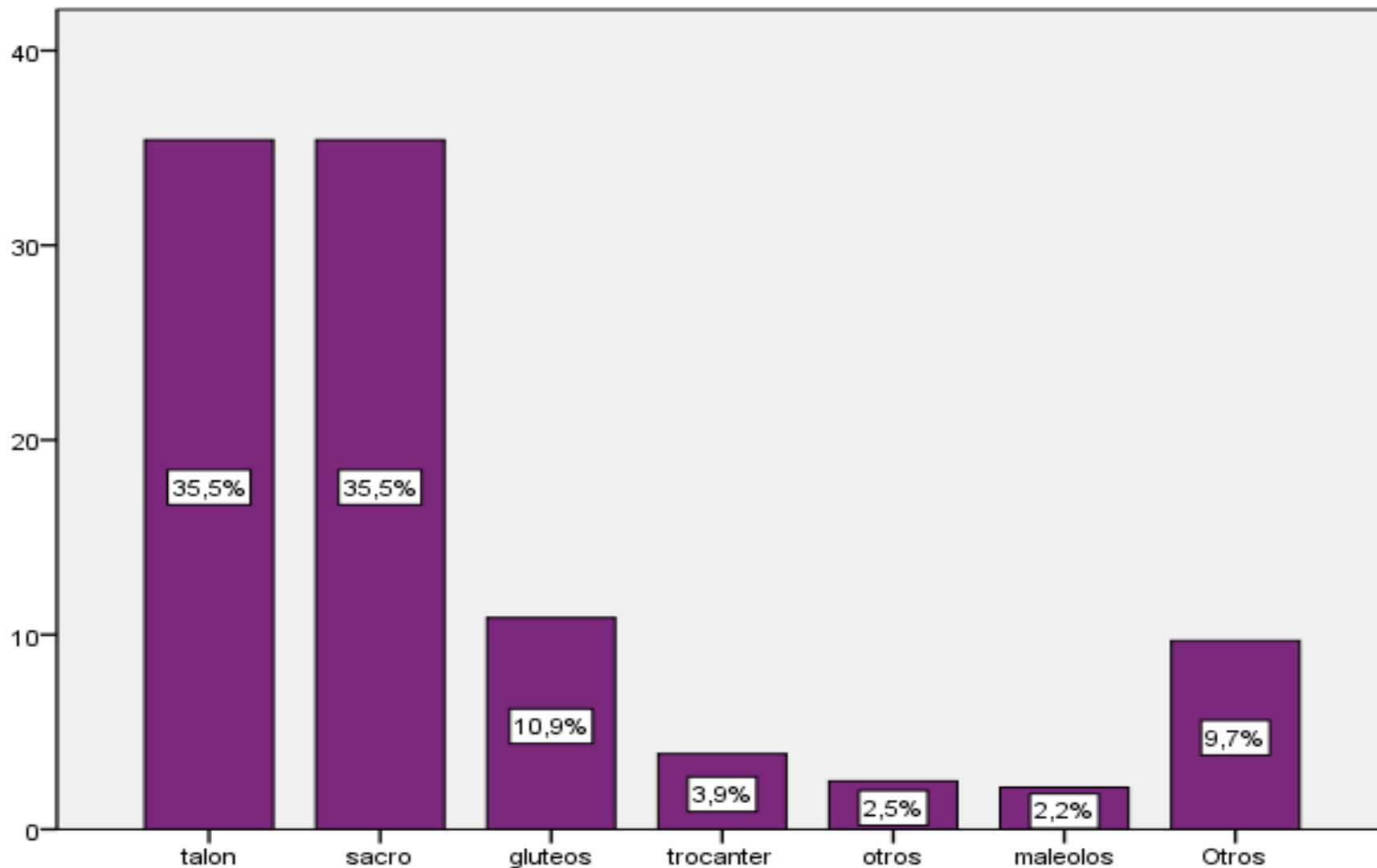
Categoría UPP de pacientes hospitalizados en Instituciones de Salud.



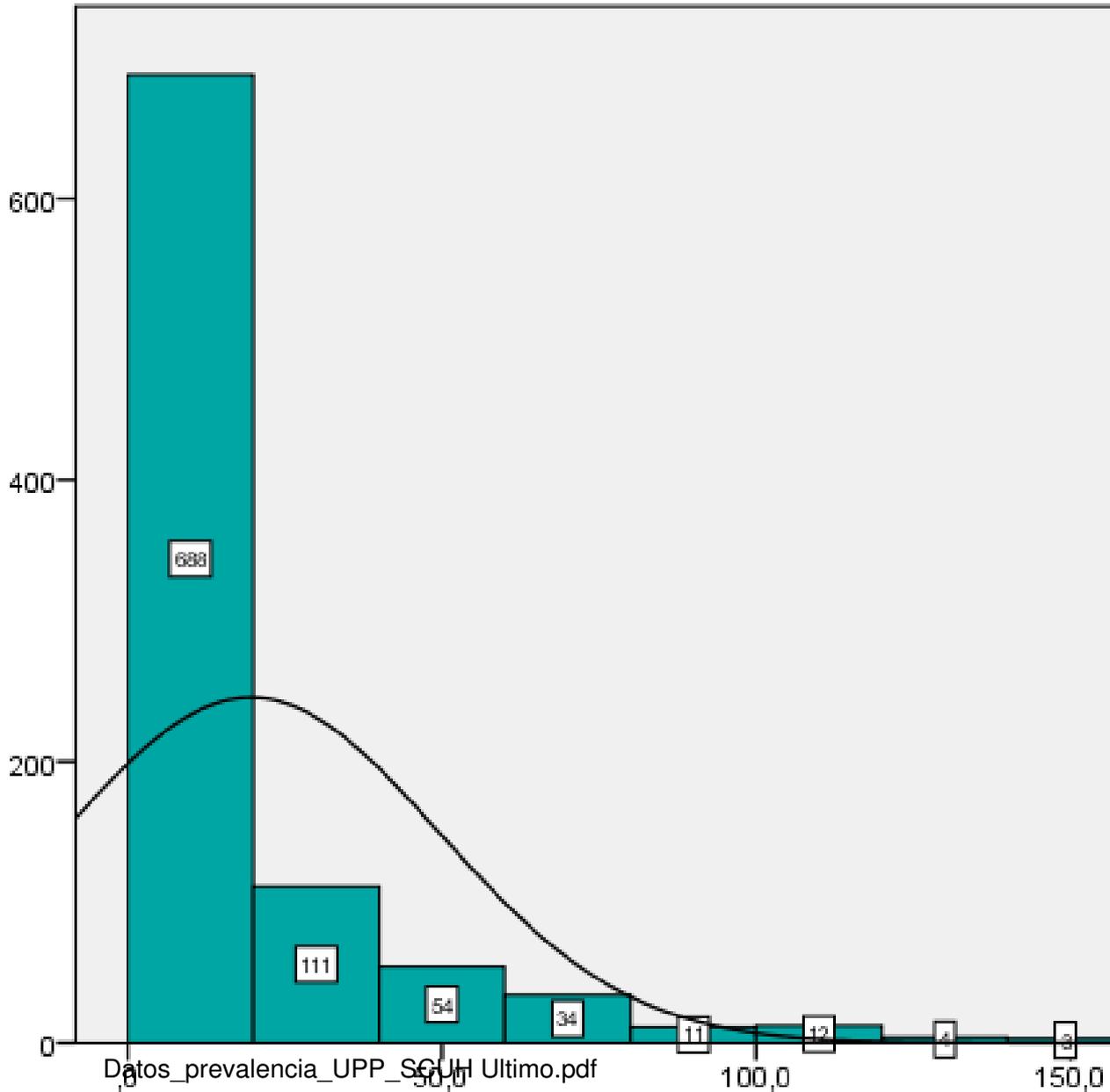
Categoría de UPP de pacientes en Residenciales Geriátricos.



Distribución de las UPP por localización anatómica.



Dimensión de las UPP. (cm)



Estadísticos

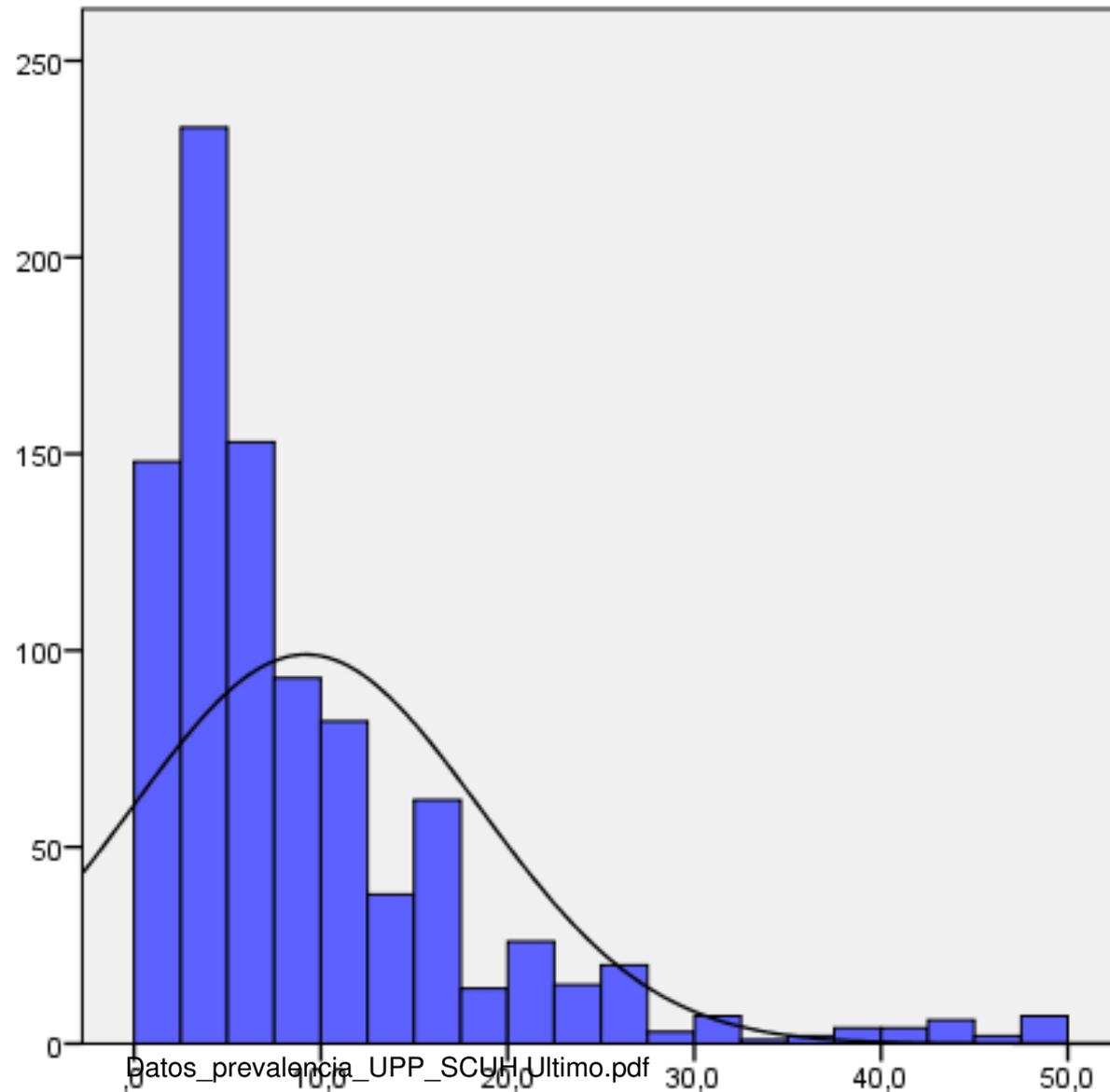
Media: 19,6 cm

Mediana: 9,4 cm

Fórmula:

Largo x ancho x 0,785

Índice de severidad de Braden de las UPP.



Estadísticos:

Media: 9,2

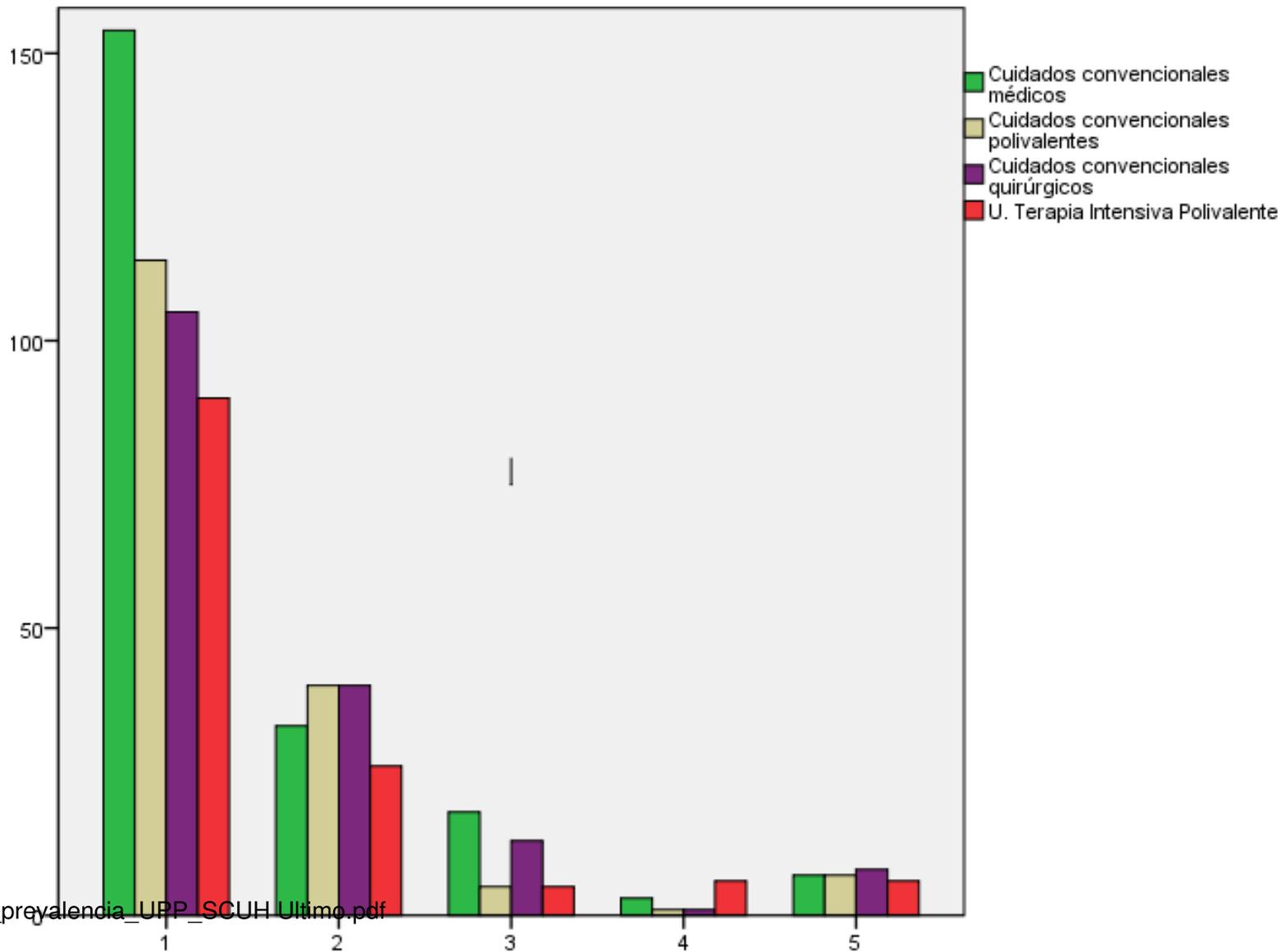
Desviación estándar

N: 924

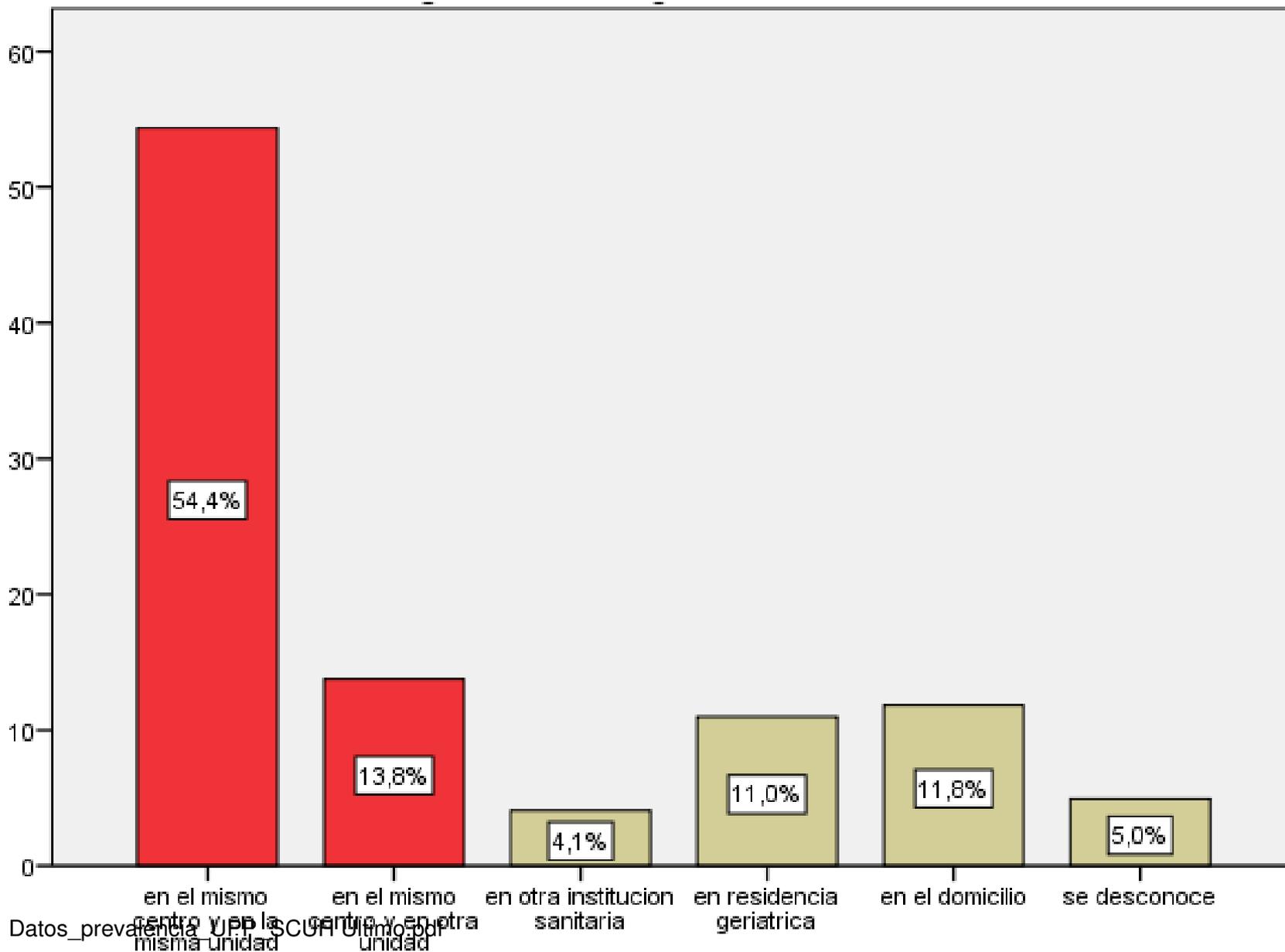
Fórmula:

$(\text{largo} + \text{ancho}/2)$ categoría

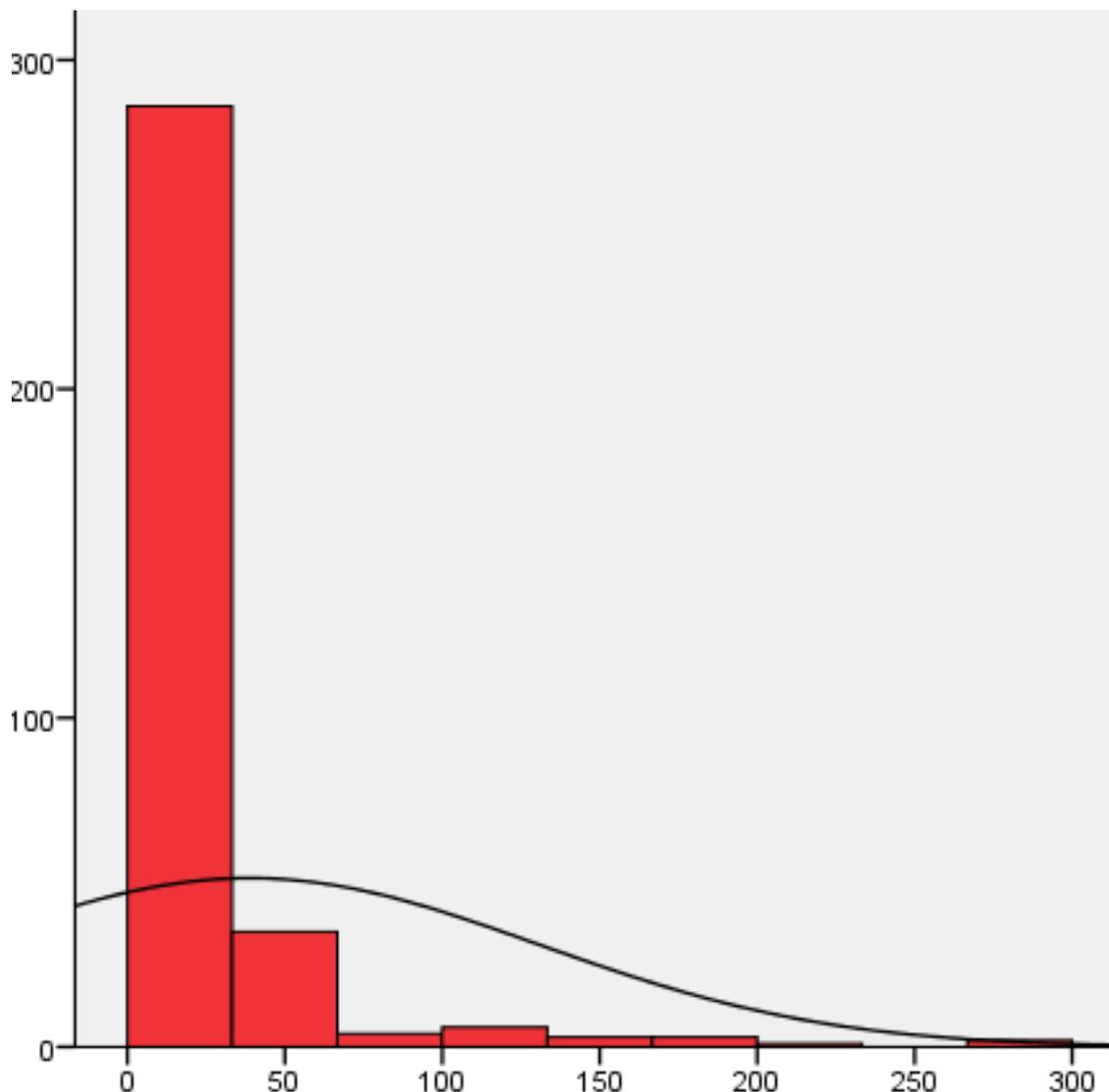
Índice de severidad de acuerdo con el tipo de unidad asistencial.



Lugar donde se originó la UPP.



Antigüedad de la UPP. (días).



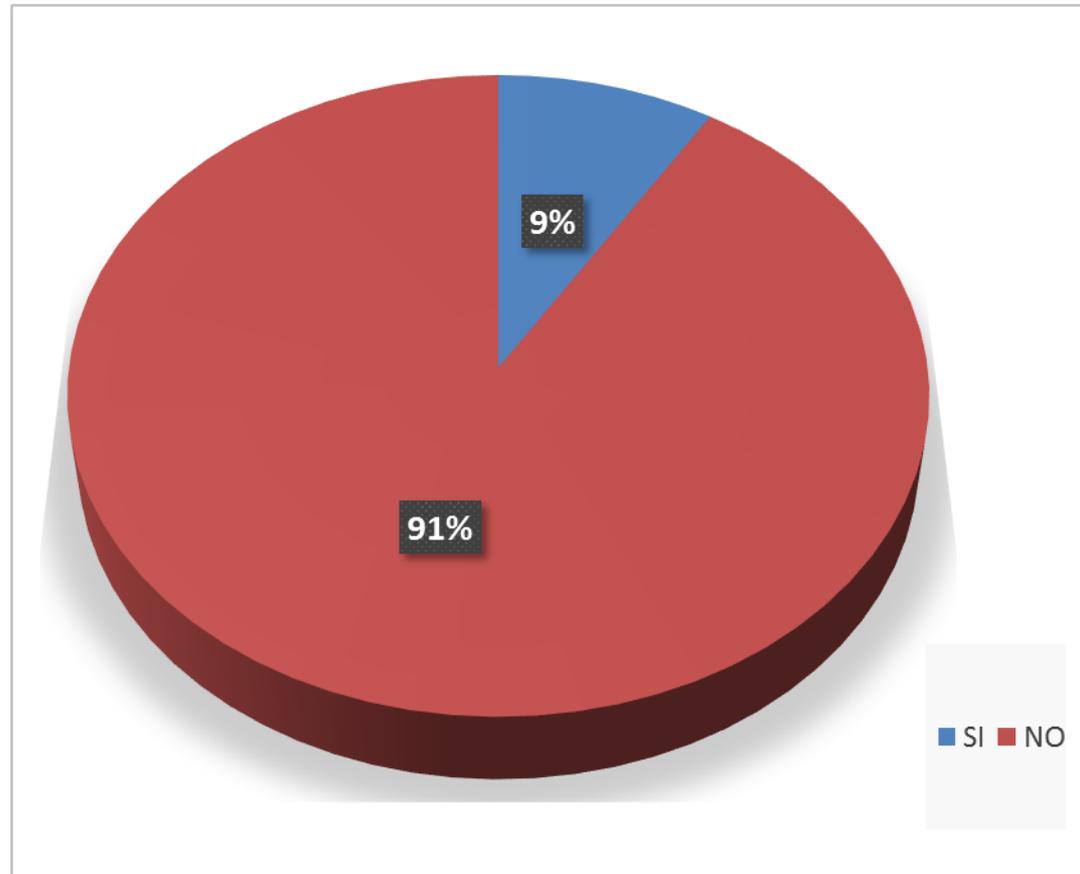
Estadísticos:
Media: 38,68 días

Datos_prevalencia_UPP_SCUP_Ultimo.pdf **En el 62% de las UPP se desconoce.**

Estrategias de Prevención.

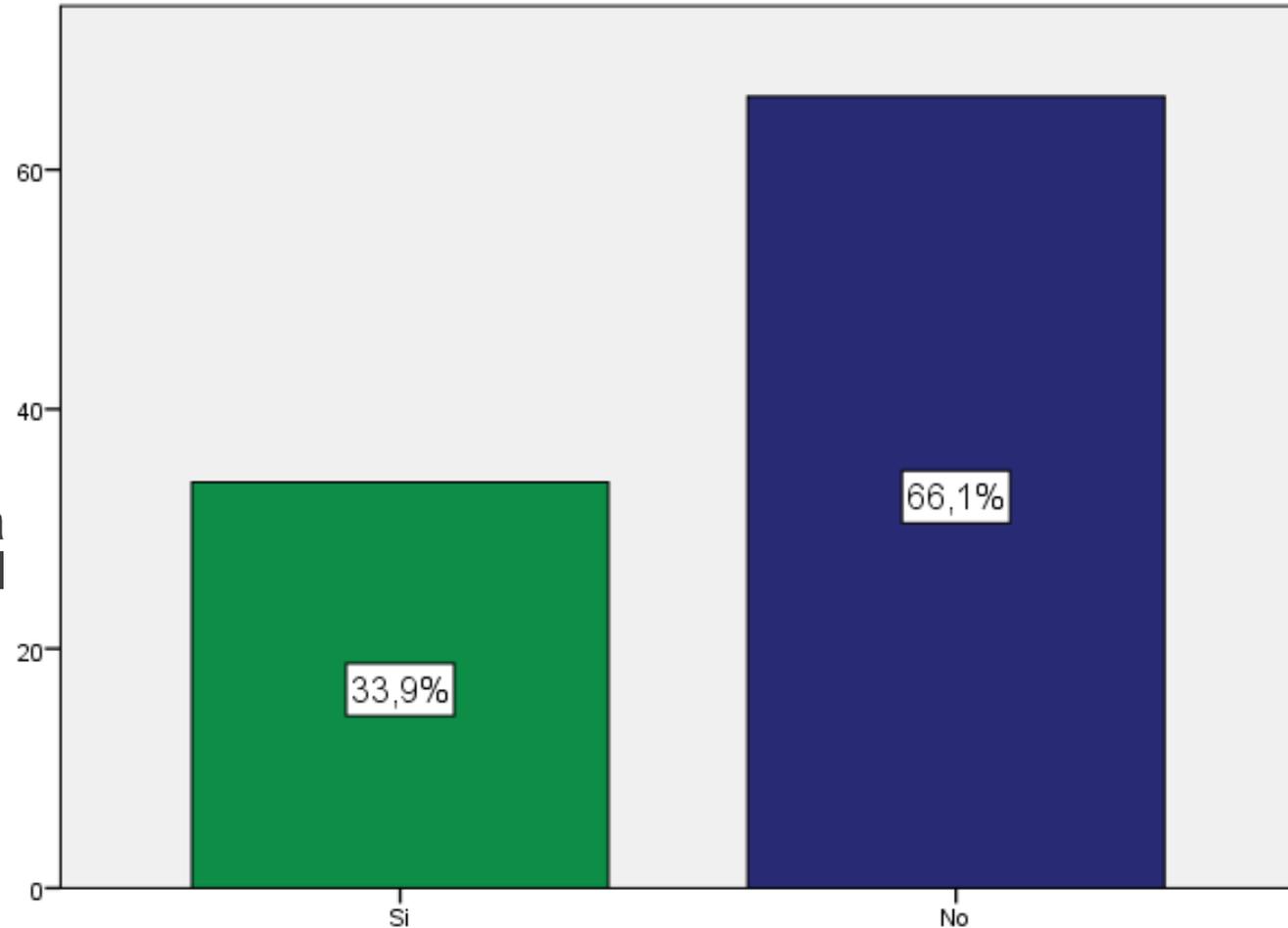
Existencia en la Institución una Comisión o un grupo específico de trabajo en el área de las UPP.

Existencia en la institución de grupo técnico asesor de las Direcciones o Gerencias de las Áreas Sanitarias, Centros Hospitalarios, Residencias y Centros socio-sanitarios, encargados de fomentar, organizar y coordinar los cuidados de los pacientes con Úlceras por Presión o con riesgo de desarrollarlas, en sus vertientes de prevención, tratamiento, control epidemiológico, formación e investigación, con el fin último, de garantizar a los mismos, unos cuidados excelentes basados en la última evidencia científica.

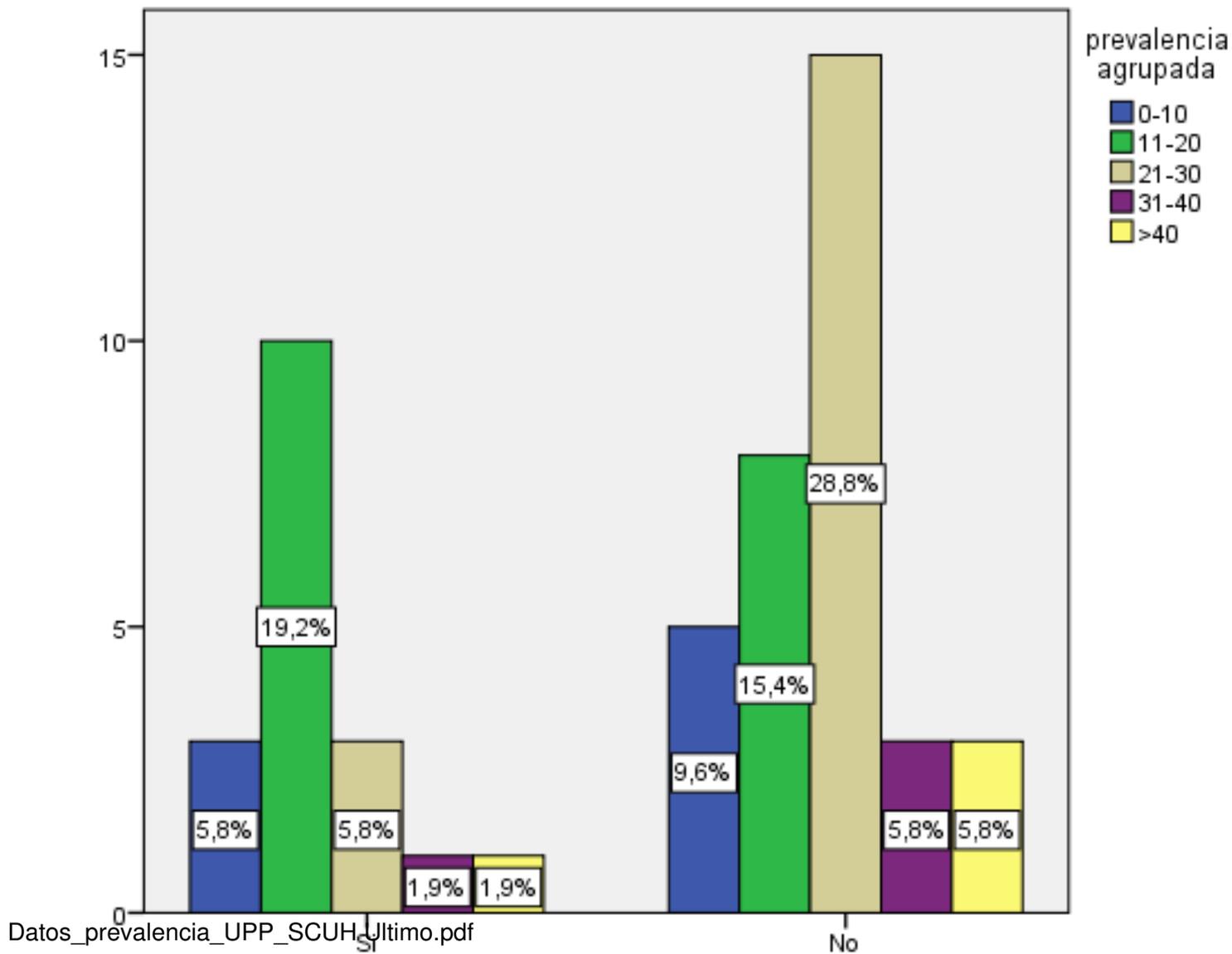


Existencia de Protocolo de prevención de UPP escrito.

Descripción detallada de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.

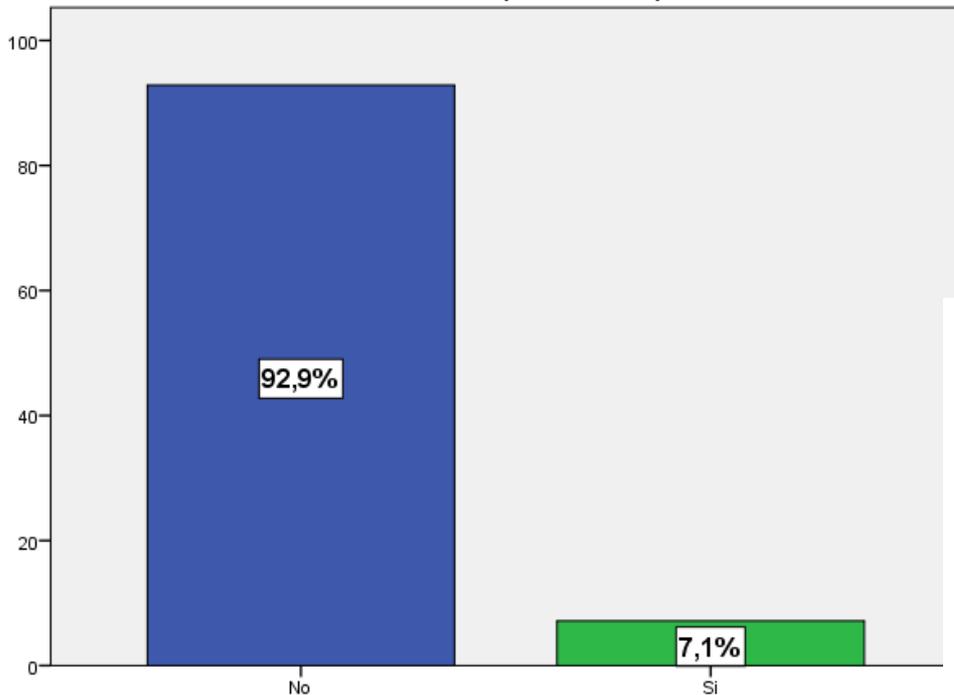


Distribución de Prevalencia de UPP según existencia de protocolo de prevención escrito a nivel Institucional.

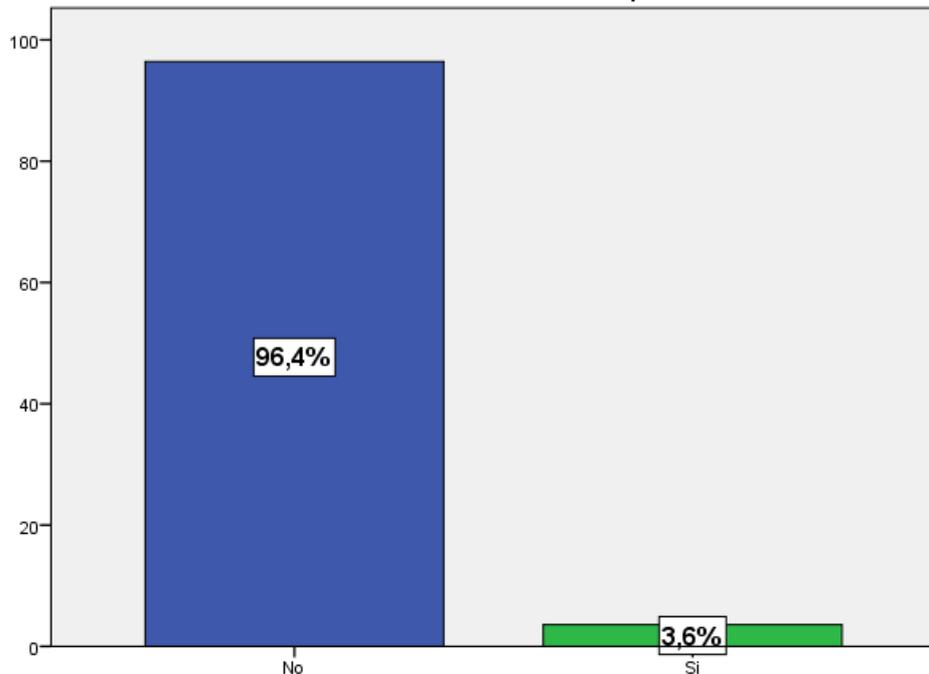


Realización de estudios de Prevalencia o incidencia en los últimos 5 años a nivel Institucional.

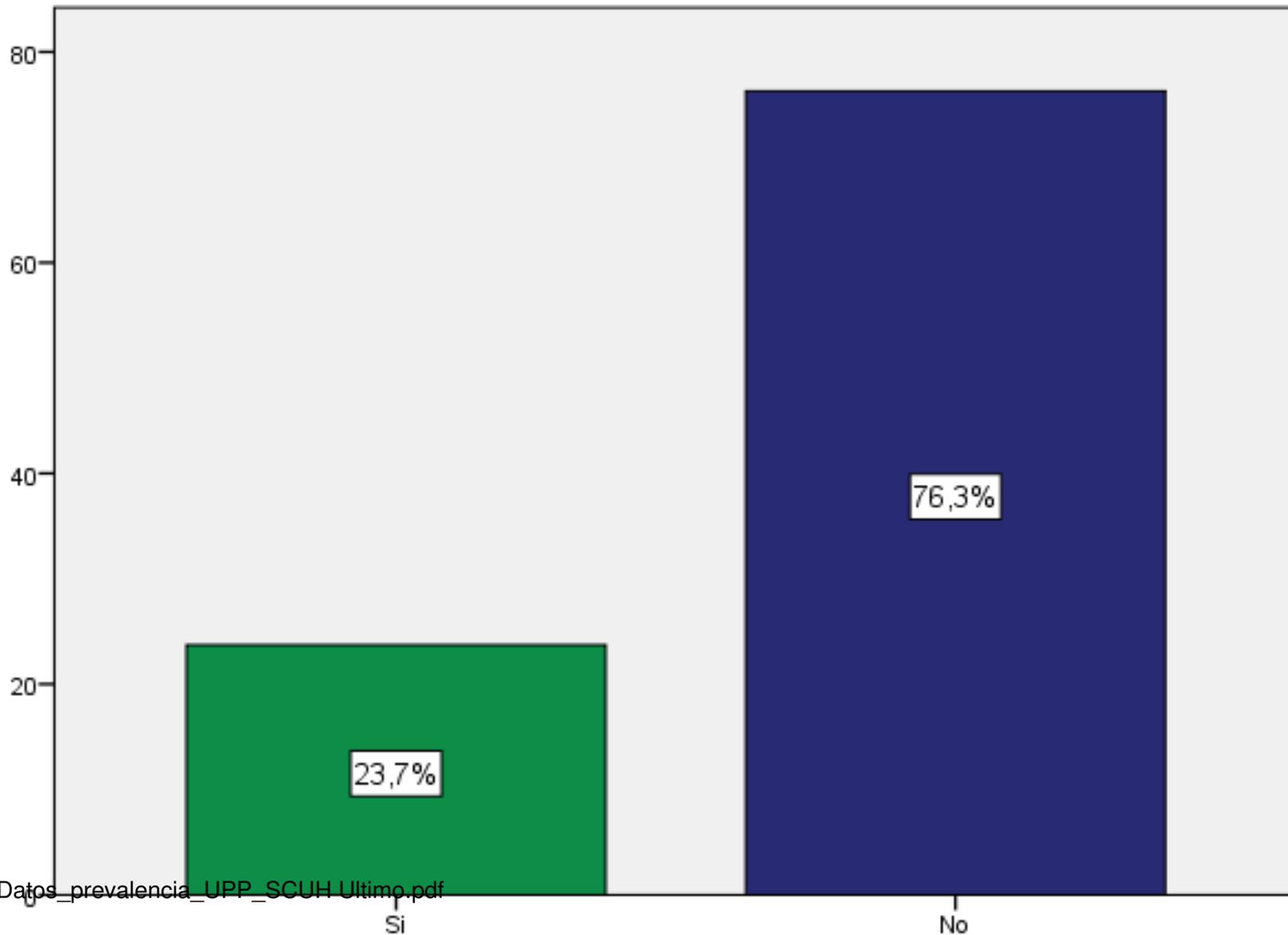
realizacion de estudio de prevalencia previo



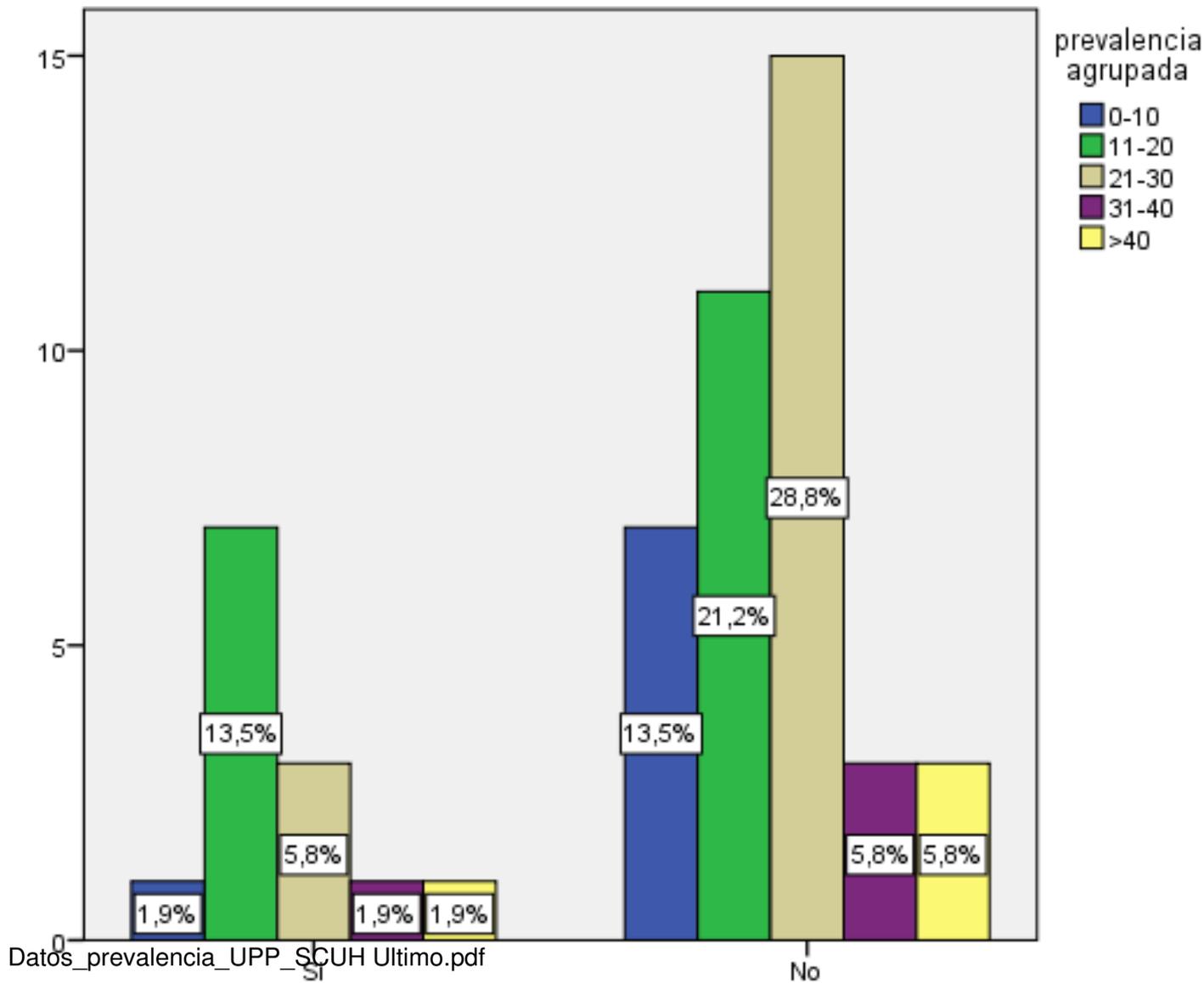
realizacion de estudio de incidencia previo



Realización de actividades de capacitación a nivel Institucional en el último año.



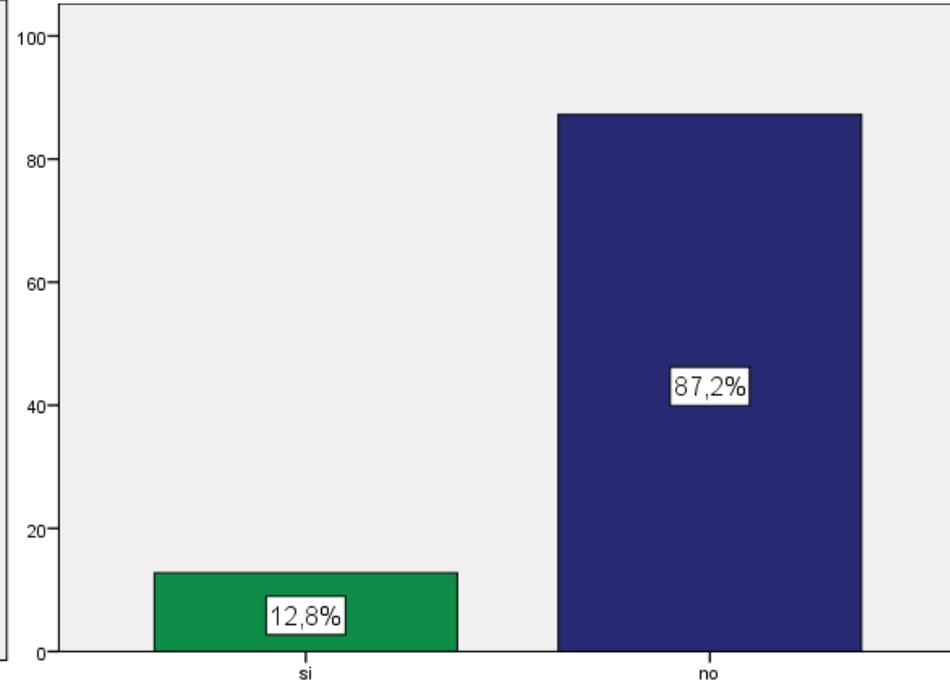
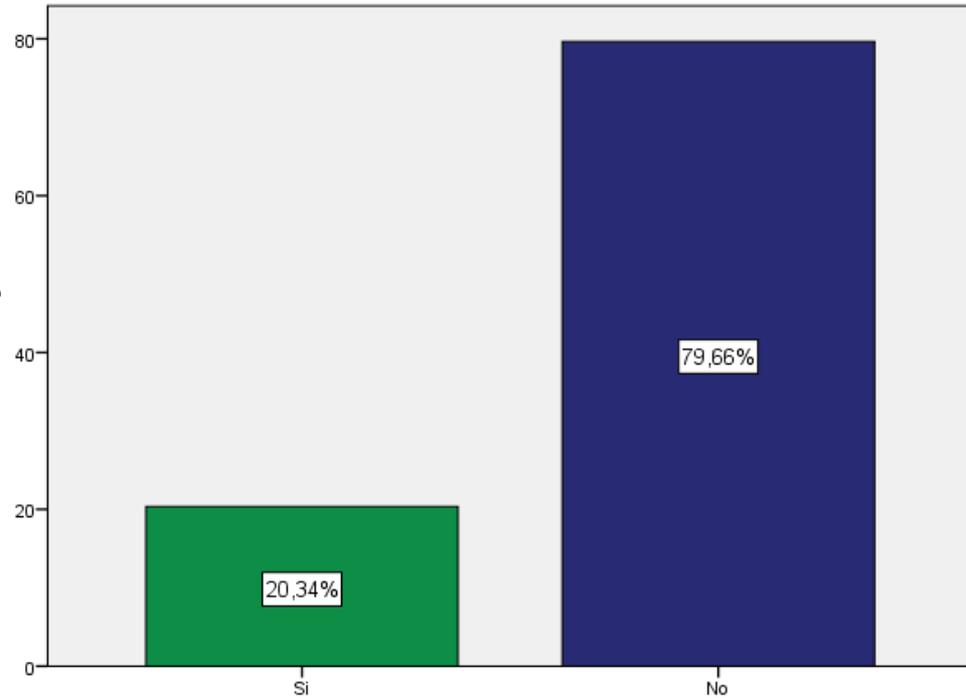
Distribución de prevalencia de UPP según realización de actividades de capacitación a nivel Institucional.



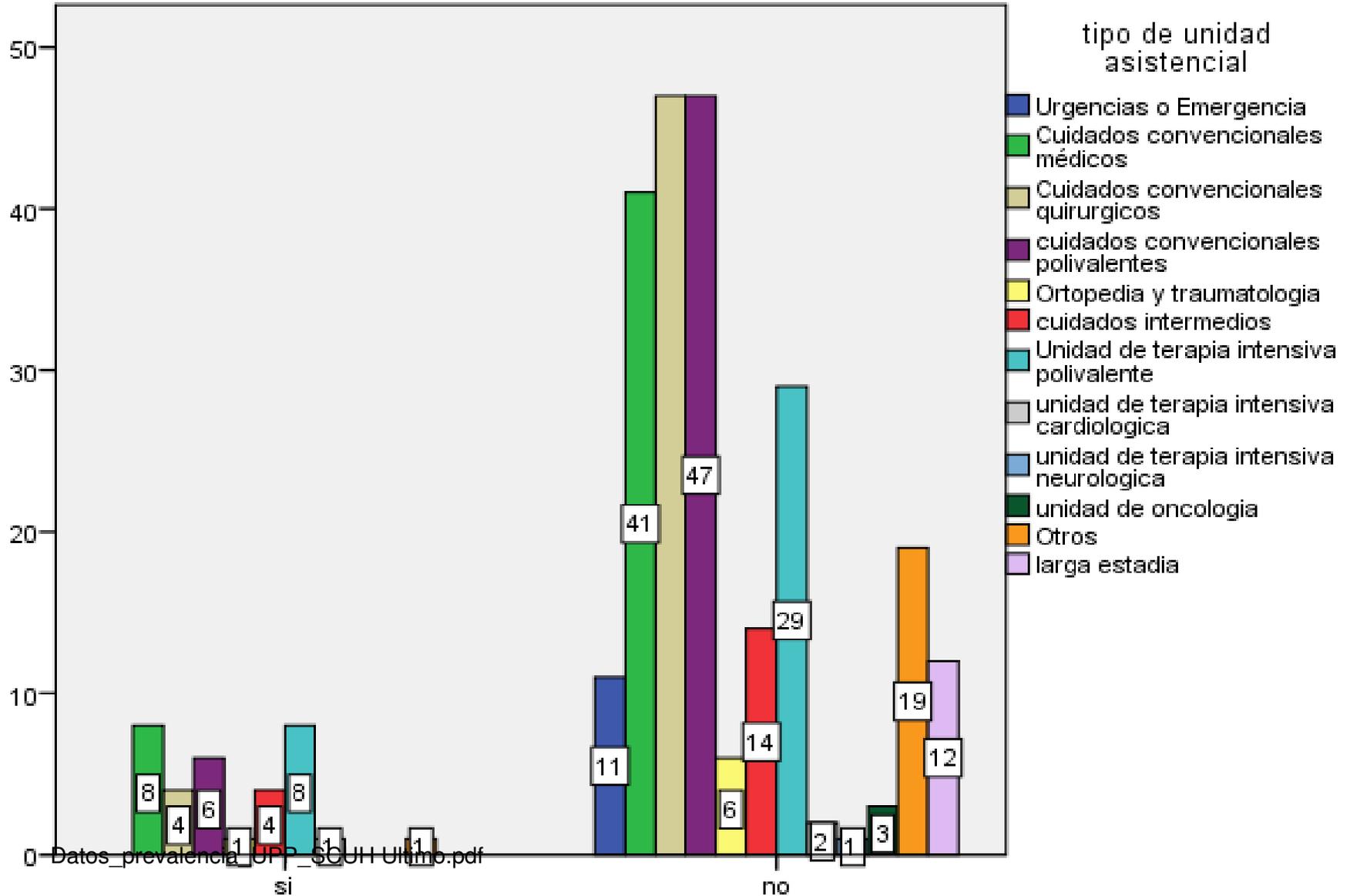
Utilización de EVRUPP en forma sistemática a nivel Institucional y de Servicios.

Institucional

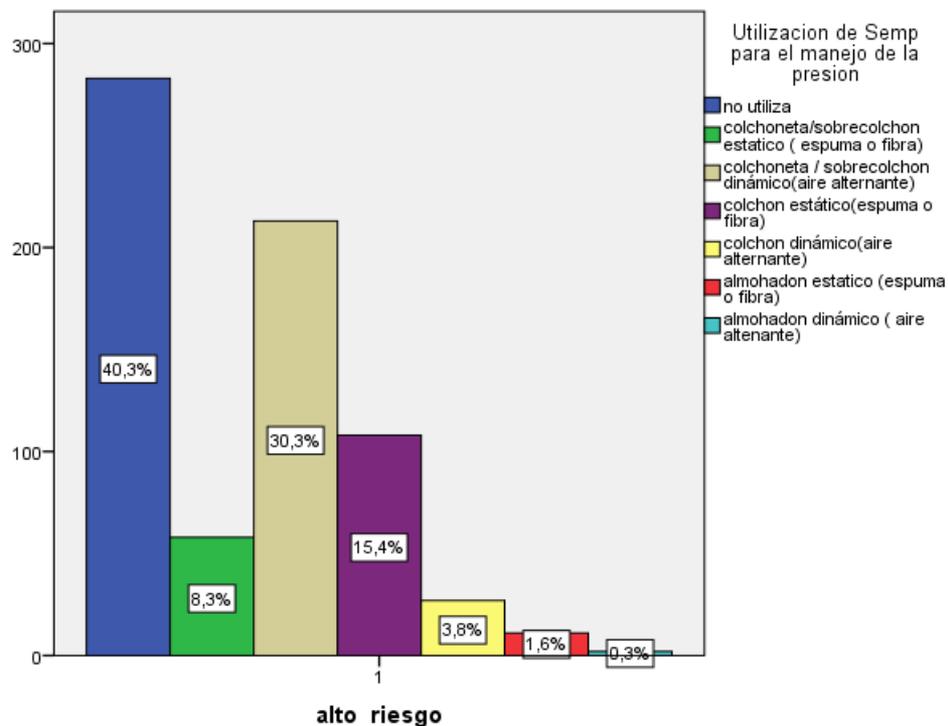
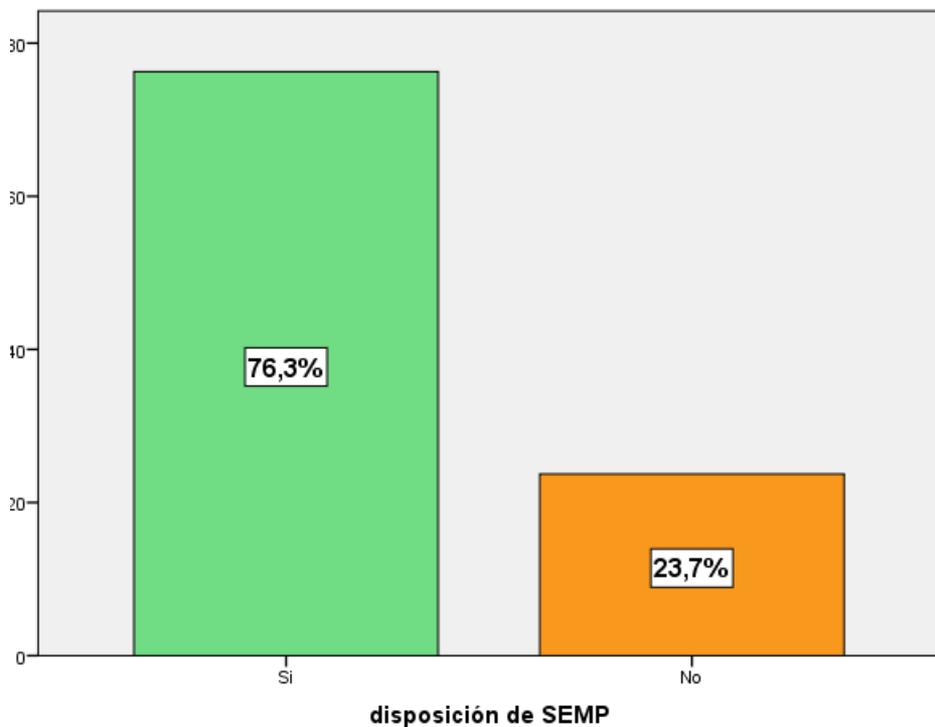
Servicios.



Utilización de EVRUPP en forma sistemática por tipo de Unidad Asistencial.



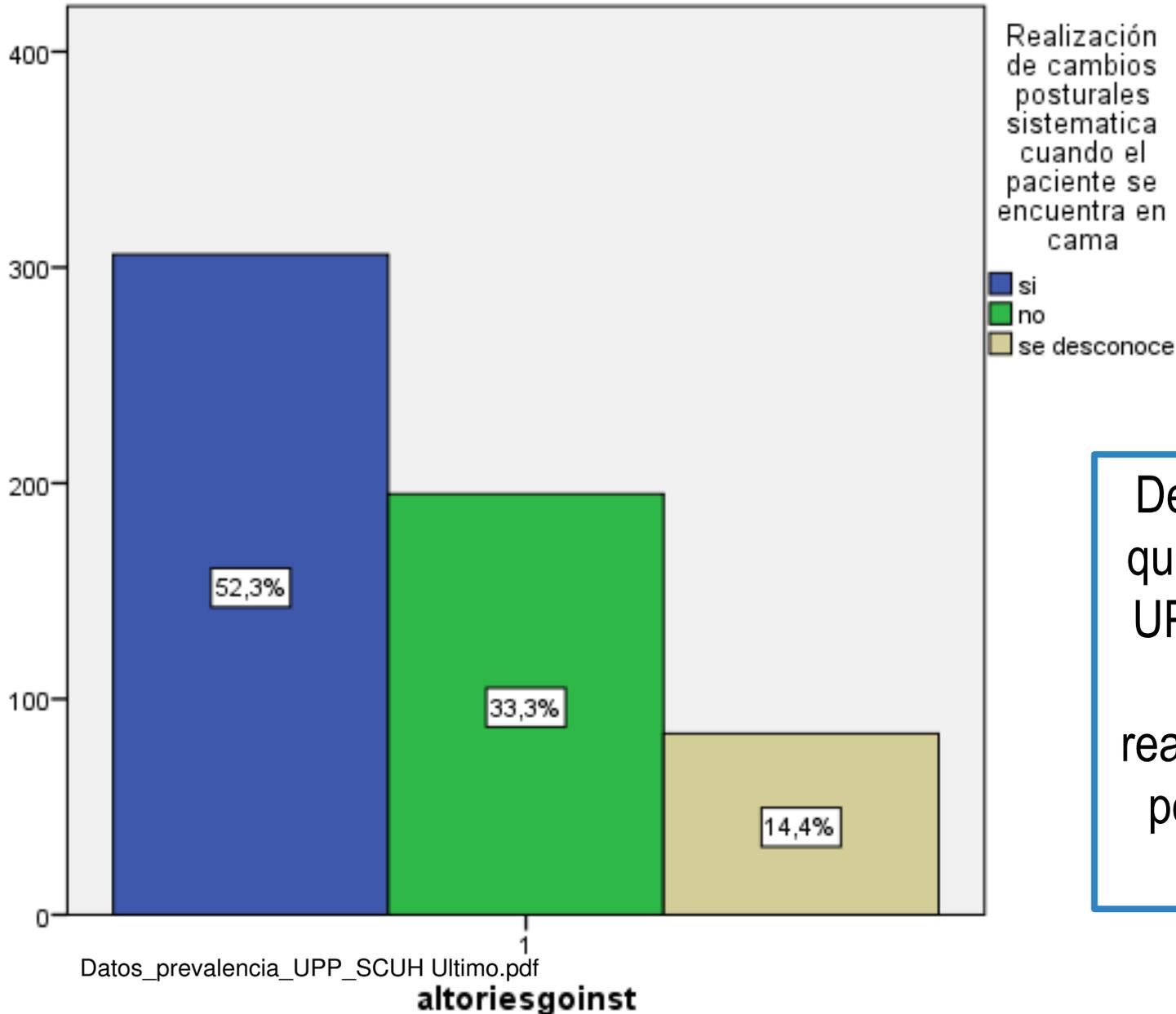
Disponibilidad de SEMP a nivel Institucional y su utilización en pacientes de alto riesgo.



Disponibilidad de SEMP en Servicios: 63%

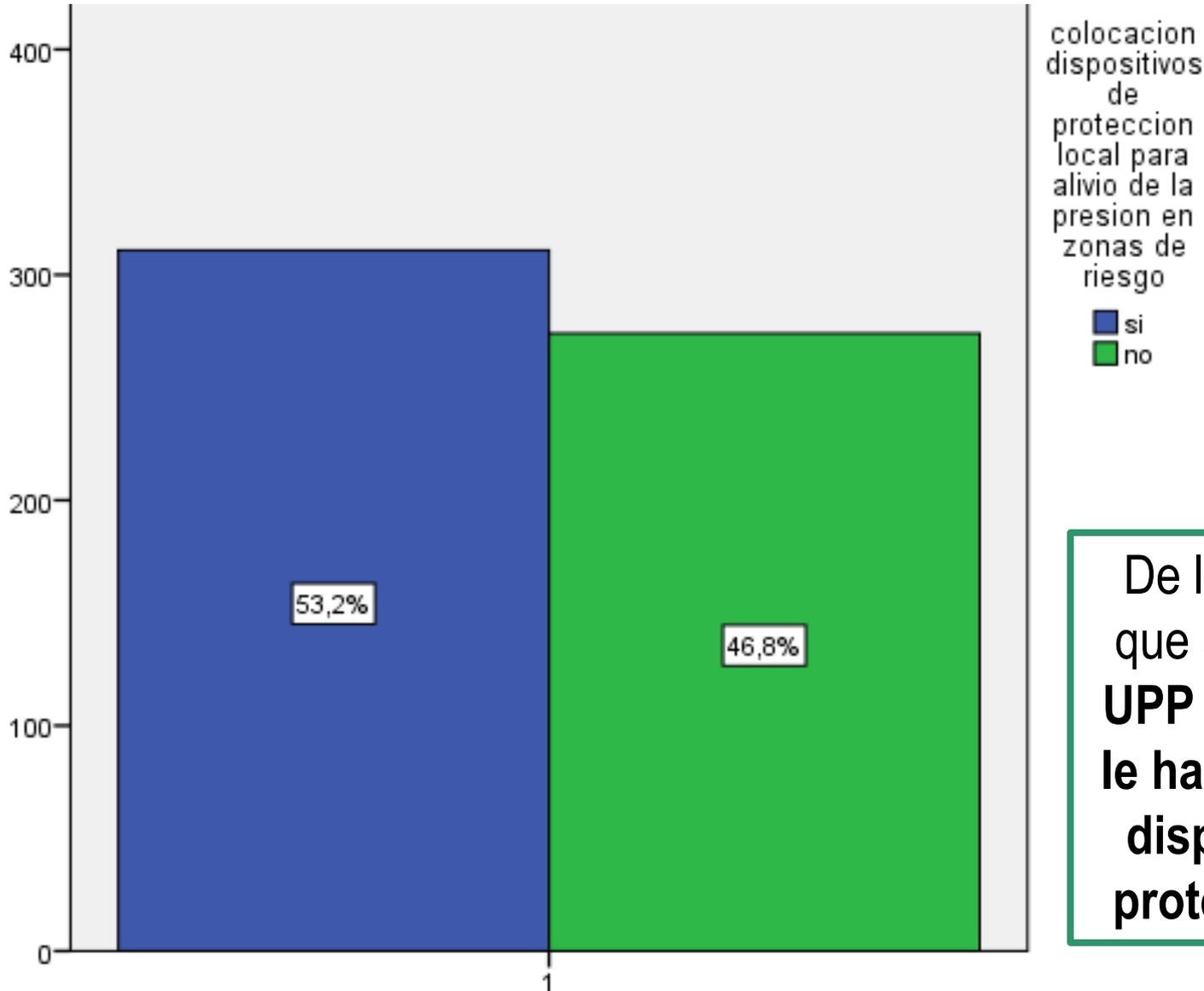
Realización de medidas de Prevención.

Realización de cambios posturales.



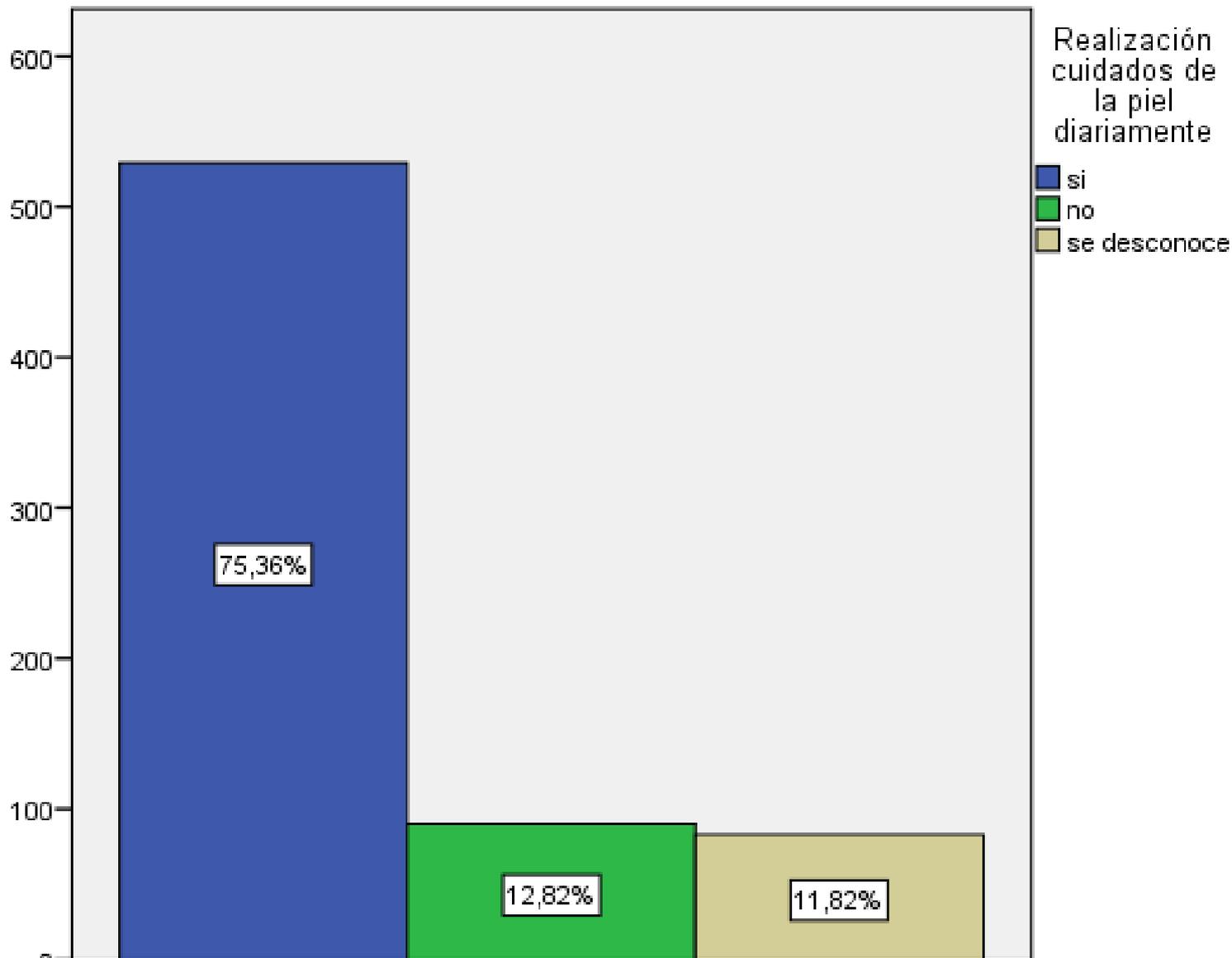
De los pacientes que desarrollaron UPP: **al 45% NO** se le habían realizado cambios posturales o se desconocía.

Colocación de dispositivos de protección local.



De los pacientes que desarrollaron UPP al 51% no se le había colocado dispositivos de protección local.

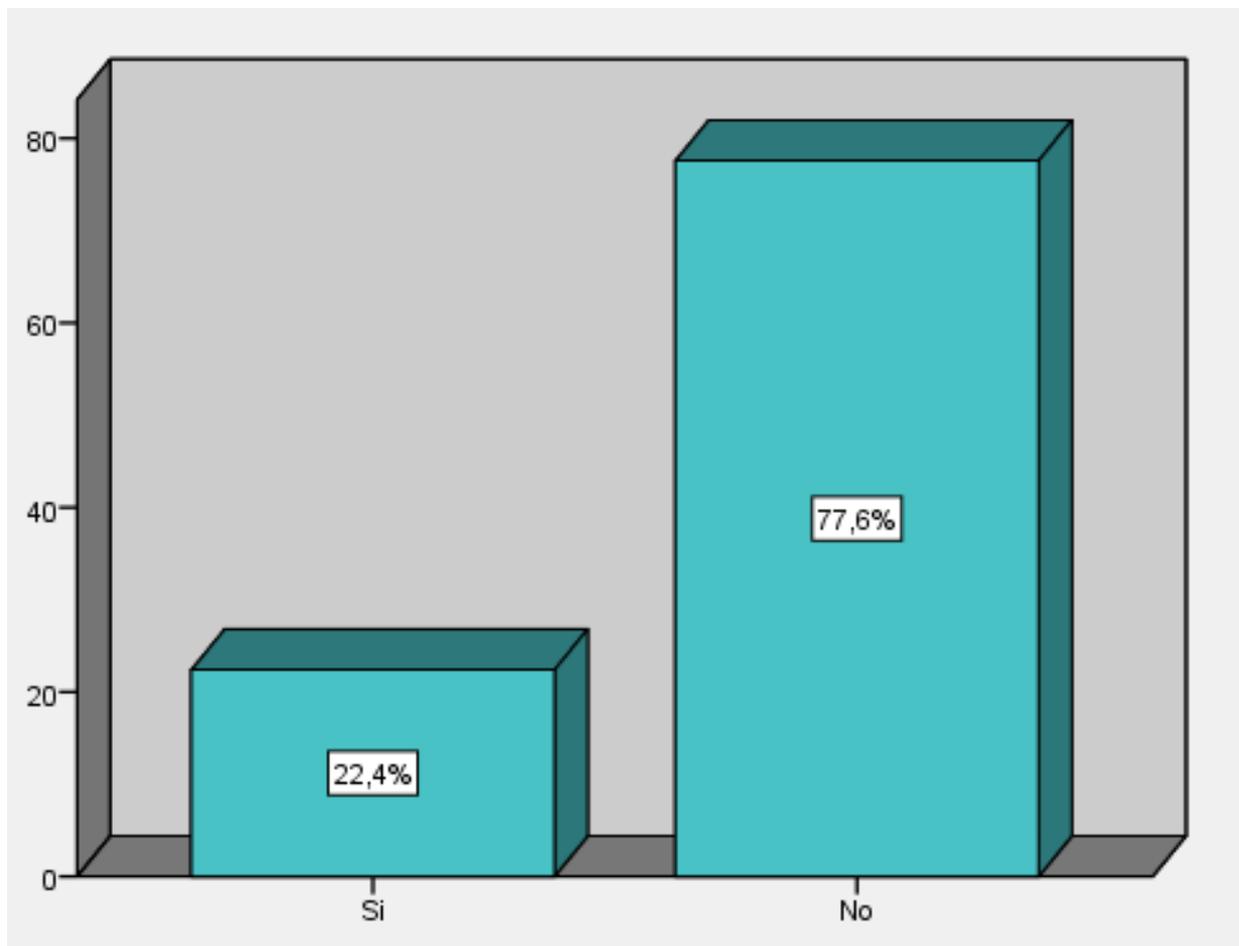
Realización de cuidados de la piel diarios.



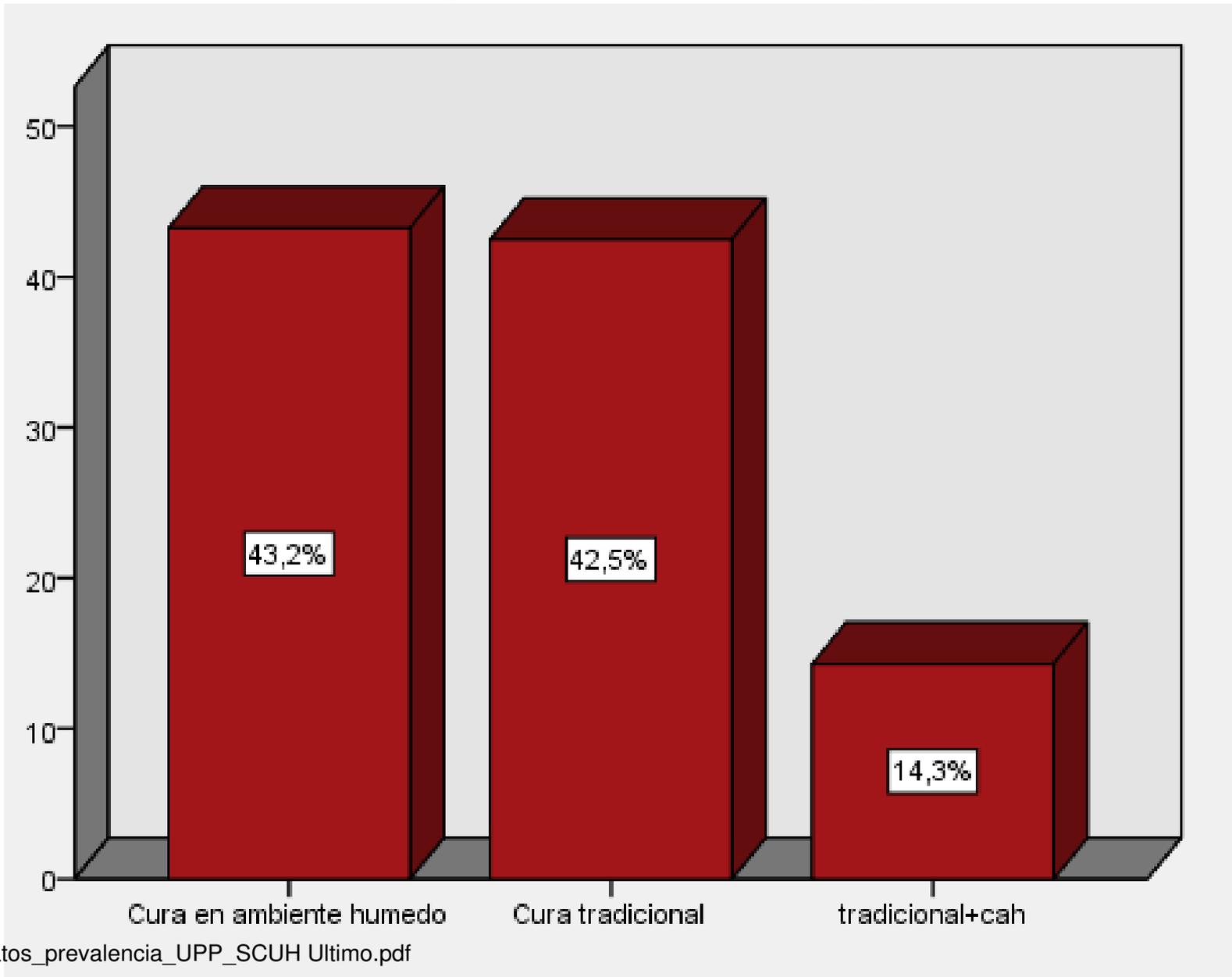
Datos globales vinculados a tratamiento.

Existencia de protocolo de tratamiento escrito a nivel Institucional.

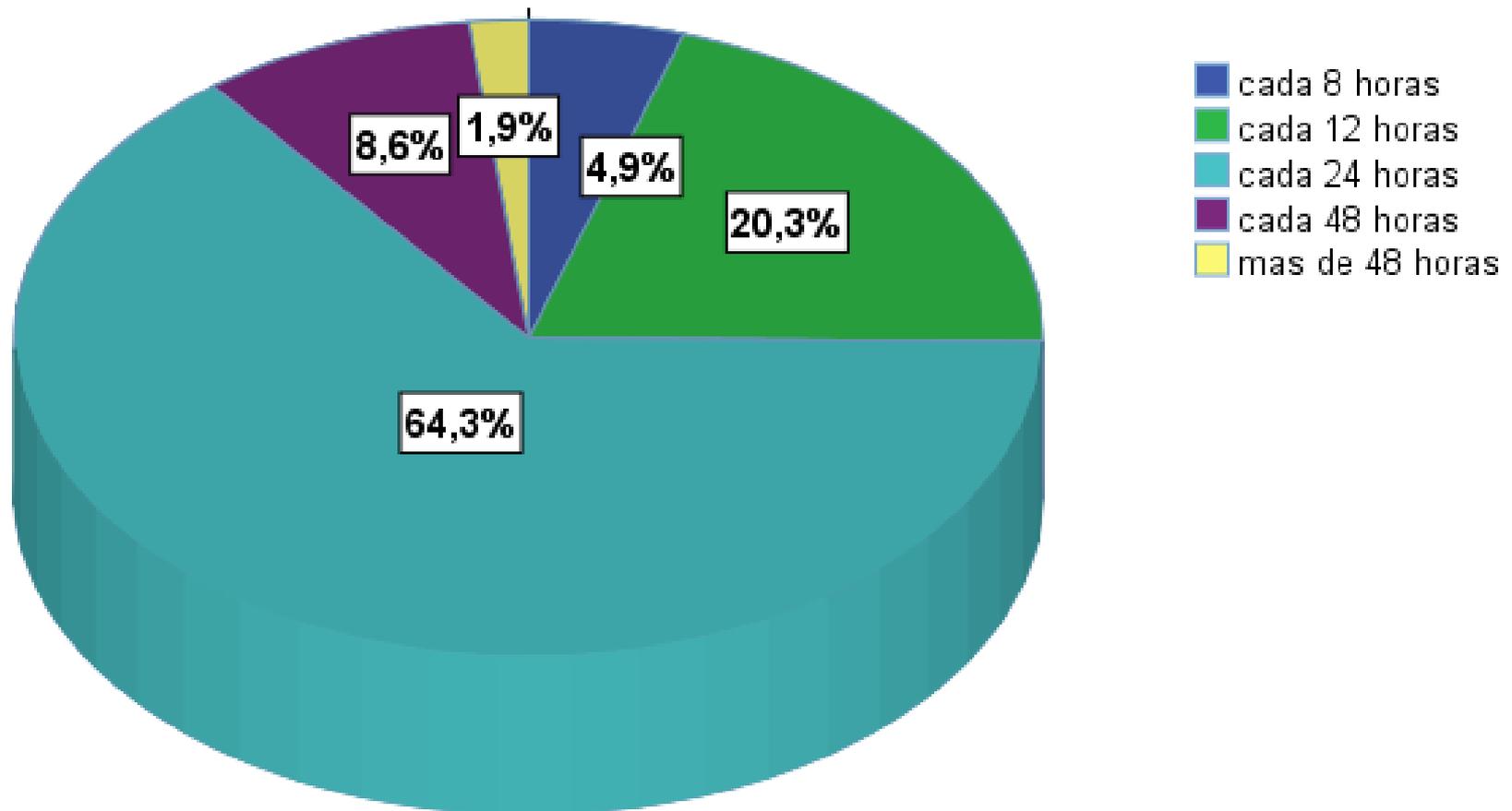
Protocolo de Tratamiento: descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.



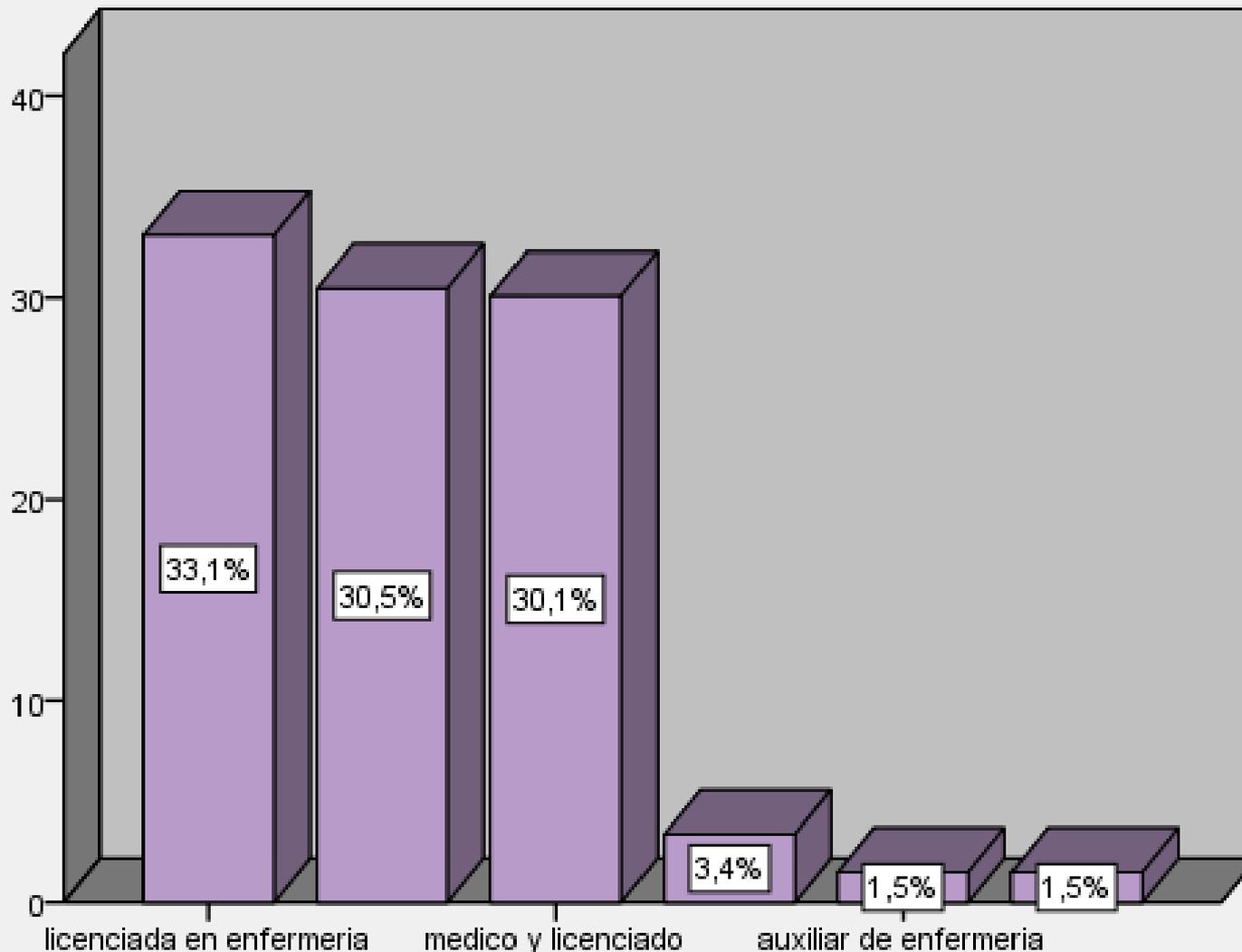
Tipo de tratamiento que se realiza al paciente con UPP.



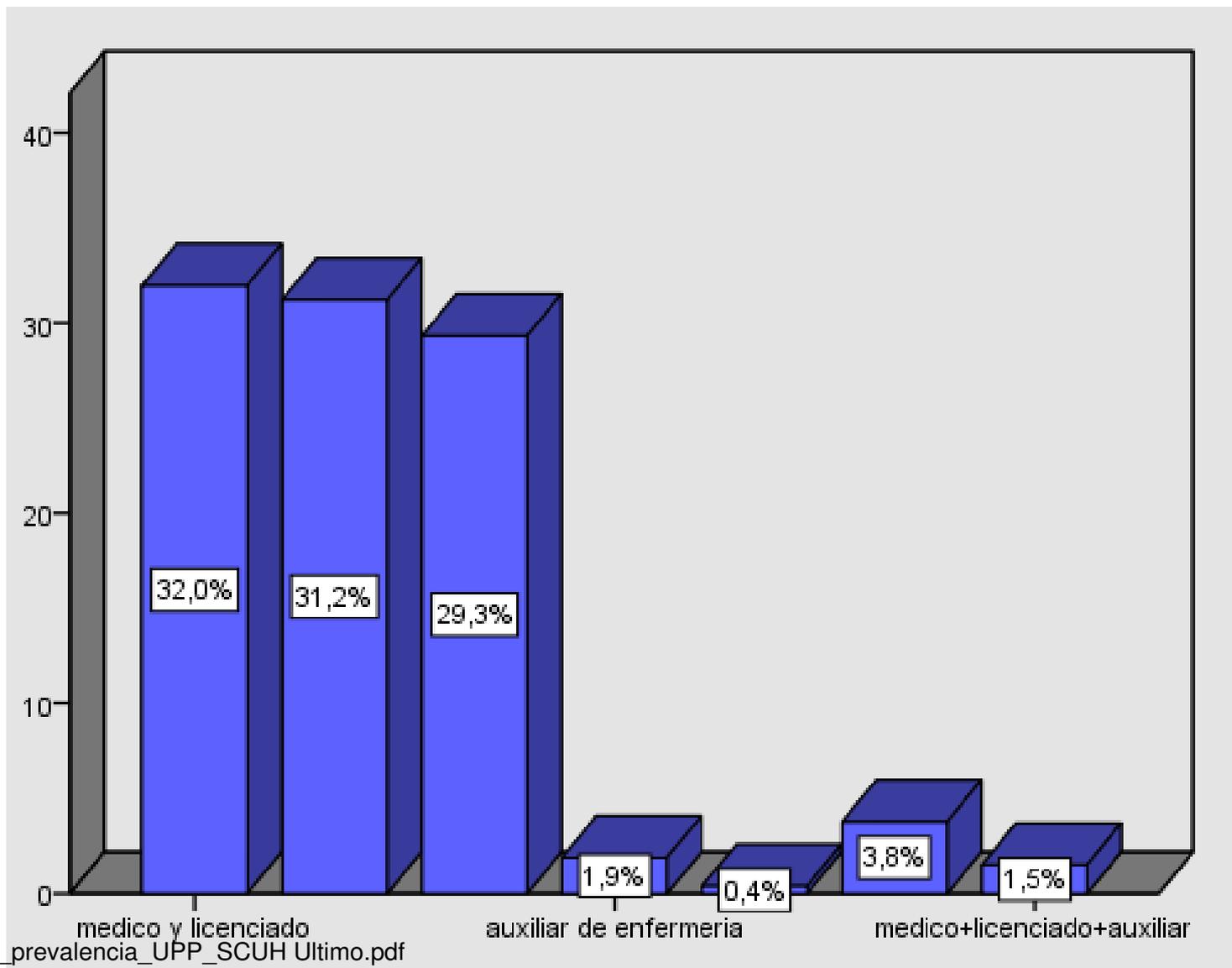
Frecuencia con que se realiza la cura de la UPP del paciente.



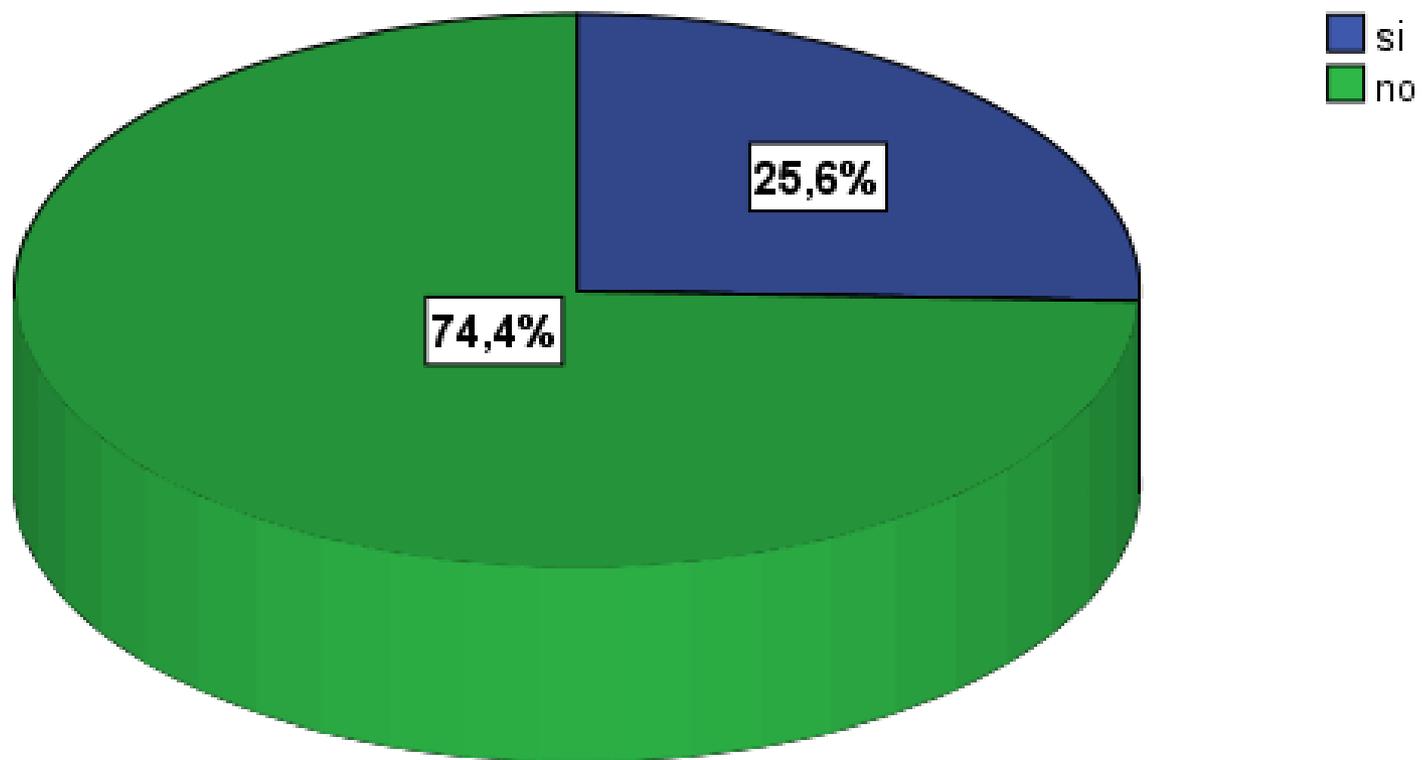
Profesionales que toman decisión en relación al tratamiento de la UPP: tipo de tratamiento.



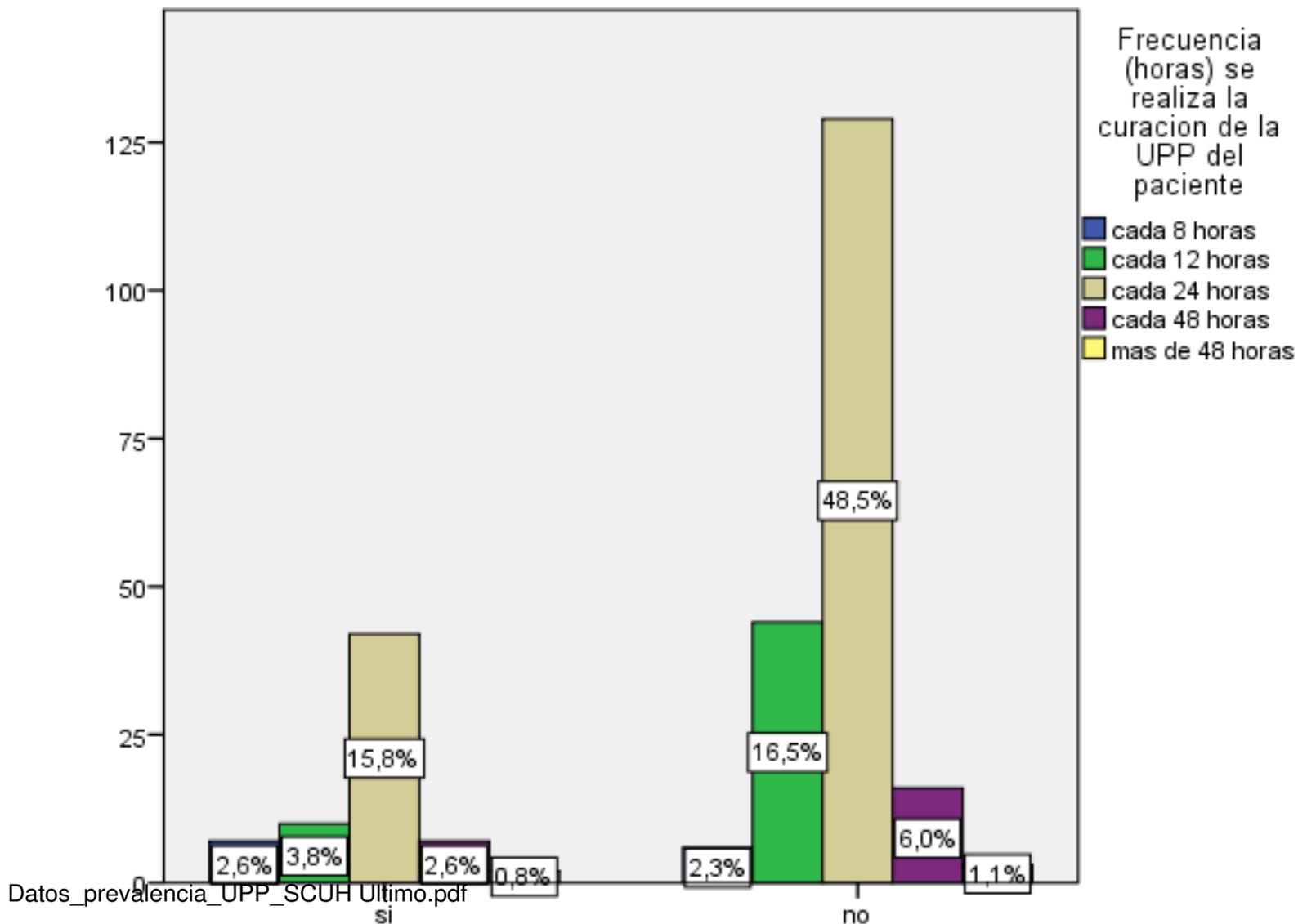
Profesionales que toman decisión en relación al tratamiento de la UPP: tipo de producto



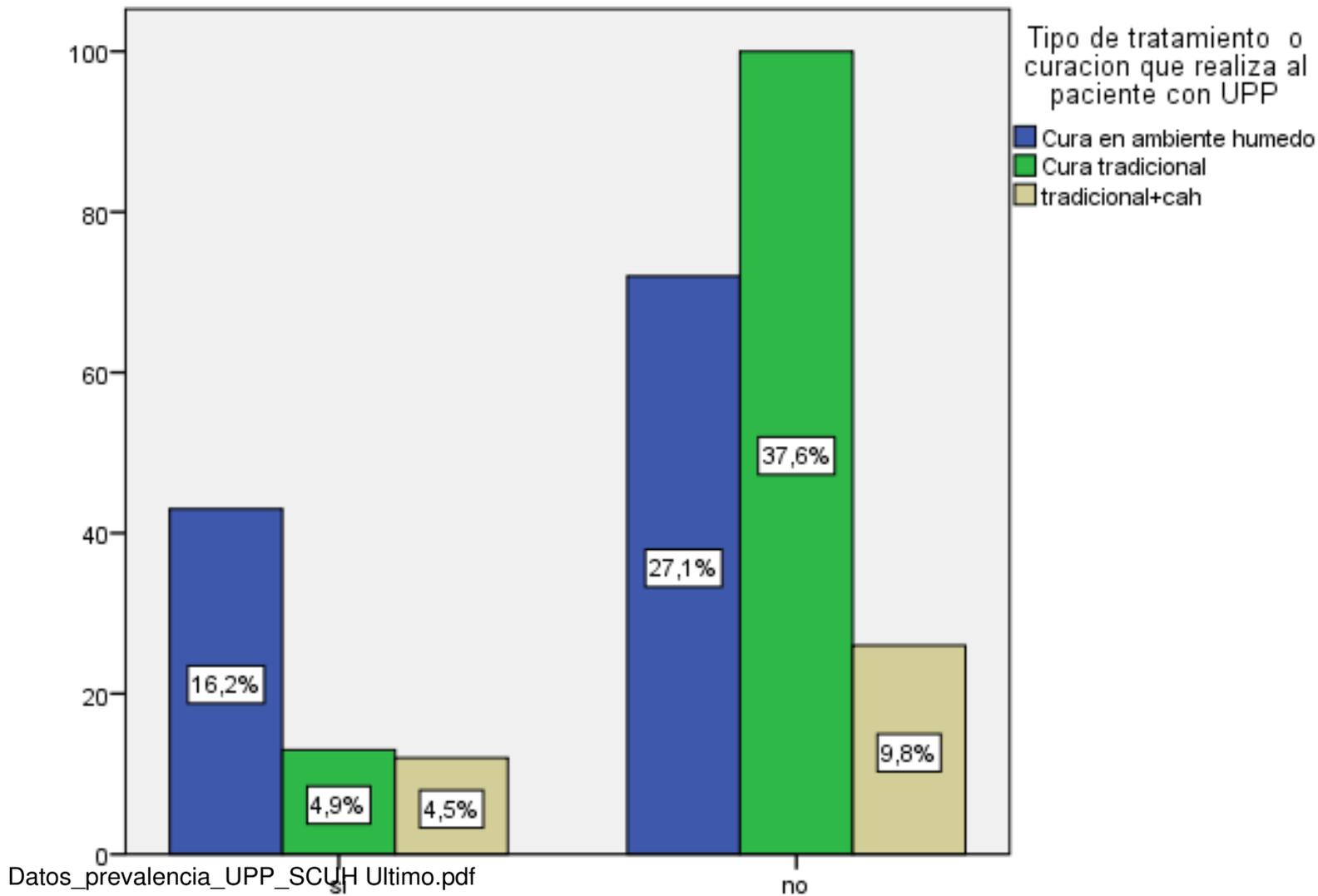
Existencia de Protocolo de tratamiento de UPP en las Unidades Asistenciales



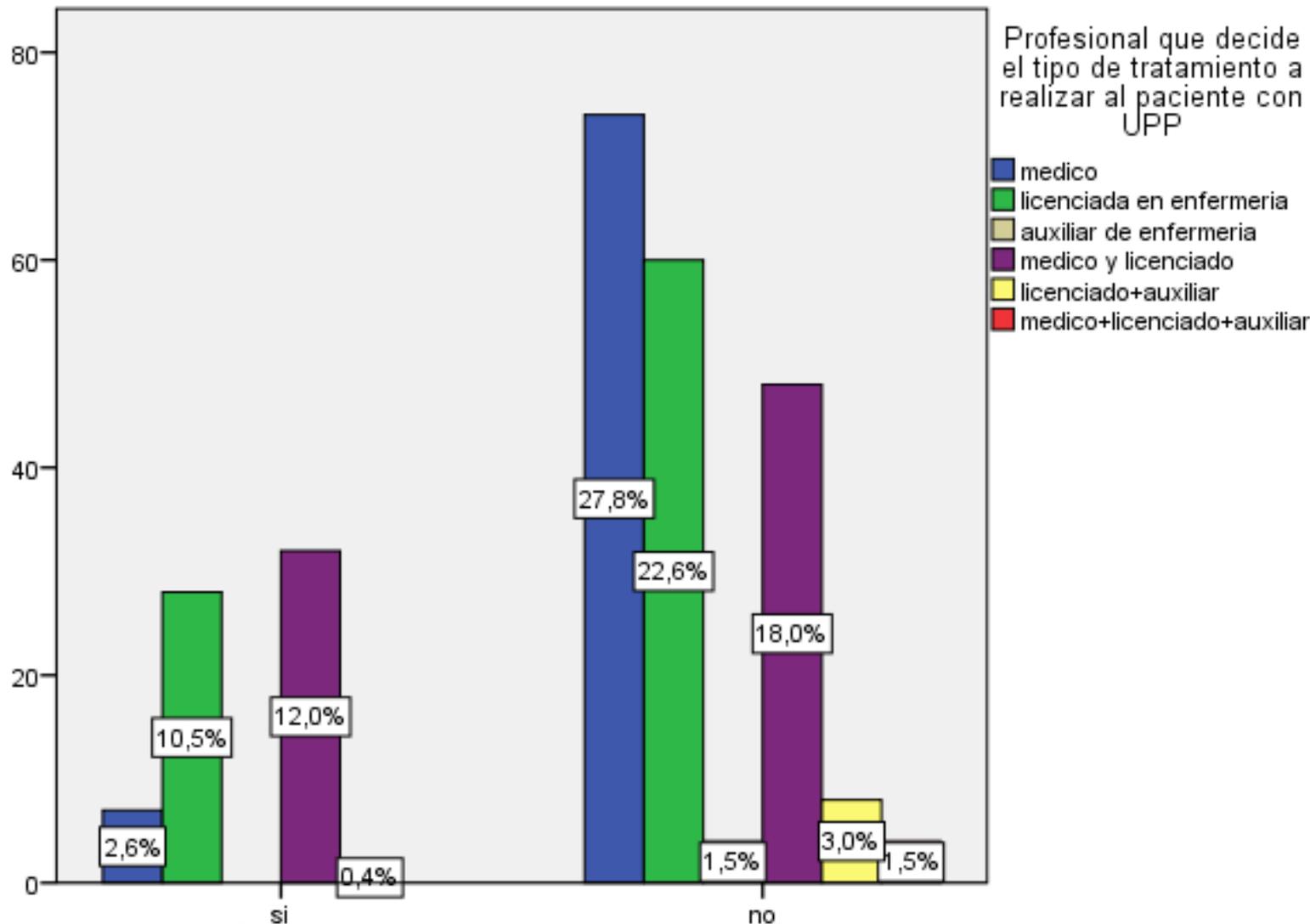
Frecuencia de cura en las Unidades Asistenciales según existencia de protocolo de tratamiento



Tipo de tratamiento en las Unidades Asistenciales según existencia de protocolo de tratamiento.



Profesional que decide tipo de tratamiento en las Unidades Asistenciales según existencia de protocolo de tratamiento.



Conclusiones.

- ▶ Se obtuvo una primera aproximación diagnóstica de esta problemática a nivel Nacional.
- ▶ Se logró una importante participación de los Prestadores de Salud y de Residenciales Geriátricos en el Estudio.
- ▶ Se realizó por primera vez una medición de la magnitud de esta problemática a nivel de los Residenciales Geriátricos.
- ▶ La prevalencia de UPP obtenida fue elevada (14,9%) comparada con países Europeos con perfil demográfico similar al nuestro y similar a datos obtenidos en países latinoamericanos.

Conclusiones.

- ▶ A nivel de Residenciales Geriátricos se observan valores de prevalencia menores (8,2%) a los obtenidos en estudios realizados en otros países.
- ▶ No se encontraron diferencias significativas en las cifras de prevalencia a nivel de Instituciones de Salud Publicas y Privadas.
- ▶ Los pacientes que desarrollaron UPP se encontraban mayoritariamente en Servicios de Cuidados Moderados y UCI , servicios en donde se encontraban los pacientes evaluados con mayor riesgo.

Conclusiones.

- ▶ **En relación a las Estrategias de Prevención** señalar que de acuerdo a los datos obtenidos escasas Instituciones de Salud desarrollan estrategias de Prevención (Comisión de UPP, Protocolo de Prevención, actividades de capacitación, utilización de EVRUPP, estudios previos).
- ▶ En cuanto a las **medidas de prevención** debemos señalar que teniendo en cuenta las recomendaciones a nivel internacional, de acuerdo a la evidencia científica disponible actualmente, en nuestro País:

Conclusiones

- ▶ Casi en la mitad de los pacientes con alto riesgo de UPP no se colocan dispositivos locales para el alivio de la presión.
- ▶ En un porcentaje importante de pacientes de alto riesgo, no se utilizan SEMP.
- ▶ Cuando existe disponibilidad de las mismas, en la mayoría de los casos no se utilizan las adecuadas en relación al riesgo.
- ▶ En el 41% (alto y moderado riesgo) de los pacientes hospitalizados se requieren cuidados de Enfermería específicos de prevención de UPP.
- ▶ En un alto porcentaje de los mismos no existía registro de dichos cuidados.

Conclusiones

- ▶ **El 68,2% de las UPP son de origen nosocomial,** siendo que la evidencia señala que en la mayoría de los casos las mismas son prevenibles si se realizan las medidas adecuadas en forma oportuna.
- ▶ Los datos obtenidos muestran que las UPP tienen un alto grado de severidad e importantes dimensiones.

Conclusiones.

- ▶ El Licenciado en Enfermería posee una importante participación activa en la decisión sobre el tratamiento de las UPP.
- ▶ La inexistencia de Protocolos de Prevención y Tratamiento de UPP a nivel Institucional y en los Servicios determina una variabilidad en los cuidados de los pacientes con UPP o en riesgo de padecerlas.

Agradecemos una vez más:

A todos aquellos que hicieron posible la realización del estudio.

4ª JORNADA MUNDIAL
POR LA PREVENCIÓN
DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
19 de Noviembre de 2015

Pocas heridas salvan vidas.

STOP
a las úlceras
POR PRESIÓN

SCUH
Sociedad Científica Uruguaya de Heridas

<http://www.socuhe.org.uy>

5ta Jornada Mundial 17 Noviembre 2016.

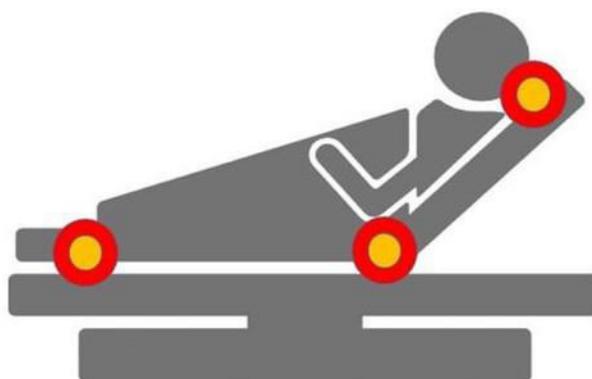


Gracias!!



Datos_prevalencia_UPP_SCUH_Ultimo.pdf





DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
“PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS
ADULTAS”.
MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

NOVIEMBRE 2016

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
"PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS".
MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Listado de Autores.

Referente	Institución.
Lic en Enf. Ana Alvez	Banco de Previsión Social. CRENADECER - UDI
Lic en Enf. Carlos Valli	Administración de los Servicios de Salud del Estado. Comisión Nacional Asesora de Enfermería
Lic en Enf. Claudia Rodriguez	Hospital Piñeiro del Campo
Lic Esp. Gabriela Gonzalez	Sanidad Policial
Lic Enf Yanine Panissa	Hospital Piñeiro del Campo
Lic Esp Feliza Mañosa	CASMU
Lic Esp. Mariela Olivieri	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Universidad de la República Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela
Lic. en Enf. Mercedes Alvarez	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas
Lic. en Enf. Leticia Farias	Hospital Pasteur
Lic. en Enf. Nadia Haedo	Sanidad Policial
Lic. Enf Sonia Montañó	Banco de Previsión Social. CRENADECER - UDI
Lic. Enf. Marisa Rodriguez	Hospital Pasteur
Lic. Enf. Veronica Casanova	Universidad de la República Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela
Lic. Esp. Alejandra Guerra	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Servicio Médico Integral
Lic. Esp. Cecilia Ruvira	Hospital Español
Lic. en Enf. Cristina de Vilas	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Círculo Católico de Obreros del Uruguay
Lic. Esp. Iara Alonso	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Universidad de la República Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela
Lic. Esp. Lourdes Balado	Universidad de la República Facultad de Enfermería Red de Enfermería en Seguridad del Paciente Uruguay
Lic. Esp. Raquel Etchebarne	Hospital Maciel
Lic. Esp. Isabel Andujar	Universidad de la República Hospital de Clínicas Dr Manuel Quintela
Lic. Esp. Mariana Sansberro	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Hospital de Paysandú
Lic. Marcela Hernández	Hospital de Pando

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Mg Alicia Cabrera	Universidad de la República Facultad de Enfermería
Mg Lucia Garcia	Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Red Internacional en Úlceras y Heridas
Mg Ma del Rocio González	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente MS Sociedad Científica Uruguaya de Heridas Red Internacional en Úlceras y Heridas Red de Seguridad del Paciente Uruguay
Mg Milton Sbárbaro	Universidad de la República Facultad de Enfermería Red de Gestión del Cuidado.
Mg. Ángeles Carreño.	Universidad Católica del Uruguay Facultad de Enfermería y Tecnologías en Salud.
Phd. Zoraida Fort	Comisión Nacional Asesora de Enfermería

Coordinación:

- Mg. María del Rocío González.
- Lic en Enf. Cristina de Vilas.

Revisión:

- Dr. Jorge Quian. Director General de Salud.
- Dra Raquel Rosas. Subdirectora General de la Salud.
- Dr. Marcelo Barbato. Director del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente



Noviembre 2016.

Listado de Siglas.

AG	Ácidos grasos
AGHO	Ácidos grasos hiperoxigenados
CAH	Cura en ambiente húmedo
COSEPAS	Comités de Seguridad del Paciente
DECASEPA	Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente.
E. A	Evento Adverso
EVRUPP	Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión
G.P.C	Guía de práctica clínica
MS	Ministerio de Salud
OHB	Oxigenoterapia hiperbárica
PBNI	Películas cutáneas de barrera no irritante
PLH	Preparación del lecho de la herida
PLP	Protección local de la presión
PTN	Presión tópica negativa
SEMP	Superficie especial para el manejo de la presión
SNG	Sonda naso-gástrica
SOT/SET	Sonda orotraqueal
SV	Sonda vesical
UPP	Úlcera por presión
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. España

Índice.

1. Introducción	8
2. Antecedentes y Justificación	10
2.1 Magnitud del problema.	10
2.2 Epidemiología de las Úlceras por Presión (UPP)	14
2.3 Datos epidemiológicos de las Úlceras por Presión en Uruguay.	16
2.4 Contexto nacional en relación a estrategias y cuidados de enfermería en prevención y tratamiento de UPP en Instituciones de Salud y Residencias Geriátricas.	20
3. Objetivos	24
3.1 Generales	24
3.2 Específicos	24
4. Alcance	24
5. Metodología	25
6. Estrategias Institucionales en prevención y tratamiento de UPP.	30
6.1 Inclusión de la temática dentro de la gestión integrada de riesgos.	30
6.2 Evaluación de disponibilidad, la calidad y las normas para el uso de los recursos disponibles para la prevención y tratamiento de UPP.	31
6.3 Protocolos de actuación en prevención y tratamiento de UPP.	31
6.4 Difusión y capacitación al equipo de salud en la temática.	32
6.5 Valoración de dotación de Enfermería, formación y cohesión de personal.	32
6.6 Indicadores a monitorear.	32
7. Formación de los profesionales en salud en prevención y tratamiento de UPP.	33
8. Educación al usuario y cuidador.	34

9. Recomendaciones de prevención de UPP en adultos.	36
9.1 Valoración integral del paciente	36
9.1.1 Evaluación del riesgo	36
9.1.2 Valoración de la piel	37
9.2. Control de factores etiológicos: presión fricción y cizalla	38
9.2.1 Cambios posturales	38
9.2.2 Movilización	39
9.2.3 Protección local ante la presión	39
9.2.4 Uso de Superficies Especiales para el manejo de la Presión.	40
9.3. Control de la humedad	41
9.3.1 Limpieza de la piel	41
9.3.2 Humectación de la piel	41
9.3.3 Protección de la piel	41
9.4. Control de factores coadyuvantes	41
9.4.1 Valoración y cuidados nutricionales	41
9.4.2 Oxigenación tisular	42
9.4.3 Protección ante Dispositivos clínicos	43
9.5. Terapias emergentes en prevención	44
10. Recomendaciones de tratamiento de UPP en adultos.	45
10.1. Valoración integral del paciente	45
10.2. Valoración de la úlcera- diagnóstico diferencial	46
10.3. Definición y Clasificación	47
10.4. Monitorización de proceso de curación	50
10.5. Valoración y tratamiento del Dolor	51
10.6. Cuidado local de las UPP. Preparación del lecho de la herida	52
10.6.1. Limpieza de la úlcera	52
10.6.2. Desbridamiento	53
10.6.3. Control de la Infección	55
10.6.4. Biofilm	56
10.6.5. Control del exudado	57
10.6.7. Estimulación de bordes	57
10.6.8 Cuidados piel perilesional	57
10.7. Cuidados generales del paciente con UPP	59
10.8. Uso de apósitos	60

10.9. Uso de otras terapias	63
10.9.1 Factores de crecimiento	63
10.9.2 Estimulación eléctrica	63
10.9.3 Presión Tópica Negativa	63
11. Recomendaciones de prevención y tratamiento de UPP en situaciones especiales.	65
11.1. Pacientes con obesidad mórbida	65
11.2. Pacientes críticos	66
11.3. Adultos mayores	67
11.4. Pacientes en quirófano	69
11.5. Personas en cuidados paliativos	69
11.6. Personas con lesión medular	70
12. Referencias Bibliográficas	72
13. Anexos	78
13.1 Anexo 1: Escala de Braden	79
13.2 Anexo 2: Localizaciones de UPP más frecuentes	80
13.3 Anexo 3: Técnica de cambios posturales en cama y silla	82
13.4 Anexo 4: Clasificación y asignación de SEMP	87
13.5 Anexo 5: Índice de Medica RESVECH 2.0	91
13.6 Anexo 6: Escalas para valoración de dolor	92
13.7 Anexo 7: Tipos de desbridamiento	93
13.8 Anexo 8: Apósitos y productos de cura	97
13.9 Anexo 9: Conjunto mínimo básico de datos en registros de UPP	100

1. Introducción.

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de Salud Pública perturbando la salud y la calidad de vida pudiendo conducir a la discapacidad o a la muerte de millones de personas en el mundo.

Se trata de un evento adverso prevenible en la mayoría de los casos, al cual se asocian otros elementos relevantes, como el sufrimiento de las personas que las padecen y sus familias, como así también el alto costo que representa para ellos, para los prestadores de salud y para el Sistema de Salud en su conjunto.

Estos aspectos lo transforman en un potente indicador de calidad para los efectores sanitarios y particularmente para la evaluación de la calidad técnica de los servicios de enfermería hospitalarios.

En el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 (OSN 2020) del Ministerio de Salud, se ha establecido como Objetivo Estratégico Núm. 4 “Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud”.

Entendiendo que las UPP constituyen un importante problema de seguridad del paciente, se ha establecido desde el Ministerio de Salud como un componente esencial en el marco de la evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso y se ha determinado como meta al 2020 disminuir las UPP en los usuarios del SNIS.

El primer estudio de prevalencia de UPP en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay, elaborado por la SCUH, permitió dimensionar la problemática en nuestro país mostrando cifras en adultos de 16,9% a nivel hospitalario y de 8,2% en Residencias Geriátricas.

Basándose en esta aproximación diagnóstica y como parte de las estrategias para promover prácticas seguras, surge la elaboración de este conjunto de recomendaciones en prevención y tratamiento como producto del trabajo y consenso de referentes nacionales en enfermería.

Se constituyó un equipo de trabajo en el que participaron representantes de DECASEPA del Ministerio de Salud, Sociedad Científica Uruguaya de Heridas,

Facultad de Enfermería UDELAR, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud UCUDAL, Red de Enfermería en Seguridad del Paciente de Uruguay (OPS), Red Internacional de Úlceras y Heridas, Red de Gestión del Cuidado (OPS), Comisión Nacional Asesora de Enfermería y referentes de prestadores a nivel público y privado.

Con este documento se pretende promover la realización de protocolos de actuación para unificar criterios en base a las buenas prácticas de enfermería, tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP en el adulto, aumentando la calidad de los cuidados de enfermería y elevando la calidad de la atención brindada al usuario y a su familia.

Las recomendaciones incluidas en este documento constituyen orientaciones generales para una práctica clínica segura, que deben aplicarse por profesionales de enfermería cualificados, utilizando su juicio clínico en cada caso particular, teniendo en cuenta las preferencias del usuario, así como los recursos disponibles en el ámbito de cuidados que corresponda.

Su finalidad es orientar y apoyar el trabajo de los citados profesionales, para que adopten las mejores decisiones en las áreas clínicas, docente, de investigación y de la gestión.

2. Antecedentes y justificación

2.1 Magnitud del problema.

Las úlceras por presión (UPP) representan un importante problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo perturbando su salud, su calidad de vida pudiendo conducir a la discapacidad o a la muerte¹.

Pese a que se han producido avances muy significativos en la comunidad científica en relación al conocimiento de la etiología, en cómo evitarlas en casi la mayoría de las situaciones y las directrices de tratamiento más eficaces, las UPP aún hoy, en el siglo XXI, constituyen un problema en todos los niveles asistenciales, afectando a personas de todos los grupos de edad y produciendo elevados costos, tanto a nivel de sufrimiento individual y familiar como a nivel de los sistemas de salud en términos económicos^{2,3}

A nivel internacional, la presencia o ausencia de una UPP es considerado un indicador de la calidad de la asistencia en salud brindada y está estrechamente vinculado a la seguridad del paciente en los diferentes sistemas de salud considerándolo un evento adverso prevenible.

El modelo de sistema de salud actual, enmarcado en un contexto de calidad y estrategias de seguridad para nuestros usuarios, hacen necesario establecer políticas sanitarias y estrategias conjuntas.

Las mismas deben estar orientadas hacia la detección precoz de la población vulnerable, la prevención y el tratamiento eficaz de estas lesiones en forma protocolizada disminuyendo la variabilidad clínica existente hasta el momento en esta área.

Desde el Ministerio de Salud se ha incorporado la temática dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales a 2020, en forma específica dentro del área de intervención 67: Cuidados de enfermería como disparador de la mejora del proceso la que está incluida dentro del Objetivo Estratégico 4: Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud.

Un aspecto relevante a tener en cuenta lo representa la gravedad de sus complicaciones (dolor, infección local, sepsis y aumento de la mortalidad), el aumento de la estadía hospitalaria (pudiendo elevarse hasta cinco veces más

que en los pacientes que no presentan UPP) y el incremento del tiempo requerido de cuidados de salud, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo de enfermería⁴ y en consecuencia el aumento del gasto sanitario.

Debemos de subrayar que la presencia de una UPP se ha asociado con un riesgo de muerte 2 a 4 veces superior a no presentar este tipo de lesiones en personas de edad avanzada (Thomas DR,1996) y si aparecen complicaciones en la cicatrización la tasa se multiplica hasta seis veces⁵

Esta situación de vulnerabilidad es aún más importante cuando quienes padecen las UPP son ancianos institucionalizados. Los que desarrollan UPP, tienen una tasa de mortalidad de un 32% superior (Takahashi PY, Cha SS, Kiemele LJ, 2008) y si las úlceras están asociadas a fractura de cadera, la tasa de mortalidad puede llegar a ser un 70% mayor (Berry S et al, 2009).

Diversas publicaciones han puesto de manifiesto que estas lesiones además de presentar una morbimortalidad asociada importante⁶, disminuyen la calidad de vida de quienes las padecen y de sus cuidadores.

En otro orden, las UPP, como señalan Posnett y colaboradores, suponen un importante consumo de recursos para el sistema de salud, tanto en recursos humanos como en materiales, y son responsables de importantes costos sociales y sanitarios⁷.

El costo de tratar las UPP supone un importante dispendio para el sistema sanitario y la sociedad en general siendo mucho mayor que la inversión requerida en la implementación de estrategias de prevención.

El gasto anual estimado en uno de los estudios más precisos en relación a costes asociados al cuidado de UPP representa alrededor del 4% del presupuesto del UK National Health Service. (Bennett G, Dealey C, Posnett J, 2004).

Con base en el citado estudio, el Dr. Posnett y Torra (GNEAUPP, 2003), extrapolaron en 2003 los datos a la realidad económica española y los valores epidemiológicos disponibles, determinando costes por episodio de 211 euros para el Estadio I y de 16.600 euros para el Estadio IV. El coste global anual para el sistema de salud español se estimó en 1.687 millones de Euros, lo que supondría un 5,2% del gasto sanitario anual total del país.

En las últimas décadas, la comprensión de los factores implicados en el desarrollo de UPP ha mejorado^{8,9} y se ha reconocido a nivel internacional que la mayoría son evitables (Hibbs 1988).

Desde que Pam Hibbs demostrara que la mayoría de las UPP se pueden prevenir, con cuidados oportunos y dispositivos adecuados, existe un reconocimiento categórico de toda la comunidad científica de que ésto es posible y la prevención es considerada como la mejor estrategia frente al problema de las UPP.

Pueden evitarse al menos en un 95% de los casos (Waterlow J, 1995), lo que supone que la aparición de estas lesiones pueden ser, a primera vista, consideradas como una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios y por ende los gestores de las mismas (Taylor JS, 1994; Martell R, 1998; Green CH, 1995; Moody M, 2000; Petro JA, 1990; Tingle J, 1992; Moody M, 1992; Dimond B, 2005).

El desarrollo de una de estas lesiones supone un fracaso de las medidas preventivas ya que, como reconoce la comunidad científica internacional, se puede evitar su aparición prácticamente en la totalidad de los casos por tanto se debería respetar el derecho universal de los pacientes a la prevención de estas lesiones. (Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de Úlceras por Presión como Derecho Universal Octubre 2011.)

Desde el desarrollo por parte de la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) de su Guía de Práctica Clínica de prevención (AH CPR, 1992), se han considerado cuatro grandes áreas en la aplicación de medidas de prevención, secundado por documentos publicados posteriormente (EPUAP, 1999; NICE, 2004; RNAO, 2004; García-Fernández et al, 2007; Joanna Briggs Institute, 2008; Ávila et al, 2008; Rycroft-Malone, 2000; SS Illes Balears, 2007, EPUAP-NPUAP 2009): Valoración del riesgo de desarrollar una UPP, cuidados de la piel, reducción de la presión, educación.

La prevención se considera la forma más efectiva de enfrentarse a las UPP, constituyendo la calidad de los cuidados de enfermería un elemento medular en el éxito de las estrategias que se establezcan, garantizando la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles asistenciales.

En la actualidad los profesionales utilizan medidas preventivas en función del riesgo evaluado, lo que supone una optimización de los recursos y una adecuación de los medios disponibles.¹⁰

Es necesario esclarecer que no existe una ética o legislación propia de la asistencia o la investigación en pacientes con UPP. Las concepciones éticas y los contenidos legales engloban ámbitos generales que deben ser aplicados a las actividades concretas.

Desde la perspectiva ética, recordar que la negligencia, como lesión del derecho a la salud, y como consecuencia, el desarrollo de una o varias UPP vulnera el principio bioético de autonomía, al desprotegerlo. Permitir su desarrollo o un abordaje inadecuado puede contravenir los principios de no maleficencia y de beneficencia que supone actuar persiguiendo el mejor bien para el individuo.

Corresponde a los profesionales de enfermería, diseñar un plan de cuidados que gestione los diferentes elementos relacionados con la aparición de las UPP, respetando los principios éticos fundamentales del arte del cuidado

Es importante destacar que aunque la responsabilidad inmediata en el diseño e implementación del plan de cuidados corresponde a la enfermería asistencial, este, para ser efectivo, debe siempre alinearse con las intervenciones de otros profesionales del equipo asistencial, así como con los profesionales de la gestión, tanto asistencial, como administrativa y de soporte que deberán facilitar la existencia de recursos materiales y organizativos adecuados.¹¹

Los Licenciados en Enfermería son los responsables de la planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados de prevención de estas lesiones, pero deben de estar implicados otros miembros del equipo asistencial, los gestores, el propio paciente y la red de cuidadores informales. El objetivo es facilitar, mediante programas de Educación para la Salud, los conocimientos y

habilidades necesarias para la prevención de las UPP en los propios pacientes y cuidadores.

Recientes investigaciones han puesto de manifiesto una vez más como intervenciones multimodales en las que se integran (además de las intervenciones preventivas específicas recomendadas) la educación del equipo de enfermería, la designación de referentes institucionales en la temática y el contar con programas específicos para la prevención de estas lesiones contribuye a disminuir la aparición de estas lesiones.¹²

Actualmente se dispone de evidencias de cómo la instauración de protocolos son eficaces para la disminución de la incidencia de las úlceras por presión en los hospitales.^{13,14}

También se ha demostrado que los programas de prevención (basados en el uso de superficies especiales de manejo de la presión (SEMP), apósitos de espuma, limpiadores especiales y productos emolientes) resultan costo efectivo en residencias geriátricas.^{13,15}

Debemos de considerar que el proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados y estrategias preventivas de las UPP, en ese sentido los indicadores epidemiológicos nos permiten cuantificar los resultados de las medidas preventivas realizadas.

2.2 Epidemiología de las Úlceras por Presión.

El conocimiento y posterior difusión de los datos epidemiológicos relacionados con las UPP se debería considerar una herramienta básica, además de para dimensionar la problemática, para la ruptura de una concepción cultural que consiente a las UPP como proceso inevitable.

Su conocimiento constituye la piedra angular para el diseño y seguimiento de políticas sanitarias orientadas a su prevención y para una adecuada atención de los pacientes con UPP o que están en riesgo de padecerlas.

Se han realizado a nivel internacional múltiples estudios de prevalencia e incidencia de UPP que han logrado dimensionar la problemática, pero han

puesto de manifiesto variantes significativas entre ellos de acuerdo a los diferentes métodos de cálculo de los indicadores, así como criterios de inclusión y exclusión contemplados al tiempo de la recogida de datos.

A nivel de hospitales europeos, los datos obtenidos señalan una prevalencia en torno al 18%^{16,17} aunque con diferencias importantes entre países, ya que es más alta en los países del norte de Europa (entre el 15-20%) que en los del sur (Italia 8,3%, Francia 8,9%, Portugal 12,5%, España 7,87%^{18,19,20} También hay estudios recientes en Canadá (22,9%)²¹, EEUU (14% -17%)²², resulta interesante la baja prevalencia (1,5%) en hospitales en China²³.

Por tanto, se desprende que las UPP son un problema de salud amplio y que lejos de solventarse sigue creciendo, incluso en países con decididas políticas activas de seguridad de los pacientes como Estados Unidos²⁴

A nivel latinoamericano, se han comenzado a desarrollar y a publicar algunos estudios de prevalencia nacional en algunos de los países, pero no han sido ajenos a las diferencias metodológicas encontradas en otros estudios.

A continuación se detallan algunos de los datos obtenidos en los citados estudios: la cifra de prevalencia encontrada en hospitales de segundo nivel en México correspondió al 17%²⁵, en tanto que en Brasil, en pacientes en hospitales públicos e instituciones privadas, la prevalencia encontrada de UPP fue de 16.9%²⁶.

A nivel de las unidades o centros de larga estadía, diversos estudios muestran cifras de prevalencia mayor que a nivel hospitalario, por ejemplo en Canadá se han hallado cifras que varían entre el 53,2 y el 36,8% (Davis & Caseby 2001), entre el 29,2 y 8,8% en los Países Bajos y Alemania, respectivamente (Tannen et al. 2006) aunque Lahmann et al. (2006) informaron de un 13,9% con un ajuste similar en Alemania.

En centros socio sanitarios (CCS), los datos sobre prevalencia publicados oscilan entre el 10% en un país con mucha población anciana como es Japón²⁷, el 9% en Irlanda²⁸ y más elevados en Estados Unidos²⁹ o Jordania³⁰. En el ámbito comunitario hay pocos estudios publicados, con una prevalencia del 16% en Irlanda³¹

2.3 Datos epidemiológicos de las Úlceras por Presión en Uruguay.

Los datos obtenidos en el último Censo de Población del año 2011 muestran que la estructura y dinámica de la población uruguaya evidencia la culminación de una transición demográfica y epidemiológica, con un “perfil” de sociedad envejecida. Esto determina el incremento en la demanda asistencial de los distintos profesionales de salud, fundamentalmente de enfermería, hacia pacientes en general con una media de edad alta y con patologías cada vez más complejas.

En contrapartida al descenso de la población infantil, se observa en 2011 un aumento de la proporción de personas mayores de 50 años con respecto al año 2004. Este fenómeno está asociado al alargamiento de la vida producto del aumento de la probabilidad de supervivencia en las diferentes edades (incremento de la esperanza de vida al nacer) de 72 años para los hombres y 79 años para las mujeres.

La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011 (457.671 adultos mayores). De esta población, el 47% se ubica entre los más envejecidos (216.968 mayores de 75 años) es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos. (Programa Nacional del Adulto Mayor .MSP 2008)

Teniendo en cuenta lo que hemos referido anteriormente, podemos señalar que hoy nos enfrentamos al desafío de asistir a una población, que por su perfil socio demográfico y por sus características, representa una población de riesgo de

padecer UPP³², presentando una gran demanda de cuidados vinculados a la prevención y tratamiento de las mismas.

En Uruguay no existían datos sobre la epidemiología de estas lesiones, sobre las estrategias de prevención de las mismas, así como del impacto que éstas tienen sobre las personas, cuidadores, instituciones de salud, Sistema Nacional de Salud ni para el país en su conjunto.

Con el propósito de conocer, especificar las características de las UPP así como aspectos relacionados con las estrategias y prácticas actuales en la prevención y el tratamiento de las mismas en los pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay, se desarrolló por parte de la Sociedad Científica Uruguaya de Heridas, un estudio de prevalencia a nivel nacional³³.

Considerando que el citado estudio era de interés y en concordancia con las políticas establecidas desde el Ministerio de Salud, a través del Director General de Salud y el DECASEPA, se promovió la realización del mismo fomentando a los diferentes prestadores del SNIS a participar y a designar referentes institucionales.

Se plantearon como objetivos de la citada investigación:

- Determinar la prevalencia de UPP en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.
- Describir el perfil de los pacientes con UPP en pacientes hospitalizados en instituciones de salud y en residencias geriátricas públicas y privadas de Uruguay.
- Describir variables relacionadas con estrategias y prácticas actuales de prevención de UPP en las instituciones de salud y en las residencias geriátricas.
- Determinar las características de las UPP en cuanto a su localización, antigüedad, origen, categorización y severidad de las mismas.

- Conocer tipo de tratamiento que reciben los pacientes que presentan dichas lesiones: frecuencia de las curas, utilización de productos basados en CAH o tradicional, utilización de protocolos de tratamiento.

Datos relevantes obtenidos del estudio:

- Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que se encontraban ingresados en las instituciones de salud pública o privada y en las residencias geriátricas al momento de realizar la recogida de datos.
- Muestra: 3872 pacientes. (76,3% de Instituciones de Salud y 23,5% de Residencias Geriátricas).
- Institución de Salud que participaron: 61 (54% de dependencia privada y 46% pública). El 70% de las instituciones que participaron fueron del interior del País
- Residencia Geriátricas que participaron: 60 (97% de dependencia privada y el 70% del interior del país)

Datos de prevalencia obtenidos:

- Prevalencia de UPP en pacientes hospitalizados en Instituciones de Salud: **16,9 % (IC 95% 16,6- 17,2%)**
- Prevalencia de UPP en Residenciales Geriátricos: **8,2 % (IC 95% 7,2- 9,2%)**

La prevalencia de UPP obtenida en Instituciones de Salud fue elevada comparada con centros de hospitalización de agudos en países europeos con perfil demográfico similar al nuestro (de 7,8% en el Sur y en torno al 15-20% en países del norte) y similar a datos obtenidos en países latinoamericanos (17-18% en México y Brasil).

A nivel de Residencias Geriátricas se observan valores de prevalencia menores (8,2%) a los obtenidos en estudios realizados en otros países (11-15%).

Prevalencia de UPP en Instituciones de Salud de acuerdo a dependencia:

No se encontraron diferencias significativas en las cifras de prevalencia a nivel de Instituciones de Salud de dependencia Pública (Media: 19,14%) y Privada (Media 19,52%)

Distribución de Prevalencia de UPP en Instituciones de salud según tipo de unidad asistencial.

Los pacientes que desarrollaron UPP se encontraban mayoritariamente en Servicios de Cuidados Moderados Médicos (23%), Polivalentes (21,6%), UCI (16,2%) y Cuidados Moderados Quirúrgicos (13,8%), servicios en donde se encontraban los pacientes evaluados con mayor riesgo.

Caracterización de los pacientes con UPP

Edad: El 25% de pacientes con UPP en Instituciones de Salud tenía más de 65 años y el 17% de ellos: 80 años. El 85% de pacientes con UPP en Residencias Geriátricas: 90 años.

Sexo: No se encontraron diferencias significativas

Días de Internación: El promedio de días de internación en Instituciones de Salud de los pacientes de la muestra fue de 13,97 días y en Residencias Geriátricas de 4 años con una Mediana de 2 años.

El 20% de los pacientes que desarrollaron UPP la desarrollaron en los primeros 10 días de internación. Estos datos traducen la importancia de la implementación de medidas de prevención adecuadas en forma temprana.

Riesgo de UPP (Según escala de Braden) en pacientes hospitalizados en Instituciones de Salud.

El 41% de los pacientes hospitalizados tienen entre alto (19,9%) y mediano riesgo (21,2%)

Riesgo de UPP. (según escala de Braden) en pacientes en Residencias Geriátricas.

El 37,9% de los pacientes en Residenciales tienen entre alto (12,8%) y mediano riesgo (25,1%).

El promedio de UPP por paciente fue de 1,6 UPP por paciente en Instituciones de Salud y de 1,4 UPP por pacientes en Residencias Geriátricas.

Caracterización de las Ulceras por Presión

El 68,2% de las UPP son de origen nosocomial, siendo que la evidencia señala que en la mayoría de los casos las mismas son prevenibles si se realizan las medidas adecuadas en forma oportuna. El 54,4% de las mismas se desarrollaron en el mismo centro y en la misma unidad asistencial.

Los datos obtenidos muestran que las UPP tienen un alto grado de severidad e importantes dimensiones y en el 62% de los casos se desconoce su antigüedad.

Categoría UPP de pacientes hospitalizados en Instituciones de Salud: 37% categoría I, 41% categoría II, 15,6% categoría III, 6,3% categoría IV.

Categoría de UPP de pacientes en Residencias Geriátricas: 20,4% categoría I, 40,7% categoría II, 26,9% categoría III y 12% categoría IV.

Localizaciones anatómicas más frecuentes: talón 35,5%, sacro 35,5% y glúteos 10,9%.

2.4 Contexto nacional en relación a estrategias y cuidados de enfermería en prevención y tratamiento de UPP en Instituciones de Salud y Residencias Geriátricas

En relación a las Estrategias de Prevención señalar que de acuerdo a los datos obtenidos escasas Instituciones de Salud desarrollan estrategias de prevención (Comisión de UPP (9%), Protocolo de Prevención escrito (33,9%), actividades de capacitación en el último año (23,7%), utilización de escalas de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP) en forma sistemática (20,34%), estudios previos (7,1% de prevalencia y 3,6% de Incidencia).

Se observa que en aquellas Instituciones en donde se han implementado estrategias de prevención las cifras de prevalencia de UPP son menores.

En cuanto a las medidas de prevención debemos señalar que teniendo en cuenta las recomendaciones a nivel internacional, de acuerdo a la evidencia científica disponible actualmente, en nuestro país:

- Casi en la mitad de los pacientes con alto riesgo de UPP y en el 51% de los pacientes con UPP no se colocan dispositivos locales para el alivio de la presión.
- En un porcentaje importante de pacientes de alto riesgo, no se utilizan SEMP, en el 45,2% de los pacientes con UPP en Instituciones de Salud no se habían colocado SEMP y en Residencias Geriátricas en el 44,6% de los casos.
- Cuando existe disponibilidad de las mismas, en la mayoría de los casos no se utilizan las adecuadas en relación al riesgo.
- En el 41% (alto y moderado riesgo) de los pacientes hospitalizados se requieren cuidados de enfermería específicos de prevención de UPP.
- En un alto porcentaje de los mismos no existía registro de dichos cuidados.
- De los pacientes que desarrollaron UPP: al 45% NO se le habían realizado cambios posturales o se desconocía.
- La inexistencia de protocolos de prevención a nivel institucional y en los servicios determina una variabilidad en los cuidados de los pacientes con UPP o en riesgo de padecerlas.

Datos globales vinculados a tratamiento

Existencia de protocolo de tratamiento escrito a nivel Institucional: Solo el 22,4% de las instituciones de salud manifiesta poseer un protocolo escrito de tratamiento de UPP lo que determina variabilidad en el tipo de tratamiento, frecuencia de cura y productos a utilizar.

Profesionales que toman decisión en relación al tratamiento de la UPP: tipo de producto, frecuencia de cura: El Licenciado en Enfermería posee una importante participación activa en la decisión sobre el tratamiento de las UPP.

Marco regulatorio jurídico.

Siendo que este documento está dirigido a todos los profesionales de enfermería, los gestores de los servicios y los responsables de la formación de los recursos humanos en salud, es necesario precisar aspectos de la regulación normativa en torno a los cuidados vinculados a las personas con UPP en el Uruguay y contrastar los mismos con experiencias de otros ámbitos sociales internacionales que utilizan estrategias diferentes pero con resultados asistenciales eficientes, eficaces y seguros.

En el Uruguay, la Ley N° 18.815 (30 de setiembre de 2011), a través del Decreto N° 354/014, Artículo 1º, consagra el marco jurídico de regulación del ejercicio de la profesión universitaria de enfermería y la actividad del auxiliar de enfermería en la República Oriental del Uruguay. En su declaración fundamental enmarca a la enfermería como una *“disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficientes”*.

En su Artículo 3º, se hace mención a sus prácticas ampliadas en el área de las Especialidades, Maestrías o Doctorados en Enfermería, pero no otorga a estos profesionales que han adquirido formación de expertos avanzados, la autonomía para la toma de decisiones complejas y en las prácticas clínicas de su área específica del conocimiento. Por tanto el desarrollo de las funciones y competencias avanzadas a nivel asistencial, queda regulado por las propias instituciones de salud y sus normativas.

En el Uruguay la formación posgraduada curricular- académica en la Especialidad de Enfermería en el Cuidado de las Heridas (incluimos en ella el cuidado de las UPP) aún no está disponible.

Por otra parte, la evidencia internacional, regional y del estudio de prevalencia realizado en nuestro país demuestra que son las enfermeras licenciadas quienes gestionan el cuidado de las personas con UPP. No obstante, su autonomía en esta área profesional no está claramente definida a nivel ético legal. El cuidado de las personas con UPP o riesgo de padecerlas, es una práctica avanzada de enfermería indiscutible.

Como contraste, existen antecedentes internacionales de las prácticas avanzadas en enfermería, podríamos citar a países como EEUU, Canadá, Inglaterra que además disponen de regulación legal y en el caso de España que se encuentra en proceso. Utilizan como estrategia en salud este ejercicio de la profesión de enfermería para responder a las demandas sociales de la población, y consolidar el desarrollo de diferentes estructuras organizacionales, educativas y de investigación.

Así también, el Colegio Internacional de Enfermería conceptualiza en el documento “Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada” (2008) los preceptos sobre los cuales las políticas de salud deben consagrar un nuevo enfoque del ejercicio enfermero.

Revisada la bibliografía internacional acerca de la regulación subyacente al ejercicio de la enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada y la específica dirigida al cuidado de las heridas, se promueve:

- El Derecho a realizar diagnósticos.
- La Autoridad para prescribir medicamentos tópicos.
- La Autoridad para indicar tratamientos.
- La Autoridad para derivar pacientes a otros profesionales.
- La Autoridad para derivar y admitir pacientes en los hospitales.
- La Legislación que confiere y protege el título de “Enfermera de atención directa/Enfermera de práctica avanzada “.
- La Legislación u otra forma de mecanismo reglamentario específico para las enfermeras de práctica avanzada.

3. Objetivos

3.1 Generales

- Contribuir a disminuir la prevalencia e incidencia de UPP en los usuarios del Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de atención en el marco de las políticas de seguridad a nivel nacional.
- Promover la creación de un observatorio de buenas prácticas de Enfermería en el SNIS que monitoree la incidencia de éstas lesiones como indicador de calidad de los servicios de enfermería hospitalarios.

3.2 Específicos

- Unificar criterios en la gestión de cuidados de enfermería dirigidos a la prevención y tratamiento de UPP a través de estándares y recomendaciones de práctica clínica basadas en evidencia científica factibles de implementar en nuestro país.
- Promover la elaboración de protocolos en prevención y tratamiento de UPP en los prestadores del SNIS.

4. Alcance

Este documento va dirigido a:

- Todos los profesionales de enfermería involucrados en el cuidado de los usuarios con UPP o en riesgo de desarrollarlas respondiendo a un compromiso de cuidados centrados en el paciente, seguros y de calidad, considerando las necesidades, valores y preferencias de salud del usuario y su familia.
- Los gestores de los servicios de salud responsables de garantizar que los cuidados puedan realizarse con criterios de calidad y seguridad en el proceso asistencial.
- Los responsables de la formación de los recursos humanos vinculados al cuidado de las personas con UPP o en riesgo de padecerlas, tanto del ámbito curricular académico como de los servicios asistenciales.

5. Metodología

Para la elaboración del documento, se conformó un equipo de trabajo integrado por referentes de enfermería y expertos en la temática a nivel nacional.

El mismo se integró con representantes de Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud, Sociedad Científica Uruguaya de Heridas, Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud Universidad Católica del Uruguay, Red de Enfermería en Seguridad del Paciente de Uruguay (OPS), Red Internacional de Úlceras y Heridas, Red de Gestión del Cuidado (OPS) y Comisión Nacional Asesora de Enfermería del MS con la participación de representantes de enfermería de prestadores del SNIS públicos y privados.

Las preguntas a las que intenta dar respuesta este documento son:

¿Cuáles son las actuaciones de enfermería más efectivas basadas en la evidencia científica disponible hasta el momento, tanto para la prevención como para el tratamiento de las UPP en la población adulta que sean considerablemente relevantes de realizar en Uruguay?

¿Qué estrategias y medidas preventivas se recomiendan implementar a nivel de los prestadores de salud para reducir la incidencia y prevalencia de UPP en los usuarios del SNIS?

Para la elaboración de este documento hemos intentado conjugar el rigor con el pragmatismo, por tanto, el método utilizado consistió en la combinación de la síntesis de evidencia científica disponible en la actualidad y la interacción entre el grupo de expertos a través de técnica de grupo nominal.

Existen en la actualidad guías de práctica clínica (GPC) que pueden ayudar a la posterior elaboración de protocolos basados en la evidencia adaptando las recomendaciones a cada realidad Institucional.

Las recomendaciones incluidas en este documento constituyen orientaciones generales para una práctica clínica apropiada, que deben aplicarse por

profesionales de enfermería cualificados, utilizando su juicio clínico en cada caso particular y teniendo en cuenta las preferencias del usuario, así como los recursos disponibles.

En una primera etapa se realizó una revisión bibliográfica en la que, los criterios de búsqueda utilizados por consenso, fueron:

- Priorizar las bases de datos secundarias de acuerdo a la propuesta de Haynes y colaboradores³⁴.
- Guías de Práctica Clínica a nivel Internacional elaboradas o revisadas en los últimos 5 años.
- Las mismas debían incluir (o adjuntar) en el documento la metodología de elaboración de la guía para que pudieran ser evaluables por el instrumento AGREE II.
- Documentos de consenso o técnicos de Sociedades Científicas vinculadas a la temática a nivel Internacional publicados en los últimos 5 años.

Para la búsqueda de estos documentos se accedió a las páginas web de los organismos más experimentados en la elaboración de guías de práctica clínica y Sociedades Científicas vinculadas a la materia seleccionando las guías disponibles que abordaran la temática de UPP.

Se localizaron un total de 5 GPC y 1 documento técnico de consenso sobre prevención y tratamiento de UPP en adultos que cumplieron los criterios de inclusión.

A las GPC identificadas se les aplicó, para evaluar su calidad, la lista de comprobación AGREE II.

A continuación, se detallan las GPC seleccionadas y documento técnico para la elaboración del documento:

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Título de la GPC	Autores	Año de revisión o publicación	Puntuación AGRE II
Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión en adultos	Blanco Zapata R, López García E, Quesada Ramos C, García Rodríguez M ^a .	2015	5
National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide	EPUAP NPUAP PPPIA	2014	7
Pressure ulcers: Prevention and Management of Pressure Ulcers.	National Institute for Health and Care Excellence-NICE	2014	5
Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con Úlceras por Presión o riesgo de padecerlas.	Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat	2012	6
Pan Pacific Clinical practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury	Australian Wound Management Association	2012	4
Documento técnico de Consenso utilizado.	Prevención de las Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014		

Las guías seleccionadas recogen, en total, 368 recomendaciones en prevención de UPP adultos, 410 recomendaciones en tratamiento de UPP adultos y 163 recomendaciones en situaciones especiales.

En el equipo de trabajo se consideró que se priorizarían aquellas recomendaciones que fueran especialmente relevantes en nuestro contexto.

Las recomendaciones se priorizaron en función de los siguientes criterios:

Nivel de evidencia: Se acordó que cuanto más sólida fuera la evidencia que sustentaba la recomendación recogida en las GPC, más importante era que esa recomendación fuera llevada a la práctica.

De acuerdo a la clasificación del nivel de evidencia utilizado en la GPC se otorgó una puntuación del 1 al 5 de la siguiente manera:

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

NIVEL DE EVIDENCIA	PUNTUACION
A/ ALTA	5
B/MODERADA	4
C/ BAJA	3
D/MUY BAJA	2
CBR -RECOMENDACIÓN BASADA EN CONSENSO	1

Impacto. Se refiere al beneficio esperado en el paciente. A mayor beneficio mayor puntuación y fuerza en la recomendación. (1-5)

Teniendo en cuenta estos criterios las recomendaciones obtenidas originalmente de las 5 GPC fueron evaluadas por el equipo de trabajo aceptando por consenso que para que una recomendación fuese aprobada e incorporada finalmente al documento, debería obtener una puntuación media de al menos 5/10

De acuerdo a lo establecido se estableció cada recomendación de la siguiente forma:

++ (8-10 puntos)	Recomendación fuertemente positiva	Definitivamente Hacer
+ (5-7 puntos)	Recomendación moderadamente positiva	Hacer

Finalmente se consensó integrar en el documento:



DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Clasificación de las recomendaciones:

Recomendaciones en estrategias Institucionales en prevención y tratamiento de UPP.	Recomendaciones en formación de los profesionales en salud en prevención y tratamiento de UPP.	Recomendaciones de prevención de UPP en adultos.	Recomendaciones de tratamiento de UPP en adultos.	Recomendaciones de prevención y tratamiento de UPP en situaciones especiales.
1.Inclusión de la temática dentro de la gestión integrada de riesgos	1.Formación de profesionales de Enfermería en prevención y tratamiento de UPP	1.Valoración integral del paciente	1.Valoración integral del paciente	1. Pacientes Bariáticos
2.Evaluación de disponibilidad, la calidad y las normas para el uso de los recursos disponibles para la prevención y tratamiento de úlceras por presión	2.Formación a Auxiliares de Enfermería en prevención y tratamiento de UPP	1.1 Evaluación del riesgo	2. Valoración de la úlcera-diagnóstico diferencial	2. Pacientes críticos
3.Protocolos de actuación en prevención y tratamiento de UPP	3.Metodos de aprendizaje.	1.2 Valoración de la piel	3.Clasificación	3. Adultos mayores
4. Difusión y capacitación de la temática	4. Características de los programas formativos.	2. Control de factores etiológicos: presión fricción y cizalla	4. Monitorización de proceso de curación	4.Pacientes en quirófano
5.Valoracion de dotación de Enfermería, formación y cohesión de personal.	5. Especialidad de Enfermería en el cuidado de pacientes con heridas crónicas.	2.1 Cambios posturales	5. Valoración y tratamiento del dolor	5.Personas en cuidados paliativos
6.Indicadores		2.2 Movilización	6. Preparación del lecho de la herida	6. Personas con lesión medular
		2.3 Protección local ante la presión	6.1. Limpieza de la úlcera	
		2.4 Uso de Superficies Especiales para el manejo de la presión SEMP	6.2. Desbridamiento	
			6.3. Control de la Infección	
		3. Control de la humedad	6.4. Biofilm	
		3.1 Limpieza de la piel	6.5. Control del exudado	
		3.2 Humectación de la piel	6.7. Estimulación de bordes	
		3.3 Protección de la piel	6.8 Cuidados piel perilesional	
		4. Control de factores coadyuvantes	7.Cuidados generales del paciente con UPP	
		4.1 Valoración y cuidados nutricionales	8. Uso de apósitos	
		4.2 Oxigenación tisular	9. Uso de otras terapias	
		4.3 Protección ante Dispositivos clínicos	9.1 Factores de crecimiento	
		5. Terapias emergentes en prevención	9.2 Estimulación eléctrica	
			9.3 Presión Tópica Negativa	

6. Recomendaciones en estrategias Institucionales en prevención y tratamiento de UPP.

6.1 Inclusión de la temática dentro de la gestión integrada de riesgos

Se ha fundamentado a lo largo del presente documento la importancia de la temática y sus repercusiones en el ámbito sanitario, social, ético, legal y económico por tanto cada prestador deberá establecer y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento de las UPP, en las que se involucren representantes de la dirección, equipo asistencial y usuarios.

En nuestro país, la vigencia de la Ordenanza Ministerial N° 481 (agosto 2008) establece la Creación de los Comités de Seguridad de los Pacientes (COSEPA) en todos los prestadores públicos y privados, con el propósito de disminuir los riesgos de generar daño vinculado a la asistencia sanitaria contribuyendo a disminuir la frecuencia de los eventos adversos (dentro de los cuales se encuentran las UPP), detectar y mitigar el daño cuando se produce, estableciendo prácticas seguras para una cultura de calidad y seguridad institucional.

Teniendo en cuenta, de que la gestión de riesgos sanitarios requiere de un conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un evento adverso durante la asistencia, con el objetivo de evitar o minimizar sus consecuencias negativas, tanto para el paciente como para los profesionales y las instituciones de salud, se recomienda incluir esta temática dentro de la planificación estratégica institucional y asignar recursos orientados a la prevención y tratamiento de estas lesiones dentro del presupuesto Institucional.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Valore las barreras y los factores facilitadores para la implementación de una guía o protocolo en prevención y tratamiento de UPP a nivel de los profesionales y de la organización antes de implementar una iniciativa de prevención de úlceras por presión dentro de la misma.	C	++
2	Lleve a cabo una evaluación periódica de los resultados de la organización en la prevención y el tratamiento de UPP y proporcione esta información como retroalimentación a todos los grupos interesados.	C	++
3	Introduzca un sistema de registro (papel o electrónico) para informar y realizar un seguimiento de los pacientes que desarrollan UPP en su estadía hospitalaria	C	++

6.2 Evaluación de disponibilidad, calidad y las normas para el uso de recursos disponibles para la prevención y tratamiento de UPP.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	A nivel organizativo, valore la disponibilidad, la calidad y las normas para el uso de los insumos y equipos disponibles para la prevención y tratamiento de UPP	C	++
2	A nivel organizativo, revise la disponibilidad y el acceso a las superficies de apoyo y disponga de protocolos que garanticen el acceso oportuno a las personas en riesgo de, o con una UPP ya existente.	C	+

Se ha evidenciado la importancia del abordaje en equipo interdisciplinario del paciente con UPP o en riesgo de padecerlas, a lo largo de todo el proceso asegurando continuidad en los diferentes niveles de asistencia. Se deberá integrar en él a un Licenciado en Enfermería especialista (o al menos experto) en heridas crónicas con perfil de competencias de una enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas³⁵.

6.3 Protocolos de actuación en prevención y tratamiento de UPP.

Actualmente se dispone de evidencias de cómo las instauraciones de protocolos son eficaces para la disminución de la incidencia de las UPP en los hospitales¹³

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Desarrolle un enfoque estructurado, adaptado y multifactorial para superar las barreras y mejorar los facilitadores para la implementación de los protocolos	B	++
2	Considere la optimización de los procedimientos de trabajo a nivel profesional mediante la introducción de: <ul style="list-style-type: none"> • formación del personal de acuerdo a sus necesidades, • designación de Lic en Enf. “referentes” en cuidado de heridas • programas de mejora de calidad dirigidos por Lic. en Enf, y • recordatorios de los aspectos clave en la prevención de UPP. 	C	++

Es fundamental que todo el equipo asistencial conozca, tenga accesibilidad al protocolo de actuación institucional y el mismo sea regularmente entrenado en las medidas de prevención y tratamiento de UPP.

6.4 Difusión y capacitación al equipo de Salud en la temática.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Desarrolle una política de formación en la prevención y tratamiento de UPP a nivel organizacional.	C	++
2	Proporcione actividades formativas sobre la prevención y el tratamiento de UPP basadas en la evidencia.	C	++

6.5 Valoración de dotación de enfermería, formación y cohesión del personal.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Valore las características del personal de enfermería (por ejemplo, horas de atención de enfermería, cualificaciones del personal) y la cohesión del personal a nivel organizacional.	C	++

6.6 Indicadores a monitorear

Los indicadores de calidad que se presentan a continuación están pensados para ayudar a los prestadores o instituciones de salud a implementar y supervisar las estrategias recomendadas en este documento.

Los indicadores de calidad han sido desarrollados para reflejar las recomendaciones y destacar las mejores prácticas actuales descritas en el mismo.

INDICADORES DE ESTRUCTURA	
1	La Institución tiene una política y un protocolo de prevención y tratamiento de las UPP que refleja la mejor práctica actual descrita en este documento.
2	Los profesionales del equipo de salud reciben regularmente formación práctica sobre la prevención y el tratamiento de las UPP.
3	La Institución brinda Información actualizada sobre la prevención y el tratamiento de las UPP y está disponible para los pacientes / usuarios y sus cuidadores con un lenguaje accesible
4	La Institución considera la disponibilidad, forma de asignación y el uso de superficies de redistribución la presión, así como los recursos necesarios para la prevención y tratamiento de las UPP.
INDICADORES DE PROCESO	
5	En cada individuo el riesgo de UPP es valorado dentro de las ocho horas tras el ingreso y la valoración se documenta en la historia clínica.
6	Existe plan de prevención de las UPP individualizado documentado e implementado, para cada individuo en riesgo de, o con úlceras por presión.

7	En personas con UPP, existe una valoración individual documentada.
8	Las UPP son valoradas y los hallazgos son documentados, al menos una vez por semana
9	Para cada persona con una UPP, se dispone de un plan de tratamiento individualizado, con sus objetivos y éste se encuentra documentado en la historia clínica.
10	Cada persona con un riesgo elevado de UPP (y / o su cuidador) reciben información sobre la prevención y tratamiento de las mismas.
INDICADORES DE RESULTADO	
11	Porcentaje de personas que no tenían una UPP en el ingreso y que la han desarrollado durante su estadía en el centro o institución. (tasa de úlceras nosocomiales o adquiridas en la institución).

7. Formación de los profesionales en salud en prevención y tratamiento de UPP.

Se ha demostrado que el nivel de conocimientos de los profesionales es importante para la prevención de estas lesiones y cómo los programas de formación basados en evidencias pueden ser muy eficaces en la disminución de la incidencia y prevalencia de UPP junto con el uso de sistemas de registro adecuados, realización de auditorías y retroalimentación de la información.

Desde las primeras proposiciones de las teorías planteadas por Nightingale y Henderson, hasta las más actuales concepciones de la enfermería, integran necesariamente alusiones al cuidado y hacen referencia de forma implícita o explícita a la noción de seguridad y protección, siendo éstas transversales e intrínsecas al cuidado de enfermería. (Enfermería y Seguridad de los Pacientes, OPS,2011).

Por la importancia de la temática y considerar los cuidados en prevención y tratamiento de las UPP como aspectos inherentes a enfermería, es fundamental incluir la misma en los programas de formación de grado y posgrado.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Evalúe regularmente los conocimientos y las actitudes del personal de la plantilla utilizando instrumentos de evaluación fiables y válidos que sean apropiados para el ámbito clínico.	C	++
2	Evalúe los resultados del aprendizaje antes y después de la implementación de un programa de formación.	C	+
3	Adapte la formación y el entrenamiento en la prevención y el tratamiento de UPP tanto a las necesidades de los miembros del equipo de salud como a las de la organización	C	++

4	Utilice métodos de aprendizaje interactivo e innovador en el diseño e implementación de un programa formativo sobre la prevención y el tratamiento de UPP	C	++
5	Considere la incorporación de los siguientes componentes en los programas formativos sobre la prevención y el tratamiento de UPP: <ul style="list-style-type: none"> • etiología y factores de riesgo para las UPP; • clasificación de las UPP; • diagnóstico diferencial; • valoración del riesgo; • valoración de la piel; • registro de la valoración de riesgos y del plan de cuidados preventivo; • selección y el uso de superficies de apoyo de redistribución de la presión; • cambios posturales, incluyendo técnicas de manipulación manual y el uso de los equipos; • nutrición; • importancia de un enfoque interprofesional; y • educación del individuo y sus cuidadores informales 	C	++
6	Forme a los profesionales de la salud sobre cómo llevar a cabo una valoración del riesgo precisa y fiable	C	+
7	Forme a los profesionales de la salud en el uso de Sistema internacional NPUAP / EPUAP de clasificación de las UPP	B	++
8	Forme a los profesionales de salud en la diferenciación de las UPP de otros tipos de heridas.	C	++

Los programas de formación para la prevención y tratamiento de las UPP deben estar estructurados y organizados, ser exhaustivos y actualizarse con frecuencia para incorporar nuevas evidencias y tecnologías. Los programas deben dirigirse a todos los niveles de la atención sanitaria, sin excluir a los pacientes, los familiares y los cuidadores.

Los programas educativos para la prevención y tratamiento de UPP deben basarse en los principios de educación para adultos, utilizando las metodologías pedagógicas y didácticas acordes a los destinatarios de los aprendizajes.

La eficacia de los programas de prevención de las UPP debe evaluarse mediante mecanismos como normas de garantía de la calidad y auditorías

8. Educación al usuario familia y cuidador.

El objetivo es facilitar los conocimientos y habilidades necesarias para la prevención de las UPP. Para ello es imprescindible:

Valorar la capacidad del individuo, familia y cuidadores en la participación de los programas preventivos.

Realizar los programas de forma estructurada, organizada y fácilmente entendibles.

El programa educativo se actualizará periódicamente en sus contenidos.

Todos los programas incluirán mecanismos de evaluación.

El programa de prevención debe estar adaptado a las necesidades y recursos de cada paciente, teniendo en cuenta el nivel asistencial en el que se encuentra y debe disponer de mecanismos de evaluación sobre su eficacia.

Algunas consideraciones al respecto:

- El usuario, familia o cuidador deberán obtener información sobre las UPP y su prevención como parte de su rutina de cuidados.
- Considerar el utilizar materiales impresos y recursos de aprendizaje virtual para mejorar el conocimiento del paciente y su familia sobre las UPP y su prevención.
- Alentar a que el paciente coopere con el equipo de profesionales de la salud para desarrollar su plan de cuidados individualizado para la prevención y el manejo de las UPP.
- Asegurarse de que el paciente reciba información sobre : causas de UPP, cómo prevenir y tratar las UPP, incluida la información sobre las posiciones en cama y sentado en sillón, las superficies de apoyo, la actividad, y la nutrición. Signos tempranos e implicaciones de desarrollar una UPP
- Asesorar al paciente y su familia de cómo modificar el ambiente en el hogar para el cuidado; y la forma de acceder a la atención a través del sistema de salud.

RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS.

La prevención contempla la elaboración de un plan de cuidados individualizado, que irá encaminado a disminuir o controlar los factores de riesgo que pueda presentar el paciente.

9.1 VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

La valoración integral del paciente es el primer paso y un elemento primordial en la prevención de las UPP.

9.1.1 Recomendaciones generales para la valoración estructurada del riesgo.

No hay un método universalmente aceptado para la realización de una valoración del riesgo; sin embargo, el consenso de expertos sugiere el enfoque de ser “estructurado” con el fin de facilitar el tener en consideración todos los factores de riesgo considerados relevantes. Debe incluirse la utilización de una escala de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP), considerarse otros factores adicionales (por ejemplo, la perfusión, oxigenación, estado de la piel, etc) y el juicio clínico.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Lleve a cabo una valoración estructurada del riesgo, tan pronto como sea posible (pero en un plazo máximo de ocho horas después del ingreso) para identificar individualmente el riesgo de desarrollar UPP.	C/ MUY BAJA	++
2	Revalúe el riesgo a intervalos periódicos de acuerdo a la situación clínica del individuo.	MODERADA/ C	+
3	Lleve a cabo una nueva valoración si hay algún cambio significativo en la situación del individuo.	C	++
4	Utilice un enfoque estructurado para la valoración del riesgo, complementado mediante el juicio clínico y mediante el conocimiento de los factores de riesgo relevantes.	C	++
5	Utilice un enfoque estructurado para la evaluación de riesgos, que incluya la valoración de la actividad / movilidad y el estado de la piel.	B	++
6	Considere la posibilidad de que las personas con una UPP existente (cualquier categoría) están en riesgo adicional de desarrollar nuevas UPP.	B	++
7	Documente todas las valoraciones de riesgo.	C	++
8	Desarrolle e implemente un plan de cuidados de prevención basado en los riesgos identificados en las personas consideradas como en riesgo.	C	++
9	Utilice para evaluar el riesgo escalas de valoración del riesgo de EVRUPP validadas, adaptadas a las necesidades de cada ámbito asistencial como la de BRADEN, EMINA, NORTON.	ALTA/C	++

El equipo de trabajo que participó de la elaboración de este documento estableció por consenso que la EVRUPP recomendada para la evaluación de riesgo en personas adultas será la de Braden teniendo en cuenta que la misma es la escala que más ha sido evaluada, con un número amplio de pacientes, adecuada sensibilidad, valor predictivo negativo, facilidad en su aplicación y eficacia. (ANEXO 1: ESCALA DE BRADEN)

9.1.2 Valoración de la piel.

Es imprescindible valorar periódicamente el estado de la piel para identificar precozmente los signos de lesión causados por la presión, cizalla, roce-fricción o humedad.

Llevar a cabo una valoración de la cabeza a los pies con especial atención en la piel que recubre prominencias óseas, incluyendo el sacro, las tuberosidades isquiáticas, los trocánteres mayores, talones y los maléolos. Recordar que cada vez que se cambia de posición al paciente, es una oportunidad de llevar a cabo una breve valoración de la piel. (ANEXO 2: LOCALIZACIONES DE UPP)

La inspección de la piel debería incluir también una evaluación de la existencia de otros signos además del enrojecimiento, tales como el dolor, variaciones localizadas del color o la temperatura y la presencia de edema o induración (dureza).¹³

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Inspeccione la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento (presencia de eritema) en los individuos identificados con riesgo de padecer UPP.	MODERADA	++
2	Identifique la causa y extensión de eritema. Diferenciar si el enrojecimiento de la piel es blanqueable o no blanqueable a través del método presión digital o disco.	C	++
3	Incluya los siguientes factores en cada valoración de la piel: temperatura; edema; y cambio en la consistencia del tejido en relación con el tejido circundante.	B	++
4	Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos (equipo de oxigenoterapia, sondas, equipo de ventilación mecánica no Invasiva, férulas, yesos, llaves de triple vía...), al menos dos veces al día para identificar los signos de lesiones debidas a la presión en el tejido circundante.	C	++
5	Valore el dolor localizado como parte de cada valoración de la piel	C	++
6	Documente los resultados de todas las valoraciones integrales de la piel	C	++

9.2 Control de factores etiológicos: presión fricción y cizalla.

Se recomienda considerar cuatro elementos para el manejo de las distintas fuerzas de presión: cambios posturales, movilización, utilización de superficies especiales de manejo de la presión (SEMP) y protección local¹³.

Los cambios de posición de una persona se llevan a cabo para reducir la duración y magnitud de la presión sobre áreas vulnerables del cuerpo y contribuir a la comodidad, la higiene, la dignidad y la capacidad funcional.

9.2.1 Cambios posturales

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Realice cambios posturales a todas las personas en riesgo de desarrollar, o con UPP existentes, a menos que este contraindicado.	A	++
2	Tenga en cuenta la superficie de alivio de la presión en uso para determinar la frecuencia de los cambios posturales.	A	++
3	Combine cambios cada 4 horas y el uso de colchón de espuma visco elástica	A	++
4	Determine la frecuencia de cambios posturales considerando los siguientes aspectos de la persona: tolerancia de los tejidos, nivel de actividad y la movilidad, situación clínica general, objetivos generales de tratamiento, estado de la piel, y comodidad.	C	++
5	Cambie de posición al individuo de tal manera que la presión se alivie o sea redistribuida	C	++
6	Evite apoyar al individuo sobre las prominencias óseas en las que exista un eritema no blanqueable.	C	++
7	Levante (no arrastre) al individuo al realizar los cambios posturales y use ayudas (zaleas, grúas) para movilizar al paciente, ya que se reducen las fuerzas de fricción y cizalla.	C	++
8	Limite la elevación de la cabecera de la cama a 30° para individuos en reposo en cama a menos que este contraindicado por su situación clínica.	C	+
9	Evite, siempre y cuando la situación clínica lo permita, posturas que aumentan la presión en decúbito, tales como la posición de decúbito lateral a 90° o semi-sentado.	C	+
10	Realice los cambios en la posición de decúbito alternativamente, derecha, izquierda y supino	MODERADA	++
11	Limite el tiempo que un individuo pasa sentado en una silla / sillón sin superficie especial de alivio de la presión	B	++
12	Seleccione una postura sentada que sea aceptada por el individuo y minimice las presiones y la cizalla ejercida sobre la piel y los tejidos blandos	C	+
13	Proporcione una adecuada inclinación del asiento para evitar que se deslice hacia delante en el sillón o en la silla de ruedas, y colocar un reposa pies y reposabrazos para mantener la postura correcta y la redistribución de la presión.	C	++
14	Registre los cambios posturales, especificando la frecuencia y la posición adoptada, e incluir una evaluación de los resultados de los cambios posturales	C	++

Elevar la cabecera de la cama puede ser necesario por motivos clínicos para facilitar la respiración y / o prevenir la neumonía asociada a la ventilación, En estos casos, la posición semi-Fowler es la recomendada. Las personas deben ser posicionadas y ayudadas para evitar el deslizamiento en la cama hacia abajo disminuyendo las fuerzas de cizalla. Se recomienda ampliar información en ANEXO 3: Técnicas de cambios posturales en cama y silla.

Recomendaciones sobre dispositivos para el posicionamiento

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	No utilice dispositivos con forma de anillo o de tipo rosca Los bordes de estos dispositivos crean áreas de alta presión que pueda dañar el tejido.	C	++
2	Los siguientes dispositivos no deben ser utilizados para elevar los talones: Almohadillas de piel de oveja sintéticos; bolsas de fluidos intravenosos; y guantes llenos de agua. Todos estos productos han mostrado tener limitaciones.	C	++
3	Los dispositivos de piel de oveja natural podrían ayudar en la prevención de las úlceras por presión	B	+

9.2.2 Movilización.

Se debería elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona. Cuando sea posible, invitar a movilizarse por sí mismo, a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Desarrolle un calendario progresivo para estar sentado de acuerdo con la tolerancia de la persona y la respuesta de la UPP	C	++
2	Aumente la actividad tan rápidamente como sea tolerado	C	+

9.2.3 Protección local ante la presión.

Se pueden aplicar dispositivos específicos de protección local de la presión, los cuales deben permitir la inspección diaria de las zonas de riesgo y ser compatibles con otras medidas preventivas.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Utilice sistemas de alivio local de la presión, como apósitos anatómicos de espuma de poliuretano	ALTA	++
2	Utilice almohadas o cuñas de espuma para eliminar la presión entre prominencias óseas, sobre los trocánteres y maléolos	MODERADA	++
3	Utilice una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones	MODERADA	++

Cuando se eleven los talones, debemos evitar la caída del pie (pie equino), manteniendo el mismo en ángulo recto con la pierna. Una almohada en la que se apoya la planta del pie o un dispositivo adecuado ayudarán a evitar este problema.¹³

9.2.4 Uso de Superficies Especiales para el manejo de la presión SEMP.

Las superficies de redistribución de la presión están diseñadas o bien para aumentar el área de superficie del cuerpo que entra en contacto con la superficie de apoyo (para reducir la presión) o para alterar de forma secuencial las partes del cuerpo que llevan carga, reduciendo así la duración de la carga en cualquier lugar anatómico dado.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Seleccione una superficie de apoyo que cumpla con las necesidades de la persona. Considere las necesidades individuales para la redistribución de la presión en función de los siguientes factores: El nivel de inmovilidad e inactividad; la necesidad de control de microclima y la reducción de las fuerzas de cizalla; tamaño y peso del individuo; el riesgo para el desarrollo de nuevas úlceras por presión; y el número, la gravedad y la localización de las UPP existentes	C	++
2	Use un colchón de espuma reactiva de alta especificación en lugar de un colchón convencional para todas las personas valoradas como en riesgo de desarrollar UPP	A	++
3	Utilice una superficie de apoyo activo (sobre colchón o colchón) para las personas con mayor riesgo de desarrollo de UPP cuando no es posible realizar cambios posturales frecuentes.	B	+
4	No utilice colchones de aire alternante de celdas pequeñas (burbujas). Los colchones de aire alternante con celdas pequeñas (diámetro <10 cm) no tienen el tamaño suficiente cuando están infladas para asegurar el alivio de la presión sobre las zonas desinfladas.	B	++
5	Use un almohadón que redistribuya la presión en las personas que se sientan en una silla cuya movilidad es reducida	B	++

A pesar de usar una superficie de manejo de la presión, los cambios posturales siguen siendo necesarios, al igual que el resto de las medidas preventivas. Sin embargo, la frecuencia de cambios posturales se puede alterar como resultado del uso de una superficie de soporte especial para el manejo de la presión.

Se recomienda leer información incluida en ANEXO 4: Clasificación y criterios de asignación de SEMP

9.3 Control de la humedad.

El objetivo del control sobre el exceso de humedad es proporcionar los cuidados pertinentes para mantener la piel con la hidratación adecuada y evitar el exceso de humedad.

Cuidados preventivos de la piel:

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Mantenga la piel limpia y seca	C	++
2	Use un limpiador para la piel con un pH equilibrado.	C	++
3	No masajee o frote vigorosamente la piel que está en riesgo de úlceras por presión Además de ser dolorosa, un masaje de fricción puede causar la destrucción de tejidos frágiles o provocar reacciones inflamatorias, sobre todo en los adultos mayores frágiles.	C	++
4	Proteja la piel de la exposición a humedad excesiva con un producto barrera (películas cutáneas de barrera no irritantes (PBNI) y las pomadas de óxido de Zinc) con el fin de reducir el riesgo de daño por presión.	C	++
5	Considere el uso de una crema hidratante para hidratar la piel seca con el fin de reducir el riesgo de daños en la piel.	C	+

Cuando se apliquen cremas hidratantes o emolientes hay que hacerlo en pequeñas cantidades, aplicándolas suavemente, sin masajear y confirmando su completa absorción.

9.4. Control de factores coadyuvantes

Previo a recientes investigaciones se consideraban determinados factores de riesgo (estado nutricional, estado de la piel, oxigenación tisular) como factores etiológicos de estas lesiones, pero a partir del nuevo marco teórico desarrollado por García-Fernández y colaboradores³⁶. sobre las úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia, los factores mencionados anteriormente son considerados como factores predisponentes, coadyuvantes o que facilitan la aparición de la lesión pero no como causantes de la misma.¹³

9.4.1 Valoración y cuidados nutricionales

De acuerdo con la evidencia existente en la actualidad, existe relación entre la malnutrición y la aparición de UPP, ya que la pérdida de grasas y tejido muscular disminuye la protección que ejercen sobre las prominencias óseas¹³.

Por tanto, se recomienda proporcionar en forma interdisciplinaria un soporte nutricional adecuado a las personas en las que se identifique alguna deficiencia teniendo en cuenta los deseos individuales de la persona y su condición de salud.

La valoración nutricional debe centrarse en la evaluación de la ingesta energética, el cambio de peso involuntario y el efecto del estrés psicológico o problemas neuropsicológicos. Además, la valoración debería incluir una

determinación de los requerimientos de calorías, proteínas y fluidos de la persona.

La nutrición enteral (por medio de sondas) y/o parenteral, pueden resultar necesarias en caso de que la nutrición oral resulte inadecuada o no sea posible debido al estado y expectativas de cuidados del usuario.

El aporte hídrico es indispensable para la prevención, ya que la piel hidratada tiene menos riesgo de lesionarse. Por tanto debería asegurarse una adecuada ingesta de líquidos en el paciente en función de su condición de salud, teniendo en cuenta factores que puedan contribuir a una pérdida excesiva de los mismos que puedan aumentar las demandas hídricas de la persona.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Realice un examen del estado nutricional de cada individuo en riesgo de desarrollar, o con una UPP: • al ingreso a un centro de atención de la salud • con cada cambio importante de la situación clínica • cuando no se observa el avance en la cicatrización de úlceras por presión	C	+
2	Utilice un instrumento de detección nutricional válida y fiable para determinar el riesgo nutricional.	C	+
3	Utilice instrumentos de valoración de riesgo nutricional, (Mini Nutritional Assessment [MNA]), son más rápidos y rentables que los parámetros antropométricos o bioquímicos	A	++
4	Aporte suplementación nutricional con complejos ricos en proteínas en personas en riesgo de déficit nutricional y riesgo de UPP o tras una intervención quirúrgica mayor	A	++
5	En adultos con riesgo de UPP y riesgo de malnutrición, ofrezca una dieta hipercalórica e hiperproteica mediante suplementos nutricionales, además de la dieta habitual (si los requisitos nutricionales no pudieran ser alcanzados por la dieta habitual)	A	++
6	Desarrolle un plan de cuidado nutricional individualizado para personas con úlceras por presión o en riesgo de desarrollarlas.	C	++
7	Proporcione al paciente con UPP suplementos de vitaminas y minerales cuando su consumo en la dieta es pobre o se sospecha/presenta deficiencias.	B	++
8	Proporcione y fomente la ingesta diaria adecuada de líquidos para la hidratación de un individuo con riesgo de desarrollar, o con una UPP. Esto debe estar en consonancia con las patologías y los objetivos de cada individuo.	C	++

9.4.2 Oxigenación y perfusión tisular

Cualquier alteración de la oxigenación de los tejidos puede contribuir a la aparición de una UPP.

Cuando existen alteraciones, la mejora de la perfusión y oxigenación tisular debe manejarse de manera sistémica y local.

Sistémica: abordando y corrigiendo alteraciones como anemia, diabetes, insuficiencia cardiaca y respiratoria, alteraciones hemodinámicas, tabaquismo, sedentarismo y los efectos de determinadas drogas que se utilizan en pacientes críticos.

A nivel local: se dispone de muy buenas evidencias sobre la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Utilice ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) sólo en las zonas de riesgo de UPP.	A	++

Los mismos posibilitan una óptima hidratación de la piel, favoreciendo el aumento de la circulación capilar, lo cual mejora las condiciones locales de la piel expuesta a isquemias prolongadas, siendo de gran utilidad en la prevención de las UPP. Además, algunos estudios encuentran efectividad en el tratamiento de UPP de categoría I.

Los AGHO deben aplicarse sobre la piel de riesgo, extendiéndolos con suavidad sin dar masaje, como el resto de productos tópicos aplicados localmente.

Se han iniciado nuevas líneas de investigación que han generado las primeras evidencias con respecto a la eficacia de la utilización de solución de ácidos grasos esenciales de Aceite de Oliva extra Virgen ³⁷ y de ácidos grasos esenciales³⁸ en la prevención de las úlceras por presión comparados con la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados, pero se requieren aún mayor número de investigaciones.

9.4.3 Protección frente a agresiones externas.

Diferentes situaciones externas, generalmente vinculadas con la atención y cuidados que se le brinda al paciente, pueden actuar como factores coadyuvantes en la aparición de UPP. Algunas de estas agresiones externas las constituyen el uso de diferentes dispositivos clínicos, terapias que recibe el paciente o prácticas sin evidencias de su efectividad, o con evidencias claras de su daño pero que, a pesar de ello, se siguen utilizando, (uso de flotadores-rodetes, dar masajes sobre prominencias óseas, etc.)¹³

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Retire los dispositivos clínicos que son fuentes potenciales de la presión tan pronto como sea clínicamente posible.	C	++
2	Realice cambios de posición en la persona y / o del dispositivo clínico para redistribuir la presión y disminuir las fuerzas de cizalla.	C	++
3	Considere el uso de un apósito protector para prevenir las UPP relacionadas con los dispositivos clínicos.	B	++

9.5. Terapias emergentes en prevención

Las citadas recomendaciones hacen referencia a nuevas terapias o mecanismos de prevención, que intentan disminuir el tiempo de ingreso hospitalario, las molestias para el paciente e intenten prevenir las complicaciones.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Para el control del microclima considere la necesidad de características adicionales, tales como la capacidad para controlar la humedad y la temperatura cuando seleccione una superficie de soporte.	C	+
2	Considere el uso de tejidos similares a la seda en lugar de tejidos de algodón o de mezcla de algodón para reducir la cizalla y la fricción.	B	++

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ADULTOS.

El cuidado y tratamiento de las personas con UPP ha de ser interdisciplinario, con el objetivo de conseguir la cicatrización en el menor tiempo posible, evitando al máximo las posibles complicaciones y mejorar la eficiencia de los tratamientos. Los profesionales que trabajen en el cuidado de las personas con UPP han de tener presente que es muy importante detectar y tratar la causa subyacente de la lesión ya que, si no se eliminan o minimizan los efectos del factor etiológico, difícilmente se obtendrá un buen resultado y, en caso de obtenerla, en poco tiempo se producirá una recurrencia de la UPP.

Debe enfocarse desde una perspectiva integral del individuo, según sus necesidades, haciendo especial énfasis en la continuidad de las medidas de prevención, consiguiendo la máxima implicación de paciente y familia en los cuidados y tomando decisiones basadas en la evidencia disponible y en el coste-beneficio.

10.1 Valoración integral del paciente

La valoración integral de la persona y su UPP informan sobre el desarrollo del plan más adecuado para el manejo y el seguimiento continuo de la cicatrización de heridas. Deberá incluir situación clínica y estado general de la persona, entorno de cuidados y características de la lesión.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

1	<p>Realice una valoración inicial completa de la persona con una UPP. Dicha valoración debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos y valores de la persona y / o familiares respecto a los cuidados. • Una historia clínica y social completa. • Un examen físico enfocado que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los factores que pueden afectar a la curación (por ejemplo, la perfusión alterada, deterioro de la sensibilidad, la infección sistémica) ✓ Valoración vascular en el caso de las úlceras de la extremidad (por ejemplo, el examen físico, antecedentes de claudicación, valor del índice tobillo- braquial o la presión de los pies), pruebas de laboratorio y rayos X, según sea necesario. ✓ Nutrición. ✓ El dolor relacionado con las UPP. ✓ El riesgo de desarrollar UPP adicionales. ✓ La salud psicológica, de la conducta y la cognición. ✓ Los sistemas de apoyo financiero y social. ✓ La capacidad funcional, en particular en lo que respecta a los cambios de posición, la postura y la necesidad de asistencia equipo y personal. ✓ El empleo de maniobras de redistribución o alivio de la presión. 	C	++
---	--	----------	-----------

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recursos disponibles para la persona (ej. superficies de apoyo para la redistribución de la presión). ✓ Conocimiento y creencias acerca de la prevención y el tratamiento de las UPP. ✓ Capacidad para adherirse a un plan de prevención y gestión. 		
2	Vuelva a valorar al individuo, a la UPP y al plan de atención si la úlcera no muestra signos de mejora de la cicatrización en el plazo esperado, a pesar de recibir adecuados cuidados locales de la herida, redistribución de la presión, y nutrición.	C	++
3	Implice a la persona afectada y a sus cuidadores en la planificación y ejecución de los cuidados.	C	++
4	En un plazo de 2 semanas, es esperable ver algunos signos de curación de las UPP.	B	+

10.2 Valoración de la úlcera- diagnóstico diferencial

En primer lugar se debe realizar un diagnóstico diferencial de la úlcera para luego determinar el estado de la piel y la categoría de las UPP. Se recomienda el uso del sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP de las UPP.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Diferencie las UPP de otros tipos de heridas.	C	++
2	Valore la UPP inicialmente y vuelva a valorarla al menos semanalmente.	C	++
3	Documente los resultados de todas las valoraciones de la herida en la historia clínica	C	++
4	Valore y documente las características físicas, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ localización ✓ Categoría ✓ Tamaño-dimensiones ✓ Características del lecho de la herida -tipo de tejido/s ✓ color ✓ estado de piel perilesional ✓ bordes de la herida ✓ presencia de fístulas ✓ cavitaciones ✓ tunelizaciones ✓ exudado ✓ olor. 	C	++
5	Seleccione un método uniforme y consistente para medir la longitud y la anchura de la herida o el área de la herida para facilitar comparaciones significativas de las mediciones de la herida a través del tiempo.	B	++
6	Seleccione un método coherente y uniforme para la medición de la profundidad.	C	+
7	Utilice los resultados de una valoración de las UPP para planificar y documentar las intervenciones que mejor promuevan la curación.	C	++
8	Con cada cambio de apósito, observe la UPP en busca de signos que indiquen que es necesario un cambio en el tratamiento (por ejemplo, la mejora de la herida, el deterioro de la herida, más o menos exudado, signos de infección u otras complicaciones).	C	++

10.3 Definición y Clasificación.

Definición

Una UPP es una lesión de la piel y / o tejido subyacente que se localiza generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o presión en combinación con la cizalla.

A raíz de nuevas investigaciones especialmente a partir del nuevo modelo teórico desarrollado por García-Fernández y colaboradores. Se plantea desde el GNEAUPP incluir dentro de la definición que, en ocasiones, estas lesiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

Clasificación

Es necesario utilizar un sistema de clasificación de UPP para evaluar la extensión de la piel y los tejidos dañados.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Utilice el Sistema de clasificación Internacional de UPP de la NPUAP / EPUAP para clasificar y documentar el nivel de pérdida de tejido.	C	++
2	Utilice el sistema internacional de clasificación de UPP NPUAP / EPUAP para clasificar y documentar el nivel de pérdida de tejido también en las UPP relacionadas con dispositivos médicos.	C	+
3	Compruebe que existe un acuerdo en la clasificación clínica de UPP entre los profesionales de la salud responsables de la clasificación de las mismas	B	++

Categoría I: Eritema no blanqueable

Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores.

El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. **La Categoría I** puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar la existencia de riesgo (signo de alerta de riesgo).



Categoría III: pérdida total del grosor de la piel

Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. **Categoría II: úlcera de espesor parcial** puede no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir la pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo rosado, sin esfacelos. También puede presentar una fibrina intacta o como una fibrina abierta/total llena de suelo. Se presenta como una úlcera subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar UPP de Categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.



DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
“PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos

Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes en varias partes del lecho de la herida. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la UPP de Categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de Categoría/estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis o osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

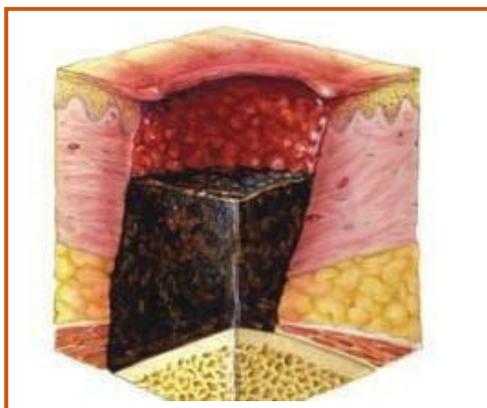
DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
"PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS".
MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.



No estadificable: Profundidad desconocida

Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida.

Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.

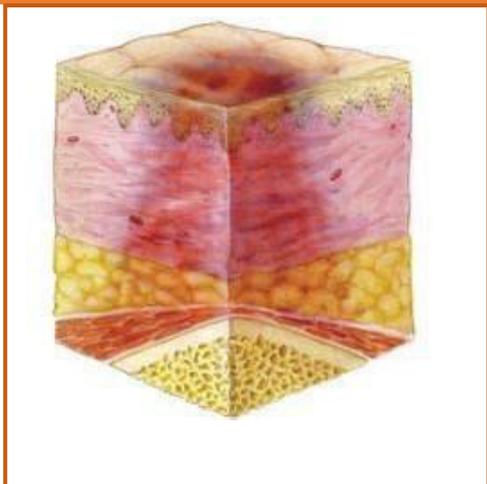


Sospecha de lesión tejidos profundos – profundidad desconocida

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes.

La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse en una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
"PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS".
MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.



Fuente: National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.

10.4. Monitorización de proceso de curación

Actualmente en la práctica clínica las UPP son monitorizadas mediante el juicio clínico del profesional de salud con el apoyo de herramientas de valoración de la misma y la fotografía digital.

Para valorar el progreso hacia la cicatrización, se recomienda el uso de una herramienta eficaz, como el índice de medida RESVECH 2.0 (ANEXO 5: INDICE DE MEDIDA REVECH 2.0)

Este índice evalúa y puntúa la evolución de la cicatrización de las UPP empleando 6 parámetros: dimensiones de la lesión, profundidad/tejidos afectados, bordes, tipo de tejido en el lecho de la herida, exudado, e infección/inflamación (signos-biofilm).

Una estrategia de documentación útil y complementaria para monitorizar la curación de UPP a lo largo del tiempo lo constituye la realización de fotografías (al inicio y seriales) pero no deben sustituir a la valoración a pie de cama.

Se debe tener en cuenta que previo a la realización de una fotografía de la úlcera se deberá solicitar consentimiento informado al paciente o a su familiar (dependiendo de la situación clínica del mismo).

Por lo ante dicho se recomienda establecer a nivel Institucional un documento de Consentimiento informado para la realización de fotografías el que se deberá adjuntar a la historia clínica del paciente.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Utilice el juicio clínico para valorar signos de curación, tales como la disminución de la cantidad de exudado, la disminución del tamaño de la herida, y la mejora en el tejido del lecho de la misma	C	+
2	Utilice los resultados de una valoración de las UPP para planificar y documentar las intervenciones que mejor promuevan la curación.	C	++
3	Con cada cambio de apósito, observe la UPP en busca de signos que indiquen que es necesario un cambio en el tratamiento (por ejemplo, la mejora de la herida, el deterioro de la herida, más o menos exudado, signos de infección u otras complicaciones).	C	++
4	Vuelva a valorar al individuo, a la UPP y al plan de atención si la úlcera no muestra signos de curación en el plazo esperado, a pesar de recibir adecuados cuidados locales de la herida, redistribución de la presión, y nutrición.	C	++
5	En un plazo de 2 semanas, es esperable ver algunos signos de curación de las UPP.	B	++

10.5 Valoración y tratamiento del dolor

Las personas con UPP experimentan dolor relacionada con la úlcera que puede ser cuantificado y diferenciarse de otro dolor. El mismo puede producirse tanto durante los procedimientos como en reposo. (ANEXO 6: ESCALAS PARA VALORACIÓN DEL DOLOR)

Una valoración inicial del dolor debe incluir los siguientes elementos:

- una valoración detallada del dolor, incluyendo el carácter, la intensidad y duración del dolor vinculado a la UPP
- un examen físico que incluya un componente neurológico
- una valoración psicosocial
- un adecuado diagnóstico para determinar el tipo y la causa del dolor

Se recomienda incorporar el lenguaje corporal de la persona con UPP para una correcta evaluación del dolor.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Valore el dolor relacionado con la UPP en adultos mediante una escala que sea válida y confiable.	C	++
2	Evalúe el deterioro de la úlcera o la posible infección cuando la persona informe de una intensidad creciente del dolor con el tiempo.	C	++
3	Planifique y organice la realización de cuidados para asegurarse de que está coordinada con la administración de medicamentos para el dolor y que las interrupciones sean mínimas. Establezca prioridades para el tratamiento.	C	++
4	Reduzca el dolor de las UPP, manteniendo la herida cubierta y húmeda, y el uso de apósitos no adherentes.	B	++
5	Seleccione un apósito que requiera cambios menos frecuentes y que sea menos probable que cause dolor.	C	++
6	Fomente el cambio de posición como un medio para reducir el dolor, si es coherente con los deseos de la persona.	C	++
7	Evalúe el impacto del dolor producido por las UPP en la calidad de vida de la persona.	C	++

10.6. Cuidado local de las UPP. Preparación del lecho de la herida.

La preparación del lecho de la herida ofrece oportunidades en el tratamiento de heridas. Éstas abarcan desde aspectos básicos, como el tratamiento de la infección, del tejido necrótico y del exudado, hasta aspectos más complejos, como cambios fenotípicos en las células de la herida³⁹.

La preparación del lecho de la herida (PLH) se puede definir como el proceso por el que se eliminan las barreras locales que impiden la cicatrización. Una vez eliminadas, se supone que el proceso de cicatrización progresará con normalidad.

Se ha acuñado un acrónimo (TIME) con el nombre de los componentes en inglés; TIME es un esquema basado en el trabajo de la International Wound Bed Preparation Advisory Board (Junta consultiva internacional sobre la preparación del lecho de heridas).

El objetivo del esquema TIME es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, del exudado y de la carga bacteriana y, de forma no menos importante, mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización. Así se facilitaría el proceso endógeno normal de la cicatrización de heridas, siempre que también se tengan en cuenta los factores subyacentes intrínsecos y extrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse.

EVOLUCIÓN DEL ESQUEMA TIME	
ACRÓNIMO TIME	TÉRMINOS PROPUESTOS POR LA EWMA
T = Tejido, no viable o deficiente	<ul style="list-style-type: none"> Control del tejido no viable
I = Infección o inflamación	<ul style="list-style-type: none"> Control de la inflamación y la infección
M = Desequilibrio de la humedad (la M se refiere a moisture, humedad en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> Control del exudado
E = Borde de la herida, que no mejora o está debilitado (la E se refiere a edge, borde en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> Estimulación de los bordes epiteliales

Fuente: European Wound Management Association (EWMA). Position Document: *Wound Bed Preparation in Practice*. London: MEP Ltd, 2004.

10.6.1 Limpieza de la úlcera

La limpieza es un primer paso en la preparación del lecho de las UPP permitiendo una mejor visualización de la herida para su adecuada valoración y en otro orden permite la eliminación de los residuos de la superficie y restos de productos favoreciendo la cicatrización.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Limpie la úlcera por presión en cada cambio de apósito.	C	++
2	Utilice como norma para la limpieza, suero fisiológico isotónico.	ALTA	++
3	Considere el uso de una técnica aséptica cuando el individuo, la herida o el ambiente para la cicatrización de las heridas están comprometido.	C	+
4	Considere el uso de soluciones de limpieza con agentes tensoactivos y / o antimicrobianos (no citotóxicos) para limpiar las UPP con restos, infección confirmada, sospecha de infección, o sospecha de niveles altos de colonización por bacterias.	C	+
5	No utilice antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas	MODERADA	+
6	Aplique la solución limpiadora con suficiente presión para limpiar la herida sin dañar el tejido.	C	+
7	Limpie la piel circundante.	B	++

10.6.2 Control del tejido no viable: Desbridamiento

Nos referiremos al desbridamiento como al conjunto de mecanismos (fisiológicos o externos), dirigidos a la retirada de tejidos necróticos, exudados, colecciones serosas o purulentas o cuerpos extraños asociados, es decir, todos los tejidos y materiales no viables presentes en el lecho de la herida.

A la hora de elegir un método o métodos de desbridamiento, es importante que el profesional de salud valore determinados elementos:

- Dolor.
- Estado físico del sujeto.
- Alteraciones de la coagulación.
- Costo del procedimiento.
- Conocimientos y experiencia.
- Disponibilidad y ámbito de realización
- Rapidez en la eliminación del tejido desvitalizado.
- Presencia de carga bacteriana y/ o Biofilm.
- Características del tejido a desbridar, así como de la piel peri lesional.
- Profundidad y localización del tejido necrótico o desvitalizado.
- Porcentaje del tejido desvitalizado.
- Cantidad de exudado.
- Zona anatómica a desbridar.
- Visualización de tejidos viables.

Los métodos más comunes utilizados para el desbridamiento de las UPP son:

- quirúrgico/ cortante,
- conservador cortante,
- autolítico,

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

- enzimático,
 - larval, y
 - mecánico (incluyendo ultrasonidos e hidroquirúrgico).
- Se adjunta en ANEXO 7 los diferentes tipos de desbridamiento.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Desbride el tejido desvitalizado en el lecho de la herida o el borde de las UPP cuando sea apropiado según el estado general de la persona y esté en consonancia con los objetivos generales de la atención.	C	++
2	Seleccione el método(s) de desbridamiento más adecuado para la persona, el lecho de la herida, y el entorno clínico.	C	++
3	Utilice métodos de desbridamiento mecánicos, autolítico, enzimáticos y / o biológicos cuando no hay necesidad clínica urgente de drenaje o eliminación de tejido desvitalizado.	C	++
4	El desbridamiento quirúrgico / cortante se recomienda en presencia de necrosis extensa, celulitis avanzada, crepitación, fluctuación, y / o sepsis secundaria a una infección relacionada con la úlcera.	C	++
5	El desbridamiento cortante conservador y el quirúrgico / cortante deben ser realizado por profesionales de la salud especialmente capacitados, competentes, cualificados y autorizados siguiendo las leyes locales, y normas reguladoras.	C	++
6	Derive a las personas con UPP de categoría / estadio III o IV con cavitaciones, zonas tunelizadas / tractos, y / o tejido necrótico extensos que no puedan ser retirados con facilidad por medio de otros métodos de desbridamiento, para una evaluación quirúrgica adecuada dependiendo del estado de la persona y los objetivos de los cuidados.	C	++
7	Desbride el lecho de la herida cuando se sospecha o confirma la presencia de biofilm.	C	++
8	Utilice instrumentos estériles para el desbridamiento conservador cortante y el quirúrgico / cortante. (Nivel de evidencia	C	++
9	Utilice el desbridamiento cortante conservador con precaución en presencia de: <ul style="list-style-type: none"> • inmunidad deprimida, • aporte vascular comprometido, o • falta de cobertura antibacteriana en sepsis sistémica 	C	++
10	Realice una valoración vascular completa antes del desbridamiento de las úlceras por presión de las extremidades inferiores para determinar si la perfusión arterial es suficiente para permitir la cicatrización de la herida desbridada.	C	++
11	No desbride las escaras estables, duras y secas presentes en los miembros isquémicos.	C	++
12	Derive a las personas con UPP de categoría / estadio III o IV con cavitaciones, zonas tunelizadas / tractos, y / o tejido necrótico extensos que no puedan ser retirados con facilidad por medio de otros métodos de desbridamiento, para una evaluación quirúrgica adecuada dependiendo del estado de la persona y los objetivos de los cuidados.	C	++

10.6.3. Control de la Infección

Las bacterias están presentes en todas las superficies de la piel. Cuando se pierde la principal defensa proporcionada por la piel intacta, las bacterias residirán sobre la superficie de la herida. Cuando las bacterias (por número o virulencia en relación con la resistencia del huésped) provocan daño en el cuerpo, se considera que la infección está presente.

Todas las heridas crónicas intrínsecamente contienen bacterias y es posible el proceso de cicatrización con su presencia. Por tanto, no es la presencia de bacterias sino su interacción con el huésped lo que determina su influencia en la cicatrización de heridas crónicas.

La cicatrización de heridas se retrasa y / o puede ser anormal cuando las UPP tienen una carga bacteriana elevada e infección.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Tiene un alto índice de sospecha de infección local en una UPP la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ falta de signos de cicatrización durante dos semanas ✓ tejido de granulación friable ✓ mal olor ✓ aumento del dolor en la úlcera ✓ aumento de calor en el tejido de alrededor de la úlcera ✓ aumenta el drenaje de la herida; ✓ un cambio con mal aspecto en la naturaleza del drenaje de la herida (por ejemplo, la nueva aparición de drenaje con sangre, drenaje purulento) ✓ aumento del tejido necrótico en el lecho de la herida ✓ presencia de embolsamientos o puentes en el lecho de la herida. 	B	++
2	Tiene un alto índice de sospecha de infección de la herida en personas con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ diabetes mellitus ✓ malnutrición proteico-calórica ✓ hipoxia o mala perfusión tisular ✓ enfermedad autoinmune ✓ inmunosupresión 	B	+
3	Tiene un alto índice de sospecha de la probabilidad de infección en las UPP que: <ul style="list-style-type: none"> • tienen tejido necrótico o un cuerpo extraño presente; • han estado presentes por un largo período de tiempo; • son de tamaño grande o profunda; y / o • es probable que estén contaminados repetitivamente (porejemplo, cerca del ano). 	C	+
4	Considere el diagnóstico de infección aguda diseminada si la UPP tiene signos locales y / o sistémicos de la infección aguda, tales como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ eritema que se extiende desde el borde de la úlcera ✓ endurecimiento ✓ nuevo o aumento del dolor o calor ✓ drenaje purulento 	C	++

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ aumento de tamaño ✓ crepitación, fluctuación o decoloración en la piel circundante ✓ fiebre, malestar y agrandamiento de los ganglios linfáticos ✓ confusión / delirio y anorexia (sobre todo en los adultos mayores). 		
5	Realice cultivos bacterianos mediante aspiración percutánea con aguja o biopsia tisular. Evite la recogida de exudado mediante frotis, de realizar técnica de hisopo deberá ser cuantitativa	B	++
6	Considere el uso de antisépticos tópicos no tóxicos, en concentración adecuada para los tejidos, durante un periodo de tiempo limitado para controlar la carga bacteriana	C	+
7	Optimice la respuesta del huésped a través de: <ul style="list-style-type: none"> • evaluación del estado nutricional • estabilización del control glucémico; • mejora del flujo de sangre arterial; y / o • reducción de la terapia inmunosupresora, si es posible. 	C	++
8	Use apósitos con plata o cadexómero iodado como opción a la utilización de antibióticos locales como prevención de infección.		

Advertencia:

El peróxido de hidrógeno es altamente tóxico para los tejidos incluso a bajas concentraciones^{40,41} y no debe ser utilizado como un antiséptico tópico preferido. Su uso debe ser totalmente evitado en heridas de cavidad debido al riesgo de enfisema quirúrgico y la embolia gaseosa.^{40,42}

Atención: Los productos de yodo deben evitarse en pacientes con insuficiencia renal, antecedentes de trastornos de tiroides o sensibilidad conocida al yodo.^{43,44} El hipoclorito de sodio (solución de Dakin) es citotóxico en todas las concentraciones y debe utilizarse con precaución, en concentraciones no mayor de 0.025%, por períodos cortos sólo cuando no hay otra opción que esté disponible.^{45,46} Hay un riesgo de acidosis cuando el ácido acético se utiliza por períodos prolongados sobre grandes superficies de la herida.

En general, no se recomiendan antibióticos tópicos para el tratamiento de las úlceras por presión.

10.6.4 Biofilm

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Tiene un alto índice de sospecha de biofilm en una UPP que: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ha estado presente por más de 4 semanas ✓ no ha tenido de signos de cicatrización en las 2 semanas anteriores ✓ muestra signos clínicos y síntomas de inflamación ✓ no responde a la terapia antimicrobiana. 	C	+
2	Considere el uso de antisépticos tópicos junto con el desbridamiento de mantenimiento para controlar y erradicar el biofilm en las heridas con retraso en la cicatrización.	C	+

10.6.5 Control del exudado

El exudado es producido por una interacción compleja entre: la etiología de la misma, la fisiología de la cicatrización, características de la herida, factores que estén afectando el proceso de cicatrización, etc.

El exudado presenta una serie de funciones como son:

- Evita que se seque el lecho de la herida.
- Facilita la migración de las células regeneradoras de los tejidos.
- Suministra nutrientes fundamentales para las funciones celulares.
- Favorece la difusión de factores inmunitarios y de crecimiento.
- Facilita la separación del tejido desvitalizado o lesionado (autólisis).

No obstante, el exudado puede convertirse en un problema para la cicatrización de las heridas cuando su producción o composición enlentece o impide la curación de las mismas, ocasionando morbilidad física y psicosocial o aumentando el gasto de recursos sanitarios.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Utilice la cura en ambiente húmedo (CAH), ya que los materiales empleados han demostrado una mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gasas), además de ser más costo-efectivos y gestionar mejor el exudado	ALTA	++
2	Escoja el producto a utilizar en la CAH húmedo en función de la clase de tejido, características del exudado, localización de la lesión, piel peri lesional de la herida y el tiempo disponible del cuidador.	MODE RADA	++
3	Utilice los alginatos y las hidrofibras en el interior de la herida, ya que tienen gran capacidad de absorción de exudado. Utilice apósitos de espuma de poliuretano (hidrocelulares o hidropoliméricos) como apósito secundario, ya que se ha demostrado que poseen una mayor capacidad de absorción que los apósitos hidrocoloides (baja absorción)	MODE RADA	++

10.6.6 Estimulación de bordes

El avance del borde epitelial es una buena indicación de la curación y un indicador confiable predictivo de la cicatrización de heridas.

10.6.7 Cuidados piel perilesional

La maceración y la eczematización de la piel perilesional son problemas frecuentes que se encuentran ante un aumento del exudado mal controlado. La maceración también puede estar provocada por la excesiva humedad debida a

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

los líquidos corporales como orina, heces, sudor. La eczematización puede ser debida a una dermatitis de contacto alérgica o irritativa. Es primordial cuidar la piel perilesional con el objetivo de evitar estas posibles complicaciones.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Aplice un producto barrera (crema con óxido de zinc o película cutánea no irritante) para mantener la piel perilesional sana evitando la maceración.	B	++
2	Considere la utilización de productos hidratantes para aumentar la elasticidad y resistencia de la piel.	BAJA	++
3	Utilice cremas o pomadas de hidrocortisona ante la presencia de eczema húmedo o seco.	B	++

10.7 Cuidados generales del paciente con UPP.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
1	Considere la posibilidad de que las personas con una UPP existente (cualquier categoría) están en riesgo adicional de desarrollar nuevas úlceras UPP.	B	++
2	Valore el estado general de la persona con UPP: utilice la historia clínica y realice exámenes físicos para detectar factores que dificulten la cicatrización.	C	++
3	Suplemente con alto contenido en proteínas, arginina y micronutrientes a adultos con UPP categoría III o IV o múltiples UPP cuando los requerimientos nutricionales no pueden ser satisfechos con los suplementos tradicionales altos en calorías y proteínas.	B	++
4	Ofrezca alimentos enriquecidos y/o hipercalóricos, suplementos hiperproteicos orales entre las comidas si los requerimientos nutricionales no son satisfechos con la ingesta dietética.	B	++
5	Proporcione al paciente con UPP suplementos de vitaminas y minerales cuando su consumo en la dieta es pobre o se sospecha/presenta deficiencias.	B	++
6	No coloque a un paciente directamente sobre una UPP.	C	++
7	Elabore un cronograma de movilización según categoría y localización de la UPP, tolerancia y respuesta del paciente.	C	+
8	Coloque a la persona sobre un área donde no haya sospecha de lesión de tejidos profundos y esté con la piel intacta. Si la presión sobre la zona no puede ser aliviada mediante cambios posturales, seleccione una superficie de apoyo adecuada.	C	+
9	Registrar los cambios posturales, especificar la frecuencia y la posición adoptada, incluyendo una evaluación del resultado.	C	+
10	Elija la SEMP según las necesidades del individuo, la redistribución de la presión, la reducción de la fuerza de cizalla y de fricción controlando el microclima entre la superficie de la piel y la SEMP.	C	++
11	En pacientes con UPP use SEMP estáticas de altas prestaciones (baja presión constante) o activas (presión alternante).	A	++
12	En pacientes con UPP use SEMP dinámicas si no se pueden hacer cambios posturales.	B	++
13	No utilice colchones o sobrecolchones de aire de presión alternante de celdas pequeñas (<10 cm).	C	+
14	En personas en sillón con UPP: Reduzca el tiempo en el que el paciente está sentado y consulte a un especialista si empeoran las UPP con la superficie de asiento seleccionada.	C	+

Cuando las UPP empeoran o no cicatrizan en el tiempo esperado, el clínico debe considerar la sustitución de la superficie de apoyo existente por una superficie de apoyo que proporcione un ambiente que se ajuste correctamente en términos de presión, cizalla y microclima para el individuo. El cambio de la superficie de apoyo es sólo una de las varias estrategias a considerar. Los cambios posturales más frecuentes, las intervenciones preventivas y el cuidado local de la herida también deben intensificarse cuando sea necesario.

10.8 Uso de apósitos.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Seleccione un apósito para las heridas en base a la: <ul style="list-style-type: none"> ✓ capacidad para mantener el lecho de la herida húmedo ✓ necesidad de abordar la carga bacteriana ✓ naturaleza y el volumen de exudado de la herida ✓ estado del tejido en el lecho de la ulcera ✓ estado de la piel periulceral; ✓ tamaño de la ulcera, la profundidad y la ubicación ✓ presencia de túneles y / o cavitaciones ✓ objetivos personales del individuo con la ulcera. 	C	++
2	Utilice apósitos y productos de Cura en Ambiente Húmedo (CAH), ya que han demostrado una mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (Cura con gasas), además de ser más costo-efectivos y gestionar mejor el exudado.	A	++
3	Valore las UPP en cada cambio de apósito y confirme la idoneidad del actual régimen de cambio.	C	++
4	Cambie el apósito si las heces se filtran por debajo del apósito.	C	++
5	El plan de cuidados debe indicar los periodos habituales de mantenimiento del apósito e incluir planes provisionales para cambio del apósito si es necesario (para la familia, la persona, y el personal) debido a suciedad, despegamiento, etc.	C	++
6	Asegúrese de que todos los restos de los apósitos se retiran por completo con cada cambio de apósito	C	+

Apósitos hidrocoloides.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Utilice apósitos hidrocoloides en UPP sin signos de infección o colonización crítica limpias de categoría II en las zonas del cuerpo en las que no vayan a enrollarse o ablandarse.	B	++
2	Considere el uso de apósitos de relleno debajo de apósitos hidrocoloides en úlceras profundas para rellenar así el espacio vacío.	B	++
3	Retire con cuidado los apósitos hidrocoloides situados sobre la piel frágil para reducir los daños en la piel.	C	++

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Apósitos película transparentes.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Retire con cuidado los apósitos de película situados sobre la piel frágil para reducir los daños en la piel	C	++
2	No utilice apósitos de película sobre los tejidos en úlceras con exudado moderado o abundante.	C	+
3	No utilice apósitos de película como apósito secundario sobre agentes desbridantes enzimáticos, geles o ungüentos	C	+

Hidrogeles

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de hidrogeles amorfos en las UPP que no estén clínicamente infectadas y que estén granulando.	B	+
2	Considere el uso de apósitos de hidrogel sobre UPP de poca profundidad, y con mínimo exudado.	B	+
3	Considere el uso de hidrogel para el tratamiento de úlceras secas o con poco exudado.	C	+
4	Considere el uso de hidrogeles amorfos en el caso de UPP con profundidad y contornos y / o en áreas del cuerpo en las que los apósitos corran el riesgo de desplazarse.	C	+
5	Considere el uso de apósitos de hidrogel en lámina en el caso de UPP, sin profundidad ni contorno y / o en las zonas del cuerpo en las que los apósitos corran el riesgo de desplazarse	C	+

Apósitos de alginato

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de apósitos de alginato para el tratamiento de úlceras por presión con exudado moderado o abundante.	B	+
2	Retire suavemente el apósito de alginato, irrigándolo primero para facilitar su retirada si es necesario.	C	++
3	Considere aumentar el intervalo de cambios de apósitos o cambiar el tipo de apósito si el apósito de alginato está aún seco en el momento previsto para el cambio de apósito.	C	+

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Apósitos de espuma

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de apósitos de espuma en UPP exudativas de Categoría II y Categoría III poco profundas.	B	+
2	Utilice apósitos de espuma de poli uretano (hidrocelulares o hidropoliméricos) como apósito secundario, ya que se ha demostrado que poseen una mayor capacidad de absorción que los apósitos hidrocoloides (baja absorción)	B	+
3	Considere el uso de apósito de espuma gelificante en UPP altamente exudativas	C	+

Apósitos impregnados de plata

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de apósitos impregnados de plata en las úlceras por presión que estén clínicamente infectadas o muy colonizadas.	B	++
2	Evite el uso prolongado de los apósitos impregnados de plata. Deje los apósitos de plata cuando la infección de la herida esté controlada.	C	++

Apósitos de silicona

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de apósitos de silicona para evitar las lesiones del tejido perilesional cuando este tejido sea frágil o quebradizo	B	++
2	Considere el uso de apósitos de silicona como capa en contacto con la herida para favorecer cambios de apósito no traumáticos	C	+

Apósitos de carbón activado

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de apósitos de carbón en úlceras malolientes y exudado abundante.	C	+

10.9 Uso de otras terapias

Varios agentes biofísicos están siendo estudiados en el tratamiento de UPP. Todos proporcionan alguna forma de energía biofísica con el objetivo de promover la cicatrización. Las formas comunes de agentes biofísicos incluyen la energía del espectro electromagnético (por ejemplo, la estimulación eléctrica, los campos electromagnéticos, la energía de radiofrecuencia pulsada y fototerapia), la energía acústica (ultrasonido de alta y baja frecuencia) y la energía mecánica (por ejemplo, inferior a presión atmosférica [terapia de presión negativa de la herida, la succión], la energía cinética [hidromasaje, lavado pulsátil, vibración] y energía atmosférica [hiperbárica y oxígeno tópico].

Varias de las citadas terapias requieren aún mayor número de investigaciones para demostrar su efectividad y utilizarlas con seguridad en el tratamiento de UPP.

Estimulación eléctrica

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el uso de estimulación eléctrica de contacto directo (capacitiva) en el tratamiento de las UPP recalcitrantes de Categoría II, así como en cualquiera de Categoría III y IV para facilitar la cicatrización de las heridas.	A	++

Terapia de presión negativa (PTN)

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere la terapia de presión negativa (TPN) como adyuvante temprano para el tratamiento de UPP profundas de Categoría III y IV.	B	++
2	Desbride la UPP de los tejidos necróticos antes de la utilización de la TPN.	C	++
3	Siga un régimen seguro de aplicación y retirada del sistema de TPN	C	++

Precaución: la terapia de presión negativa no se recomienda en heridas inadecuadamente desbridadas, necróticas o heridas malignas; donde se exponen los órganos vitales; en heridas sin exudado; o en personas con coagulopatía sin tratar, osteomielitis o infección clínica local o sistémica. Se recomienda un uso cauteloso por un profesional de la salud con experiencia para las personas en tratamiento anticoagulante; heridas sangrantes; o cuando la herida está muy cerca de los principales vasos sanguíneos.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Oxígeno para el tratamiento de heridas crónicas

Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Debido a la insuficiencia actual de pruebas para apoyar o refutar el uso de la terapia de oxígeno hiperbárico en el tratamiento de las UPP, dicha terapia, no se recomienda para uso rutinario.	C	+

11. Recomendaciones de prevención y tratamiento de UPP en situaciones especiales.

11.1 Pacientes Bariátricos o con obesidad mórbida.

Las siguientes recomendaciones enfatizan algunos cuidados importantes en los pacientes bariátricos o con obesidad mórbida, pero deben ser consideradas en forma conjunta con las recomendaciones de los apartados principales de este documento.

A nivel de la Organización o Institución:

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Proporcione una atención segura y respetuosa y evite lesiones en el individuo y en los profesionales de la salud.	C	++
2	Maximice la seguridad en el trabajo mediante la implementación de estrategias de manejo de pacientes bariátricos en toda la organización que aborden las técnicas de manipulación manual	C	++
3	Proporcione superficies de apoyo de redistribución de la presión y equipos apropiados para el tamaño y peso del individuo	C	++

Valoración de la persona bariátrica:

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Calcule el IMC y clasifique el grado de obesidad.	C	++
2	Valore especialmente todos los pliegues de la piel con regularidad	C	++
3	Diferencie entre dermatitis intertriginosa y UPP	C	++
4	Derive a los individuos bariátricos a un dietista o un equipo de nutrición interprofesional para una valoración nutricional integral y un plan de control de peso	C	+

Selección de la cama y superficie de apoyo:

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Asegure que para el individuo se utiliza una cama de tamaño y especificaciones de capacidad de peso apropiadas	C	++

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

2	Considere la selección de una superficie de apoyo con una mayor redistribución de la presión, la reducción de la cizalla y el control de microclima para pacientes bariátricos.	C	+
---	---	----------	----------

Selección de equipos

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
1	Utilice sillas de ruedas y sillas que sean lo suficientemente anchas y fuertes como para acomodar a la persona en anchura y peso	C	++
2	Use un cojín u almohadón de redistribución de la presión diseñado para el paciente bariátrico cuando este sentado.	C	+

Cambios de posición

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
1	Use almohadas u otros dispositivos de colocación para descargar el pliegue abdominal u otros pliegues grandes de la piel y prevenir la presión de piel sobre piel.	C	+

11.2 Pacientes Críticos

Los pacientes críticos tienen necesidades de prevención y tratamiento de UPP únicas que se abordan en las siguientes recomendaciones. Estas recomendaciones están destinadas a complementar y no sustituir a las recomendaciones generales descritas en este documento.

En los pacientes críticos se deben considerar factores coadyuvantes para el desarrollo de UPP tales como:

Nivel de conciencia
Estado hemodinámico, TAS<100 mmHg,
Compromiso respiratorio
Saturación de O ₂ < 90 %
Nivel de dependencia.
Alteraciones neurológicas
Tiempo de estadía en C.T.I (semanal)
Técnicas especiales (C.E.C, hipotermia)
Cirugía de larga duración
Inmovilidad impuesta (alternativas terapéuticas, BIAC, tracciones)
Uso de múltiples dispositivos clínicos (SNG,SV,SET)
Medicación (vasopresores, inmunosupresores, sedación, curarizantes, etc.)
Incontinencia
Diaforesis

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Evaluar la necesidad de cambiar la superficie de apoyo a una SEMP de mayores prestaciones en pacientes con perfusión y oxigenación pobres y en aquellos a los que no se les pueda hacer cambios posturales por razones médicas (inestabilidad medular y/o hemodinámica).	C	+
2	Inicie los cambios posturales tan pronto como sea posible después del ingreso.	C	+
3	Revise el plan de cambios posturales en función de la valoración de la tolerancia del individuo a los mismos.	C	++
4	Considere pequeños cambios posturales más frecuentemente en aquellos pacientes que no pueden tolerar cambios posturales importantes.	C	+
5	Considere la realización de giros lentos y graduales con tiempo suficiente para la estabilización del estado hemodinámico y la oxigenación	C	+
6	Considere el uso de un apósito protector para prevenir las UPP relacionadas con los dispositivos clínicos.	B	+
7	Use un cojín o plancha de espuma debajo de la longitud total de las pantorrillas para elevar los talones	B	++
8	Valore a las personas en estado crítico colocadas en decúbito prono en busca de UPP faciales, en cada rotación.	C	+
9	Valore otras áreas del cuerpo (es decir, en la región del pecho, las rodillas, los dedos, pene, clavículas, cresta ilíaca, sínfisis púbica) que pueden estar en riesgo cuando los individuos están en la posición prona, en cada rotación.	C	+
10	Descargue los puntos de presión de la cara y el cuerpo mientras se esté en posición prona.	C	++

Las personas que son demasiado inestables para ser cambiadas de posición con frecuencia usando los cambios posturales estándar pueden tolerar la rotación lateral en forma parcial, que también proporciona la oportunidad de entrenar el cuerpo para tolerar el movimiento de lado a lado.

11.3 Adultos Mayores

El proceso de envejecimiento produce deterioro de: la percepción sensorial, la función cognitiva, la sensibilidad, la nutrición, la movilidad, el estado general de la salud, además del aumento de consumo de medicación (polifarmacia).

La piel cambia notablemente durante el proceso de envejecimiento, haciéndola más vulnerable al deterioro. La renovación de las células cutáneas se ralentiza y la sequedad de la piel afecta entre el 59 y 85% de las personas mayores de 64 años.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Considerar que las personas adultas mayores pueden presentar las siguientes alteraciones a nivel de la piel:

Alteración de la composición de los ácidos grasos
Pérdida de la capacidad de fijación del agua
Disminución del colágeno y elastina: la piel es menos elástica, aumentando el riesgo de una lesión traumática.
Disminución de la vascularización: en el punto de unión entre la dermis y la epidermis que conlleva una reducción en la homeostasis.
Alteración de la película hidrolipídica
Deficiencias en los lípidos intercelulares
Evaporación de agua
Deshidratación de la capa córnea

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Considere el estado cognitivo del individuo cuando se realiza una valoración integral y durante el desarrollo del plan de prevención y/o de tratamiento de UPP.	C	++
2	Asegúrese que las UPP se diferencian correctamente de otras lesiones de la piel, sobre todo dermatitis asociada a incontinencia o desgarros de la piel.	C	+
3	Involucre a la familia o tutor legal al establecer objetivos del cuidado y compruebe que se comprenden estos objetivos.	C	+
4	Proteja la piel envejecida frente a lesiones por las fuerzas de presión y cizallamiento.	C	++
5	Establezca objetivos de tratamiento coherentes con los valores y objetivos de la persona	C	+
6	Proteja la piel envejecida frente a lesiones por las fuerzas de presión y cizallamiento.	C	++
7	Utilice un producto barrera para proteger la piel envejecida frente a la exposición excesiva a la humedad con el fin de reducir el riesgo de daño por presión.	C	+
8	Cambie de posición regularmente al adulto mayor que no puede cambiar la posición de forma independiente	A	++
9	Hay que tener cuidado en la selección de la posición y la técnica de manipulación manual en los cambios posturales del adulto mayor.	C	+
10	Considere el estado general de la persona y la superficie de apoyo para la redistribución de la presión usada al decidir si los cambios posturales deberían ser implementado como una estrategia de prevención	C	++
11	Desarrolle e implemente un plan de manejo de la continencia individualizada.	C	+

11.4 Pacientes en Quirófano

Durante la cirugía, los pacientes están inmóviles, colocados sobre una superficie relativamente dura, no son capaces de sentir el dolor causado por la presión y las fuerzas de cizalla, y no son capaces de cambiar su posición con el fin de aliviar la presión.

La valoración de riesgo en los usuarios próximos a una intervención quirúrgica, requiere de una valoración de riesgo específica, detectando precozmente, los factores que aumentan el riesgo de padecerlas.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
1	Considere los factores de riesgo adicionales para los individuos sometidos a cirugía, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • duración de tiempo inmovilizado antes de la cirugía • duración de la cirugía • aumento de episodios de hipotensión durante la cirugía • baja temperatura central durante la cirugía • reducción de la movilidad en el primer día después de la operación. 	C	++
2	Utilice una superficie de soporte de presión alterna o una superficie reactiva de alta especificación en la mesa de operaciones para todas las personas identificadas como de riesgo de aparición de UPP.	B	++
3	Coloque al individuo de tal manera que se reduzca el riesgo de desarrollar UPP durante la cirugía.	C	++
4	Considere la redistribución de la presión antes y después de la cirugía.	C	++
5	No coloque al individuo directamente sobre un dispositivo clínico a menos que no se pueda evitar.	C	++
6	Asegurarse de que los talones están libres sobre la superficie de la mesa de operaciones. Utilice dispositivos de suspensión del talón que eleven y descarguen completamente el talón de tal manera que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin poner presión en el tendón de Aquiles.	B	++
7	Coloque a la persona en una postura diferente a la postura adoptada durante la cirugía, tanto antes como después de la cirugía (si su situación clínica lo permite)	C	++

11.5 Personas en Cuidados Paliativos

Las UPP suponen un problema añadido a la patología principal del paciente en situación de enfermedad prolongada o terminal. La medicina paliativa integra el tratamiento de los síntomas, con el tratamiento de la enfermedad basal, previniendo la incidencia de situaciones agravantes, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente. En este marco, la prevención de las UPP puede considerarse un campo de acción tan importante como el control del dolor, la disnea o el delirium en un paciente terminal.⁴⁷

Es importante implementar intervenciones preventivas y de tratamiento de acuerdo con las preferencias del individuo, y tener en cuenta el estado de salud general. Los objetivos de los cuidados de heridas en cuidados paliativos son la comodidad para el individuo y limitar el impacto de la herida en la calidad de vida, sin la intención manifiesta de curación.

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
1	Complete una exhaustiva evaluación del individuo	C	++
2	Cambie de posición y gire a la persona a intervalos periódicos, de acuerdo con los deseos del individuo, el confort y la tolerancia.	C	++
3	Use dispositivos de posicionamiento (alivio de la presión) para la protección de zonas anatómicas de especial riesgo, como espuma o almohadas, para prevenir contacto directo de prominencias óseas	B	+
4	Procure mantener una adecuada nutrición e hidratación compatibles con el estado general y los deseos del individuo. Un apoyo nutricional adecuado a menudo no puede lograrse cuando el individuo sea incapaz de comer o rehúse comer, debido a determinados estados de su enfermedad.	C	++
5	Establezca como objetivo la mejora de la calidad de vida, incluso si la UPP no puede curarse o el tratamiento no logre cerrarla o curarla.	C	+
6	Monitoree la UPP con el fin de seguir cumpliendo con los objetivos de comodidad y reducción del dolor de la herida, tratando los síntomas de la herida y el impacto en la calidad de vida, como el mal olor y el exudado.	C	++
7	Controle los malos olores a través de la limpieza regular de las heridas; valoración y tratamiento de la infección; y el desbridamiento del tejido desvitalizado, teniendo en cuenta los deseos y objetivos del cuidado.	C	++
8	Utilice la técnica de desbridamiento sólo cuando esté justificada y sea coherente con la situación del sujeto.	C	+
9	Aplice apósitos que permitan distanciar lo más posible el cambio de los mismos	C	+
10	Use apósitos específicos de carbón activado para control del olor	C	+
11	No infravalorar el tratamiento del dolor en las personas que reciben cuidados paliativos.	C	++

11.6 Personas con Lesión Medular

Las personas con lesión medular son más susceptibles a desarrollar UPP y debido a los cambios fisiológicos derivados de la lesión de la médula espinal pueden existir dificultades en el proceso de cicatrización cuando la persona desarrolla una UPP. Se sabe que las UPP alteran la rehabilitación, evitan que las personas con lesiones de la médula espinal asistan al trabajo o a la escuela, e interfieren con el reintegro de estas personas a la comunidad⁴⁸.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Prevención de las UPP durante la fase aguda del cuidado

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
1	Transfiera a la persona fuera de un panel o tablero espinal duro tan pronto como sea posible después del ingreso en un servicio agudo de cuidados con el asesoramiento de un profesional sanitario cualificado.	C	+
2	Reemplace el collarín de inmovilización cervical por un collarín rígido de cuidados agudos tan pronto como sea posible con el asesoramiento de un profesional sanitario cualificado.	C	+

	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
1	Individualice la selección y reevaluación periódica de la silla de ruedas y de superficies de apoyo para el asiento y los equipos para mantener la postura y a la redistribución de la presión con la consideración de: <ul style="list-style-type: none"> • el tamaño y la configuración del cuerpo; • los efectos de la postura y la deformidad en la distribución de la presión; y • las necesidades de movilidad y estilo de vida. 	C	++
2	Seleccione un cojín u almohadón que redistribuya la presión que: <ul style="list-style-type: none"> • proporcione el contorno, la distribución uniforme de la presión, de alta inmersión o la descarga; • promueva la postura y la estabilidad adecuada; • permita el intercambio de aire para minimizar la temperatura y la humedad en la superficie del glúteo; y • tenga una cubierta estirable que queda suelta en la superficie superior y sea capaz de ajustarse a los contornos del cuerpo 	C	++
3	Proporcione una adecuada inclinación del asiento para evitar que se deslice hacia delante en la silla de ruedas / sillón, y ajuste los reposapiés y apoyabrazos para mantener la postura correcta y la redistribución de la presión	C	++
4	Considere periodos de descanso en cama para promover la cicatrización de UPP isquiática y sacra.	C	++
5	En pacientes con UPP isquiáticas evite la posición completamente erguida cuando estén sentados en la silla o en la cama.	C	++
6	Proporcione a las personas con lesión medular y a sus cuidadores una educación estructurada y continua en la prevención y el tratamiento de las UPP en un nivel adecuado a su comprensión.	C	++

Referencias Bibliográficas.

1. Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011).
2. Guerrero Miralles M. Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados. *Gerokomos*. 2008;19(2):99-106.
3. Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de la Rioja. *Gerokomos*. 1999; 10(2): 75-87.
4. Verdú Soriano J, Nolasco A, García C. Análisis de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987 - 1999. *Gerokomos* 2003;14 (4): 212-26.
5. Suntken G, Starr B, Ermer-Seltun JA, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care settings using the AHCPR pressure ulcers prevention and treatment guidelines. *Ostomy/Wound Management*. 1996; 42(2): 20- 32.
6. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013 Jan-Feb;56(1):220-6.
7. Galván-Martínez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, Lozano-Platonoff A, Contreras-Ruiz J. Point prevalence of pressure ulcers in three second level hospitals in Mexico. *Int Wound J*. 2012 Dec 17. doi: 10.1111/iwj.12013. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23253894.
8. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel

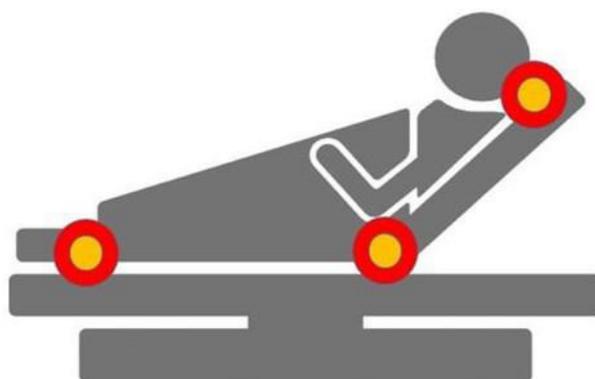
- epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003.
9. Torra iBou J, Garcia-Fernandez FP, Pancorbo- Hidalgo PL, Furtado K. Risk assessment scale for predicting the risk of developing pressure ulcers. In: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T, editors. Science and practice of pressure ulcer management. London: Springer-Verlag, 2006.
 10. Pancorbo-Hidalgo, P.L.; García-Fernández, F.P.; Soldevilla-Agreda, J.J.; Martínez-Cuervo, F.: Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y meta análisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos 2008; 19 (2): 84-98
 11. Zabala Blanco, J.; Torra i Bou, J. E.; Sarabia Lavín, R.; Soldevilla Agreda, J. J.: Bioética y úlceras por presión: una reflexión desde la ética de mínimos GEROKOMOS 2011; 22 (4): 184-190
 12. Armour-Burton T, Fields W, Outlaw L, Deleon E. The healthy skin project: changing nursing practice to prevent and treat hospital-acquired pressure ulcers. Critical Care Nurse. 2013 Jun;33(3):32-9.
 13. 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. 2014.
 14. Rogenski NM, Kurcgant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. Revista Latino Americana de enfermagem. 2012 Mar-Apr;20(2):333-9. PubMed PMID: 22699734.
 15. Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein HH, et al. Preventing pressure ulcers in long-term care: a cost-effectiveness analysis. Archives of internal medicine. 2011 Nov 14;171(20):1839-47. PubMed PMID: 21949031.

16. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract.* 2007;13(2):227-35.
17. Kottner J, Wilborn D, Dassen T, Lahmann N. The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. *J Tissue Viability.* 2009;18(2):36-46
18. Leijon S, Bergh I, Terstappen K. Pressure ulcer prevalence, use of preventive measures, and mortality risk in an acute care population: a quality improvement project. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(5):469-74.
19. Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, Francisco P. García-Fernández, Joan-Enric Torra i Bou, José Verdú Soriano y J. Javier Soldevilla-Agreda Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos.* 2014;25(4):162-170
20. Gunningberg L, Hommel A, Baath C, Idvall E. The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *J Eval Clin Pract.* 2013;19:862-7.
21. Hurd T, Posnett J. Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *Wound J* 2009; 6:287–293.
22. Whittington, K. T. & Briones, R. (2004) National Prevalence and Incidence Study: 6-year sequential acute care data. *Advances in Skin & Wound Care*, 17, 490–494.
23. Jiang Q, Li X, Qu X, Liu Y, Zhang L, Su C, et al. The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. *Int J Clin. Exp. Pathol.* 2014;7(5):2587-94.
24. Lyder CH, Ayello EA. Annual checkup: the CMS pressure ulcer present on-admission indicator. *Adv. Skin Wound Care.* 2009; 22:476-84.
25. Galvan-Martinez IL, Narro-Llorente R, Lezama-de-Luna F, Arredondo-Sandoval J, Fabian-Victoriano MR, Garrido-Espindola X, et al. Point

- prevalence of pressure ulcers in three second level hospitals in Mexico Int Wound J. 2012. doi: 10.1111/iwj.12013
26. Brito PA, Generoso Sde V, Correia MI. Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status a multicenter, cross-sectional study. *Nutrition*. 2013 Apr;29(4):646-9
 27. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long term-care hospitals. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(1):220-6.
 28. Moore Z, Cowman S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the republic of Ireland. *J Clinical Nursing*. 2011;21:362-71.
 29. Park-Lee E, Caffrey C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. *NCHS Data Brief*. 2009;14:1-8.
 30. Aljezawi M, Al Qadire M, Tubaishat A. Pressure ulcers in long-term care: a point prevalence study in Jordan. *Br. J. Nursing* 2014;23(6): S4, S6, S8, S10-1.
 31. Skerritt L, Moore Z. The prevalence, a etiology and management of wounds in a community care area in Ireland. *Br J Community Nursing*. 2014; Suppl:S11-7.
 32. Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida PC, Galiza FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev. Gaúcha Enfermagem., Porto Alegre (RS)* 2011 mar;32(1):143-50.
 33. García L; González M. Prevalencia de úlceras por presión en pacientes ingresados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay. 2015
 34. Dicenso A, Bayley L. Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine tuning the 5Smodel into a 6S model. *Evidence Based Nursing* 2009; 12(4): 99-101.

35. Soldevilla-Ágreda JJ, García-Fernández FP, López-Casanova P. Enfermeras Consultoras en Heridas Crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 13. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2016.
36. Garcia-Fernandez FP, Agreda JJ, Verdu J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence- Related Lesions. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau. 2014 Oct 11;46(1):28-38. PubMed PMID: 24118691.
37. Díaz-Valenzuela Antonio, Valle Cañete M.^a Jesús, Carmona Fernández Pedro Jesús, García-Fernández Francisco P., Pancorbo-Hidalgo Pedro Luis. Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Nov 08] ; 25(2): 74-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014002200005&lng=es.
38. García Alcara F, Salmerón Cifuentes S, Martínez Nieto MJ, Tejada Cifuentes F. Eficacia de los ácidos grasos esenciales frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de aparición de úlceras por presión en pacientes institucionalizados. Metas Enfermería may 2014; 17(4): 19-25
39. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
40. Gruber R, Vistnes L, Pardoe R. The effect of commonly used antiseptics on wound healing. Plastic and Reconstructive Surgery. 1975;55(4):472-6.
41. Reid C, Alcock M, Penn D. Hydrogen peroxide - a party trick from the past? Anaesthesia and Intensive Care Journal. 2011;39:1004-8.

42. Echague C, Hair P, Cunnion K. A comparison of antibacterial activity against Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus and gram-negative organisms for antimicrobial compounds in a unique composite wound dressing. *Advances in Skin & Wound Care*. 2010;23(9):406-13.
43. Leaper DJ, Durani P. Topical antimicrobial therapy of chronic wounds healing by secondary intention using iodine products. *International Wound Journal*. 2008;5(2):361-8.
44. Sibbald RG, Leaper DJ, Queen D. Iodine made easy. *Wounds International*. 2011;2(2):S1-6.
45. Lineaweaver W, Howard R, Soucy D, Mc Morris S, Freeman J, Crain C, Robertson J. Topical antimicrobial toxicity. *Archives of Surgery*. 1985;120(3):267-70.
46. Heggors J, Sazy J, Stenberg B, Strock L, McCauley R, Hernom D, Robson M. Bacterial and wound healing properties of sodium hypochlorite solutions: The 1991 Lindberg Award. *Journal of Burn Care & Research*. 1991;12(5):420-4.
47. E. Elena Sorando, P. Benito Duque, a. De Juan Huelves, J. L. Arranz López, I. García Martínez Prevención de las úlceras por presión en Cuidados Paliativos: recomendaciones basadas en la evidencia médica. 2005 .Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Universitario de Salamanca.
48. Houghton PE, Campbell KE and CPG Panel (2013). Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury. A resource handbook for Clinicians. Accessed at <http://www.onf.org>



ANEXOS

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

ANEXO 1

ESCALA DE BRADEN

Rango de puntuación: 6 a 23 puntos.
ALTO RIESGO, puntuación total ≤12 puntos
RIESGO MODERADO, puntuación total 13-14 puntos
RIESGO BAJO, puntuación total ≥15

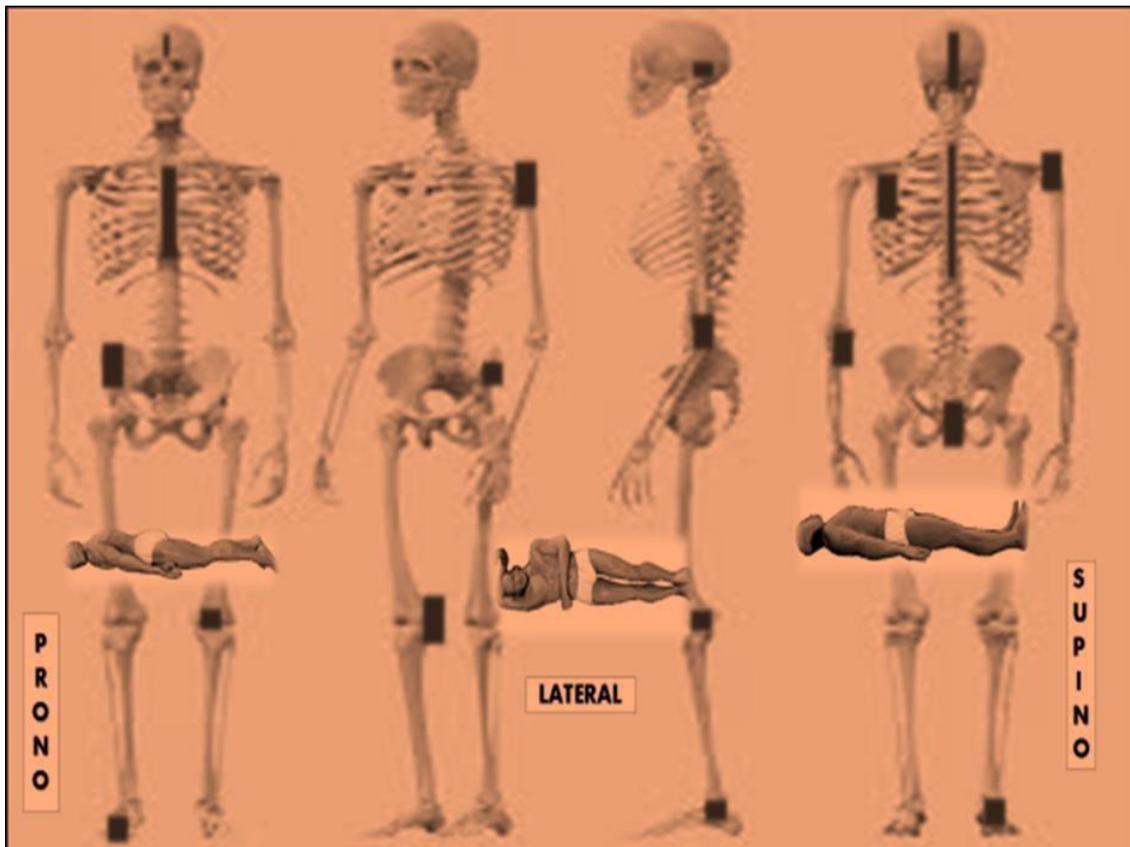
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1. COMPLETAMENTE LIMITADA Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	2. MUY LIMITADA Reacciona sólo 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.	3. LIGERAMENTE LIMITADA Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. SIN LIMITACIONES Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. CONSTANTEMENTE HÚMEDA La piel se encuentra constantemente expuesta al a humedad por: sudoración, orina, etc... Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A MENUDO HÚMEDA La piel esta a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. OCASIONALMENTE HÚMEDA La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. RARAMENTE HÚMEDA La piel está generalmente seca. La ropa de la cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de ropa.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. ENCAMADO/A Paciente constantemente encamado/a.	2. EN SILLA 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.	3. DEAMBULA OCASIONALMENTE 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 en una silla.	4. DEAMBULA FRECUENTEMENTE 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.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. COMPLETAMENTE INMÓVIL Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. 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 sola/o.	3. LIGERAMENTE LIMITADA Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí sola/a.	4. SIN LIMITACIONES Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. MUY POBRE Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne, lácteos.) Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. PROBABLEMENTE INADECUADA Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. 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.	3. ADECUADA Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda naso gástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. EXCELENTE Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1. PROBLEMA Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. PROBLEMA POTENCIAL Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas 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.	3. 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.	

Propiedades psicométricas sobre 22 estudios revisados: fiabilidad interobservador $r = 0.83-0.99$ (no se ofrece valor para el coeficiente Kappa para corregir el efecto del azar); sensibilidad 38.8-100%; especificidad 26-100%; valor predictivo positivo (VPP) 4.5-100%; valor predictivo negativo (VPN) 50-100%; porcentaje de personas correctamente clasificadas 31.4-92%; valor bajo la curva ROC 0.55-0.74. Interpretación: ALTO RIESGO, puntuación total < 12 puntos; RIESGO MODERADO, puntuación total 13-14 puntos; RIESGO BAJO, puntuación total 15-16 puntos si es menor de 75 años, o puntuación total 15-18 puntos si mayor o igual a 75 años.

i Extraídos de: Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006;54(1):94-110. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03794.x

ANEXO 2**LOCALIZACIONES DE UPP**

Las localizaciones más frecuentes de las UPP se corresponden con zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, es decir, zonas del cuerpo que soportan mayor presión.

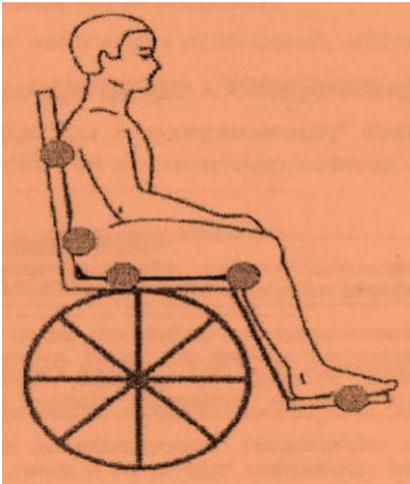


Estas zonas varían dependiendo de la posición del paciente, de tal forma que:

- En DECÚBITO SUPINO: la región sacra, los talones, el coxis, los codos, los omóplatos y la nuca/occipital son las zonas de mayor presión.

En DECÚBITO LATERAL: son los maléolos, los trocánteres, las costillas, los hombros/acromión, las orejas, las crestas ilíacas y la cara interna de las rodillas.

En DECÚBITO PRONO: soportan mayor presión los dedos de los pies, las rodillas, los genitales masculinos, las mamas, las mejillas, las orejas, la nariz y las crestas ilíacas.



En SEDESTACIÓN: son el isquion, el coxis, los omóplatos, los trocánteres, los talones y los metatarsianos

LOCALIZACIONES “ESPECIALES”.

Existe un tipo especial de UPP producidas por dispositivos diagnósticos o terapéuticos.

Las localizaciones de estas UPP no son las habituales, dependen del tipo de dispositivo de que se trate, si bien las más frecuentes son:

- Nariz: en relación con el uso de sistemas de oxigenoterapia (mascarilla, catéteres nasales), sistemas de ventilación mecánica no invasiva, tubos orotraqueales y sondas nasogástricas.
- Dedos (en adultos): sensor de pulsioximetría
- Orejas: fijación de tubo endotraqueal, gafas o mascarillas de oxígeno
- Tórax y abdomen: pegatinas de electrodos de ECG, fijación de tubos pleurales, drenajes mediastinales, bolsas de colostomía
- Meato urinario: sondas vesicales
- Otras localizaciones con relación a la utilización de accesos vasculares, llaves de triple vía, corsés, sujeciones mecánicas, yesos, férulas, manguitos de presión arterial.

ANEXO 3	Técnica de cambios posturales en cama y en la silla.
----------------	---

Colación de almohadas para el alivio de la presión según la posición corporal de referencia.

Decúbito Supino	Decúbito Lateral	Decúbito Prono	Posición Sentado
Almohada en cabeza.	Almohada a lo largo de la espalda.	Almohada del abdomen para evitar tensión muscular.	Almohada debajo del brazo
Almohada en gemelos, para facilitar el retorno venoso.	Almohada entre las rodillas para evitar roces	Almohada debajo de las piernas para favorecer circulación de retorno.	Almohada debajo de los pies
Almohada en piecera de la cama para evitar el pie equino.	Almohada debajo del brazo.	Almohada debajo de los hombros para bajar tensión muscular.	Almohada en zona lumbar y dorsal
Almohada en trocánter, para evitar la rotación.	Almohada debajo de la cabeza	Almohada detrás de la cabeza	
Almohada debajo de la cabeza.			

Posicionamiento corporal.

Decúbito supino

- La persona está tendida sobre la espalda, con los brazos y piernas en extensión y aproximados al cuerpo, en un plano paralelo al suelo.
- La cabeza y el tronco deben estar a la misma altura, por lo que el cuello debe quedar recto. Debe colocarse una almohada con la altura adecuada (de manera que la cabeza no quede levantada ni caída).
- Los brazos deben colocarse separados del cuerpo, con los codos estirados y las palmas de las manos mirando hacia el cuerpo o hacia arriba, los dedos como si tomaran un vaso. Para que los brazos queden a la altura del pecho se debe colocar una almohada debajo de cada uno de ellos.
- Las piernas deben estar estiradas o con las rodillas ligeramente flexionadas.
- Los pies siempre deben quedar en ángulo recto. Para ello debe colocarse un tope al final de la cama donde apoyar la planta de los pies. También pueden colocarse almohadas a ambos lados de los pies para que miren hacia el techo.

Decúbito lateral izquierdo y derecho

- La persona está tendida sobre un lateral de su cuerpo, en un plano paralelo al suelo. Su espalda está recta. Los brazos están flexionados y próximos a la cabeza. La pierna inferior está en extensión o ligeramente flexionada, y la superior permanece flexionada por la cadera y la rodilla.
- Lado apoyado: el brazo se coloca hacia delante, con el codo doblado y la mano apoyada en la almohada de la cabeza con la palma hacia arriba, o el brazo estirado con la palma de la mano hacia arriba.
- Lado libre: el brazo se coloca hacia delante, con el codo doblado y la palma de la mano hacia abajo. La pierna se colocará doblada hacia delante y con el pie recto mirando hacia delante. Para que brazos y rodillas no choquen debe colocarse una almohada en la espalda para que el cuerpo quede algo inclinado hacia delante y no se caiga hacia atrás.

Decúbito prono

La persona está acostada sobre el abdomen, en un plano paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girando a un lado.

Salvo contraindicaciones, se puede utilizar en los casos en los que hay lesión de espalda, glúteos o cualquier parte posterior del cuerpo.

- Los brazos se colocan estirados a lo largo del cuerpo con la palma de la mano mirando al techo, o en cruz con los codos doblados y palmas apoyadas en la almohada de la cabeza.
- Las piernas estiradas, los pies con una almohada debajo de los tobillos, para que queden en ángulo recto. Colocaremos además, una protección en los pies para evitar los roces.

Posición sentada

– En las piernas, se alternará con la flexión o extensión de las rodillas. Debe colocarse una almohadilla bajo las rodillas y otra bajo los tobillos.

También un tope en la planta de los pies (para que éstos no queden caídos).

- La espalda debe quedar recta, colocando almohadas tras la zona lumbar y dorsal.
- Los brazos pueden quedar sobre el vientre.

Si está sentada en sillón la cabeza quedar apoyada y recta sobre una almohada.

Técnica de cambios posturales en cama.

Precauciones En la realización de los cambios posturales hay que tener presente las siguientes precauciones:

- Comprobar que el estado de la persona permite los cambios posturales y si no existe contraindicación médica iniciarlos lo antes posible.
- Detalle sobre la higiene postural del profesional de la salud.
- Utilizar al máximo el potencial de recursos de la persona.
- Extremar las medidas de seguridad de la persona ante el riesgo de caídas. Uso de barandillas laterales.
- Observar escrupulosamente las técnicas de mecánica corporal.
- Higiene de las manos y uso de guantes.
- Evitar el arrastre.
- Realizar los cambios posturales reduciendo las fuerzas tangenciales o de cizalla.
- Elevar a la persona utilizando una sábana, zalea o aparatos auxiliares.
- Evitar en lo posible apoyar directamente a la persona sobre sus lesiones y el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar colocar a la persona sobre prominencias óseas que ya presenten eritemas no blanqueables (UPP categoría I).
- Vigilar la posición correcta de las articulaciones para evitar contracturas, deformidades y rigidez.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- En decúbito lateral, no sobrepasar los 30° de inclinación.
- Si es necesario que el paciente se siente en la cama, evitar la elevación de la cabecera de la cama y una posición de hombros caídos que provoque presión y cizalla en el sacro y el coxis.

Movilización de la persona con una zalea.

1. Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.
2. Para esta técnica nos ayudaremos de una “zalea” que es una sábana doblada en su largo a la mitad.

3. Se colocará la sábana zalea por debajo de la persona, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
4. Se colocará a la persona en decúbito lateral, lo más próxima a un borde de la cama y metiendo la zalea por el lado contrario, luego se la girará al otro lado sacando la parte de la mima que falta de colocar.
5. Una vez colocada la zalea, se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Técnica para colocar a la persona en decúbito supino

1. Poner la cama en posición horizontal y colocar una sábana zalea.
2. Desplazar a la persona al centro de la cama con ayuda de la zalea.
3. Colocar bajo la cabeza una almohada, de modo que el cuello quede recto, alineado con la columna pero no hiperextendido.
4. Situar los brazos a lo largo del cuerpo, con los codos ligeramente flexionados o colocados encima del abdomen.
5. Colocar las muñecas en posición neutral, en actitud natural de descanso.
6. Levantar los talones un poco por encima del colchón, utilizando una almohada pequeña.
7. Colocar los pies formando un ángulo de 90° con las piernas, utilizando férula antiequino, si procede.
8. Para prevenir las UPP: situar una almohada a nivel de la curvatura lumbar, dejando libre la zona escapular y sacra y otra bajo los muslos por encima del arco poplíteo.
9. Comprobar que la persona está cómoda y colocar barandillas laterales si precisa.

Técnica para subir al paciente hacia la cabecera de la cama

Hay personas que pueden tener elevada la cabecera de la cama (no más de 30°). Sin embargo, al cabo del tiempo suelen resbalar hacia la mitad o hacia los pies, siendo necesario moverlas hacia arriba para mantener una buena alineación corporal y mantener la comodidad.

MOVILIZACIÓN CON COLABORACIÓN DE LA PERSONA Si la persona se encuentra bastante ágil, puede realizar ella este movimiento explicando previamente el procedimiento a la persona y solicitando su colaboración. Se requiere solamente una persona para realizar los cambios posturales.

1. Poner la almohada contra la cabecera de la cama, si la persona puede estar sin ella. Así se evitará que se golpee la cabeza contra la parte superior de la cama o la pared en el momento de subirlo.
2. Nos colocamos junto a la cama de la persona, frente a ella y a la altura de su cadera.
3. Pedir a la persona que se agarre a la cabecera de la cama, flexione sus rodillas, coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama.
4. Colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas de la persona.
5. Solicitar a la persona que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse.
6. Es entonces cuando quien movilice debe ayudar a la persona a subir hacia la cabecera de la cama.
7. Reordenar la cama, colocarle la almohada bajo la cabeza y los hombros de la persona, y comprobar que está cómoda y con buena alineación corporal.
8. Colocar almohadas para el alivio de la presión.

MOVILIZACIÓN SIN COLABORACIÓN DE LA PERSONA Realizar el cambio entre dos personas.

1. Cada persona se coloca a un lado de la cama.
2. Debemos colocar los pies separados, así como las rodillas ligeramente flexionadas.
3. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada de la persona.

4. Quienes realizan el cambio introducen un brazo por debajo del hombro de la persona y el otro debajo del muslo. Sujetan a la persona y la levantan con cuidado hasta llevarla a la posición deseada.

Movilización de la persona hacia un lateral de la cama.

1. Quien realiza el cambio se coloca en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar a la persona.
2. Colocar un brazo debajo del hombro de la persona, sujetándola sobre la axila opuesta.
3. Colocar el otro brazo por debajo de la cadera, desplazándola hacia la otra cadera.
4. Si la persona es corpulenta debe realizarse entre dos personas.
5. Movilizarla con cuidado a la posición deseada.

Cambio de decúbito supino a decúbito lateral

1. Preparar el equipo necesario: almohadas, cojines, etc.
2. Retirar almohadas y destapar a la persona, procurando cuidar su intimidad.
3. Desplazar a la persona con la ayuda de la sábana entremetida hacia el lado contrario del que se le va a colocar.
4. Colocarla lateralmente, situando una almohada en la espalda para mantener la posición. La cabeza debe apoyarse sobre otra almohada, manteniendo la alineación con la columna.
5. Extenderle la pierna inferior en línea recta con la espalda y los hombros.
6. Flexionarle la pierna superior por la cadera y la rodilla y apoyarla sobre una almohada que vaya desde la parte superior del muslo hasta la pantorrilla.
7. Colocarle el brazo inferior en rotación externa.
8. El brazo superior se colocará con el codo en flexión, si es posible encima de una almohada.
9. Se colocan las almohadas o cojines necesarios para mantener la posición adecuada y el ángulo correcto de inclinación, observando la buena alineación corporal y el bienestar del paciente.
10. Colocar barandas laterales.

Cambio de decúbito supino a decúbito prono.

(No aplica para pacientes críticos, en áreas de Terapia intensiva se deberá utilizar el protocolo Institucional de posicionamiento del paciente en decúbito prono)

1. Colocar a la persona en esta postura con ayuda de una sábana zalea.
2. Colocar la cabeza lateralizada, apoyada sobre una almohada y alineada con el resto del cuerpo.
3. Colocar los brazos separados del cuerpo con los codos flexionados descansando las palmas de las manos sobre la cama.
4. Las extremidades inferiores deben estar extendidas y se recomienda que los pies cuelguen al final del colchón para prevenir el equinismo.
5. Siempre que sea necesario hay que utilizar almohadas en hombros, abdomen, muslos y piernas para disminuir la presión en las prominencias óseas.

Cambio de decúbito a sedestación. Criterios de correcto posicionamiento en sedestación:

- La sedestación estable es uno de los parámetros más importantes a conseguir tanto en un sillón como en una silla de ruedas, para ello es necesario disponer de soportes externos como el reposabrazos y el reposapiés.
- La posición de estabilidad se consigue teniendo la cabeza y el cuello en posición vertical, las caderas flexionadas 100°, los muslos en ligera abducción (separación) y los hombros en ligera rotación interna. Para mantener esta postura es necesario que los brazos y los pies se apoyen y que la espalda se incline ligeramente hacia atrás.
- Para prevenir la aparición de UPP es muy importante la distribución de la presión y esto va unido a la estabilidad.

- Existen recomendaciones generales sobre las estructuras de la silla que intervienen para conseguir una correcta sedestación: asiento, respaldo, reposabrazos, reposapiés y cojín o almohadón.

Técnica de paso de la cama a la silla o sillón.

La técnica puede ser efectuada por una persona, dos personas o con ayuda mecánica. Tras los primeros pasos, comunes a las demás movilizaciones, se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Mover a la persona hacia la orilla de la cama.
2. Colocar la cama en posición de Fowler.
3. Sujetar con una mano el hombro más lejano de la persona a movilizar (pasando el brazo por detrás de su cabeza), y con la otra sus piernas (colocando el brazo por encima de las rodillas).
4. Elevar y rotar su cuerpo, en un solo movimiento, hasta que quede sentada en la orilla de la cama, con las piernas colgando.
5. Si se quiere levantarla para la deambulación o para sentarla:
 - a. Colocación frente a ella, con las caderas flexionadas y las rodillas pegadas a las suyas, bloqueando sus pies con los nuestros.
 - b. Se pasan los brazos a su espalda por debajo de las axilas.
 - c. Se invita a la persona a que intente levantarse y, en ese momento se tira hacia arriba hasta colocarle de pie.
6. Si se quiere sentar, se realizará un giro de 90° en bloque y simultaneo al ponerlo en pie, quedando la persona sentada. Previamente se debe haber colocado la silla de ruedas o sillón paralelo a la cama.

Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas o al sillón.

1. Fijar las ruedas. Si aun así hay peligro de que la silla se mueva hará falta la participación de dos personas, una de las cuales sujetará la silla por el respaldo para evitar su movimiento.
2. Si la cama está muy alta se colocará un escalón que sea firme y que tenga una superficie suficiente para que el enfermo se mueva sin caerse.
3. La persona se sentará al borde de la cama. Si no puede hacer sola los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama se le ayudará de la manera indicada previamente.
4. La silla se coloca con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma.
5. Quien realiza el cambio se coloca frente a la persona con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro.
6. La persona pone sus manos en los hombros de quien realiza el cambio mientras éste la sujeta por la cintura.
7. La persona pone los pies en el suelo y quien moviliza sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente de la persona para que no se doble involuntariamente.
8. Quien moviliza gira junto con la persona y, una vez colocada frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que la persona pueda bajar y sentarse en la silla. Cuando la silla no es de ruedas se procede en la misma forma, pero el peligro de que la silla se mueva es inferior.

Técnica de cambios posturales en silla

1. Coloque a la persona de modo que realice todas las actividades que pueda.
2. Elija una postura que sea aceptable y minimice las presiones y cizallas ejercidas sobre la piel y los tejidos blandos.
3. Coloque dispositivos de alivio de la presión: almohadón, almohadas o toallas.
4. Coloque los pies del individuo sobre un banquito para los pies o un reposapiés cuando los pies no alcancen el suelo.
5. Limite el tiempo en sedestación sin alivio de la presión.
6. Indique la necesidad de realizar movimientos de propulsión hacia arriba o laterales con una frecuencia de 15-30 minutos.

ANEXO 4**Clasificación y criterios de asignación de SEMP****Clasificación de las SEMP**

Según sus propiedades y características pueden clasificarse en:

Según el tipo de dispositivo.

Sobrecolchón (colchoneta, cobertor). Este dispositivo se coloca encima de otro colchón que forma junto con la cama una unidad. La composición de este dispositivo es diversa. Desde aire, gel, silicona, poliuretano, agua.

Colchón de reemplazo. Dispositivo que reemplaza a uno ya existente, A diferencia de los sobrecolchones son más difíciles de almacenar y normalmente están integrados en una cama.

Cojín o almohadón. Dispositivo ideado para ser colocado en una silla para redistribuir la presión.

Camas especiales. Serían camas que tienen unas atribuciones especiales que les hacen diferentes a las anteriores familias. La cama y el colchón forman una unidad integrada que no se puede separar. Por ejemplo, las camas rotatorias o las camas fluidificadas.

Según el modo de actuación.

Estáticas. Son aquellas SEMP que no realizan movimientos por sí mismas. Sus propiedades de redistribución se deben a las características de su contenido. Este contenido es muy diverso y se pueden crear combinaciones de diferentes materiales en búsqueda de una mejor redistribución. Esta familia necesita que se produzca una energía externa para realizar cambios de presión en la piel del sujeto.

Mixtas. Definidas como aquellas SEMP que, debido a su contenido, son capaces de realizar cambios en la distribución de la presión por sí mismas. Se diferencian de las dinámicas en que necesitan la aplicación de una energía para que puedan realizar esa distribución y que no tienen ningún motor para ello. Se diferencian de las estáticas en que la aplicación de una energía permite que la SEMP siga moviéndose a pesar de que la energía externa haya cesado. Como ejemplos encontramos las SEMP de agua, o las SEMP con núcleos de estructura amorfa (muelle, espiral, receptáculos de aire).

Dinámicas. Son SEMP que permiten variar de forma continua los niveles de presión entre la superficie del dispositivo y la piel de la persona sin que exista una aplicación de energía externa del paciente (paciente inmóvil) o de otra persona externa (cambios posturales). Esta SEMP redistribuye su contenido (agua o aire) según unos ciclos de tiempo, llamados ciclos de alternancia. El contenido de la SEMP se encuentra en unos receptáculos (llamados celdas) que se hinchan y deshinchan según los ciclos de alternancia prefijados en un motor. Estos ciclos permiten que la presión en las zonas anatómicas de riesgo vaya variando según las presiones máximas y mínimas, según el índice de alivio de la presión (IAP) y según las presiones medias. Esta familia de SEMP tiene dos elementos fundamentales: los receptáculos (celdas) y el motor.

Fluidificadas o de flotación. Son SEMP donde el paciente se encuentra prácticamente suspendido en el aire. Su actuación se debe al impulso de unas microesferas cerámicas sobre el cuerpo mediante grandes ventiladores.

Permiten que el paciente tenga presiones hidrostáticas (como si estuviera dentro del agua), consiguiendo valores mínimos de presión (entre 10 y 20 mmHg). Se ha de tener monitorizada la temperatura corporal (por pérdida excesiva de calor) y controlar el metabolismo basal

Rotatorias. Son SEMP integradas en una cama que tiene la posibilidad de realizar rotaciones laterales o, incluso, colocar al paciente en decúbito prono (180º).

Tienen un módulo informatizado que realiza los cambios de lateralización según un programa prefijado (grados de lateralización, secuencia temporal, etc.). Estos cambios pueden ser manuales o automatizados. Algunas SEMP, además, tienen modalidades de terapia pulsátil indicada para tratamientos de drenaje de secreciones.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Según sus prestaciones.

Con ventilación por flujo de aire. Son sistemas que permiten el paso de una corriente de aire a través de su interior (normalmente entre la funda y el núcleo de la SEMP) y que permite que los líquidos (sudor, orina, etc.) derramados en la superficie de la SEMP puedan ser evaporados con mayor facilidad. Esta característica es muy útil también para el manejo térmico del paciente. Decimos que una SEMP tienen ventilación por flujo de aire, cuando esta aireación es activa y producida desde un motor o sistema eléctrico. Como ejemplo tenemos las SEMP de baja pérdida de aire (*Low air loss*)

Sin ventilación. Son SEMP que no tienen sistema de aireación activo. La estructura de su núcleo tiene huecos que permiten la aireación –célula abierta o porosidad-.

Sistemas con posibilidad de manejo térmico. Son sistemas que permiten al profesional cambiar la temperatura de la SEMP para favorecer el incremento o el descenso de la temperatura corporal de la persona que se encuentre encima de la SEMP. Son sistemas activos que mediante el paso de aire frío o caliente a través de una serie de conductos o mediante el enfriamiento/calentamiento del agua contenida en una serie de receptáculos de la SEMP, permite el cambio de temperatura corporal. Este tipo de sistemas son muy útiles en unidades donde el patrón de inestabilidad clínica del paciente se repite e impide que termoregule adecuadamente.

Sistemas sin posibilidad de manejo térmico. Son SEMP que no tienen el sistema activo anterior descrito. En este grupo entrarían aquellas SEMP estáticas de célula abierta (en el caso de los poliuretanos) o con una estructura con huecos que facilitan la aireación (agujeros en colchón de látex).

SEGÚN INTEGRACIÓN CAMA/SILLA

Sistemas de uso simultáneo cama-sillón. Son aquellas SEMP que permiten a la persona situarse como en un colchón o como en una silla, dependiendo de las necesidades de cada momento. Serían las SEMP dinámicas que reconocen la modalidad de sedestación y siguen realizando su función de redistribución de la presión. Con este sistema no es necesario trasladar a una persona de la cama a la silla. También son SEMP que integran cama/silla las que combinan dos elementos, un cojín y un colchón que pueden usar el mismo compresor de aire.

Sistemas de uso específico cama o sillón. Son SEMP diseñadas específicamente para usarse en una cama o en un sillón pero ambas no pueden usarse simultáneamente o no utilizan el mismo compresor de aire (en el caso de las dinámicas) o su uso no está pensado para combinarse.

Según la tecnología: alta tecnología vs baja tecnología.

Esta clasificación se basa en la aplicación de tecnología más o menos complicada en el diseño y utilización de las SEMP.

Baja tecnología	Alta Tecnología
Colchones de espuma estándar	Colchones/sobrecolchones/cojines de presión alterna
Colchones/sobrecolchones de espuma alternativa	Camas de aire líquido
Sobrecolchones de piel de cordero	Camas de baja pérdida de aire.
Colchones/sobrecolchones/cojines de gel.	Camas rotatorias.
Colchones/sobrecolchones/cojines de fibra.	
Colchones/sobrecolchones/cojines de aire.	
Colchones/sobrecolchones/cojines de agua	
Colchones/sobrecolchones/cojines de gránulos.	

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

Según categorías (NPUAP 2007)

Superficie de soporte reactivo (*Reactive support surface*): Una superficie de apoyo con motor o sin él, con la capacidad de modificar sus propiedades de distribución de la carga sólo en respuesta a la carga aplicada

Superficie de soporte activo (*Active support surface*): una superficie eléctrica –con motor– con la capacidad de cambiar las propiedades de distribución de su carga independientemente de que se aplique o no una fuerza.

Sistema de cama integrada (*Integrated bed system*): SEMP y cama están combinadas en una sola unidad, donde ninguna puede funcionar sin la otra.

No eléctrico (sin motor) (*Non-powered*): cualquier superficie de soporte que no utilice energía externa para funcionar.

Eléctrico (Powered): cualquier superficie de soporte que necesite energía externa para funcionar.

Sobrecolchón (Overlay): una superficie de soporte adicional diseñada para estar encima de otra superficie.

Colchón (Mattress): una superficie de apoyo diseñada para estar encima de un somier de cama.

Asignación de SEMP según EVRUPP y presencia/gravedad de las UPP.

Riesgo	SEMP	Severidad UPP	SEMP
Sin riesgo	Colchón estático	Sin UPP	Colchón estático
Bajo	Sobrecolchón/Colchón estático de alta especificación	Categoría I	Sobrecolchón/Colchón estático de alta especificación, Sobrecolchón dinámico
Medio	Sobrecolchón/Colchón mixto de alta especificación. Sistemas dinámicos	Categoría II	Sobrecolchón/Colchón mixto de alta especificación. Sistemas dinámicos
Alto	Colchones de reemplazo Sobrecolchones dinámicos de grandes prestaciones Sobrecolchones de Baja pérdida de aire (low air loss), Sistemas de flotacion Camas fluidificadas o rotatorias.	Categoría III	Colchones de reemplazo Sobrecolchones dinámicos de grandes prestaciones
		Categoría IV o Multiulcerado o Sin posibilidad de cambios posturales	Colchones de reemplazo Sobrecolchones dinámicos de grandes prestaciones Sobrecolchones de Baja pérdida de aire (low air loss) Sistema de flotacion Camas fluidificadas o rotatorias.
SIEMPRE SE DEBEN REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES SI SON POSIBLES			

Al momento de asignación de una SEMP se deberá tener en cuenta:

- Riesgo de desarrollar UPP. Uso de EVRUPP.
- Nivel de movilidad en la cama. Es decir, hasta qué punto el paciente puede moverse en la cama y si puede o es capaz de levantarse de la cama,
- Presencia de UPP. Hacemos referencia, no solo a la gravedad o severidad, sino también a la localización, superficie y número de lesiones.
- Gravedad de la enfermedad -y grado de cronicidad del paciente-
- Características físicas. Que incluyen la edad, género, tipo de piel y antropometría.
- Contexto social, económico, familiar o educacional. Con respecto a la colaboración que podemos encontrar en el entorno del paciente
- Características de las SEMP
- Comodidad del paciente. Algunos pacientes encuentran incómodas las superficies de apoyo
- Necesidad de gestión del microclima. Algunas superficies de apoyo ayudarán directamente a la gestión del calor y la humedad,
- Ámbito de la atención. Algunos sistemas integrados de cama no son adecuados para su utilización en domicilios debido a su peso y la necesidad de una fuente de energía alternativa, por ejemplo, un generador, en caso de pérdida de energía eléctrica.

Fuente:

Rodriguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

ANEXO 5**Índice de medida RESVECH 2.0**

ÍTEM	MEDIDA 0 FECHA:	MEDIDA 1 FECHA:	MEDIDA 2 FECHA:	MEDIDA 3 FECHA:	MEDIDA 4 FECHA:
1. Dimensiones de la lesión: 0. Superficie = 0 cm ² 1. Superficie <4 cm ² 2. Superficie = 4 - <16 cm ² 3. Superficie = 16 - <36 cm ² 4. Superficie = 36 - <64 cm ² 5. Superficie = 64 - <100 cm ² 6. Superficie ≥ 100 cm ²					
2. Profundidad/Tejidos afectados 0. Piel intacta cicatrizada 1. Afectación de la dermis-epidermis 2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del músculo) 3. Afectación del músculo 4. Afectación de hueso o tejidos anexos (tendones, ligamentos, cápsula articular o escara negra que no permite ver los ejidos debajo de ella)					
3. Bordes 0. No distinguibles (no hay bordes de herida) 1. Difusos 2. Delimitados 3. Dañados 4. Engrosados (“envejecidos”, “evertidos”)					
4. Tipo de tejido en el lecho de la herida 4. Necrótico (escara negra seca o húmeda) 3. Tejido necrótico o esfacelos en el lecho 2. Tejido de granulación 1. Tejido epitelial 0. Cerrada/cicatrización					
5. Exudado 3. Seco 0. Húmedo 1. Mojado 2. Saturado 3. Con fuga de exudado					
6. Infección/inflamación (signos-biofilm) 6.1. Dolor que va en aumento Sí=1 No=0 6.2. Eritema en la perilesión Sí=1 No=0 6.3. Edema en la perilesión Sí=1 No=0 6.4. Aumento de la temperatura Sí=1 No=0 6.5. Exudado que va en aumento Sí=1 No=0 6.6. Exudado purulento Sí=1 No=0 6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad Sí=1 No=0 6.8. Herida estancada, que no progresa Sí=1 No=0 6.9. Tejido compatible con Biofilm Sí=1 No=0 6.10. Olor Sí=1 No=0 6.11. Hipergranulación Sí=1 No=0 6.12. Aumento del tamaño de la herida Sí=1 No=0 6.13. Lesiones satélite Sí=1 No=0 6.14. Palidez del tejido Sí=1 No=0 ¡SUME LA PUNTUACIÓN DE CADA SUB-ÍTEM!					
PUNTUACIÓN TOTAL (Máx.=35, Mín.=0)					

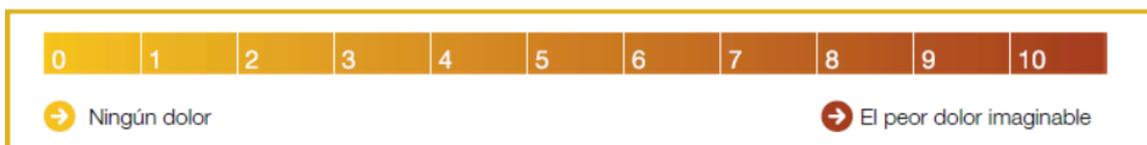
Propiedades psicométricas: fiabilidad mediante consistencia interna con una α de Cronbach de 0'63 y una α de Cronbach basada en elementos tipificados de 0'72; validez de contenido con un Índice de Validez de Contenido para el total de la escala superior a 0'9.

Fuente: Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Consejería de Salud Valenciana 2012.

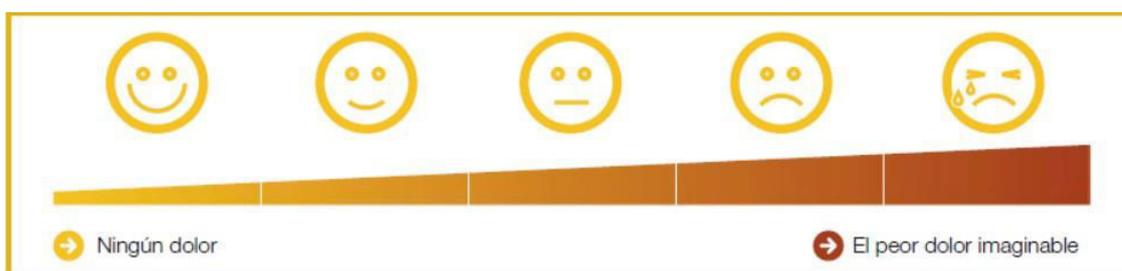
ANEXO 6**Escalas para valoración del dolor.**

En la actualidad disponemos de distintas escalas para cuantificar el dolor. Las escalas dirigidas a explorar el dolor de los pacientes se han convertido en una medida cuantificable y práctica, si bien se trata aún de una forma de medición individual, ya que no se comparan unos pacientes con otros, sino con su propia escala y en diferentes momentos de su evolución. Entre ellas están:

- **La escala numérica.** Se trata de una escala donde el paciente asigna una puntuación del "cero al diez" a la intensidad de su dolor, donde el cero es la no existencia de dolor y el diez el peor dolor imaginable.



- **La escala visual analógica (EVA).** El paciente nos señala sobre una línea continua el punto que mejor describe la intensidad del dolor que siente. Dicha línea tiene su origen en la ausencia del dolor y finaliza en el peor dolor imaginable y va acompañada por la imagen gráfica que podría representar dichas situaciones



Fuente: Fogh Karsten, et.al Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas. Guía de consulta.

ANEXO 7**TIPOS DE DEBRIDAMIENTO**

Por su frecuencia en la utilización en nuestro medio, ampliaremos aspectos sobre algunos de estos métodos de desbridamiento:

Desbridamiento quirúrgico

Es la retirada completa del tejido necrótico y desvitalizado. Normalmente son resecciones amplias que implican la retirada de tejido necrótico y parte del tejido sano, pudiendo provocar sangrado. Generalmente se realiza en una sola sesión por un cirujano, en quirófano o sala quirúrgica bajo alguna técnica anestésica o de sedación.

Es el sistema más rápido para retirar los tejidos no viables, pudiendo mejorar el aporte sanguíneo de la zona de forma inmediata. Está indicado ante escaras gruesas, muy adherentes, tejido desvitalizado de lesiones extensas, profundas, muy exudativas, de localizaciones especiales y con signos de celulitis o sepsis.

Desbridamiento cortante.

Reservamos el concepto de desbridamiento cortante al que normalmente realiza la enfermera a pie de cama, retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable. Se realiza con instrumental estéril y también en este caso habrán de extremarse las medidas de asepsia, dado que es una fase de especial proliferación bacteriana.

El abordaje más correcto del tejido desvitalizado por procedimientos cortantes es comenzar por la zona más débil, generalmente la central, y liberar lo antes posible uno de los bordes por donde continuar la retirada paulatina de los tejidos no viables hasta encontrar un territorio sano y por tanto viable.

Es un método rápido y selectivo que permite combinarse con otros métodos (enzimáticos, autolítico,...)

Está indicado ante tejido necrótico, desvitalizado o zonas de hiperqueratosis, seco o con exudado abundante, con sospecha de elevada carga bacteriana o signos clínicos de infección o celulitis, que no estén localizadas en las áreas anatómicas de atención. Sus principales problemas se relacionan con el dolor, el riesgo de sangrado, la posibilidad de introducir gérmenes en tejidos profundos y el estrés para el paciente.

En los pacientes con alto riesgo de sangrado (con coagulopatias o anticoagulantes) no se aconseja la realización del desbridamiento cortante hasta la modificación del riesgo por consulta con médico especialista.

Cuando se haya de desbridar tejido esfacelado se evitará arrancar el tejido ya que existe riesgo de lesionar el tejido sano sobre el que está anclado.

Para realizar el desbridamiento cortante es necesario instrumental y técnica estéril.

Desbridamiento enzimático.

Este sistema está basado en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papaína-urea, etc.), que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina. La destrucción de leucocitos dentro del proceso de cicatrización, produce una liberación natural de enzimas proteolíticas (proteasas), que ayuda a la separación del tejido necrótico.

Es un método selectivo, que actúa en un tiempo menor que los métodos autolítico y mayor que el cortante, siendo combinable con otros métodos.

Es recomendable proteger la piel periulceral cuando vaya a ser utilizada -por el riesgo de maceración y escoriación- y aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

Su acción puede ser neutralizada si entra en contacto con algunas soluciones jabonosas, metales pesados y algunos antisépticos.

El desbridamiento enzimático parece ser más rentable (coste-efectivo) que el autolítico y el mecánico con gasa seca.

Existen evidencias científicas que indican que la colagenasa favorece el desbridamiento y el crecimiento de tejido de granulación.

Desbridamiento autolítico.

El desbridamiento autolítico ocurre de forma natural en todas las heridas. Los fagocitos presentes en el lecho de la lesión, junto a macrófagos y enzimas proteolíticas, licuan y separan los tejidos necróticos, estimulando la granulación del tejido. Esta auto digestión de los tejidos desvitalizados se propicia con la aplicación de cualquiera de los apósitos concebidos en el principio de cura en ambiente húmedo.

Es destacable el papel que ocupan en este proceso de detersión los hidrogeles, especialmente en estructura amorfa, compuestos por medios acuosos (el contenido de agua oscila entre el 70 y el 90 %), sistemas microcristalinos de polisacáridos y polímeros sintéticos muy absorbentes. Estos materiales aportan

la hidratación necesaria para que el tejido desvitalizado se someta al proceso fisiológico de desbridamiento. Es un método de elección cuando no pueden ser utilizadas otras fórmulas y muy favorecedor en combinación con desbridamiento cortante y enzimático. Es el método más selectivo, atraumático y no doloroso. Generalmente es bien aceptado por el paciente. No requiere habilidades clínicas especiales.

Presenta una acción más lenta en el tiempo. Su uso inadecuado puede provocar maceración de la piel perilesional.

Desbridamiento osmótico.

El desbridamiento osmótico se consigue a través del intercambio de fluidos de distinta densidad, mediante la aplicación de soluciones hiperosmolares o de apósitos de poliacrilato activados con soluciones hiperosmolares. Es un método selectivo, aunque su principal inconveniente es que requiere cambios de apósito cada 12-24 horas. La evidencia sobre su efecto está basada en estudios descriptivos y opinión de expertos.

Desbridamiento Mecánico.

Son técnicas en desuso al existir alternativas con menor riesgo de afectación del lecho ulceral. Son traumáticas y no selectivas. Actúan sobre los tejidos de la herida utilizando la abrasión mecánica.

En este grupo se incluyen distintos métodos, tales como los apósitos de húmedos a secos, la irrigación continua a presión, el baño de remolino y el frotamiento del lecho ulceral.

Fuente: DOCUMENTO TÉCNICO N° IX- GNEAUPP DESBRIDAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS.

ANEXO 8**APOSITOS Y PRODUCTOS DE CURA.****APOSITOS HIDROCOLOIDES**

Composición: Compuestos principalmente por la carboximetilcelulosa-sódica, sustancia no reabsorbible que absorbe agua por mediación del ion sodio con un aumento de su volumen, aplicado en forma de apósitos en una matriz hidrocoloide donde está la carboximetil-celulosa-sódica y en algunos casos también compuesta por elastómeros y sustancias adhesivas que incluyen gelatina y pectina.

Propiedades o Mecanismo de acción: Tienen capacidad autolítica para la necrosis de los tejidos. Baja capacidad de absorción y retención de exudados (excepto la presentación en hidrofibra), creando un gel ácido de olor y color característicos.

Presentación: Los apósitos hidrocoloides se presentan de manera estéril, en forma laminar (placa) con presencia de reborde o sin reborde y no laminar (gel o pasta). Las formas en placa pueden ser: cuadradas, rectangulares, ovales y anatómicas (sacro, talón). Son utilizados como apósitos primarios o secundarios.

En hidrofibra (con o sin combinación de plata) presenta una mayor capacidad de absorción, de fácil aplicación en úlceras profundas y cavitadas. Se retira de una pieza al convertirse en gel en contacto con la humedad y exudado; requiere de apósito secundario.

APOSITOS PELICULA TRANSPARENTE

Composición: Apósitos laminares transparentes de poliuretano semipermeable, con o sin tejido, sin tejer en parte del apósito y con una capa de adhesivo. Propiedades elastoméricas y extensibles. Permeables al vapor de agua y a los gases.

Presentación: Se presentan de manera estéril, adhesiva, en forma laminar. Las formas pueden ser: cuadradas, rectangulares u ovales. Se utilizan como apósitos primarios y, principalmente, secundarios.

HIDROGELES

Composición: Geles polímeros hidrófilos compuestos por agentes humectantes con alto contenido de agua en su composición (del 70 al 90%), junto a otros excipientes de alta capacidad hidratante, tales como: la carboximetilcelulosa sódica, pectina, glicerol, Cloruro Sódico (ClNa), ringer, alginatos, polietilenglicol (PEG), ácidos grasos esenciales, algunos contienen alginato de calcio.

Indicación: Heridas y úlceras de cualquier etiología en la fase infl amatoria favoreciendo el desbridamiento autolítico. Heridas y úlceras poco exudativas, en fase de granulación y epitelización favoreciendo un entorno idóneo para que se produzca la CAH. Aplicable tanto en lesiones planas como para relleno de heridas cavitadas. No es recomendable en lesiones muy exudativas para evitar la maceración.

Propiedades o Mecanismo de acción: Favorecer los procesos de desbridamiento autolítico y evitar la formación de escaras en la fase infl amatoria. Proporcionan la humedad necesaria para favorecer el proceso natural de cicatrización en las fases de granulación y epitelización. No son agresivos para el tejido de granulación y alivian el dolor del lecho de la úlcera.

Presentación: Se presentan en gel amorfo y en forma laminar o de apósito y estériles. Se utilizan como apósitos primarios y siempre necesitan un apósito secundario.

ALGINATOS DE CALCIO

Composición: Componente principal es el alginato cálcico: polisacáridos naturales y derivados de las algas marinas, con gran capacidad de absorción debido a su intercambio iónico parcial.

Propiedades o Mecanismo de acción: Las fi bras de alginato absorben el exudado de la herida transformándose rápidamente en un gel. Forman un gel hidrofílico no adherente en contacto con las sales de sodio contenidas en la sangre y en el exudado de la herida. Este gel formado es húmedo e hidrófi lo y rellena la herida con el fi n de crear un ambiente húmedo adecuado que favorece la cicatrización y actúa como una barrera contra la contaminación. El gel permite

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

la retirada no traumática del apósito sin dañar el tejido neoformado. En contacto con una herida sangrante (en sábana) los apósitos de alginato favorecen la hemostasia
 Presentación: Se presentan de manera estéril, en forma cuadrada o rectangular, en cinta y mecha. Se utilizan como apósitos primarios. Pueden estar combinados con carboximetilcelulosa, con platas. Requiere de apósito secundario.

APOSITOS DE ESPUMA

Composición: Compuestos principalmente por una capa de espuma de poliuretano hidrofílica y de celdas abiertas que contacta directamente con la herida y que, en la mayoría de los casos, cuenta con una capa exterior protectora. Pueden estar solas o estar en combinación de capas con otros materiales y tener o no borde adhesivo.

Propiedades o Mecanismo de acción: Altamente absorbentes y expansibles. No dejan residuos. Su capacidad de absorción dependerá del grosor o composición de la misma. La capa externa del apósito es semipermeable, impermeable al agua y líquidos hidrofóbica) y permeable al vapor de agua y al oxígeno.

APOSITOS CON PLATA

Composición: Compuestos en diferentes porcentajes de ion plata iónica (Ag⁺). Con plata nanocristalina. Con sales de plata. Con partículas de plata. Con sulfadiacina argéntica.

Propiedades o Mecanismo de acción: El mecanismo de acción de la plata está estrechamente relacionado a la interacción de los iones plata con grupos sulfhidrilo (-SH), y esta actividad antimicrobiana (acción bactericida/bacteriostática demostrada) va a depender de la acumulación intracelular de bajas concentraciones de iones plata, que interactúan con las enzimas, proteínas y ácidos nucleicos produciendo cambios estructurales en la pared celular bacteriana, membranas y ácidos nucleicos afectando su viabilidad.

Presentación: En malla con carbón activado; láminas de plata nanocristalina; con fibra de hidrocoloide; con espuma de poliuretano; en tul y en pomada.

APOSITOS DE SILICONA

Composición: Apósitos formados por un capa de suave silicona en contacto con la piel.

Propiedades o Mecanismo de acción: La naturaleza hidrofóbica de la cubierta de silicona aporta microadherencia selectiva, es decir, no se adhiere al lecho de la herida en la retirada, pero se adhiere muy suavemente a la piel seca perilesional

APOSITOS DE CARBON ACTIVADO

Composición: Apósitos de composición variada, cuyo elemento principal es carbón activado en una matriz, que puede estar compuesta por distintos materiales.

Propiedades o Mecanismo de acción: Capacidad adsorbente del olor.

APOSITOS DE CURA CON POLIHEXAMETILENO BIGUANIDA

Composición: Apósitos con PHMB (Polihexametileno biguanida).

Propiedades o Mecanismo de acción: El PHMB es un polímero bactericida. Este ataca a las bacterias del apósito (se une a la membrana fosfolipídica exterior de la bacteria y la destruye).

Presentación: Apósitos con PHMB: En espuma de poliuretano, gasa de algodón, malla de poliamida, gel, solución para limpieza.

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE
 “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS”.
 MINISTERIO DE SALUD - DE.CA.SE.PA.

APÓSITOS DE CURA CON Cloruro de diaquilcarbamilo DACC

Composición: compuestos de un tejido revestido con cloruro de diaquilcarbamilo.
 Propiedades o Mecanismo de acción DACC, una sustancia fuertemente hidrófoba, que permite una adhesión rápida y efectiva de los microorganismos. Su mecanismo de acción se basa en el efecto físico de la interacción hidrófoba. Los gérmenes poseen propiedades hidrófobas, por lo que se quedan adheridos de forma irreversible a las fibras del apósito y son retirados con cada cambio del mismo.
 Presentación: en malla, con capa absorbente, en mecha

APOSITOS IMPREGNADOS

Composición: Apósito con soporte de malla de poliéster, acetato de celulosa, poliamida u otros, normalmente impregnados en diversas emulsiones (impregnación de vaselina estéril o petrolato, vaselina de hidrocoloide, lípido-coloide flexible, lípido neutro, bálsamo del Perú, siliconas, aceite de ricino).
 Indicación: Especialmente indicados cuando el exudado de la herida es escaso y el riesgo de adherencia del apósito al lecho es elevado.
 Propiedades o Mecanismo de acción: Debido a la emulsión que impregna la malla, se evita la adherencia de apósitos secundarios al lecho de la herida, permitiendo una retirada del apósito menos dolorosa.
 Presentación: Los apósitos en malla se presentan de manera estéril, en forma laminar. Se utilizan como apósitos primarios.

PELÍCULAS BARRERA (PROTECTORES CUTÁNEOS NO IRRITANTES)

Composición: Copolímero acrílico y plastificante, libre de alcohol.
 Indicación: Protege la piel y facilita la adherencia de apósitos adhesivos. Las películas barrera también son utilizadas en la prevención y tratamiento de dermatitis por incontinencia, ya que protegen la piel de alrededor de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje.
 Propiedades: Forman una película protectora, libre de alcohol sobre la piel, que evita que ésta se dañe por la acción de fluidos corporales. Así mismo no penetran ni se absorben. Una vez aplicadas permanecen estables durante 72 horas.
 Presentación: Spray, torundas y toallitas monodosis

CREMAS BARRERA

Composición: Compuestas principalmente por óxido de zinc (tiene propiedades astringentes y cicatrizante) y emolientes como la vaselina, lanolina, vitamina A, D y E, aceites minerales.
 Indicación: En piel perilesional de heridas crónicas. Como barrera protectora en personas con incontinencia urinaria y fecal.
 Propiedades: Tiene propiedades astringentes y cicatrizantes.
 Presentación: Pomada, pasta, espuma.

ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

Composición: Son ácidos grasos esenciales (linoléico, linolénico, palmítico y esteárico). Algunos están compuestos con Aloe Vera, Centella Asiática, Equisetum Arvense (Cola de caballo), Hypericum Perforatum (Hierba de San Juan), Tocoferol, Fitoesteroles.
 Indicación: Indicados en la prevención de UPP y en el tratamiento de UPP categoría I.
 Propiedades: Mejoran la hidratación de la piel y evitan la sequedad cutánea, aumentando su resistencia al rozamiento.
 Presentación: Frasco dosificador

ANEXO 9	CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS EN REGISTROS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. (CMBD)
----------------	--

El objetivo de contar con un CMBD consiste en proponer un modelo de sistema de registro que contemple variables básicas y avanzadas de información sobre prevención y tratamiento de las UPP que sea de utilidad en los diferentes contextos asistenciales.

En este contexto, un CMBD en UPP posibilitaría poder disponer de una serie de datos básicos y homogéneos sobre los pacientes y sus lesiones y tener información para identificar las necesidades de la población a partir de indicadores como incidencia, prevalencia, pautas de prevención, distribución, localización, gestión de los recursos, motivos de consulta y población de riesgo, entre otros.

VALORACIÓN	VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP-EVRUPP
	INCONTINENCIA
	CATEGORÍA DE LA UPP
	ANTIGÜEDAD DE LA UPP
	LUGAR DONDE SE ORIGINÓ LA UPP (INSTITUCIÓN Y SERVICIO)
	LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA UPP
	EVOLUCIÓN DE LA UPP (REVESH 2.0)

INTERVENCIONES SOBRE PREVENCIÓN	CAMBIOS POSTURALES
	REPOSICIONAMIENTO EN SILLA
	SEMP
	PROTECCIÓN LOCAL
	CUIDADOS DE LA PIEL
	SUPLENIMIENTO NUTRICIONAL

INTERVENCIONES SOBRE TRATAMIENTO	DESBRIDAMIENTO
	USO DE PRODUCTOS
	TERAPIAS ASOCIADAS
	ANTIBIOTICOTERAPIA
	CUIDADOS DE LA PIEL
	SUPLENIMIENTO NUTRICIONAL

FUENTE: Ibars-Moncasi, P; San Sebastián-Domínguez, J.A.; Soldevilla-Agreda, JJ. Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD-UPP). Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012.

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada por la Sra. Giuliana Bertacchi, titular de la cédula de identidad N° 4.728.142-1, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que la peticionante solicita información vinculada al primer censo de prevalencia de úlceras por presión en pacientes internados en instituciones de salud y residencias geriátricas de Uruguay;

CONSIDERANDO: que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada por la Sra. Giuliana Bertacchi, titular de la cédula de identidad N° 4.728.142-1, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de Comunicaciones para su publicación en la página web institucional. Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-8157-2021

VC