

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**PROTOCOLO**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**

**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y  
TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR  
PRESIÓN**



**Código:**  
PRT-DQ-03



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 02**

**Hoja: 1 de 30**



**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y  
TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR  
PRESIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura del Departamento Gestión del Cuidado	Dirección Quirúrgica	Dirección Quirúrgica
Firma			



	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 2 de 29

## INDICE

Introducción.....	4
Objetivo General .....	5
Objetivos Específicos.....	5
Definición de úlcera por presión .....	5
Etiopatogenia .....	5
Factores de riesgo .....	5
Derivados del tratamiento .....	6
Localizaciones más frecuentes .....	7
Clasificación y Estadaje .....	7
Estadío I .....	7
Estadío II .....	7
Estadío III .....	7
Estadío IV.....	7
Riesgos y Complicaciones .....	8
Criterios de Inclusión.....	8
Criterios de Exclusión .....	8
Valoración del riesgo de úlcera por presión.....	8
Puntos básicos en la prevención de UPP .....	9
Medidas de prevención .....	9
Valoración .....	9
Elementos para la prevención de UPP .....	9

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 3 de 29

1.- Realizar una evaluación inicial al ingreso del riesgo de upp en todos los pacientes .....	9
2.- Reevaluación periódica del riesgo y siempre que cambie su situación basal .....	10
3. Inspección diaria de la piel.....	11
4. Control de la humedad, mantener al paciente seco y la piel hidratada .....	12
5. Optimización de la nutrición y la hidratación .....	12
6. Minimizar la presión según el grado de riesgo .....	13
Metodo enfermero en prevención y detección (PLACE) .....	14
Cuidados paliativos .....	20
Indicadores.....	21
Cuadro matriz de ejecución .....	24
Bibliografía .....	26
Control de cambios .....	27
Anexos .....	28
Anexo I Escala de Braden .....	29
Anexo II Esquema para la Evaluación del Riesgo y Prevención de UPP.....	30

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y          TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR          PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
		<b>Hoja: 4 de 29</b>	

## INTRODUCCIÓN



Las úlceras por presión (UPP) son áreas localizadas de destrucción tisular causadas por la compresión mantenida de los tejidos blandos entre los relieves óseos y una superficie externa rígida que comprometen el flujo capilar en periodos de tiempo que van desde 2 a 6 horas. Estas lesiones pueden afectar la piel, tejido celular subcutáneo, e incluso el tejido muscular y hueso en lesiones graves.

Suponen un grave problema de salud con repercusiones socio-sanitarias; el desarrollo de estas lesiones retrasa la recuperación funcional de los pacientes, pueden complicarse con dolor y/o infección, contribuyen a prolongar la estancia en el hospital e interfieren con la calidad de vida de las personas que las padecen. Su aparición es un signo de mal pronóstico, y está descrito un aumento de mortalidad en los pacientes que las sufren. Además, tienen impacto sanitario relacionado con su repercusión económica derivado de los recursos empleados en su cuidado.

Su prevención es posible en la mayoría de las ocasiones y una política enfocada a la detección de los pacientes en riesgo y su prevención, para poner en marcha acciones que impidan su desarrollo, es menos costosa y más ética, que otra basada en la curación de las lesiones establecidas.

Es un indicador consolidado de la calidad de los cuidados de Enfermería, y de la atención sanitaria en su conjunto, en la medida en que estos incrementen su efectividad, incorporando las recomendaciones y la mejor evidencia científica disponible, ello repercutirá en la eficiencia global del Sistema de Salud pero, sobre todo, en un beneficio para los pacientes.

Tanto el GNEUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión) como EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) y el NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, dependiente de la Agency for Healthcare Quality and Research de los EE.UU.) tienen a nuestra disposición guías y directrices consensuadas y validadas sobre la prevención de úlceras por presión. Todas ellas coinciden en señalar que la prevención debe comenzar por la identificación precoz de los pacientes susceptibles de desarrollar una úlcera por presión utilizando escalas de valoración de riesgo (EVRUPP) a fin de aplicar de forma inmediata las medidas adecuadas.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 5 de 29

## OBJETIVO GENERAL

Estandarizar las acciones de prevención, detección, diagnóstico y manejo de úlceras por presión, aplicables a las condiciones de los usuarios atendidos en los diferentes servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra con el fin de evitar grado de riesgo del usuario hospitalizado para desarrollar UPP.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer en los servicios de hospitalización un plan de medidas/cuidados estandarizados de prevención de úlceras por presión.
2. Dar a conocer al profesional de Enfermería las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión para aplicarlas a los usuarios del Instituto.
3. Promover la identificación de todos los usuarios de riesgo de forma precoz, para iniciar los planes de cuidados de prevención de úlceras por presión.
4. Evaluar los recursos necesarios para poder aplicar las medidas de prevención de úlceras por presión.
5. Identificar al usuario con riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP).
  - Mantener la integridad de la piel.
  - Mantener al usuario en óptimas condiciones para su posterior recuperación.
  - Proporcionar educación sanitaria al usuario y/o familia.



## DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

Úlcera por presión es una lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, fricción, cizallamiento o una combinación de las mismas. Como resultado de la hipoxia tisular en la zona aparece una degeneración que puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso.

## ETIOPATOGENIA

La formación de las úlceras por presión está asociada a tres tipos de fuerzas que se pueden considerar factores de riesgo primario: presión, fricción y cizallamiento.

- Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mm. de Hg una

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
		<b>Hoja:</b> 6 de 29	

presión superior a 32 mm.Hg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.



- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- Cizallamiento: Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.

### FACTORES DE RIESGO

- Fisiopatológicos
- Edad avanzada:(más de 75 años) pérdida de elasticidad de la piel.
- Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de piel.
- Trastornos del transporte de oxígeno por patologías cardiovasculares. respiratorias y hematológicas.
- Alteraciones nutricionales por exceso o por defecto
- Alteraciones metabólicas.
- Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones.
- Trastornos neurológicos: lesión medular, paresias, enfermedades Cerebro-vasculares, lesiones medulares.
- Alteraciones del estado de conciencia: Coma, estupor, confusión.
- Alteraciones de la eliminación: Incontinencia fecal y/o urinaria.

### DERIVADOS DEL TRATAMIENTO

- Tratamiento con inmunosupresores.
- Tratamiento con sedantes.
- Tratamiento con drogas vaso activas.
- Cirugía de larga duración.
- Dispositivos o aparatos (sondajes, tracciones, escayola)
- Situacionales y del entorno
- Inmovilidad por dolor, fatiga o estrés.
- Falta de higiene.
- Falta de conocimientos.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 7 de 29

- Uso inadecuado de materiales de prevención y tratamiento.

## LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

Según el Primer estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión (GNEAÚLCERA POR PRESIÓN), las localizaciones más frecuentes son las siguientes:

Sacro: 50.45%, Talón: 19.26%, Trocánter: 7.64%, Glúteo: 4.58%, Maléolo: 3.36% y Occipital: 3,36%.

## CLASIFICACIÓN Y ESTADIAJE

### Estadio I

Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.

### Estadio II

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

### Estadio III



Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

### Estadio IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

## RIESGOS Y COMPLICACIONES

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 8 de 29

**Complicaciones locales:**

Infección, formación de abscesos, fistulización, dolor, osteomielitis.

**Complicaciones sistémicas:**

Bacteriemia, sepsis, muerte

**Otras:**

Afectación de la autoestima y de percepción de la propia imagen.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se considerará a todos los usuarios como potenciales de riesgo de aparición de úlceras por presión.

En las distintas áreas hospitalarias del Instituto se confirmará o descartará dicho riesgo mediante la aplicación sistemática de la Escala de riesgo de Braden (Anexo I) junto al juicio clínico del profesional. Los cuidados de Enfermería se establecerán como planes de cuidados individualizados, ya que usuarios de un mismo grupo de riesgo, pueden requerir cuidados diferentes.

Tras aplicar la Escala de Braden, se tomará en consideración a usuarios con riesgo de desarrollar úlceras por presión; según su edad, a aquellos con puntuación inferior o igual a 18 si tienen 75 o más años; o puntuación inferior o igual a 16 si tienen menos de 75 años.



**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Dadas las características de los usuarios que ingresan al Instituto, ninguno de ellos se puede considerar excluido de riesgo de desarrollar úlceras por presión.

**VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN**

La utilización de una Escala de Valoración de Riesgo de Úlcera Por Presión (EVRUPP) facilitará la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente, orientando la planificación de los planes de prevención. Las escalas de valoración son un complemento al juicio clínico y no deberán usarse de manera aislada.



	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 9 de 29

La EVRUPP de Braden-Bergstrom está validada a nivel internacional y es una de las de mayor relevancia e impacto a nivel nacional, por la claridad y sencillez que demuestra en la presentación de los ítems, siendo menos susceptible a la subjetividad del evaluador.

## PUNTOS BÁSICOS EN LA PREVENCIÓN DE UPP

La prevención de las UPP, se resume en dos acciones esenciales:

1. La identificación de los usuarios en riesgo
2. La implantación de medidas y estrategias de prevención seguras para todos aquellos usuarios identificados e incluidos en grupos de riesgo.

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN

### VALORACIÓN

La valoración es el punto de partida para planear el cuidado del usuario riesgo de presentar UPP y evaluar sus efectos.

Valoración inicial del usuario: realizar la valoración de Enfermería al ingreso con una historia y examen físico completo, prestando especial atención a los factores de riesgo de úlceras por presión, identificación de enfermedades y tratamientos farmacológicos que puedan interferir en el proceso de curación, valoración nutricional y psicosocial.

Valoración del entorno de cuidados

Valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno cuidador.



Valoración de la lesión, si ya está presente

## ELEMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE UPP

1. **Realizar una evaluación inicial al ingreso del riesgo de UPP en todos los usuarios.**

### Política de Aplicación:

- El profesional de Enfermería del Instituto realiza valoración e identifica el grado de riesgo de UPP de los usuarios al momento de su ingreso, utilizando la escala de Braden.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 10 de 29



No.	OBSERVACIONES
1.1	Al ingreso del usuario al servicio hospitalario y/o quirúrgico se deberán hacer 2 evaluaciones de manera simultánea: 1. Valorar el riesgo de desarrollar una UPP 2. Valorar el estado de la piel (para detectar la presencia de UPP previas).
1.2	Realizar valoración de los siguientes componentes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Grado de movilidad o inmovilización</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Estado nutricional</li> <li>• Déficit sensorial</li> <li>• Comorbilidad</li> <li>• Problemas circulatorios</li> <li>• Estado de hidratación</li> </ul>
1.3	La herramienta para realizar la evaluación es la Escala de Braden (Anexo I)

## 2.- REEVALUACIÓN PERIÓDICA DEL RIESGO Y SIEMPRE QUE CAMBIE SU SITUACIÓN BASAL

### Política de Aplicación:

El Profesional de Enfermería del Instituto realiza reevaluación periódica del grado de riesgo de desarrollo de UPP, con oportunidad de ajustar y adaptar acciones de prevención a los cambios en las necesidades de los usuarios.

No.	OBSERVACIONES
2.1	Iniciar acciones específicas de prevención a cada usuario según sus necesidades.
2.2	En los usuarios sometidos a intervenciones quirúrgicas prolongadas (superior a 2 o 3 hrs se dispondrá de métodos para el cuidado en los sitios de presión durante el proceso.
2.3	Se hace obligatoria una reevaluación del riesgo, con documentación fehaciente de los hallazgos, y del inicio de las acciones preventivas necesarias.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 11 de 29

## Puntuación en la escala de Braden Riesgo Periodicidad

Puntuación	Riesgo	Periodicidad
< 16	Alto/medio	Diaria
> 18	Sin riesgo	Semanal
16-18	Bajo	Cada 4 días

Tabla 1. Reevaluación del riesgo según la evaluación inicial

## 2. INSPECCIÓN DIARIA DE LA PIEL



### Política de Aplicación:

En los usuarios pertenecientes a grupos de riesgo, tras la evaluación inicial cumplida y con una puntuación en la escala de Braden  $\leq 18$ , es obligatorio realizar una inspección diaria de toda la piel, desde la cabeza hasta los pies.

No.	OBSERVACIONES
3.1	En los usuarios pertenecientes a grupos de riesgo
3.2	Realizar en orden cefalocaudal la inspección diaria de la piel, minuciosa y cuidadosamente
3.3	especialmente en áreas de riesgo. (Región occipital, codos, sacro, isquion, trocánteres, talones, maléolos, etc.).
3.4	Documentar la inspección diaria de la piel, los hallazgos y las acciones de prevención.

## 4. CONTROL DE LA HUMEDAD, MANTENER AL USUARIO SECO Y LA PIEL HIDRATADA

### Política de Aplicación:

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 12 de 29



El Profesional de Enfermería del Instituto fundamenta y proporciona los cuidados individualizados necesarios para prevenir Úlceras por Presión.

No.	OBSERVACIONES
4.1	La piel húmeda es más frágil, propicia para la aparición de rash y con tendencia a erosionarse más fácilmente.
4.2	La piel se debe limpiar y mantener un nivel adecuado de hidratación.
4.3	En caso necesario se utilizarán agentes tópicos, que actúen como barreras frente a la humedad e hidraten la piel.
4.4	Si es preciso, se pondrá pañal de material que absorba la humedad mientras se mantiene seca en la zona de contacto con la piel, adecuado y ajustado a la anatomía del usuario.
4.5	Se realizaran cuidados tales como: cambios de ropa, observación de la humedad de la piel, aplicación de agentes barrera, aseo de la piel, e incluso promover una hidratación adecuada.
4.6	En usuarios con episodios de incontinencia se realizara de manera inmediata y sin demora, la higiene y cambio de ropa.
4.7	Se utilizarán material y productos adecuados para los pacientes incontinentes que minimicen la agresión o lesión de la piel relacionada con humedad, sudoración, drenajes, heridas.

## 5. OPTIMIZACIÓN DE LA NUTRICIÓN Y LA HIDRATACIÓN

### Política de Aplicación:

La evaluación de los usuarios en riesgo de desarrollar úlceras por presión incluye una revisión y evaluación de su situación nutricional y del balance hídrico.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 13 de 29

No.	OBSERVACIONES
5.1	Se hará una valoración del estado nutricional, y de la ingesta diaria. Si alguno de ellos es inadecuado, se solicitará la colaboración del médico o del personal de nutrición.
5.2	Cumplir con el programa de cambios posturales para los usuarios.
5.3	Aplicar los siguientes pasos: brindar o sugerir aseo personal, valorar la necesidad de limpieza, cambiar las superficies mojadas y ofrecer agua.



## 6. MINIMIZAR LA PRESIÓN SEGÚN EL GRADO DE RIESGO

### Política de Aplicación:

Como norma general se mantendrán posturas fisiológicas y se protegerán distribuyendo y redistribuyendo los puntos de apoyo.

No.	OBSERVACIONES
6.1	Los usuarios con movilidad limitada son los que están en mayor riesgo para el desarrollo de estas lesiones.
6.2	Se recomienda realizar cambios posturales con una frecuencia de cada dos horas con el fin de reducir la presión en los puntos de apoyo y evaluación periódica de la piel del usuario.
6.3	Los cambios de posición aplican a usuarios en decúbito y aquellos que permanecen en sedestación y se evitara la rotación externa del hombro, la hiperextensión de la rodilla, rotación externa de la cadera y el pie equino.
6.4	Efectuar de manera cuidadosa los cambios y giros para proteger la integridad de la piel.
6.5	Una adecuada alineación corporal contribuye a prevenir la presión en puntos de apoyo.
6.6	Se determinará, en función de su riesgo y situación, la necesidad de utilizar colchones especiales y/o dispositivos para reducir la presión.
6.7	Utilizar técnicas correctas para posicionar, cambiar y movilizar a los usuarios de manera que minimicen el riesgo de producir heridas como consecuencia de la fricción o roce.





	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 15 de 29

## INTERVENCIONES (NIC): Prevención de úlceras por presión

### ACTIVIDADES



- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del usuario (escala de Braden)
- Registrar el estado de la piel al ingreso y luego diariamente
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad , si procede
- Cambiar de posición cada 2 hrs.
- Cambiar cuidadosamente de posición para evitar lesiones en una piel frágil
- Colocar el programa de giros al pie de cama, si procede
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición, al menos cada 2 horas.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos
- Colocar al usuario en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede
- Utilizar mecanismos en la cama para proteger al o.
- Evitar mecanismos de tipo flotador en la zona sacra
- Humedecer la piel seca, intacta
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño
- Vigilar fuentes de presión y de fricción
- Aplicar protectores para codos y talones, si procede.
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 16 de 29

- Controlar la movilidad y la actividad del usuario.
- Asegurar una nutrición adecuada especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos si es preciso.
- Enseñar a los integrantes de la familia, cuidados a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

<b>INTERVENCIONES (NIC): Vigilancia de la piel</b>
<b>ACTIVIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.</li> <li>- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.</li> <li>- Observar si hay zonas de presión y fricción.</li> <li>- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.</li> <li>- Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.</li> <li>- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.</li> <li>- Observar si la ropa queda ajustada.</li> <li>- Vigilar el color de la piel.</li> <li>- Comprobar la temperatura de la piel</li> <li>- Tomar nota, si procede de los cambios en la piel y membranas mucosas.</li> <li>- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.</li> <li>- Instruir al miembro de la familia/ cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.</li> </ul>





	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 17 de 29

### **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de presiones**

#### **ACTIVIDADES**

- Vestir al usuario con prendas no ajustadas
- Cortar y abrir la escayola para aliviar la presión
- Almohadillar los bordes de yeso ásperos y las conexiones de tracción, si procede.
- Colocar al usuario sobre un colchón/ cama terapéutica.
- Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, si procede.
- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada
- Administrar fricciones en la espalda/cuello, si procede
- Elevar la extremidad lesionada
- Girar al usuario inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo al programa específico
- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel
- Comprobar la movilidad y actividad del usuario.
- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar factores de riesgo del paciente (escala de Braden)
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.
- Hacer la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies.
- Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso.
- Vigilar el estado nutricional del usuario.
- Observar si hay fuentes de cizallamiento.

### **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (NIC)**

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 18 de 29

### ACTIVIDADES

- Proporcionar la ayuda necesaria hasta que el usuario sea totalmente capaz de asumirlos autocuidados.
- Proporcionar toallas, jabón y demás accesorios para la higiene.
- Colocar pañal si procede.

### INTERVENCIONES (NIC): Apoyo al cuidador principal



#### ACTIVIDADES

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Enseñar al cuidador:
- Conceptos y técnicas en relación con la higiene del paciente (aseo, uso de jabones y cremas, cambio de pañal).
- Conceptos sobre nutrición (necesidad de una dieta rica en proteínas, vitaminas B y C, hierro, con adecuado aporte calórico y líquidos).
- Conceptos y técnica de cambio postural y movilización.

### INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios

#### ACTIVIDADES

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al usuario/familia.
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 19 de 29

- Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio.
- Ayudar al usuario a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Animar al usuario a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado.
- Observar los ejercicios realizados por el usuario para su correcta ejecución.

### **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de inmovilización**

#### **ACTIVIDADES**



- Colocarlo en una correcta alineación corporal
- Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay úlceras por decúbito
- Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada
- Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción
- Enseñar la importancia de una correcta alimentación.

### **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos**

#### **ACTIVIDADES**

- Realizar registro de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática) según sea el caso.
- Observar si hay sobrecarga/retención de líquidos.
- Administrar líquidos, si procede.
- Favorecer la ingesta oral.
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.
- Animar al cuidador a que ayude al paciente con las comidas.

### **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la nutrición**

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
		<b>Hoja:</b> 20 de 29	

### ACTIVIDADES

- Realizar registro de ingesta y eliminación.
- Preguntar al usuario si tiene alergia a algún alimento.
- Determinar las preferencias de comidas del usuario.
- Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y forma de satisfacerlas

### CUIDADOS PALIATIVOS

En usuarios que requieren cuidados paliativos el estado de terminal es un factor de alto riesgo en la aparición de úlceras por presión. El que un usuario se encuentre en ese estado, no justifica que se tenga que declinar con la prioridad de evitar la aparición de las úlceras por presión, sin olvidar que los objetivos, para la prevención de las úlceras por presión deben ir dirigidos a conseguir el mayor confort y bienestar posible.



En el caso de que el usuario presente úlceras por presión:

- Plantear objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas.
- Mantener limpia y protegida la herida para evitar el desarrollo de la infección.
- Seleccionar apósitos y materiales que permitan distanciar la frecuencia de la curación para disminuir el malestar causado por estos procedimientos.
- Mejorar el bienestar del usuario, evitándole dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones.

### INDICADOR

#### 1. Definición del indicador:

Proporción de usuarios a los que se les efectúa una evaluación al ingreso del riesgo de UPP  
(Evaluación de la piel, Evaluación del riesgo)

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 21 de 29

Los criterios son las condiciones señaladas en el protocolo para la valoración de riesgo de, los cuales debe cumplir el personal de salud para prevenir UPP

## 2. Definición operacional:

Conjunto de acciones que debe realizar el personal de salud en el Instituto para prevenir UPP.

## 3. Fórmula:

$$\frac{\text{No. de UPP en usuarios hospitalizados}}{\text{Total de usuarios que ingresan}} \times 100$$

## 4. Sustentación

1. Fuentes bibliográficas nacionales e internacionales referentes a prevención de UPP.
  - GNEUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión)
  - EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)
  - NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, dependiente de la Agency for Healthcare Quality and Research de los EE.UU.)
2. Normatividad institucional para la clasificación, vigilancia y manejo de pacientes con riesgos de UPP (Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión)
3. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

## 5. Fuente de datos:

- Hoja de indicaciones médicas.
- Hojas de registros clínicos electrónicos de Enfermería.
- Reporte o registro de eventos adversos en el Instituto.



## 6. Instrumentos para la medición

- Formato de Registro de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas.
- Formato para la concentración de datos.

## 7. Universo

Diferentes áreas hospitalarias donde se proporcione atención a usuarios dentro del Instituto.

## 8. Población objetivo

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 22 de 29

Se considerará a todos los usuarios como potenciales de riesgo de aparición de úlceras por presión.

### 9. Procedimiento para recolección de información

- a) Identificar al total de usuarios registrados como ingresos hospitalarios durante el mes anterior. Se puede utilizar como fuente de información, el servicio de Bioestadística, hoja de censo diario de pacientes.
- b) Identificar el número de UPP ocurridas en el mes registradas en las Hojas de registros clínicos electrónicos de Enfermería y en la hoja de eventos adversos, centinela y cuasifalla.
- c) Calcular el indicador de UPP.

### 10. Actividades posteriores a la medición

- Analizar la información para determinar el nivel de calidad de acuerdo a estándares establecidos.
- Informar y difundir los resultados a la Subdirección de Enfermería.

### 11. Si hay cumplimiento de estándares:



- Mejorar o reforzar los estándares, atributos o forma en que se prestan los servicios.
- Innovar sistemas de trabajo incorporando la opinión del prestador del servicio y del usuario.

### 12. Si no hay cumplimiento de estándares:

- Integrar equipos de proyectos específicos.
- Elaborar e implementar propuestas de mejora continua.



### 13. Al término de ambos casos:

- Informar y difundir los resultados al personal del Instituto y usuarios del servicio.
- Establecer mecanismos de seguimiento y control.
  - Elaborar y monitorear indicadores de resultado y de proceso según la normatividad nacional e internacional, en el proceso de valoración de riesgo de PUPP en pacientes hospitalizados con la finalidad cumplir con acciones preventivas y de seguridad al paciente
  - Implementar Programa de capacitación a Personal
  - Utilizar lineamientos para la mejora continua

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 23 de 29



### CUADRO MATRIZ DE EJECUCIÓN

Tema Estratégico: Promover la cultura de Seguridad en la prevención de Úlceras por Presión (UPP) en usuarios hospitalizados en el Instituto.			
	Objetivos estratégicos	Mediciones y Metas	Indicador
Cliente	Cumplimiento del Protocolo de prevención de UPP en usuarios hospitalizados	El 90% del profesional de Enfermería cumplen correctamente el protocolo de prevención de UPP en usuarios hospitalizados	Índice de cumplimiento de protocolo de prevención de UPP en usuarios hospitalizados  $\frac{\text{Número de Enfermeras que cumplen con protocolo de prevención de UPP}}{\text{Número total de enfermeras}}$
Aprendizaje y Crecimiento	Capacitación sobre Protocolo de Prevención de UPP en usuarios hospitalizados	El 90% del profesional de Enfermería reciben capacitación	Índice de personal capacitado Protocolo de Prevención de UPP en usuarios hospitalizados  $\frac{\text{Número de enfermeras capacitadas en Protocolo de Prevención de UPP en pacientes hospitalizados}}{\text{Número total de enfermeras}}$
Resultado	Cumplimiento de protocolo y resultado de prevención de UPP en usuarios hospitalizados	El 90% de usuarios que ingresan, no presentan UPP	$\frac{\text{No. de UPP en usuarios hospitalizados}}{\text{Total de usuarios que ingresan}} \times 100$

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 24 de 29



Cédula de Indicadores		Núm. de Indicador: 002
Nombre del indicador: Prevención de UPP en usuarios hospitalizados		Fecha de elaboración: Junio de 2015 Fecha de revisión: Marzo de 2015
Definición y alcance del indicador: Este indicador mide el porcentaje de UPP en usuarios hospitalizados en el Instituto.		
	Meta trimestral: 90% del profesional de Enfermería que aplican correctamente el protocolo de prevención de UPP en usuarios hospitalizados	
	Metas Parciales: 85 % de personal que lo realiza	
	Semáforo de Alerta: 85% Amarillo <80% Rojo	
Nombre y Área del Responsable:	Nombre y Área del Corresponsable: Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	
Nombre del responsable de generar los reportes Fuente: Jefe del departamento	Frecuencia del reporte: trimestral	
Nombre del reporte fuente: Reporte de investigaciones realizadas.	Responsable del cálculo y entrega de este indicador: Jefe del Departamento	
Nombre	Firma	Fecha



	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PRT-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 25 de 29

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP).** Directrices generales sobre prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
2. **Rodríguez M., Alzamora R., García F., Malia R., Rivera J.** Cuidados de Enfermería al paciente con úlcera por presión. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar. 2003.
3. **Rich M., Ayora P., Carrillo M., Donaire MA.** Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía. 1999.
4. **Anello A., Coria J., Martínez A., Díaz J., Reicosa I.** Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Lugo: Hospital Da Costa Burela. Abril 2002.
5. **García Fernández FP., Pancorbo PL., Laguna JM.** Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Hospital Universitario Princesa de España. 2001.
6. **Prentice JL., Stacey MC.** Evaluating Australian Clinical Practice Guidelines for Pressure Ulcer Prevention. Ewma Journal 2002. 2 (2):11- 15.
7. **López Casanova P., Fuentes Pagés G., Beltrán Martínez MT., Verdú Soriano J.** Úlceras por presión: diferencias de conocimientos entre los profesionales sanitarios del Hospital Universitari D'Elx. Logroño 2000.
8. **Soldevilla J., Navarro S., Rosell C., Sarabia R., Valls G.** Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales.
9. **Soldevilla JJ.** Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10 (2): 75-87.
10. **Hibbs P.** Pressure area care for the city and Hackney Health authority. London: St. Bartholomeus Hospital. 1987.
11. **Waterlow J.** Pressure sore prevention Manual. Taunton. 1996.

	<p align="center"><b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015</p>		<p><b>Código:</b> PRT-DQ-03</p>
	<p align="center"><b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b></p>		<p><b>Fecha:</b> DIC 20</p>
	<p align="center"><b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b></p>		<p><b>Rev. 02</b></p>
			<p><b>Hoja:</b> 26 de 29</p>

### Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
00	Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad	JUN 15
01	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
02	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20



### ANEXOS

#### Anexo I.

Escala Braden-Bergstrom para la valoración de riesgo de úlceras por presión.

#### Anexo 2

Esquema para la Evaluación del Riesgo y Prevención de UPP

	<b>PROTOCOLO</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> PR-DQ-03
	<b>DIRECCIÓN QUIRÚRGICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y          TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR          PRESIÓN</b>		<b>Rev. 02</b>
			<b>Hoja:</b> 28 de 30

### ANEXO I ESCALA DE BRADEN

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión	<b>1. Completamente limitada</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos. Capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	<b>2. Muy Limitada</b> 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	<b>3. Ligeramente Limitada</b> 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.	<b>4. Sin Limitaciones</b> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad	<b>1. Constantemente Húmeda</b> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	<b>2. A menudo húmeda</b> La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	<b>3. Ocasionalmente Húmeda</b> La piel está ocasionalmente húmeda requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	<b>4. Raramente húmeda</b> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina
<b>ACTIVIDAD</b> Nivel de Actividad Física	<b>1. Encamado</b> Paciente constantemente encamado	<b>2. En silla</b> 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	<b>3. Deambula ocasionalmente</b> Deambula ocasionalmente con sin ayuda durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.	<b>4. Deambula frecuentemente</b> 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
<b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar o controlar la posición del cuerpo	<b>1. Completamente inmóvil</b> No puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo ni de ninguna extremidad sin ayuda	<b>2. Muy limitada</b> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo/a.	<b>3. Ligeramente limitada</b> Efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o en las extremidades por sí sola/o.	<b>4. Sin limitaciones</b> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD


**PROTOCOLO  
VERSIÓN ISO 9001:2015**
**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**
**PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y  
TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR  
PRESIÓN**

**Código:**  
PRT - DQ - 03

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 02**
**Hoja:** 28 de 29

<b>NUTRICIÓN</b> Patrón habitual de ingesta de alimentos	<b>1. Muy Pobre</b> Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente como dos servicios o menos con aporte proteico. Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	<b>2. Probablemente inadecuada</b> Rara vez come una comida completa y generalmente como 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 optima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica	<b>3. Adecuada</b> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro porciones de proteína al día. Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomara un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	<b>4. Excelente</b> Ingiere la mayor parte de cada comita. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más porciones de carne y / o productos lácteos, Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</b>	<b>1. Problema</b> Requiere de moderada a máxima asistencia en los movimientos. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	<b>2. Problema Potencial</b> Movilidad autónoma con dificultad o requiere una asistencia mínima. 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.	<b>3. No existe problema aparente</b> 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 la silla.	



**ESQUEMA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE UPP**

