
	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
Versión: 1			
Página 1 de 25			
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA			

OBJETIVO

Estandarizar acciones preventivas de úlceras por presión en paciente hospitalizados con riesgos de desarrollarlas.

ALCANCE:

Este documento será aplicado en el servicio de Internación de LA ese Hospital de la vega, por los funcionarios del equipo de enfermería a todo paciente que ingrese.

RESPONSABLE:

Son los funcionarios que tienen el rol de cuidador y además fortaleciendo la corresponsabilidad del paciente y sus familiares.

DEFINICIONES:

Definición de úlcera por presión (UPP)

Toda lesión isquémica de la piel y tejidos subyacentes producida por una presión prolongada, fricción o cizallamiento entre dos planos duros.

Etiopatogenia

La presión continuada de las partes blandas, causa isquemia de la membrana vascular y consecuentemente vasodilatación de la zona –eritema, extravasación de líquidos e infiltración celular.



Si este proceso no cesa, se produce una isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.

Este proceso puede alcanzar planos profundos, con destrucción de músculo, aponeurosis, hueso, vasos sanguíneos y nervios.

Las fuerzas responsables de su aparición son:

- Presión.
- Fricción.
- Fuerza externa de cizalla, deslizamiento,

Presión: es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre 6-32 mm/hg. Una 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.

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

Fricción: es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce, por movimiento, tracción y arrastre.

Fuerza externa de deslizamiento: combina los efectos de presión y fricción la posición de fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona-.

Factores de riesgo

Se han dividido en permanentes y variables.

•**Permanentes:** son aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida: °edad. °capacidad física mermada.

•**Variables:** son los que admiten evolución a lo largo del tiempo. A su vez dentro de los variables se han establecido tres grupos que son: °fisiopatológicos.

°Derivados del tratamiento médico.

°Derivados de los cuidados y de los cuidadores.

Fisiopatológicos

Son aquellos originados como consecuencia directa de los problemas de salud. Llamados también intrínsecos:

•Lesiones cutáneas: edemas, sequedad, ausencia de elasticidad, piel fría, capacidad de sudar deteriorada...

•Trastorno en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiovasculares...

•Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación...

•Trastornos inmunológicos; infección...



•Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma...

•Deficiencias motoras: paresia, parálisis, articulación tobillo, rodillas, caderas con distinto grado de inmovilidad...

•Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa por debajo del nivel de lesión...

•Alteración de la eliminación (urinaria e intestinal): incontinencia urinaria e intestinal...

Derivados del tratamiento médico

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
Versión: 1			
Página 1 de 25			
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>			

Son los que tienen como causa determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad impuesta por determinadas terapias o procedimientos como aparatos fijadores esqueléticos, tracciones, inestabilidad respiratoria...
- Tratamientos o fármacos con acción inmunosupresora o sedante, corticoides, citostáticos, radiaciones...
- Técnicas para fines diagnósticos.



Derivados de los cuidados y de los cuidadores

Son todos aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente:

- Higiene inadecuada, humedad,
- Ausencia o defecto de cambios posturales.
- Fijación inadecuada de sondas, sistemas de tracción.
- Uso inadecuado del material.
- Fuerzas de deslizamiento, cizalla, fricción de la piel.
- Falta de educación sanitaria.
- Falta de criterios unificados de tratamiento.
- Arrugas o partículas extrañas en sábanas, sillas de ruedas.
- Sustancias irritantes: sangre, vómitos, secreciones.

Valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP)

Una valoración de riesgo estandarizada asociada a protocolos preventivos, disminuye en un 60% la incidencia de UPP, y también reduce la gravedad de las úlceras y costes asociados, por la capacidad de intervención adecuada no sólo en casos de alto riesgo. Existen distintas escalas, en el Hospital ESE de la Vega utilizamos la escala de Norton Modificada.

 <p>E.S.E. HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

Escala de Norton.

Es un instrumento que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión; su objetivo se centra en la detección del citado riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala que incluye cinco aspectos:

- A. Valoración del estado físico general.**
- B. Valoración del estado mental**
- C. Valoración de la actividad.**
- D. Valoración de la movilidad.**
- E. Valoración de la incontinencia.**

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo “1” el que corresponde a un mayor deterioro y “4” el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre “5” (máximo riesgo) y “20” (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de “14” supone una situación de riesgo.

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Índice de 5 a 11, muy alto riesgo.
- Índice de 12 a 14, riesgo evidente.
- Índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo.

A.- Valoración del estado físico general.

Utilizaremos los siguientes parámetros:

- a.1. Nutrición
- a.2. Ingesta de líquidos
- a.3. Temperatura corporal
- a.4. Hidratación y estado de piel y mucosas.

B.- Valoración del estado mental.

El estado mental es aquel estado en el que el paciente conserva perfectamente el nivel de conciencia y la relación con el medio. Los parámetros son:

- b.1. Alerta
- b.2. Apático
- b.3. Confuso
- b.4. Estuporoso y comatoso



C.- Valoración de la actividad.

Los parámetros son:

- c.1. Ambulante
- c.2. Camina con ayuda
- c.3. Sentado
- c.4. Encamado

D.- Valoración de la movilidad.

La movilidad es la capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales.

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

Los parámetros son:

- d.1. Total
- d.2. Disminuida
- d.3. Muy limitada
- d.4. Inmóvil

E.- Valoración del grado de incontinencia.

Los parámetros son:

- e.1. Ninguna
- e.2. Ocasional
- e.3. Urinaria o fecal
- e.4. Urinaria y fe

Escala de Norton



Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

La clasificación de riesgo sería:

- **Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo**
- **Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente**
- **Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo**



	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
Versión: 1			
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Página 1 de 25		

Posiciones terapéuticas para los cambios posturales:

A continuación, se describe la técnica de colocación de almohadas en las distintas posturas terapéuticas.

Decúbito supino:



Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de la cintura
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)

Deberán quedarse libres de presión: Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

Precauciones:

Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.



Evitar la rotación del trocánter.

Decúbito lateral:



Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una apoyando la espalda.
- Una entre las piernas.

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

Precauciones:

La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 60°.

Las piernas quedarán en ligera flexión.

Los pies formando ángulo recto con la pierna.

Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.

En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Sentado:





Las almohadas se colocarán:

- región cervical
- región lumbo-sacra



Precauciones:

Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.



- No utilizar roscos de caucho o flotadores.
- Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huesos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel.

 <p>E.S.E. HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Versión: 1	Página 1 de 25



6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROTOCOLO				
No.	ACTIVIDAD (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIÉN)	DESCRIPCIÓN (CÓMO)	DOCUMENTO QUE SE GENERA
1.	Ingreso de los usuarios a servicios de urgencias, hospitalización y observación	Auxiliar de enfermería.	Recibe paciente al servicio, realiza valoración cefalocaudal en todo tipo de pacientes en busca de algún tipo de lesión en piel.	
2.	Realiza valoración de escalas de UPP	Profesionales de salud	Identificado el riesgo en pacientes mayores de 65 años y menores de edad con algún tipo de discapacidad, realiza aplicación de escalas de úlceras por presión. Igualmente aplica el protocolo al ingreso a todo tipo de pacientes en pro de descartar y prevenir cualquier tipo de riesgo	
3.	Valorar e identificar riesgo del paciente	Médico General Enfermera Jefe	Cuando el médico da orden de hospitalización, observación o actividad que implique que el paciente se encuentre en camilla, la auxiliar de turno diligencia formato de identificación segura y clasifica riesgo del paciente de acuerdo a escala de NORTON (Anexo 1), y registra en notas de enfermería que contenga resultado en puntaje y riesgo en que se clasificó.	Escala de NORTON Diligenciada
4.	Tomar medidas para identificación de paciente	Enfermera Jefe	Si como resultado de diligenciar la escala de NORTON al paciente se le identifica riesgo de UPP se debe: <ul style="list-style-type: none"> Colocar sticker de identificación de color azul Orientar al paciente y familia sobre los mecanismos de prevención de UPP (Anexo 3.) Informar a familiares sobre la necesidad de acompañante permanente si es el caso 	Escala de NORTON Marcada
5.	Preparar la unidad para recibir el paciente	Auxiliar de enfermería	Arreglo de la unidad, tendido de cama, verificando la integridad de los tendidos, paciente con riesgo alto debe tener bien tensionados los tendidos, soportar prominencias óseas con ayudas de almohadas, verificar los cambios de posición cada hora si el riesgo es alto.	
6.	Realizar actividades preventivas del ambiente físico en unidad del paciente	Enfermera Jefe Auxiliar de enfermería	Al ingreso del paciente y en cada cambio de turno realice rondas en cada habitación e identifique: <ul style="list-style-type: none"> Los posibles factores de riesgo inherentes al ambiente físico zonas bastantes frías, que disminuyan la perfusión tisular. Ambientes seguros: Dispositivos para cambios de posición, almohadas u otros elementos. Camas con colchón integro. Si aplica el caso sugerir acompañamiento continuo 	

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Versión: 1	
		Página 1 de 25	



			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar en notas de enfermería las actividades realizadas ✓ Lubricación de piel según valoración de la integridad de la misma ✓ Los cambios de posición según riesgos identificados ✓ Revisar constantemente prominencias óseas (codos, caderas, zona sacra en busca de enrojecimiento). 	
7.	Traslado seguro del usuario	<p>Enfermera Jefe</p> <p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Camillero</p>	<p>Para traslado de cama a silla (Diván) o viceversa verifique que el mobiliario este en buen estado, que no se encuentren deteriorados, aumentando el riesgo de lesión de integridad cutánea.</p> <p>Verifique que, al trasladar al usuario a la silla de ruedas, cama o camilla, se encuentren elementos nocivos que puedan lastimarlo. Colocar almohadas para zona de brazos.</p> <p>Antes de iniciar la movilización en la silla de ruedas compruebe que el usuario lleve puesto el cinturón de seguridad o en el caso de camilla que las barandas permanezcan arriba.</p>	
8.	Diligenciar la boleta de acompañante.	Enfermera Jefe	De acuerdo a clasificación de riesgo, si se considera que el paciente debe tener compañía permanente, se diligencia boleta de acompañante y se indica al familiar que solo es válida la original.	Boleta de acompañante
10.	Reevaluar riesgo de UPP	<p>Enfermera Jefe</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>De acuerdo a cuadro clínico del paciente y evolución de su enfermedad (mejoría o deterioro), se debe reevaluar el riesgo de zonas de presión y realizar clasificación historia clínica, formato escalar NORTON.</p> <p>Reevaluar la necesidad o no de acompañante permanente de acuerdo a dicha clasificación.</p>	
11.	Realizar actividades preventivas relacionadas con el paciente	<p>Personal Médico</p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>Verificar que el usuario se encuentre en buenas condiciones nutricionales, indicando la importancia del consumo de la dieta.</p> <p>Para paciente con alteraciones sensitivas o motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Poner los objetos que precise al alcance de la mano ✓ Vigilar alteraciones táctiles ✓ Asegurar que el paciente lleve colocadas las prótesis (gafas, audífonos, etc.), o que las tenga siempre a mano ✓ Háblele claro, compruebe que entiende <p>Para pacientes con alteraciones de conciencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayude a realizar cambios de posición (De sedente a bípedo y viceversa y otras movilizaciones) 	

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

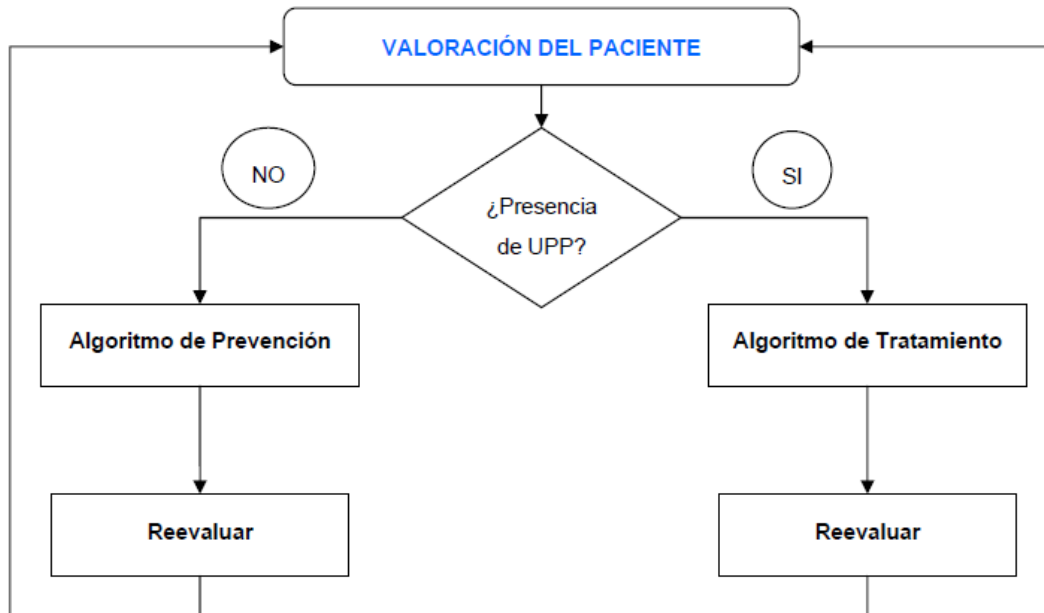
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cabecera a 30 grados para evitar el riesgo de broncoaspiración ✓ Reoriente al usuario en persona tiempo y espacio ✓ Aplique los cambios de posición por horario cuando este muy comprometido el estado de conciencia. ✓ Para paciente que tengan soporte nutricional por sonda de gastrostomía, verificar que la zona circundante no se encuentre quemada ni irritada. ✓ Pacientes con ostomias, garantizar la integridad de la piel, si es necesario protegerla de quemaduras. ✓ En casos de extrema delgadez (personas tercera edad), solicitar al médico alguna valoración por soporte nutricional para intervenir en parte nutricional. <ul style="list-style-type: none"> • Registrar en notas de enfermería las actividades realizadas 	
12.	Realizar limpieza rutinaria	Personal de Servicios Generales	<p>De acuerdo al cronograma de limpieza y desinfección de servicios generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice limpieza y desinfección de acuerdo a manual • Verifique que la cama no presente humedad • Verifique si tiene incontinencia urinaria o fecal, realizar cambios de pañal de forma periódica disminuyendo el riesgo de lesión por humedad. • Evite la presencia de objetos desordenados en la superficie con las que se pueda lesionar fácilmente • Verificar cuando se realice el baño personal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Una buena técnica de aseo. ✓ Realizar masaje suavemente mejorando la perfusión tisular ✓ Utilizar jabón con PH neutro. ✓ Realizar el secado del cuerpo con toquecito, no restregando, preferiblemente con una toalla suave ✓ Realizar lubricación de piel con cremas emolientes sin presencia del alcohol. ✓ Verificar que la ropa o prendas no queden ajustadas o tallen. 	
13.	Egreso del paciente con acompañante	<p>Enfermera Jefe</p> <p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Camillero</p>	<p>Realice el traslado del usuario egresado siempre acompañado del profesional de la salud desde el servicio hasta la salida de la institución en silla de ruedas o deambulando según el caso. Teniendo en cuenta de tomar todas las medidas de seguridad para el caso.</p> <p>Si el paciente tiene alguna condición especial de discapacidad apoyar al acompañante en la aplicación de</p>	

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
Versión: 1	Página 1 de 25		
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>			

			correas de seguridad para evitar caída. Verificando que esta no quede tensionada, ni produzca roce continuo.	
14.	Informar en caso de caída y Reportar el evento adverso	<p>Personal Médico</p> <p>Enfermera Jefe</p> <p>Auxiliar de enfermería</p>	<p>Si a pesar de todas las medidas tomadas por el presente protocolo se presenta algún tipo de lesión, realice el respectivo registro en historia clínica del paciente:</p> <p>* Avisar inmediatamente al médico tratante, para inicio inmediato del tratamiento tópico; si la situación lo amerita.</p> <ul style="list-style-type: none"> El médico tratante o enfermera diligenciará el formato de evento adverso de acuerdo a procedimiento por UPP relacionada con la prestación del servicio de salud (Cuando se compruebe que al momento del ingreso no se evidenciaba ningún tipo de lesión, o no exista registro de la condición inicial de ingreso). El médico tratante informará a la familia del paciente sobre el evento ocurrido. Realizando los registros correspondientes en la historia clínica del paciente (evolución, notas de enfermería) registrando fecha, hora, especificando si el paciente se encontraba acompañado, en qué grado de riesgo se produjo la lesión, si se había clasificado, diagnóstico, descripción del evento ocurrido, médico que valoró al paciente, consecuencias del tipo de lesión que se evidencia, tratamiento y cuidados especiales si lo requiere. (Curaciones, ungüentos, etc.) 	
15.	Verificar el cumplimiento de las medidas preventivas	Referente de Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Realizar rondas de seguridad habituales de acuerdo a las directrices de seguridad del paciente para verificar el cumplimiento de las medidas y actividades determinadas por este protocolo 	

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1		
		Página 1 de 25	

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



IDENTIFICAR VISUALMENTE AL PACIENTE QUE TIENE RIESGO DE UPP

En el método institucional se tiene descrito si el paciente tiene algún riesgo medio o alto la maniobra van hacer las misma y su color de identificación es el **AZUL CELESTE**.



Algoritmo de Prevención y Tratamiento:

Piel:

Objetivo: Mantener una piel intacta en el paciente.

Cuidados:

- Aseo general cada 24 horas y parcial cuando se precise. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

- Registrar el estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones)
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm), procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valore la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.

Exceso de Humedad:

Objetivo: Evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Cuidados:



- Cuidados del paciente: sondaje vesical si es necesario, colocar pañales absorbentes o colectores.

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea:

1.-Transpirable para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma.

2.-Que la capa que está en contacto con la piel esté siempre seca, para lo que el absorbente debe tener un bajo retorno de humedad, es decir, que la humedad que entra en el absorbente no retroceda para que la piel del paciente esté lo más seca posible

- Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel.
- Reeducar en lo posible los esfínteres.
- En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p> <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
Versión: 1	Página 1 de 25		

B. Movilizaciones

Cambios posturales:

- Se realizarán cada 2 horas en función del riesgo de padecer úlceras por presión.
- Seguirán un orden rotatorio.
- En períodos de sedestación, movilizar cada hora. Si puede hacerlo de forma autónoma, instruirlo para que lo haga cada 15 minutos.
- No arrastrar al paciente.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso, equilibrio y estabilidad.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí
- Evitar colocar al paciente sobre el trocante femoral directamente.
- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, hacerlo durante un período de tiempo mínimo y si es posible no pasar de 30°, ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de UPP.
- No usar flotadores ni rosquillas en sacro, ni occipital.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Vigilar sondas, mascarillas y gafas nasales, drenajes, vías centrales y vendajes evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir UPP iatrogénicas.
- Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, con especial atención en talones y rodillas.
- Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente.
- Se considera necesario utilizar un colchón reductor de presión en aquellos casos de alto riesgo y si fuera posible se haría extensivo su uso a los casos de riesgo moderado.

Posiciones de cambios posturales:

Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

Decúbito supino

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

Una debajo de la cabeza.



Una debajo de los gemelos.

Una manteniendo la posición de la planta del pie.

Dos debajo de los brazos (opcional)

No se debe producir presión sobre: Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.

Precauciones

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada –evitando la hiperextensión-, codos estirados y manos en ligera flexión.

Las piernas deben quedar ligeramente separadas.

Si la cabecera de la cama debe de elevarse, debe de procurarse que no exceda de 30°.

Evitar la rotación del trocánter, colocando una almohada pequeña en la parte externa del muslo.

Evitar la flexión plantar del pie.

Decúbito lateral

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente: °una debajo de la cabeza.

- Una apoyando la espalda.
- Una separando las rodillas y otro el maléolo externo de la pierna inferior.
- Una debajo del brazo superior.

No se debe producir presión sobre: orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.



Precauciones

- La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60°.
- Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra.
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.
- Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.
- En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Posición sentada

Se acolchará con almohadas de la forma siguiente:

- Una detrás de la cabeza.
- Una debajo de cada brazo.
- Una debajo de los pies.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

No se debe producir presión sobre: omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

Precauciones

La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.

No se permitirá la situación inestable del tórax.

Se utilizará un sillón adecuado con respaldo un poco inclinado.

Decúbito prono.

Se acolchará con almohada de la forma siguiente:

- Debajo de las piernas.
- Debajo de muslos.
- Debajo de abdomen.

Precauciones

Quedarán libre de presión los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas.

Los brazos se colocarán en flexión.

Medios complementarios

Van a reducir considerablemente la presión, y nos van a servir para prevención de las UPP pero por sí solos no son suficientes y no son sustitutos de las movilizaciones

- A. Dispositivos de apoyo
- B. Protección de talones
- C. Movilizaciones pasivas y/o activas

Dispositivos de apoyo:

- A. Almohadas o cojines, soporte textil antidecúbito



Protección de talones:

Comprobar el estado de la piel, espacios interdigitales, tobillos, uñas.

Higiene: lavado-secado-hidratación con vaselina y/o apósitos preventivos.

Utilizaremos materiales naturales (algodón y venda de hilo) porque van a facilitar la transpiración cutánea. No utilizar vendas compresivas. El vendaje debe ser circular, no compresivo. Vigilancia y reemplazamiento ante cualquier signo de humedad o suciedad. Se efectuará cuanto antes posible y a todos los pacientes ingresados que permanecen en alto riesgo según la escala de valoración.

- Respeto anatómico, procurando evitar pie equino.
- Revisar cada 48-72 horas, dependiendo si existe o no úlcera.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
Versión: 1			
Página 1 de 25			
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>			

Colocación de u si tiene úlcera, en cuyo caso se revisará cada 48 h, incluso cada 24 h si el tratamiento lo requiere como es el caso de úlceras en grado III y P si es de prevención, revisándolo cada 72 h, seguida de la fecha en la que se hace la protección.

Movilizaciones pasivas y/o activas



- Aumentan el tono vascular cutáneo y vascular.
- Se realizarán cuando el paciente esté en decúbito supino, movilizándolo hombros, codos, y muñecas, caderas, rodillas y tobillos.
- Se aprovechará la hora del baño para realizarlos e hidratar la piel, y una vez por turno.

Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base.

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.

En general se darán cambios posturales cada 2-3 horas (al menos dos por turno) a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho, y registrando la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados (ver posiciones terapéuticas y colocación de almohadas).

- * Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
- * En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- * Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- * Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si usando almohadas.
- * Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- * En decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

* Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

* Usar dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Sólo es un material complementario no sustituye a la movilización.

ULCERAS POR PRESION POR CATEGORIAS

CATEGORIA I





Eritema no blanqueante

Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.

CATEGORIA II Úlcera de espesor parcial



La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación. *El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.

 E.S.E. HOSPITAL De La Vega	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	 CUNDINAMARCA unidos podemos más
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	Página 1 de 25	

CATEGORIA III



Pérdida total del grosor de la piel



Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

CATEGORIA IV



Pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

 E.S.E Hospital De La Vega	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	 CUNDINAMARCA unidos podemos más
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

NO ESTADIABLE: 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.

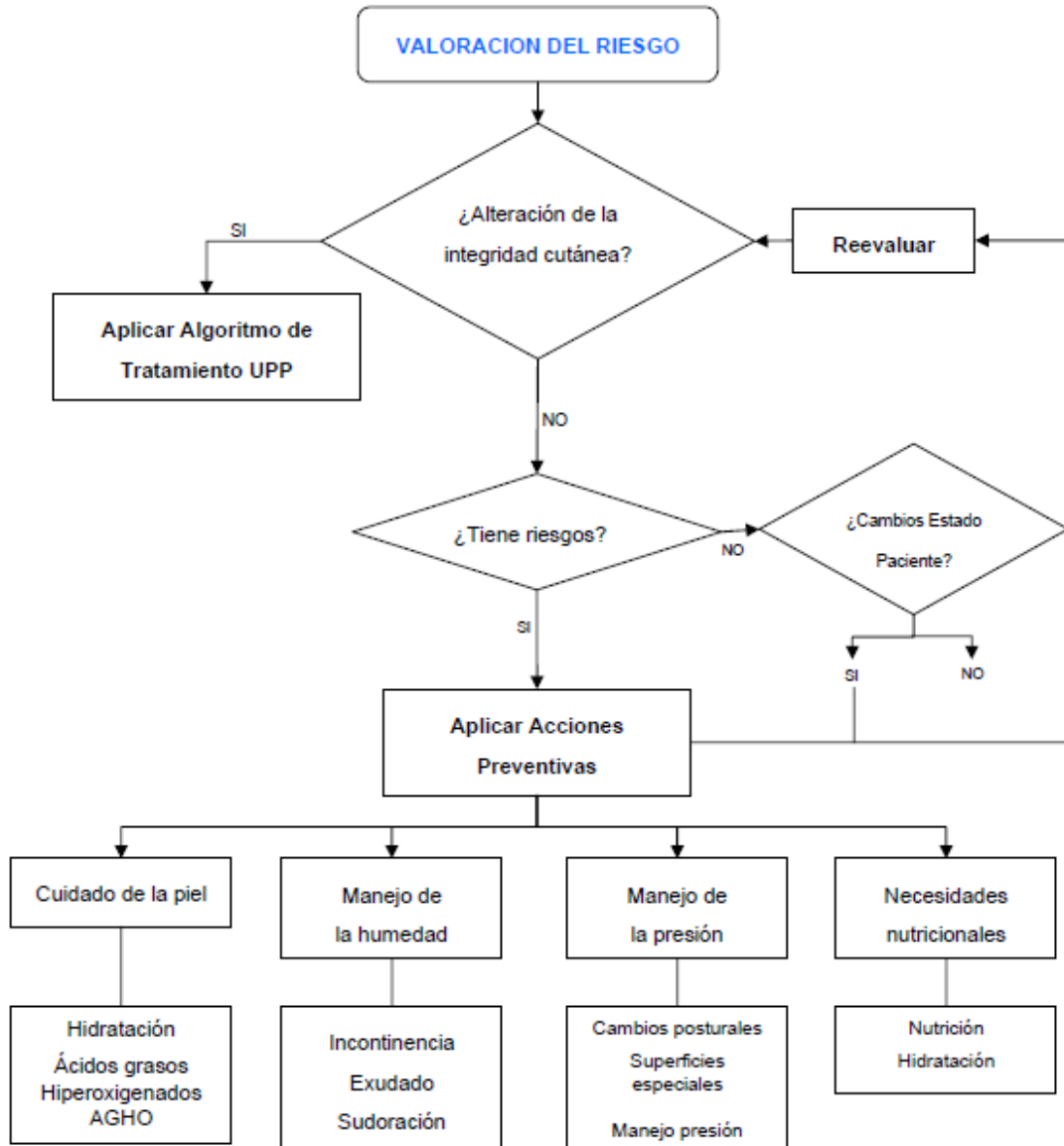
SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS - PROFUNDIDAD DESCONOCIDA





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 una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Página 1 de 25	

Algoritmo de Prevención:



 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>		Versión: 1	
		Página 1 de 25	



LISTA DE CHEQUEO UPP

PROCESO: _____

SERVICIO: _____

FECHA: _____

NO	PROCEDIMIENTO	C	NC	OBSERVACIONES
1	Realiza valoración con escala de Norton, clasifica riesgo de UPP			
2	Explica el procedimiento al usuario			
3	Adecua la cama según indicaciones del protocolo			
4	Solicita insumos para realizar lubricación de piel y medios físicos como cojines, bolsas, gasas, crema humectante entre otros			
5	Solicita apoyo a demás personal para realizar la inmovilización según norma			
6	Conoce y ejecuta de manera correcta la higiene postural para la aplicación de fuerzas.			
7	Realiza cambios de posición cada 2 horas			
8	Realiza lubricación y masaje con crema humectante			
9	Realiza medidas de protección para evitar el síndrome de arco plantar caído			
10	Valora constantemente estado de la piel, registra oportunamente cualquier cambio en relación a prominencias óseas			
11	Registra en notas de enfermería las actividades de prevención para UPP			
12	En caso del que el usuario ya presente una UPP, registra oportunamente la UPP en que zona se encuentra, las características de la herida, junto la evolución de la misma.			
13	Registra y descarga oportunamente todo tipo de medicación en relación con el tratamiento por UPP.			
14	Al registrar el procedimiento de curación describe minuciosamente el estado de la UPP según las manecillas del reloj			
15	Brinda educación a la familia sobre el manejo de las mismas, medicación, prevención, medios y barreras de protección al momento del egreso hospitalario.			

	PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR PRESION (U.P.P) AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA - PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	
		Página 1 de 25	

EVALUACION GUIA DE UPP

Marque con una x la respuesta correcta.

1. Se entiende por Ulcera por presión (UPP)
 - a. Toda lesión presente debido a un trauma externo (accidente de tránsito)
 - b. Lesión que afecta la integridad de la piel debido a una patología de base del colágeno
 - c. Alteración de la integridad de la piel debido a una fricción, roce, aprehensión de una prominencia ósea con algún objeto de forma continua.
 - d. Toda lesión producida por mordedura de perro.

2. Parte de las actividades de enfermería en el cuidado y prevención de las UPP:
 - a. Realizar valoración de Norton a todos los usuarios con dificultad para la movilidad
 - b. Utilizar medios físicos o barreras para la prevención de UPP
 - c. Solicitar cremas o emolientes humectantes para la lubricación de la piel
 - d. Realizar cambios de posición cada 2 horas
 - e. Todas las anteriores.

3. Es función de enfermería al ingreso del paciente:
 - a. Realizar valoración con escala de Norton
 - b. Verificar de pies a cabeza estado de la piel al ingreso
 - c. Realizar un registro de enfermería claro, oportuno y conciso
 - d. Todas las anteriores

4. La valoración o clasificación final según puntaje seria:
 - a. índice de 5 a 11, muy alto riesgo.
 - b. índice de 12 a 14, riesgo evidente.
 - c. índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo.
 - d. Todas las anteriores

5. De las actividades a realizar en la Prevención de UPP son: EXCEPTO:
 - a. Lubricación de piel
 - b. Barrera con colchones de agua
 - c. Posición de 45 grados en supino
 - d. Cambios de posición cada 2 horas



**PROTOCOLO DE MANEJO POR ULCERAS POR
PRESION (U.P.P)
AREA ASISTENCIAL**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA
– PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA**

Vigencia:2018

Cód.:

Versión: 1

Página 1 de 25

