 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	Anexos / registros
ENFERMERÍA		Página 1 de 7

OBJETIVO:

Prevenir úlceras por presión (UPP) en pacientes internados en “Clínica San Agustín”.

ALCANCE:

Personal de enfermería sector Sala y UTI Clínica “San Agustín”.

DISTRIBUCIÓN:

Personal de enfermería, kinesiólogos, médicos.-

REFERENCIAS:

Prevención y tratamiento de úlceras por presión en primer nivel de atención, editorial vivir mejor.

<http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/390/html>

Medline plus, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007077.htm>

DESARROLLO:

ULCERAS POR PRESION (UPP): El % de UPP es un indicador de calidad.

Definición (1): Se entiende como tal al área cutánea que se rompe cuando algo frota o ejerce presión constante sobre la piel. Constituye uno de los problemas mas frecuentes en la práctica de enfermería.

El índice de las úlceras por presión, es un indicador de calidad en los cuidados de enfermería, su evolución y resolución marcan los niveles asistenciales.

Definición (2): Cualquier área de daño y lesión en la piel y tejidos subyacentes causados por la presión, fricción o fuerza externa prolongada sobre un plano duro.

Entiéndase por presión a la fuerza que actúa perpendicular a la piel, provoca aplastamiento tisular entre la parte ósea y la externa, ocluye el flujo sanguíneo, provoca hipoxia y puede necrosar dicha zona. Fricción: fuerza que actúa paralela a la piel produciendo un rose.

SINTOMAS:

Enrojecimiento de la piel que empeora con el tiempo.

El área forma una ampolla, luego una llaga abierta.

Lugares más frecuentes: glúteos, codos, caderas, talones, tobillos, hombros, espalda, parte posterior de la cabeza, zona sacra.-

CLASIFICACIÓN de UPP según su gravedad (donde la etapa 1 es la inicial y la etapa 4 la peor) (Ver Anexo III)


Etapa 1: área enrojecida en la piel que al presionarla no se vuelve blanca

Etapa 2: la piel se ampolla o se forma una úlcera abierta, el área alrededor de esa ampolla, puede estar roja o irritada

Etapa 3: se desarrolla un agujero abierto y hundido en forma de cráter, el tejido esta dañado.

Etapa 4: la úlcera es tan profunda que hay daño de músculo y hueso y en algunas ocasiones tendones y articulaciones.

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Area	Comité de Calidad	Comité de Calidad	Dirección Médica
Fecha	Mayo 2014	Mayo-Junio 2014	Junio 2014
Nombre	Enf. Graciela Parra	Dra. Romina Angiorama	Dra. Silvia Lignieres
Función	Supervisora Enfermería	Secretaria Comité	Directora Médica

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN	Anexos / Registros
ENFERMERÍA		Página 2 de 7

MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN EL RIESGO DE UPP:

Para definir el riesgo de UPP utilizaremos la escala de Braden (ver anexo 1). Luego procederemos de la siguiente manera:

1- Riesgo bajo:

- Aporte nutricional, control y registro de la ingesta de alimentos, estimular en el consumo de líquidos.
- Cuidados de la piel, higiene diaria con agua y jabón, secado minucioso, sin fricción, observar los pliegues cutáneos. Observar la integridad de la piel mientras se le realiza la higiene, especialmente en prominencias Oseas y zonas de apoyo y zonas expuestas a la humedad.
- Fomentar la movilización precoz del paciente. Tener en cuenta movimientos analíticos (articulación por articulación)
- Evitar pliegues en sabanas, pañales y saleas
- Asegurarse de mantener hidratada la piel del paciente
- **IMPORTANTE:** No utilizar alcoholes para la higiene y no realizar masajes sobre las prominencias Oseas o zonas enrojecidas

2- Riesgo moderado: SUMA A LAS MEDIDAS ANTERIORES

- tener en cuenta protección local en las zonas de riesgo como talones región occipital, codos y sacra
- Utilización de bota botín (EN CASO DE DISPONER)
- Rotación cada 2 horas del paciente
- Extremar las precauciones si el paciente utiliza sonda, mascarilla, bigotera, yeso etc. Prestar especial cuidado a aquellos pacientes con oxigenoterapia en las narinas y parte posterior de la oreja. Tener en cuenta el flujo con bigotera NO mayor a 5 l/M.
- Educar a la familia para evitar la formación de escaras, y que colabore activamente en las actividades para evitar las mismas, especialmente para altas domiciliarias
- Valorar permanentemente estado de hidratación y nutrición del paciente
- Interacción entre los diferentes servicios de la institución: enfermería. Kinesiología, nutrición y médicos.
- Vigilancia estricta del paciente en relación a cuidados perianales
- Valorar permanentemente estado de hidratación y nutrición del paciente

3- Riesgo alto: SUMA A LAS MEDIDAS ANTERIORES

- Uso de colchones antiescaras, camas hidráulicas y dispositivos antiescaras

CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE LAS UPP:

Se debe llevar a cabo un abordaje multidisciplinario que incluye los cuidados del paciente, uso racional de antibióticos, mejoramiento de la calidad de vida y curaciones.


Se debe tener en cuenta al momento de realizar el tratamiento el tipo de ulcera, vitalidad del tejido, humedad, exudados, indicios de infección etc.

El tratamiento puede resumirse en diferentes grados, a saber:

Grado 1: proteger integridad cutánea y evitar daño progresivo.

Grado 2: mantener el lecho de la ulcera húmedo y tejido perilesional seco, minimizar el dolor.-

Grado 3 – 4: mantener el lecho de la ulcera húmedo, desbridar tejido necrótico, absorber el exudado, minimizar el dolor.

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCION ULCERAS POR PRESION	Anexos / Registros
ENFERMERIA		Página 3 de 7

Medidas de prevención:

Las medidas preventivas a aplicar serán de acuerdo a la valoración de riesgo: (Escala de braden Anexo 1)

Limpieza de la lesión: Usar suero salinos o agua destilada para limpiar, aplicarla mínima fuerza mecánica para la limpieza. Utilizar una presión de lavado efectivo, para arrastrar los restos de bacterias y de curaciones anteriores. Si la ulcera contiene grandes exudados, debe irrigar el suero en forma de espiral de adentro hacia fuera.

Debe **evitarse** el uso de yodo povidona, agua oxigenada, uso de jabón, ya que son citotóxicos para el nuevo tejido y puede provocar problemas sistémicos, si pueden usarse antes de un desbridamiento y ante la toma de una biopsia tisular.-

Todas las úlceras por presión están contaminadas lo que no quiere decir que estén infectadas, se dice que están contaminadas cuando se demuestra la presencia de bacterias en la superficie y se dice que esta colonizada cuando en su superficie existen gérmenes contaminantes que se están multiplicando sin producir la infección.-


En nuestra institución se utilizara:

- Escala de Braden para clasificar el RIESGO de sufrir úlceras por presión. (anexo 1)
- Planilla de valoración diaria (anexo 2)

REGISTROS:

Planilla de enfermería específica de Valoración de UPP

Revisión N°	Fecha	Página N°	Descripción	Responsable	Firma
00	Junio 2014	-	Emisión original	Comité de Calidad	
01	Mayo 2016	Pag. 2 y 3	Revisión	Comité de Calidad	





























 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCION ULCERAS POR PRESION	Anexos / Registros
ENFERMERIA		Página 4 de 7


ANEXO I

ESCALA DE BRADEN PARA EVALUAR EL RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESIÓN.

ESCALA DE BRADEN

(Valoración de riesgo de UPP)


	1	2	3	4
PERCEPCION SENSORIAL 	<i>Completamente limitado. No responde estímulos dolorosos.</i> 	<i>Muy limitado. Responde a estímulos dolorosos con quejidos.</i> 	<i>Ligeramente limitado. Responde ordenes verbales.</i> 	<i>Sin alteraciones. Responde ordenes.</i> 
EXPOSICION A LA HUMEDAD 	<i>Constantemente mojada.</i> 	<i>A menudo húmeda o mojada.</i> 	<i>Ocasionalmente húmeda o mojada.</i> 	<i>Raramente húmedo.</i> 
ACTIVIDAD 	<i>En cama.</i> 	<i>En silla y en cama.</i> 	<i>Camina ocasionalmente.</i> 	<i>Camina frecuentemente.</i> 
MOVILIDAD 	<i>Inmovilizado completamente.</i> 	<i>Muy limitado. Necesita ayuda.</i> 	<i>Poco limitado.</i> 	<i>Sin limitaciones.</i> 
NUTRICION 	<i>Muy pobre. Ayuno, o líquidos mas de 5 días.</i> 	<i>Inadecuada. Requiere aporte.</i> 	<i>Adecuada y variada.</i> 	<i>Excelente.</i> 
FRICCION Y DESLIZAMIENTO 	<i>Requiere ayuda para moverse.</i> 	<i>Se mueve debilmente. Necesita minima ayuda.</i> 	<i>No existe problema. Se moviliza de la cama o de la silla en forma independiente.</i> 	
	ALTO < 12 puntos	MODERADO 12 a 14 puntos	BAJO > 15 puntos	

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCION ULCERAS POR PRESION	Anexos / Registros
ENFERMERIA		Página 5 de 7

ANEXO II

PLANILLAS DE HISTORIA CLINICA POR SERVICIO

ENFERMERIA




VALORACION ULCERAS POR PRESION

PACIENTE OBRA SOCIAL Fecha Ingreso

ESTADIO I: Eritema (enrojecimiento), lesión a nivel de la Epidermis y Dermis
ESTADIO II: Ampollas y edemas, lesión a nivel de Hipodermis
ESTADIO III: Es cara debido a necrosis. Color amarillento/azulado/rojo oscuro. Afecta el músculo
ESTADIO IV: Extensión de necrosis, aparecen infecciones y secreciones. Afecta al Hueso

DIA	Glúteos	Codos	Caderas	Talones	Tobillos	Hombros	Espalda	Parte Post. Cabeza	Sacra
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									


Planilla 041 - Pág. 1- Ref. PRO AUD 001

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCION ULCERAS POR PRESION	Anexos / Registros
ENFERMERIA		Página 6 de 7

ANEXO III

GRADOS DE ULCERA POR PRESION



 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO ENF 100	Vigencia desde Junio 2014
	PREVENCION ULCERAS POR PRESION	Anexos / Registros
ENFERMERIA		Página 7 de 7

ANEXO IV

POSTER EXIBICION EN AREAS DE TRATAMIENTO

PREVENCION UPP




ALGORITMO DE ACTUACION

INGRESO

VALORACION CON ESCALA DE BRADEN

RIESGO BAJO (1a 4)

RIESGO MODERADO (+ 5 a 12)

RIESGO ALTO (+ 13)



1. Aporte nutricional, control y registro de la ingesta de alimentos, estimular en el consumo de líquidos.
2. Cuidados de la piel, higiene diaria con agua y jabón, secado minucioso, sin fricción, observar los pliegues cutáneos. Observar la integridad de la piel mientras se le realiza la higiene, especialmente en prominencias óseas y zonas de apoyo y zonas expuestas a la humedad.
3. Fomentar la movilización precoz del paciente. Tener en cuenta movimientos analíticos (articulación por articulación).
4. Evitar pliegues en sábanas, pañales y salesas.
5. Hidratar la piel del paciente
6. Protección local en las zonas de riesgo como talones región occipital, codos y sacra.
7. Rotación cada 2 horas del paciente.
8. Educar a la familia para evitar la formación de escaras, y que colabore activamente en las actividades para evitar las mismas, especialmente para altas domiciliarias.-
9. Prestar especial cuidado a aquellos pacientes con oxigenoterapia en las narinas y parte posterior de la oreja. Tener en cuenta el flujo con bigotera NO mayor a 5 l/m.
10. Valorar permanentemente estado de hidratación y nutrición del paciente.-
11. Interacción entre los diferentes servicios de la institución: enfermería, Kinesiología, nutrición y médicos.
12. Vigilancia estricta del paciente en relación a cuidados perianales
13. Uso de colchón y dispositivos antiescaras

EN TERAPIA INTENSIVA TODOS TENDRÁN COLCHON ANTIESCARA OBLIGATORIO
 EN SALA GENERAL LOS RIESGOS MODERADOS SE EVALUARAN INDIVIDUALMENTE