

1. Evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión

Bárbara Álvarez Cuervo

Graduada en Enfermería. Asturias.

Fecha recepción: 05.04.2021

Fecha aceptación: 30.04.2021

RESUMEN

Las úlceras presentan un significativo conflicto en la sanidad pública que afecta a todos los niveles asistenciales. Integran gran diversidad de elementos que se integran sobre la llegada de úlceras por presión, estando sujeta la actividad absoluta de tales como generador principal de las mismas.

La previsión de úlceras por presión es lo más significativo, puesto que dificulta el desperfecto de la dimensión de existencia de los enfermos y minimiza el momento de la permanencia del ingreso hospitalario, íntegramente desarrollándose esto a través de una relación de aplicaciones, producidas de manera grupal con diversas laborales sanitarias.

Si se produce una equimosis, se escogerá el enfoque más apto sobre el momento de curación y cicatrización para que el ingreso en el hospital no se mantenga durante mucho tiempo, también eludir las infecciones, que impacta de rutina negación en la evolución.

Los graduados en enfermería son los principales comprometidos como todas las tareas, encargando en otros algunas de las mismas.

Asimismo las acciones de sospecha y procedimiento las enfermeras y enfermeros, igualmente llevarán a cabo una atención sanitaria a los enfermos y/o parientes, para que se mantengan estas pautas en sus alojamientos.

El objetivo de la evaluación del riesgo es la identidad de los tipos que necesitan medidas de profilaxis y la identidad de los delegados específicos que los ponen en situación de peligro. Para ello se utilizan las escalas de valoración del riesgo: Braden, Norton, Emina, Waterlow y Cubbin-jackson.

La estimación del peligro que puede desarrollar un enfermo para exponer UPP es, por sobre todo, un ademán básico en la profilaxis. Las guías de práctica clínica sugieren efectuar una evaluación del peligro en todos los pacientes en su ingreso en el sistema sanitario, de la misma manera en hospitales, en núcleos de ancianos o en enfermos asistidos en sus alojamientos.

El propósito de la estimación del peligro es la filiación de las personas que precisan medidas de sospecha y la identidad de los coeficientes específicos que los clasifican en posición

de peligro. Pero por el momento, no hay un acuerdo específico entre los investigadores y los facultativos sobre cuál es la manera más efectiva de efectuar esta evaluación del peligro de desarrollar las UPP. Algunos de los métodos de trabajo en centros de salud más antiguos tienen por esencial el proceso clínico de las enfermeras y ponen al método de escalas de estimación como un complemento, por otra parte, otras tratadas actualmente piensan que muchas de las escalas obtenidas deben de ser una opción más óptima que el pleito clínico, sobremanera cuando nos referimos a personal de enfermería no experto.¹

Palabras clave: Riesgo, desarrollo, úlcera, heridas crónicas.

ABSTRACT

Ulcers present a significant conflict in public health that affects all levels of care. They integrate a great diversity of elements that are integrated on the arrival of pressure ulcers, being subject to the absolute activity of such as main generator of them.

The forecast of pressure ulcers is the most significant, since it hinders the breakdown of the dimension of existence of the patients and minimizes the time of permanence of hospital admission, fully developing this through a list of applications, produced as a group with various health jobs.

If an ecchymosis occurs, the most appropriate approach will be chosen about the time of healing and healing so that the hospital admission is not maintained for a long time, also avoid infections, which has a routine negative impact on the evolution.

Nursing graduates are the most committed as are all tasks, taking on some of them in others.

Likewise, the activities of suspicion and procedure of nurses and nurses will also carry out health care for the sick and/or relatives, so that these guidelines are maintained in their accommodation.

The objective of the risk assessment is the identity of the types requiring prophylaxis measures and the identity of the specific delegates who put them in danger. The risk assessment scales used are Braden, Norton, Emina, Waterlow and Cubbin-jackson.

The estimation of the danger that a patient can develop to expose UPP is, above all, a basic adema in the prophylaxis. The clinical practice guidelines suggest that a risk assessment be carried out in all patients who are admitted to the health system, in the same way in hospitals, in elderly groups or in patients assisted in their accommodation.

The purpose of hazard estimation is the filiation of persons requiring measures of suspicion and the identity of the specific coefficients that classify them in a position of danger. But at the moment, there is no specific agreement between researchers and practitioners on what is the most effective way to carry out this risk assessment of developing UPPs.

Some of the methods of working in older health centers have as essential the clinical process of nurses and put the method of estimation stairs as a complement, on the other hand, others currently treated think that many of the stairs obtained should be a more optimal option than clinical litigation, especially when we refer to non-expert nursing staff.

Keywords: Risk, development, ulcer, chronic wounds.

INTRODUCCIÓN

Es el problema de causa isquémica localizada en la dermis y alrededores subyacentes, con disminución de composición cutánea, aparecida cuando se realiza una fuerza duradera en el tiempo o una frotación durante mucho tiempo sobre prominencias óseas y tiene, como resultado, una degeneración rápida de la piel y demás tejidos.

Etiología

La mayoría de las distorsiones se originan por la acción coordinada de agentes externos entre los que se pueden resaltar: las fuerzas de presión, tensión y frotación.

- Presión, se piensa que la presión seguida sobre la dermis y básicamente sobre las protuberancias esqueléticas, es el concluyente principal para la generación de las úlceras por presión.
- Las fuerzas de tensión, se producen cuando la zona toca con otra, rompiendo la combinación dermo-epidérmica.
- Las fuerzas de frotación, laceran los entretejidos hundidos y se originan de manera que el esqueleto y la fascia sumergida se escurren sobre un área, mientras la dermis y la fascia saliente se conservan seguras.

Localización

Según existan las colocaciones que el enfermo conserve a lo largo de un momento no por encima de las dos horas, las áreas más en riesgo de generar UPP pueden ser el sacro, los glúteos, los pies (talones), el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos.

Prevalencia

La prevalencia de UPP en los pacientes ingresados expresa una extensa variación, entre el 3,1% y el 29,5%.

La prevalencia de UPP en enfermos ingresados según el primer experimento nacional de prevalencia es de 7-10%.

Adentro de los pacientes ingresados en hospitales están diferentes familias que presentan un riesgo todavía superior, como los ancianos octogenarios con una fisura de fémur con una incidencia del 66%, las personas tetrapléjicas con una prevalencia del 60% y los enfermos críticos con un incidencia móvil entre el 6-33% y una prevalencia del 41.

Clasificación

Estúdame de las úlceras por presión. GNEAUPP:

- *Estadio I.* Cambio notorio en la dermis integra, relacionado con la fuerza, que se presentada por una marca epidérmica que no blanquea al apretar; en dermis oscuras, puede revelar matices rojizos, azules o morados. En similitud con un zona (próxima u opuesta) del cuerpo no supeditada a fuerza, a veces puede tener variedades en uno o más de los consecuentes signos y síntomas: temperatura de la dermis (caliente o fría), espesor del tejido (edema, induración), y/o impresiones (dolor, escozor).
- *Estadio II.* Merma incompleta del espesor de la dermis que impresiona a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera exterior que tiene matiz de rozadura, vesícula u orificio externo.
- *Estadio III.* Destrucción integral del espesor de la epidermis que involucra erosión o desintegración de la dermis superficial, que tiende a difundirse sobre la parte inferior pero no sobre la piel subyacente.
- *Estadio IV.* Destrucción integral del espesor de la dermis con deterioro abundante, necrosis de todo el espesor de la piel o daño en músculo, hueso u organizaciones de apoyo (tendón, cápsula articular, etc.). En estadio como en el estadio 3, puede surgir heridas con entrantes, tunelizaciones o avances tortuosos.²

Población diana

Es conveniente manejar a todos los enfermos que mientras están hospitalizados conservan un riesgo de presión superior a dos horas, a los enfermos terminales o con mucha afectación del estado normal, su deterioro tisular puede efectuarse muy rápido, en un tiempo menor a dos horas y habitualmente a todas las personas diagnosticadas como pacientes de riesgo por diferentes agentes.

La presión capilar estándar varía entre 16 y 33 mmHg, lo que parece que presiones superiores de 16 mmHg provocan un trastorno de la red capilar. La isquemia regional acrecenta la permeabilidad capilar con la consecutiva vasodilatación, extravasación de disoluciones y penetración celular, desencadenándose un procedimiento inflamatorio que ocasiona una hiperemia reactiva, desenmascarada por un eritema epidérmico. Éste es transformable si al dejar la presión se marcha en 30 minutos, apareciendo de nuevo la perfusión de los entretejidos. Si no se marcha la presión se desencadena isquemia local, trombosis venosa y modificaciones degenerativas que convergen en necrosis y ulceración.

Los principios que generan la manifestación de estas úlceras pueden ser, en casi todos los casos, prevenidas antes; el nombrar y registrar los factores de riesgo es básico para llevar a cabo los procedimientos preventivos, porque una vez que existe una úlcera, la complicación es difícil de manejar y tratar.

La manifestación de UPP es un progreso que tiene mucha relación con los cuidados administrados por los profesionales de Enfermería, es el grupo de sanitarios más involucrado y más experimentado en esta dificultad, conformando un área de cuidados básica y específica para todo el proceso de prevención, valoración o curación.

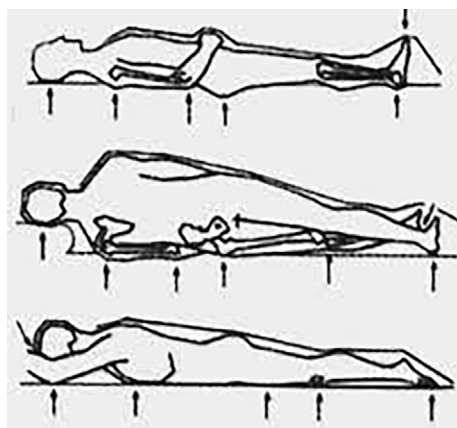
Las UPP suelen aparecer sobre prominencias óseas y son diagnosticadas y nombradas dependiendo del grado de lesión tisular observado.

Fisiopatología

Se narran a nombran a continuación los instrumentos que pueden producir la representación de estas heridas fundamentadas en el cambio del riego sanguíneo de la superficie por una razón externa, la presión, la humedad o la frotación.

Presión

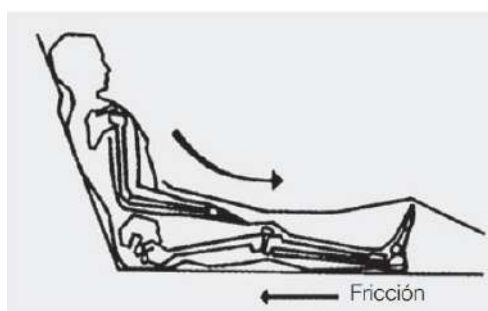
Es una fuerza que se ejerce verticalmente a la dermis como resultado de la exposición, originando una compresión tisular entremedias de dos partes, uno correspondiente al enfermo y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar fluctúa entre 16-32 mm. Hg. Una fuerza más alta a 17 mmHg, obstruirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos induciendo hipoxia, y si no se calma, necrosis de los similares. La creación de una UPP se supedita tanto a la presión como al plazo de duración que ésta se sostiene; Kösiak explicó que una presión de 70 mmHg. Mediante 2 horas logra ocasionar heridas isquémicas.



Fotos extraídas de la Guía de úlceras por presión de HUNTLEIGH.

Fricción

Es una carga tangencial que se ejerce simultáneamente a la epidermis, ocasionando roces, por ejercicios o tires en el paciente encamado o sedentario en el frote con las sábanas o áreas rugosas originando fuerzas de roce., sobre todo en las movilizaciones, al tirar del paciente.



Fotos extraídas de la Guía de úlceras por presión de HUNTLEIGH.

Cizallamiento

Adopta los resultados de presión y frotación (ejemplo: postura de fowler que origina movimiento del organismo, puede suscitar frotación en sacro y presión sobre una zona parecida). Correspondida a esta consecuencia, la fuerza que se precisa para bajar la contribución de sangre es inferior, así pues la isquemia del músculo se provoca más velozmente.



Fotos extraídas de la Guía de úlceras por presión de HUNTLEIGH.

Humedad

La incontinencia es un autor de peligro frecuentado para el progreso de úlceras por presión.

El enfermo que manifiesta incontinencia fecal manifiesta un riesgo 22 veces superior de manifestar una úlcera en relación con el paciente que no muestra incontinencia fecal.

Otros indicadores que favorecen a la presentación de úlceras: Son factores que presentan a la realización de úlceras y que pueden aglutinarse en estos cinco grandiosos grupos:

Fisiopatológicos

Como resultante de distintas complicaciones de salud.

- **Erosiones cutáneas:** Edema, sequedad de epidermis, escasez de flexibilidad.
- **Dificultad en la transferencia de oxígeno:** Complicaciones vasculares externos, éstasis venoso, irregularidades cardiopulmonares.
- **Insuficiencias nutricionales (por falta o por exceso):** Desnutrición, delgadez, gordura, hipoproteinemias, deshidratación.
- **Dificultades inmunológicas:** Cáncer, infección.
- **Modificación del estado de conciencia:** Estupor, confusión, coma.
- **Anomalías motoras:** Paresia, inmovilización.
- **Carencias sensoriales:** Privación de la percepción dolorida.
- **Modificación de la expulsión (urinaria/intestinal):** Perdidas urinarias e intestinales.

Derivados del tratamiento

Así como resultante de diversas técnicas o diagnósticos.

- Inactividad imputada, consecuencia de distintas elecciones terapéuticas: Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.
- Métodos o medicamentos que poseen función inmunopresora: Radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines para el diagnóstico y/o tratamiento: Sondaje vesical, nasogástrico.

Situacionales

Consecuencia de transformaciones de las características individuales, medioambientales, rutinas, etc.

- Inmovilidad: Referida por padecimiento, desaliento, estrés.
- Repliegues en vestuario de cama, camisa, pijama, materias de roce, etc.

Del desarrollo

Correspondidos con la causa de madurez.

- *Bebés lactantes*: Rash por el pañal.
- *Ancianos*: Perdición de la tonicidad de la dermis, epidermis áspera, movimiento limitada.

Del entorno

- Trastorno de la particular estampa del personaje en la dolencia.
- La escasez de sabiduría higiénica a los pacientes.
- La baja de procedimientos conjugados en la organización de las curas por parte del grupo asistencial.
- La baja o infame utilización del instrumental de prevención, tanto del primordial como del accesorio.
- La desmotivación del facultativo por la escasez de adiestramiento y/o investigación exclusiva.
- El aumento de obra del experto.

- Intervenciones terapéuticas, con permanencia elevada a tres horas, tiende a impulsar UPP.
- Inmovilizaciones postoperatorias.
- Ingresos largos en uci.^{3,4}

Se halla una ancha gama de aceptación entre las instituciones especializadas que creen que la sospecha crea el modo más eficiente de afrontar la complicación de las UPP. Frecuentemente, se observan cuatro grandiosas zonas en la utilidad de evaluaciones de precaución.

- Estimación del riesgo de progresar una UPP.
- Cuidados de la dermis.
- Disminución de la presión: Con reglas habituales, por razón del uso de zonas exclusivas de empleo de la presión, y específicos, por razón de apósito y otros materiales concretos.
- Aprendizaje.

La evaluación original de la fase de la dermis debería poseer en cuenta:

- Personalización del período de la epidermis, desecación, excoriaciones, irritación, maceración, inestabilidad, temperatura e induración, impresión de prurito o punzada.
- Protuberancias duras (sacro, pies, maléolos, codos y occipucio). Para reconocer tempranamente erosiones y agrupar actuaciones anticipadas en todos los conjuntos de riesgo. La utilización de la escala de Norton anuncia cuales son los pacientes con superior posibilidad de tender UPP: Inmovilidad, mala alimentación, incontinencia fecal y urinaria y empobrecimiento del valor de conocimiento.

Escalas de valoración del riesgo, más importantes

- Escala de Norton
- Escala de Braden
- Escala de Arnell
- Escala Nova 5
- Escala Emina
- Escala de Waterlow

Cuadro de GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión.

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 Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Cuadro de GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO	
Puntuación de 5 a 9	Riesgo muy alto
Puntuación de 10 a 12	Riesgo alto
Puntuación de 13 a 14	Riesgo medio
Puntuación mayor de 14	Mínimo/no riesgo

Cuadro de Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión.

ESCALA BRADEN				
<p>Percepción sensorial Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
<p>Exposición a la humedad Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	1. Constantemente húmeda. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
<p>ACTIVIDAD Nivel de actividad física</p>	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.		3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
<p>MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema. Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	
<ul style="list-style-type: none"> • ALTO RIESGO: Puntuación total < 12 • RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos. • RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años. 				

Cuadro de Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión

ESCALA ARNELL				
Variable	0	1	2	3
<i>Estado mental</i>	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
<i>Incontinencia (se dobla la puntuación)</i>	No	Ocasional, nocturno o por stress	Urinaria (solamente)	Urinaria e Intestinal
<i>Actividad (se dobla la puntuación)</i>	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
<i>Movilidad (se dobla la puntuación)</i>	Completa	Limitación ligera (Ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas)	Limitación importante (parapléjico)	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso)
<i>Nutrición</i>	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables (Se le debe animar a ingerir líquidos)	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado ingesta mínima de líquidos.	No come
<i>Aspecto de la piel</i>	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado 1	Edema con fóvea. Pérdida de continuidad de la piel a nivel úlcera grado 2
<i>Sensibilidad cutánea</i>	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente
El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12.				

Cuadro de Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión

ESCALA NOVA 5					
Puntos	Estado mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición. Ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional/Limitada	Ligeramente Incompleta	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Urinaria o fecal Importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula siempre precisa ayuda
3	Coma	Urinaria o fecal	Inmóvil	No Ingesta Oral, Ni Enteral ni Parenteral superior a 72 H. y/ o Desnutrición previa	No deambula Encamado

Descripción de los criterios utilizados en la ESCALA NOVA 5:

Estado mental

- *Paciente consciente o alerta:* Es aquel paciente que está orientado y consciente. Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo. Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- *Paciente desorientado:* Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio. Puede estar apático. No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita nuestra ayuda. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- *Paciente letárgico:* Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.
- *Paciente inconsciente o comatoso:* Es aquel paciente que tiene pérdida de conciencia y de sensibilidad. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

Incontinencia

- *Paciente continente:* Es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de sondaje vesical permanente.
- *Paciente con incontinencia ocasional:* Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.
- *Paciente con incontinencia urinaria o fecal:* Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.
- *Paciente con incontinencia urinaria y fecal:* Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

Movilidad

- *Paciente con movilidad completa:* Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.
- *Paciente con limitación ligera en la movilidad:* Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondaje nasogástrico, férulas, yesos, etc.). No necesita ayuda para cambiar de posición.
- *Paciente con limitación importante de la movilidad:* Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondas nasogástrica, etc.) como por causas propias (AVC, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejias, etc.), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
- *Paciente inmóvil o encamado 24 horas:* Es aquel paciente que tiene disminuida al máximo su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. Es completamente dependiente.

Nutrición

- *Paciente con nutrición correcta:* Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido éste como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal. Puede ser por: Comer siempre la dieta pautaada; lleva nutrición enteral o parenteral adecuada y está en ayunas menos de 3 días para pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica o causa similar.
- *Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta:* Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Puede ser por: Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.

- **Paciente con nutrición incompleta:** Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteïnemia, etc.). Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso. Puede ser por: Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos); tener un aporte deficiente de líquidos enterales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia); por intolerancia digestiva crónica mantenida (diarrea o vómitos).
- **Paciente sin ingesta oral:** No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tienen cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada y/o pérdida importante de peso. Puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.
- **Paciente que deambula con ayuda:** Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas, etc.)
- **Paciente que siempre precisa ayuda:** No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.
- **Paciente encamado:** No puede deambular.
Está encamado las 24 horas. Puede tener periodos cortos de sedestación.

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

- 0 puntos: sin riesgo.
- De 1 a 4 puntos: riesgo bajo.
- De 5 a 8 puntos: riesgo medio.
- De 9 a 15 puntos: riesgo alto.

Actividad

- **Paciente que deambula:** Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

Cuadro de Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión

ESCALA EMINA					
	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado Paciente orientado y consciente	Completa Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	No Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	Correcta Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Deambula Autonomía completa para caminar
1	Desorientado o apático o pasivo Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	Ligeramente limitada Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	Urinaria o fecal ocasional Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	Ocasionalmente incompleta Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Deambula con ayuda Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2	Letárgico o hipericnético Letárgico (no responde a órdenes) o hipericnético por agresividad o irritabilidad	Limitación importante Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	Urinaria o fecal habitual Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	Incompleta Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Siempre precisa ayuda Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3	Comatoso Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	Inmóvil No se mueve en la cama ni en la silla	Urinaria y fecal Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreas frecuentes	No ingesta Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	No deambula Paciente que no deambula. Reposo absoluto
Sin riesgo: 0. Riesgo bajo: 1-3. Riesgo medio: 4-7. Riesgo alto: 8-15.					

Cuadro de Documentos del GNEAUPP. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión.

ESCALA WATERLOW							
Tabla 1 Escala Waterlow para medición del riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP)							
Riesgo básico	Riesgo básico		Riesgo básico		Riesgos especiales		
Constitución física IMC ^a	Aspecto de la piel Zonas de riesgo		Sexo/edad		Malnutrición tisular		
Normal	0	Integridad	0	Varón	1	Caquexia terminal	8
Por encima de la media (sobrepeso)	1	Piel muy fina, seca, húmeda, edematosa	1	Mujer	2	Fallo cardíaco (se puntúa en pacientes tratados con catecolaminas: adrenalina, noradrenalina, efedrina, fenilefrina, vasopresina y dopamina a dosis α)	5
				0-13	0		
				14-49	1		
				50-64	2	Enfermedad vascular periférica	5
Obesidad	2	Cambio de la coloración	2	65-74	3		
				75-80	4	Anemia (< 9 gr./dl)	2
Por debajo de la media (delgado)	3	Pérdida de integridad	3	>81	5		
Continencia	Movilidad		Apetito/nutrición		Déficit neurológico		
Contínente/sondado	0	Movilidad completa	0	Normal/enteral o parenteral (≥ 1.500 kcal/24h)	0	Diabetes, esclerosis múltiple, ACV, paraplejía sensitiva- motora. Pacientes tratados con relajantes musculares	5
Incontinencia ocasional (1-2 micciones; 1 deposición formada o no en 24 h)	1	Agitado, inquieto	1	Poco/enteral o parenteral (< 1.500 kcal/24h)	1	<u>Cirugía mayor/traumatológica</u> Cirugía mayor (> de 2 h) Cirugía ortopédica: medular o por debajo de la cintura	5
Sondado e incontinencia fecal (≥ 2 deposiciones formadas en 24 h)	2	Apático	2	Nada por boca/ fluidoterapia: incluye aminoácidos lípidos	2		
Incontinencia urinaria (> 2 micciones) o fecal (≥ 2 deposiciones líquidas o semilíquidas en 24 h)	3	Movilidad limitada Inmovilidad por tracción Incapacidad total para el movimiento	3 4 5	Ningún tipo de nutrición	3	<u>Medicación</u> Citostáticos, antiinflamatorios Dosis altas de esteroides: hidrocortisona (Actocortina®) ≥ 1 mg/kg/día, prednisona (Dacortin®) ≥ 1 mg/kg/día, metilprednisolona (Solumoderin®) $\geq 0,25$ mg/kg/día, dexametasona (Fortecortin®) $\geq 0,20$ mg/kg/día	4

^aPara saber la constitución física se calcula el índice de masa corporal (IMC) y la puntuación que se obtiene se confronta con la clasificación del sobrepeso y la obesidad (SEEDO²⁰⁰⁰)²⁸.

- 10 - 14 puntos: Paciente en riesgo
- 15 - 19 puntos: Riesgo alto
- 20 - 92 puntos: Riesgo muy alto

Valoración

Observar la UPP:

- Fase.
- Ubicación.
- Ancho.
- Base:
 - Exudado
 - Granulación
- Necrosis (seca)
- Esfacelos (necrosis húmeda)
- Infección: Inflamación, secreción purulenta, temperatura elevada, dolor, maloliente, disminución de color de la zona de granulación, entretejido de granulación sangriento.
- Tejido en zona perilesional con aparición de:
 - Celulitis.
 - Dermatitis.

- Epitelización.
- Dolor.

Tratamiento de las UPP

Previamente de comenzar el procedimiento de la UPP, comprometemos a evaluar la fase de la misma, para empezar a su tratamiento y registro de su prosperidad.

Se copiará lo obtenido en la evaluación sobre la página de inscripción de UPP, o en su carencia en la página de progreso de la enfermera y se podrán emplear los procedimientos en utilidad sobre estos efectos.¹

Las mediaciones de procedimiento estarán registradas en el control de *evolución de enfermería* y proyectadas en el apartado de acciones del "plan de cuidados".

- Abolir o disminuir la fuerza sobre la úlcera.
- Mermar el peligro de infección y excitar la cicatrización usando a cabo las posteriores acciones:
 - Higienizado de manos.
 - Desinfección de la herida.
 - Rociar con suero salino 0,9% sin raspar.
 - No hacer uso de desinfectantes de modo insistente.
 - Desbridamiento de la lesión.

El tipo de desbridamiento que se use será registrado en "Evolución de enfermería".

El desbridamiento es indispensable para la buena progresión de las lesiones necrosadas.

El tejido necrótico: Ayuda al propago de gérmenes patógenos, interrumpe la producción de tejido de granulación y entorpece en la cicatrización. El contexto general del paciente, así como las propiedades del tejido a desbridar condicionarán el ejemplar de desbridamiento a ejecutar.

Tipos de desbridamiento

- *Quirúrgico*. Se interpretará con la finalidad de destruir la necrosis y esfacelos hasta alcanzar al tejido sano. Esto solicita enseñanzas y práctica con expertos capacitados y utensilios desinfectados. El cual y adonde se formalice penderá de los preceptos del sitio. Si se evalúa pertinente se comenzará al desbridamiento incisivo, que estará ejecutado por planos y en desiguales reuniones, hasta libertar la úlcera de entretejido muerto. Se suministrará medicación analgésica anteriormente a realizar el desbridamiento
- *Enzimático o químico*. Adjudicar enzimas generales (normalmente colagenasa), intentar adquirir la rotura del entretejido necrótico y hacer la escara más blanda.
- *Autolítico*. Normalmente fundado en el procedimiento de cura húmeda. Administrar geles o apósitos que añadan humedad para ayudar que los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas desorganicen la sustancia necrótica.

En los procesos de superabundancia de exudado en ocasiones se hace uso de un alginato.

- *Autolítico*. Está fundado en la cura húmeda. Administrar geles o apósitos que añadan humedad para ayudar a los macrófagos, neutrófilos y enzimas orgánicas desorganicen la sustancia necrótica. Sobre los procesos con superabundancia de líquido se debe hacer uso de un alginato.
- *Prevención y Abordaje de la infección*. Se apuntara en el "Plan de cuidados".

Todas las úlceras que se presentan contaminadas por bacterias, no significa que presentan infección.

- Impedir relación de la úlcera con extractas de restos corporal (orina, heces).
- Ejecutar decente higienizado de ambas manos y utilización de Epis por enfermo.
- Si un enfermo presenta múltiples lesiones, reparar al final de la cura la parte más degenerada.
- Hacer uso siempre de instrumentos estériles en desbridamiento.
- Ejecutar higiene y desbridamiento para disuadir que la repoblación progrese a contaminación clínica.
- Desarrollar dichas tareas si coexistiese huellas de infección concreta.
- Efectuar cultivos, si la úlcera no progresa prósperamente y tiene síntomas de infección específico.
- Comenzar proceso antibiótico una vez descrito el motivo.
- Rellenar las depresiones o tunelizaciones que logre constituir la úlcera, interrumpir evitar que se creen abscesos o cierres en falso.
- Selección del elemento para el tratamiento.

Todas las intervenciones se registrarán en la página de actividades del "Plan de cuidados".

- Elegir el apósito apropiado conservando la sucesiva fisiología de la úlcera:
 - Situación de la lesión.
 - Riesgo de la lesión.
 - Total de exudado.
 - Presencia de cavidades o tunelizaciones.
 - Síntomas de infección.
 - Estadio de la dermis limítrofe.
 - Situación habitual del paciente.
 - Reserva de medios.
 - Comparación coste-efectividad.
 - Calidad asistencial.

- Cualidades del apósito: impregnar el exudado, colaborar en el desbridamiento, luchar contra la infección y censurar el dolor).

Reemplazar el apósito en labor del artículo manejado y las propiedades de la herida.

Un apósito hidrocoloide se reemplazará cuando el abombamiento provocado al impregnar las secreciones de la herida llegue a 1,5 o 1 cm. del remate del vendaje.

- El vendaje ejemplar se comprometerá aglutinar los siguientes requisitos:
 - Ser biocompatible.
 - Salvaguardar la herida de agresiones: física, química y bacterianas.
 - Proteger el fondo de la úlcera permanentemente empapado.
 - Excluir y reconocer exudados y tejido necrótico por razón de su filtración.
 - Renunciar la inapreciable integridad de despojos en la lesión.
 - Ser transformable a disposiciones difíciles.
 - Beneficiar la cicatrización.
 - Ser factible de utilizar y dejar.
 - Dejar el camino de exhalación de líquido.⁵

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO LOCAL DE LAS UPP

Representaciones de procedimiento concreto de las UPP.

Quitar o reducir presión en el área.

Higienizar siempre las UPP con suero salino 0,9% por inyección lenta.

Estadio I

- Administrar ácidos grasos, expandir y evitar friccionar.
- Apósito hidrocoloide si existe peligro de roce o ablandamiento de la región.

Estadio II y III

- Los períodos inflamatorios:
 - Con compuesto necrótico áspero (escara) y compuesto necrótico mojado (esfacelo): efectuar desbridamiento.
- Servirse de colagenasa o hidrogel.
- Con infección (aparición de representaciones locales): presentar la infección.

Usar: En presencia de desintegración, colagenasa; en exudación, algún compuesto de alginato cálcico o ele-

mentos de carboximetilcelulosa o apósitos de plata; en úlcera insoportable, apósitos de carbono activado.

- En Fase de Granulación y/o epitelización:
 - Lesión lustrada (si aspecto de tejido de granulación): Preservar y cuidar la zona con humedad. Hacer uso de apósitos hidrocoloides o hidropoliméricos.⁶

Proceso de cicatrización

La cicatrización es un procedimiento biológico enfocado a la corrección acertada de las heridas, por intermedio de reacciones e interacciones celulares, cuya expansión y diferenciación está intervenida por citoquinas, liberalizadas al espacio extracelular.

Primeramente preexisten 2 modalidades de cicatrización:

- *Primera intención:* Se dotará en heridas sanas no contagiosas, en las cuales se realizan vincular bien, los bordes con una sutura formal. Pretende una pequeña proyección de tejido original, su cicatriz es más estética.
- *Segunda intención:* Son heridas en las cuales se ha desencadenado una disminución de sustancia, si se suturaran se establecería un seroma debajo, con la oportunidad de juntar bacterias e infectarse la herida. También se origina este ejemplar de ciegos en heridas infecciosas o infectadas.

Fases de la cicatrización

Fase 1: Coagulación (hemostasia)

La precipitación, primitiva ciclo de la cicatrización, ataca vecinamente después de revelarse el estrago y el objeto es detener la efusión. En esta aspecto, el estatura agita su ordenanza de corrección de emergencia, el conjunto de precipitación de la parentesco, y crea una sazón de presa para bloquear el desagüe del fluido encarnado. Durante este procedimiento, las plaquetas entran en empalme con el colágeno, lo que da como redundado la activación y la incremento. Una enzima convidada 'trombina' se sigue en el cálculo, y suscita la capa de una red de fibrina, defendiendo los grupos de plaquetas para labrar una condensación afianzado.

Fase 2: Inflamación (fase defensiva)

Si la fase 1 trata centralmente de la coagulación, la segunda fase, citada fase de inflamación o defensiva, se orienta en arruinar bacterias y desterrar residuos, fundamentalmente arreglando el fondo de la herida para la evolución de entretejido original.

Durante la fase 2, un ejemplo de glóbulos blancos calificados neutrófilos se introducen a la herida para arruinar las bacterias y excluir los regidores dañadores. Estas células a parco adquieren su capitalidad grande entre 24 y 48 deteriorándose en gran meditada en cuota a los tres días.

A comprobación que los glóbulos blancos se borran, unas células fijadas tituladas macrófagos se sitúan para resis-

tir higienizando los administradores tóxicos. Estas células también fabrican agentes de evolución y proteínas que conquistan células del sistema inmune a la herida para otorgar la corrección tisular. Esta fase a menudo se prolonga de cuatro a seis días y puede mostrarse acumulación, roncha (enrojecimiento de la piel), ardor y dolor.

Fase 3: Proliferación

Una vez que se lava la zona afectada, se alista en la fase 3, la extensión, donde el blanco es restablecer el entretejido y revestir la herida.

La fase de expansión manifiesta tres etapas distintas:

- Reconstituir el entretejido de la herida.
- Contraer los marcos de la herida.
- Revestir la herida (epitelización).

Durante la inicial etapa, el entretejido de granulación de matiz rojo rápido y chispeante completa el lecho de la con-tusionada de entretejido conjuntivo y se crean diferentes vasos sanguíneos. Durante la contracción, las franjas de la herida se limitan y arrasan hacia el foco de la herida.

En la tercera etapa, las cavidades epiteliales resultan del lecho o los perfiles de la herida e inician a migrar precipitando a través del fondo de la herida hasta que la herida se cobija con epitelio. La fase de expansión frecuente durar de cuatro a 24 días.

Fase 4: Maduración

Durante la fase de maduración, el original entretejido saca fuerza y elasticidad débilmente.

Aquí, las fibras de colágeno se reorganizan, el tejido se reconstruye y florece y hay un acrecimiento usual en la reacción a la tensión (aunque la fuerza suprema está restringida al 80% de la energía primera a la herida). La fase de maduración disimula inagotable de una herida a otra, y frecuente durar de 21 días a dos años.

El procedimiento de cicatrización es primordial y conjunto, y también es apropiado de limitaciones adecuado a representantes locales y sistémicos, que engloban humedad, infección y maceración (local); y edad, situación nutricional, prototipo de cuerpo (sistémico). Cuando se constituye la situación de cicatrización adecuada, el cuerpo produce de una manera fabulosa para curar y recambiar el entretejido desvitalizado.⁷

Herida crónica

En todo lo que a las heridas crónicas, frecuente ocurrir un mecanismo endógeno fundamental, ya sea de principio metabólico o algún padecimiento de raíz ocasionando una demora en el curso de recuperación y una escasez de aumento de los entretejidos, como; lesiones vasculares, úlceras diabéticas, desarrollos neoplásico o iatrogénicas como las úlceras por presión.

Estadios manifestaciones clínicas:

- Hiperemia reactiva rubor se esfuma cuando se elimina la fuerza.
- Hiperemia que no empalidece rubor no blanquea al utilizar presión.
- Edema dilatación por la rotura de los capilares.
- Necrosis desintegración de las células, se origina blanqueamiento del entretejido.
- Úlcera sensible perpetúa la rotura celular, con llegada de una lesión blanca, con tipo de esfácelos.

Estas erosiones son una dificultad de salud notable porque sostienen un acontecimiento y una prevalencia aumentadas y por sus trascendencias. El 4º trabajo español de relevancia de UPP en España, que acarrió en 2013 la corporación nacional para el tratado sobre recomendación en Úlceras por presión y heridas crónicas (gneaUPP), expone una prevalencia severa de las UPP en la vigilancia primaria del 8,51% entre los afectados que percibían vigilancia domiciliaria, del 7,87% en los ingresados y sobre el 13,41% en la ayuda sociosanitaria.

Las UPP son, ante todo, un asunto de desconsuelo para quienes las resisten y para sus parientes.

Los pacientes asienten queja, disminuyen su independencia y se aguantan el dolor, desasosiego, angustia y restricciones en sus oportunidades de reunión social, principio de la complejidad para desplazarse. Por lo demás, se atrasa su asunto de reparación y han de confrontar el riesgo de germen y sepsis que las UPP protagonizan.

Cuidara un paciente con UPP produce deterioro y agotamiento.

Es claro que los familiares y los cuidadores preferentes soporten pena, impaciencia, alejamiento, irritabilidad y culpabilidad. Estas inquietudes, unificadas al cansancio, logran producir el agotamiento en el ejercicio del rol de procurador.

Las UPP también predicen una dificultad trascendente para el sistema sanitario: Extienden estancias de los con-valectes en los hospitales, amplifican el importe de los procedimientos y dan una apariencia institucional dañina hecho que tiende a aplicarse a la escasez en la eficacia asistencial.

Las UPP son en su generalidad prevenibles y en un 95% eludible, por lo que comprueban de abundancia consideración tener una lista de cuidados que unifique las normas de realización del equipo de enfermería, protocolizando operaciones para una preferible previsión, evaluación del deterioro y tratamiento con origen en las óptimas comprobaciones teóricas vacantes.⁸

OBJETIVOS

Objetivo principal

El objetivo de este elaboración es reproducir una estudio teórico de la bibliografía científica sustenta de apiñar las

enseñanzas vigentes vinculadas con el peligro de aparición de úlceras por presión. Se emplearon los descriptores de salud interrelacionados con úlceras por presión.

Objetivos específicos

Renovar el estudio sobre las escalas de evaluación del riesgo de UPP.

Distinguir los métodos practicados para evaluar el peligro de desarrollar úlceras por presión en el sistema médico real en España.

Los propósitos del uso de una escala de evaluación del riesgo de UPP serían:

- Identificar de modo prematuro a los enfermos que tienen UPP en soporte a la existe de agentes de riesgo.
- Suministrar un juicio ideal para la utilización de regímenes protectores en aplicación de la medida de peligro.
- Numerar a los convalecientes en labor del nivel de compromiso, con finalidad de saber epidemiales y/o de garantía.
- Afirma la asignación eficiente y objetiva de procedimientos anticipados restringidos.
- Esgrime de sostén de las determinaciones médicas.
- Otorga el regule de asuntos, en misión del peligro en aplicaciones epidemiológicos.
- Benignita el despliegue de documentos de evaluación del peligro.
- Usa como declaración en temas de debates.

METODOLOGÍA

La exploración de conceptos teóricos se produjo a cabo por razón de la leída y recopilación de la investigación acopiada en apartados antepuestos de diferentes orígenes de internet: scielo, pubmed, cuiden y gneaUPP.

Términos clave: riesgo, desarrollo, úlcera, heridas crónicas.

Criterios de inclusión

Para efectuar esta investigación bibliográfica se ha mantenido en cuenta unos principios de introducción y hemos eliminado escritos, los cuales necesitaban de prueba facul-

tativa, para así y de este estilo, formar la publicación con la primordial fiabilidad admisible. El ejemplar de documentos sobre los que se ha practicado el escrito son: meta-análisis, conocimientos prospectivos y retrospectivos de casos y controles y ensayos clínicos aleatorios. Estos conocimientos se han obtenido en español.

La bibliografía sondeada seguía el fin de localizar en su encuadrado índices pertenecientes a:

- Úlceras por presión en enfermos dependientes.
- Lesiones crónicas en pacientes dependientes.
- Riesgo de progresar UPP.
- Escalas de estimación de riesgo.

Criterios de exclusión

Han sido quitados del estudio todos aquellos capítulos que no verificasen los previos principios de publicación.

RESULTADOS

La principal graduación de evaluación del peligro de expandir alguna UPP explicada y publicada fue presentada en 1962 por Doreen Norton, fusionado con McLaren y Exton-Smith sobre el tramite de inspección sobre enfermos ancianos. De la graduación de Norton se han originado numerosas graduaciones (Gosnell, Ek, Nova, Emina, etc.), pero distintas investigadoras han empleado diferentes métodos para desarrollar sus escalas, como Waterlow, Cubin-Jackson, etc.

Primordialmente notable en este matiz han sido Barbara Braden que, concentro con Nancy Bergmstrom, difundió su escala a través de un programa conceptual, en el que reseñaron, establecieron y pertenecieron las teorías evidentes sobre las UPP, lo que les proporcionó determinar los fundamentos de una evrUPP.

Esto ha proporcionado a varios ejecutores puntualizar las exigencias que compensa englobar la escala molde o, lo que es similar, los procedimientos reivindicatorios en evrUPP y, además, los mínimos necesarios para considerar y confirmar una escala. Estos procedimientos serían:

- Sublime sensibilidad: Determinada como la cualidad de un test o escala para unificar justamente a los pacientes que poseen la enfermedad o estado entre todos los de riesgo.

Bases de datos	PUBMED	SCIELO	CUIDEN	GNEAUPP
Documentos encontrados	55	28	16	38
Documentos revisados	55	28	16	38
Documentos válidos	4	2	2	4

Fuente: Elaboración propia.

- **Eminente especificidad:** Determinada como la cualidad del test o escala para nivelar justamente a los pacientes que no poseen la dolencia o condición en los pacientes que no son de probabilidad.
- **Buen coste predictivo:** Tanto positivo, experimentado como cuántos de los pacientes con lesión han sido descritos de riesgo entre el general que la desenvuelven, como negativo, experimentado como cuántos pacientes sin lesión han sido descritos sin riesgo entre el general de los que no la han desarrollado.
- Ser asequible de aplicar.
- Que manifieste principios limpios y definidos que impidan al extremo la alteración entre interobservadores.
- Adaptable en los distintos argumentos asistenciales.

La aprobación de un herramienta, en este acoplo una escala, proporciona exponer que efectivamente está computando aquello para lo que se elaboró. Por tanto, al gozar concretado una escala como un elemento que proporciona nivelar a los pacientes con riesgo de desenvolver UPP, es claro validarlas, para realizar si efectivamente son válidos o no para advertir el progreso de estas heridas.

Como política frecuente, se presupone que una graduación será aceptada en el momento que posee dos o más actividades y demuestran su valor.

Asimismo de los cuantificaciones precedentemente mostrados (sensibilidad, especificidad, gasto predictivo positivo y negativo), determinados autores han determinado la condición de disponer otros componentes para suponer efectivamente vigente a una proporción.

Estos otros principios serían:

- **Valor o proporción correcto:** Calcula el equilibrio de efectivos positivos y verídicos negativos entre el general de pacientes, es sugerir, la conjunto de pacientes exactamente sistematizados.
- **Zona inferior en la onda roc (auc):** La curvatura roc (receiver-operator curve) presenta una forma en la que se disfruta simulando en ordenadas sobre precios de sensibilidad (sens) y en abscisas sobre la contraria de la especificidad (1-espec) sobre la mayoría de los potenciales medianos de corte de una graduación. Se sumará la zona que aparece añadida por debajo de la curvatura así creada, en guisa en una valoración de auc en 1 enseña una magistral sensibilidad y especificidad en la graduación, tanto que un coste en 0,5 prueba en la graduación escasea en sensibilidad diagnóstica.

Al mismo tiempo es decisivo que los escritores de la autorización participen las indicaciones de dificultad, fundamentalmente:

- **Odds ratio o razón de ventajas:** Gradúa el cociente entre la oportunidad (odd) de obtener la alteración (UPP) entre los afectados presentados (con riesgo) y la probabilidad de gozar la molestia entre los pacientes no exhibidos (sin riesgo). Una odds ratio (or) simétrico a 1 sugiere de hecho; simultáneamente $or > 1$ propone crecimiento de la

probabilidad de UPP entre los enfermos expuestos, con ocasión de desarrollo por la evrUPP estudiada.

- **Intervalo de confianza en 95%:** soluciona un grado en cuantías en un punto logrado al dividir en una validación en el momento que observa el elemento de operable de elementos adquiridos en estadística de interés. Es un régimen del valor de incertidumbre de un área. Si la zona de confianza cierra el valor 1, la odds ratio no sería reveladora, ya que no tendría evidencias en las que disconformidades no se involucraría la momentanidad.⁹

Hasta el momento, han sido explicadas en la obras 22 evrUPP y la condición continúa progresando, ya que se perpetúan desenvolviendo y formulando originales proporciones.

Entre esta combinación de escalas, se logran localizar algunas para uso frecuente en cualquier argumento asistencial y demás sentenciadas a enfermos o argumentos estipulados –cuidados críticos, pediatría, vigilancia domiciliaria. Sin apropiación, la generalidad de ellas no ha sido sujeta a un procedimiento de aprobación digno, por lo que no hay confianzas sobre su vigor.

Estos dos elementos –muchas escalas y escasea de validación– colaboran a la complicación que se ha introducido con relación a su uso en la experiencia clínica, aunque otras revisiones metodologías han iniciado a proyectar luz sobre el argumento en los últimos años.

A continuación procedemos a estudiar las graduaciones de valoración sobre el peligro confirmadas en estos momentos.

Escala de Norton

Ya hemos citado anteriormente, que es la inicialmente evrUPP determinada sobre las bibliografías, y estaba registrada en 1962 por Norton, McLaren y Exton-Smith en el trámite de una exploración en los pacientes ancianos. Desde este momento el nivel de Norton ha conseguido una primordial amplificación en toda la tierra.

Esta escala reconoce cinco parámetros: Período cerebral, incontinencia, movimiento, acción y estadio físico y es una escala denegación, de manera que una pobre valoración muestra mayor exposición. En su fórmula notable, su cálculo de corte estaban los 14, aunque por último, en 1987, Norton sugirió diferenciar en sitio de corte posicionándolo en 16.

Escala de Waterlow

Dicha graduación ha sido referida en Inglaterra, en 1985, desde un experimento de aparición de UPP, sobre el que se descubrió que la graduación de Norton no especificaba en el conjunto de riesgo a diferentes pacientes que finalmente si presentaban lesiones.

Más tarde de equiparar las causas que colaboran sobre la causa y la problemática de las UPP, Waterlow demostró una graduación con seis subescalas (relación talla/peso, continencia, pinta de la dermis, movimiento, edad/sexo,

apetito) y cuatro clases de demás agentes de exposición (malnutrición tisular, pérdida neurológico, intervención y fármacos).

Escala de Braden

La graduación de Braden está definida en 1985 en EE.UU, con el referente de un panorama de investigación en lugares sanitarios, en tanteo de poder dar respuesta a varias de las problemáticas de la graduación de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom perfeccionaron su graduación gracias a un proyecto de conceptos en el que puntualizaron, concretaron y explicaron las experiencias presentes en las UPP, esto les dejó explicar los principios de las evrUPP.

En la graduación de Braden se integra seis escalas: Sensación sensorial, exposición de la dermis a la humedad, actividad física, movilidad, alimentación, fricción y riesgo de lesiones cutáneas, con una explicación minuciosa lo que se corresponde expresar en cada uno de las secciones de estos subíndices.

Los tres iniciales subíndices calculan agentes correspondidos con la exhibición a la amenaza urgente y extendida, tanto que los otros tres continúan en coherencia con la consideración de los entretrejidados a la propia.

Escala EMINA

Es una gradación hecha y validada por la colectividad de enfermería del organismo catalán de la salud para el rastreo de las UPP. Distingue cinco elementos de peligro: Estado mental, movilidad, incontinencia, alimentación y actividad, clasificados de 0 a 3 cada uno de ellos. Así con la originaria gráfica de cada agente se le ha asignado apelativo a la escala (EMINA).

Es similar a la escala de Brade que tiene una hábil explicación operante de palabras, lo que hace que reduzca la versatilidad entre interobservadores. Las descubridoras explican su sitio de corte en cuatro, aunque terceras observaciones explican que, para sanatorios de mediana estancia, el estado de corte correspondería ser de cinco.

Escala de Cubbin-Jackson

Se le conoce como una evrUPP explicada de modo concreta para enfermos graves. Se constituye de 10 medidas en conjunto que clasifica de uno a cuatro (edad, peso, estado de la dermis, estado mental, movilidad, estado hemodinámica, respiración, alimentación, incontinencia e higiene). Se refiere al grado complicada, trabajosa de aprovechar.

Entorpecer la llegada de las UPP es prioritario adentro de los cuidados de los enfermos susceptibles de padecerlas, existiendo irremplazables para ello, el apoyo no sólo de los técnicos sanitarios sino también del específico enfermo y/o encargados. La prudencia no sólo disminuye el evento e intermitencia de UPP, sino que también abrevia el daño y los obstáculos que de ellas obtiene producirse, así como la persistencia de los procesos y por ende el derroche sanitario. La documentación sanitaria establece parte de las tácticas tanto de precaución como de procedimiento de las úlceras por presión, y protege la complicidad de enfermo y curador en la organización de las actividades.

En este capítulo se han especificado los regímenes protectores en 6 principales bloques:

- Valoración completa del enfermo.
- Valoración y cuidados nutricionales.
- Valoración y cuidados de la dermis.
- Control de las impregnaciones.
- Manejo de la tensión.
- Pedagogía sanitaria.

Valoración integral del paciente

La evaluación total llega manifestada por la valoración de la exposición de descubrimiento de UPP en soporte a la utilización de niveles de evaluación del peligro de progresar UPP (evrUPP) como accesorio al proceso médico y al entendimiento de los componentes de riesgo interiores

Comprobación de escala más eficiente para revelar el riesgo de exponer UPP¹⁰

	Alta Sensibilidad	Alta Especificidad	Buen Valor Predictivo	De Fácil Uso	Acti Fiabilidad Inter-Observador vidad	Aplicable en todos los contextos Asistenciales
ESCALA BRADEN	97,0%	26,0%	Positivo: 37,0% Negativo: 95,0%	Sí	Sí	Sí
ESCALA CUBBIN-JACKSON	89,0%	61,0%	Positivo: 51,0% Negativo: 92,0%	—	No	Solo en UCI
ESCALA EMINA	87,17%	63,2%	Positivo: 12,5% Negativo: 98,6%	Sí	Sí	Sí
ESCALA NORTON	46,8%	61,8%	Positivo: 39,0% Negativo: 86,0%	Sí	Sí	Sí
ESCALA WATERLOW	83,1%	26,4%	Positivo: 9,1% Negativo: 95,2%	—	Sí	Sí

y exteriores pertenecientes a la presentación de este tipo de heridas.

Valoración del riesgo

EvrUPP la evaluación de peligro de UPP tiene como meta asemejar de forma adelantada los enfermos en peligro de incrementar UPP. El uso de una evrUPP implanta un juicio correcto de administración de controles protectores, acentuando la utilidad en la utilización de los procedimientos. En la actualidad la evrUPP empleada para mayores en todas las proporciones asistenciales es la escala Braden. Manifestada por seis subescalas (percepción, manifestación de la dermis a la infiltración, actividad física, agilidad, alimentación, arrastre y riesgo de excoriaciones cutáneas); las tres iniciales constan pertenecidas con la exhibición concreta a la presión y las demás tres con la capacidad de la dermis sobre esta presión.

Tan significativo como la original estimación del riesgo del enfermo es la reevaluación de este riesgo, que se corresponde plasmar habitualmente y siempre que la circunstancias del paciente ofrenda transformaciones.

Se ha constituido las subsiguientes reflexiones distintivas, tanto para la estimación original como para la reevaluación del riesgo:

- *Obstetricia*: No es necesario evaluar el peligro de UPP a las adultas que pasan en ginecología para alumbramiento o intervención.
- *Salud mental*: No es necesario estimar un peligro de UPP a los enfermos inscritos en la sección de salud mental, solo los enfermos instalados en psicogeriatría y enfermos con trastorno de la conducta alimenticia.
- *Admisiones mínimos a 24h*: Absueltos de evaluar el riesgo de UPP a los hombres que se internan para una permanencia menor a 24 horas.
- *Cirugía programada*: Es preferible retrasar la evaluación del peligro de UPP a los enfermos que se internan para cirugía programada hasta pasada la operación de cirugía.
- *Hospitalización a domicilio*: La evaluación del peligro de UPP corresponde formalizarse en las inicialmente 72h después de la admisión. No es vital criticar el riesgo de UPP a las personas que posean ingresos de un exclusivo día, o que existan asociadas sobre la distribución de medicación endovenosa o procedimiento (en todo caso que el procedimiento no sea de una lesionada de larga duración correspondida con la subordinada). En todas estas cuestiones sí corresponde estimarse el peligro con una graduación, unificando contextos que consigan calificase procuradores de riesgo.

En todas estas situaciones sí compensa estimarse el riesgo con la escala, si se unifican disposiciones que consigan calificase componentes de riesgo.

En atención hospitalaria, la principal evaluación del riesgo corresponde cumplirse al ingreso. La continuidad de la próxima evaluación penderá del riesgo de la última evaluación efectuada.

En atención primaria en enfermos crónicos domiciliarios, pluripatológicos y/o con UPP establecida, la principal evaluación del peligro compensa practicarse en las primeras visitas con el enfermo. Del mismo modo en los hospitales, las últimas evaluaciones practicada estipulará la continuidad de la próxima evaluación.

Factores de riesgo

En el progreso del descubrimiento de UPP consideramos con la existencia de representantes etiológicos como la comprensión y la cizalla, que puede intervenir de forma personal u organizada. Por lo demás, nos obligamos a profundizar en la coexistencia de otros agentes que saben diferenciar la consistencia tisular y preparan al paciente en la visión de la herida. Estos principios ayudantes o predisponentes se permiten ser: Íntimos, vinculados con el estado de salud del paciente externos, correspondidos con su naturaleza y reconocidos por el apropiado enfermo o el curador de UPP.

Valoración y cuidados nutricionales

El período nutricional está sinceramente correspondido con la ocasión de manifestación de UPP o con la complejidad de cicatrización de las iguales. La propicia alimentación del enfermo va a originar que el peligro de exponer úlceras abrevie y que, en caso de que afloren, su mejora sea más instantánea y con menos inconvenientes.

La valoración sobre la alimentación se consumara en las 24-48 horas después de la primera aproximación sobre el enfermo cualquiera que sea el lugar de asistencia (enfermos larga duración en domicilios en atención primaria, clínica y sociosanitaria), usando el valor proporcionado de la graduación de Braden, como quiera que la fase del enfermo lo deje. Se frecuentará su valoración alimenticia siempre que se vuelva a evaluar el peligro sobre la graduación de Braden.

En los sucesivos asuntos se ejecutará una evaluación nutricional más exhaustiva:

- Enfermos con peligro alto/moderado de UPP según escala Braden.
- Enfermos con probabilidad disminuida de UPP según nivel Braden y que el ítem de alimentación sea "probablemente inoportuna (2)" o "muy escaso (1)".
- Enfermos con UPP instaurada.

No se producirá en:

- Enfermos paliativos en ambiente de últimos días.
- Enfermos que por su momento o estudio soliciten dietas de agrado puramente.

Valoración y cuidados de la piel

La precaución de la dermis es una parte necesaria de la disposición de UPP. Por esta determinación, se corresponde efectuar una evaluación de la propia con el fin de constituir un objetivo de precauciones específico. La vigilancia

constante de la dermis en búsqueda tipos de urgencia, proporciona establecer temprano remedios de prudencia que eludan la presentación de lesiones.

Inspeccione la epidermis en el primer acercamiento con el enfermo, una vez al día como límite y después de sistemas extendidos que enlazan una disminución de la actividad en busca de:

- Eritema
- Palidez al apretar
- Calor en un punto
- Inflamación
- Induración
- Deterioro de la dermis

El propósito de los cuidados de la epidermis es conservar su totalidad y eludir la llegada de UPP y nuevas heridas.

Recomendaciones

- Conserve una limpieza elemental de la dermis, para la limpieza periódica enjabone la dermis con agua y jabón (pH neutro no irritativos), enjuague y seque metódicamente por empapamiento los arrugues epidérmicos.
- Administre baños hidratantes determinados hasta su filtración.
- No manipule procedimientos que involucren alcohol.
- Disponga ácidos grasos hiperoxigenados (agho) únicamente en las franjas de peligro de UPP.
- No efectúe fricciones en las protuberancias.
- Considere aplicar apósitos para la precaución de UPP re-feridas con los mecanismos.

Control de la humedad

En las heridas epidérmicas incorporadas a la humedad (lescah), la razón de las equivalentes es la humedad.

En momentos se enredan con heridas por presión, pero poseen identidad misma y no son elemento de esta manual. Sin requisa, la humedad en la dermis de carácter continua incrementa el peligro de exponer UPP en áreas vinculadas a presión. Se corresponde evaluar y verse los desiguales conocimientos que consiguen provocar un excedente de infiltración en la epidermis como: Incontinencia, sudoración excesiva, drenajes, exudación de lesionadas, etc.

Recomendaciones

- Evalúe todos los conocimientos que consigan producir una abundancia de humedad en la piel: incontinencia, sudoración abundante, drenajes, exudados de lesionadas, fiebre.
- Desenvuelva e implemente un sistema concreto de empleo de la incontinencia.

- Evalúe el peligro de hacer uso de mecanismos de observación, para cada caso:
 - *Incontinencia*: Conductos, sondas vesicales, pañales absorbentes.
 - *Drenajes*: Utilización de conectores adecuados y vigilar escapes del vaciado.
 - *Sudoración profusa*: Demostración de temperatura y reemplazo de ropa cuando sea preciso.
 - *Secreción de heridas*: Hacer uso de apósitos propicios.
- Preserve la dermis de innecesaria humedad con elementos de barrera (pomadas con base de zinc o películas barrera).

Manejo de la presión

Para empequeñecer el resultado de la presión que ocasiona UPP, se encomienda discurrir cuatro elementos: movilización, variaciones posturales, utilización de áreas diferentes para el empleo de la presión (semp) y envoltura precisa ante la presión.

Internamente a las disposiciones de previsión oportunas para el empleo de las diferentes potencias de fuerza se localizan las transformaciones posturales, ya que admiten atenuar la duración y el coste de fuerza ejecutada sobre las regiones más indefensas de la figura. El desempeño de los cambios posturales es irremplazable, salvo eliminación, si esperamos disminuir el peligro de exponer UPP en enfermos con dependencia rígida (inmovilizados) o con movimientos restringidos. Es imprescindible que en la precaución intervengan, próximo a los expertos, los cuidadores esenciales y los oportunos enfermos, a los que es imprescindible tener presente la representación de consumir prácticas de mejoría de presión de carácter permanente.

En enfermos encamados por pauta habitual se encomienda ejecutar variedades posturales cada 2-3 horas alcanzando una movimiento proyectado, substituyendo entre decúbito lateral derecho (dld), decúbito supino (ds), decúbito lateral izquierdo (dli) y decúbito prono (dp) si se puede. En las colocaciones de dld-dli no se encomienda superar los 30° de lateralización, a fin de remediar apoyar el cargo sobre los trocánteres.

Si el individuo no manifiesta confianza al movimiento de variedades posturales, estará obligado a modificarse la periodicidad y el procedimiento aplicado.

En enfermos asentados la presión que realiza el cargo del cuerpo del paciente sobre la área del asiento es muy alta, por eso no correspondería tenerse asentado más de 2 horas. Después de continuar en la silla, prescindir apoyar al enfermo en decúbito supino.

Las semp dan calificativo a un complejo de elementos planeados individualmente para disminuir o aliviar la tensión de cada área anatómico del enfermo que conecta con un área de sustento (cama, silla). Contienen camas, colchones, sobrecolchones o colchonetas, cojines de asiento, etc.

Hay dos ejemplares de semp:

- **Semp estáticas:** Disminuyen la fuerza amplificando la zona de acercamiento con el enfermo, organizándose al alrededor del cuerpo y repartiendo la carga sobre una extensión superior. *Ejemplo de estas áreas son:* Colchones-cojines viscoelásticos, colchonetas-cojines estacionarios de aire, colchonetas-colchones-cojines de filamentos exclusivos, etc.
- **Semp dinámicas:** Proporcionan convertir las medidas de fuerza de las áreas de unión del enfermo con el área de sustentáculo. El procedimiento que manejan estas áreas para obtener el señalado resultado es el de cámaras de aire que se llenen y deshinchan de forma fortuita, con una periodicidad especificada. *Ejemplo de estas áreas son:* Colchonetas, colchonetas y almohadillas alternantes de aire.

Coexisten gran número de semp eficientes en las empresas, cuya garantía médica está verdaderamente referida con la dimensión de las celdillas (altura y anchura), su capacidad y variación, las propiedades de la funda preventiva y de la bomba-compresor.

Las semp dinámicas se consiguen incluso si se ponen en juego en enfermos con roturas, siempre que se vean bajadas y/o estabilizadas y no posea rechazo facultativo.

En las áreas con distinto peligro de desenvolver UPP se consiguen manejar métodos de garantía concretos que transformen la tensión (apósitos, taloneras, aparatos, etc.), básicamente en los pies, el sacro y los maléolos. Estos mecanismos se comprometen a realizar los consecutivos criterios:

- Ayudar a la vigilancia diariamente de la dermis de forma viable y rápida.
- Ser parecidos con desiguales normas de cuidado determinado.
- No frotar.

Los remedios indicados para el aplacamiento de fuerza son los productos de espuma de poliuretano. Los componentes hidrocoloides y de sobre película de poliuretano escasean de ejercicio preventivo ante la fuerza, y sólo resguardan frente al roce de la dermis al desecharlo.

Educación sanitaria

En los últimos años, se ha originado una crisis trascendental en nuestro texto sociosanitario causando acceso a la intervención enérgica del enfermo, con el fin de beneficiar la independencia en su mismo el cuidado. El fin es que a través de la formación sanitaria y de la investigación se consiga el empoderamiento del paciente.

La formación sanitaria compromete ser particularizada, y para ello es primordial una evaluación total del enfermo, conservando en razón el grado de enseñanzas anticipadas del enfermo y/o cuidadores. La búsqueda corresponde manifestarse de manera apropiada para los individuos a los que va destinada, impidiendo tecnicismos que obtuvieran dañar a su entendimiento y su postura en manejo. Un ejem-

plo de búsqueda para enfermos es el escrito sistémico de previsión de UPP. Por otro lado, reúne superar el uso, cada vez más expandido, de las originales tecnologías como objetos pedagógicos. De esta práctica, la sugerencia y a la pedagogía sanitaria usual aportada al enfermo y/o procuradores, se conviene ampliar el consejo de enlaces web, blogs y otros recursos que ocupen requerimiento eficaz y explicable.

PREVENCIÓN DE LAS UPP

Cumplidas las participaciones de previsión estarán verificadas en gestiones del *plan de cuidados*.

Las gestiones protectoras se comprometerán poseer en compromiso los consecutivos aspectos:

- Agilidad.
- Cuidado.
- Incontinencia.
- Alimentación.
- Iatrogénica.
- Custodia de las áreas de peligro.
- Cuidados universales.

MOVILIDAD

- Mantenerse encamado el mínimo período permitido.
- Aconsejar la deambulación y los interciclos de levantamiento, mínimo dos ocasiones al día.
- Proceder a variaciones de cambios posturales en 2-4 horas en enfermos encamados y en una hora en enfermos con silla en de ruedas.
- Remediar el frote de protuberancias sobre sí.
- Disminuir la tensión con: almohadas, colchón neumático (agua o aire), cojines de gel de fricción, protector de pies y codillos, epidermis de borrego y tela.
- Eludir empinar la cabeza de la cama más de 30°.
- Querer salvaguardar en todo período la línea anatómica.

Decúbito supino

- Respaldo en occipital.
- Respaldo en gemelos, para transmitir el retorno venoso.
- Cabecera en pie cero para proteger el pie equino.
- Respaldo en trocánter, para obviar la traslación.

Decúbito lateral

- Colchoneta debajo de zona temporal.
- Cojín desplegado en zona posterior.

- Almohadilla entre las rodilleras para eludir rasques.
- Almohadón debajo del brazo.

Decúbito prono

- Cojín debajo de la cabeza.
- Respaldo en la barriga para quitarse tirantez muscular.
- Almohadilla debajo de las piernas para beneficiar la circulación de retorno.
- Cuadrante debajo de los omóplatos para reducir rigidez muscular.

Disposición sentada

- Almohadón atrás del cráneo.
- Cojín debajo del brazo.
- Almohadón debajo de los pies.

HIGIENE

- Hacer uso de una esponjilla para cada parte del organismo.
- Efectuar acertado cuidado anatómico por razón de limpieza con agua y jabón continuado de limpieza e impecable secado (especialmente vigilancia a las arrugas cutáneas).
- No aplicar jabones en la ulcera.
- Absorción sistémica con pomada.
- No friccionar protuberancias esqueléticas.
- No aplicar nada de alcoholes.
- Si se rehidrata con pomada fluida. Extenderla primeramente de secar al enfermo.
- No dar frotaciones internas.

INCONTINENCIA

- Ante pérdidas incontroladas de micción es decisiva la evaluación del establecimiento de conducto o recolector urinarios.
- Con cada corrección de pañal higienizar e hidratar el área.
- Rehabilitación de orificios

NUTRICIÓN

- Evaluación dietética: Manutención apropiada a sus años y patología.
- Aportación de fluidos mínimo 2 litros/día, si no coexiste disuasión clínica.
- Suministrar complementos hiperprotéicos si no adopta un régimen absoluto.

- Administrar complementos minerales (zinc, hierro, cobre) y vitaminas (a, b, c).
- Se muestra complicaciones en la ingestión, proveer espesantes y gelatinas.

YATROGENIA

Son lesiones que se originan por la fricción permanente de un modo instrumental indispensable para el procedimiento y/o análisis. Se corresponde poseer excepcional corrección con:

- *Nariz:* Transformar frecuentemente vendaje de adherencia y conmovir amparo en la membrana digestiva.
- *Boca:* Por sujeción de tubos endotraqueales elaborar de la misma manera reunión.
- *Orificio urinario:* Heridas por sondaje vesical (hombres en prepucio y adultas en labios vaginales), transformar localizaciones de soporte.
- *Manos (muñecas), brazos (codos) y talones:* Por amares automáticos. Salvaguardar la dermis.
- *Orejas:* Por gomillas de mascarilla de oxígeno, prevenir el acercamiento inmediato introduciendo vendas.
- *Pómulos:* Por gafas nasales, vigilar comprensión y mover.
- *Talones, extremidades y tronco:* Por escayolas, preservar primeramente la dermis y vigilar.
- *Glúteos:* Corresponsido a las palancas, probar aguantarlas el mínimo período factible, ni producir roces.

PROTECCIÓN DE ZONAS DE RIESGO

- Las áreas habitualmente de presentación de UPP suelen ser: Sacro, nalgas, pies y trocánteres.
- Instalar un cojín en los pies para que los pies estén libres.
- Los codos se vendará para darles protección con materiales de algodón, así podremos mantener los miembros en curvatura anatómica.
- De igual forma se efectuará en los pies hasta el maléolo y prescindiendo los dedos a la vista.
- Hacer uso de distintivos de envoltura en sacro y trocánteres, también de los reglas de congregación e utilización de exteriores de respaldo típicos para aliviar la opresión.

CUIDADOS GENERALES

Determinar aquellos procedimientos que se permitan incurrir en el progreso de UPP:

- Modificaciones respiratorias.
- Modificaciones circulatorias.

- Transformaciones metabólicas.
- Cambios por administración farmacológico:
- Analgésicos, obtienen taponar en el desplazamiento.
- Corticoides, podrían desarrollar en los entretejidos bajando la permanencia e inhabilitando así pues el proceso de cicatrización.
- Citostáticos, procedente al peligro de necrosis correspondido a la quimioterapia intravenosa.

Establecer y modificar disminución nutricional.

Asegurar un negocio de impregnación beneficioso.¹¹

CONSIDERACIONES GENERALES

Mantener en control en cualquier período que nos localicemos tanto en la previsión como en el cuidado de las UPP las subsiguientes reflexiones a valor general:

Evoluciones que logren incurrir en proceso de UPP.

- Modificaciones respiratorias.
- Modificaciones circulatorias.
- Variaciones metabólicas.

Prolongación de los cuidados.

- Introducir la definición de sus cuidados en las informaciones de ingreso.
- Reconocer la continuación de los cuidados de precaución y método en los aceptables recorridos de los pacientes entre los valores asistenciales.

Soporte al cuidador básico.

- Equiparar al cuidador básico y suministrarle la indicación, ventajas y amparo fundamental para ofrecer los cuidados al enfermo.
- Prescindir anotada su medio en la administración de alternativa y la admisión de su rol de cuidador.
- Estimar y comprobar si el cuidador manifiesta facultad para cooperar en el sistema de precaución y procedimiento.
- Valorar si interpreta los métodos e instrucciones fijados exactamente.
- Educar las instrucciones elementales esenciales para los cuidados.

Cuidados fundamentales

- Conservar la dermis higiénica, seca e hidratada.

Mantener en cuenta en cualquier etapa que nos descubramos tanto en la precaución como en el cuidado de las UPP las sucesivas observaciones a valor general:

- Cómo y cuándo recambiar los pañales impregnados.

- Condición sobre alimentación e toma de líquidos correcta: Proteínas, vitaminas b y c, hierro, calorías y agua (benefician la correcta cicatrización en los entretejidos además podría prescindir la presentación de las lesiones como de la infección).
- Salvaguardar la colocación orgánica exacta, preparar características transparentes.
- Producir variaciones posturales y movimientos de movilización así como el requisito de pautarlos.
- Advierten la manifestación de UPP.
- Advierten la obstrucción de las exudaciones respiratorias.
- Proporcionan la mucosidad.
- Benefician la circulación.
- Proporcionan serenidad al excusar la tensión desarrollada.
- Advierten contracturas.
- Impulsar las conductas motivadoras para potenciar la independencia y la movilización.
- El no reemplazo de trabajos por la velocidad de producir (es más urgente dar de comer que inducir su acción).
- Descubrimiento de componentes de peligro (cardiopatías, enfermedades respiratorias).
- Impulsar a la persona encargada de los cuidados a que consiga su competencia, si así lo necesita.

Administrar cuidados al cuidador

- Proceder a ver la calidad de prevenirse, dormir y descansar el período primordial, así como la de organizarse socio-culturalmente.
- Suministrar colaboración enfermera de búsqueda al encargado, telefonía de reunión y/o cuidados de enfermería domiciliarios.
- Comunicar al observador sobre procedimientos de labores sanitarios y corporativos.

Registro

Registrar siempre en la historia clínica la averiguación alcanzada de disposición absoluta y fija, conociendo la graduación empleada y la calificación adquirida, tanto en general como en cada medida.

La anotación proporciona el principio y la consecuencia de los cuidados.

La recolección por parte del experto de las evaluaciones de peligro, los cuidados protectores, propiedades diferentes del paciente, así como el no recurso de los requerimientos materialistas esenciales para la precaución es una cantidad de gran concurrencia en la regeneración de

la propiedad asistencial y de seguridad garantizado ante asequibles exigencias vinculadas con la llegada de UPP.

Evaluación

El procedimiento de valoración es un elemento esencial para desarrollar la eficiencia de los cuidados y habilidades protectoras de las úlceras por tensión.

- Es imprescindible implantar un proyecto de calificación con el propósito de reparar la observación proporcionada a los enfermos, suministrar el cuidado en cuadrilla y sentir objetivar la experiencia asistencial.
- La discutible de estas heridas corresponde ser planteada desde una perspectiva multidisciplinar involucrando irremediablemente a las agrupaciones de realización.
- Los logros de la precaución consiguen graduarse en sustento a la circunstancia y prevalencia de las UPP.¹²

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las UPP reflejan una morbimortalidad incorporada primordial, merman la excelencia de vida del enfermo y de sus tutores y constituye un abono monetario primordial para la organización de salud tanto en medios humanitarios como utilitarios. Este abono intensifica con principio de la herida y es importante a proporción que excede a estadios más difíciles, aunque no se comprometería impedir sólo por el uso que constituye, sino por la excelente salud de los enfermos.

Es un padecimiento menospreciado, ya que se alternan sus factores y el modo de prevenirlas en el 95% de los procesos, utilizando el método propicio, como las expuestas principalmente en el documento, y con una pequeñísima adquisición.

El principal procedimiento es la previsión, y por ello, todo el equipo enfermero y sobre todo el servicio de enfermería, correspondería concienciarse de la significación de la función de las gestiones de precaución sobre la inmunidad de los enfermos. También se comprometería asesorar a las sujetos responsabilizados de la consigue de los artículos para la previsión y el procedimiento, que es principal la adquisición, en un período otorgado, de más fortuna para artículos elegidos a la disposición que para el procedimiento, ya que de esta modo, el servicio de hospital sabría suministrar sus funciones.

Centralizar el trabajo de los científicos más en confirmar niveles ya confeccionados que en amplificar nuevos eventos. Ampliar distintas escalas constituye una voluntad ampliamente excesiva que validarlas y ya conservamos diversas que hubieron expresado su vigencia científica en todas las categorías prácticas, como la graduación de Braden.

La eficiencia de la graduación Emina no ha podido ser garantizada sobre hogares de ancianos o vigilancia en domicilios, así pues correspondería apreciación sobre los científicos en estos grados prácticos.

Los contenidos delimitados como uci, la escala de Cubbin-Jackson no ha sido comprobada en nuestro entorno, convendría ser validada en España. Demás escalas diferen-

ciadas para cuidados intensos, como Fraggment, todavía no se ven validadas.

En enfermos pediátricos no consta ningún nivel validado. Tanto la escala de Braden como la de Glamorgan constan prorrogadas de confirmación, por lo que compensaría ser beneficiado por los científicos.

De absolutas las ervUPP validadas, la deficiente que obedece el procedimiento de elevada excitabilidad es la graduación Norton solamente un 46,8%. La graduación más disminuida demuestra la proporción en el precepto de grande especificidad es la escala Braden con un 26,0% en todo lo que a valoración predictivo verdadero la proporción más disminuida lo demuestra el nivel Waterlow con un 9,1%, con un coste sensible contraria más reducida con un 86,0% corresponde al nivel Norton. El grado de Cubbin-Jackson, no realizan el procedimiento de fiabilidad inter-observador.

Las recomendaciones del GNEAUPP para los investigadores van dirigidas a validar escalas ya construidas y no a desarrollar otras nuevas y el primer paso para la validez de una escala es determinar la fiabilidad inter-observador, este estudio supone una mejora de la seguridad del paciente crítico al contribuir a un diagnóstico más preciso del riesgo de desarrollar UPP mediante el uso de una EVRUPP validada.¹³

Investigaciones recientes concluyen que varias de las escalas validadas pueden ser una alternativa mejor que el juicio clínico, sobre todo cuando se trata de enfermeras no expertas.¹⁴

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las úlceras por presión componen una transformación de una condición esencial para los sujetos salvaguardar la perfección de la dermis, y los cuidados de enfermería se centralizan en esquivar el peligro y en colaborar a recuperar la inmensa independencia en salud de los enfermos. Junto con "la valoración" por enfermería sobre la situación del enfermo y con la cooperación de los diagnósticos de enfermería (nanda), lograremos precaver el desperfecto de la perfección epidérmica y administrar los cuidados esenciales.

Para la preparación del sistema de cuidados sujeto con "la valoración" por enfermería sobre el período del enfermo y con la contribución de los diagnósticos de enfermería se van a examinar tres diagnósticos de enfermería y los éxitos e investigaciones procedentes de estas.

Además se estima en la sección el fundamento a la persona encargada de los cuidados básicos con su excelencia sobre la precaución y cuidados de las UPP.

00047 RIESGO DE DETERIORAR LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR.

APOYAR AL CUIDADOR PRINCIPAL. NIC 7040.

00047 Riesgo de deteriorar la integridad cutánea.

Definición: Riesgo de la piel puede verse negativamente afectada.

Factores relacionados:

- Inmovilización física.
- Extremos de edad.
- Factores mecánicos (fuerza de cizallamiento, frotación, presión y sujeciones).
- Protuberancias óseas.
- Humedad.
- Alteración del turgor (cambios en la elasticidad).
- Alteraciones del estado alimenticio (por ejemplo: obesidad, emaciación).
- Alteraciones de la sensibilidad.
- Alteraciones del riego sanguíneo.
- Radiación.
- Fármacos.

NOC 1101. Integridad tisular: Dermis y membranas submucosas: Integridad estructural y función fisiológica normal de la dermis y las membranas submucosas.

NOC 1092. Controlar del riesgo: Acciones individuales para prevenir, eliminar o minimizar las amenazas para la salud que puede ser modificables.

Intervenciones:

Prevención de las lesiones por presión. NIC 3540.

Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un enfermo con alto peligro de padecerlas.

Actividades:

- Servirse de un instrumento de evaluación de peligro (escala de Braden).
- Registrar el estadio de la dermis durante la iniciación de la hospitalización y luego periódicamente, si es propicio.
- Vigilar estrictamente cualquier área sonrojada.
- Excluir la infiltración abundante en la dermis desencadenada por la eliminación, el vaciado de lesiones y la incontinencia fecal o urinaria.
- Administrar impedimentos de defensa, como lociones o compresas atrayentes, para excluir el excedente de infiltración, si se produce.
- Producirse la rotación de continuo cada 1-2 horas, si es propicio.
- Implantar el sistema de movimientos al pie de la cama, si resulta.
- Hacer uso de camas y colchonetas determinadas.

- Administrar preventivos para las articulaciones y los pies, si resulta.
- Perseverar el vestuario de cama impoluta, seca y sin dobleces.
- Perfeccionar la cama con dobleces para los dedillos de los pies.
- Rehuir del agua que queme y hacer uso de un jabón ligero para la ducha.
- Comprobar el movimiento y la energía del sujeto.
- Certificar una alimentación satisfactoria, fundamentalmente en nutrientes como proteínas, vitaminas b y c, hierro y calorías por incrementos de complementos, si es correcto.
- Formar a los participantes de la persona encargada de los cuidados a controlar si es indicativo de fractura de la dermis, si resulta.

Observación de la dermis. NIC 3590.

Definición: Recoger y analizar de datos del enfermo con el fin de que se mantenga la estructura de la dermis y de las membranas submucosas.

Actividades:

- Examinar su coloración, temperatura, pulsaciones, estructura y si hay congestión, hinchazón y ulceraciones en las extremidades.
- Fijarse si hay rubor y destrucción de entereza de la dermis.
- Vigilar si hay áreas de tensión y roce.
- Indicar si hay bacterias, fundamentalmente en las áreas edematosas.
- Examinar si hay emisiones y abrasiones en la dermis.
- Indicar si hay abundante desecación o infiltración en la dermis.
- Examinar si el vestuario está organizado.
- Anotar las transformaciones de la dermis y mucosas.
- Educar los familiares/cuidadores sobre cómo abordar los síntomas de destrucción de plenitud de la dermis.

Manejar las presiones. NIC 3500.

Definición: Disminuir la presión sobre las partes del cuerpo.

Actividades:

- Hacer uso de un instrumento de evaluación de peligro instaurado para vigilar los componentes de alarma del enfermo (escala de Braden).
- Usar en el enfermo con ropa no ceñidas.

- Alinear al enfermo sobre un colchón/cama beneficiosa.
- Demás ayudas a considerar:
 - Corrección de la postura. NIC 0840. Movimiento liberado del enfermo o de una parte del cuerpo para administrar el bienestar físico y/o psicológico.
 - Cuidados de la dermis: Tratamiento tópico. NIC 3584. Administración de sustancias tópicas o manejo de dispositivos para promover la estructura de la dermis y disminuir la minimización de la estructura de continuidad.
 - Fomento de la actividad física. NIC 0200. Hacer fácil, regularmente, la práctica de ejercicios físicos con la finalidad de que permanezca o mejore el físico y el nivel de la salud.

Preveniones circulatorias. NIC 4070. Cuidado de una zona concreta con restricción de la perfusión.

- *Mediaciones opcionales adicionales:*
 - Cuidados de la incontinencia fecal y urinaria. NIC 0410. Activación de la continencia fecal y urinaria y sostenimiento de la entereza de la dermis perianal.
 - Tratamiento nutricional. NIC 1120. Gestión de alimentos y líquidos para favorecer los procesos metabólicos en un enfermo que está mal alimentado o con mucho peligro de padecer malnutrición.

00046 Pérdida de la integridad cutánea.

Definición: Alteraciones de la epidermis, la dermis o ambas.

Factores que están relacionados:

- Paralización física.
- Edad muy avanzada.
- Causantes mecánicos (fuerzas de cizalla, roce, presión, sujeciones).
- Protuberancias óseas.
- Humedad.
- Modificaciones en el turgor (cambio de elasticidad).
- Alteraciones sobre el estado alimenticio (p.ej: Sobrepeso, emaciación).
- Modificaciones sobre la sensibilidad.
- Alteraciones en la circulación.
- Radiación.
- Fármacos.

NOC 1101. Integridad tisular: Dermis y membranas submucosas: Indemnidad de estructura y función natural de la dermis y las membranas submucosas.

NOC 1092. Control del peligro: Valores personales para prevenir, eliminar o disminuir las amenazas sobre la salud cambiables.

NOC 1103. Reparación de la lesión: Por segunda intención. Magnitud de regeneración de células y tejidos en una lesión abierta.

Intervenciones:

Cuidados de las úlceras por presión. NIC 3520.

Definición: Favorecer la sanación de úlceras por presión.

Actividades:

- Especificar los distintivos de la herida a intervalos regulares, añadiendo magnitud (longitud, distancia y profundidad), estadio (I-IV), situación, exudación, gránulos o compuesto necrótico y epitelización.
- Regular el tonalidad, la fiebre, el hinchazón, la infiltración y la forma de la dermis adyacente.
- Distinguir si hay indicadores y manifestaciones de contaminación en la lesión.
- Mojar con solución salina, según convenga.
- Lavar la dermis en torno a de la herida con jabón ligero y agua.
- Cuidar la lesión con solución apropiada, con desplazamientos curvos, desde el medio.
- Desbridar la lesión, si es esencial.
- Utilizar un tópico adherente poroso a la herida, según concierne.
- Utilizar vendas, si es conveniente.
- Corregir la colocación cada 1-2 horas para impedir la tensión prolongada.
- Garantizar una ingesta regular conveniente.
- Amaestrar al enfermo y sus familiares, sobre las actuaciones de vigilancia de la UPP.

Vigilancia de la piel. NIC 3590.

Definición: Recolecta y descripción de datos del enfermo con el fin de que se mantenga la integridad de la dermis y de las membranas submucosas.

Actividades:

- Ojear su matiz, calidez, latidos, contextura y si hay hinchazón, acumulación y ulceraciones.
- Distinguir si hay rubor y disminución de perfección de la dermis.
- Distinguir si hay antecedentes de opresión y roce.

- Mirar si hay contaminaciones, principalmente en las áreas edematosas.
- Vigilar si hay expulsiones y abrasiones en la dermis.
- Vigilar si hay abundante irritabilidad o saturación en la dermis.
- Examinar el vestuario permanece apretado.
- Apuntar las transformaciones en la dermis y mucosas.
- Enseñar a la familia/ procurador de los cuidados, los detalles de destrucción de plenitud de la epidermis.

Otras intervenciones a considerar:

Cuidados de la piel: tratamiento tópico. NIC 3584. Utilización de materiales tópicos o manipulación de elementos para fomentar la totalidad de la dermis y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

- Prevención de úlceras por presión. NIC 3540. Prevención de la formación de úlceras por presión en una persona con mucho peligro de desarrollarlas.
- Protección de las heridas. NIC 3660. Prevención de complicaciones de las lesiones y estimular la reparación de estas.

00044 Desgaste de la integridad tisular.

Definición: Pérdida de las membranas submucosa o corneal, intergumentaria o de los tejidos subcutáneos.

Factores relacionados:

- Deterioro de la movilidad física.
- Factores mecánicos (cizallamiento, fricción, presión).
- Factores nutricionales (p.ej: Déficit o exceso nutricional).
- Alteración de la circulación.
- Radiación.

NOC 1101. Integridad tisular: Dermis y membranas submucosas: Indemnidad estructural y función normal de la dermis y las membranas submucosas.

NOC 1092. Control del peligro: Acciones individuales para prevenir, eliminar o minimizar las amenazas para la salud que son modificables.

Intervenciones:

Cuidados de las heridas. NIC 3660.

Definición: Prevención de problemas en las lesiones y activación de la sanación de las mismas.

Actividades:

- Quitar las vendas y la película adherente.

- Recortar la pelusilla que circunscribe a la área perjudicada, si es necesario.
- Inspeccionar las propiedades de la lesión, incluyendo drenaje, coloración, espesor y mal olor.
- Cuidar con solución salina normal o un lavador no dañino, si resulta.
- Suministrar asistidos a la herida dérmica, si es obligatorio.
- Administrar un ungüento apropiado a la piel/ herida, si surge.
- Verificar y registrar habitualmente cualquier variedad realizada en la grieta.
- Ubicar de modo que se proteja la lesionada, si resulta.

Otras intervenciones a considerar:

Cuidados de las úlceras por presión. NIC 3520. Favorecer la sanación de las úlceras por presión.

Vigilancia de la dermis. NIC 3590. Recolecta y detalle de datos del enfermo con el propósito de sostener la continuidad de la dermis y de las membranas submucosas.

Como específico básico común a todos se distinguen las siguientes intervenciones:

Apoyo al cuidador principal. NIC 7040.

Definición: Administrar las informaciones necesarias, sugerencias y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de un gestor de cuidados distinto al cuidador sanitario habitual.

La finalidad esperada es que el sujeto o cuidador primario este dotado con conocimientos o eficiencia correcta en el cuidado de la dermis y prevención de la úlcera por presión (UPP). NOC 1092. Control del riesgo.

Actividades:

- Definir la categoría de enseñanzas del conservador.
- Acordar según el beneplácito del procurador de su tarea.
- Alentar al encargado a que tome su competencia, si es necesario.
- Registrar las complicaciones de interacción en el domicilio en proporción con los cuidados del enfermo.
- Adoctrinar al curador sobre la terapia del enfermo, con sus particularidades.
- Brindar asistencia sanitaria de alcance al curador por razón de citas por telefónicas y / o cuidados de enfermería comunitaria.
- Anunciar al cuidador sobre técnicas de cuidado sanitario y comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. (Internet). Madrid: 2010 (Acceso 15 Febrero 2021). Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Disponible en <https://gneaUPP.info/>.
2. García-Fernández F, Soldevilla-Agreda J, Pancorbo-Hidalgo P, et al. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie de documentos técnicos GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
3. Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Osakidetza. Álava. 2017.
4. Rantón Areosa L., Bermejo M., Manzanero E., Salvador M. J., Segovia T. Guía práctica ilustrada. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ediciones Mayo; 2010.
5. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 18 de Enero de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007>.
6. Adrover Rigo M, Cardona Roselló J, Fullana Matas A, et al. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. 2018.
7. Rumbo Prieto J. M., Gómez Coiduras M. Efectos adversos relacionados con úlceras por presión en la atención socio-sanitaria. *Enferm Dermatol.* 2012; 6 (17):50-1. [acceso 14 de Marzo de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4175798>.
8. Soldevilla Ágreda, J. J. Las úlceras por presión en gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. 2007
9. Escalas validadas Blanco Zapata, R.M; López García, E; Quesada Ramos, C. (2017). Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por Presión. Recuperado de www.osakidetza.euskadi.eus.
10. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 31 | Página 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2015.
11. Barón Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, et al. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. 2015. 13. Asociación española de enfermería vascular y heridas. www.aeev.net.
12. Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enfermería Clínica.* 2017; 17(4):186-97.
13. Fuentelsaz Gallego C. Y col. Validación de la escala Emina, un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica.* 2018; Nov. 11 (3).
14. Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enfermería Clínica.* 2017; 17(4):186-97.

ANEXOS

Mecanismos de presión

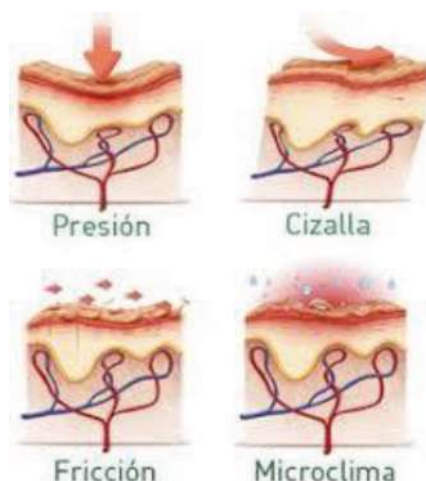


Ilustración 27. Xunta de Galicia. (2019). *Úlceras fora.* Recuperado de <https://ulcerasfora.sergas.gal>.

Estadios UPP



Ilustración 25. Adover Rigo, M.; Cardona Roselló, J.; Fernández Menéndez, J.M. (2018). Actualización de la guía de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. (UPP). Recuperado de www.caib.es.

Cambios posturales

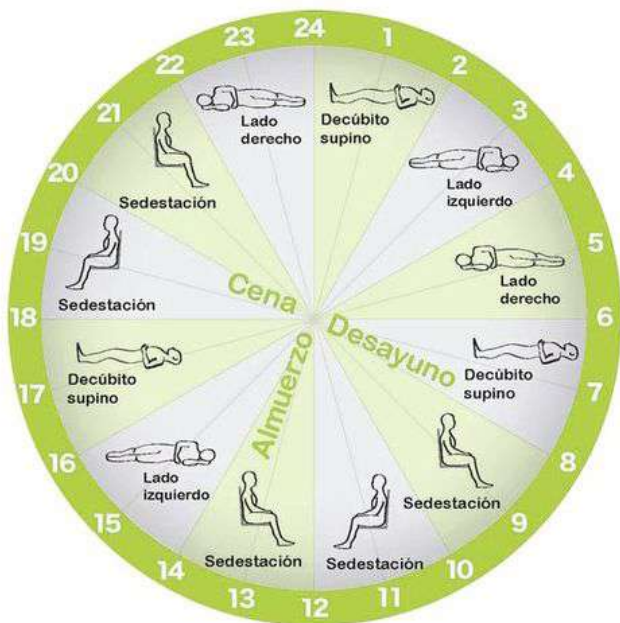


Ilustración 31. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2015). Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. Recuperado de www.ulceras.net

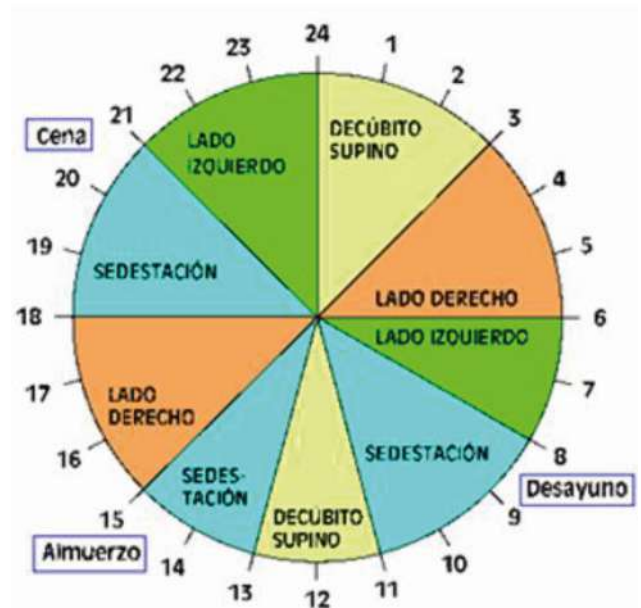


Ilustración 32. Núñez Caballero, VD. (2019). Aprendiendo a cuidar. Recuperado de www.hospitalinfantamargarita.org.

Algoritmo TIME

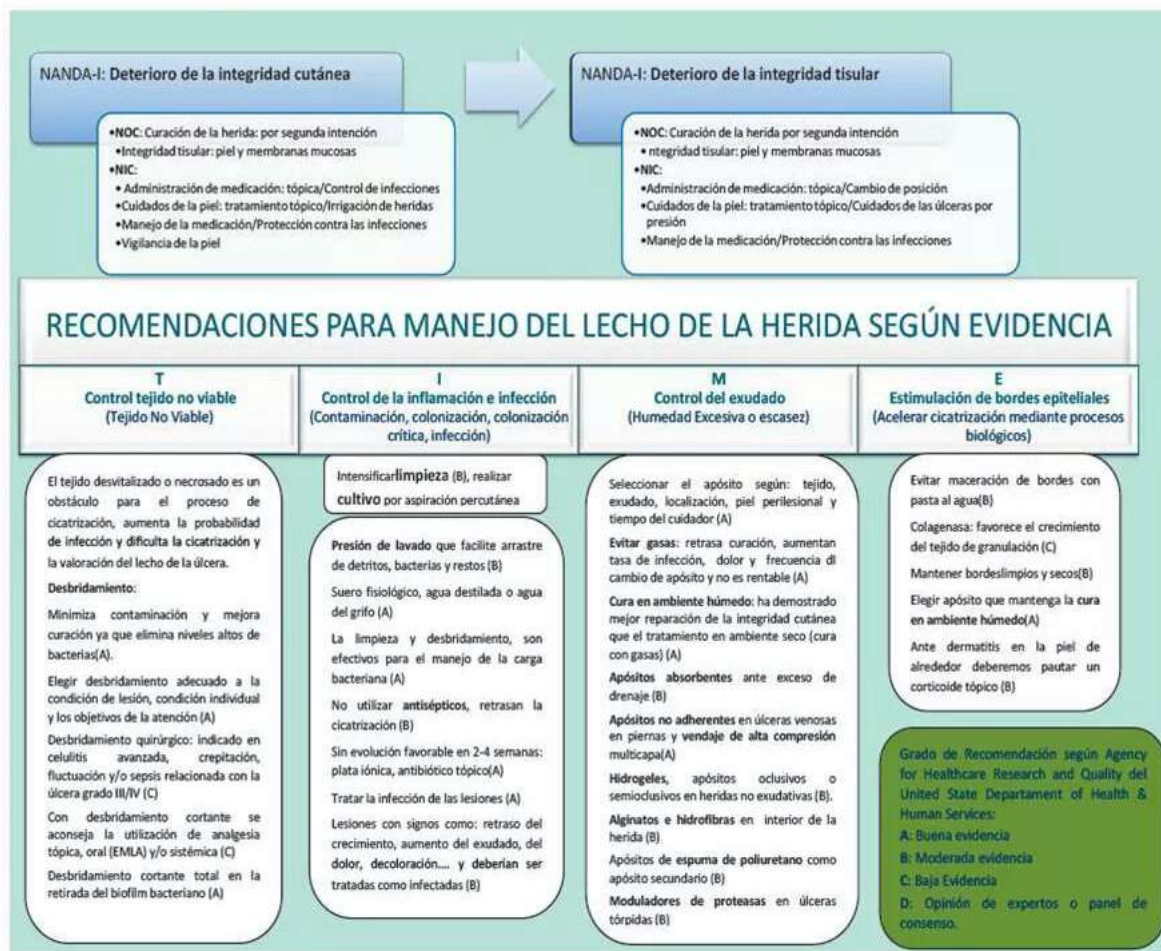


Ilustración 30. Tizón-Bouza, E.; Pazos-Platas, S.; Álvarez-Díaz, M.; Marcos Espino M.P.; Quintela-Varela, M.E. (2013). Recuperado de <https://anedidic.com>.

Localización UPP

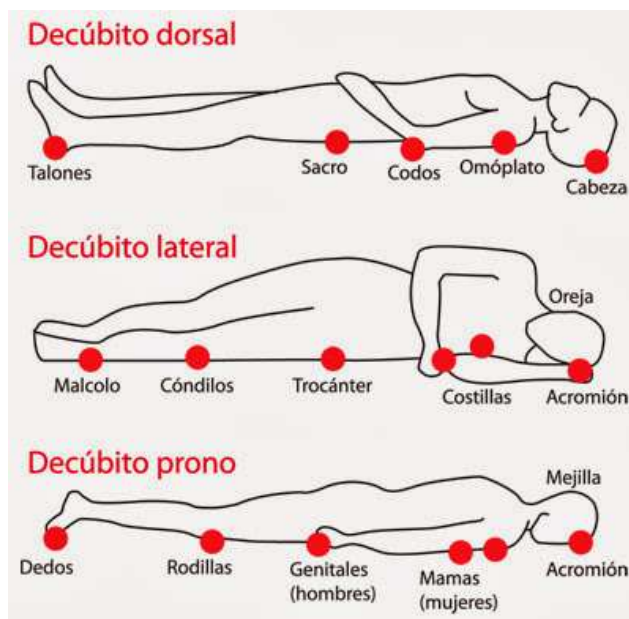


Ilustración 26. Blanco Zapata, R.M; López García, E; Quesada Ramos, C. (2017). Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por Presión. Recuperado de www.osakidetza.euskadi.eus.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Código / Etiqueta / Definición	
Resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00046. Deterioro de la integridad cutánea: alteración de la epidermis y/o la dermis	
1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0840. Cambio de posición
1908. Detección del riesgo	3500. Manejo de presiones
1902. Control del riesgo	3520. Cuidado de las úlceras por presión
0407. Perfusión tisular: periférica	3590. Vigilancia de la piel
00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: riesgo de alteración de la epidermis y/o en la dermis	
1902. Control del riesgo	
1908. Detección del riesgo	3540. Prevención de las úlceras por presión
1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
00085. Deterioro de la movilidad física: situación en que el paciente ve limitada su capacidad para mover de manera independiente e intencionada todo el cuerpo o algunas de las extremidades	
0203. Posición corporal: autoiniciada	0200. Fomento del ejercicio
0208. Movilidad	0840. Cambio de posición
0300. Autocuidados: actividades de la vida diaria	1800. Ayuda con el autocuidado
0740. Cuidados del paciente encamado	
00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas	
1006. Peso: masa corporal	1050. Alimentación
1008. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1240. Ayuda para ganar peso
0303. Autocuidados: comer	1260. Manejo del peso
1802. Conocimientos: dieta prescrita	1803. Ayuda con el autocuidado: alimentación
	1100. Manejo de la nutrición
00001. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades: aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas	
1006. Peso: masa corporal	1050. Alimentación
1008. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1280. Ayuda para disminuir peso
1802. Conocimientos: dieta prescrita	4360. Modificación de la conducta
	1100. Manejo de la nutrición
00004. Riesgo de infección: riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos	
1902. Control del riesgo	6540. Control de infecciones
1842. Conocimiento: control de las infecciones	6550. Protección contra las infecciones
0305. Autocuidados: higiene	6680. Monitorización de los signos vitales
00062. Riesgo de cansancio del rol de cuidador: riesgo de vulnerabilidad en el cuidado por sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar	
2506. Salud emocional del cuidador principal	7040. Apoyo al cuidador principal
2507. Salud física del cuidador principal	6610. Identificación de riesgos
2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario	7260. Cuidados por relevo
	5240. Asesoramiento
00132. Dolor agudo / 00133. Dolor crónico: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses (dolor agudo) o mayor de 6 meses (dolor crónico)	
2102. Nivel del dolor	2210. Administración de analgésicos
1605. Control del dolor	1400. Manejo del dolor
2008. Estado de comodidad	6482. Manejo ambiental: confort

Ilustración 24. Adrover, M.; Cardona, J.; Fernández J.M.; Fullana, A.; Galmés, S. et al. 2018. Actualización de la Guía de Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión (UPP). Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares. Recuperado de www.gneaUPP.info.

Cambios posturales





 <p><i>Decúbito supino</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30º, siempre que no esté contraindicado. ▪ Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza. ▪ Colocarle un cojín bajo las piernas evitando que los talones contacten con la cama. ▪ Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo para evitar la rotación externa de la cadera.
 <p><i>Decúbito lateral 90º</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poner al paciente de costado y mantener la alineación corporal. ▪ Colocarle una almohada paralela a la espalda y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente. ▪ Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente. ▪ Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente. ▪ Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie; la pierna de apoyo debería mantenerse extendida o con una ligera flexión de rodilla, mientras que la otra tendría que guardar un amplio grado de flexión. ▪ Contemplar el decúbito lateral de 135º ya que la presión que se ejerce sobre los puntos de contacto es inferior a la de 90º.
 <p><i>Decúbito prono</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña. ▪ Colocarle otra almohada bajo la región pélvica para elevar la cintura ▪ Situarle una almohada bajo la región tibial de forma que permita que tanto las rodillas como los dedos de los pies queden suspendidos en el aire y por tanto libres de presión ▪ Colocarle los brazos flexionados. ▪ Alternar la lateralidad de cabeza y la posición de los brazos.
 <p><i>Sedestación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar un sillón adecuado y cómodo, colocando un cojín o una almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas. ▪ Mantenerle los pies en ángulo recto. ▪ Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo y la ubicación de sondas y bolsas colectoras. ▪ Evitar el deslizamiento inclinando el tronco ligeramente hacia delante, ayudándole con una mesilla de apoyo.

Ilustración 31. Blanco Zapata, R.M.; López García, E.; Quesada Ramos. C. 2017. *Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por Presión.* Recuperado de www.osakidetza.euskadi.eus.



PARA MÁS INFO CLIC EN LA IMAGEN 

VUELVE EL DESCUENTO PARA GRUPOS
PARA 3 o MÁS ALUMNOS EN MÁSTER Y EXPERTOS UNIVERSITARIOS

Más info en: www.formacionalcala.es