

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA PARA LA  
PREVENCIÓN Y CUIDADO DE  
ÚLCERAS POR PRESIÓN**

# PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que genera en las estructuras musculares y tendinosas en un área corporal. La prevalencia de estas oscila entre el 3% y el 50% en las unidades de cuidados intensivos, medicina interna y neurología, mientras que de acuerdo a los diferentes países la prevalencia es de 23-29% en Canadá, en Australia 6-15% y Estados Unidos 8-15%. En el 2009 un estudio europeo revela una prevalencia en Bélgica/Suiza/Inglaterra de 21-23%, Italia 8% y Portugal 13%. Por otro lado en España el estudio español GNEAUPP (2005-2006) reporta en todas las comunidades un 8%, en cambio, la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva úlcera por presión oscila entre 7.7% y 26.9%; dos tercios de las úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años.

Según el primer estudio de úlceras por presión, GNEAUPP, la localización de las úlceras por presión en los hospitales se distribuye de la siguiente forma: sacro: 50.45%, talón: 19.26%, trocánter: 7.64%, glúteo: 4.58%, maleólo: 3.36% y occipital: 3.36%.

Las úlceras por presión representan un gran problema de salud, pues deterioran la calidad de vida de los pacientes y su familia, aumentan el costo social, incrementan el consumo de recursos en salud y representan una complicación del cuidado, constituyendo la causa más frecuente de retraso en rehabilitación de los pacientes.

**1. OBJETIVO**

Aplicar prácticas seguras en prevención y cuidados de úlceras por presión en pacientes con pérdida de movilidad para disminuir complicaciones y mortalidad y por ende mejorar su calidad de vida.

**2. EVIDENCIA**

Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlo. Generalitar Valenciana. Consejería de Sanitat, 2012.

**3. USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Profesional de enfermería que presten atención a pacientes con úlceras por presión o que se encuentren en riesgo de padecerla.

**4. POBLACIÓN DIANA**

Todo paciente que por una afectación de salud por cualquier factor que limite su movilidad, se encuentre en riesgo de padecer úlcera por presión.

**5. DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN**

Lesión en la piel y tejidos subyacentes, como consecuencia de la isquemia producida por presión prolongada, fricción o cizallamiento entre los tejidos que la envuelven.

## **6. CLASIFICACION DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**

### **6.1. Categoría I:**

Piel intacta con enrojecimiento no bloqueable de un área localizada, generalmente, sobre una prominencia ósea, esta es difícil de detectar en las personas con tonos de piel oscura pigmentada, pues esta puede no tener palidez visible y su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o mas fría en comparación con los tejidos adyacentes. La utilización del método del disco transparente es la manera correcta de diagnosticarlas.

### **6.2. Categoría II:**

Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como:

- a. Úlcera abierta poco profunda
- b. Lecho de la herida rojo-rosado sin esfacelo
- c. Flictena o blíster intacta llena de suero o abierta/rosa
- d. Úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas sin lesión en tejidos profundos

Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones por adhesivos, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.

### **6.3. Categoría III:**

- a. Pérdida completa del tejido.
- b. Grasa subcutánea visible, pero huesos, tendones o músculos no expuestos.

- c. Los esfacelos pueden estar presentes, aunque sin ocultar la profundidad de la lesión.
- d. Puede incluir cavitaciones y tuneliza iones.
- e. La profundidad de la úlcera por presión de categoría III varía según localización anatómica.
- f. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo, por lo que las úlceras pueden ser poco profundas.
- g. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

#### **6.4. Categoría IV:**

- a. Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto
- b. Los esfacelos o escaras están presentes
- c. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones
- d. La profundidad de la úlcera en esta categoría varía según la localización anatómica
- e. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo y las úlceras son muy poco profundas
- f. Pueden extenderse a un músculo o estructuras de soporte, como por ejemplo la fascia, tendón o cápsula de la articulación, pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis y osteítis
- g. El hueso o músculo expuesto es visible o palpable

#### **6.5. Valorar el riesgo de úlcera por presión por escalas de BRADEN:**

1. Programe los cambios posturales (frecuencia, posiciones y evaluación de las intervenciones) de manera individualizada, dependiendo de la superficie en la que esté la persona.

2. Inspeccione la piel regularmente para detectar signos de enrojecimiento en los pacientes con riesgo de padecer úlcera por presión.
3. Utilice suero fisiológico o agua destilada para limpiar el sitio afectado.
4. Use dispositivos de posicionamiento de alivio de presión, como espuma o almohadas, para la protección de zonas anatómicas de especial riesgo y prevenir contacto directo de prominencias óseas.
5. Combine cambios de posición cada 4 horas y el uso de colchón de espuma visco elástica.

## **7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

### **7.1. Prevención:**

- a. Realice valoración de riesgo de úlcera por presión mediante escala de BRADEN.
- b. Oriente al paciente y familia sobre las medidas preventivas de acuerdo a la clasificación establecida.
- c. Cambie de posición al paciente con mayor frecuencia según su peso.
- d. Oriente al paciente, si puede moverse, a cambiar de posición por sí mismo en intervalos frecuentes.
- e. Use dispositivos de ayuda u otras alternativas para evitar arrastrar al paciente y por tanto su piel, durante los cambios de posición.
- f. Evite colocar al paciente de forma que se apoye sobre las úlceras.
- g. Estimule la actividad y el movimiento sin lesionar al paciente.

- h. Inspeccione la piel de forma sistemática y mantenga limpia y sin humedad.
- i. Mantenga la ropa del paciente y cama limpia, seca y sin arrugas.
- j. Utilice agua tibia y jabón neutro en la higiene diaria.
- k. Realice un secado de la piel meticuloso, pero sin fricción.
- l. Lubrique la piel con ácidos grasos hiperoxigenados.
- m. Vigile protuberancias.
- n. No realice masajes sobre las prominencias óseas.
- o. Evite la humedad. En caso de incontinencia urinaria, realice cambios de ropa.
- p. Controle la ingesta de alimentos, adapte la dieta a los requerimientos individuales del paciente y su condición de salud.
- q. Valore desnutrición y control de peso.

## **7.2. Curación:**

- a. Control del dolor antes y después del procedimiento.
- b. Como norma, utilice para la limpieza solución fisiológica o agua destilada.
- c. Realice lavado de manos en cada procedimiento y entre cada uno.
- d. Inicie la curación por la úlcera menos contaminada.
- e. Lave la lesión con solución salina al 0.9%, a una presión que arrastre las sustancias de desecho del lecho de la úlcera, pero que no lesione el tejido sano en crecimiento.
- f. Irrigue el suero en espiral del centro hacia los bordes.
- g. La presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o la que se realiza con jeringa de 20cc.

- h. Realice secado suave sin fricción. Se aconseja sólo secar zona peri-ulceral para evitar traumatismos por fricción.
- i. Utilice campo y guantes estériles para cura, sobre todo en caso de desbridamiento cortante.
- j. Use instrumentos estériles en desbridamiento cortante.
- k. Seque por empapamiento usando la mínima fuerza.
- l. Utilice el desbridamiento para eliminar el tejido no viable del lecho de la herida.
- m. Considere el uso de apósitos moduladores de proteasas para el tratamiento de úlceras tórpidas.
- n. Aplique un producto de barrera, pomada o película, para mantener la piel perilesional sana, evitando la maceración.

## **8. SIGNOS DE ALERTA**

### **8.1. Factores de riesgo de úlcera por presión:**

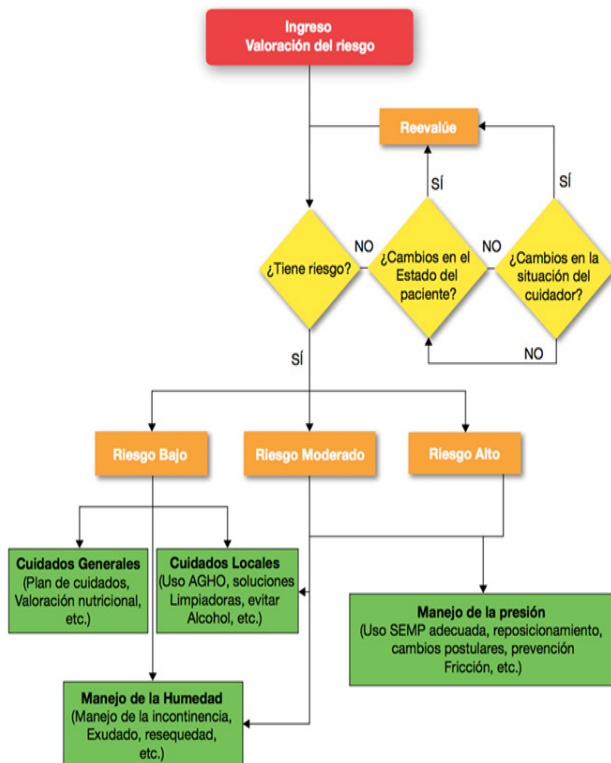
- a. Edad avanzada.
- b. Inmovilidad.
- c. Paciente encamado con incontinencia urinaria.
- d. Desnutrición.
- e. Alteración en el estado de consciencia.
- f. Deficiencias motoras o sensoriales.
- g. Hábitos y estado de higiene.
- h. Alteraciones vasculares y del colágeno.
- i. Alteraciones respiratorias y trastornos en el transporte de oxígeno.
- j. Lesiones cutáneas.
- k. Formación inadecuada del cuidador.



## **9. EDUCACUON AL PERSONAL DE SALUD, AL PACIENTE Y LA FAMILIA**

- a. Mantener la piel seca y limpia.
- b. Enseñe cómo cambiar los paños o gazas húmedas.
- c. Explique la necesidad de aumentar la ingesta de proteína durante la cicatrización de los tejidos.
- d. Enseñe cómo hacer los cambios de posición.
- e. Informe la importancia de evitar la posición prolongada sobre determinada área de presión.
- f. Explique cómo se mantiene la posición anatómica correcta.
- g. Oriente al paciente y familiares sobre la prevención de úlceras durante la permanencia prolongada en cama.
- h. Promueva la participación activa del grupo familiar sobre el cuidado del paciente de UPP.
- i. Oriente sobre los hábitos de higiene requeridos por el paciente.

## 10. ALGORITMO PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DE ÚLCERA POR PRESIÓN



## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Advisory Panel EPUAP. Pressure ulcer prevention recommendations. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2009. 9.guideline Nc. Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. 2014
2. Andalucía SAdSCdSJd. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Available from: [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud). 2012:1-271
3. Andalucía SAdSCdSJd. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. 2012:1-271. [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)
4. Association for the Advancement of Wound Care A. Association for the Advancement of Wound Care guideline of pressure ulcer guidelines 2010. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24361>
5. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat de la presente edición: Generalitat, 2012. <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/guiacuidadosupp>.
6. Guideline Nc. Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers. 2014

7. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP. Pressure ulcer prevention recommendations. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. 2009.
8. Renata Virginia González-Consuegra, Diana Marcela Cardona-Mazo, Paola Andrea Murcia-Trujillo, Gustavo David Matiz-Vera. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar.. rev. fac.med. vol.62 no.3 Bogotá July/ Sept. 2014

## 12. ANEXO

<b>Escala de Braden Bergstrom</b>						
	<b>Percepción sensorial</b>	<b>Exposición a la humedad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Riesgo de lesiones cutáneas</b>
<b>1</b>	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
<b>2</b>	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
<b>3</b>	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
<b>4</b>	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	