PROTOCOLO PREVENCION DE LESIONES POR PRESIÓN

Contenido

INTRODUCCIÓN 4

OBJETIVOS 5

OBJETIVO GENERAL 5

OBJETIVO ESPECIFICOS 5

ALCANCE 6

JUSTIFICACION 6

PROPOSITO 6

RESPONSABLES 6

CONTROL DE LA APLICACION, EVALUACION Y MONITOREO DEL PROTOCOLO 6

EJECUCION DEL PROTOCOLO 6

DEFINICIONES 7

PROCEDIMIENTO 7

VALORACIÓN 7

VALORACION ESTRUCTURADA DEL RIESGO 8

FACTORES DE RIESGO 8

FACTORES INTRINSECOS. 8

FACTORES EXTRINSECOS 9

VALORACION DEL RIESGO MEDIANTE LA ESCALA DE BRADEN 10

PROCEDIMIENTO PARA PREVENCION DE LESIONES POR PRESION 15

MEDIDAS PREVENTIVAS 15

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN 16

VALORACION 17

LECHO DE LA HERIDA 17

PIEL CIRCUNDANTE 17

BORDES DE LA HERIDA 17

EXUDADO 18

DOLOR 18

MEDICACIÓN 18

ACTIVIDADES 19

Aliviar la presión estimulando la actividad el paciente 19

Dieta 19

En las heridas 19

Cambios posturales 20

Procedimiento 20

BIBLIOGRAFIA 21

ANEXOS 23

INTRODUCCIÓN

Lesiones por presión cuyos sinónimos son: escara por presión, escara decúbito y úlcera de decúbito, es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente (prominencia ósea) y otro externo a él. En su desarrollo se conjugan dos mecanismos; la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la microcirculación.

Afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes; reducen su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida, pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte.

Las personas exigen una atención directa y diaria de profesionales y cuidadores para evitar la aparición de lesiones por presión o conseguir su curación. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costos tanto directos como indirectos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera como un indicador de calidad asistencial

La gran mayoría de las lesiones por presión son prevenibles (95%), según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y heridas crónicas, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención basadas en las mejores evidencias científicas disponibles.

Las Lesiones por presión (LPP) son el resultado de una compleja interacción entre innumerables factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos, representando un problema asistencial por la prevalencia, convirtiéndose en uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de enfermería.

La piel y los tejidos dependen de un suplemento sanguíneo adecuado para recibir oxígeno y nutrientes. Cuando los tejidos se comprimen por un período prolongado (desde horas, hasta días), la circulación sanguínea se puede interrumpir, produciéndose una isquemia local en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración.

Si la presión no disminuye este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, hueso, vasos sanguíneos y nervios.

Los sitios más comprometidos en más del 80% de los casos son: el sacro, los trocánteres mayores, las tuberosidades isquiáticas, el maléolo externo y los talones, pero en función de la postura del paciente, se pueden ver afectadas otras zonas.

La morbilidad y sus graves repercusiones médicas y económicas y el impacto que ocasionan sobre la calidad de vida del paciente producen prolongación en el tratamiento y aumento en los días de estadía.

Las actividades del personal de enfermería no solo se deben reflejar en la labor asistencial si no que deben estar encaminadas a crear y usar las herramientas disponibles para prevenir las Lesiones por Presión, asegurando la unificación de criterios, estandarizando acciones para una mejor prevención, valorando la lesión en base a la utilización de escalas, aplicando el tratamiento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el conocimiento técnico en la Prevención de Lesiones por Presión en el Equipo de Salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de valorar, prevenir y disminuir la incidencia, desarrollando habilidades para la aplicación de prácticas seguras.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar en forma temprana a la población en riesgo de desarrollar lesiones por presión.
- Reducir o eliminar factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las lesiones por presión en pacientes ingresados en el Hospital Padre Carollo “Un Canto a la Vida”.
- Valorar de forma adecuada los estadìos de la LPP y mediante parámetros unificados.
- Vigilar la evolución de la lesión con la aplicación de la escala de Braden.
- Normalizar los cuidados de enfermería para prevención y tratamiento de las LPP y dar continuidad al manejo entre los distintos niveles asistenciales.
- Disminuir la incidencia de las LPP como indicador de calidad de los cuidados de enfermería.

ALCANCE

Este Protocolo es de aplicación obligatoria por parte del personal de salud a todo usuario/paciente que permanezca hospitalizado o en una camilla en los diferentes servicios del Hospital Padre Carollo HUCV, incluyendo las áreas de cuidado crítico.

JUSTIFICACION

La mayoría de pacientes hospitalizados que asisten a unidades de salud tienen riesgo de desarrollar Lesiones por Presión (LPP), por lo que se convierte en un importante reto al que se enfrentan los profesionales en su práctica.

Por ello el personal debe contar con capacitaciones para brindar un cuidado integral, y con recursos existentes adecuados a las necesidades de los usuarios, creando un entorno seguro de atención.

PROPOSITO

Establecer medidas que eviten el desarrollo de lesiones por presión, estandarizando acciones preventivas, fortaleciendo la recuperación y mejorando la calidad de vida de los pacientes y su entorno familiar.

RESPONSABLES

CONTROL DE LA APLICACION, EVALUACION Y MONITOREO DEL PROTOCOLO

Jefatura de Enfermería, Líder Clínica de Enfermería.

- Responsables de la Supervisión, del monitoreo de control y de la aplicación del Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión.

Líderes de Enfermería, Médicos Residentes.

- Responsables del cumplimiento del protocolo, valoración de riesgo, medidas de prevención y el tratamiento.

EJECUCION DEL PROTOCOLO

- Los médicos residentes, serán quienes realicen la primera valoración aplicando la escala de BRADEN, re-evaluación cada 72 horas en riesgos 2 y cada 48 horas en riesgo 3.
- Enfermeras/os, serán las responsables de valorar los factores de riesgos, prevenir y tratar las lesiones por presión.
- Auxiliares, serán las/os responsables de realizar la higiene y confort del paciente en riesgo.

DEFINICIONES

- **Lesiones por presión (LPP):** Es una lesión que se desarrolla en la piel y en los tejidos subyacentes debido a la presión que se ejerce, generalmente, sobre las prominencias óseas del paciente y una superficie externa produciendo necrosis isquémica de la membrana vascular, originando vasodilatación de la zona.
- **LPP:** Lesiones por presión.

- **Cuidado:** Asistir a alguien que lo necesita. Poner interés y esmero en la ejecución de algo.

- **Escala de valoración.** Instrumento por el cual se mide.

PROCEDIMIENTO

VALORACIÓN

Al ingreso de los pacientes al Hospital Padre Carollo “Un Canto a la Vida”, se realizará la valoración inicial de forma individualizada e integral siguiendo los criterios de población de riesgo que aparecen en este protocolo.

La valoración se realizará en base a la implementación de la Escala de BRADEN, la misma que esta validada en cuanto a su sensibilidad, especificidad, variabilidad y recomendada a nivel internacional para prevenir el riesgo de desarrollar las LPP.

Determinado el riesgo se le aplicarán las precauciones según la tabla de medidas preventivas.

En el caso de que el paciente fuera portador de alguna Lesión por Presión, se le aplicará la tabla de tratamiento de Lesiones por presión y la de medidas preventivas.

VALORACION ESTRUCTURADA DEL RIESGO

FACTORES DE RIESGO

Son aquellos que contribuyen a la formación de las Lesiones por presión y pueden ser intrínsecos o extrínsecos.
Los más importantes son la inmovilidad, la incontinencia (urinaria y fecal), el déficit nutricional y el deterioro cognitivo. Siendo la intensidad y duración de estos factores, directamente proporcional a la intensidad de la lesión.

FACTORES INTRINSECOS.

Inherentes al paciente

- **Alteración del estado de conciencia:** paciente con percepción sensorial disminuida y no se auto estimula al cambio de posición.
- **Deficiencia nutricional:** La Vitamina C es necesaria para la síntesis del colágeno cuya deficiencia aumenta el riesgo de destrucción de la piel. Hipoproteinemia, déficits de cinc, hierro, cobre y ácido ascórbico, anemia.
- **Trastornos metabólicos o circulatorios:** paciente diabético, hipertenso o con insuficiencia venosa o arterial.
- **Estado febril o infección:** los aumentos de temperatura corporal por diversas causas incrementan la tasa metabólica, el consumo de O2 y nutrientes.
- **Edema**
- **Escaso tejido adiposo y muscular protector entre las prominencias óseas.**
- **Trastornos de la inmunidad.**
- **Combinación de factores en personas de edad avanzada:** dificultades de movilidad e incontinencia que predisponen a alteraciones en la integridad de la piel.
- **Pérdida sensitiva o motora (al dolor y a la presión)** por lesiones cerebrales o medulares.
- **Hábitos y estado de higiene.**
- **Hábitos tóxicos:** Alcohol, tabaco.
- **Humedad:** como consecuencia de incontinencia, heridas exudativas, transpiración o hipertermia prolongada.

- **Inmovilidad prolongada.**
- **Presencia de cuerpos extraños** en contacto con la piel.
- **Tratamientos farmacológicos:** corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, inmunosupresores, fármacos cito tóxicos, medicación vasopresora.
- **Posturas inadecuadas:** y mantenidas en las cuales se produce roce, fricción o presión.

FACTORES EXTRINSECOS

No dependen del paciente:

- Los efectos mecánicos como la presión mantenida, debida a los cambios de postura poco frecuentes, la fricción, la irritación, la presencia de arrugas en la ropa de vestir o de cama.
- La humedad derivada del sudor o la incontinencia de esfínteres agravará la acción de estos agentes mecánicos.
- Perfumes
- Agentes de limpieza
- Técnicas manuales sobre la piel
- Sondaje vesical
- Sonda naso gástrico
- Presencia de férulas

EVALUACION DEL RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

- Evaluar el riesgo de desarrollar una lesión por presión a cada paciente hospitalizado independientemente del servicio clínico o localización al interior del establecimiento de salud.
- En el caso de personas con discapacidad, en cuidados paliativos a largo plazo y otras con riesgo de desarrollar lesiones por presión, se realizará la respectiva valoración del riesgo durante la atención ya sea en el hospital o domiciliaria.

- Aplicar una escala de riesgo validada por los profesionales de enfermería (Braden, Norton u otra dependiendo de la evaluación del riesgo) en todos los pacientes hospitalizados principalmente en las unidades de cuidados críticos de adultos y pediátricos, en todas las especialidades dentro de las 48 horas de su ingreso, cada vez que cambien las condiciones del paciente o por cambio de servicio y en pacientes que requieran atención domiciliaria.
- Reevaluar con regularidad mediante la escala de riesgo a los pacientes con riesgo de desarrollar lesiones por presión o si las condiciones clínicas no son favorables.
- Realizar evaluación del estado nutricional en pacientes con factores de riesgo.
- Identificar a los pacientes con riesgo mediano o alto y asegurar el uso en ellos de superficies de apoyo, cambios posturales, hidratación de piel y énfasis en recuperar un adecuado estado nutricional.
- Registrar en la historia clínica y en los informes de enfermería la evaluación del riesgo y la indicación de las medidas de prevención.
- El personal médico y de enfermería verifican en la historia clínica si se encuentra documentado la evaluación del riesgo según el protocolo.
- El personal médico y de enfermería verifican si se están realizando las medidas preventivas indicadas y la constancia en la historia clínica.

VALORACION DEL RIESGO MEDIANTE LA ESCALA DE BRADEN

En el Hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida" se utilizará la escala de BRADEN para la valoración de riesgo en todos los servicios de Hospitalización tan pronto como sea posible después del ingreso del paciente y en un plazo máximo de ocho horas. Esta escala evalúa 6 parámetros:

- Estado Mental
- Incontinencia
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Sensibilidad cutánea

Al aplicar esta escala se asigna una puntuación para cada parámetro, valorando el riesgo al que está expuesto el paciente para desarrollar una LPP.

Una vez valorado el riesgo, se aplicarán las medidas preventivas en los pacientes que lo ameriten, con el fin de disminuir la incidencia de LPP.

Se deberá repetir la evaluación cada vez que haya un cambio en la condición del paciente registrando la fecha y hora de la evaluación del riesgo.

En los pacientes que están siendo atendidos en el servicio de emergencia, realizar la valoración establecida, valorar la actividad y la movilidad del paciente, si está claramente disminuida aplicar los cuidados relacionados con la piel y el alivio de la presión detallados en este protocolo.

En el área quirúrgica valorar los factores de riesgo y aplicar las medidas preventivas correspondientes según la Escala Branden como se puede observar en la Tabla 1 y su interpretación como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 1: ESCALA DE BRADEN

VALOR	PERCEPCION SENSORIAL	EXPOSICION A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICION	RIESGO DE LESIONES CUTANEAS
1	Completamente limitada	Constantemente hùmeda	Paciente encamado	Completamente inmòvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Hùmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente hùmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente hùmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Tabla 2. INTERPRETACION DE LA ESCALA DE BRADEN

FACTOR A EVALUAR	**PUNTAJE**			
	1	**2**	**3**	**4**
Percepcion sensorial: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presiòn	**Completamente limitada** Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estìmulos dolorosos (quejandose, estremecièndose o agarrandose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo	**Muy limitada** Reacciona solo ante estìmulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitaciòn, o presenta un dèficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en màs de la mitad del cuerpo	**Ligeramente limitada** Reacciona ante òrdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posiciòn o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en almenos una de las extremidades	**Sin limitaciones** Responde a òrdenes verbales. No presenta dèficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar
Exposiciòn a la humedad Nivel de exposiciòn de la piel a la humedad	**Cosnatantemente hùmeda** La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoraciòn, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	**Con frecuencia hùmeda** La piel esta a menudo, pero no siempre hùmeda. La ropa de cama se ha de cambiar almenos una vez en cada turno	**Ocasionalmente hùmeda** La piel esta ocasionalmente hùmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al dìa	**Raramente hùmeda** La piel està generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina
Actividad Nivel de la actividad fisica	**Paciente encamado** Constantemente en cama	**En silla** Paciente que no puede andar o con dambulaciòn muy limitada.	**Deambula ocasionalmente** Con o sin ayuda, durante el dìa, pero para	**Deambula frecuentemente** Deambula fuera de la habitaciòn al menos dos veces al dìa y dentro de la

		No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas	distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en la silla de ruedas	habitaciòn al menos dos horas durante las horas de paseo
Movilidad Capacidad para cambiar y controlar la posiciòn del cuerpo	**Completamente inmòvil** Sin ayuda no puede realizar ningùn cambio en la posiciòn del cuerpo o de alguna extremidad	**Muy limitada** Ocasionalmente efectùa ligeros cambios en la posiciòn del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sì solo	**Ligeramente limitada** Efectùa con frecuencia ligeros cambios en la posiciòn del cuerpo o de las extremidades por sì solo	**Sin limitaciones** Efectùa frecuentemente importantes cambios de posiciòn sin ayuda
Nutriciòn Patròn normal de ingesta de alimentos	**Muy pobre** Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma màs de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos comidas o menos con aporte proteico (carne o productos làcteos). Toma pocos lìquidos, o està en ayunas y/o dieta lìquida o sueros màs de cinco dìas	**Probablemente inadecuada** Raramente come una comida completa y genralmente come solo la mitad de los alimentos que le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres porciones de carne o productos làcteos por dìa. Ocasionalmente toma un suplemento dietètico, o recibe menos que la cantidad òptima de una dieta lìquida o por sonda nasogàstrica	**Adecuada** Toma màs de la mitad de la mayorìa de las comidas. Come un total de cuatro porciones al dìa de proteìnas (carne o productos làcteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomarà un suplemento dietètico si se le ofrece, o recibe nutriciòn por sonda nasogàstrica o por vìa parenteral, cubriendo la mayorìa de sus	**Excelente** Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehùsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o màs porciones de carne y/o productos làcteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietèticos

			necesidades nutricionales	
Riesgo de lesiones cutàneas	**Problema** Requiere de moderada y màxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sàbanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con màxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitaciòn produce un roce casi constante	**Problema potencial** Se mueve muy dèbilmente o requiere de mìnima asistencia durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sàbanas, silla, sistema de sujeciòn u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posiciòn en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo	**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 posiciòn en la cama o en la silla	

CLASIFICACION DE RIESGO

Puntuaciòn 12 puntos o menos	Riesgo Alto
Puntuaciòn 13-14 puntos	Riesgo Moderado
Puntuaciòn 15 o màs puntos	Riesgo Bajo

PROCEDIMIENTO PARA PREVENCION DE LESIONES POR PRESION

Con aplicación de las medidas de prevención se busca anticipar la aparición de LPP en los pacientes hospitalizados.
En la historia clínica del paciente, informes de enfermería se deberá registrar la aplicación de la escala de Braden, las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Según el puntaje de riesgo obtenido al aplicar la escala de valoración BRADEN, las actividades de enfermería serán:

PUNTAJE	RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVAS
Mayor o igual a 15 puntos	**BAJO**	Estimular movilización en cama Lubricar piel 1 vez al día con crema hidratante
13 – 14 puntos	**MODERADO**	**Colchón anti escaras** **Cambios de posición cada 2 horas** Lubricar la piel 2 veces al día con crema hidratante
Menor o igual a 12 puntos	**ALTO**	**Colchón anti escaras** **Cambios de posición cada 2 horas** Lubricar la piel 2 veces al día con crema hidratante

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

ESTADIOS	PRESENTACIÓN
ESTADÍO GRADO I	Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; La lesión precursora de una ulceración en la piel. En individuos de piel oscura también pueden ser Indicadoras la decoloración de la piel, calor, edema, o insensibilidad.
ESTADÍO GRADO II	Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeña cavitación superficial.
ESTADÍO GRADO III	Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro, pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.
ESTADÍO GRADO IV	Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro, pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.
GRADO NO ESTADIABLE	Pérdida total del grosor de la piel, con presencia de fistulas.
LESIÓN POR DISPOSITIVOS	Son lesiones que se presentan en la piel por el roce con los dispositivos médicos.
LESIÓN EN MUCOSAS	Son lesiones que se presentan por sialorreas importantes, o lesiones que se provocan por exudados abundantes.

VALORACION

LECHO DE LA HERIDA

- Documente los tipos de tejidos, estructuras anatómicas identificadas en el lecho de la herida.
- (1) Granulación, (2) Esfaselado, (3) tejido necrótico.

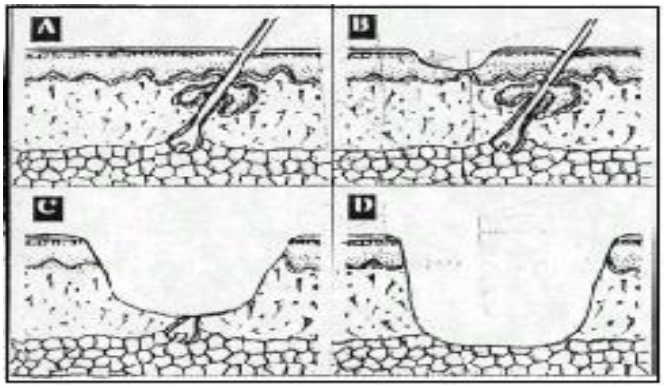
PIEL CIRCUNDANTE

- Características de la piel circundante:

(1) Sana/normal (2) eritema, (3) maceración, (4) descamativa.

BORDES DE LA HERIDA

(1) Sano (2) No sano: tunelización, cavitación



EXUDADO

- **CANTIDAD:** poco, abundante, moderado.
- **TIPO:** seroso, sanguinolento, purulento.

DOLOR

- Evaluar dolor rutinariamente
- Escalas de valoración

MEDICACIÓN

- Medir y registrar el tamaño de la herida es decisivo para el tratamiento más eficaz en cada caso. Las mediciones subsiguientes de la herida cuantificaran sus cambios e indicaran la evaluación de la úlcera.
- Las técnicas de medición comunes son la cinta métrica y las calcas para la medición exacta.

ACTIVIDADES

Aliviar la presión estimulando la actividad el paciente

- Aplicar formulario para detección del riesgo.
- Establecer un programa de cambio de posición
- Emplear sabanas para el traslado.
- Emplear protectores para talones y codos.
- Mantener la sábana de abajo seca y bien estirada para aliviar las arrugas.
- Alivio de la presión sobre las prominencias óseas mediante posiciones correctas con almohadas y técnicas “de puentes”.

Dieta

- Dieta abundante en proteínas: las reservas adecuadas de proteínas son importantes para conservar la vitalidad de los tejidos.
- Complementos con zinc, mejoran el apetito y aumentan la velocidad de curación de las heridas.

En las heridas

- Tomar cultivos de secreción de la herida para verificar la presencia de microorganismos infecciosos.
- Realizar desbridamiento de la herida retirando el tejido necrosado para favorecer la granulación y evitar la infección.
- Administrar adecuadamente y en los horarios establecidos. los analgésicos ordenados por el médico.

Elección de productos adecuados: el producto, deberá cumplir con características dependiendo el estadio y la valoración encontrada.

- **Protección de zonas de riesgo:** ácidos grasos hiperoxigenados para mantener la protección frente a factores externos, restauración de la circulación capilar.
- **Descontaminación del lecho de la herida:** Descontaminación y mantenimiento de las condiciones óptimas para la correcta cicatrización, eliminación de mal olor, descontaminante (biofilms bacterianos).

- **Hidrogeles:** su función hidratar o absorber el exudado de la herida. Al crear un ambiente húmedo ayuda en el desbridamiento y remoción del tejido necrótico y desvitalizado.
- **Alginatos:** Cuando las fibras de alginato entran en contacto con el exudado de la herida rápidamente se gelifican produciéndose un intercambio iónico (entre los iones de calcio y los iones de sodio del exudado) produciendo una curación natural.
- **Hidrocelulares:** Proporciona un doble efecto, si hay mayor exudado lo absorbe y si hay falta de humedad proporciona agua.
- **Hidrocoloides**: Proporciona humedad a la herida. (proporciona agua a la herida).

Cambios posturales

- Los cambios posturales serán de acuerdo a la valoración del riesgo y se aplicara de acuerdo al puntaje obtenido con la escala de BRADEN.
- La escala de BRADEN tiene una función clínica clara, sirve para determinar el riesgo que tiene una persona de desarrollar LPP.
- La escala tiene una adecuada validez de apariencia para la evaluación de pacientes hospitalizados, pues considera aspectos que han sido reconocidos clásicamente como involucrados en la génesis de las UPP.

Procedimiento

- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Realizar el procedimiento en condiciones de asepsia.
- Retirar apósito mediante una técnica no agresiva
- Valorar las Lesiones de presión / Tamaño: ancho, longitud, profundidad, lecho de la herida, piel circundante, exudado.
- Limpieza de la lesión: **piel circundante** con clorexidine, **lecho de la herida** con solución descontaminante de Bofill bacteriano mediante presión de lavado efectiva a 15 cm de la lesión o mediante el empapamiento de gasas y cubriendo la lesión por 10 a 15 minutos.
- En caso de tejido necrótico es necesario desbridar / realizar cuadriculación de la lesión/ de la manera más adecuada según lo defina el profesional de enfermería.
- El cambio de apósito se realizará según este protocolo, salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes peri ulcérales, o exista otra necesidad justificada, por un profesional de enfermería capacitado para tomar la decisión.
- Para evitar que se formen abscesos o se "cierre en falso" la lesión, será necesario rellenar parcialmente (entre la mitad y las tres cuartas partes), las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio del tratamiento húmedo.
- Evitar en los cambios posturales la presión sobre zonas ulceradas

- Educar al paciente y a su familia.
- Si el riesgo se ha valorado alto el personal de enfermería debe implementar la hoja de registro de cuidados de enfermería y colocar el indicativo en la puerta para un cuidado integral.

ACCIONES DEL ESTABLECIMIENTO Y DEL EQUIPO DE SALUD

- Elaborar e implementar un protocolo de profilaxis de lesiones por presión documentado en la mejor evidencia.
- Evaluar el cumplimiento del protocolo.
- Reportar en el formulario de Notificación de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente, siendo responsabilidad de todos los miembros del equipo de trabajo.
- El formulario de notificación será remitido al Comité de Seguridad del Paciente.
- Realizar acciones de mejora en relación con el cumplimiento del protocolo.

ACCIONES DEL EQUIPO DE SALUD CON EL PACIENTE, FAMILIA Y/O CUIDADORES

- El profesional médico y de enfermería responsable del cuidado del paciente, educará a la familia o cuidadores del paciente sobre las medidas profilácticas a ejecutarse durante la estancia hospitalaria, al egreso y de requerirse en el domicilio acorde al protocolo definido.
- Los equipos de atención integral en salud del primer nivel de atención, serán los responsables de verificar el cumplimiento de las medidas profilácticas definidas al egreso hospitalario y ejecutar las acciones de salud según el plan de atención domiciliaria.
- El paciente, la familia y/o cuidadores serán corresponsables de la ejecución de las medidas profilácticas definidas por los equipos de salud en general y de comunicar cualquier tipo de alteración en la integridad de la piel.
- Loa equipos de salud registrarán cualquier signo de alarma informado por los familiares y/o cuidadores y realizarán las acciones correspondientes de manera oportuna según el protocolo establecido para la prevención de lesiones por presión.

BIBLIOGRAFIA

- José Luis blanco, definición y clasificación de las ulceras por presión, unidad de lesionados medulares, hospitales val Hebrón, revista del el Perú 2003; vol. 23 nº (4): pág.194-198 Barcelona España, (disponible base de datos ocena salud)

- José maría recalde Manrique, tratamiento local de ulceras por presión, escuela andaluza de salud pública; boletín terapéutico andaluz. Año2000; vol.16.

- Cadmie, tratamiento local de ulceras por presión, boletín terapéutico anda luz, escuela andaluza de salud pública; Año 2000, vol. 16 nº 5 (disponible en, consultada el 10/05/2007)

- Guitón, Arthur c/mayo, John e, tratado de fisiología médico, décima edición, mc Graw Hill interamericana, México, s., 2001

- North American nursing diagnosis association. Manda. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2002-2004. Madrid: harcourt s.a.

- Logroño, grupo nacional para el estudio y asesoramiento en ulceras por presión y heridas crónicas (gneaupp).
- Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. España. 2003

- Jesús García Ruiz rozas, ulceras por presión, guías clínicas, año 2004

- Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente-Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud-MSP. Quito 2016.

ANEXOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE LPP

HOSPITAL Padre Carollo "Un Canto a la vida"

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE LPP

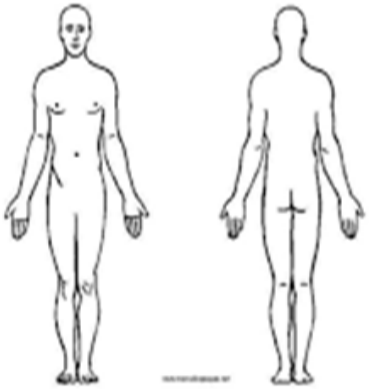
Nombre paciente:	**Fecha de ingreso:**
Diagnóstico:	**Edad:**

VALORACIÓN AL INGRESO

PRESENTA LPP AL INGRESO	SI	NO	Lugar donde aparecio la LPP	Fecha en la que aparecio la LPP

VALORACIÓN AL EGRESO

PACIENTE EGRESA CON LPP	SI	NO	PACIENTE FALLECE CON LPP	SI	NO	LPP A CARGO DE CIRUGIA PLASTICA	SI	NO	FECHA DE RESOLUCIÓN DE LA LPP

CLASIFICACIÓN	LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y TAMAÑO	GRÁFICO DE LA LOCALIZACIÓN DE LA LPP
CATEGORIA I: Alteración observable en la piel integra que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar .		
CATEGORIA II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis , dermis o ambas. Ulcera superficial que tiene aspecto de abrasión , ampolla o crater superficial.		
CATEGORIA III: Perdida total del grosor de la piel que implica lesión del tejido subcutáneo.		
CATEGORÍA IV: Perdida total del grosor de la piel con destrucion extensa , necrosis del tejido o lesión en musculo, hueso o estructuras de sosten. / tendón , cápsulas articular , ect.		
NO CLASIFICABLE: Profundidad desconocida, presenta escara negra, dura , seca que recubre LPP.		

Escala de Braden Bergstrom

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

MENOR 12 RIESGO ALTO | 13-14 RIESGO MODERADO | MAYOR 15 BAJO RIESGO

HOSPITAL Padre Carollo "Un Canto a la vida"	**PROTOCOLO PREVENCION DE LESIONES POR PRESIÓN**	**Fecha: 13 DE AGOSTO DE 2019**
		Versión: 02
		FTN-HPC-DS-JE-SP-LPP-2019-004

1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE LPP

HOSPITAL Padre Carollo "Un Canto a la vida"

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PREVENCIÓN DE LPP

Nombre paciente:

Habitación:

ACCIONES	HORAS	FECHA / HORAS																					
		AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS	AM	PM	HS
CAMBIOS DE POSICIÓN CADA 2 HORAS + ALIVIO DE LA PRESIÓN	06H00																					
	08H00																					
	12H00																					
	2PM																					
	4PM																					
	6PM																					
	8PM																					
	10PM																					
	12PM																					
LUBRICAR LA PIEL CON CREMA HIDRATANTE Y PRN	09H00																					
	9PM																					
CURACIÓN NOTIFICACIÓN A CLINICA DE HERIDAS	AM																					
	PM																					
	HS																					
COLOCACIÓN DE PROTECTORES CUTÁNEOS	AM																					
	PM																					
	HS																					
NOTIFICACIÓN DE IAAS	SI		NO																			
RESPONSABLE	AM																					
	PM																					
	HS																					