



Resolución Directoral

Lima, 13 de Setiembre de 2021

Visto el Expediente 21-026610-001, conteniendo el Memorando 92-2021-DEYCC-HNHU, mediante el cual la Sra. Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos solicita la aprobación de la Guía Técnica: "Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Ulceras por Presión del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue", mediante acto resolutivo; y

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla, promoverla y asegurarla.

Que, mediante Resolución Ministerial 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras.

Que, la Guía Técnica es el Documento Normativo con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias, estableciendo en ellas metodologías, instrucciones o indicaciones que permita al operador seguir un determinado desarrollo, orientando al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica médica; la denominación Guía Técnica incluyendo a los denominados "protocolos" que pueden ser aplicados al campo asistencial, sanitario o administrativo.

Que, el Artículo 3 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial 099-2012/MINSA; señala entre otros; que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros para el logro de su misión y sus objetivos, en cumplimiento de las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud a favor de la población, estableciendo las normas y parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

Que, con Memorando 92-2021-DEYCC-HNHU, la Sra. Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos de la Institución, solicita la aprobación de la Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Ulceras por Presión del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Que, con Nota Informativa 483-2021-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe 174-2021-KMGM-HNHU mediante el cual opina que la Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Ulceras por Presión del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue cumple los lineamientos de la estructura de las Guías Técnicas según la normatividad vigente, recomendando su aprobación.

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe 457-2021-OAJ/HNHU; y a lo opinado por las Jefaturas del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y la Oficina de Gestión de la Calidad, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 26842, Ley General de Salud y de acuerdo a las facultades otorgadas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR LA GUÍA TÉCNICA: "PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE", la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dr. Andrés Martín ALCÁNTARA DÍAZ
Director General (e)
CMP N° 028813

AMAD/GFM
Marlene G.
DISTRIBUCIÓN.
() D. Adjunta
() Dpto. de EYCC
() OAJ.
() Of., Gestión de la Calidad
() OCI
() Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRÍTICOS



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA “

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Ulceras por Presión del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Elaborado por Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Revisado por Oficina de Gestión de la Calidad	Aprobado por Oficina de Gestión de la Calidad
Fecha: 18/05/2021	Fecha: 21/05/2021	Fecha: 26/07/2021

2021



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA "

Equipo de Gestión del Hospital Nacional Hipólito Unanue

M.C Andrés Martin Alcántara Díaz

Director General

M.C Yudy Miluska Roldan Concha

Directora Adjunta

ECON. Ruth Roció Moreno Galarreta

Directora Administrativa

M.C Silvia Paola Vargas Chugo

Jefa De la Oficina de Gestión de la Calidad

Grupo Elaborador del Protocolo Basado en Evidencias

MC. IRMA VALDIVIESO PACORA	JEFA DEPARTAMENTO EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS (DE Y CC).
MC. AUGUSTO CRUZ CHEREQUE	JEFE DE SERVICIO DE DE Y CC.
MC. JESUS G. HUARANCCA PARRALES	MEDICO ASISTENCIAL DE DE Y CC.
LIC. AYDEE RAMIREZ CARRASCO	LIC. ASISTENCIAL DE DE Y CC.
LIC. DORA CUNO HUARCAYA	LIC. ASISTENCIAL DE UCI.
LIC. JESUS F. HERRERA DE QUIÑONEZ	LIC. ASISTENCIAL DE UCI.
LIC. IRIS SOREANO VASQUEZ	LIC. ASISTENCIAL UCI-NEONATOLOG.



Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Úlceras por Presión

INDICE

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN	4
II. OBJETIVO	4
2.1. OBJETIVO GENERAL	4
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN	4
IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR	4
V. CONSIDERACIONES GENERALES	5
5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS	5
5.2 CONCEPTOS BASICOS	6
5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS	7
5.3.1 RECURSOS HUMANOS	7
5.3.2 MATERIALES	7
5.3.3 EQUIPOS	7
5.4. POBLACIÓN DIANA	7
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS	8
6.1 METODOLOGÍA	8
6.2 DESCRIPCION DETALLADA DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	8
6.3 INDICACIONES	16
6.4 CONTRAINDICACIONES	16
6.5 INDICADORES DE EVALUACIÓN	17
VII. RECOMENDACIONES	17
VIII. ANEXOS	18
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33





I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

Contribuir a la implementación de buenas prácticas de atención, en el cuidado de las úlceras por presión; para una adecuada gestión en el manejo clínico de los pacientes y evitar la presentación y complicación de las úlceras por presión, en los pacientes hospitalizados en las UPPS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue; identificándolos adecuadamente y favoreciendo la creación de una cultura de seguridad en los procesos de atención asistencial por parte del equipo de profesionales de la salud.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en prevención de las úlceras por presión y las habilidades para aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar cuáles son las fallas en la atención clínica más comunes que favorecen la aparición de escaras en los pacientes.
- Identificar los factores contributivos comunes y de mayor impacto que favorecen la aparición de escaras en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad más efectivas y su aplicación para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de escaras en el paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de escaras en los pacientes en la institución.
- Identificar los mecanismos de monitoreo y medición recomendados para el seguimiento de la aplicación de las prácticas seguras y la disminución de las Úlceras por Presión.
- Presentar experiencias exitosas como guía en la aplicación de prácticas seguras.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo, será de aplicación obligatoria, por parte de todos los profesionales de salud de las UPSS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Reducción del Riesgo de Úlceras por Presión.





V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **ATENCIÓN EN SALUD:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar el incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Una deficiencia al realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** Son acciones u omisiones que tienen el potencial de generar daño u evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.).
- **FALLAS LATENTES:** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembro de los procesos de apoyo (personal administrativo).
- **EVENTO ADVERSO:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **FACTORES CONTRIBUTIVOS:** Son las condiciones que predisponen una acción insegura (falla activa). Los factores contributivos considerados en el Protocolo de Londres son:
 - ✓ **PACIENTE:** Cómo ese paciente contribuyó a al error. Ejemplo: paciente angustiado, complejidad, inconsciente.
 - ✓ **TAREA Y TECNOLOGÍA:** Cómo la documentación ausente, poco clara no socializada contribuye al error. Cómo la tecnología o insumos ausentes, deteriorados, sin mantenimiento, sin capacitación al personal que la usa, contribuye al error. Ejemplo: ausencia de procedimientos documentados sobre actividades a realizar, tecnología con fallas.
 - ✓ **INDIVIDUO:** Cómo el equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) contribuye a la generación del error. Ejemplo: ausencia o deficiencia de habilidades y competencias, estado de salud (estrés, enfermedad), no adherencia y aplicación de los procedimientos y protocolos, no cumple con sus funciones, como diligenciamiento adecuado de historia clínica.





- ✓ **EQUIPO DE TRABAJO:** Cómo las conductas de equipo de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos, etc.) contribuyen al error. Ejemplo: comunicación ausente o deficiente entre el equipo de trabajo (por ejemplo, en entrega de turno), falta de supervisión, disponibilidad de soporte (esto se refiere a interconsulta, entre otros).
- ✓ **AMBIENTE:** Cómo el ambiente físico contribuye al error. Ejemplo: deficiente iluminación, hacinamiento, clima laboral (físico), deficiencias en infraestructura.
- ✓ **ORGANIZACION Y GERENCIA:** Cómo las decisiones de la Gerencia contribuyen al error. Ejemplo: políticas, recursos, carga de trabajo.
- ✓ **CONTEXTO INSTITUCIONAL:** Como las situaciones externas a la institución que contribuyen a la generación del error. Ejemplo: Decisiones de EPS, demora o ausencia de autorizaciones, leyes o normatividad etc.
- **INCIDENTE:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
- **AUTOCUIDADO:** Estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas, de acuerdo con sus características culturales de género, etnia, clase y ciclo vital.
- **NECROSIS:** Es la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o tener curación.
- **ISQUEMIA:** La isquemia, o anemia local, puede definirse como la falta parcial o total de aporte de sangre a un órgano o a parte de él.
- **EXCORIACIÓN:** Levantamiento o irritación de la piel, de manera que esta adopta un aspecto escamoso.
- **ERITEMA:** Reacción inflamatoria de la piel. Su significado literal es rojo y el rasgo que la caracteriza es un enrojecimiento de la piel.
- **MACERACIÓN:** Ablandamiento por contacto con líquidos; extracción de drogas mediante humedecimiento, extracción en frío.
- **INDURACIÓN:** Endurecimiento de los tejidos de un órgano.
- **SEDESTACIÓN:** Posición del cuerpo estando sentado.

5.2 CONCEPTOS BASICOS

5.2.1: Definición Conceptual

Se define la úlcera por presión, como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a ese nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración rápida de los tejidos de la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea.

Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.





5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSOS HUMANOS

- Médico Asistencial que supervisa el procedimiento de tratamiento de UPP.
- Médico Residente.
- Interno de Medicina.
- Enfermera/o y auxiliar de Enfermería.
- Fisioterapeuta que ayuda a mejorar el movimiento.
- Un dietista que controla las necesidades nutricionales y recomienda una buena dieta.
- Un médico especializado en afecciones de la piel (Dermatólogo, Cirujano ortopédico, Cirujano vascular)

5.3.2 MATERIALES

- Observación directa, entrevista.
- Registro de Úlceras por presión.
- Guantes estériles.
- Jabones neutros o sustancias limpiadoras con potencial curativo bajo.
- Productos hidratantes y nutritivos: aceite de almendras.
- Vaselina pomada.
- Absorbentes, salvacamas.
- Apósito hidrocoloide extrafino.
- Cojines, almohadas, colchones antiescaras, protecciones locales, almohadillados, etc.
- Paños.
- Guantes estériles.
- Compresas y gasas estériles.
- Set de curacion con: pinzas de disección dentadas, mango de bisturí, hoja de bisturí.
- Solución salina.
- Vendas, almohadillados.
- Desbridantes enzimáticos.
- Gel de lidocaína 2%.
- Apósitos basados en la cura húmeda: Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos, en pasta o en hidrofibra.

5.3.3 EQUIPOS

El personal de Salud, durante la atención de los pacientes en las UPSS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, hará uso de los equipos de atención médica de acuerdo a su especialidad, siendo estos Tensiómetros, Estetoscopios, Pulsioxímetros, Termómetros, Material de Curacion y Debridación de Heridas u otro que se requiera de acuerdo a la situación clínica del paciente.

5.4 POBLACIÓN DIANA

El presente protocolo elaborado por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue; tendrá como población diana, a todos los pacientes en situación de observación u hospitalizados, en las UPSS del Departamento de





Emergencia y Cuidados Críticos, que desarrollan Úlceras por Presión, teniendo como criterio de inclusión a los pacientes identificados de riesgo según la escala Nova 5.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 METODOLOGÍA

- Se Realizó la búsqueda bibliografía del término "Úlceras por Presión" en los siguientes motores de búsqueda:
- PUBMED.
- MEDLINE.
- COCHRANE.

Encontrándose los siguiente:

- Pubmed: Se realizo la búsqueda el dia 18 de Mayo del 2021, no se reportan resultados al respecto.
- Medline: Se realizo la búsqueda el dia 18 de Mayo del 2021, encontrándose un total de 414 artículos referidos a Úlceras por Presión.
- Cochrane: Se realizo la búsqueda el dia 18 de Mayo del 2021, encontrándose un total de 06 artículos referidos a Úlceras por Presión.
- Asimismo, se realizó búsqueda Bibliográfica de los siguientes textos:
 - ✓ Tratado de Geriatria Capitulo Úlceras por Presión(Claudia Arango Salazar; Olga Fernández Duque y Blanca Torres Moreno).

Encontrándose lo siguiente:

1. Definicion, Epidemiologia, Fisiopatología, Valoracion Clinica, Diagnostico Diferencial, Complicaciones, Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión.

6.2 DESCRIPCION DETALLADA DE ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS

6.2.1 Prevención de las Úlceras por Presión

- Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro según procedimiento; así como baño local cuando:
 - ✓ Se observe un área corporal húmeda.
 - ✓ El paciente puede presentar comportamientos como llanto, permanecer con las piernas separadas, quitarse la ropa, girarse y permanecer en un lado de la cama.
 - ✓ La piel puede estar enrojecida y fisurada o presentar un exantema rojizo.
 - ✓ El paciente refiera molestias por humedad, ropa de vestir o cama húmedas o frías, escalofríos.
- Al realizar la higiene: Eliminar pomadas y polvos.
- Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene.
- Aclarar y secar bien la piel, entre los dedos y pliegues.





- Aplicar vaselina (para proteger contra el daño enzimático por la saliva, diarrea, drenaje de fístula) tras la higiene diaria o baño local en zonas potencialmente húmedas.
- Lubricar la piel con aceite de almendras tras el baño, utilizar compuesto lipídico tópico (1) en zonas de riesgo.
- Masajear muy suavemente con el aceite de almendras tras la higiene.
- No masajear áreas rojas/eritemas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Proporcionar ropa limpia (si presenta molestias por humedad).
- Si el paciente presenta incontinencia:
 - ✓ Aplicar sonda urinaria externa o colocar una bolsa de recogida en el periné.
 - ✓ Proteger con pañales absorbentes.
 - ✓ Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.
- Prevenir y aliviar la presión y el rozamiento con los materiales con que cuenta el hospital: almohadas, piel de oveja, colchones, etc. Use una superficie estática si el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión, o una superficie dinámica de apoyo, colchones de aire alternante para enfermos de medio y alto riesgo, si es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la úlcera/s.
- Colocar apósitos hidrocoloides transparentes/extrafinos en puntos de fricción.
- Colocar almohadas (para reducir la presión).
- Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes, evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.
- Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche (según procedimiento de movilización del paciente).
- Levantar al sillón siempre que el estado del paciente lo permita.
- Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que permanezca sentado. Si precisara levantar al sillón por otras consideraciones de su patología procurar un dispositivo de alivio. Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.
- Observar y anotar la ingesta de alimentos y líquidos. Registrar las cantidades y las clases de alimentos sólidos, semisólidos y líquidos que el paciente toma cada 24 h.
- Asegurar una hidratación adecuada del enfermo (aporte hídrico: 30cc. de agua/día x Kg de peso). Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral (para evitar situaciones carenciales; si ya presenta úlceras, considerar que las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas).

6.2.2 Valoración de la Lesión

Realizar la valoración según los siguientes parámetros:

- Localización de la lesión.
- Clasificación-estadiaje.
 - ✓ Grado I: Afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente(Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida de sustancia).
 - ✓ Grado II: Afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea(Erosión epidérmica y/o ampollas, y/o abrasión).
 - ✓ Grado III: Llega hasta la fascia profunda(Afectación de la totalidad de la dermis y TCSC con posible presencia de tejido necrótico).





- ✓ Grado IV: la necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso (Destrucción del TCSC, músculo, tendón e incluso hueso).
- Tipos de tejido/s en el lecho de la lesión:
 - ✓ Tejido necrótico.
 - ✓ Tejido esfacelado.
 - ✓ Tejido de granulación.
- Exudado de la úlcera
 - ✓ Escaso.
 - ✓ Abundante.
 - ✓ Muy abundante.
 - ✓ Purulenta.
- Dolor
- Signos clínicos de infección local
 - ✓ Exudado purulento
 - ✓ Mal olor
 - ✓ Bordes inflamados
 - ✓ Fiebre.

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la Unidad, al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima, en la Hoja de Registro de UPP o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería y se aplicará el tratamiento en función del resultado obtenido.

6.2.3 Tratamiento de las Úlceras por Presión

- Comprobar que tenemos todo el material necesario (Gasas, Algodón, Antisépticos, Suero Fisiológico, Equipos de Curación, Campos de Protección, etc.).
- Colocarlos en el coche de curaciones y transportarlos a la habitación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración.
- Realizar la identificación del paciente.
- Hacer uso adecuado de equipos de protección individual (gafas, guantes, mascarillas, batas...).
- Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Lavado adecuado de manos.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza, así como para su secado posterior, no aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.
- No limpiar la herida con antisépticos locales, tipo povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), que son sustancias tóxicas para los fibroblastos humanos.





- Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc.
- El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 - 4 cm los bordes de la misma.
- Recogida y eliminación selectiva de residuos y de los productos de limpieza empleados.
- Realizar el registro de la actividad realizada en el reporte respectivo, consignando cualquier incidencia que haya sucedido durante el procedimiento realizado.

El plan de tratamiento de la úlcera por presión dependerá de la valoración de la lesión:

- **Si son lesiones de grado I**

Aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador de baja absorción (transparente/extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión.

- **Si son lesiones de grado II**

Aplicar apósitos hidrocoloides en placa favorecedores de la limpieza rápida de la herida, que atrapan la secreción cargada de gérmenes.

En la parte profunda de la úlcera aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.

- **En lesiones de grado III y IV**

Si la úlcera está limpia o tuviera esfacelos, pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador en placa.

Si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico o esfacelos utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados:

1. Debridamiento quirúrgico: Recortar por planos y en diferentes sesiones, siempre empezando por el área central; salvo en el desbridamiento radical en quirófano.

Es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc.).

Si sangrara aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos.

Requiere conocimientos, destreza y una técnica y material estéril.

2. Desbridamiento enzimático: Aplicar productos enzimáticos del tipo de la colagenasa; aumentando el nivel de humedad con suero fisiológico. No utilizar como método único si ya existe placa necrótica seca. No asociar a hidrocoloides/hidrorreguladores.

3. Desbridamiento autolítico: Aplicar cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda.

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 de la cura húmeda, además de la placa superficial.





Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa, además de retener la secreción cargada de gérmenes (fase de limpieza). Así mismo, crean un equilibrio dinámico que se caracteriza por un ambiente húmedo estable en la herida y que aporta las condiciones ideales para la granulación y la epitelización.

Los apósitos basados en cura húmeda son:

- Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos o en pasta (sólo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida).
- Hidrogeles en estructura amorfa o en placa (por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados y de rápida acción desbridante.
- Alginatos (El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo, en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado).
- Hidrofibra de hidrocoloide.
- Poliuretanos.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por el nivel de exudado.

Si estamos utilizando el apósito correcto, según el nivel de exudado, realizar los cambios según las características del apósito.

Si existen fugas con el apósito seleccionado, es signo de que éste debía haber sido cambiado por un apósito de mayor poder absorbente.

Un apósito hidrocoloide, se cambiará, cuando el abombamiento producido al absorber las secreciones de la herida se aproxima a 1,5 o 1 cm del borde del apósito.

Ante la presencia de signos de infección local, deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento; utilizaremos apósitos de alginato cálcico o de hidrofibra.

Si la úlcera no evoluciona favorablemente al cabo de una semana o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con una pomada antibiótica local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan la úlcera por presión y durante un período máximo de dos semanas (sulfadiazina argéntica).

Si al cabo de las dos semanas continuara con infección realizar cultivo.

En pacientes con varias úlceras, comenzar siempre por la menos contaminada.

No utilizar antisépticos locales.

Evitar las curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones.

No realizar nunca curas oclusivas si hay signos de infección.

Los antibióticos sistémicos deben administrarse bajo prescripción médica a pacientes con bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.





6.2.4 valoración del Riesgo

Realizar la valoración según la escala Nova 5 de acuerdo a los cinco aspectos considerados:

Aspectos/Puntuación	Estado Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutricion Ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional Limitada	Ligeramente Incompleta	Ocasionalmente con ayuda	Deambula
2	Letargico	Urinaria o Fecal Importante	Limitacion	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria o Fecal	Inmovil	No ingesta oral, ni enteral, ni parenteral, superior a 72 horas y/ o desnutricion previa	No Deambula

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 → De riesgo bajo.
- De 5 a 8 Puntos → De riesgo medio.
- De 9 a 15 Puntos → De riesgo alto.

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la Unidad y con una revisión periódica cada 7 días después de la última, en caso de no observarse cambios relevantes.

Se consideran cambios relevantes:

- Una intervención quirúrgica superior a diez horas.
- La aparición de isquemia por cualquier causa
- Los períodos de hipotensión.
- Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
- Las pérdidas de movilidad de cualquier origen
- Las pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas, como por ejemplo la arteriografía o el cateterismo cardíaco.
- En cualquiera de estos casos se deberá proceder a una nueva valoración.

En los pacientes de alto riesgo o en pacientes ingresados en servicios de cuidados críticos se medirá diariamente.





Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima, en la Hoja de Registro de UPP, o en su ausencia en la Hoja de Evolución de Enfermería y se aplicarán los cuidados en función del resultado obtenido; si es identificado de riesgo aplicar acciones de prevención.

6.2.5 Descripción de los Criterios utilizados en la NOVA 5

6.2.5.1.- Estado Mental

6.2.5.1.1.- 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.

6.2.5.1.2.- 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 de nuestra ayuda.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

6.2.5.1.3.- Paciente letárgico. - Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.

- No responde a ordenes 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.

6.2.5.1.4.- Paciente inconsciente o comatoso. - Es aquel paciente que tiene pérdida de consciencia y de sensibilidad.

- No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

6.2.5.2.- Incontinencia

6.2.5.2.1.- Paciente continente. - Es aquel paciente que tiene control de esfínteres.

- Puede ser portador de sondaje vesical permanente.

6.2.5.2.2.- Paciente con incontinencia ocasional. - Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado.

- Puede llevar un colector urinario.

6.2.5.2.3.- 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.

6.2.5.2.4.- Paciente con incontinencia urinaria y fecal. - Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.





6.2.5.3.- MOVILIDAD

6.2.5.3.1.- Paciente con movilidad completa. - Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total.

- El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.

6.2.5.3.2.- 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, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, ferulas, yesos, etc).

- No necesita ayuda para cambiar de posición.

6.2.5.3.3.- Paciente con limitación importante en la movilidad. - Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc) como por causas propias (ACVA, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejía), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.

6.2.5.3.4.- Paciente inmóvil o encamado 24 horas. - Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente.

6.2.5.4.- Nutrición

6.2.5.4.1.- Paciente con nutrición correcta. - Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido este 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 pautada.
- Lleva nutrición enteral o parenteral adecuada.
- Está en ayunas menos de tres días para prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o causa similar.

6.2.5.4.2.- 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.

6.2.5.4.3.- 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). Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.





Puede ser por:

- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos).
- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia)
- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.

6.2.5.4.4.- Paciente sin ingesta oral. - No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albúmina < 30 mg. proteínas < 60mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia).

Puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.

6.2.5.5.- Actividad

6.2.5.5.1.- Paciente que deambula. - Tiene deambulación autónoma y actividad completa.

6.2.5.5.2.- Paciente que deambula con ayuda. - Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).

6.2.5.5.3.- Paciente que siempre precisa ayuda. - No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.

6.2.5.5.4.- Paciente encamado. - No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener períodos cortos de sedestación.

6.3 INDICACIONES

El siguiente protocolo será indicado en la siguiente situación:

- Ante la comprobación de riesgo o presencia de úlceras por presión en los pacientes del área de observación u hospitalización de las UPSS del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

6.4 CONTRAINDICACIONES

El siguiente protocolo será contraindicado en las siguientes situaciones:

- No se presenta ningún tipo de contraindicación para la aplicación del presente protocolo ante la evidencia comprobada de presencia de úlceras por presión en un paciente de las áreas de observación u hospitalización de las UPSS del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.





6.5 INDICADORES DE EVALUACIÓN

6.5.1 Nombre del Indicador: N° Pacientes Hospitalizados con UPP en un periodo / N° Pacientes de Emergencia en el mismo periodo X 100

Porcentaje de úlceras por presión en pacientes:

Proporción de pacientes en observación u hospitalizados que han sido reportadas con úlceras por presión.

Dominio: Seguridad del Paciente.

Numerador: Número de Pacientes Hospitalizados con UPP en un periodo.

Denominador: Número de Pacientes de Emergencia en el mismo periodo.

Unidad de Medición: Relación porcentual.

Factor: 100

Fórmula de Cálculo: Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor 100.

Estandar: 0 %.

VII. RECOMENDACIONES

Personal de enfermería, debe realizar charlas educativas al personal de salud y a los familiares para el adecuado cuidado del paciente durante su observación u hospitalización, a fin de evitar el desarrollo de úlceras por presión.

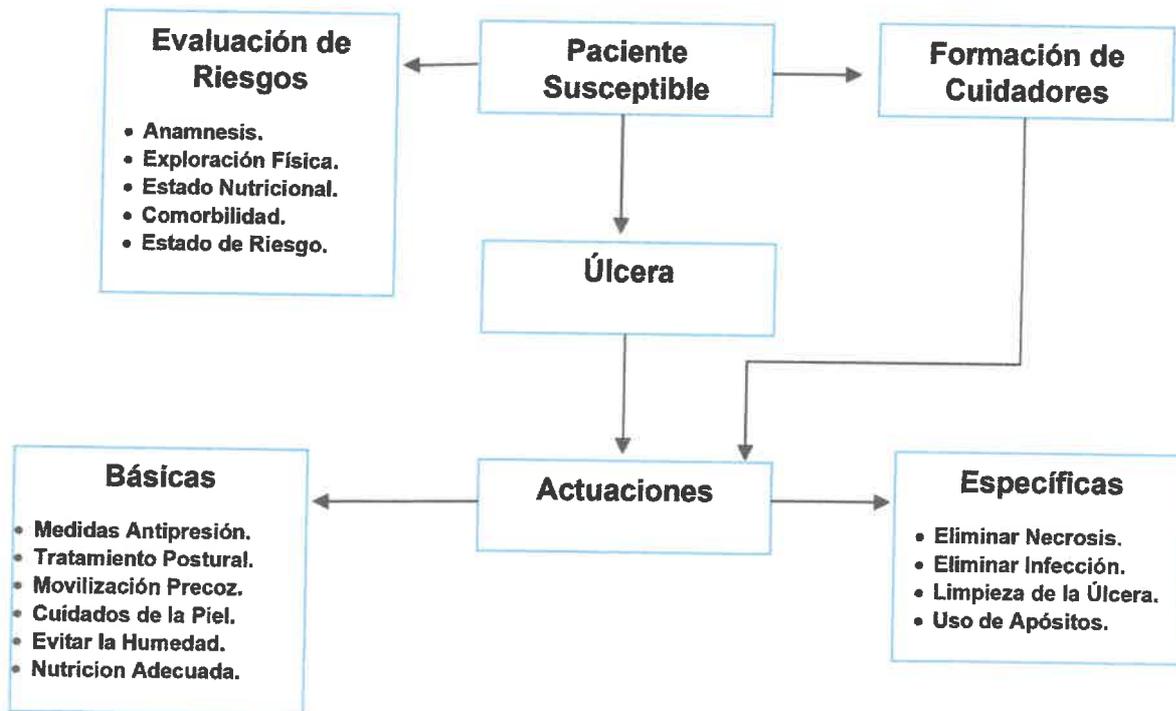




VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

Figura 1. Abordaje de un Paciente con UPP





ANEXO N° 2

EDUCACIÓN

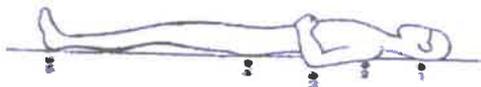
- Enseñar a mantener la piel seca y limpia (dar instrucciones específicas de acuerdo con la causa).
- Enseñar cómo cambiar inmediatamente los pañales húmedos.
- Explicar la necesidad de aumentar la ingesta de proteínas durante la cicatrización de los tejidos.
- Explicar cómo se mantiene la posición anatómica correcta:
- ✓ Proporcionar detalles claros, de forma que consiga la posición adecuada.
- Enseñar cómo hacer los cambios de posición:
- ✓ El cambio de posición corporal previene la congestión de las secreciones respiratorias, facilita la expectoración, favorece la circulación, *proporciona bienestar al evitar la presión prolongada sobre determinadas áreas corporales*, reduce la fatiga y previene las contracturas.

La persona encamada debe moverse de una posición a otra:

1.- Posición de decúbito supino:

Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación perfecta con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada para evitar la hiperextensión (extremidades en abducción de 30 grados), codos estirados y manos abiertas.

Decúbito supino: boca arriba



Se protegerá en decúbito supino:

- Occipital
- Omóplatos
- Codos
- Sacro y coxis
- Talones

2.- Posición de decúbito prono.

Colocar(se) sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre un cojín, los brazos flexionados rodeando el cojín, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.



Decúbito prono

Se protegerá en decúbito prono:

- Frente
- Ojos





- Orejas
- Pómulos
- Pectorales
- Genitales masculinos
- Rodillas
- Dedos

3.- Posición de decúbito lateral

Mantener la alineación, con la pierna del lado sobre el que descansa el cuerpo estirada y la contraria flexionada; las extremidades superiores flexionadas.

Apoyar con almohadas el muslo y el brazo para prevenir la rotación interna de la cadera y del hombro.



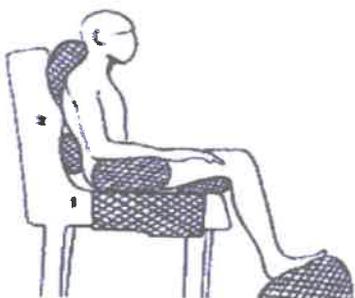
En decúbito lateral derecho o izquierdo se prestará especial atención a:

- Orejas
- Escápulas
- Costillas
- Crestas ilíacas
- Trocánteres
- Gemelos
- Tibias
- Maléolos

4.- Posición sentada

Sentar(se) con la espalda apoyada cómodamente contra una superficie firme.

Colocar una almohada debajo de cada brazo, así como un rodillo en la región cervical.



Posición sentada, vigilar y proteger:

- Omóplatos.
- Sacro.
- Tuberosidades isquiáticas.





ANEXO N° 3

FORMATO DE REGISTRO Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION:

NOMBRES:			
APELLIDOS:		N° HISTORIA CLINICA:	
EDAD:	SEXO:	N° CAMA:	UPSS:
FECHA DE INGRESO:		DIAGNOSTICO:	

GRUPO PATOLOGICO: Marcar con una X.

CARDIOLOGIA	PEDIATRIA	UCI NEONATOLOGIA	INFECTOLOGIA	NEUMOLOGIA
HEMATOLOGIA	NEONATOLOGIA	CIRUGIA GENERAL	NEFROLOGIA	ONCOLOGIA
MEDICINA	TRAUMATOLOGIA	NEUROCIROGIA	GASTROENTEROLOGIA	EMERGENCIA
GINECOOBSTETRICIA	UCI ADULTOS	NEUROLOGIA	CIRUGIA CARDIOVASC	OTROS SERVICIOS

PUNTUACION NOVA 5: Marcar con una X.

PRESENCIA DE ULCERA	SI		NO	
FECHA				
LOCALIZACION				
ESTADIO				

ESTADIOS DE LA ULCERA POR PRESION:

ESTADIO I	ENROJECIMIENTO, LIGERO EDEMA Y SIN PERDIDA DE SUSTANCIA
ESTADIO II	EROSION EPIDERMICA, Y/O AMPOLLAS, Y/O ABRASION
ESTADIO III	AFECTACION DE LA TOTALIDAD DE LA DERMIS Y TCSC CON POSIBLE PRESENCIA DE TEJIDO NECROTICO
ESTADIO IV	DESTRUCCION DEL TCSC, MUSCULO, TENDON E INCLUSO HUESO





TABLA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERA:

PUNTUACION	NIVEL CONCIENCIA	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICION	ACTIVIDAD
0	DESPIERTO Y ORIENTADO	CONTINENTE	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	INCONTINENCIA OCASIONAL	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETARGICO	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL	LIMITACION IMPORTANTE	INCOMPLETA	SIEMPRE NECESITA AYUDA
3	INCONSCIENTE-COMATOSO	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL	INMOVIL	NO INGESTA ORAL	INMOVIL
PUNTOS					

PUNTUACION NOVA 5= RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

0= SIN RIESGO

1-4= RIESGO





ANEXO N° 4

PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESION EN UPSS DE HOSPITALIZACION

Hospital Nacional Hipólito Unanue Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	PROCEDIMIENTO	Código: Versión: 001 Fecha elaboración: Mayo 2021 Validado: 2021 Página: 1 de 1
	CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESION	
Definición: Se define la úlcera por presión, como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a ese nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración rápida de los tejidos de la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea.		Consentimiento Informado Si () No (x)
Requisitos: Realizar la identificación correcta de todo paciente hospitalizado en las UPSS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, que presente úlcera por presión, además de que todo el personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos de enfermería) deben participar en el proceso de prevención y tratamiento de las úlceras por presión, a fin de evitar sus complicaciones.		
Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Observación directa, entrevista. • Registro de Úlceras por Presión en Historia Clínica • Registro de Formato de Incidencia de Úlceras por Presión. • Registro de Pacientes Hospitalizados. • Equipos de Curación y Debridación de Heridas. • Insumos médicos para Curación de Úlceras por Presión. • Formato de Notificación de Eventos Adversos 		
Paso N°	Descripción de Acciones	Responsable
01	Recepción del paciente, identificación correcta e ingreso al servicio de hospitalización u observación.	Enfermera
02	El personal de salud, debe identificar al paciente desde el momento en que éste solicita la atención, con al menos dos identificadores, que serán el nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año); en su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución.	Médico Asistente / Enfermera
03	Estandarizar la identificación del paciente con la: <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de ropa de hospitalización. • Colocación de tarjeta de cabecera o a pie de cama, la cual debe contener, al menos el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente. • Colocación de Brazaletes o pulsera, la cual debe colocarse a todos los pacientes hospitalizados, debe contener los identificadores utilizados en el establecimiento (nombre completo y fecha de nacimiento). 	Enfermera
04	Valoración de la Lesión Realizar la valoración según los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> • Localización de la lesión. • Clasificación-estadiaje. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grado I: Afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente(Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida de sustancia). ✓ Grado II: Afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea(Erosión epidérmica y/o ampollas, y/o abrasión). ✓ Grado III: Llega hasta la fascia profunda(Afectación de la totalidad de la dermis y TCSC con posible presencia de tejido necrótico). ✓ Grado IV: la necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso (Destrucción del TCSC, musculo, tendón e incluso hueso). • Tipos de tejido/s en el lecho de la lesión. • Exudado de la úlcera 	Médico Asistente /Residente Médico/ Interno de Medicina/Enfermera





	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Signos clínicos de infección local <p>La valoración se realizará al ingreso del paciente en la Unidad, al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran. Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima, en la Hoja de Registro de UPP o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería y se aplicará el tratamiento en función del resultado obtenido.</p>	
05	<p>Prevención de las úlceras por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro según procedimiento; así como baño local. • Al realizar la higiene: Eliminar pomadas y polvos. • Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene. • Aclarar y secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Aplicar vaselina (para proteger contra el daño enzimático por la saliva, diarrea, drenaje de fístula) tras la higiene diaria o baño local en zonas potencialmente húmedas. • Lubricar la piel con aceite de almendras tras el baño, utilizar compuesto lipídico tópico (1) en zonas de riesgo. • Masajear muy suavemente con el aceite de almendras tras la higiene. • No masajear áreas rojas/eritemas. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Proporcionar ropa limpia (si presenta molestias por humedad). • Si el paciente presenta incontinencia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar sonda urinaria externa o colocar una bolsa de recogida en el periné. ✓ Proteger con pañales absorbentes. ✓ Cambiar inmediatamente el pañal húmedo. • Prevenir y aliviar la presión y el rozamiento con los materiales con que cuenta el hospital: almohadas, piel de oveja, colchones, etc. Use una superficie estática si el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión, o una superficie dinámica de apoyo, colchones de aire alternante para enfermos de medio y alto riesgo, si es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la úlcera/s. • Colocar apósitos hidrocoloides transparentes/extrafinos en puntos de fricción. • Colocar almohadas (para reducir la presión). • Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes, evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras. • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche (según procedimiento de movilización del paciente). • Levantar al sillón siempre que el estado del paciente lo permita. • Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que permanezca sentado. Si precisara levantar al sillón por otras consideraciones de su patología procurar un dispositivo de alivio. Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo. • Observar y anotar la ingesta de alimentos y líquidos. Registrar las cantidades y las clases de alimentos sólidos, semisólidos y líquidos que el paciente toma cada 24 h. • Asegurar una hidratación adecuada del enfermo (aporte hídrico: 30cc. de agua/día x Kg de peso). Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral (para evitar situaciones carenciales; si ya presenta úlceras, considerar que las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas). 	Médico Asistente /Residente Medico/ Interno de Medicina/Enfermera
06	<p>Tratamiento de las úlceras por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar que tenemos todo el material necesario (Gasas, Algodón, Antisépticos, Suero Fisiológico, Equipos de Curación, Campos de Protección, etc.). • Colocarlos en el coche de curaciones y transportarlos a la habitación del paciente. • Informar al paciente y familia del procedimiento que vamos a realizar y de qué acciones son necesarias para su colaboración. • Realizar la identificación del paciente. • Hacer uso adecuado de equipos de protección individual (gafas, guantes, 	Médico Asistente /Residente Medico/ Interno de Medicina.





	<p> mascarillas, batas...).</p> <ul style="list-style-type: none">• Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.• Mantener la zona seca (medidas de prevención).• Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.• Lavado adecuado de manos.• Usar guantes estériles.• Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza, así como para su secado posterior, no aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.• No limpiar la herida con antisépticos locales, tipo povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), que son sustancias tóxicas para los fibroblastos humanos.• Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc.• El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 - 4 cm los bordes de la misma.• Recogida y eliminación selectiva de residuos y de los productos de limpieza empleados.• Realizar el registro de la actividad realizada en el reporte respectivo, consignando cualquier incidencia que haya sucedido durante el procedimiento realizado.	
--	---	--





ANEXO N° 5

FICHA DEL INDICADOR

Porcentaje de Úlceras por Presión	
CONCEPTO/DEFINICIÓN	Proporción de pacientes hospitalizados que han sido reportados con presencia de úlcera por presión.
OBJETIVO	Establecer medidas de cuidado y prevención cuando se detecte la presencia de úlcera de presión.
FORMULA DE CALCULO	$\frac{\text{N° pacientes hospitalizados con UPP en un periodo}}{\text{N° de pacientes de emergencia en el mismo periodo}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Registro de Notificación de Úlceras por Presión. Registro de Pacientes Hospitalizados.
PERIODICIDAD	Semanal
INTERPRETACIÓN	Indicador de Resultado
ESTANDAR	0 %





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRITICOS



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA “

ANEXO N° 6: CRITERIOS DE EVALUACION

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD REFERENCIAL	CUMPLE		
				SI	NO	N.A
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del Riesgo de Ulcera por Presión en todos los pacientes al ingreso a los servicios de hospitalización.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se realiza la validación.	Declaración de Rfo de Janeiro sobre la Prevención de las Ulceras por Presión, como Derecho Universal (Octubre 2011) /NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Apoyo.			
	Valoración de estado de la piel para detectar la presencia de Ulceras por Presión previas.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se realiza la validación.	Declaración de Rfo de Janeiro sobre la Prevención de las Ulceras por Presión, como Derecho Universal (Octubre 2011) /NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Apoyo.			
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 historias clínicas tomadas al azar si se realiza la validación.	Declaración de Rfo de Janeiro sobre la Prevención de las Ulceras por Presión, como Derecho Universal (Octubre 2011) /NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Apoyo.			
	Protocolización de la Guía de Atención para la prevención y control de las Ulceras por Presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Rfo de Janeiro sobre la Prevención de las Ulceras por Presión, como Derecho Universal (Octubre 2011) /NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Apoyo.			
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las Ulceras por Presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, han sido informados al respecto..	Declaración de Rfo de Janeiro sobre la Prevención de las Ulceras por Presión, como Derecho Universal (Octubre 2011) /NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Apoyo.			
	Notificación de Ulceras por Presión en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Declaración de Rfo de Janeiro sobre la Prevención de las Ulceras por Presión, como Derecho Universal (Octubre 2011) /NTS N°050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			





PERÚ

Ministerio de Salud

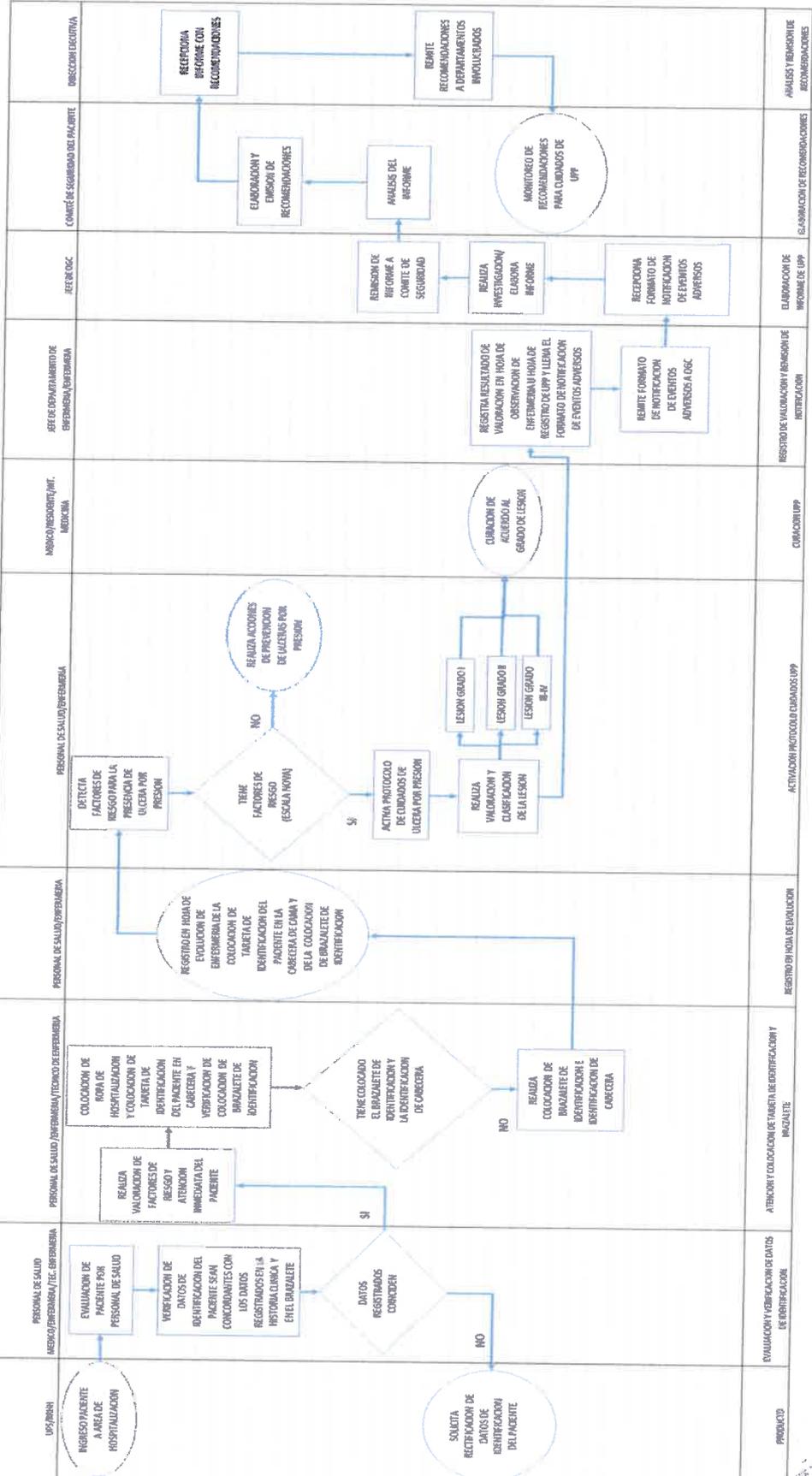
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

ANEXO N° 7

FLUJOGRAMA DE CUIDADOS DE ULCERA POR PRESION EN HOSPITALIZACION DE LAS UPPS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HHRU





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRÍTICOS



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA “

ANEXO N° 8

ANEXO N° 01

igss

HORA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADARZADOS Y EVENTOS CENTINELAS

Fecha: 18/04/16

DIRECCIÓN SANITARIA NIROS - IGSS/N.01

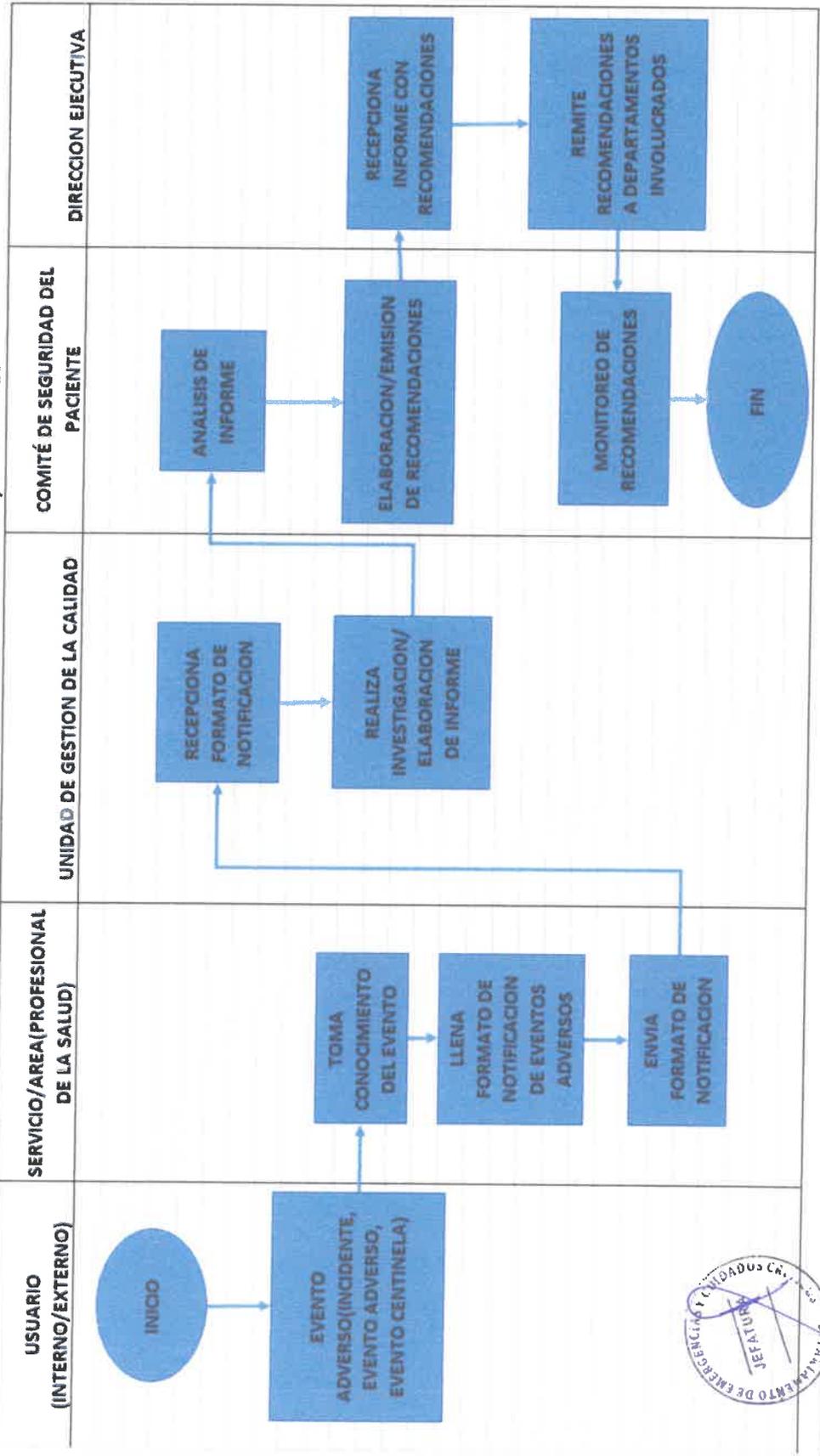
Formulario with multiple sections for recording incidents, including fields for patient name, date, time, and location. It includes a table for recording incidents and a section for reporting to the health directorate.





ANEXO N° 09

FLUXOGRAMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS/INCIDENTES





“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA “

ANEXO N° 10

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los siguientes profesionales firmantes, declaramos no tener conflicto de interés con respecto a las recomendaciones del protocolo, no tener ningún tipo de relación financiera o haber recibido financiación alguna por cualquier actividad en el ámbito profesional académico o científico.

GRUPO ELABORADOR DEL PROTOCOLO DE SUJECCIÓN MECÁNICA DEL PACIENTE	DEPARTAMENTO/ SERVICIO	FIRMA Y SELLO
MC. Yrma Valdivieso Pacora	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	
MC. Augusto Cruz Chereque	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	
MC. Jesús G. Huarancca Parrales	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	
Lic. Aydee Ramirez Carrasco	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	
Lic. Dora Cuno Huarcaya	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/UCI	
Lic. Jesús F. Herrera de Quiñonez	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/UCI	
Lic. Iris Soreano Vasquez	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/UCI Neonatología	

LIMA 18 DE MAYO DEL 2021

Conflicto de interés:

Un conflicto de interés se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea este un beneficio financiero, de prestigio y promoción personal o profesional.

Los conflictos de interés más fácilmente identificables son los económicos, pero puede existir de otro tipo de circunstancias como relaciones personales, vinculaciones de familiares directos, implicaciones en proyectos académicos que tienen que ver con el protocolo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRÍTICOS



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA “

En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud (farmacéutica, tecnología sanitaria, etc) se pueden considerar 6 tipos de interacciones financieras:

- Apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas de viaje, etc.).
- Honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.
- Financiación de programas educativos o actividades de formación.
- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultante para una compañía farmacéutica.
- Accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica.





IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Aguado H y otros. Protocol de prevenció i tractament de les úlceres per pressió CSUB. Modificacions del protocol vigent (edició 1994). Febrero 1999.
- 2.-Campbell Claire. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Edición española. Times Mirror de España, S.A. Barcelona; 1994.
- 3.-Fernández Narváez P. Vallés Fernández M.J. Úlceras por presión. Evaluación de un protocolo. Revista Rol de Enfermería, Mayo 1997. nº 225: 73-78.
- 4.-Guía Práctica para la elaboración de un Protocolo de Úlceras por Presión. Convatec. Grupo Bristol-Myers Squibb. Barcelona; 1998.
- 5.-Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Clasificación y estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos (Supl Helcos) 1997; VIII (22)(Supl Helcos nº 22: III).
- 6.-Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Directrices Generales sobre el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Julio 1997-Enero 1998.
- 7.-Ibars Moncasi MP. Farré Lladen M. Asensio Agelet T. Prevención de las úlceras por presión. Dos alternativas: bloques de almohadas, colchones de airealternantes. Gerokomos, mayo 1998 IX (24): 15-24.
- 8.-Maklebust J. Sieggreen MY. Cómo vencer a las úlceras por presión. Rev Nursing, mayo 1997. 15(5): 10-16.
- 9.-Masachs i Fatjo E. Educación sanitaria en las úlceras por presión. Gerokomos/Helco. Febrero 1998, vol. IX nº 1: 7-10.
- 10.-Oteo Revuelta JA: Soldevilla Agredo JJ: Infección y úlceras por presión. Gerokomos, febrero 1996. VII (6): 13-28.
- 11.-Rodríguez Torrente M. Gabás Gallego G. Olivera Pueyo F.J. Protocolo de asistencia de úlceras por presión en Atención Primaria. FOMECO 1998, vol 6 nº2: 89-100.
- 12.-Saez de Parayuelo V. López E. Ginés P y otros. Prevención de las úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino. Enfermería clínica, noviembre diciembre 1995. 5(6): 243-249.
- 13.-Santonja Pastor T. Burgete Ramos MD: Cebrian Doménech J. Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades críticas. Gerokomos, noviembre 1997. VIII (22): 14-22.
- 14.-Torra i Bou J.E. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Rol de Enfermería, nº 224. Abril 1997. 23-30.
- 15.-Torra i Bou J.E. Informe EPUAP. Gerokomos/Helcos, Vol IX nº 1. Febr 1998. 3-4.
- 16.-Torra i Bou J.E. Epidemiología de las úlceras por presión. O el peligro de una nueva torre de Babel. Rol de Enfermería, nº 238. Junio 1998. 75-88.
- 17.-Estudios de enfermería en todos los grados de las úlceras por presión. 1996 -Knoll s.a.
- 18.-Hospital Universitario Reina Sofia-Córdoba. Area de Enfermería-Protocolo de Cuidados en Úlceras por Presión.
- 19.- Tratado de Geriátria para Residentes. Úlceras por Presión.

