

**Guía de
cuidados
enfermeros.
Úlceras por
presión**



**Guía de
cuidados
enfermeros.
Úlceras por
presión**



Edita: Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Servicio de Documentación y Publicaciones
Alcalá, 56
28014 Madrid

Diseño de Cubierta: Enrique Sánchez-Maroto M.
Depósito Legal: M-39.826-1996
ISBN: 84-351-0227-0
NIPO: 352-96-016-3
Nº Pub. INSALUD: 1.688
Imprime: artes gráficas iberoamericanas, s.a. (AGISA)
Tomás Bretón, 51. 28045 Madrid

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCION GENERAL DE COORDINACION ADMINISTRATIVA
Madrid, 1996

COORDINACION

Dña. Begoña Elorriaga Ameyugo
Dña. Dolores Royo Pascual

INDICE DE AUTORES

INSALUD.

Doña Begoña Elorriaga Ameyugo.
Diplomada en Enfermería. Extinguida Subd. G. de Relaciones Internas

INSTITUTO CARLOS III- ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD.

Doña Dolores Royo Pascual.
Directora Cursos de Enfermería. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

ESCUELA DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA.

Doña Martina García Hontoria.
Diplomada en Enfermería. Directora de la Escuela de Enfermería de Guadalajara.

Doña Cristina Cuevas Santos.
Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela de Enfermería. La Paz. Madrid.

AREA I

Doña Yolanda Martínez Cervantes.
Diplomada de Enfermería. A.P.Area I. Madrid.

Doña Pilar Cayón Cuarental.
Diplomada en Enfermería. Supervisora. H. Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Doña Raquel Buisán Pelay
Diplomada en Enfermería. Supervisora de Formación Continuada e Higiene. H. Virgen de la Torre. Madrid.

AREA II

Doña Mercedes Martínez Marcos
Diplomada en Enfermería. Asesora Dirección de Enfermería. A. Primaria. Madrid.

D. Luis Martínez Fuertes.
Diplomado de Enfermería. H. de la Princesa. Madrid.

AREA III

Doña Concepción Arribas.
Diplomada en Enfermería. A. Primaria. Alcalá de Henares. Madrid.

Doña Mar Campo García
Diplomada en Enfermería. H. Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

AREA IV

Doña Manuela Medina Fernández
Diplomada en Enfermería. A. Primaria Centro de Salud Monovar. Madrid.

Doña Laura Morín Marín
Diplomada en Enfermería. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

AREA V

Doña Blanca Carra Meana.
Diplomada en Enfermería. Atención Primaria. Madrid.

Doña Alicia Campo López.
Diplomada en Enfermería. Atención Primaria. Madrid.

Doña María Isabel Najar Godoy.
Diplomada en Enfermería. Atención Primaria. Madrid.

Doña Constanza García Viejo.
Diplomada en Enfermería. Supervisora Garantía de Calidad. Hospital La Paz. Madrid.

Doña Nieves Jiménez Dávila.
Diplomada en Enfermería. Miembro de la Comisión de Ulceras por Presión.
Hospital La Paz. Madrid.

Doña Yolanda Recio del Olmo.

Diplomada en Enfermería. Miembro de la Comisión de Ulceras por Presión. Hospital La Paz. Madrid.

Doña Teresa Sánchez Mayor.

Diplomada en Enfermería. Superv. Miembro de la Comisión de Ulceras por Presión. H. La Paz. Madrid.

Doña Inmaculada González Guerra.

Diplomada en Enfermería. Miembro de la Comisión de Ulceras por Presión. Hospital La Paz. Madrid.

AREA VI

Doña M^a Fé Hernando Martínez

Diplomada en Enfermería. Responsable de Formación Continuada. H. Puerta de Hierro. Madrid.

Doña Carmen Caamaño Vaz

Diplomada de Enfermería. Supervisora de Area de Garantía de Calidad y Formación Continuada. H. Puerta de Hierro. Madrid.

AREA VII

Doña Antonia Hidalgo García

Diplomada de Enfermería. A. Primaria. Madrid.

Doña Cristina Quiralte Castañeda.

Diplomada en Enfermería. Unidad de Ulceras por Presión. H. Universitario de San Carlos. Madrid.

Doña Rosa M^a Martínez Prieto.

Diplomada en Enfermería. Unidad de Ulceras por Presión. H. Universitario de San Carlos. Madrid.

Doña Adoración García Carrillo

Diplomada en Enfermería. Supervisora. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Doña Ana M^a Gómez Martínez
Diplomada en Enfermería. Supervisora. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

AREA VIII

Doña Ignacia Sagastume Larrañaga
Diplomada de Enfermería. A.P.Area VIII. Madrid.

Don Salvador Mazo Pascual
Diplomado de Enfermería. Supervisor. H. Móstoles. Madrid.

AREA IX

Don Rosendo Mateas Mateas
Diplomado de Enfermería. Responsable de enfermería. C.S. Los pedroches. Leganés.
Madrid.

Doña Isabel Díaz Caro
Diplomada en Enfermería. H. S. Ochoa. Leganés. Madrid.

AREA X

Don Carlos Bermejo Zaja
Diplomado en Enfermería. Técnico de Salud. A Primaria. Getafe. Madrid.

Doña Milagros Beamud
Diplomada en Enfermería. A. Primaria Centro de Salud "EL Greco". Getafe. Madrid

Doña Encarna Díaz González
Diplomada en Enfermería. H.U. Getafe. Madrid

AREA XI.

Doña Beatriz Menéndez Cordero
Diplomada en Enfermería. A. Primaria Centro de Salud "Perales del Río". Madrid.

Doña María José García Junquera.
Diplomada de Enfermería. Responsable de Calidad. Hospital 12 Octubre. Madrid.

Doña Amelia Mendoza Edroso
Diplomada de Enfermería. Supervisora. Hospital 12 Octubre. Madrid.

Doña M^a José Durá Jiménez
Diplomada de Enfermería. Supervisora. Hospital 12 Octubre. Madrid.

OTROS CENTROS

Don Juan Mariano Conde Antón
Diplomado en Enfermería. H. de la Fuenfría. Cercedilla. Madrid.

Don Julio Paramés González
Diplomado en Enfermería. H. de la Fuenfría. Cercedilla. Madrid.

Doña Lucia Sobrino Vega.
Diplomada en Enfermería. Instituto Epidemiológico del I.Carlos III. Madrid.

Doña Concepción González de la Calle.
Diplomada en Enfermería. Supervisora. Hospital CIC y MP Carlos III. Madrid.

Doña Rosana Sanjuan Fernández
Diplomada de Enfermería. Hospital CIC y MP Carlos III.
Madrid.

Apoyo Administrativo.

Doña Isabel Sánchez-Campins Villota.

Asesores de Calidad

Dra. Doña Ana Sainz Rojo. Unidad de Calidad. Insalud
Dra. Doña Belén Martínez Mondéjar. Unidad de Calidad. Insalud
Dra. Doña Paz Rodríguez Pérez. Instituto Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
Madrid

Asesores de Nutrición

Dra. Doña Carmen Gómez Candelas
Dra. Doña Consuelo López Mondedeu

Asesora Metodología de Investigación

Doña M^a. Teresa Moreno Casbas

CENTROS COLABORADORES

ARAGON

- H. GENERAL SAN JORGE DE HUESCA.(ARAGON).
- H. CLÍNICO UNIVERSITARIO DE ZARAGOZA.(ARAGON).
- CENTRO DE SALUD ANDORRA DE TERUEL.(ARAGON).
- H. GENERAL OBISPO POLANCO DE TERUEL.(ARAGON).
- H. COMARCAL DE ALCAÑIZ DE TERUEL.(ARAGON).
- H. DE CALATAYUD.(ARAGON).

ASTURIAS

- A. P. DEL AREA SANITARIA 3 DE AVILES.(ASTURIAS).
- CENTRO DE SALUD CASTRILLÓN AVILES.(ASTURIAS).
- H. SAN AGUSTÍN DE AVILES.(ASTURIAS).
- H. CENTRAL DE ASTURIAS DE OVIEDO.(ASTURIAS).
- C. DE SALUD DE MIERES SUR.(ASTURIAS).
- H. ALVAREZ BUYLLA DE MIERES.(ASTURIAS).
- H. CARMEN Y SEVERO OCHOA DE CANGAS DE NARCEA.(ASTURIAS).
- A. PRIMARIA AREA SANITARIA 8 SAMA DE LANGREO.(ASTURIAS).

BALEARES

- H. SON DURETA. PALMA DE MALLORCA. (BALEARES)
- H. CAN MISSES. IBIZA (BALEARES).
- H. VIRGEN DE MONTE TORO. MENORCA. (BALEARES).

CANARIAS

- COMPLEJO H. NUESTRA S. DE CANDELARIA. STA.CRUZ DE TENERIFE. (CANARIAS)
- H. LAS PALMAS SUR. (GRAN CANARIA-CANARIAS).
- H. GENERAL DE LANZAROTE. ARRECIFE DE LANZAROTE. (CANARIAS).

CANTABRIA.

- H. UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. SANTANDER. (CANTABRIA).

CASTILLA-LEON

- H. SANTIAGO APÓSTOL. MIRANDA DE EBRO. BURGOS. (CASTILLA-LEON).
- A. PRIMARIA AREA 3. LEÓN. (CASTILLA-LEON).
- H. VIRGEN BLANCA. LEÓN. (CASTILLA-LEON).
- H. GENERAL RÍO CARRIÓN .PALENCIA. (CASTILLA-LEON).
- H. DE SALAMANCA. (CASTILLA LEON).
- C. H. SEGOVIA. (CASTILLA-LEON).

- A. PRIMARIA AREA 7. SEGOVIA. (CASTILLA-LEON).
- H. CLÍNICO UNIVERSITARIO. VALLADOLID. (CASTILLA-LEON).
- H. RÍO HORTEGA. VALLADOLID. (CASTILLA-LEON).

CASTILLA-LA MANCHA

- C. HOSPITALARIO. ALBACETE. (CASTILLA-LA MANCHA).
- A. PRIMARIA AREA 5. GUADALAJARA. (CASTILLA-LA MANCHA).
- C. DE SALUD DE SIGÜENZA. GUADALAJARA. (CASTILLA-LA MANCHA).
- C. DE SALUD BALCONCILLO. GUADALAJARA. (CASTILLA-LA MANCHA).
- H. GENERAL UNIVERSITARIO. GUADALAJARA. (CASTILLA-LA MANCHA).
- C. DE SALUD DE SANTA BÁRBARA. TOLEDO. (CASTILLA-LA MANCHA).
- A. PRIMARIA AREA 7. TOLEDO. (CASTILLA-LA MANCHA).
- H. VIRGEN DE LA SALUD. TOLEDO. (CASTILLA-LA MANCHA).
- H. PARAPLEJICOS. TOLEDO. (CASTILLA-LA MANCHA).

EXTREMADURA

- H. INFANTA CRISTINA. BADAJOZ. (EXTREMADURA).
- H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CACERES. (EXTREMADURA).
- H. CAMPO ARAÑUELO. NAVALMORAL DE LA MATA. CACERES. (EXTREMADURA).
- H. VIRGEN DEL PUERTO. PLASENCIA. CACERES. (EXTREMADURA).
- H. CIUDAD DE CORIA. CORIA. (CACERES)

LA RIOJA

- C. DE SALUD. ARNEDO. (LA RIOJA).

MADRID

- H. UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. (MADRID)
- H. DE LA PRINCESA. (MADRID).
- H. PRÍNCIPE DE ASTURIAS. ALCALA DE HENARES. (MADRID).
- H. LA PAZ. COMISIÓN CENTRAL DE ULCERAS POR PRESIÓN. (MADRID).
- H. DE LA FUENFRIA. CERCEDILLA. (MADRID).
- CLINICA PUERTA DE HIERRO. (MADRID).
- H. UNIVERSITARIO SAN CARLOS. (MADRID).
- H. DE MÓSTOLES. (MADRID).
- H. SEVERO OCHOA. LEGANÉS. (MADRID).
- H. 12 DE OCTUBRE. (MADRID).

MURCIA

- C. HOSPITALARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. EL PALMAR. (MURCIA).
- H. RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA (MURCIA).

ÍNDICE

	<u>Pag.</u>
PROLOGO	17
I. PRESENTACION	19
II. INTRODUCCION	21
III. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICION DE ULCERAS ...	25
IV. VALORACION ESPECIFICA	27
IV.1 ASPECTOS A TENER EN CUENTA	27
IV.2 ESCALA DE NORTON MODIFICADA	28
A. VALORACION DEL ESTADO FISICO GENERAL	30
A.I. NUTRICION	30
A.II. INGESTA DE LIQUIDOS	34
A.III. TEMPERATURA CORPORAL	34
A.IV. HIDRATACION Y ESTADO DE LA PIEL Y MUCOSAS	34
B. VALORACION DEL ESTADO MENTAL	36
C. VALORACION DE LA ACTIVIDAD	37
D. VALORACION DE LA MOVILIDAD	38
E. VALORACION DEL GRADO DE INCONTINENCIA	39
V. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ASOCIADOS AL PROBLEMA	41
- ALTERACION DE LA NUTRICION POR EXCESO	41
- ALTERACION DE LA NUTRICION POR DEFECTO	42
- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR/HISTICA	43
- ALTERACION DE LA MUCOSA ORAL	44
- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	45
- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	46
- RIESGO DE INFECCION	47
- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA	48

VI. PLAN DE CUIDADOS	51
- PREVENCIÓN	51
- ALTERACION DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO	51
- ALTERACION DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO	51
- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	53
- RIESGO DE INFECCIÓN	54
- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	55
- POSICIONES TERAPÉUTICAS	56
- OTROS MATERIALES	58
- CURACIÓN	61
- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	62
- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR/HÍSTICA	62
VII. EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD	65
- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	67
- MONITORIZACIÓN	68
- VALORACIÓN DE INFORMES Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	76
VIII. INVESTIGACIÓN	79
ANEXOS	81
ANEXO 0. Encuesta Dietética	83
ANEXO 0.1. Recogida de Datos. Cálculo de Calorías	84
ANEXO 0.2. Ingestas Recomendadas	85
ANEXO 0.3. Ingestas recomendadas según Edad y Sexo	86
ANEXO 0.4. Sustancias Nutritivas	87
ANEXO I. NORMOGRAMA DE NORTON	99
APÉNDICES	101
APÉNDICE I. Curación en cada Grado	103
APÉNDICE II. Productos Específicos para el Tratamiento	111
IX. BIBLIOGRAFÍA	123

PROLOGO

Los progresos del conocimiento humano se aplican hoy en día de una forma inmediata al campo de la atención a la salud; este hecho es debido sin duda, a la altísima valoración que la Sociedad otorga a tener salud. Como consecuencia de dicha aplicación se deriva la aparición de nuevos métodos y técnicas que tratan de solucionar o paliar viejos problemas del ser humano.

Dentro de estos métodos y técnicas cobran un papel absolutamente relevante los cuidados de enfermería. De ellos depende, en gran medida, la calidad asistencial de los Servicios Sanitarios y con frecuencia, la misma evolución final de los pacientes. Es el caso de los cuidados enfermeros de las úlceras por presión el ejemplo mas representativo de lo anteriormente expuesto.

El Instituto Nacional de la Salud, ha coordinado el trabajo de un nutrido grupo de expertos en este problema, cuyo resultado es esta Guía de Cuidados Enfermeros de las Úlceras por Presión, elaborada y distribuida en modo de pautas y recomendaciones. El INSALUD busca que sus directrices permitan prevenir la aparición de úlceras por presión y, en su caso, su cuidado eficaz y seguro.

Por último, agradecer la labor realizada por el Dr. José Manuel Rodríguez Roldán, titular de la extinta Subdirección General de Relaciones Internas, así como la de todos aquellos profesionales que han trabajado exhaustivamente en la elaboración de la presente guía y en especial a las Coordinadoras de la misma Doña Begoña Elorriaga Ameyugo y Doña Dolores Royo Pascual, a las Enfermeras Doña Mercedes Martínez Marcos, Doña Cristina Quiralte Castañeda, Doña Rosa María Martínez Prieto, Doña Cristina Cuevas Santos y a Doña Isabel Sánchez-Campins Villota, apoyo Administrativo de la desaparecida Subdirección General de Relaciones Internas.

I. PRESENTACION.

El objetivo primordial que persigue la edición de esta Guía de Cuidados Enfermeros en úlceras por presión (C.E.U.P.), ha sido el de proporcionar una orientación sobre las pautas a seguir por los profesionales de enfermería, en la valoración e identificación de problemas en aquellos pacientes susceptibles de desarrollar o presentar úlceras por presión, con el fin de prevenirlas, o en su caso aplicar los cuidados enfermeros mas adecuados y eficaces para cada individuo.

La elaboración y publicación de esta guía C.E.U.P., forma parte de uno de los objetivos del INSALUD, cuya responsabilidad fue delegada en la extinguida Subdirección General de Relaciones Internas. Los antecedentes de dicha elaboración se remontan al año 1993, cuando se decidió convocar a un grupo de profesionales de enfermería de Atención Primaria y Atención Especializada, con el objetivo de elaborar una Guía Práctica que sirviera en un futuro como documento básico de actuación en los dos niveles asistenciales. La filosofía que presidió la confección de aquel documento, fue la de garantizar y mejorar la calidad asistencial, la continuidad de los cuidados de enfermería en los dos niveles asistenciales, y adecuar el uso racional de los recursos.

El Grupo de Trabajo estuvo formado en una primera fase por profesionales de enfermería de los dos niveles asistenciales, este grupo recopiló y revisó todos los documentos existentes en las instituciones relativos a las úlceras por presión, detectando que, en la mayoría de estas instituciones, empleaban los parámetros de la Escala de Norton como valoración del paciente de riesgo, por lo que decidió utilizar dichas directrices. Se definieron los parámetros de dicha escala y se aplicaron las medidas preventivas y de planificación de cuidados enfermeros según necesidades del paciente.

Una vez elaborada la primera Guía Práctica sobre Prevención y Cuidados de las úlceras por presión, se procedió a su difusión por toda la red para su discusión y análisis. Tras esta fase, se formó un segundo Grupo de Trabajo constituido también por profesionales de enfermería asistenciales, gestores y docentes de la Comunidad de Madrid, facilitando de esta forma el desarrollo completo de la Guía, mejorando en un futuro su implantación, seguimiento y evaluación.

El proceso seguido por el segundo Grupo, está basado en utilizar la Guía Práctica existente, con el objetivo inicial de unificar criterios en las definiciones de los parámetros para valoración del paciente de riesgo y redefinir la Escala de Norton, especificando sus parámetros y valorando su utilidad clínica, así como establecer criterios de valoración diagnóstica, de planificación de cuidados, de monitorización y registro, evaluación

e investigación, obteniendo la publicación de la presente Guía de Cuidados Enfermeros que ahora ponemos a disposición de los profesionales.

Esta publicación que, además ofrece una visión integrada, sistemática y sintetizada de los conceptos básicos sobre estrategias que facilitan a los profesionales de enfermería una metodología para planificar los cuidados básicos y su tratamiento, aporta los elementos necesarios para la valoración del paciente de riesgo y la planificación de cuidados enfermeros.

Este documento cuya elaboración ha finalizado en el mes de Abril de 1996, estará sujeto a las revisiones y especificaciones que la práctica y la investigación de enfermería determinen.

Por último, queremos expresar el agradecimiento a las enfermeras que han hecho posible la publicación de esta Guía, a la Escuela Nacional de Sanidad, a la Dirección del INSALUD, Direcciones de Enfermería, Auxiliares Administrativos y muy especialmente al titular de la desaparecida Subdirección General de Relaciones Internas.

II. INTRODUCCION.

El paciente que presenta riesgo de úlceras por presión, constituye un área de cuidados de enfermería, tanto para prevenir su aparición, como para conseguir su curación.

II.1. Definición.-

Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

II.2. Etiología.-

Úlceras producidas por mecanismos que alteran la integridad de la piel:

-Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

La presión capilar oscila entre 6- 32 mm. de Hg. Una presión superior a 32 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

-Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

-Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

II.3. Clasificación de las úlceras según grados.-

Según la afectación de la piel, las úlceras por presión se clasifican en los siguientes grados:

- GRADO I.

Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis.

- GRADO II.

Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial.

- **GRADO III.**

Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

- **GRADO IV.**

Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén (por ej.: tendón cápsula articular). Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.



GRADO I



GRADO II



GRADO III



GRADO III. PLACA NECROTICA



GRADO IV



GRADO IV. INFECCION

II.4. Localización.-

Las úlceras por presión, normalmente, se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos.

Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por orden de frecuencia son:

- Sacro
- Talón
- Maléolos externos
- Glúteos
- Trocánteres
- Omóplatos
- Isquion
- Occipucio
- Codos
- Crestas ilíacas
- Orejas
- Apófisis espinosas
- Cara interna de rodillas
- Cara externa de rodillas
- Maléolos internos
- Bordes laterales de los pies



III. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICION DE ULCERAS.

FACTORES DESENCADENANTES:

Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en cuatro grandes grupos.

A.- Fisiopatológicos:

Como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- **Lesiones Cutáneas:** Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- **Trastorno en el Transporte de Oxígeno:** Trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares...
- **Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso):** Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteïnemia, deshidratación....
- **Trastornos Inmunológicos:** Cáncer, infección.....
- **Alteración del Estado de Conciencia:** Estupor, confusión, coma.....
- **Deficiencias Motoras:** Paresia, parálisis.....
- **Deficiencias Sensoriales:** Pérdida de la sensación dolorosa....
- **Alteración de la Eliminación (urinaria/intestinal):** Incontinencia urinaria e intestinal.

B.- Derivados del Tratamiento:

Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- **Inmovilidad Impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas:** Dispositivos/aparatos como escayolas, tracciones, respiradores.....
- **Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunopresora:** Radioterapia, corticoides, citostáticos.....
- **Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos:** Sondaje vesical, nasogástrico.....

C.- Situacionales:

Resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc.

- **Inmovilidad:** relacionada con dolor, fatiga, estrés....
- **Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama, objetos de roce, etc..**

D.- Del Desarrollo:

Relacionados con el proceso de maduración.

- **Niños Lactantes:** rash por el pañal...
- **Ancianos:** Pérdida de la elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.....

IV. VALORACION ESPECIFICA.

IV.1. ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

VALORAR:

- Descripción y localización de la lesión:
 - . Extensión-tamaño.
 - . Profundidad.
 - . Coloración de los tejidos.
- Estudio de la piel y los tejidos circundantes.
 - . Color: pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada.
 - . Textura: (ruda, gruesa, fina).
 - . Turgencia: (buena, mala).
 - . Temperatura: fría (<37º) Caliente (>37º). Normal.
 - . Humedad: seca, húmeda, normal.
 - . Edema: grado y localización.
- Dolor: localización e irradiación.
- Factores que contribuyen al desarrollo o destrucción de los tejidos (valorado por):
 - . Trastornos sensoriales: disminución del nivel de conciencia, confusión, hipoestesia, parestesias.
 - . Inmovilidad.
 - . Irritantes químicos, incontinencia (heces, orina).
 - . Estado nutricional: delgadez, obesidad, deshidratación.
 - . Enfermedades que pueden favorecer las lesiones hísticas:
 - . Trastornos neurológicos, vasculares, endocrinos (diabetes mellitus), cáncer, infecciones, alteraciones nutricionales y/o de hidratación.
- Hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes: utilización de jabones, hidratación de la piel, secado de pliegues etc.
- Desconocimiento de los factores que amenazan la integridad de los tejidos y la forma de evitarlos.
- Tratamientos:
 - . Mecánicos: escayolas, férulas, tracciones, prótesis, sondas, tubos endotraqueales.
 - . Farmacológico.
- Efectos sobre el estilo de vida.
 - . Laborales.
 - . Económicos.
 - . Sexuales.
 - . Sociales.

IV.2. ESCALA DE NORTON MODIFICADA.

Es un instrumento que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión; su objetivo se centra en la detección del citado riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos.

- A - Valoración del Estado Físico General.
- B - Valoración del Estado Mental.
- C - Valoración de la Actividad.
- D - Valoración de la Movilidad.
- E - Valoración de la Incontinencia.

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo "1" el que corresponde a un mayor deterioro y "4" el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre "5" (máximo riesgo) y "20" (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de "14" supone una situación de riesgo.

La clasificación de riesgo según la escala sería:

- Índice de 5 a 11, muy alto riesgo.
- Índice de 12 a 14, riesgo evidente.
- Índice > 14, riesgo mínimo/no riesgo.

Se consideran personas en riesgo:

- Las que tienen parálisis cerebral o lesión medular debido a su extensa pérdida de función sensorial y motora.
- Las que tienen una disminución del nivel de conciencia por cualquier causa, dado que las percepciones normales que estimulan los cambios de postura están reducidas o ausentes.
- Las que tienen deficiencia del estado nutricional o dieta insuficiente de aporte proteico.
- Las que tienen más de 85 años, debido a la mayor frecuencia de problemas de movilidad, incontinencia, delgadez y disminución de la capacidad del sistema circulatorio.
- Las que están encamadas o en silla de ruedas especialmente si dependen de los demás para moverse.

**LA ESCALA DEBE UTILIZARSE DE FORMA CONTINUADA O
SEGÚN CRITERIO DE LA ENFERMERA**

DIRECTRICES PARA LA PUNTUACIÓN NUMÉRICA DE LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA

A. ESTADO FISICO GENERAL	B. ESTADO MENTAL	C. ACTIVIDAD	D. MOVILIDAD	E. INCONTINENCIA
<p>4</p> <p>BUENO</p> <p>-Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2.000 Kcal. I.M.C. entre 20 y 25.</p> <p>-Ingesta líquidos: 1.500-2.000 cc/día (8-10 vasos).</p> <p>-Temperatura corporal: de 36 a 37° C.</p> <p>-Hidratación: Persona que tiene peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.</p>	<p>4</p> <p>ALERTA</p> <p>-Paciente orientado en tiempo, lugar y personas.</p> <p>-Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles.</p> <p>-Comprende la información.</p> <p>VALORACION: Solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.</p>	<p>TOTAL</p> <p>-Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentaria.</p>	<p>4</p> <p>AMBULANTE</p> <p>-Independiente total.</p> <p>-No necesita depender de otra persona.</p> <p>-Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con mas de un punto de apoyo o lleve prótesis.</p>	<p>4</p> <p>NINGUNA</p> <p>-Control de ambos esfínteres.</p> <p>-Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.</p> <p>-Un portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo.</p>
<p>3</p> <p>MEDIANO</p> <p>-Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2.000 Kcal. I.M.C.<=20 <25.</p> <p>-Ingesta de líquidos: 1.000- 1.500 cc/día (5-7 vasos).</p> <p>-Temperatura corporal: de 37 a 37,5° C.</p> <p>-Hidratación: Persona que tiene relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.</p>	<p>3</p> <p>APÁTICO</p> <p>-Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.</p> <p>-Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado.</p> <p>-Obedece órdenes sencillas.</p> <p>-Posible desorientación en el tiempo, y respuesta verbal lenta, vacilante.</p> <p>VALORACION: Dar instrucciones al paciente como: tocar con la mano la punta de la nariz.</p>	<p>3</p> <p>DISMINUIDA</p> <p>-Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.</p>	<p>3</p> <p>CAMINA CON AYUDA</p> <p>-La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con mas de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuadruple, andadores, muletas).</p>	<p>3</p> <p>OCASIONAL</p> <p>-No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.</p>
<p>2</p> <p>REGULAR</p> <p>-Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1.000 Kcal. I.M.C.>= 50 % estándar 70.</p> <p>-Ingesta de líquidos: 500- 1.000 cc/día (3-4 vasos).</p> <p>-Temperatura corporal: de 37,5° a 38° C.</p> <p>-Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</p>	<p>2</p> <p>CONFUSO</p> <p>-Inquieto, agresivo, irritable, dormido.</p> <p>-Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.</p> <p>-Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e incoherente.</p> <p>-Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse- Intermitente desorientación en tiempo, lugar y/o personas.</p> <p>VALORACION: Pelizcar la piel, pinchar con una aguja.</p>	<p>2</p> <p>MUY LIMITADA</p> <p>-Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.</p>	<p>2</p> <p>SENTADO</p> <p>-La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.</p> <p>-La persona precisa ayuda humana y/o mecánica.</p>	<p>2</p> <p>URINARIA O FECAL</p> <p>-No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.</p> <p>-Colocación adecuada del colector con atención a fugas, pinzamientos y puntos de fijación.</p>
<p>1</p> <p>MUY MALO</p> <p>-Nutrición: Persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas/día y menos de 1.000 Kcal. I.M.C.>=50 % estándar 60.</p> <p>-Ingesta de líquidos: <500cc/día (<3 vasos)</p> <p>-Temperatura corporal:>38,5° C-< de 35,5° C.</p> <p>-Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.</p>	<p>1</p> <p>ESTUPOROSO Y b) COMATOSO</p> <p>-Desorientación en tiempo, lugar y personas.</p> <p>a) Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto.</p> <p>b) Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.</p> <p>VALORACION: Presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.</p>	<p>1</p> <p>ENCAMADO</p> <p>-Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total).</p> <p>-Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc).</p>	<p>1</p> <p>URINARIA + FECAL</p> <p>-No controla ninguno de sus esfínteres.</p>	

ENFERMEDADES CONCOMITANTES QUE CAUSAN DETERIORO EN LA PIEL: Diabetes, ACVA, Isquemia o Trombosis de MMII, Sepsis, Neoplasias con tratamiento citostático.

A. VALORACION DEL ESTADO FISICO GENERAL

Tras la revisión bibliográfica relativa a la valoración del estado físico general aparecen como principales indicadores de riesgo el estado nutricional y el grado de hidratación.

El grupo de trabajo considera importante por su interés, aportar instrumentos para que, en ausencia de servicios especializados (nutrición), los profesionales enfermeros puedan, a través de herramientas básicas, obtener una valoración del estado nutricional del paciente, que oriente el plan de cuidados en el ámbito de la prevención de úlceras por presión.

Para la valoración del estado físico general del paciente utilizaremos los siguientes parámetros: nutrición, ingesta de líquidos, temperatura corporal e hidratación.

A.I.NUTRICION:

- I.1. Datos Antropométricos.
 - I.1.1. Otros datos a tener en cuenta.
- I.2. Número de comidas al día.
- I.3. Raciones de proteínas al día.
- I.4. Normograma para el cálculo del Índice de Masa Corporal.

A.II. INGESTA DE LIQUIDOS.

A.III. TEMPERATURA CORPORAL.

A.IV. HIDRATACION Y ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS.

A I. NUTRICION.

La nutrición es el proceso mediante el cual los alimentos se asimilan en el organismo para nutrirlo y poder sobrevivir, crecer y reforzar los tejidos desgastados.

La valoración se realizará a través de los siguientes parámetros:

I.1. Datos Antropométricos.

Conjunto de datos relativos a las proporciones del cuerpo humano y de sus partes que se evalúan con el propósito de hacer una comparación y establecer normas según el sexo, peso, raza, etc.

Los parámetros que vamos a utilizar para la valoración del estado nutricional son:

a) Peso.

b) Talla.

c) **Índice de Masa Corporal (IMC) igual a:**

El peso en Kilogramos / la talla² en m. La fórmula es:

$$\text{IMC} = \text{Peso/Talla}^2 \text{ (P/T}^2\text{)}.$$

d) **Pliegue Tricipital (PT):**

Se utiliza para valorar la masa grasa, se expresa en mm. Su medición se realizará con un calibrador en el punto medio entre el acromion y el olécranon.

e) **Circunferencia circular del brazo (CB).**

Se utiliza para valorar la masa total, se expresa en cm., la medición se realizará con una cinta métrica en la parte media entre el acromion y el olécranon.

f) **Circunferencia muscular del brazo (CMB).**

Se utiliza para valorar la masa muscular, se expresa en centímetros, y su fórmula es:

$$\text{CMB (cm)} = \text{CB (cm)} - 0,314 \times \text{PT (mm)}.$$

d, e, f, serán comparados con los valores de estándar.

TABLA DE VALORES PROMEDIO (*)			
	PT	CB	CMB
HOMBRE	12,5 mm.	29,3 cm.	25,3 cm.
MUJER	16,5 mm.	28,5 cm.	23,2 cm.

(*) Servicio de Dietética y Nutrición del Hospital Ramón y Cajal. Comunidad Autónoma Madrid.

$$\% \text{ Estándar} = \frac{\text{Medida actual}}{\text{Valor promedio}} \times 100 =$$

Nota: El porcentaje estándar se hará para cada uno de los parámetros (PT, CB, CMB), hallándose después la media.

INTERPRETACION:

BUENO = 90% Estándar
 MEDIANO = 80% Estándar
 REGULAR = 70% Estándar
 MUY MALO = 60% Estándar

I.1.1. OTROS DATOS A TENER EN CUENTA.

- **Peso ideal.**

Los valores del peso ideal se derivan del Índice de Masa Corporal (IMC), el peso en kilogramos/Talla² en m, cuyo valor óptimo es **22 para el hombre**, con un intervalo de tolerancia de 20-25 y **20,8 para la mujer**, con un intervalo de tolerancia de 19-24.

El peso ideal se calcularía:

- **Peso Ideal Hombres** = (Talla en metros)² x 22

- **Peso Ideal Mujeres** = (Talla en metros)² x 20,8

EVOLUCION DEL CAMBIO DE PESO		
TIEMPO	PERDIDA DE PESO SIGNIFICATIVA	PERDIDA DE PESO SEVERA
1 Semana	1% - 2%	>2%
1 Mes	5%	>5%
3 Meses	7,50%	>7,5%
6 Meses	10%	>10%

$$\% \text{ de cambio de peso} = \frac{(\text{Peso habitual} - \text{Peso actual})}{(\text{Peso habitual})} \times 100 =$$

I.2 Número de comidas al día.

Se tendrá en cuenta la Encuesta dietética de 24 horas del día anterior y cálculo de calorías. (ANEXO 0).

I. 3 Raciones de proteínas/día.

Las raciones de proteínas/día vendrán definidas según la Unificación de Normas Europeas (UNE), para la población española. En procesos mórbidos la ingesta moderada de proteínas deberá multiplicarse por 1,6 como valor de corrección.(Consultar ANEXOS).

Anexo 0.1: Recogida de datos para el cálculo de calorías. (Pg. 80)

Anexo 0.2: Ingestas recomendadas para el cálculo de energía y nutrientes para la población española. (Pg. 81)

Anexo 0.3: Ingesta recomendadas de nutrientes según edad y sexo. (Pg. 82)

Anexo 0.4: Sustancias Nutritivas contenidas en una ración de los alimentos más comunes según Normas de la Comunidad Europea.. (Pg. 83)

1.4 NORMOGRAMA

Se propone la utilización del Normograma de Norton para el cálculo del índice de masa corporal, según talla en cm, IMC y peso en Kg (ANEXO I). (Pg. 94)

MEDIANTE LOS PARÁMETROS ANTES MENCIONADOS PODEMOS CLASIFICAR LA NUTRICIÓN COMO:

- BUENO:**
- Paciente que realiza 4 comidas diarias, toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2.000 Kcal. aproximadamente.
 - I.M.C. entre 20 y 25.
 - % estándar 90.
- MEDIANO:**
- Paciente que realiza 3 comidas diarias, toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2.000 Kcal. aproximadamente.
 - I.M.C. =<20 <25.
 - % estándar 80.
- REGULAR:**
- Paciente que realiza 2 comidas diarias, toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y 1.000 Kcal. aproximadamente.
 - I.M.C. =>50.
 - % estándar 70.
- MUY MALO:**
- Paciente que realiza 1 comida diaria, toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas/día y menos de 1.000 Kcal. aproximadamente.
 - I.M.C. =>50.
 - % estándar 60.

A II. INGESTA DE LIQUIDOS.

Se establece como:

BUENO: - Se considera entre 1.500-2.000 cc/día equivalentes a 8-10 vasos.

MEDIANO: - Se considera entre 1000-1500 cc/día equivalentes a 5-7 vasos.

REGULAR: - Se considera entre 500 cc/día, equivalentes a 3 o 4 vasos.

MUY MALO: - Se considera < 500 cc/día, equivalente < 3 vasos.

A III. TEMPERATURA CORPORAL.

Se establece como:

BUENO: - De 36º a 37º C.

MEDIANO: - De 37º a 37,5º C.

REGULAR: - De 37,5º a 38º C.

MUY MALO: - >38,5º - <35,5º C.

A IV. HIDRATACION Y ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS.

Se establece como:

BUENO: - Persona que tiene un peso mantenido, con relleno capilar rápido y mucosas húmedas y rosadas.

- Recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.

MEDIANO: - Persona que tiene relleno capilar lento.

- Recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.

REGULAR: - Persona con ligeros edemas, piel seca y escamosa.

- Lengua seca y pastosa.

MUY MALO: - Persona con edema generalizado, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.

A. TABLA DE VALORACION DEL ESTADO FISICO GENERAL

PARAMETROS:				
VALORACION	BUENO 4	MEDIANO 3	REGULAR 2	MUY MALO 1
NUTRICION				
FRECUENCIA	4 veces al día	3 veces al día	2 veces al día	1 vez al día
INGESTA/Kcal/día	2.000 Kcal/día	1.500 Kcal/día	1.000 Kcal/día	< 1.000 Kcal/día
ALIMENTOS:				
Raciones:				
proteínas/día	Raciones al día	3 raciones/día	2 raciones/día	1 ración día
Cantidad ingerida menú	Todo el menú	Más de la mitad del menú	Mitad del menú	1/3 del menú
I.M.C.	20-25	<20, <25	>=50	>=50
DATOS ANTROPOMETRICOS:				
% Estandar	90%	80%	70%	60%
INGESTA DE LIQUIDOS POR DIA				
	1.500/2.000 cc/día (8-10 vasos)	1.000/1.500 cc/día (5-7 vasos)	500/1.000 cc/día (3-4 vasos)	<500 cc/día (<3 vasos)
TEMPERATURA	De 36° a 37° C	De 37° a 37,5° C	De 37,5° a 38° C	>38,5° - <35,5° C.
HIDRATACION	Piel y mucosas húmedas y rosadas	Relleno capilar lento	Piel seca y escamosa	Edemas generalizado y pliegue cutáneo persistente

La puntuación para la interpretación del Estado Físico General, se obtiene sumando las puntuaciones de **Frecuencia, Ingesta/Kcal/día, Alimentos, Datos Antropométricos, Ingesta de Líquidos/día, Temperatura e Hidratación (máximo 28)**.

INTERPRETACION DEL ESTADO FISICO GENERAL:

- 28 - 24 = BUENO (4 puntos en la Escala de Norton Modificada)
- 23 - 18 = MEDIANO (3 puntos en la Escala de Norton Modificada)
- 17 - 12 = REGULAR (2 puntos en la Escala de Norton Modificada)
- 11 - 7 = MUY MALO (1 punto en la Escala de Norton Modificada)

B. VALORACION DEL ESTADO MENTAL.

El estado mental es aquel estado en el que el paciente conserva perfectamente el nivel de conciencia y la relación con el medio.

PARAMETROS:

B. TABLA DE VALORACION DEL ESTADO MENTAL

NIVEL DE CONCIENCIA	ACCIONES DE VALORACION
<p>ALERTA (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientado en tiempo, lugar y personas. - Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles. - Comprende la información. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.
<p>APÁTICO (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. - Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. - Obedece órdenes sencillas. - Posible desorientación en el tiempo, y respuesta verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar instrucciones al paciente como: Tocar con la mano la punta de la nariz.
<p>CONFUSO (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inquieto, agresivo, irritable, dormido. - Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. - Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. - Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. - Intermitente desorientación en tiempo, lugar y/o personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.
<p>a) ESTUPOROSO y b) COMATOSO (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desorientación en tiempo, lugar y personas. a) Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. b Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presionar en el tendón de Aquiles. - Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.

C. VALORACION DE LA ACTIVIDAD

La actividad es la realización de patrones o cadenas de movimientos que tienen como objetivo conseguir una meta (como por ejemplo: caminar, sentarse, ir al baño, etc).

Implica un objetivo funcional de bipedestación y deambulación.

PARAMETROS:

-AMBULANTE (4)

Independiente total, no necesita depender de otra persona. Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos de un solo punto de apoyo o lleve prótesis.

-CAMINA CON AYUDA (3).

La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas). El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.

-SENTADO (2).

La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.
Precisa ayuda de otras personas a través de dispositivos mecánicos.

-ENCAMADO (1).

Falta de autonomía para realizar todos sus movimientos (dependencia total).
Precisa de ayuda para realizar actividades como: comer, asearse, etc).

DISPOSITIVOS DE AYUDA

Los dispositivos de uso más frecuente pueden ser entre otros: muletas, silla de ruedas, andadores, bastón de tres o cuatro puntos, etc.

La función principal de estos dispositivos es la de ayudar a la persona discapacitada y reducir el peso del cuerpo sobre una o ambas partes de las extremidades inferiores, con el fin de llevar a cabo de una forma más segura la marcha. En el caso de una silla de ruedas, le ayudará a desplazarse de un lugar a otro, con comodidad.

D. VALORACION DE LA MOVILIDAD.

La movilidad es la capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales.

PARAMETROS:

- **TOTAL (4).**

El paciente es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.

- **DISMINUIDA (3).**

El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.

- **MUY LIMITADA (2).**

El paciente sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.

- **INMOVIL (1).**

El paciente es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.

Es preciso tener en cuenta que para valorar la movilidad, no sólo queda circunscrito a las extremidades, sino al conjunto de la estructura corporal (cabeza, tronco y extremidades).

E. VALORACION DEL GRADO DE INCONTINENCIA.

La incontinencia es la pérdida involuntaria de orina o heces.

PARAMETROS:

-NINGUNA (4).

Control voluntario de orina y heces. Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.

-OCASIONAL (3).

Pérdida involuntaria de orina o heces, 1 ó más veces al día.

-URINARIA O FECAL (2).

El paciente no controla uno de los dos esfínteres permanentemente.

-URINARIA Y FECAL (1).

El paciente no controla ninguno de sus esfínteres.

Nota: Aspectos a tener en cuenta.

- . El portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo, siempre hay que vigilar el punto de apoyo y cambiar la fijación 3 veces al día.
- . Colocación adecuada del colector evitando fugas y pinzamientos, con atención a los puntos de fijación.

V. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA ASOCIADOS AL PROBLEMA.

El término “**Diagnóstico de Enfermería**” se viene utilizando desde los años cincuenta, considerándolo parte de la etapa de valoración del Proceso de Enfermería. En el año 1973, la American Nurses Association (A.N.A.), aprueba y respalda la utilización del término “Diagnóstico de Enfermería” al publicar el código del ejercicio profesional, teniendo en cuenta la “Primera Conferencia Nacional de Clasificación de Diagnósticos de Enfermería”, celebrada en la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Louis (EE.UU.). En 1982 la Conferencia Nacional cambió de nombre denominándose en la actualidad “NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION”, conocida internacionalmente por sus siglas: **N.A.N.D.A.**

Tomando como referencia a la N.A.N.D.A., el Diagnóstico de Enfermería se define como “Un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de objetivos, de los que la enfermera es responsable”.

Los problemas que las enfermeras identifican como **DDdE**, son aquellos que, legalmente, pueden validar y para los que pueden prescribir las actividades definitivas para mantener el estado de salud o para eliminar, reducir y prevenir las alteraciones.

La respuesta humana hace referencia a una alteración del estado de salud o patrón de vida, que produce o puede producir una dificultad que atenta contra la integridad física, psíquica o social de la persona o que puede mantenerla incómoda.

La utilización de una Taxonomía Diagnóstica beneficia en todos los aspectos el desarrollo disciplinar, incrementa la responsabilidad profesional, proporciona una estructura para estudio de casos e investigación, a la vez que facilita unos cuidados enfermeros óptimos.

Se detallan a continuación aquellos diagnósticos más relevantes relacionados con las úlceras por presión:

1.1.2.1. ALTERACION DE LA NUTRICION: POR EXCESO

Definición: Estado en el que el individuo experimenta un aporte de nutrientes que supera sus necesidades metabólicas.

Características Definitorias:

- Peso el 10% por encima del ideal para la talla y la constitución corporal.
- Peso el 20% superior al ideal para la talla y la constitución corporal.
- Pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm. en los varones, y a 25 mm. en las mujeres.
- Nivel de actividad sedentario.
- Patrones alimentarios disfuncionales manifiestos u observados.
- Asociación de la comida con otras actividades.
- Concentración del aporte de alimentos al final del día.
- Consumo de alimentos en respuesta a claves externas, como hora del día o situación social.
- Consumo de alimentos en respuesta a claves internas distintas al hambre, por ej.: ansiedad.

Factores relacionados.

- Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Nota: Este diagnóstico hace referencia a personas que pueden ingerir alimentos, pero comen inadecuadamente en cantidad o calidad.

1.1.2.2. ALTERACION DE LA NUTRICION: POR DEFECTO

Definición: Estado en el que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

Características Definitorias:

- Pérdida de peso con una ingesta de alimentos adecuada.
- Peso corporal el 20% inferior o más al peso ideal.
- Informes de ingesta inadecuada de alimentos e inferior a las cantidades diarias recomendadas.
- Debilidad de los músculos empleados en la deglución o la masticación.
- Informe o evidencia de carencia de alimentos.
- Aversión al consumo de alimentos.
- Informe de alteraciones de la sensación gustativa.

- Saciedad inmediata tras la ingesta de alimentos.
- Dolor abdominal con causa patológica o sin ella.
- Dolor y ulceración de la cavidad bucal.
- Fragilidad capilar.
- Dolores cólicos abdominales.
- Diarrea y/o esteatorrea.
- Ruidos intestinales hiperactivos.
- Falta de interés por los alimentos.
- Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.
- Palidez de las mucosas y conjuntivas.
- Escaso tono muscular.
- Pérdida de cabello excesiva.
- Falta de información.
- Información errónea, conceptos erróneos.

Factores relacionados.

- Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

Nota: Este diagnóstico hace referencia a personas que pueden ingerir alimentos, pero comen inadecuadamente en cantidad o calidad, no debe utilizarse para individuos con dieta absoluta o que no puedan ingerir alimentos.

1.6.2.1. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR/HISTICA

Definición: Estado en el que un individuo experimenta lesión de las mucosas del cuerpo, de la córnea, los tegumentos o el tejido subcutáneo.

Características Definitivas:

Mayores: Lesión o destrucción de los tejidos (córnea, mucosas, tegumentos o tejido subcutáneo): incisión, úlcera dérmica, úlcera corneal, lesión oral.

Factores Relacionados:

- Alteración de la circulación.

- Déficit/Exceso nutricional.
- Déficit/Exceso de líquidos.
- Déficit de conocimientos.
- Deterioro de la movilidad física.
- Irritantes químicos (incluyendo excreciones y secreciones corporales y medicamentos).
- Irritantes térmicos (temperaturas extremas).
- Irritantes mecánicos (presión, deslizamientos, fricción).
- Radiación (incluyendo radiación terapéutica).

Nota: Esta es una categoría diagnóstica amplia que incluye diagnósticos más específicos como: Deterioro de la integridad cutánea y Alteración de la mucosa oral. La utilización de este diagnóstico es aconsejable para las úlceras por presión que afectan tejidos más profundos que la dermis.

1.6.2.1.1. ALTERACION DE LA MUCOSA ORAL.

Definición: Estado en el que un individuo experimenta alteración en los tejidos de la cavidad bucal.

Características Definitivas:

- Dolor/malestar oral.
- Lengua saburral.
- Xerostomía (sequedad de boca).
- Estomatitis.
- Lesiones o úlceras orales.
- Falta o disminución de salivación.
- Leucoplasia.
- Edema.
- Hiperemia.
- Placa oral.
- Descamaciones.
- Vesículas.
- Gingivitis hemorrágicas.

- Caries dentales.
- Halitosis.

Factores Relacionados:

- Situaciones patológicas en la cavidad oral (radiación aplicada en la cabeza o cuello).
- Deshidratación.
- Traumatismos.
- Químico: ej. alimentos ácidos, drogas, agentes nocivos, alcohol.
- Mecánico: ej. dentaduras que no ajustan bien, aparatos de ortodoncia.
- Sondas: ej. endotraqueales/nasogástricas.
- Cirugía de la cavidad oral.
- Dieta absoluta durante más de 24 horas.
- Higiene oral ineficaz.
- Respiración oral.
- Malnutrición.
- Infección.
- Falta o disminución de salivación.
- Medicaciones.

Nota: Este diagnóstico se refiere a la localización exacta del anterior diagnóstico referido a la integridad hística de la mucosa oral.

1.6.2.1.2.1. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.

Definición: Estado en que la piel del individuo se halla adversamente afectada.

Características Definitorias:

- Alteración de la superficie cutánea.
- Destrucción de las capas de la piel.
- Invasión de las estructuras corporales.

Factores Relacionados:

- **Externos (ambientales).**
- Hipertermia o Hipotermia.

- Sustancias químicas.
 - Factores mecánicos (fuerzas de deslizamiento, presión, etc).
 - Radiación.
 - Inmovilidad física.
 - Humedad.
- Internos (somáticos):**
- Medicación.
 - Alteración del estado nutricional (obesidad-delgadez).
 - Alteración del estado metabólico.
 - Alteración de la circulación.
 - Alteración de la sensibilidad.
 - Alteración de la pigmentación.
 - Prominencia esquelética.
 - Factores de desarrollo.
 - Déficit inmunológico.
 - Alteraciones de la turgencia (cambios en la elasticidad).

Nota: Este diagnóstico debe utilizarse para lesiones en el tejido epidérmico y dérmico. Incluye lesiones cutáneas como: mácula, pápula, habones, escoriaciones, úlceras, fisuras, esfacelos, descamación, costra, etc.

1.6.2.1.2.2. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

Definición: Estado en que la piel del individuo se halla en riesgo de ser afectada adversamente.

Características Definitorias.

Presencia de factores de riesgo como:

- **Externos (ambientales).**
 - * Hipotermia o hipertermia.
 - * Sustancias químicas.
 - * Factores mecánicos (fuerza de deslizamiento, presión, etc.).
 - * Radiación.

- * Inmovilidad física.
- * Excreciones/secreciones.
- * Humedad.

- Internos (somáticos):

- * Medicación.
- * Alteración del estado nutricional (obesidad, delgadez extrema).
- * Alteración de la sensibilidad.
- * Alteración de la pigmentación.
- * Prominencia esquelética.
- * Factores de desarrollo.
- * Déficit inmunológico.
- * Alteraciones de la turgencia (cambios de elasticidad).
- * Psicogénicos.
- * Inmunológicos.

- Factores Relacionados: Los factores de riesgo anteriormente descritos.

Nota: Es un diagnóstico potencial que tiene en cuenta el aspecto preventivo, para evitar las posibilidades de aparición del problema.

1.2.1.1. RIESGO DE INFECCION

Definición: Estado en el que el individuo presenta un aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Características Definitivas.

Presencia de factores de riesgo como:

- Defensas primarias insuficientes o inadecuadas (solución de continuidad de la piel, traumatismos de los tejidos, disminución de la acción ciliar, éstasis de los líquidos corporales, cambio del Ph de las secreciones, alteración del peristaltismo).
- Defensas secundarias inadecuadas (p. ej. disminución de la hemoglobina, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria e inmunodepresión).
- Inmunidad adquirida inadecuada.

- Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.
- Enfermedades crónicas, procedimientos invasivos.
- Malnutrición.
- Agentes farmacológicos.
- Traumatismos.
- Rotura de las membranas amnióticas.
- Falta de conocimientos para evitar la exposición a microorganismos patógenos.

Factores Relacionados:

- Véanse los factores de riesgo.

Nota: Este diagnóstico posibilita actividades de enfermería preventivas, tendentes a minimizar la entrada de microorganismos y mantener el aislamiento cutáneo.

6.1.1.1. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.

Definición: Estado en el que el individuo experimenta una limitación de la capacidad para el movimiento físico independiente.

Características Definitivas:

- Dificultad o incapacidad para moverse voluntariamente dentro del entorno físico, incluyendo movilidad en la cama, traslados y deambulación.
- Negativa a moverse.
- Limitación de amplitud de movimientos.
- Disminución de la fuerza, control y/o masa muscular.
- Restricciones de movilidad impuesta, incluyendo protocolos médicos o dispositivos mecánicos.
- Deterioro de la coordinación.

Factores relacionados:

- Intolerancia a la actividad/disminución de la fuerza y la resistencia.
- Dolor/malestar.
- Deterioro cognitivo/perceptual.

- Deterioro neuromuscular.
- Deterioro musculoesquelético.
- Depresión/Ansiedad severa.

Nota: Este es un diagnóstico que se puede dar en personas encamadas con limitaciones de movimiento o fuerza muscular limitada que centra las actuaciones de enfermería en el refuerzo y restauración de la función de movilidad y en la prevención del deterioro de la misma. La inmovilidad o la limitación de la movilidad puede ser etiología de otros diagnósticos de enfermería.

VI. PLAN DE CUIDADOS.

VI.A. PREVENCIÓN.

Objetivo: Dirigida a pacientes susceptibles de riesgo de padecer úlceras por presión.

1.1.2.1. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO.

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente y/o cuidador identificará las conductas inapropiadas relacionadas con la sobrealimentación.
- El paciente demostrará cambios en los patrones de alimentación cantidad y calidad de los alimentos.
- El paciente mantendrá una dieta individual óptima y un programa de ejercicios que garanticen un peso corporal adecuado.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de Proceso.

- Valorar los conocimientos de las necesidades dietéticas con el paciente y/o cuidador.
- Pedirle que anote todas las comidas que ha tomado en las últimas 24 horas.
- Instruirle para que lleve un diario dietético durante una semana.
- Revisar el diario dietético con el individuo y/o cuidador para señalar los patrones dietéticos que afectan a la ingesta (tiempo, lugar, emociones).
- Informar al cuidador que el paciente tiene una dieta adaptada a sus necesidades y no precisa ningún otro aporte.
- Control periódico del peso.
- Valorar diariamente número de tomas, frecuencia, cantidad y calidad de los alimentos.
- Revisar actividad diaria y programa de ejercicios.
- Enseñar al paciente y/o cuidador
 - * Cualidades nutritivas y energéticas de los distintos alimentos, equivalencias y sustituciones.
 - * Importancia de consumir las cantidades de nutrientes adecuadas a sus necesidades.

1.1.2.2. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO.

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente mantendrá un estado nutritivo óptimo.
- El paciente aumentará el peso corporal.

- El paciente y/o cuidador identificará los factores causantes de su déficit nutricional.
- El paciente y/o cuidador adecuará la ingesta a las necesidades nutritivas y calóricas.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de proceso

- Identificar las causas o factores que dificultan o impiden el aporte de nutrientes en cantidad y/o calidad suficiente, como la dificultad para masticar, deglutir, saborear, la necesidad de prótesis dentarias o la existencia de barreras mecánicas.
- Explicar la necesidad de aumentar el consumo de hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y líquidos.
- Establecer una dieta que cubra el aporte protéico e hídrico, adecuado a sus necesidades, respetando sus preferencias alimentarias.
- Si es necesario, incluir suplementos ricos en proteínas y/o calorías, ya sean comerciales o elaboradas en casa. Planificar descansos antes de las comidas. La fatiga disminuye las ganas de comer.
- Mantener al paciente en una posición cómoda durante las comidas, garantizando un ambiente agradable y relajado, incluyendo la relación con los demás cuando sea posible y así lo desee.
- Ofrecer frecuentes comidas de poca cantidad (seis/día) y con variación de alimentos.
- Limitar los líquidos en las comidas y una hora antes y después de ellas.
- Disponer de alimentos que tengan el mayor contenido calórico y protéico en el momento en el que el paciente suele tener más ganas de comer.
- Evitar que los procesos dolorosos se realicen antes de las comidas; administrar los analgésicos si están prescritos media hora antes de éstas.
- Evitar olores y visiones desagradables que puedan tener un efecto negativo sobre el apetito.
- Realizar una buena higiene y cuidado bucal antes y después de las comidas; así como cuando sea necesario (vómitos).
- Planificar reposo antes y después de las comidas; aunque se intentará evitar tumbar al paciente para no favorecer los vómitos.
- Presentar la comida con buen aspecto y si no está contraindicado usar especias para reforzar y mejorar el sabor de los alimentos: limón, menta, perejil, orégano, laurel.
- Enseñar al paciente y/o cuidador:
 - * Cualidades nutritivas y energéticas de los distintos alimentos, equivalencias y sustituciones.
 - * Importancia de consumir las cantidades de nutrientes adecuadas a sus necesidades.

- * Procedimientos que faciliten la ingesta, digestión y absorción de los alimentos.
- * Forma de cocinar y presentar los alimentos para que resulten apetitosos.
- * En caso necesario uso de dispositivos que faciliten el autocuidado.

1.6.2.1.2.2. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente mostrará una piel intacta.
- El paciente y/o cuidador identificará los factores que contribuyen a la aparición de las úlceras.
- El paciente y/o cuidador identificará la forma de prevenir o paliar estos factores.
- El paciente y/o cuidador identificará los signos y síntomas que proceden a la aparición de lesiones.
- El paciente y/o cuidador expresará su deseo de participar en el plan de cuidados.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de Proceso.

- Instaurar medidas, ayudas mecánicas o personales para mitigar la presión.
 - * Colchón de presión alternante.
 - * Almohadillado especial para la cama.
 - * Empleo de badanas.
- Realizar cambios posturales frecuentes. Enseñar al paciente y cuidador, modos de cambiar de posición en la cama.
- Valorar los puntos de presión: omóplatos, talones, codos, sacros y trocánteres, haciéndolo coincidir con los cambios posturales.
- Aplicar y enseñar a realizar a la familia masajes en sentido circular, con crema hidratante o loción en las zonas de presión si la piel está intacta y no presenta cambios de color (enrojecimiento, palidez).
- Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada:
 - * Higiene corporal con agua tibia, jabón Ph neutro, aclarado minucioso, secado por contacto sin frotar y aplicación de una crema hidratante que no se aplicará en los pliegues cutáneos ni sobre la piel húmeda.
- Recalcar la importancia de tener una ingesta de nutrientes y una hidratación óptima.
- Evitar los rozamientos de las superficies cutáneas entre sí con otros objetos (prótesis) o con superficies.
 - * Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
 - * No usar para lavar la ropa productos irritantes.
- Fomentar la deambulación si está indicada.

- Enseñar al paciente y/o cuidador medidas encaminadas a prevenir las úlceras por presión:
 - * Alimentación adecuada.
 - * Movilidad.
 - * Cambios posturales y alivios de la presión.
 - * Pequeños cambios de peso corporal.
 - * Ejercicios activos y pasivos según el grado de movilidad.
 - * Cuidados cutáneos.
 - * Protección cutánea en la incontinencia urinaria y fecal.
 - * Detección de la lesión tisular.

1.2.1.1. RIESGO DE INFECCION

Relación causa efecto incontinencia urinaria y fecal.

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente no presentará signos de infección por el contacto con el drenaje fecal/urinario.
- El paciente y/o cuidador identificará las medidas de higiene personal y autocuidados indicados para prevenir la infección.
- El paciente y/o cuidador realizará las actividades y cuidados encaminados a prevenir la aparición de infecciones.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de Proceso.

- Enseñar la importancia que tiene una buena higiene cutánea.
- Proteger la piel del contacto con heces y orina.
 - * Después de cada episodio de incontinencia limpiar bien la piel, utilizando un jabón líquido que no altere el Ph de la piel.
 - * Recoger las heces y orina en un dispositivo apropiado. (sonda, compresas de polímeros) o aplicar una barrera cutánea.
- Mantener la lesión limpia y seca.
- Mantener los apósitos si los hay limpios y secos.
- Usar técnica estéril durante los cambios de apósito.
- Mantener el proceso de cicatrización.
- Buscar signos de infección local en la lesión.
- Explicar al paciente y/o cuidador:
 - * Las técnicas adecuadas de higiene personal y lavado de manos.
 - * Técnicas especiales: Curas de lesión, manejo de tubos, sondas etc.
 - * Signos y síntomas de infección.

6.1.1.1. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente adquirirá su máxima capacidad de movilización.
- El paciente demostrará habilidades en la realización de actividades que mejoran sus limitaciones físicas.
- El paciente y cuidador colaborará en el plan terapéutico establecido.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de Proceso.

- Fomentar el mayor nivel de movilidad.
 - * Proporcionar dispositivos como trapecio, barandilla en el lateral de la cama, andador, muletas, bastones, etc. para facilitar el movimiento independiente.
 - * Si es posible ayudarlo a levantarse, deambular, y permanecer sentado tres veces al día el tiempo que tolere.
 - * Si lleva insertados tubos, sondas o drenajes, fijarlos de modo que no interfieran en los movimientos.
- Fomentar una óptima circulación mientras esté encamado.
 - * Cambios posturales cada dos horas. Estimular su realización.
 - * Entre uno y otro cambio postural realizar mínimos cambios de postura.
 - * Valorar las prominencias óseas en cada cambio postural, si las áreas enrojecidas no desaparecen transcurridos 30 minutos del cambio postural, realizar cambios posturales más frecuentes.
 - * Realizar movilizaciones pasivas.
 - * Colocar al paciente en un ángulo de 30 ° y decúbito lateral.
- No usar posición de Fowler alta.
 - * Usar dispositivos que eviten la presión.
 - * No usar dispositivos de espuma o caucho.
 - * Dar masajes suaves alrededor de la prominencias óseas, no aplicarlo en áreas enrojecidas.
 - * Mantener al paciente en una posición funcional: cuerpo alineado y extremidades apoyadas para prevenir deformidades. Mantener una posición con las presiones distribuidas de forma adecuada, evitando la fricción y fuerzas de cizalla o pinzamiento.
 - * Adaptar en la medida de lo posible el entorno físico (rampas, barandillas, asideros).
- Enseñar al paciente y/o cuidador:
 - * Necesidad de los cambios posturales y formas de llevarlos a cabo.
 - * Ejercicios de fortalecimiento muscular.
 - * Ejercicios para mejorar la capacidad funcional.
 - * Correcta alineación corporal.
 - * Técnicas sobre la movilización incluyendo deambulación, traslados, y otros.

- * Uso correcto del material de ayuda para la movilización, sistemas de adaptación (trapecio, andadores, muletas, bastones).

POSICIONES TERAPEUTICAS.

Para eliminar la compresión de los puntos de apoyo es imprescindible realizar cambios posturales cada dos horas de manera cíclica las 24 horas del día. Dichos cambios posturales estarán planificados y registrados en el plan de cuidados.

En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.

DECUBITO SUPINO

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de la cintura.
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)



Deben quedarse libres de presión:

Talones, Glúteos y zona Sacro-Coxígea, Escápulas, y Codos.

Precauciones.

Las piernas deben quedar ligeramente separadas.

Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Evitar la rotación del trocánter.

DECUBITO PRONO

Las almohadas se colocaran:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo del abdomen.
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Dos debajo de los brazos (opcional)



Deben quedar libres de presión:

Cresta iliaca, rodillas, y primer dedo de los pies.

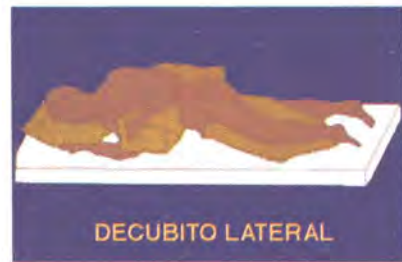
Precauciones

- El tórax debe quedar libre para respirar con comodidad. Esta postura se utilizará preferentemente en la prevención y tratamiento de las úlceras sacro-coxígeas y trocantéreas.
- Esta postura está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas y con respiración asistida.

DECUBITO LATERAL

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza.
- Una apoyando la espalda.
- Dos entre las piernas.



DECUBITO LATERAL

Precauciones

- La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45º-60º.
- Las piernas quedarán en ligera flexión.
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.
- Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30º.
- En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
- Es importante que estén sentados correctamente.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

POSICION TERAPEUTICA EN SEDESTACION



INADECUADA



ADECUADA

OTROS MATERIALES.

Dispositivos para aliviar la presión.

TALONES Y CODOS

- TALONERAS/CODERAS.

Puede aplicarse como protección de las zonas de riesgo, talones y codos. Son de material absorbente, transpirable, recubierto de tejido blando de algodón ajustable mediante velcro, lo que facilita la revisión de las zonas de riesgo.

Se pueden encontrar en el mercado, reciclables y de un sólo uso.

- FUNDA TUBULAR.

Guarnecida con espuma. Se utiliza para proteger codos y talones.

- VENDAJES DE ALGODON.

Recubiertos con vendas convencionales, elásticas, tubulares para proteger codos y talones.

- PIEL DE CORDERO Y FELPA.

Forrada de poliéster, muy efectiva cuando se emplea en contacto directo con la piel, proporciona una superficie elástica y adaptable que produce una dispersión del peso, permitiendo la circulación del aire y la evaporación. Evita la fricción, absorbe la humedad y se mantiene limpia mediante lavado.



Talonerías. Algodón y venda.

OTRAS ZONAS CORPORALES.

- COLCHONES/COJINES

Colchones de Espuma.

- **Bultex.** Consta de tres módulos de bloques cuadrangulares separados por hendiduras.
- **Alta Resistencia.** Constituido por dos planchas flexibles de poliuretano, una lisa y otra de forma ahuevada.
- **Celdas Geométricas.** La profundidad de los cortes que generan estas celdas están diseñadas para ofrecer una baja presión.
- **Espuma Elástica.** Compuesto de celdas abiertas. Con el peso del cuerpo se comprime y recupera su forma suavemente cuando deja de ejercerse la presión.

Colchón de Agua.

Permite la flotación del paciente. Lleva un termostato de temperatura.

Cojín de Silicona.

Cuadrante de silicona blanda o compacta que se acompaña de funda protectora de algodón.

- COLCHONES/COLCHONETAS DE PRESION DE AIRE ALTERNANTE.

- **Celular de Plástico PVC.** Compuesto por dos secciones formadas por burbujas de aire que están alternativamente infladas y desinfladas mediante un pulsador.
- **Poliuretano.** Compuesto por veinte células independientes y reemplazadas que se inflan y desinflan alternativamente mediante dos tubos que van conectados a un motor. Se acompaña de funda protectora de algodón.



Colchón de Gomaespuma



Cojín de Silicona y piel de cordero



Colchoneta de presión de aire alternante



Colchón celdas geométricas (Inferior)
Colchón espuma elástica y viscosa reactiva
a la temperatura (Superior)

VI.B. CURACION

Objetivo:

Dirigido a promover la cicatrización y prevenir la extensión de las úlceras por presión.

Antes de iniciar el tratamiento tendremos en cuenta las siguientes consideraciones:

FACTORES QUE DIFICULTAN LA CURACION DE LAS ULCERAS POR PRESION:

- * Puntuación numérica baja, según la Escala de Norton Modificada (ENM).
- * Patología de base (diabetes, aterosclerosis, etc.).
- * Tratamientos farmacológicos (esteroides, citotóxicos, antimicrobianos, etc.).
- * Condiciones de hipoxia crónica.
- * Vejez.
- * Inmunodeficiencia.

IMPEDIMENTOS LOCALES DE LA CICATRIZACION:

- * Presencia de tejido necrótico o no viable.
- * Existencia de cuerpos extraños en el lecho de la úlcera (ej.: restos de apósitos).
- * Infección de lesión.
- * Ambiente seco en la zona ulcerada.
- * Hipoxia.

INFORMACION AL PACIENTE Y/O CUIDADOR:

- * Mecanismos o factores que originan la lesión.
- * Técnicas para la cura local.
- * Importancia de una hidratación y nutrición adecuada.
- * Signos y síntomas que preceden a la lesión.
- * Medidas de higiene personal.
- * Medidas de protección.

1.6.2.1.2.1. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente y/o cuidador identificará el grado de afectación de la piel y los factores desencadenantes.
- El paciente y/o cuidador colaborará en las actividades.

- El paciente y/o cuidador conocerá las intervenciones necesarias para conseguir la cicatrización.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de Proceso.

- Identificar los factores que originan o favorecen la aparición del problema y determinar la forma de controlarlo.
- Identificar la fase de desarrollo de la úlcera por presión.
- Fomentar una óptima motilidad. (ver plan de cuidados para deterioro de la movilidad física).
- Alternar o reducir la presión en la superficie cutánea con dispositivos.
- Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
- Valoración de la úlcera.
- Identificación del grado de la úlcera.
- Realizar la cura según esté indicado por su naturaleza y causa con el producto adecuado. (VER APENDICE I y APENDICE II).
- Prevenir la aparición de nuevas lesiones: Examinar áreas con riesgo de desarrollar úlceras, (orejas, codos, occipucio, trocánteres, talones, isquion, sacro, escápula, escroto y otros).
- Favorecer el proceso de cicatrización mediante una correcta hidratación y alimentación.
- Evitar los masajes sobre zonas enrojecidas.
- Registro.

1.6.2.1. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR/HISTICA

Objetivos del Paciente/Criterios de Resultado.

- El paciente y/o cuidador identificará el grado de afectación y los factores relacionados.
- El paciente y/o cuidador identificará los signos de infección.
- El paciente y/o cuidador colaborará en las actividades.
- El paciente y/o cuidador conocerá las intervenciones necesarias para conseguir la cicatrización.
- El paciente recuperará la integridad hística.

Actuaciones de Enfermería/Criterios de Proceso.

- Identificar los factores causales o coadyuvantes de la lesión y la forma de eliminarlos o aliviarlos.
 - * Problemas de nutrición. (véase diagnóstico de alteración de la nutrición).
 - * Problemas de movilidad. (véase diagnóstico, deterioro de la movilidad).
 - * Problema de incontinencia fecal o urinaria, véase relación causal.
 - * Deficiencias cognitivas.
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada utilizando un jabón de Ph igual al de la piel, no utilizar productos irritantes, ni sustancias que puedan macerar la piel.
- Realizar cura local y enseñar al paciente y/o cuidador a efectuarlo según esté indicado. (VER APENDICE I Y II).
- Si es necesario cubrir, inmovilizar la parte afectada.
- Mantener una alimentación rica con proteínas y Vitamina C, así como una correcta hidratación.
- Valoración de signos de infección.
- Valoración del dolor.
- Registro.
- Explicar y demostrar al paciente y/o cuidador:
 - * Mecanismos o factores que han originado la lesión.
 - * Técnica para la cura local.
 - * Importancia de una nutrición e hidratación correcta.
 - * Signos y síntomas que preceden a la lesión de la piel.
 - * Medidas de higiene personal.
 - * Medidas de protección.
 - * Forma de reducir o eliminar los agentes causales (presión, fricción, etc.).
 - * Medidas de protección.

VII. EVALUACION A TRAVES DE LOS INDICADORES DE CALIDAD.

La creciente necesidad de aplicar criterios de calidad al quehacer diario de la enfermería, condicionados por los cambios sociales, complejidad creciente de los servicios, y el aumento creciente de los costes sanitarios derivados, ha motivado la búsqueda de sistemas de medición de la bondad de la asistencia prestada.

La mayoría de los estudios realizados sobre problemas de las úlceras miden determinados factores de no calidad, cuantificando los resultados producidos por situaciones determinadas y aspectos aislados de la actuación de enfermería de los cuidados prestados.

Todo sistema de estudio de la calidad precisa del consenso sobre las características a evaluar, estableciendo un marco teórico de referencia que permita conocer los objetivos de la actuación de enfermería y métodos de trabajo que identifiquen indicadores de calidad que permitan asegurar un servicio óptimo al que los pacientes y la sociedad tienen derecho.

La calidad de cuidados enfermeros en relación con la úlceras pasa por aunar esfuerzos en dar una atención no sólo basada en la intuición, el impulso, o la práctica diaria, sino por la aplicación de una metodología científica a la provisión de cuidados, identificando cómo será la atención, documentando los cuidados prestados y recogiendo datos objetivos de las acciones reales y cuantificables, de modo que los resultados del análisis e interpretación de dichos datos puedan ser utilizados para alcanzar niveles de calidad determinados.

La calidad de cuidados enfermeros ante las úlceras es el resultado obtenido del desarrollo de las actuaciones de enfermería en relación con los estándares previamente establecidos y la puesta en marcha de estrategias que garanticen que el paciente reciba el nivel de cuidados establecidos.

La evaluación de la calidad será eficaz si previamente se han establecido los fines últimos a alcanzar y si se han conseguido mejoras en el estado de salud de los pacientes como resultado de las intervenciones de enfermería.

En la evaluación del plan de cuidados de úlceras, se analizarán las diferentes variables que intervienen en la aparición y evolución de las úlceras por presión. J. Colina señala que su aparición está íntimamente relacionada con los cuidados de enfermería que se proporcionen al paciente. M.L. Shannon, matiza que, si bien es cierto que una mala aten-

ción de la enfermera puede favorecer la aparición y desarrollo de las úlceras, no todas pueden ser prevenidas, como las producidas en pacientes caquéticos con balance nitrogenado muy bajo, o las derivadas de deformidades congénitas o adquiridas u otras.

Las úlceras conllevan un daño físico que comporta importantes sufrimientos para el paciente, aumento considerable del tiempo de hospitalización, e incremento del gasto sanitario.

La incidencia de las úlceras en los países anglosajones se estima que las padecen entre un 3% y un 10% de los pacientes ingresados en los hospitales, apareciendo con mayor frecuencia en las primeras semanas (70% de los casos) de hospitalización. La incidencia global de úlceras en los hospitales españoles se aproxima a un 8%.

El papel de la enfermera en cuanto a la prevención, control y curación de las úlceras es fundamental.

La escala de valoración nos va a indicar el riesgo, al tener establecidas las categorías: Muy alto riesgo, riesgo evidente, riesgo mínimo/no riesgo.

OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN.

General.

Conseguir que en las distintas Instituciones se adopte la Metodología de Evaluación que propone este documento como método de monitorización para la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.

Específicos.

- Analizar la calidad de los cuidados de enfermería durante la estancia hospitalaria y/o domiciliaria.
- Conocer de manera continua la calidad de los cuidados de enfermería en la prevención y cuidados de las úlceras por presión.
- Conocer el número de pacientes de riesgo y de no riesgo que desarrollen úlceras por presión.
- Conocer el número de úlceras en todos los pacientes.

VII.1 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

- Población a estudiar.

Todos los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización o domicilios previamente establecidos.

- Clasificación de la población de estudio.

Pacientes de riesgo y no riesgo según directrices de valoración de Escala de Norton Modificada (ENM).

- Fuentes de datos.

- . Historia clínica del paciente.
- . Hoja específica de recogida de datos.
- . Hoja de recogida de datos del plan de cuidados de enfermería establecido en la Institución.

- Método de recogida de datos.

- . Los datos serán recogidos por la enfermera/o responsable del paciente.
 - . Los datos se recogerán al alta del paciente.
 - . La Metodología será establecida por cada uno de los centros: estudios prospectivos, retrospectivos y/o transversales.
- Las medidas de frecuencia a tener en cuenta en función del tipo de estudio son de prevalencia e incidencia.

- Estudios de Prevalencia.

Los estudios de prevalencia consisten en revisar en un determinado período de tiempo, a todos los pacientes ingresados en el centro/domicilio, para determinar la presencia o no de úlceras por presión. Representan un corte transversal o fotografía instantánea del centro en lo que al fenómeno se refiere. Proporcionan información puntual en el momento de realizar el estudio, y aunque su validez interna puede ser muy buena, muchos autores afirman que no detectan situaciones de riesgo si no tienen continuidad en el tiempo.

- Estudios de Incidencia.

Los estudios de incidencia nos permiten relacionar la presencia de factores de riesgo con la subsiguiente aparición de úlceras por presión objeto de este estudio. Estos estudios requieren mayor esfuerzo que los de prevalencia, ya que para su realización es necesario hacer un seguimiento detallado de los pacientes desde el momento del ingreso hasta el momento del alta.

Debemos fomentar entre todos los profesionales implicados en el estudio de las úlceras por presión, que no todos los estudios tienen la misma validez, y que para obtener una información adecuada es necesario en ocasiones combinar distintos estudios.

- Período a estudiar.

Cronograma a establecer por el centro correspondiente. Fecha de comienzo y finalización de la evaluación.

- Responsable.

Supervisor de garantía de calidad/responsable de enfermería del Centro de Salud o Institución.

VII.2.- MONITORIZACIÓN.

La monitorización es la valoración o evaluación sistemática y continuada a lo largo del tiempo de todos aquellos aspectos que se consideren relevantes en la Atención Sanitaria.

Toda la metodología de evaluación descrita anteriormente debe completarse de forma regular con:

Monitorización del Proceso en Atención Primaria y Atención Especializada.

Proceso incluye todo lo que los profesionales sanitarios hacen AL, PARA y POR el paciente, evaluándose el nivel de aplicación de conocimientos y tecnologías disponibles y la relación profesional-paciente. Se incluye en este apartado, todo lo que hace el paciente para cuidarse, y/o todo lo que hace el cuidador para cuidar y completar de esta forma el proceso de atención.

La evaluación de la calidad en base a este tipo de datos presupone que, un proceso de atención correcto, dará como resultado una mejora en el paciente atendido. Este enfoque permite corregir problemas y situaciones evitables; de ahí la importancia que tiene seleccionar aquellos aspectos que sabemos de antemano van a tener influencia en el resultado de la atención.

Aspectos a tener en cuenta en Monitorización del Proceso.

Esta monitorización deberá ser continua en todos aquellos pacientes en estudio, con fecha de comienzo y fecha de finalización.

- Actividades a Monitorizar.

- . Cambios posturales pautados según valoración de la situación y características del paciente.
- . Protección de zonas susceptibles de lesión.
- . Piel limpia, seca e hidratada.
- . Ropa de cama limpia y sin arrugas.
- . Cura de úlcera.
- . Aporte de líquidos y nutrientes según valoración de la situación y características del paciente.

INDICADORES DE MONITORIZACION

1.- OBJETIVO.

Conseguir que a los pacientes de riesgo se les realicen cambios posturales.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo que tienen realizados cambios posturales.

FORMULA DEL INDICADOR

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con cambios de p.pautados en periodo establecido.}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con cambios de p. pautados en día de estudio}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

2.- OBJETIVO.

Conseguir que los pacientes de riesgo tengan protegidas las zonas susceptibles de lesión.

INDICADORES.

% de pacientes de riesgo que tienen protegidas las zonas susceptibles de lesión.

FORMULA DEL INDICADOR.

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con zonas protegidas susceptibles de lesión en periodo establecido.}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con zonas protegidas susceptibles de lesión en día de estudio}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

3.-OBJETIVO.

Conseguir que los pacientes de riesgo tengan la piel limpia seca e hidratada.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo que tienen la piel limpia e hidratada.

FORMULA DEL INDICADOR.

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con piel limpia e hidratada en periodo establecido.}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con piel limpia e hidratada en día de estudio}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

4.- OBJETIVO.

Conseguir que los pacientes de riesgo tengan la ropa de la cama limpia y sin arrugas.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo que tienen la ropa de la cama limpia y sin arrugas.

FORMULA DEL INDICADOR.

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con ropa de cama limpia y sin arrugas en periodo establecido.}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo con ropa de cama limpia y sin arrugas en día de estudio}}{\text{Nº. total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

5.- OBJETIVO.

Conseguir un tratamiento adecuado de las úlceras.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo que tienen correctamente cuidadas/curadas las úlceras.

FORMULA DEL INDICADOR.

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes de riesgo que tienen correctamente cuidadas/curadas las úlceras en periodo establecido.}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes de riesgo que tienen correctamente cuidadas/curadas las úlceras en día de estudio.}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

6.- OBJETIVO.

Conseguir que los pacientes de riesgo tengan un aporte de líquidos y nutrientes correctos.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo que tienen un aporte de líquido y nutrientes adecuados.

FORMULA DEL INDICADOR.

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes de riesgo que tienen aporte líquido y nutrientes adecuados en periodo establecido.}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes de riesgo que tienen aporte líquido y nutrientes adecuados en día de estudio.}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes de riesgo evaluados}} \times 100$$

Monitorización de Resultados en Atención Primaria y Atención Especializada.

Resultados. El objetivo de mejorar la calidad de los Cuidados Enfermeros, es la prevención de las úlceras por presión, siendo este proceso, un proceso de **mejora continua** sin establecer cuotas numéricas y tratando de mejorar continuamente los resultados obtenidos, lo cual apoya que el objetivo primordial de la atención sanitaria consista en prevenir problemas y enfermedades, riesgos, curar la enfermedad, detener su evolución, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y sufrimiento.

La consecución de estos objetivos debe basarse en la manera más correcta de obtenerlos, poniendo de esta forma énfasis en la optimización de los servicios sanitarios.

Aspectos a tener en cuenta en Monitorización de los Resultados.

- Valorar el estado del paciente mediante los parámetros de la Escala de Norton Modificada (ENM).
- Número de pacientes de riesgo y de no riesgo atendidos.
- Número de pacientes de riesgo que han desarrollado úlceras nuevas. Número total de úlceras nuevas en pacientes de riesgo.
- Número de pacientes de no riesgo que han desarrollado úlceras nuevas. Número total de úlceras nuevas en pacientes de no riesgo.
- Número total de úlceras extrahospitalarias o derivadas del hospital, (dato válido en función de su aplicación en el hospital o en Atención Primaria).

INDICADORES DE MONITORIZACION

1. OBJETIVO.

Valorar el estudio de todos los pacientes mediante la Escala de Norton Modificada (ENM).

INDICADOR.

% de pacientes valorados mediante Escala de Norton Modificada.

FORMULA DEL INDICADOR

Estudio de incidencia:

Nº de pacientes valorados mediante ENM en periodo de tiempo establecido

Nº. total de pacientes evaluados

x 100

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{de pacientes valorados mediante ENM en día de realización del estudio}}{\text{N}^{\circ}\text{. total de pacientes evaluados}} \times 100$$

2.-OBJETIVO.

Determinar pacientes de riesgo y de no riesgo.

INDICADORES.

- . % de pacientes de riesgo según Escala de Norton Modificada (ENM).
- . % de pacientes de no riesgo según Escala de Norton Modificada (ENM).

FORMULAS DE LOS INDICADORES

Estudio de incidencia y prevalencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{ de pacientes de riesgo según ENM}}{\text{N}^{\circ}\text{ total de pacientes evaluados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{ de pacientes de no riesgo según Escala Norton modificada}}{\text{N}^{\circ}\text{ total de pacientes evaluados}} \times 100$$

3.-OBJETIVO.

Establecer los pacientes que desarrollen úlceras por presión.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo/de no riesgo que desarrollen úlceras por presión.

FORMULA DEL INDICADOR. Según Escala de Norton Modificada (ENM).

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo que desarrollen úlceras por presión en periodo establecido.}}{\text{Nº total de pacientes evaluados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes de no riesgo que desarrollen úlceras por presión en periodo establecido.}}{\text{Nº total de pacientes evaluados}} \times 100$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{Nº total de pacientes con úlceras por presión en día de estudio.}}{\text{Nº total de pacientes evaluados*}} \times 100$$

* Si el estudio se realiza en todo el Centro (Hospital, domicilio, el denominador debe de coincidir con el número total de pacientes)

4. OBJETIVO.

Establecer los pacientes de riesgo que desarrollen úlceras nuevas.

INDICADOR.

% de pacientes de riesgo que desarrollen úlceras nuevas.

FORMULA DEL INDICADOR. Según Escala de Norton Modificada (ENM).

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo que desarrollan úlceras nuevas en periodo establecido}}{\text{Nº total de pacientes de riesgo}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes con riesgo de 5 a 14 con úlceras nuevas en periodo establecido}}{\text{Nº de pacientes de riesgo de 5 a 14}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes de riesgo de 5 a 11 con úlceras nuevas en periodo establecido}}{\text{Nº total pacientes de riesgo de 5 a 11}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº pacientes de riesgo de 12 a 14 con úlceras nuevas en periodo establecido}}{\text{Nº total de pacientes de riesgo de 12 a 14}} \times 100$$

5.- OBJETIVO.

Establecer los pacientes de no riesgo que desarrollen úlceras por presión.

INDICADOR.

% de pacientes de no riesgo que desarrollan úlceras por presión.

FORMULA DEL INDICADOR. Según Escala de Norton Modificada (ENM).

Estudio de incidencia:

$$\frac{\text{Nº de pacientes de no riesgo que desarrollen úlceras nuevas en periodo establecido.}}{\text{Nº total de pacientes evaluados}} \times 100$$

6. OBJETIVO.

Determinar la aparición de úlceras por presión nuevas por paciente estudiado.

INDICADOR.

Número de úlceras nuevas desarrolladas por paciente estudiado.

FORMULA DEL INDICADOR.

Estudio de incidencia.

$$\frac{\text{Nº de úlceras nuevas en el periodo establecido}}{\text{Nº total de pacientes con úlceras nuevas}}$$

Estudio de prevalencia:

$$\frac{\text{Nº total de úlceras en el día del estudio}}{\text{Nº total de pacientes con úlceras}}$$

VII.3.- VALORACIÓN DE INFORMES Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

- La tabulación de los Indicadores de Incidencia y/o Prevalencia se realizarán trimestral o semestralmente, a fin de remitir los resultados obtenidos a los profesionales implicados y/o aquellas Areas donde mayores problemas se hayan detectado con el objetivo de aplicar medidas correctoras.

- Los resultados del informe deberán contener:
 - . Indicadores de incidencia de las úlceras. Estos indicadores nos ayudarán a conocer el número de casos nuevos que se presentan en pacientes considerados como riesgo y no riesgo, en una unidad/domicilio determinado y durante un período de tiempo previamente establecido.
 - . Indicadores de prevalencia de las úlceras. Estos indicadores nos darán como resultado el poder conocer el número de casos existentes en el momento del estudio y en pacientes determinados (riesgo y no riesgo).
 - . Evolución de las úlceras. Donde se registrará si la evolución de la úlcera ha sido favorable, estable o desfavorable según protocolo aplicado.
 - . Tipo de úlceras por presión tratadas. Dará a conocer si son úlceras nuevas, intrahospitalarias, extrahospitalarias o derivadas del hospital, cuando sea Atención Primaria quien realiza la evolución de los datos.
 - . Localización de las úlceras por presión. Nos dará a conocer qué puntos de apoyo o fricción del cuerpo son más afectados por las escaras.
 - . Clasificación de los grados de las úlceras por presión. Según su grado nos dará a conocer la evolución en el tratamiento, tiempo de curación, etc.

VIII. INVESTIGACION.

Una de las máximas preocupaciones de la sociedad es la calidad de vida y el mantenimiento de la salud. Por otra parte, la política de salud de un país necesita desarrollar una estrategia para aplicar los conocimientos y los recursos sanitarios a las necesidades y demandas sociales.

En este contexto, la investigación es un paso imprescindible para abordar la solución de los problemas y garantizar que las decisiones en política de salud se fundamenten científicamente y se prueben factibles. Investigar es, a fin de cuentas, cambiar el decir -yo pienso que- por decir "a la vista de lo que sabemos es muy difícil decir que esto sea falso".

Los cuidados de enfermería buscan promover la salud, el bienestar y la calidad de vida. La atención de enfermería va dirigida a individuos con una amplia variedad de problemas y discapacidades de salud, tanto agudas como crónicas entre las que se encuentran la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

La mejora de la calidad de la práctica clínica presupone una clara concepción del significado de la calidad de los cuidados de enfermería y de la investigación dirigida hacia una base de conocimientos acumulativos y coherentes.

La investigación en cuidados y, más concretamente, en úlceras por presión, tiene por objetivo desarrollar los conocimientos que guíen y apoyen todo el espectro de la práctica de enfermería. Estos conocimientos estarían relacionados con la ocurrencia de las úlceras, sus causas, su distribución, su historia natural, y su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se deberían identificar las características de los enfermos, clasificarlos en grupos, comparar los resultados clínicos correspondientes, analizar en términos biológicos, clínicos y estadísticos las diferencias encontradas e interpretar los hallazgos. Como ejemplo se pueden enumerar algunos objetivos de investigación que consideramos de especial relevancia:

- Factores que inciden con mayor frecuencia en la aparición de úlceras.
- Relación de cuidados de enfermería y prevención de riesgo de aparición de úlceras.
- Úlceras por presión. Coste y repercusión social.
- Planes de cuidados y proceso de curación de la úlceras. Tiempos, estancias.
- Estudio multicéntrico sobre distintos procedimientos de curación y cuidados en las úlceras por presión.
- Valoración de las diferentes escalas de medición.
- Diagnósticos de enfermería relacionados con la aparición de las úlceras.

ANEXOS

ANEXO 0

ENCUESTA DIETETICA 24 HORAS: RECOGIDA DE DATOS

DESAYUNO		
MEDIA MAÑANA		
COMIDA		
1º PLATO		
2º PLATO		
POSTRE		
MERIENDA		
CENA		
1º PLATO		
2º PLATO		
POSTRE		

ANEXO 0.1

RECOGIDA DE DATOS PARA EL CALCULO DE CALORIAS

ALIMENTO DISPUESTO PARA EL CONSUMO	Kcal.	Hidratos de carbono	Grasas	Proteínas	Vitamina C	Vitamina B1	Vitamina B2	Niamicina	Calcio	Hierro

ANEXO 0.2

INGESTAS RECOMENDADAS DE ENERGIA Y NUTRIENTES PARA LA POBLACION ESPAÑOLA

EDAD Años	Kcal ⁽¹⁾	Kj.	(2) PROTEINA g	Ca mg.	Fe mg.	I µg.	Zn mg.	Mg mg.	TIAMINA mg.	RIBOFLAVINA mg.	EQUIVALENTES DE NIACINA mg.	ACIDO FOLICO µg.	VITAMINA B12 µg.	ACIDO ASCORBICO mg.	VITAMINA A EQUIVALENTE RETINOL µg	VITAMINA D µg	
Niños y Niñas																	
0 - 1/2	650	2720	14	500	7	35	3	60	0.3	0.4	4	40	0.3	50	450	10	
1/2 - 1	950	3975	20	600	7	45	5	85	0.4	0.6	6	60	0.3	50	450	10	
1 - 4	1250	5230	23	650	7	55	10	125	0.5	0.8	8	100	0.9	55	300	10	
4 - 6	1700	7113	30	650	9	70	10	200	0.7	1.0	11	100	1.5	55	300	10	
6 - 10	2000	8368	36	650	9	90	10	250	0.8	1.2	13	100	1.5	55	400	2.5	
Sexo masculino adolescentes y adultos																	
10 - 13	2450	10251	43	800	12	125	15	350	1.0	1.5	16	100	2.0	60	575	2.5	
13 - 16	2750	11506	54	850	15	135	15	400	1.1	1.7	18	200	2.0	60	725	2.5	
16 - 20	3000	12552	56	850	15	145	15	400	1.2	1.8	20	200	2.0	60	750	2.5	
20 - 40	3000	12552	54	600	10	140	15	350	1.2	1.7	20	200	2.0	60	750	2.5	
40 - 50	2050	11924	54	600	10	140	15	350	1.1	1.6	18	200	2.0	60	750	2.5	
50 - 60	2700	11297	54	600	10	140	15	350	1.0	1.4	16	200	2.0	60	750	2.5	
60 - 70	2400	10042	54	600	10	140	15	350	1.0	1.4	16	200	2.0	60	750	2.5	
> 70	2100	8786	54	600	10	125	15	350	0.8	1.3	14	200	2.0	60	750	2.5	
Sexo femenino adolescentes y adultos																	
10 - 13	2300	9623	41	800	10	115	15	300	0.9	1.4	15	100	2.0	60	575	2.5	
13 - 16	2500	10460	45	850	10	115	15	330	1.0	1.5	17	200	2.0	60	725	2.5	
16 - 20	2300	9623	43	850	10	115	15	330	0.9	1.4	15	200	2.0	60	750	2.5	
20 - 40	2300	9623	41	600	10	110	15	330	0.9	1.4	15	200	2.0	60	750	2.5	
40 - 50	2105	9142	41	600	10	110	15	330	0.9	1.3	14	200	2.0	60	750	2.5	
50 - 60	2075	8682	41	700	10	110	15	300	0.8	1.2	14	200	2.0	60	750	2.5	
60 - 70	1875	7845	41	700	10	110	15	300	0.8	1.1	12	200	2.0	60	750	2.5	
> 70	1700	7113	41	700	10	95	15	300	0.7	1.0	11	200	2.0	60	750	2.5	
Mujer gestante	+250	+1046	+15	+600	-	+25	+5	+120	+0.1	+0.2	+2	+200	+1.0	+20	-	+7.5	
Mujer lactante	+500	+2092	+25	+700	-	+45	+10	+120	+0.2	+0.3	+3	+100	+0.5	+26	-	+7.5	

(1) No se señalan necesidades de grasa pero se considera que este nutriente no debe sobrepasar el 30% de la energía total. En cuanto a la composición, el ácido linoléico debe suministrar entre el 2-6% de la energía.

(2) Las necesidades en proteína, se calculan para una calidad media de la dieta española de un NPU.70 (utilización neta de la proteína), excepto para los lactantes que se refieren a la proteína de leche.

ANEXO 0.3

INGESTAS RECOMENDADAS DE NUTRIENTES SEGUN EDAD Y SEXO

EDAD	PESO CORPORAL Kilo-gramos	ENERGIA Kilo-calorías **	PROTEINAS gramos	RETINOL (VIT. A) Micro-gramos	VIT. D Microg.	TIAMINA Miligramos	RIBO-FLAVINA Miligramos	NIACINA Milig.	ACIDO FOLICO Microgr.	VIT. B12 Microgr.	ACIDO ASCORBICO Miligr.	CA gramos	FE Miligr.
NIÑOS													
1	7,3	820	20	300	10,0	0,3	0,5	5,4	60	0,3	20	0,5-0,6	5-10
1-3	13,4	1360	23	250	10,0	0,5	0,8	9,0	100	0,9	20	0,4-0,5	5-10
4-6	20,2	1830	29	300	10,0	0,7	1,1	12,1	100	1,5	20	0,4-0,5	5-10
7-9	28,1	2190	35	400	2,5	0,9	1,3	14,5	100	1,5	20	0,4-0,5	5-10
Adoles. Varones													
10-12	36,9	2600	43	575	2,5	1,0	1,6	17,2	100	2,0	20	0,6-0,7	5-10
13-15	51,3	2900	53	725	2,5	1,2	1,7	19,1	200	2,0	30	0,6-0,7	9-18
16-19	62,9	3070	54	750	2,5	1,2	1,8	20,3	200	2,0	30	0,5-0,6	5-9
Adoles. Mujeres													
10-12	38,0	2350	41	575	2,5	0,9	1,4	15,5	100	2,0	20	0,6-0,7	5-10
13-14	49,9	2490	45	725	2,5	1,0	1,5	16,4	200	2,0	30	0,6-0,7	12-24
16-19	54,4	2310	43	750	2,5	0,9	1,4	15,2	200	2,0	30	0,5-0,6	14-28

** Calculadas para un cómputo químico del 70%
Tomada del Manual sobre Necesidades Nutricionales del hombre. Publicación FAO/OMS. Roma, 1975

ANEXO 0.4

SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONTENIDAS EN UNA RACION DE LOS ALIMENTOS COMUNES

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg) ²	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Leche entera de vaca (250 cc). 1 taza	162	8	7,5	300	0,25	300	0,1	0,5	0,25	5
Leche de cabra (250 cc). 1 taza	225	10	15	475	0,5	137	0,12	0,5	0,75	2,5
Leche entera polvo (250 cc) 30 grs.	147	7,8	8	276	0,18	300	0,09	0,4	0,24	1,5
Leche en polvo descremada (250 cc). 50 grs.	175	18	0,5	600	0,3	20	0,17	0,9	0,5	3
Leche condensada (250 cc). 2 cuch. 30 grs.	107,5	2,4	2,52	84	0,12	120	0,02	0,1	0,06	0,3
Requesón. 50 grs.	35	8	0,4	50	0,15	25	0,01	0,15	0,05	-
Queso de cabra. 50 grs.	87	9	5	150	0,5	20	0,005	0,35	0,1	-
Queso de bola. 50 grs.	176	13	14	450	0,5	155	0,005	0,22	0,05	-
Queso de Burgos 50 grs.	114	9,5	7,5	105	0,15	20	0,01	0,15	0,05	-
Queso de Cabrales 50 grs.	192,5	10,2	16,2	350	0,5	155	0,005	0,22	0,05	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg) ¹	VIT. B ₂ (mg) ²	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Queso Gruyère 50 grs.	210	15	16,5	350	0,5	200	0,005	0,22	0,05	-
Queso Camembert 50 grs.	152,5	9	23	81	0,2	120	0,02	0,23	0,2	-
Queso de nata 50 grs.	150	13	10,5	150	0,5	150	0,02	0,23	0,2	-
Queso Rochefort 50 grs.	182	11,2	15,2	350	0,2	150	0,01	0,22	0,2	-
Carne de cerdo,grasa 100 grs limpios	375	13	35	6	1,4	-	0,3	0,15	2,5	-
Carne de cerdo menos grasa 100 grs. limpios	280	15	25	8	1,7	-	0,6	0,2	3	-
Carne de ternera semigrasa 100 grs. limpios	190	19	12	10	2,1	40	0,06	0,16	3,6	-
Carne de ternera magra 100 grs. limpios	156	19,5	8	8	2,4	20	0,14	0,25	6,3	-
Carne de vaca grasa 100 grs.	300	17	25	10	2,5	50	0,06	0,15	3,35	-
Carne de vaca semigrasa 100 grs.	250	18	19	10	2,5	40	0,06	0,16	3,7	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Carne de vaca magra 100 grs.	200	19	13	11	2,5	30	0,07	0,17	4	-
Carne de oveja 100 grs. día (250 cc). 50 grs.	250	18	20	8	2,5	-	0,07	0,15	2,5	-
Carne de conejo 100 grs.	160	20	10	16	2,4	-	0,05	0,18	8	-
Carne pollo 100 grs.	200	18	15	12	1,5	-	0,10	0,16	8	-
Carne de pato 100 grs.	320	17	29	16	2	-	0,09	0,20	6	-
Carne de pavo 100 grs.	260	20	20	21	4	-	0,09	0,15	8	-
Higado de vaca 100 grs.	130	20	4	10	14	700	0,40	4,5	15	10
Riñones. 80 grs.	104	13,6	5,6	16	4,2	240	0,4	1,6	4,8	-
Sesos. 80 grs.	104	9,6	4,8	9,6	2,4	140	0,1	0,16	2,4	-
Vísceras en general. 80 grs	112	12,8	5,6	9,6	1,6	-	0,08	0,04	2,4	-
Carne de caballo 100 grs. limpios	120	18	5	10	2	-	0,08	0,15	4	-
Chorizo. 50 grs.	105	12	6	15	1,7	-	0,10	0,07	1,5	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Jamón magro 50 grs.	150	9	13	7	1	-	0,35	0,8	2,5	-
Mortadela. 50 grs.	95	10	6	7,5	1	-	0,10	0,03	1,2	-
Salchichón. 50 grs.	210	13	18	5	2,1	-	0,12	0,10	1,5	-
Salchichas Francfort. 80 grs.	160	12	11,2	7,2	1,8	-	0,15	0,16	-	-
Morcilla. 100 grs.	160	15	10	15	40	-	0,05	0,10	3	-
Un huevo	80	6	6	20	1,5	500	0,07	0,15	0,5	-
Arenques frescos 100 grs. limpios	160	19	8	100	1,1	-	0,05	0,15	3,5	-
Atún fresco 80 grs. limpios	144	16	8	30	0,9	80	0,08	0,16	2	-
Bacalao fresco 100 grs. limpios	75	17	0,5	20	0,6	-	0,06	0,08	2,2	-
Besugo fresco 100 grs. limpios	100	17	3,6	30	0,8	-	0,06	0,08	2,2	-
Bonito fresco 100 grs. limpios	120	16,8	4	28	0,08	-	0,04	0,08	2	-
Boquerones 100 grs. limpios	170	20	10	500	1	100	0,08	0,20	2,7	-
Caballa fresca 100 grs. limpios	175	20	10	40	12	100	0,08	0,20	2,7	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.i.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.i.)
Chicharros y Jureles 100 grs. limpios	170	20	10	20	1	100	0,08	0,20	2,7	-
Calamares 100 grs. limpios	80	14	1	144	1,7	250	0,07	0,07	2	-
Gallos 100 grs. limpios	85	18	1,3	30	0,8	-	0,07	0,07	2	-
Gambas y similares 100 grs. limpios	100	18	3	110	1,8	-	0,08	0,15	2,4	-
Langosta 100 grs. limpios	90	17	2	100	0,5	-	0,13	0,60	1,9	-
Langostinos 100 grs. limpios	115	18	4,3	190	1,7	-	0,08	0,15	2,4	-
Lenguado 100 grs. limpios	100	19	2,5	22	0,8	-	0,07	0,08	2	-
Merluza 100 grs. limpios	80	19	0,5	30	0,8	-	0,05	0,10	3	-
Mero 100 grs. limpios	90	19	0,7	30	1,5	-	0,10	0,05	3	-
Palometa 100 grs. limpios	125	19	0,7	30	1,5	-	0,05	0,08	2,2	-
Pescadilla 100 grs. limpios	75	17	0,5	28	0,8	-	0,06	0,08	2	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.i.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.i.)
Sardinias 100 grs. limpios	160	22	6,5	100	3	100	0,08	0,21	3	-
Trucha 100 grs. limpios	262	18	10	30	1	-	0,05	0,05	2,8	-
Pulpo 100 grs. limpios	60	13	0,3	40	2,5	-	0,02	0,07	2,3	-
Rape 100 grs. limpios	886	19	1,1	30	1,5	-	0,10	0,05	3	-
Bacalao seco 80 grs.	247	49,6	-	74	2	-	0,09	0,2	4,8	-
Atún y bonito en aceite. 50 grs.	150	11,5	11	21	0,6	50	0,02	0,1	5	-
Sardinias en aceite. 50 grs.	150	12,5	11	170	1,1	50	0,02	0,19	3,5	-
Garbanzos. 80 grs.	288	16	5,6	104	6,4	120	0,36	0,14	1,2	-
Judias secas blancas o pintas 80 grs.	264	16	2	104	5,6	24	0,28	0,16	1,6	-
Lentejas. 80 grs.	286	17	1,6	48	5,6	80	0,32	0,16	1,6	-
Acelgas 150 grs. limpios	33	3	0,45	150	3,8	4.200	0,08	0,09	0,6	52,5
Ajos. 25 grs. en un guiso	25	1,1	0,05	5	0,05	-	0,05	0,02	0,1	2,2

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.i.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.i.)
Alcachofas 150 grs. limpios	75	4,5	0,3	75	2,25	420	0,30	0,015	1,2	7,5
Apio, un tallo	5	1	-	202	0,2	-	0,027	0,028	0,2	3
Berenjenas 150 grs. limpios	40,5	1,5	0,3	30	1,2	45	0,06	0,06	1,2	7,5
Cardo 100 grs. limpios	18	0,5	0,2	100	1,5	-	0,01	0,03	0,2	1
Cebollas 100 grs. limpios de guarnición	40	1,4	0,2	35	1	50	0,03	0,04	0,2	1
Col de Bruselas 150 grs. limpios	70,5	7,5	0,4	-	2,25	300	0,24	0,24	1,4	135
Col repollo 150 grs. limpios	37,5	2,4	0,3	75	0,6	150	0,01	0,07	0,4	75
Colliflor 150 grs. limpios	45	4,5	0,45	38,5	1,5	150	0,22	0,15	0,9	112
Escarola 150 grs. limpios	20	1,7	0,2	80	1,7	2.300	0,07	0,12	0,4	11
Patatas 200 grs. limpios	170	4	0,2	20	1,2	-	0,20	0,06	3	40
Espárragos trigueros 150 grs. limpios	30	3	0,3	30	1,5	1.500	0,22	0,27	1,5	12

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Espinacas 150 grs. limpios	37,5	3,4	0,45	120	4,5	15.000	0,15	0,30	1,5	75
Guisantes frescos 100 grs. limpios.	85	6,6	0,4	25	2	6.000	0,35	0,20	2	25
Habas 100 grs. limpios	100	7	0,4	30	2	200	0,30	0,18	1,8	25
Berzas 150 grs. limpios	66	6,75	1,05	378	3,3	3.023	0,24	0,36	1,8	188
Judías verdes 150 grs. limpios	58	3,6	0,45	84	1,5	750	0,12	0,15	0,75	22,5
Lechuga 100 grs. limpios	16	1,3	0,2	30	0,8	2.000	0,04	0,08	0,2	18
Pepino 50 grs. limpios	6,5	0,4	0,5	7,5	0,15	10	0,02	0,02	0,1	10
Pimiento verde 150 grs. limpios	45	2,1	0,4	12	1,05	450	0,10	0,12	1,5	150
Pimiento rojo 150 grs. limpios	45	2,1	0,4	12	1,05	1.500	0,10	0,12	1,5	150
Rábano 100 grs. limpios	20	1	0,1	30	1,2	30	0,03	0,03	0,3	24
Remolacha 50 grs. limpios	21	1	0,5	12,5	0,5	10	0,01	0,03	0,2	5
Tomates 100 grs. limpios	20	1,1	0,3	11	0,6	1.000	0,07	0,04	0,5	20

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Zanahoria 100 grs. limpios	40	1,5	0,2	40	0,70	10.000	0,06	0,04	4,7	5
Albaricoque 150 grs. limpios	81	1,5	0,3	30	0,75	3.500	0,06	0,09	1,05	150
Cereza 150 grs. limpios	90	1,6	0,6	30	0,6	975	0,07	0,09	0,6	15
Ciruelas 150 grs. limpios	90	1,9	0,3	30	0,7	600	0,09	0,06	0,7	7,5
Fresas 100 grs.	40	0,8	0,6	28	0,8	60	0,03	0,07	0,3	60
Fresón 100 grs.	40	0,9	0,5	30	0,7	100	0,03	0,07	0,3	90
Higos 100 grs. secos	65	1	0,4	53	0,6	100	0,06	0,05	0,5	2
Mandarina 150 grs. limpios	64,5	1,2	0,3	49,5	0,6	300	0,12	0,045	0,3	6
Manzana 150 grs. limpios	82,5	0,6	0,6	9	0,45	150	0,06	0,045	0,3	6
Melocotón 150 grs. limpios	82,5	1,2	0,3	15	0,9	1.500	0,03	0,07	1,3	12
Melón 150 grs. limpios	37,5	1,05	0,3	30	0,75	1.800	0,07	0,06	0,9	45
Carne de membrillo. 80 grs.	60	0,32	0,08	4	0,32	360	0,008	0,016	0,56	-
Mermeladas 100 grs.	300	1	0,3	12	0,3	-	0,02	0,02	0,02	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.i.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.i.)
Naranja 150 grs. limpios	63	1,5	0,3	49,5	0,6	300	0,12	0,30	0,3	82,5
Naranja jugo 100 grs.	40	0,4	0,3	11	0,7	-	0,05	0,02	0,2	50
Pasa 50 grs.	140	1,5	0,4	40	1,5	40	0,6	0,55	0,8	1
Plátanos 150 grs. limpios	150	1,95	0,45	15	0,75	150	0,07	0,06	0,9	12
Pera 150 grs. limpios	90	0,9	0,45	15	0,45	30	0,03	0,06	0,2	7,5
Sandía 150 grs. limpios	33	0,7	0,15	3	0,3	300	0,03	0,045	0,3	7,5
Uvas 150 grs. limpios	97,5	1,3	0,6	28,5	0,9	120	0,09	0,06	1,36	7,5
Arroz. 80 grs.	288	5,6	0,64	0,8	0,88	-	0,06	0,02	1,36	-
Bollo suizo	315	8	7	40	1	-	0,07	0,03	-	-
Galletas María 60 grs.	288	4,2	4,2	27	0,72	-	0,04	0,03	0,6	-
Macarrones, fideos, etc. 80 grs.	288	8	0,48	16	0,8	-	0,09	0,04	0,8	-
Pan blanco 100 grs./1 Ración	280	8	0,8	30	1,4	-	0,11	0,06	1,1	-
Azúcar 10 grs./ración	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ANEXO 0.4 (Continuación)

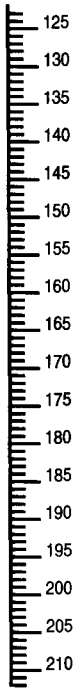
ALIMENTOS	CALORIAS	PROTEINAS (grs.)	GRASAS (grs.)	CALCIO (mg)	HIERRO (mg)	VIT. A (U.I.)	VIT. B ₁ (mg)	VIT. B ₂ (mg)	NIACINA (mg)	VIT. C (U.I.)
Miel. 30 grs./ración	90	0,09	-	1,5	0,24	-	0,01	0,01	0,36	0,9
Aceite. 50 cc. diarios persona	442	-	49,5	-	-	-	-	-	-	-
Chocolate 60 grs./ración	300	2,4	15	48	2,1	36	0,04	0,12	0,66	-
Mantequilla 30 grs./ración	216	0,18	24,6	5,1	0,03	960	-	-	-	-
Margarina 30 grs./ración	216	0,18	24,5	0,9	0,09	-	-	-	-	-
Tocino. 50 grs.	380	1,5	41	2,5	0,5	-	0,7	0,02	0,45	-

ANEXO I

NORMOGRAMA DE NORTON

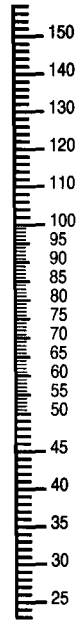
Talla

cm

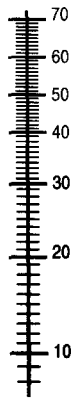


Peso

kg



IMC



A P E N D I C E S

APENDICE I

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CURACION EN CADA GRADO Y/O CARACTERISTICA DE LAS ULCERAS POR PRESION

GRADO I

Definición:

Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis.

Actuaciones de Enfermería:

- En caso de que haya presencia de dolor, consultaremos con el médico la posibilidad de pautar un analgésico antes de la cura.
- Limpieza con Suero Fisiológico al 0,9%
- Productos específicos:
 - * PASTA: Óxido de zinc.
 - * APOSITOS: Carboximetilcelulosa sódica.
 - * SOLUCIONES: Povidona yodada.
- Almohadillado y protección, si procede. Utilizaremos los métodos tradicionales de almohadillado:

ALGODON: Para protección de la zona (talones...), normalmente fijado con vendaje (pondremos la fecha del cambio y vigilancia cada 24 horas).

BADANA SINTETICA: Es más factible usarla en domicilio, ya que es para un sólo paciente, y además, con el lavado en los hospitales quedan muy ásperas y endurecidas. Lo utilizaremos encima de la sábana en contacto directo con las zonas de riesgo que queremos proteger.

GRADO II

Definición:

Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial.

Actuaciones de Enfermería:

- En caso de que haya presencia de dolor, (actuar como en grado I).
- Limpieza de arrastre con suero fisiológico al 0,9%
- Productos específicos:
 - * **PASTA:** Carboximetilcelulosa sódica.
 - * **POMADA:** Colagenasa
Fibrinolisisina.
 - * **GELES:** Copolímero de almidón.
Carboximetilcelulosa sódica.
 - * **APOSITOS:** Carboximetilcelulosa sódica.
Glicerina.
Hidrorreguladores.
Silicona
 - * **POLVO MICRONIZADO:** Catalasa.
- Almohadillado y protección (según se explica en grado I).

GRADO III

Definición:

Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

Actuaciones de Enfermería:

- En caso de que haya presencia de dolor, seguir la misma indicación que para grado I y II.
- Limpieza de arrastre con suero fisiológico al 0,9%..
- Actuación según la característica que presente la úlcera por presión en cada fase:

1. NECROSIS:

Definición:

Afectación tisular con dos apariencias , placa necrótica seca, dura y superficial o tejido esfacelado, húmedo y blando.

Objetivo:

Eliminar el tejido necrótico sin dañar el tejido sano, mediante:

- * Desbridamiento manual si procede.
- * Desbridamiento quirúrgico si procede.
- * Desbridamiento enzimático.

1.1. NECROSIS SECA:

Se recomienda hacer incisiones para que los productos puedan ser más efectivos.

- PASTA:** Carboximetilcelulosa sódica.
- POMADAS:** Colagenasa, Fibrinolisisina.
- GELES:** Copolímero de almidón, Carboximetilcelulosa sódica gel.
- APOSITO:** Carboximetilcelulosa sódica.

1.2. NECROSIS HUMEDA:

- PASTA:** Carboximetilcelulosa sódica.
- POMADA:** Colagenasa, Fibrinolisisina.
- GELES:** Copolímero de almidón, Carboximetilcelulosa sódica gel, Agar.
- ESPIRAL:** Carboximetilcelulosa sódica más Alginato cálcico.
- APOSITOS:** Espuma de poliuretano, Alginato cálcico, Carboximetilcelulosa sódica, Agar húmedo, Hidropolimérico, Glicerina, Carbón activado, Hidrorreguladores.
- GRANULOS:** Dextranómero, Carboximetilcelulosa sódica

2. EXUDACION:

- Objetivo:

Realizar la absorción del exceso de exudado.

- GELES:** Granulado de Agar.
- APÓSITOS:** Espuma de poliuretano, Alginato cálcico, Hidropolimérico, Glicerina, Carbón activado, Hidrorreguladores.
- GRANULOS:** Dextranómero, Carboximetilcelulosa sódica.

3.CAVITACION:

Rellenar el lecho de la úlcera con productos específicos.

PASTA:	Carboximetilcelulosa sódica.
GELES:	Copolímero de almidón. Carboximetilcelulosa sódica gel. Agar granulado.
CINTA:	Alginato cálcico
APOSITO:	Espuma de poliuretano. Alginato cálcico. Hidropolimérico Glicerina. Colágeno. Carbón Activado.
GRANULOS:	Dextranómero Carboximetilcelulosa sódica.

4. TUNELIZACION:

ESPIRAL: Carboximetilcelulosa sódica más Alginato cálcico.

5. GRANULACION:

PASTA:	Carboximetilcelulosa sódica.
GELES:	Copolímero de almidón. Carboximetilcelulosa sódica gel. Agar granulado.
APOSITO:	Carboximetilcelulosa sódica. Agar húmedo. Glicerina. Colágeno Hidrorreguladores.

- Almohadillado y protección (según se explica en grado I).

GRADO IV

Definición:

Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén (por ej.: tendón, cápsula articular). Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

Actuaciones de Enfermería:

- En caso de que haya presencia de dolor, seguir la misma indicación que para los grados I ,II y III.
- Limpieza de arrastre con suero fisiológico al 0,9%.
- Actuación según la característica que presente la úlcera por presión en cada fase.

1. NECROSIS HUMEDA:

Definición:

Tejido esfacelado húmedo y blando.

Objetivo:

El mismo que para grado III.

POMADA:	Colagenasa Fibrinolisisina
GELES:	Carboximetilcelulosa sódica gel. Agar granulada.
APOSITO:	Alginato cálcico Agar húmedo. Glicerina. Carbón activado.

2. EXUDACION:

Absorción de exceso de exudado.

- GELES:** Agar granulado.
CINTA: Alginato cálcico.
APOSITO: Espuma de poliuretano.
Alginato cálcico.
Hidropolimérico.
Glicerina
Carbón activado.
GRANULOS: Dextranómero

3. CAVITACION

Rellenar el lecho de la úlcera con productos específicos.

- GELES:** Carboximetilcelulosa sódica gel.
Agar granulado
APOSITO: Espuma de poliuretano.
Alginato cálcico.
Hidropolimérico.
Glicerina.
Carbón activado.
GRANULOS: Dextranómero.

4. TUNELIZACION:

- CINTA:** Alginato cálcico.

5. GRANULACION:

- GELES:** Carboximetilcelulosa gel.
Agar granulado.
APOSITO: Agar húmedo.
Glicerina
- Almohadillado y protección (según se explica en grado I).

INFECCION

Si hay signos de infección, se consultara con el médico para instaurar el tratamiento adecuado.

OBJETIVO:

Eliminar la infección.

Actuaciones de Enfermería:

- CULTIVO:

Realizar toma de exudado o de muestra al menor signo de infección, siguiendo las indicaciones del laboratorio de cada centro.

- LIMPIEZA:

Suero fisiológico al 0,9%.

Si sospecha de infección por anaerobios, utilizar peróxido de hidrógeno (Agua Oxigenada diluida al 3% o 6%).

- Productos Específicos:

GELES: Copolímero de almidón.

CINTA: Alginato cálcico.

APOSITO: Alginato cálcico.

Glicerina.

Colágeno.

Carbón activado.

- Almohadillado y protección (según se explica en grado I).

CURACION DE LAS ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

En pacientes en fase terminal la curación de las úlceras por presión estará supeditada a conseguir el máximo **CONFORT Y BIENESTAR** de una forma continuada, sin utilizar procedimientos agresivos.

Valoración:

- A** - Estado general del paciente.
- B**.- Pronóstico del paciente.
- C**.- Localización de la úlcera..
- D**.- Presencia de dolor.
- E**.- Evaluación y registro.

Actuaciones de Enfermería:

- En caso de que haya presencia de dolor, consultaremos con el médico la posibilidad de pactar un analgésico antes de la cura.
- Limpieza con suero fisiológico al 0,9%.
- Utilización de productos específicos en la medida que contribuyan al **CONFORT Y BIENESTAR** del paciente.
- Almohadillado y protección de la úlcera por presión si procede igual que en grado I.

APENDICE II

PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION

PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION.

Se realiza una clasificación general según la PRESENTACION del preparado y dentro de ésta, una clasificación por la composición del producto, especificando en cada uno las indicaciones, recomendaciones especiales, interacciones y contraindicaciones para su aplicación, ya sean éstas propuestas por los laboratorios, o bien comprobadas por la experiencia de los profesionales implicados en la elaboración del listado.

A. PASTAS, POMADAS, GELES, CINTAS Y/O ESPIRALES.

PASTAS: Óxido de zinc, Carboximetilcelulosa sódica.

POMADAS: Colagenasa, Fibrinolisisina.

GELES: Copolímero de almidón, Carboximetilcelulosa gel, Agar granulado.

CINTAS Y/O ESPIRALES: Alginato cálcico, Carboximetilcelulosa sódica más Alginato cálcico.

B. APÓSITOS

HIDROCELULARES: Espuma de poliuretano

ALGINATO: Alginato cálcico.

HIDROCOLOIDE: Carboximetilcelulosa sódica.

HIDROGELES: Agar, Hidropolimérico.

GLICERINA: Glicerina.

COLAGENO: Colágeno.

CARBON: Carbón activado.

SILICONA: Gel de silicona.

HIDRORREGULADOR: Carboximetilcelulosa sódica más Alginato cálcico.

C. SOLUCIONES.

SUERO SALINO ISOTONICO: Cloruro sódico al 0,9%.

AGUA OXIGENADA: Peróxido de hidrógeno.

ACIDO ACETICO: Acido acético al 5%

POVIDONA YODADA: Povidona yodada al 10 %.

D. GRÁNULOS Y POLVO.

DEXTRANOMERO: Dextranómero.

HIDROCOLOIDE: Carboximetilcelulosa sódica.

POLVO MICRONIZADO: Enzima de Catalasa.

CONTRAINDICACIONES GENERALES DE LOS PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION.

- Hipersensibilidad a los componentes.

PRESENTACION, COMPOSICION DEL PRODUCTO, INDICACIONES, RECOMENDACIONES ESPECIALES, INTERACCIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION.

A.1- PASTAS:

OXIDO DE ZINC

- Composición:** Óxido de zinc.....
- Indicación:** Úlceras por presión de grado I
- Recomendación:** Úlceras por presión de grado I. Eliminar los restos de pomada con vaselina líquida o con aceite, para disolver el producto sin dañar los tejidos por fricción o arrastre.
- Interacción:** No descritas.
- Contraindicación:** No descritas.

HIDROCOLOIDE

- Composición:** Carboximetilcelulosa sódica.....
- Indicación:** Úlceras por presión de grado II y III
- Recomendación:** Úlceras por presión de grado II,III, necrosis, activa el tejido de granulación y en úlceras cavitadas.
- Interacción:** No descritas.
- Contraindicación:** Úlceras por presión de grado IV y en úlceras infectadas.

A.2- POMADAS:

Al hablar de pomadas, nos referimos a las **enzimáticas**, de las cuales existen muchas en el mercado, aunque actualmente la curación de las Ulceras por presión se realiza principalmente con dos tipos.

COLAGENASA

Composición: Colagenasa

Indicación: Desbridamiento de tejido necrótico seco o esfacelos.

Recomendación: Ulceras por presión de grados: II - III y IV, aplicar en capa fina (2-3 mm.), cubriendo con gasa estéril humedecida con Suero Fisiológico al 0,9%.

Interacción: Con antisépticos, detergentes y jabones.

Contraindicación: Pacientes que presenten hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Ulceras infectadas.

FIBRINOLISINA

Composición: Fibrinolisisina.....

Indicación: Desbridamiento de tejido necrótico seco o esfacelos.

Recomendación: Ulceras por presión de grados II - III y IV, aplicar en capa fina (2 - 3 mm.) cubriendo con gasa estéril humedecida con Suero Fisiológico al 0,9%.

Interacción: Preparados de mercurio y materiales de origen bovino.

Contraindicación: Hipersensibilidad a algunos de sus componentes.
Hiperemia local.

A.3- GELES:

COPOLIMERO DE ALMIDON

Composición: Copolímero de almidón.....

Indicación: Favorece la desbridación, la granulación y la epitelización de las úlceras por presión. Se puede utilizar en úlceras infectadas.

Recomendación: En úlceras por presión de grados II y III , en necrosis, cavitadas y / o infectadas. Aplicar en capa de 5 mm. de espesor aproximado.

Interacción: No descritas.

Contraindicación: No descritas.

CARBOXIMETILCELULOSA SODICA

- Composición:** Carboximetilcelulosa sódica en forma de gel.....
- Indicación:** En úlceras por presión de grado III y IV, con presencia de tejido necrótico seco o esfacelado.
- Recomendación:** En úlceras por presión de grado II,III y IV, con tejido necrótico y / o de granulación y cavitadas. Aplicar en capa de 5mm. de espesor.
- Interacción:** No descritas.
- Contraindicación:** No se conocen.

AGAR

- Composición:** Agar en forma de gel.....
- Indicación:** Úlceras por presión de grado III y IV, con acción desbridante y absorbente.
- Recomendación:** En úlceras por presión de grado III y IV con tejido necrótico húmedo , en exudación y en fase de granulación.
En úlceras cavitadas aplicar rellenando las 3/4 partes del lecho.
- Interacción:** No descritas.
- Contraindicación:** En úlceras por presión infectadas y en necrosis secas.

A.4- CINTAS Y / O ESPIRALES.

ALGINATOS

- Composición:** Extracto de algas (alginato cálcico).....
- Indicación:** Úlceras por presión de grado III y IV, infectadas, exudativas posee propiedades hemostáticas.
- Recomendación:** Úlceras por presión de grado III y IV, tunelizadas, infectadas, y exudativas.
- Interacción:** Con antisépticos locales.
- Contraindicación:** En úlceras por presión con tejido necrótico seco y en pacientes que presenten intolerancia al Alginato cálcico.

CARBOXIMETILCELULOSA SODICA

- Composición:** Carboximetilcelulosa sódica y alginato cálcico.....
- Indicación:** En úlceras por presión de grado III y IV muy exudativas, tejido necrótico húmedo.
- Recomendación:** En úlceras por presión de grados III y IV, con necrosis húmeda, tunelizadas y exudativas.

Interacción: Con antisépticos locales.
Contraindicación: Úlceras por presión secas e infectadas.

B. APOSITOS:

Se considera como apósitos, aquellos productos comercializados como tales, adherentes o no adherentes, con propiedades específicas para la curación de las úlceras por presión. No está incluido en este apartado el apósito convencional de gasa o compresa estéril, fijado con adhesivo, ya que se considera como complemento para la oclusión o el almohadillado de la lesión.

HIDROCELULARES:

ESPUMA DE POLIURETANO

Composición: Espuma de poliuretano.....
Indicación: Úlceras por presión de grado III y IV, exudativas.
Recomendación: Úlceras por presión de grado III y IV, exudativas, cavitadas.
Interacción: Con el peróxido de hidrógeno y soluciones de hipoclorito disminuye su capacidad de absorción.
Contraindicación: Úlceras por presión infectadas y en necrosis seca.

ALGINATO:

ALGINATO CALCICO

Composición: Extracto de algas.(alginato cálcico).....
Indicación: Úlceras por presión de grado III y IV, exudativas, infectadas, tiene acción hemostática.
Recomendación: Úlceras por presión de grado III y IV, con necrosis húmeda, exudativas, cavitadas y / o infectadas.
Interacción: Con antisépticos locales.
Contraindicación: En necrosis seca.

HIDROCOLOIDE:

CARBOXIMETILCELULOSA SODICA

Composición: Carboximetilcelulosa sódica.....
Algunos tienen una presentación transparente.
Indicación: Úlceras por presión de grado I, II y III .
Recomendación: Úlceras por presión de grado I, II y III, con tejido necrótico y / o de granulación. Colocar el apósito sobrepasando los bordes de la lesión. La presentación transparente se debe utilizar en úlceras por presión de grado I.

Interacción: No se conoce.

Contraindicación: En úlceras por presión de grado IV e infectadas.

HIDROGELES:

AGAR

Composición: Agar.....
Presentación húmeda.

Indicación: Úlceras por presión de grado III y IV.

Recomendación: Úlceras por presión de grado III y IV, necrosis húmeda y tejido de granulación. Colocar el apósito sobrepasando los bordes de la lesión.

Interacción: No conocidas.

Contraindicación: En úlceras por presión infectadas y en necrosis seca.

HIDROPOLIMERICICO

Composición: Gel hidropolimérico.....

Indicación: Úlceras por presión de grado III y IV, exudativas.

Recomendación: Úlceras por presión de grado III y IV, exudativas, cavitadas
Colocar el apósito sobrepasando los bordes de la lesión.

Interacción: No se conocen.

Contraindicación: Úlceras por presión con tejido necrótico seco, e infectadas.

GLICERINA:

Composición: Glicerina.....

Indicación: En úlceras por presión de grado II,III y IV, e infectadas.

Recomendación: Úlceras por presión de grado II,III y IV, infectadas, cavitadas.
activa la granulación, acción desbridante, absorbe exudado.
Colocar el apósito sobrepasando los bordes.

Interacción: No se conocen.

Contraindicación: No se conocen.

COLAGENO:

Composición: Colágeno heterólogo liofilizado.

Indicación: Úlceras por presión de grado III y IV e infectadas, favorece la granulación y la epitelización.

Recomendación: Úlceras por presión de grado III y IV , infectadas, cavitadas. El cambio del apósito no se realizará hasta que se compruebe su total absorción por la úlcera. Favorece el tejido de granulación.

Interacción: No se conocen.

Contraindicación: No se conocen.

CARBON ACTIVADO:

Composición: Carbón activado.....

Indicación: Úlceras por presión exudativas de grado III y IV. Posee acción desbridante y bactericida.

Recomendación: Inhibidor del mal olor. Úlceras por presión de grado III y IV infectadas, cavitadas y exudativas.

Interacción: No se conocen.

Contraindicación: No se conocen.

SILICONA:

Composición: Gel de silicona.....

Indicación: Úlceras por presión de grado II, favorece la epitelización.

Recomendación: Úlcera por presión de grado II.

Interacción: No se conoce.

Contraindicación: No se conoce.

HIDRORREGULADORES:

Actualmente se están incorporando al mercado productos combinados de Hidrocoloide y Alginato, que complementan sus acciones y aumentan su capacidad de absorción.

CARBOXIMETILCELULOSA SODICA:

Composición: Carboximetilcelulosa sódica más Alginato cálcico.

Indicación: Úlceras por presión de grado II y III

Recomendación: Úlceras por presión de grado II y III., en necrosis, exudativas y ayuda a la granulación. Colocar el apósito sobrepasando los bordes de la úlcera.

Interacción: No se conocen.

Contraindicación: Úlceras por presión de grado IV e infectadas.

C. SOLUCIONES:

SUERO SALINO ISOTONICO

SUERO FISIOLÓGICO AL 0,9%

Composición: Solución de cloruro sódico al 0,9%.

- Indicación:** Limpieza de las úlceras por presión, arrastre de cuerpos extraños y aportación del grado de humedad necesario para la cicatrización.
- Recomendación:** Limpieza de las úlceras por presión en todos los grados.
- Interacción:** No se conocen.
- Contraindicación:** No se conocen.

AGUA OXIGENADA.

PEROXIDO DE HIDROGENO

- Composición:** Peróxido de hidrógeno.
- Indicación:** Úlceras por presión contaminadas por anaerobios.
- Recomendación:** Úlceras por presión contaminadas por anaerobios. Diluir al 3 ó 6%, en concentraciones superiores puede lesionar el tejido de granulación.
- Interacción:** Con apósitos-hidrocelulares. Si no son eliminados los restos con suero fisiológico, disminuye la capacidad de actuación de los preparados absorbentes.
- Contraindicación:** Úlceras por presión en fase de granulación.

ACIDO ACETICO.

- Composición:** Acido acético al 5%.
- Indicación:** Disminución del mal olor, en úlcera por presión de Grado III y IV.
- Recomendación:** Úlceras por presión de Grado III y IV. Usar en dilución al 5%, aclarando posteriormente con suero Fisiológico 0,9%. Evitar el contacto con los bordes de la úlcera.
- Interacción:** Con la pomada de Colagenasa.
- Contraindicación:** Con la pomada de Colagenasa.

POVIDONA YODADA

- Composición:** Povidona yodada al 10 %.
- Indicación:** Acción bactericida de las úlceras por presión.
- Recomendación:** Úlcera por presión de grado I. No utilizar en lesiones abiertas. No dejar gasas impregnadas, ya que puede producir dermatitis de contacto. Aplicar en pinceladas y dejar que se seque.
- Interacción:** Se inactiva en contacto con la sangre. No debe combinarse con derivados mercuriales.
- Contraindicación:** Alergia al Yodo.

D. GRANULOS:

DEXTRANOMERO

- Composición:** Gránulos de dextranómero.....
- Indicación:** Úlceras por presión exudativas, fistulizadas o con bordes irregulares, y/o tejido necrótico húmedo.
- Recomendación:** Úlceras por presión de grado III y IV, exudativas, cavitadas. Utilizar con precaución, ya que tiene gran capacidad de absorción y puede secar el lecho de la úlcera.
- Interacción:** No se conocen.
- Contraindicación:** No se conocen.

HIDROCOLOIDE

CARBOXIMETILCELULOSA SODICA

- Composición:** Gránulos de Carboximetilcelulosa sódica.....
- Indicación:** Úlceras por presión de grado III, exudativas, con necrosis húmeda.
- Recomendación:** Úlceras por presión de grado III, exudativas, cavitadas. Utilizar con precaución ya que tiene gran capacidad de absorción y puede secar el lecho de la úlcera.
- Interacción:** No se conocen.
- Contraindicación:** Úlceras por presión de grado IV e infectadas.

E. POLVO MICRONIZADO:

CATALASA

- Composición:** Enzima de Catalasa.
- Indicación:** Úlceras por presión de grado II, favorece la granulación y la epitelización.
- Recomendación:** Úlcera por presión de grado II. Pulverizar a una distancia de 20-30 cm., para evitar dañar los tejidos.
- Interacción:** No se conocen.
- Contraindicación:** No se conocen.

CUADRO GENERAL DE PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION

PRODUCTO	GRADO	I		II		III		NECROSIS				IV							
		INFECC.	GRANUL.	INFECC.	GRANUL.	INFECC.	SECA	HUMEDA	EXUDAC.	CAVITAD.	TUNELIZ.	GRANUL.	INFECC.	NECROS.	EXUDAC.	CAVITAD.	TUNELIZ.	GRANUL.	
PASTA	OXIDO DE ZINC	X																	
	HIDROCOLOIDE		X				X	X											
	COLAGENASA			X			X	X											
	FIBRINOLISINA			X			X	X											
GELES	COPOLIMERO DE ALMIDON				X		X	X											
	CARBOXMETIL-CELUL. SODICA			X			X	X											
	AGAR				X		X	X											
	ALGINATO CALCICO				X		X	X											
CINTA Y/O ESPIRAL	HIDROCOLOIDE + ALGINATO					X													
	HIDROCELULAR.					X													
	ALGINATO CALC.				X		X	X											
	HIDROCOLOIDE	X			X		X	X											
APOSITOS	AGAR				X		X	X											
	HIDROPOLIM.				X		X	X											
	GLICERINA			X			X	X											
	COLAGENO				X		X	X											
	CARBON ACT.				X		X	X											
	SILICONA						X	X											
	HIDROREGUL.			X			X	X											
	HIDROCOLOIDE TRANSPARENTE	X																	
	FISIOLOGICO 0.9%	X				X		X											
	AGUA OXIGENADA AC. ACETICO			X		X		X											
SOLUCIONES	P. YODADA	X																	
	Dextranmero																		
GRANULO	HIDROCOLOIDE					X													
	CATALASA			X															
POLVO MICRONIZADO																			

IX- BIBLIOGRAFIA

- Barnes H.- Aplicación alternativa de apósitos transparentes e hidrocoloides. Rev. Nursing nº 51, pag. 51-53. Diciembre 1993
- Barr J. y Col.- Clinical evaluation of a hydrocolloid/alginate absorption dressing. Poster presentado en la 5th European Conference on Advances in Wound Management. Harrogate. U.K. 1995.
- Bedia Collantes A.R. y Col.- Úlceras de extremidades inferiores. Rev. Rol de Enfermería nº 150. Febrero 1991.
- Benezet P. et Col.- Appréciations sur les soins d'escarres talonnières et sacrées avec un pansement à base d'hydrocolloïdes dans un centre de réadaptation fonctionnelle. Rev. Actualités Pharmaceutiques nº 255. Pag.42,43. Junio 1988.
- Carpenito I.J.- Diagnóstico de Enfermería, 5ª ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1995.
- Colina J.- Atención de enfermería a pacientes con úlceras por presión. Rev. Rol de enfermería 1985. Nº 113., Pg. 41-52. Enero 1995
- Collier J. et Col.- Ensayo clínico multicéntrico comparando el apósito de gel hidropolimérico tielle y un apósito hidrocoloide para el tratamiento de úlcera de pierna. Dossier Laboratorio Johnson and Johnson. Noviembre 1991.
- De la Maza M.- Atención de enfermería en la prevención de úlceras por decúbito a paciente susceptibles hospitalizados. Tesina de Licenciatura. Escuela de enfermeras Carlos Van Buren. Universidad de Chile. Valparaiso 1980.
- De Bast C.- Comparación de la acción respectiva de la catalasa y su excipiente, Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Saint Pierre y Brugmann. Bruselas. Dossier Laboratorios Fournier.
- Dufourmentel Cl. y Col.- Ensayo clínico a doble ciego de catalasa servicio de cirugía plástica reconstructiva. Hospital San Luis, Paris. Dossier Laboratorio Fournier.
- Gómez Erice T.- Úlceras por presión, calidad de cuidados de enfermería. Málaga. Año 1991.
- Helaly P.- Trastornos de la cicatrización de las heridas, tratamiento enzimático, estudio multicéntrico doble ciego. Rev. Praxis nº 52. Pags. 1428-1434. Año 1988.
- Hodge J. and Mounter J.: Clinical trial of the Norton scale in acute care settings. Journal advanced nursing, 8:39-46, 1990.
- Johnson and Johnson P.P. Medical.- Tratamiento de las heridas según su color. Rev. Rol de enfermería nº 187. Marzo 1994.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los Indicadores Clínicos. Control de Calidad asistencial 1991;6:65-74
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Garantía de calidad. Atención Primaria de Salud. Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación. Pag. 26-27. Año 1994.

- Kickhofen B.- Propiedades físicas y químicas de geliperm apósito en forma de hidrogel Rev. Biomaterials vol nº 7. Enero 1985.
- King E.M., Dyer L.- Técnicas de enfermería. Ed. Interamericana. Pag. 414, 419.
- Kozier, Erb, Olivieri.- Enfermería Fundamental: conceptos, procesos y práctica 4ª ed. Tomo 2 Interamericana Mcgraw-Hill. Madrid 1994.
- López Corral J.C.- Actuación de enfermería ante las úlceras y heridas. Editorial Luzan S.A. 1992.
- López Mulet M. y Col.- El paciente protagonista de su propia curación. Rev. Rol de enfermería nº 154, pag.67 - 73. Año 1991.
- Luis Mt.- Diagnósticos de enfermería:Un instrumento para la práctica asistencial. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1993.
- Manual de procedimientos de enfermería de Atención Primaria. Gerencia de A.D. Mallorca. Insalud 1992.
- Martín C., Argüello T., Barrio R.- Relación entre el estado nutricional del paciente y úlceras por presión. Rev. Enfermería científica, nº 110. Pag. 14-17. Mayo 1991
- Martínez P. y Sanz C.- Organización de los programas de calidad asistencial en enfermería. Todo hospital, 80:39-47, 1991.
- McMullen D.- Experiencia clínica con un apósito de alginato cálcico. Rev. Dermatology nursing nº 4. Pag. 216-271. Año 1991.
- Media Collantes AR. y Col.- Úlceras de extremidades inferiores. Rev. Rol de enfermería nº 150 febrero 1991.
- Motta Glenda J.- Los apósitos más idóneos, cómo retienen la humedad y activan la cicatrización. Rev. Nursing. Agosto-Septiembre 1994.
- Motta Glenda J. y Col.- Saving money using an absorbent dressing in the skilled nursing facility. Dossier laboratorio Indas. Año 1992.
- North American Nursing Diagnosis. Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación. Mosby/Doyma libros. Madrid 1995.
- Norton D.-Nursing care of the immobile patient. En: Walker Wf. Taylor Dem, Eds. Intensive Care. Edimburgo: Churchill Livingstone, Pag. 208,215. 1975
- Pancorbo P. y Alcazar MªJ.- Colchón de aire. Prevenir úlceras. Rev. Rol de enfermería, 183:75-78, 1993.
- Peña Fernández M. y Col.- Implante de colágeno a propósito de 24 observaciones clínicas. Dossier laboratorios euro-klee, s.L.
- Rodríguez Rocha C.- Úlceras crónicas, un protocolo de cuidados y tratamiento. Rev. Rol de enfermería nº 177. Mayo 1993.
- Romá M., Navarro T, Ruiz Galiano P.- Úlceras de piel. Reto para enfermería. Rev. Rol nº 136. Pág. 31-40.

- Romá M. y Col.- Úlceras de piel, reto para la enfermería. Rev. Rol de enfermería nº 136, diciembre 1989.
- Rousseau P.- Comparación de las propiedades fisicoquímicas de varios apósitos hidrocoloides, Rev. Heridas Vol 3 (1) pag. 43-48. Año 1991.
- Sabern M.- Cuidados domiciliarios de las úlceras por presión. Rev. Nursing Pág. 50-53. Dic. 1987.
- Saez de Parayuelo V. y Col.- Prevención de úlceras por presión con un apósito hidrocoloide extrafino. Rev. Enfermería clínica .Vol 5, nº 6. Pag. 243 - 249 noviembre - diciembre 1995
- Sánchez Zaplana I.- Apósito para heridas en forma de hidrogel. Rev. Rol de enfermería nº 114, pag 61 - 64. Febrero 1988.
- Santos I.- Fisiología y estructura de la catalasa. Rev. El farmacéutico nº 27. Julio-agosto 1986.
- Shannon M.L.- Cinco nociones erróneas sobre úlceras por decúbito. Nursing (ed. Española) pag. 8-12. Julio-Agosto 1985,
- Sistema Nacional de Salud- Aplicaciones locales para las heridas I, limpiadores, antibacterianos y desbrindantes. Rev. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol 16, nº 1, pag. 10-13. Año 1992.
- Sydnor Katherine H. y Col.- Un nuevo apósito para el tratamiento de las ulceraciones en talones. Dossier laboratorio Indas.
- Thomas S. y Col.- Sorbsan in the management of leg ulcers. Rev. The Pharmaceutical Journal, nº 243. Año 1989.
- Torra I Bou J., Enric y Col.- Tratamiento de úlceras por presión a domicilio. Rev. Rol de enfermería nº 205, pag. 23-30. Septiembre 1995.
- Ugalde M., Rigol A.- Diagnósticos de enfermería, taxonomía N.A.N.D.A. Masson S.A. Barcelona.
- Vandeputte J. y Col.- Management of complex wounds with a new hydrogel. Dossier laboratorio Indas. Año 1993
- Varea S. y Col.- Apósitos oclusivos en la curación de úlceras por decúbito. Rev. Rol de enfermería nº 124.
- Waterlow J.- A Policy that Protects. The Waterlow pressure sore prevention/treatment policy. Professional nurse, 6:258, 260, 262-264. 1991.
- Williams C.- Viabilidad de tejidos. Rev. British journal of nursing. Vol. 4, Nº 1. Año 1995.
- Wunderlich Uwe et Col.- Tratamiento de úlcera cruris venosa con apósitos de carbón activo. Rev. El dermatólogo nº 15. Pags. 91-95. Año 1991.PP

