

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO – GARANTÍA DE LA CALIDAD	

PROPÓSITO

Identificación objetiva y precisa del riesgo de presentar lesiones por presión en los pacientes atendidos en el programa domiciliario con la aplicación de la escala de Braden-Bergstrom en pacientes, para disminuir la incidencia de las lesiones por presión en los pacientes atendidos.

ALCANCE

La escala de Braden se aplicará a todos los pacientes que ingresan al programa domiciliario.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Lesión de presión:

Una lesión de presión se localiza el daño a la piel y / o tejido blando subyacente generalmente sobre una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo médico o de otro tipo. La lesión puede presentar la piel intacta o como una lesión abierta y puede ser doloroso. La lesión se produce como resultado de la presión o presión intensa y / o prolongada en combinación con cizallamiento. La tolerancia de los tejidos blandos para la presión y el cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, nutrición, perfusión, comorbilidades y condición de los tejidos blandos.

Estadio 1 Lesiones Presión: eritema y no blanquea la piel intacta

La piel intacta con un área localizada de eritema y no blanquea, que puede aparecer de manera diferente en la piel con pigmentación oscura. La presencia de eritema blanquea o cambios en la sensibilidad, la temperatura o la firmeza puede preceder a cambios visuales. Los cambios de color no incluyen decoloración púrpura o marrón; estos pueden indicar una lesión presión del tejido profundo.

Estadio 2 Lesiones Presión: pérdida de piel de espesor parcial con dermis expuesta

Pérdida parcial del grosor de la piel con dermis expuesta. El lecho de la herida es viable, rosa o rojo, húmedo, y también puede presentarse como una ampolla llena de suero intacto o roto. Adiposo (grasa) no es visible y tejidos más profundos no son visibles. El tejido de granulación, Slough y escaras no están presentes. Estas lesiones resultan comúnmente de microclima adversa y de corte en la piel sobre la pelvis y el esfuerzo cortante en el talón. Esta etapa no debe ser usado para describir la humedad asociada daño de la piel (MASD) incluyendo dermatitis incontinencia asociada (IAD), dermatitis intertriginosa (ITD), relacionados con adhesivo lesión médico de la piel (MARSi) o las heridas traumáticas (desgarros de la piel, quemaduras, abrasiones).

Estadio 3 Lesiones Presión: pérdida de piel en todo su espesor

la pérdida de grosor completo de la piel, en el que adiposo (grasa) es visible en la lesión y granulación de tejidos y epibole (bordes de la herida laminados) a menudo están presentes. Slough y / o escara puede ser visible. La profundidad del daño tisular varía según la localización anatómica; zonas de adiposidad significativa pueden desarrollar heridas profundas. Socavar y se puede producir un

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO–GARANTÍA DE LA CALIDAD	

túnel. Fascia, músculo, tendones, ligamentos, cartílago y / o hueso no están expuestos. Si necrótico o costra oscurece el grado de pérdida de tejido se trata de una lesión de presión Unstageable..

Estadio 4 Lesiones Presión: piel de grosor completo y la pérdida de tejido

piel y el tejido pérdida de grosor completo con fascia expuesta o directamente palpable, músculos, tendones, ligamentos, cartílago o hueso de la lesión. Slough y / o escara puede ser visible. Epibole (bordes laminados), lo que socava y / o a menudo se producen efecto túnel. Profundidad varía según la localización anatómica. Si necrótico o costra oscurece el grado de pérdida de tejido se trata de una lesión de presión Unstageable.

Unstageable Lesiones Presión: oculta la piel y el tejido pérdida de espesor total

La piel de grosor completo y la pérdida de tejido en el que el grado de daño a los tejidos dentro de la lesión no se puede confirmar porque está oscurecida por slough o escara. Si se elimina necrótico o costra, se dará a conocer una lesión por presión en estadio 3 o 4 Etapa. escara estable (es decir seco, adherente, intacto y sin eritema o fluctuación) en una extremidad isquémica o el talón (s) no debe ser removido.

Lesión profunda presión del tejido: persistente de color rojo oscuro y no blanquea, marrón o púrpura decoloración

La piel intacta o no intacta con el área localizada de la persistencia de color rojo oscuro y no blanquea, marrón, decoloración púrpura o separación epidérmica revelando un lecho de la herida oscura o sangre llena de ampollas. El dolor y el cambio de temperatura a menudo preceden a los cambios de color de la piel. La decoloración puede aparecer de manera diferente en la piel con pigmentación oscura. Los resultados de esta lesión intensa presión y / o prolongado y fuerzas de cizallamiento en la interfase hueso-músculo. La herida puede evolucionar rápidamente para revelar el alcance real de la lesión tisular, o puede resolverse sin pérdida de tejido. Si el tejido necrótico, tejido subcutáneo, tejido de granulación, fascia, músculo u otras estructuras subyacentes son visibles, esto indica una lesión completa presión espesor (Unstageable, Estadio 3 o Estadio 4). No utilice para describir DTPI vascular, traumática, neuropático, o afecciones de la piel.

Dispositivos Médicos Lesiones Presión relacionadas:

Lesiones de presión relacionados con el dispositivo médico como resultado de la utilización de dispositivos diseñados y aplicados con fines de diagnóstico o terapéuticos. La lesión resultante de presión se adapta generalmente al patrón o la forma del dispositivo. La lesión debe clasificarse utilizando el sistema de estadificación.

Lesiones Presión: lesión de la mucosa de presión de membrana se encuentra en las membranas mucosas con una historia de un dispositivo médico en uso en la ubicación de la lesión. Debido a la anatomía del tejido estas lesiones no pueden ser por etapas.

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO – GARANTÍA DE LA CALIDAD	

PRESIÓN: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad provocando un aplastamiento tisular V entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (silla, cama, sonda). La formación de una lesión de presión depende tanto de la presión que se ejerce sobre una zona de la piel como el tiempo que se mantiene esa presión.

FRICCIÓN: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento o por arrastre en el paciente en cama o sentado, el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción especialmente durante la movilización.

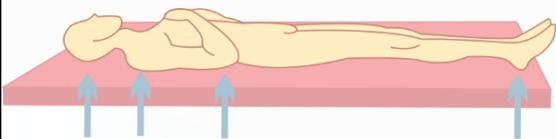
CIZALLAMIENTO: Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra, por ejemplo, cuando se eleva la cabecera de la cama y cuando los pacientes sentados en una silla se deslizan hacia abajo

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN Las lesiones por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente. Habitualmente las localizaciones más frecuentes van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo: sacro, talón, trocánter, glúteos, maléolos, región occipital y en los neonatos en el pabellón auricular.

Las lesiones por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente.

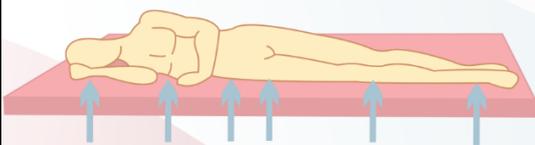
Habitualmente, las localizaciones más frecuentes van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo.

- **Posición supina**



En decúbito supino: región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca/occipital, coxis.

- **Posición Lateral**

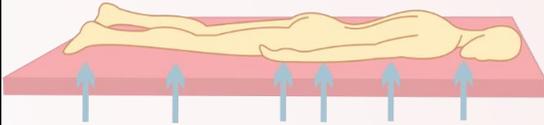


En decúbito lateral: maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas iliacas, cara interna de las

rodillas

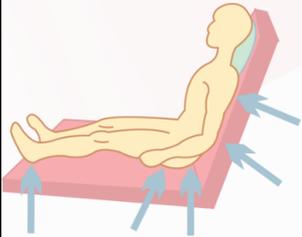
Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO–GARANTÍA DE LA CALIDAD	

- **Posición Prono**



En decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas ilíacas.

- **Posición Sedente**



En sedestación: omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos

Según el primer estudio nacional de Úlceras por presión en España (GNEAUPP), la localización de las úlceras por presión en los hospitales se distribuye de la siguiente forma:

Sacro: 50,45%

Talón: 19,26%

Trocánter: 7,64 %

Glúteo: 4,58%

Maléolo: 3,36%

Occipital: 3,36%

VALORACION DEL RIESGO LESION POR PRESION La utilización de una escala de valoración del riesgo de lesión por presión, nos facilitará la identificación del nivel del riesgo global y de los factores de riesgo presentes en ese paciente orientado la planificación de los planes de prevención. La escala de medición del riesgo que se ha escogido para esta actividad es la ESCALA DE BRADEN ya ha sido avalada por medio de investigaciones y se ha comprobado su utilidad en la detección del riesgo de lesiones por presión. La herramienta para la identificación del riesgo es el uso de un sticker que se pegará en la historia del paciente del programa, para facilitar la identificación del riesgo por todo el personal asistencial, con la respectiva educación al paciente y familiar sobre los cuidados. El diseño del sticker de identificación del riesgo es el siguiente:

Además, se anexará a la historia, la tabla de clasificación del riesgo que registrará la jefe el día

PERCEPCIÓN SENSORIAL: Es la capacidad para reaccionar por alguna molestia relacionada con la presión. En neonatos sería la respuesta ante la estimulación táctil o auditiva.

EXPOSICION A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad por sudoración, orina, cremas, líquidos y fluidos.

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO–GARANTÍA DE LA CALIDAD	

ACTIVIDAD: Es el nivel de actividad física que tiene el paciente: Deambulación o reposo en cama. En neonatos sólo se toma la valoración como en cama ya que evidentemente ellos no tienen deambulación.

MOVILIDAD: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo. Valoración *muy limitada* para neonatos hipoactivos.

NUTRICIÓN: Patrón usual de ingesta de alimentos. En neonatos, la valoración muy pobre, corresponde a neonatos sin vía oral. Probablemente *inadecuada* a la ingesta menor del 50% de los requerimientos nutricionales. *Adecuada* corresponde a la ingesta mayor del 50% de los requerimientos nutricionales y la *excelente* a la a la ingesta del 100% de los requerimientos nutricionales.

ROCE Y PELIGRO DE LESIÓN: Requerimiento de asistencia para moverse, que presentan deslizamiento involuntario, paciente que presenta espasticidad, contracturas o agitación. En neonatos la gran mayoría tendrían la valoración de *problema*, ya que requieren la máxima asistencia para ser movido. En caso de que el neonato tenga movimiento de sus extremidades y su cabeza adecuado para la edad gestacional, podría incluirse la valoración en **problema potencial** o **no existe problema aparente**.

PERFUSION TISULAR Y OXIGENACION: Evaluación de la presión arterial, estado ácido básico, saturación de oxígeno, hemoglobina y llenado capilar.

PASOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1.	Al ingresar el paciente al programa de HOME CARE de Therapy express o cuando se realicen las visitas mensuales por la enfermera jefe, debe identificar el riesgo de lesión Por Presión (LPP) en el paciente, por medio de la aplicación de las escalas.
2.	Una vez obtenido el resultado del riesgo bajo, medio o alto se implementarán las medidas preventivas para las LPP, las cuales serán efectuadas por el personal de enfermería, soporte nutricional, médicos tratantes, terapeutas.
3.	Clasificado el riesgo, se colocará el sticker de identificación del riesgo en la historia clínica.
4.	La Escala de Braden Bergstrom evalúa 6 variables: 1. Percepción sensorial, 2. Humedad, 3. Actividad, 4. Movilidad, 5. Nutrición

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO – GARANTÍA DE LA CALIDAD	

6. Fuerzas de cizallamiento y fricción

Las cuales reciben una puntuación y esta son asignadas al paciente de acuerdo con la valoración del profesional. Las cuatro primeras variables reciben un valor entre 1 a 4 y la última entre 1 a 3, donde puntuaciones bajas son sugestivas de riesgos en el paciente. Escala de

De acuerdo a la valoración y a la calificación asignada por la jefe, se asigna un puntaje sumando los valores obtenidos en cada uno de las variables y de acuerdo a este es clasificado el riesgo, así:

Clasificación de riesgo de acuerdo con Escala de Braden Bergstrom.

VALOR	TIPO DE RIESGO
Mayor de 18 puntos	Riesgo mínimo
15 a 18 puntos	Riesgo leve
13 a 14 puntos	Riesgo moderado
10 a 12 puntos	Riesgo alto
Menos de 9 puntos	Muy alto riesgo

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas de prevención propuestas por la GNEAUPP según la valoración del riesgo son las siguientes:

RIESGO BAJO

Para un RIESGO BAJO incluiremos las siguientes medidas preventivas:

Aporte nutricional Controlar y registrar la ingesta de alimentos. Identificar y corregir carencias nutricionales. Estimular la ingesta de líquidos.

Cuidados de la piel Higiene diaria con agua y jabón neutro realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos. Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura. Aplicar cremas hidratantes o aceite de almendras procurando su completa absorción. No utilizar ningún tipo de alcoholes. No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas. Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.

Control del exceso de humedad Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente: Incontinencia, sudoración profusa, drenajes,

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTION DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO–GARANTIA DE LA CALIDAD	

	<p>exudados de heridas. Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.</p> <p>Cambios posturales Si el estado del paciente lo permite se realizaran cambios posturales: - Cada 2-3 horas durante el día y la noche a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada. - En periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlos autónomamente, se le enseñará a hacer cambios posturales o ejercicios isométricos (contracción-relajación de un grupo muscular concreto) cada quince minutos. Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones. No utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.</p>
5.	<p><u>RIESGO MODERADO</u></p> <p>Para un RIESGO MODERADO se aplicarán las mismas medidas preventivas descritas para un riesgo bajo, a las que se añadirán las siguientes: Protección local En zonas de especial riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro se recomienda utilizar apósitos hidrocélulares no adhesivos, en combinación con ácidos grasos hiperoxigenados y sistemas tipo bota-botín que permitan su fácil retirada, para inspeccionar la zona al menos una vez al día.</p> <p>Estos sistemas de protección ante la presión son compatibles con otras medidas de cuidado local y no deben lesionar la piel de la zona en el momento de su retirada.</p> <p>Extremaremos las precauciones ante cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en el paciente puedan provocar problemas relacionados con la presión y/o rozamiento: Sondas, mascarillas, tubos oro traqueal, máscaras de presión positiva, catéteres, férulas, yesos, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización.</p> <p>Superficies especiales para el manejo de la presión estáticas Son aquellas diseñadas específicamente para el control de la presión, reduciéndola o aliviándola. Tipos de superficies estáticas: - Colchonetas-cojines estáticos de aire. - Colchonetas-cojines de fibras especiales (siliconizadas). - Colchonetas de espumas especiales. - Colchones-cojines <u>viscoelásticos</u>. Se deberá utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión siempre que el paciente esté en sedestación.</p>
6.	<p><u>RIESGO ALTO</u></p> <p>Para un RIESGO ALTO se aplicarán todas las medidas preventivas descritas anteriormente, además de: Superficies especiales para el manejo de la presión dinámicas:</p>

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO – GARANTÍA DE LA CALIDAD	

Tipos de superficies dinámicas: - Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire. - Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire. - Camas y colchones de posicionamiento lateral. - Camas fluidificadas. - Camas bariátricas. - Camas que permiten el decúbito y la sedestación. La utilización de superficies especiales de apoyo no sustituye al resto de cuidados (movilización, cambios posturales, etc.)

MOTIVOS DE LA NO APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVA IMPUESTA POR DETERMINADAS TERAPIAS

POR INESTABILIDAD DEL PACIENTE

- Inestabilidad hemodinámica.
- Dieta absoluta por intolerancia a la alimentación.
- Dificultad respiratoria que impide colocar el ángulo del cabecero de la cama a menos de 30°.

FALTA DE RECURSOS MATERIALES El registro de las valoraciones de riesgo, las medidas preventivas aplicadas, las características especiales del paciente, así como los motivos de no aplicación de las medidas preventivas son de gran ayuda como protección legal de los profesionales al cuidado de los pacientes ante posibles demandas relacionadas con la aparición de lesiones por presión.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Los requisitos establecidos para la evaluación de los cuidados ofrecidos serán:

7.

- Se ha aplicado la escala Braden al ingreso al programa.
- Se ha aplicado la escala de Braden ante la ocurrencia de "cambio relevante".
- Se ha registrado la valoración del entorno.
- Están registrados los cambios posturales:

Nivel 1 No están registrados cambios posturales

Nivel 2 Hay cambios registrados en intervalos máximos diurnos de 6 horas y/o nocturnos de 10

Nivel 3 Hay cambios registrados en intervalos máximos diurnos de 4 horas y/o nocturnos de 6

Nivel 4 Hay cambios registrados en intervalos máximos diurnos de 2 horas y/o nocturnos de 4

- Está anotada la ingesta de alimentos en las 24 horas.
- Se ha registrado el resultado de la valoración de la lesión al ingreso
- Se ha registrado el resultado de la valoración por cada turno.

Todos los aspectos descritos anteriormente serán evaluados mediante revisión de las incidencias recogidas en la Hoja de registro para LPP.

Vigencia: 15/08/2021	
Código: SE-ITH-12	
Versión: 1	INSTRUCTIVO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
PROCESO ADMINISTRATIVO – GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO Y SUBPROCESO-GARANTÍA DE LA CALIDAD	

BIBLIOGRAFÍA

Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers [Internet]. 2nd ed. Nursing Best Practice Guidelines Program, editor. Toronto, Ontario; 2011. 1 - 46 p

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Próxima revisión:
Katherine Espinosa			
Actualización 1	Actualización 2	Actualización 3	Actualización 4
27/09/2022			
Realizada por:	Realizada por:	Realizada por:	Realizada por:
Katherine Espinosa			