Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI

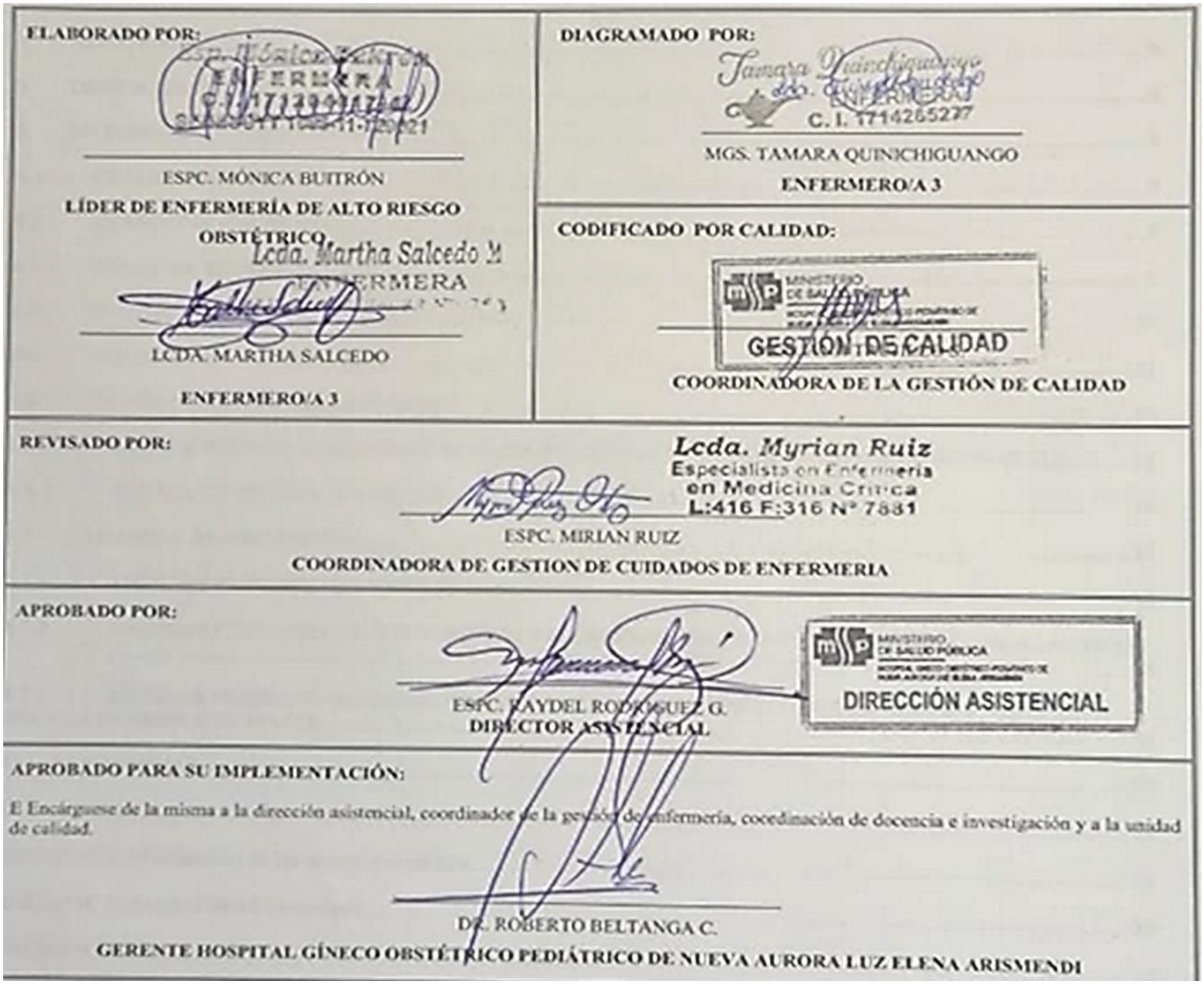
PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

PPT-HGONA-PUPP-CGCE-2022-095

ACTA DE REVISIÓN, APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

La aprobación de la presente acta, indica el entendimiento del propósito y contenido descrito en el presente documento, sus referencias y anexos. La firma de este documento, implica la conformidad de cada involucrado con el mismo.



ELABORADO POR:

ESPC. MÓNICA BUITRÓN
LÍDER DE ENFERMERÍA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

LCDA. MARTHA SALCEDO
ENFERMERO/A 3

DIAGRAMADO POR:

C. I. 1714265277
MGS. TAMARA QUINCHIGUANGO
ENFERMERO/A 3

CODIFICADO POR CALIDAD:

GESTIÓN DE CALIDAD
COORDINADORA DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

REVISADO POR:

Lcda. Myrian Ruiz
Especialista en Enfermería en Medicina Crítica
L:416 F:316 Nº 7881
ESPC. MIRIAN RUIZ
COORDINADORA DE GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

APROBADO POR:

DIRECCIÓN ASISTENCIAL
ESPC. RAYDEL RODRIGUEZ G.
DIRECTOR ASISTENCIAL

APROBADO PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

El Encárguese de la misma a la dirección asistencial, coordinador de la gestión de enfermería, coordinación de docencia e investigación y a la unidad de calidad.

DR. ROBERTO BELTANGA C.
GERENTE HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO PEDIÁTRICO DE NUEVA AURORA LUZ ELENA ARISMENDI

FECHA:

DÍA	MES	AÑO
22	JUNIO	2022

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 4

2. ANTECEDENTES 5

3. OBJETIVOS 6

4. ALCANCE 6

5. DEFINICIONES 6

6. METODOLOGÍA / LINEAMIENTOS 8

6.1 ÚLCERAS POR PRESIÓN 8

6.2 CLASIFICACIÓN DE UPP 8

6.3 ZONAS DE RIESGO 9

6.4 FACTORES DE RIESGO 10

6.5 VALORACIÓN DEL RIESGO 11

6.6 ESCALAS PARA VALORAR EL RIESGO 11

6.6.1 ESCALA NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE NSRAS (RIESGO CUTÁNEO NEONATAL) 11

6.6.2 ESCALA DE BRADEN Q Y BRADEN 12

6.7 MEDIDAS DE PREVENCIÓN 12

6.7.1 MEDIDAS PREVENTIVAS UNIVERSALES 12

6.7.2 MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN RIESGO VALORADO EN PACIENTES NEONATALES (ESCALA NSRAS) 13

6.7.3 MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN RIESGO VALORADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS (ESCALA BRADEN Y BRADEN Q 14

7. REFERENCIAS 16

8. ANEXOS 18

ANEXO N^0 1: Clasificación de las úlceras por presión 18

ANEXO N$^{0.}$ 2: Escala NSRAS (Neonatal) 19

ANEXO N ^{0} 3: Escala de Braden Q (Pediátrica) y Braden (Adulto) 20

ANEXO N ^{0} 4: Reloj de cambio postural cada 2 horas para alto riesgo 21

ANEXO N ^{0}5: Reloj de cambio postural cada 4 horas para medio riesgo 22

9. CONTROL DE CAMBIOS 23

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP), son lesiones de origen isquémico, localizadas a nivel de la piel y otros tejidos continuos de mayor profundidad, que evidencian la merma de la sustancia cutánea, generada por la presión continua o fricción entre dos superficies duras, por lo cual hace más de tres décadas atrás Pam Hibbs las definió, como una epidemia debajo de las sábanas por su elevada frecuencia especialmente en pacientes encamados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), determinó que las UPP iatrogénicas, son un indicador de la calidad asistencial, tanto de los pacientes que presentan como de los que presentan el riesgo. [1]

La alta incidencia y prevalencia de las UPP, es un grave problema de salud pública, que ocasionan un elevado costo e impacto en el sistema sanitario, aumento de la estancia hospitalaria, sobrecarga e intensificación del trabajo de enfermería, implicaciones éticas y legales para el personal de salud y la institución, repercuten en forma considerable en la morbilidad y mortalidad y disminuyen la calidad de vida de los pacientes y su familia debido al sufrimiento generado que se puede extender durante meses o años, pérdidas funcionales e incluso la muerte. Actualmente las evidencias científicas han demostrado que se pueden evitar aproximadamente un 95%, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por presión (GNEAUPP) en la 6° Jornada Mundial manifestó que las UPP, se desarrollan aproximadamente en el 8% de los pacientes hospitalizados pudiendo llegar a sobrepasar el 13% en pacientes de ancianatos y hasta el 18% en paciente de las unidades de cuidados intensivos [2].

Según el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), experto en UPP y su prevención en los Estados Unidos, consideró que 2.5 millones de pacientes presentan úlceras UPP al año y a nivel hospitalario la incidencia es de 2.5% anual, llegando a ocasionar 60 mil muertes; en el 4° Estudio Nacional de Prevalencia de UPP llevado a cabo en España, durante el 2013 se manifestó que la Unidad de Cuidados Intensivos la prevalencia puede llegar al 22%, pudiéndose comparar con Alemania que señala el 24.5%, Brasil 32.7% y China 11,9% . En América Latina y México las investigaciones en dos estudios metacéntricos indican una prevalencia de 12,94% y 17%. [3]

En cuanto a los neonatos y pacientes pediátricos que padecen patologías agudas o crónicas e ingresan a cuidados intensivos o intermedios u hospitalizaciones, y que tienen una larga estancia debido a su condición y aplicación del tratamiento terapéutico junto al efecto negativo de la inmovilidad, desnutrición, favorece la aparición de UPP especialmente en los prematuros extremos debido a la fragilidad de su piel. [4]. Según últimos datos, España presenta su epidemiologia de UPP, según la siguiente tabla:

Tabla 1
Epidemiología de las úlceras por presión en neonatos y pediátricos

Epidemiología	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Hospitalización Neonatal
Incidencia	3,3 a 19,4 %	23,5 %	5 %
Prevalencia	17,7 a 75 %	50 %	12,5 a 50 %

Fuente: (García et al. 2020)
Elaboración: Espc. Mónica Buitrón

Para desafiar este problema, fue necesario generar un protocolo derivado de la normativa legal de salud vigente en el país, relacionado a la calidad de atención en salud y seguridad del paciente para estandarizar acciones que disminuyan su incidencia y prevalencia de la UPP en los neonatos, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, parto o puerperio y aquellas con patología ginecológica que reciben atención en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi", pues según datos de la tabla 2, proporcionados por el servicio de estadística desde enero a marzo de 2022 indican los días promedios de estancia hospitalaria en los servicios críticos señalan el alto riesgo de desarrollo de úlceras por presión y/o su combinación con la fricción.

Tabla 2
Promedio de días de estancia hospitalaria en servicios del HGONA
Durante el primer trimestre 2022

Servicio hospitalario	Promedio de días estancia hospitalaria
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	172
Unidad de Cuidados Intensivos Maternos	58

Fuente: (Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi 2020)
Elaboración: Espc. Mónica Buitrón

2. ANTECEDENTES

Tomando en consideración la Constitución de la República del Ecuador, la cual dice: en el Art. 32. "(…) La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, *calidad*, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.(Constitución de la República del Ecuador 2008); en el Art. 52. Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima *calidad* (…)".(Constitución de la República del Ecuador 2008) y en el Art. 362. "(…) Los servicios de salud serán seguros, de *calidad* y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (…)". [5]

Se procede con la elaboración del protocolo de "Prevención de Úlceras por Presión" para garantizar la calidad de atención y seguridad del paciente neonatal, pediátrico, adolescente y adulto (mujeres embarazadas, en labor de parto y postparto (inmediato, mediato y tardío) y en aquellas con patología ginecológica, pues la valoración dinámica de la piel permite identificar el inicio de los signos producidos por la presión, para prevenirlas.

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes neonatales, pediátricos, adolescentes y mujeres en embarazadas, en labor de parto y postparto inmediato, mediato y tardío y en aquellas con patología ginecológica que se encuentran ingresadas en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi"

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores de riesgo de los pacientes que determinan el aparecimiento de úlceras por presión.
- Valorar el riesgo de ulceras por presión con la aplicación de la escala NSRAS (neonatos), Braden-Q (niños) y Braden (adultos).
- Aplicar intervenciones y actividades de enfermería efectiva y personalizada una vez identificado el riesgo de aparecimiento de úlceras por presión.

4. ALCANCE

Este documento será de aplicación estricta y obligatoria para los profesionales médicos, profesionales de enfermería y auxiliares, nutricionistas, internos rotativos, estudiantes de las carreras de salud, etc., que laboran o realizan prácticas autorizadas en los servicios hospitalarios de: Emergencias Adultos y Pediátricos, Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico, Hospitalización de Ginecología, Hospitalización Pediátrica, Cuidados Intensivos Maternos y Pediátricos, Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico.

5. DEFINICIONES

- **Escala Braden-Q:** Esta herramienta de valoración fue construida a partir de la escala de Braden (para adultos) y desarrollada con el objetivo de identificar el riesgo de desarrollar úlceras de presión en niños críticos de entre 21 días y 8 años. Está compuesta por siete subescalas: movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad, fricción y cizallamiento, nutrición y perfusión tisular-oxigenación. [6]
- **Escala de Braden (Adulto):** Se considera como una herramienta para medir de forma concreta y objetiva el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición y cizallamiento o roce, estos se encuentran puntuados de manera cualitativa, tiene como objetivo

predecir la probabilidad de desarrollar úlceras por presión en los pacientes. Clasificándolos con riesgo bajo, moderado y alto. [7]

- **Escala de valoración:** Son instrumentos construidos que permiten hacer una evaluación graduada de la conducta o rasgo observa, las escalas de valoración pueden describir el grado de intensidad o frecuencia de lo observado. La graduación suele ser por niveles o puntajes, los cuales permiten su interpretación. [8]
- **Escala Neonatal Skin Risk Assessmente Scale (NSRAS):** La escala Neonatal Skin Risk Assessmente Scale (NSRAS), se utiliza en neonatología para la prevención de las úlceras por presión en neonatos 0-28 días. Esta evalúa 6 criterios como la condición física general, estado mental, movilidad, actividad, nutrición y humedad, los cuales permiten la clasificación del neonato con riesgo alto, moderado, bajo de desarrollar una úlcera de presión.
- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel sobre la superficie de apoyo, produciendo roces por movimiento o arrastres, esta acción puede erosionar el estrato córneo superficial de la piel perdiendo su función. [9]
- **Intervenciones de Enfermería**: Como lo describe la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) son actividades que desempeña el personal de enfermería en cuanto al tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; el tratamiento y prevención de enfermedades; las intervenciones son dirigidas al paciente, familia y comunidades. Su intervención puede ser individual, directas o indirectas y/o con el equipo de salud multidisciplinario. [10]
- **Lesión por presión**: Las lesiones por presión son áreas en las que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado. Estas lesiones pueden estar producidas por un exceso de presión, cizallamiento o rozamiento aplicado de forma continua.
- **Piel**: El sistema tegumentario es el órgano más extenso del cuerpo, incluye la epidermis, dermis, hipodermis, glándulas asociadas, cabello y uñas. Además de sus funciones como la regulación de la temperatura corporal, brindar una barrera con el medio ambiente, mantenimiento de fluidos celulares, síntesis de vitaminas y percepción de estímulos. Es importante mencionar que es parte del ajuste del flujo sanguíneo periférico. [11]
- **Presión:** La fuerza que actúa en forma perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos uno perteneciente al paciente y el otro a una superficie dura como un sillón, silla de ruedas, yeso, prótesis, sondas etc. [12]
- **Prevención:** La OMS define a la prevención como "las medidas orientadas para evitar a aparición de una enfermedad, como la reducción de factores de riesgo, factores predisponentes, también es

importante mencionar que las medidas pueden detener el avance de la enfermedad y atenuar sus consecuencias una vez establecida" [13]

- **Riesgo:** El riesgo es una actividad que puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo cual mientras mayor sea la probabilidad o la pérdida potencial, mayor será el riesgo**.** [14]
- **Úlceras por presión (UPP)**: Pérdida de tejido producida por necrosis isquémica causada por compresión ya sea por un objeto externo o por el propio peso del paciente. Es una lesión de continuidad localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general se desarrolla sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o presión en combinación con cizallamiento. [14]
- **Valoración:** Es un acto por el cual se realiza la recolección de datos que permiten la interpretación, y el entender análisis de las necesidades referentes a los y problemas de salud, se utilizan varias técnicas o herramientas para obtener esta información. La valoración se caracteriza por ser sincrónica, es decir en el momento y delante del paciente; sin embargo, también puede ser asincrónica, tanto en forma retrospectiva como prospectiva. [15]

6. METODOLOGÍA / LINEAMIENTOS

Para la realización de este protocolo se tomó en referencia el "Manual de Seguridad del Paciente" aprobado con Acuerdo Ministerial No. 00000115, el 14 de noviembre de 2016, por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [16]

6.1 ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las UPP se originan cuando el flujo de sangre a la piel y los tejidos subcutáneos se ve disminuido durante estadios prolongados de tiempo, y son originadas por la compresión mecánica de los vasos sanguíneos, producidas por una presión prolongada, o combinación con cizallamiento y/o fricción, lo que genera hipoxia y a continuación necrosis tisular. Se pueden producir aceleradamente, entre la primera hora luego de 4 a 6 horas de presión continua. [17]

6.2 CLASIFICACIÓN DE UPP

Las UPP (Anexo 1) se clasifican en:

- **Grado I:** La piel está intacta, con eritema que no disminuye luego de 30 minutos de descompresión, o eritema, se observan cambios en la sensibilidad, temperatura o turgencia de la piel.

- **Grado II:** Hay pérdida de la integridad del tejido cutáneo que afecta la epidermis y/o dermis. La superficie de la lesión se observa rosada o roja, húmeda y puede evidenciarse una flictena intacta o roto.
- **Grado III**: Se inspecciona desgaste general del espesor de la piel, se visualiza el tejido celular subcutáneo o adiposo, el cual se presenta en estado granulatorio y necrótico, pueden identificarse formación de bolsillos y túneles. No hay exhibición de fascia, músculo, tendón, ligamentos, cartílagos o huesos.
- **Grado IV:** Existe pérdida total del espesor de la epidermis y la dermis y hay estructuras de soporte comprometidas con exposición de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso en la úlcera. Puede haber esfacelo y/o tejido necrótico con presencia o no de bolsillos y tunelizaciones.
- **Inclasificable:** La UPP se concibe con merma total de los tejidos, la profundidad existente se halla totalmente oscurecida por los esfacelos y/o escaras en el lecho y no se puede reconocer la profundidad existente.
- **Sospecha de lesión en tejidos profundos:** El sitio delimitado de la UPP es de color púrpura o marrón (piel decolorada) con presencia de una ampolla rellena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes (músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso) por la presión y/o cizallamiento.

> Si la capa necrótica no permite reconocer el tejido dañado y no es posible desbridarlo se clasificará como UPP tipo grado IV.

6.3 ZONAS DE RIESGO

Las zonas más dispuestas de desarrollar UPP son las que ejecutan una mayor presión entre dos planos, uno relacionado con el paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo) que puede ser la superficie (incubadora, termocuna, cuna, cama, mesa de quirófano, etc.) sobre la cual se ubica o presencia de dispositivos médicos (cánula o mascarillas de oxígeno, tubo endotraqueal, oxímetros de pulso, brazaletes de toma de presión arterial, yesos, etc.) y son por su:

Localización:

- Sacro, talones, tuberosidades isquiáticas y los trocánteres.

Posición:

- Decúbito dorsal: cabeza, omóplato, codos, sacro y talones

- Decúbito lateral (derecho o izquierdo): orejas, hombros, costillas, cadera, rodilla y dedos.
- Decúbito prono: mejillas, hombros, mamas (mujeres), genitales (hombres), abdomen, rodillas y dedos.

Es importante manifestar que el personal de salud está expuesto a desarrollar UPP debido a la colocación de equipos de protección para brindar atención a pacientes COVID-19, las cuales se evidencian especialmente en la cara.

6.4 FACTORES DE RIESGO

Son las situaciones que independientemente de su naturaleza, incurren de forma negativa en la aparición de las UPP en los pacientes. Se considera que la interrelación de factores amplía la posibilidad de su desarrollo [18]. Los factores de riesgo se determinan como predictores independientes del desarrollo de UPP y son relacionados con:

Actividad/ movilidad:

- Disminución de la actividad (encamado, sentado).
- Disminución de la movilidad (paciente inmovilidad o con movilidad muy limitada).

Estado de la piel:

- La humedad de la piel y la incontinencia (urinaria y/o fecal).
- Presencia de factores que pueden hacer que la piel sea más delicada como: enrojecimiento, palidez, eritema, sequedad, etc.
- Existencia de UPP grado I

Alteraciones de la perfusión:

- Diabetes
- Enfermedades vasculares
- Hipotensión mantenida

Estado Nutricional:

- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Anemia y disminución de los niveles de albúmina.
- Hidratación

Asociados a intervenciones quirúrgicas

- Duración de la intervención
- Posición adoptada para el acto quirúrgico

- Estados hipotensos durante intervención.
- Baja temperatura corporal durante cirugía.
- Administración de medicamentos vasoactivos, sedantes y anestésicos.
- Ventilación mecánica
- Movilidad reducida durante primer día del post operatorio.

Otros factores de riesgo:

- Edades Extremas (neonatos, pacientes pediátricos y ancianos)
- Enfermedad aguda o crónica, grave o terminal.
- Alteraciones sensitivas y motoras.

6.5 VALORACIÓN DEL RIESGO

El profesional de enfermería que labora en los todos los servicios del hospital debe valorar el riesgo de UPP en los pacientes neonatales, pediátricos, adolescentes y adultos utilizando las escalas de valoración, con el objetivo de conocer la clasificación del riesgo de UPP y proporcionar las intervenciones y actividades de enfermería preventivas [18]. Las escalas se aplicarán estrictamente durante:

- El ingreso del paciente
- A diario y en todos los turnos del día y noche (cada 12 horas)
- Por razones necesarias (PRN) cuando se evidencia cambios en la condición general del paciente. (Ver factores de riesgo)

6.6 ESCALAS PARA VALORAR EL RIESGO

En la valoración del riesgo de UPP se emplearán según los grupos etáreos, las siguientes escalas, que son herramientas de ayuda eficaz que permiten detectar el riesgo de su aparecimiento y establecer las intervenciones y actividades de enfermería oportunas para su prevención. [18]

- Escala Neonatal Skin Risk Assessment Scale **(**NSRAS) para neonatos.
- Escala Braden-Q para niños, y
- Escala Braden para adultos.

6.6.1 ESCALA NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE NSRAS (RIESGO CUTÁNEO NEONATAL)

Esta escala NSRAS (Anexo 2) será utilizada en pacientes neonatales, se encuentra constituida por 6 ítems y el resultado de su aplicación otorga un puntaje que permite clasificar al paciente en:

- Alto Riesgo (6-12 puntos)
- Moderado Riesgo (13 – 15 puntos)
- Bajo Riesgo (16 – 18 puntos) y
- Sin Riesgo > o = a 19 puntos.

6.6.2 ESCALA DE BRADEN Q Y BRADEN

Las escalas Braden Q y Braden (Anexo 3) serán empleadas en pacientes pediátricos y adultos, se hallan formadas de 6 ítems y el producto de su empleo proporciona un puntaje que cataloga al paciente en:

- Alto riesgo (< o = 12 puntos)
- Moderado riesgo (13- 14 puntos) y
- Bajo Riesgo (> o = 14 puntos).

6.7 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas preventivas a aplicar de desglosaran en:

- Universales
- Según riesgo valorado, las cuales son adicionales a las universales aplicadas a todos los pacientes (neonatal, pediátrico, adolescente y adulto).

6.7.1 MEDIDAS PREVENTIVAS UNIVERSALES

Se aplicarán a todos los pacientes neonatales, pediátricos, adolescentes y adultos independientemente del puntaje alcanzado en la valoración del riesgo de EPP y son:

- Valoración del riesgo de UPP.
- Manejo de la presión con empleo de colchones, cambios de posición cada 2 horas, alivio y distribución de la presión.
- Gestión nutrición
- Plan de cuidados de la piel (Manejo de la fricción, presión y humedad)
- Valorar estado de piel al ingreso, cada turno y PRN (humedad, hidratación existencia de UPP previas y otros)
- Mantener lencería de cama, cuna, termocuna, incubadora, mesa quirúrgica, etc., limpia, seca y sin arrugas.
- Realizar infaliblemente cambios posturales (cada 2 o 4 horas y PRN).

- Educar al paciente si amerita y familiar (padres de recién nacidos y niños) sobre las medidas planificadas incorporándolo en su autocuidado.

6.7.2 MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN RIESGO VALORADO EN PACIENTES NEONATALES (ESCALA NSRAS)

Alto Riesgo (6-12 puntos)

- Conservar estrictamente la piel del neonato siempre limpia y seca en la cuna o incubadora.
- Efectuar el cambio de sábanas cada 12 horas, uso de sabana acolchada especialmente en caso neonatos en ventilación mecánica invasiva o no invasiva o prematuros extremos.
- Ejecutar estrictamente lubricación de piel cada 6 horas con crema hidratante libre de alcohol.
- Rotar o guiar obligatoriamente el oxímetros de pulso cada 2 horas del lugar en donde se encuentre en el neonato.
- Realizar cambio de pañal cada 3 horas o PRN en caso de dermatitis de pañal.

Moderado Riesgo (13 – 15 puntos)

- Colocar en la incubadora o cuna un colchón estándar.
- Realizar cambios de posición cada 3 horas.
- Usar colchones, cojines o posicionadores, disco elásticos en las zonas de riesgo de UPP.
- Evaluar la piel cada 12 horas.
- Baño diario en cuna o incubadora según procedimiento aprobado.
- Lubricar la piel cada 24 horas con crema hidratante libre de alcohol.
- Aplicar crema hidratante libre de alcohol en zonas de riesgo enrojecidas cada 8 horas.
- Realizar protección local de piel en el lugar de fijación de sensor de saturación con apósito de espuma fina, además de protección zonas de apoyo (escapulas, zona occipital y sacro coxígea); en zonas de fijación de dispositivos usar película protectora y espuma.
- Rotar de sensor de saturación cada 3 horas.
- Cambiar las sabanas cada 24 horas, uso de sabanas acolchadas.
- Cambiar el pañal cada 3 horas y PRN.
- Favorecer la movilización y liberación de zonas de apoyo.
- Rotar servo control (sensor que mide la temperatura en la piel del neonato) cada 3 horas.

Bajo Riesgo (16 – 18 puntos) y Sin Riesgo > o = a 19 puntos

- Mantener la cuna con colchón común.
- Realizar cambio de posiciones cada 3 horas.
- Valorar diariamente la piel.
- Realizar el baño diario en cuna según procedimiento aprobado.
- Lubricar la piel cada con crema hidratante libre de alcohol cada 12 horas.
- Rotar el sensor de saturación cada 3 horas.
- Cambiar las sabanas cada 24 horas.
- Cambiar el pañal cada 3 horas.

6.7.3 MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN RIESGO VALORADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS (ESCALA BRADEN Y BRADEN Q

Alto riesgo (< o = 12 puntos)

- Uso de identificador (circulo color rojo) de Alto Riesgo de UPP.
- Colocación de colchón de alivio de la presión.
- Realizar examen físico (observación/inspección) en búsqueda de UPP cada 12 horas y PRN.
- Supervisar la piel bajo y alrededor de dispositivos médicos cada 12 horas y PRN.
- Mantener la piel siempre limpia y seca.
- Evitar la humedad que puedan generar daño de la piel
- Realizar cambios de posición siguiendo rotación programada cada 2 horas con el uso de reloj postural. (Anexo 5)
- Lubricar la piel con crema hidratante libre de alcohol, cada 2 horas en zonas susceptibles de lesión por fricción o presión que quedan libres de apoyo. (Coincidir con los cambios posturales).
- Aliviar la presión en área occipital y mantener temperatura de la piel dentro de rangos normales.
- Vigilar zonas de apoyo de dispositivos terapéuticos y utilizar protecciones cuando exista riesgo de fricción además de rotación de los dispositivos médicos cada 12 horas y PRN.
- Realizar evaluación por nutricionista para inicio del plan de nutrición e hidratación.
- Valorar el cumplimiento de la pauta de alimentación e hidratación cada 12 horas
- Cambio estricto de pañales PRN.

Moderado riesgo (13- 14 puntos)

- Instalar colchón antiescaras.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Controlar fuentes de humedad que puedan causar alteraciones de la piel

- Realizar el examen físico (observación/inspección= cada 12 horas buscando UPP.
- Valorar piel bajo y alrededor de dispositivos médicos
- Realizar cambios de posición siguiendo rotación programada cada 4 horas con el uso de reloj postural. (Anexo 4)
- Lubricar la piel cada 4 horas con crema hidratante libre de alcohol, especialmente las zonas susceptibles de lesión por fricción o presión.
- Colocar protectores cutáneos de silicona en zonas de riesgo.
- Usar apósitos de espuma/espuma con silicona.
- Vigilar zonas de apoyo de dispositivos terapéuticos y utilizar protecciones cuando exista riesgo de fricción, además de rotación de los dispositivos terapéuticos cada 12 horas y PRN.
- Cambios de pañal cada 4 horas y PRN.
- Uso de crema hidratante libre de alcohol como barrera en pacientes expuesto a humedad (incontinencia).

Bajo Riesgo (> 0 = 14 puntos)

- Fomentar la movilidad.
- Lubricar la piel con cremas hidratantes libres de alcohol.
- Aplicación de crema hidratante libre de alcohol en zonas de riesgo
- Vigilar zonas de apoyo de dispositivos terapéuticos.

Es fundamental primero realizar una valoración general integral e individualizada de cada paciente, a través de la observación/inspección y palpación y se tomara en cuenta:

- Alteraciones de la piel (intacta, seca, eritema, edema, induración, etc.).
- Alteración de la movilidad y actividad.
- Antecedentes de úlceras por presión.
- Estado nutricional.
- Estado de hidratación.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

El protocolo será aplicado para todos los pacientes: neonatales, pediátricos, adolescentes, mujeres en embarazo, labor de parto, puerperio y aquellas con patología ginecológica que se encuentran hospitalizadas en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi" y será ejecutado por

el personal de médico, profesionales y auxiliares de enfermería, nutricionistas, etc., de los servicios hospitalarios de: Emergencias Adultos y Pediátricos, Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico, Hospitalización de Ginecología, Hospitalización Pediátrica, Cuidados Intensivos Maternos y Pediátricos, Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico.

Las UPP se reportarán como eventos adversos a partir del grado II, y será la profesional de enfermería responsable del cuidado del paciente quien realice la debida notificación al líder de enfermería, y jefe del respectivo servicio.

Para el manejo de UPP, se implementará y aplicará el procedimiento de manejo de heridas y úlceras de presión.

7. REFERENCIAS

1. Ramos A, Ribeiro ASF, Martín A, Vázquez M, Blanco B, Corrales JM, et al. Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. Gerokomos. 2013 Mar;24(1):36–40.
2. Defloor T, Schoonhoven L, Katrien V, Weststrate J, Myny D. Reliability of the European Pressure Ulcer Advisory Panel classification system. Journal of Advanced Nursing. 2006 Mar 20;54(2):189–98.
3. Chacón Mejía JP, Del Carpio Alosilla AE. INDICADORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A ÚLCERAS POR PRESIÓN EN UN HOSPITAL DE LIMA. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2019 Apr 10 [cited 2020 Nov 3];19(2). Available from: http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a07v19n2.pdf
4. Upp en pediatría | úlceras por presión | Úlceras.net [Internet]. www.ulceras.net. Available from: https://www.ulceras.net/monografico/124/118/upp-en-pediatria.html
5. Ecuador Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador: publicado en el registro oficial 20 de octubre de 2008. Ecuador Asamblea Constituyente; 2008.
6. De L, Escala B. VERSIÓN EN CASTELLANO [Internet]. Available from: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20Braden%20Q.%20Neonatal.pdf
7. Escala de Braden - Predicción y cálculo de riesgo de UPP [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Available from: https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/
8. Evaluativos, P., & En El Aula Página, U. (n.d.). *FICHA N° 12 ESCALA DE VALORACIÓN, ESCALA DE ACTITUDES O ESCALA LIKERT PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE*

EVALUACIÓN CUALITATIVA. https://docencia.udla.cl/wp-content/uploads/sites/60/2019/12/ficha-12.pdf

9. Heredia SM, Perez DL, Fernández M Ángel L, Velázquez MSG, Gonzalez FM. Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico. Revista CONAMED [Internet]. 2021 Jul 19;26(2):82–8. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100350

10 .Howard Karl Butcher, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier, Cop; 2019.

11. Dorado J, Fraile P. 56. e1 PEDIATRÍA INTEGRAL [Internet]. Available from: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/07/n3-156e1-13_RB_JesusGarcia.pdf

12. Heredia SM, Perez DL, Fernández M Ángel L, Velázquez MSG, Gonzalez FM. Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico. Revista CONAMED [Internet]. 2021 Jul 19;26(2):82–8. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100350

13. Julio V, Vacarezza DM, Sosa DA. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud Levels of care, prevention and primary health care [Internet]. Edu.uy. [citado el 9 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf

14. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2011 Dec 1;49(3):470–81. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014

15. Carlos J, Sevilla R, Para Correspondencia D, Juan A, Rubio C. Available from: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf

16. Ministerio de salud pública Acuerdo Nro. 00000115 Apruébese el "Manual de Seguridad del Paciente-usuario" [Internet]. [cited 2022 Jun 21]. Available from: http://www.calidadsalud.gob.ec/wpcontent/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO%20MINISTERIAL%2000000115%20MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf

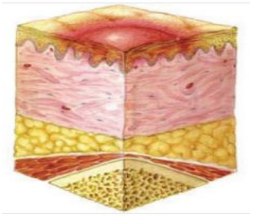
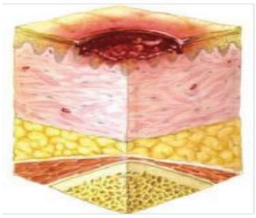
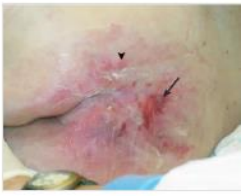
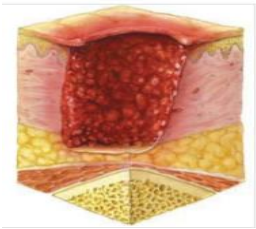
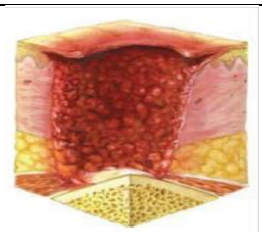
17. Alonso-Lorente C, Barrasa-Villar JI, Aibar-Remón C. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en un hospital de agudos de tercer nivel (2006-2013). Revista de Calidad Asistencial. 2015 May;30(3):135–41.

18. Palma M, Fuentealba P, Hernández S, Palma P, Villarroel L. Elaboración y Validación de una Escala Predictiva de Ulceras por Presión en un Hospital Universitario/ Development and

Evaluating a Predciting Scale for a Pressure Ulcer in a University Hospital. Horizonte de enfermería. 2009 Dec 5;20(1):39–47.

8. ANEXOS

ANEXO N^0 1: Clasificación de las úlceras por presión

Grado I		
Grado II		
Grado III		
Grado IV		

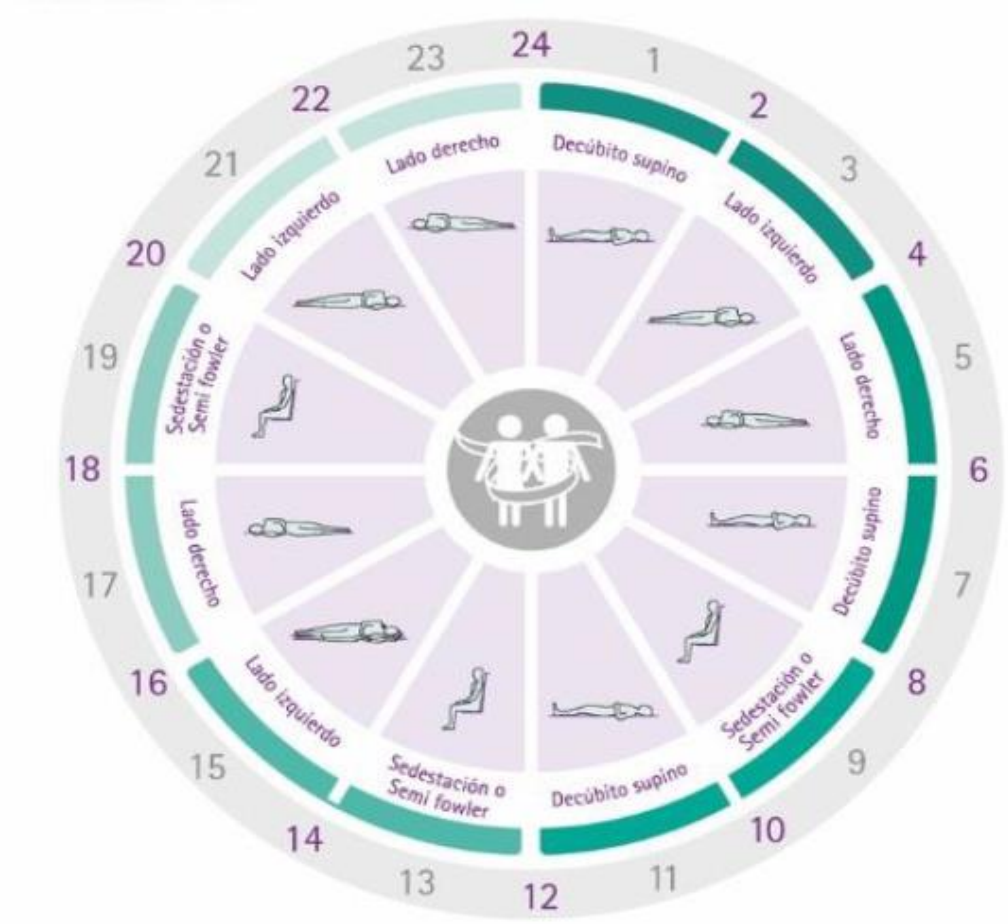
ANEXO N$^{0.}$ 2: Escala NSRAS (Neonatal)

Puntuación	Edad gestacional	Estado mental	Movilidad	Actividad	Nutrición	Humedad
1	Mayor o igual 28 semanas	Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, no aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la presión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o sedación.	Completamente limitado. No realiza siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. Relajante muscular).	Completamente encamado. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	Muy mala. En régimen cero y/o con líquidos endovenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	Piel constantemente húmeda. La piel está mojada/húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.
2	Edad gestacional mayor de 28 semanas pero menor o igual a 33 semanas.	Muy limitada: responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	Muy limitada: Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de la extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	Encamado actividad limitada: En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	Inadecuada: Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida (leche materna o leche artificial) y/o complementado con líquidos endovenosos (NPT o sueroterapia).	La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.
3	Edad gestacional mayor 33 semanas pero menor o igual de 38 semanas.	Ligeramente limitado. Letárgico	Ligeramente limitada. Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	Adecuada. Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	Piel ocasionalmente húmeda. La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábana; por lo tanto cambio dos veces al día.
4	Edad gestacional mayor de 38 semanas (a término)	No alterado. Alerta y activo	Sin limitaciones. Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ejemplo: girar la cabeza)	No limitada. En una cuna abierta o simple.	Excelente. Alimentación con pecho/mamadera en cada atención cumple los requerimientos nutricionales para el crecimiento.	Piel rara vez húmeda. La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.
Rango puntuación						
Alto Riesgo (6-12 puntos); Moderado Riesgo (13 – 15 puntos); Bajo Riesgo (16 – 18 puntos) y Sin Riesgo > o = a 19 puntos.						

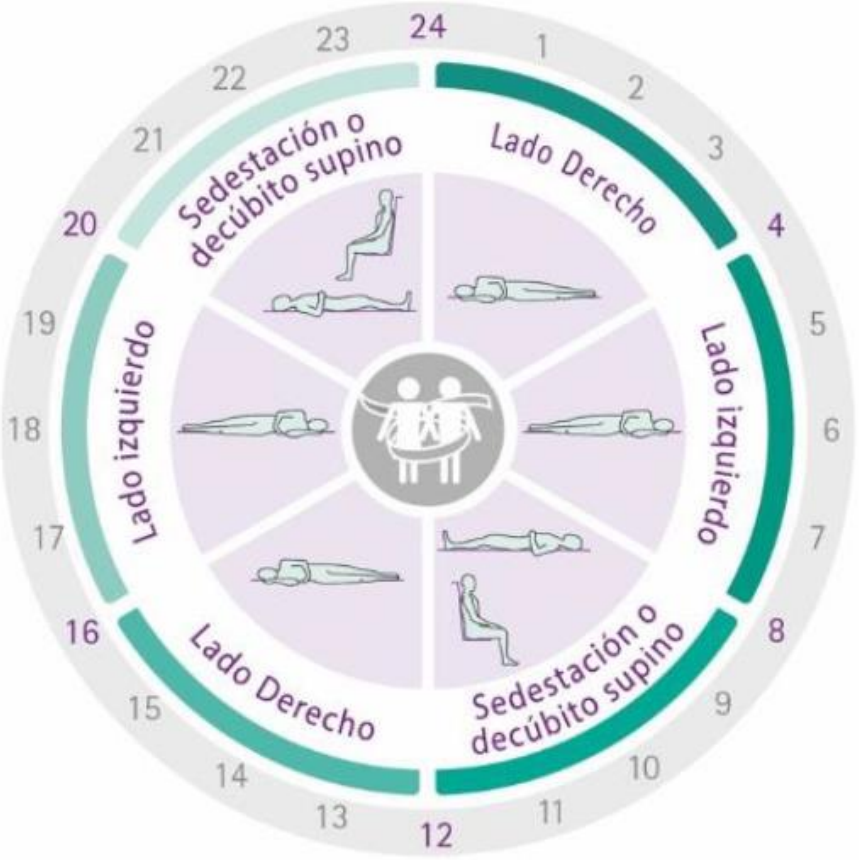
ANEXO N ^{0} 3: Escala de Braden Q (Pediátrica) y Braden (Adulto)

	Percepción sensorial	**Exposición a la humedad**	**Actividad**	**Movilidad**	**Nutrición**	**Roce y Peligro de la lesión**
1	Completamente limitada: No responde a estímulos	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre: nunca come una comida completa	Problema: requiere asistencia para moverse
2	Muy limitada: responde solo a estímulos dolorosos	A menudo húmeda, pero no todo el tiempo.	Puede pasarse a una silla	Muy limitada: hace cambios ocasionales de posición	Problamente inadecuada: rara vez come una comida completa.	Problema potencial: requiere asistencia mínima para moverse
3	Ligeramente limitada: responde a estímulos verbales pero con dificultad.	Humedad ocasional	Deambula ocasionalmente	Poco limitada: Hace cambios frecuentes de posición	Adecuada: come más de la mitad en la mayoría de las comidas	No existe problema, se mueve independientemente
4	Sin limitaciones	Humedad poco frecuente	Deambula frecuente	Sin limitación	Excelente	
Rango puntuación: 6 – 23 puntos						
Alto riesgo (< o = 12 puntos)		Moderado riesgo (< 14 puntos)		Bajo Riesgo (> o = 14 puntos)		

ANEXO N [0] 4: Reloj de cambio postural cada 2 horas para alto riesgo



ANEXO N ^{0}5: Reloj de cambio postural cada 4 horas para medio riesgo



9. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN:	ELABORADOR POR:	APROBADO POR:	FECHA:	CAMBIO:
0.01	Espc. Mónica Buitrón L. **Líder de enfermería de Alto Riesgo Obstétrico** Lcda. Martha Salcedo M. **Enfermero/a 3** Mgs. Tamara Quinchiguango R. **Enfermero/a 3**	Dr. Roberto Beletanga C. **Gerente Hospitalario** Espc. Raydel Rodriguez G. **Director Asistencial**	22/06/2022	Versión Original

¿Cómo llegar al HGONA?

Existen cuatro líneas de transporte público:

Marín - Quitumbe - Cdla. Ejército
San Roque - Quicentro Sur - Maternidad del Sur
San Roque - Nueva Aurora (Disutransa)
Alimentador Trolebus

El hospital brinda atención especializada a pacientes con complicaciones obstétricas, embarazos de alto riesgo y complicaciones del recién nacido.

Ministerio de Salud Pública

Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora
LUZ ELENA ARISMENDI

Av. Quitumbe Ñan s/n y Quilla Ñan / Teléfono: 3948 940

/Hospital Gineco Obstetrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendy

@hluzearismendy

www.hgona.gob.ec