



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**

**CPE**

Comisión Permanente  
de Enfermería

# Plan de Cuidados de Enfermería

19

## PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

**SICALIDAD**



Vivir Mejor



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud  
Dirección General Adjunta de Calidad en Salud  
Dirección de Enfermería  
Comisión Permanente de Enfermería

## INDICE

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	267
Referencias bibliográficas y electrónicas	270
Participantes	271

## PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Una UPP es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, la fricción, el cizallamiento o una combinación de los mismos. La mayoría de las UPP pueden prevenirse, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención basadas en las mejores evidencias y prácticas científicas de enfermería disponibles, por lo que se debe considerar a todos los pacientes hospitalizados potenciales de desarrollar una UPP.<sup>1</sup>

La repercusión que tienen las UPP no solo es en el nivel de salud y calidad de vida de los pacientes y su entorno social, sino también en ámbitos económicos, éticos y legales, pudiendo ser considerados en muchos casos como un problema evitable<sup>2</sup>, por eso la importancia de la valoración de enfermería, donde podemos determinar el riesgo que presenta el paciente estableciendo a través de los resultados las medidas o los cuidados preventivos de la lesión cutánea.

---

<sup>1</sup> <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo20/capitulo20.htm>. (consultada el 8 de marzo de 2010)

<sup>2</sup> Manual de Prevención y Cuidados Locales de Ulceras por Presión Pág. 9. [http://www.saludmultimedia.net/quests/gneaupp\\_files/cantabria.pdf](http://www.saludmultimedia.net/quests/gneaupp_files/cantabria.pdf)

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

*Dominio: 11 Seguridad / protección. Clase:2 Lesión física*

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

**Factores relacionados (causas) (E)**

Factores externos: Humedad, factores mecánicos (fuerza de cizallamientos, presión, sujeciones), extremos de la edad, inmovilidad física, secreciones (vaginal, rectal, bucal), deshidratación, hipertermia, hipotermia, etc.

Factores internos: estado de desequilibrio nutricional, prominencias óseas, factores inmunológicos, cambios en la pigmentación, deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Integridad tisular piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integridad de la piel</li> <li>- Hidratación.</li> <li>- Temperatura de la piel.</li> <li>- Sensibilidad.</li> <li>- Transpiración.</li> <li>- Perfusión tisular.</li> <li>- Temperatura y coloración cutánea.</li> </ul>	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido 5. No comprometido.	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### **INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

#### **ACTIVIDADES**

- Utilizar una herramienta de valoración establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (Escala de Braden).
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y diariamente.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas,
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si fuera necesario.
- Girar continuamente cada 1 o 2 hrs.
- Al cambiar de posición inspeccionar la piel de las prominencias óseas, puntos de presión y fricción, fuentes de presión, si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas, erupciones y abrasiones en la piel, etc.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales.
- Humedecer la piel seca e intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
- Aplicar protectores para los codos y los talones
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998.
- Enseñar a los miembros de la familia y/o cuidador a detectar los signos y síntomas de rotura de la piel.

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE PACIENTE ENCAMANDO**

#### **ACTIVIDADES**

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Colocar al paciente sobre una cama / colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada y cómoda.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Enseñar y realizar ejercicios pasivos y/o activos en cama, si procede.
- Monitorizar la presencia de estreñimiento.

## **INTERVENCIONES (NIC): CAMBIOS DE POSICIÓN**

### **ACTIVIDADES**

- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente los cambios frecuentes de posición, si procede y animarlo a participar de forma interdependiente.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto), si procede.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión (pulmones abajo) y el drenaje urinario.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Soldevilla Agreda, JJ y Torra i Bou, JE: Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10(2):75-87
5. Torra i Bou, JE; Rueda López, J; Ramón Cantón C: "Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlceras por presión con un apósito hidrocélular". Rol Enferm 2000; 23 (3):211-218.
6. Posnett J; Torrai Bou JE: "El coste de la atención sanitaria de las úlceras por presión en España". Mesa de Debate Las UPP un reto para el sistema de salud y la sociedad Barcelona/Madrid 26 y 27 de febrero de 2003. En: <http://multimedia.cesanitaris.com/gneaupp2003/posnett.pdf>
7. Maklebust JA; Siegreen M: Pressure Ulcers. Guidelines for prevention and management. Third Edition. Springhouse. Pennsylvania. 2001
8. Soldevilla JJ y Torra JE (eds.): Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Ed. Madrid. SPA. 2004:209-226.
9. Palomar F, García J, Fornes B, Del Prez R, Tarrega ML, Marco M I, Sanandres R, Albarracín MD, Viel N, Rodríguez R. Valoración al ingreso del paciente de riesgo de úlceras por presión. Enfermería integral Junio 2006: 7 - 13
10. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión. Distrito Sanitario Málaga 2004 Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_364.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_364.pdf)
11. GNEAUPP. Documento Técnico nº3. Tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
12. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro M, Pérez-Hernández R. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Servicio de Andaluz de Salud. Consejería de Salud. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>
13. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus 1989 Aug; 2(3): 44-6, 50-1
14. Fuentes –i Pumarola C, Bisbe-Company N, Galvany- Ferrer M, Garangou-Llenas D. Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crítico. GEROKOMOS 2007; 18 (2): 91-105
15. Araujo-Mendoza G, Ávila-Jiménez L, Jerónimo-Benítez V. Escala para identificar desnutrición energético-proteica del adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 387-394
16. Cañón Abuchar, Hilda María; Adarve Balcazar, Marcela; Castaño Duque, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
17. Blümel-M J, Tirado-G K, Schiele C, Schönfeldt-F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev Méd Chile 2004; 132: 595-600
18. Rodríguez-Torres M, Soldevilla-Ágreda J. ¿juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. Gerokomos 2007; 18 (1): 36-51
19. Moreno-Pina P, Richart-Martínez M, Guirao-Gorisc J, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enferm Clin. 2007;17(4):186-97
20. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda J. Evaluación Técnica de materiales Preventivos y Terapéuticos en heridas crónicas: Guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de Posicionamiento Nº5. Disponible en: [http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento\\_evaluación\\_técnica.pdf](http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento_evaluación_técnica.pdf). Consultada el: 20 de mayo del 2008.
21. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Jaén. Ed. H.U. Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:**

22. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Hospital Universitario "Princesa de España" Jaén. 2001.
23. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de Prevención y Tratamiento. Cadiz. Hospital Universitario Puerta del Mar. 2003.
24. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro, Pérez-Hernández R. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
25. Díaz-Mendi R. Manual de prevención y cuidado de úlceras por presión. Servicio de Cantabro de Salud. [http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp\\_files/cantabria.pdf](http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf)
26. Comunidad de Madrid. Guía para el Abordaje del Deterioro de la Integridad Cutánea. Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Área 5. Madrid: 2006.
27. Protocolo de Úlceras por Presión (UPP). Hospital Da Costa. Burela. Lugo. España: 2002.
28. Rich-Ruiz M. Protocolo de Úlceras por presión. Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería División de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.
29. Ruiz-Rozas J, Martí- Mateo A, Herrero-Ballestar J, Pomer-Monferrer M, Masoliver-Forés A, Lizán-Tudela L. Úlceras por presión. Guías Clínicas 2004; 4 (7).

### **PARTICIPANTES:**

#### Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

#### Elaboró:

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.