

GUÍA FASE PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

GUÍA FASE PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CONSEJERÍA DE SALUD
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA



Grupo de trabajo:

- Ana Belén Moya Suárez (coordinadora del grupo). Responsable de Unidad de Enfermería Medicina Digestiva. Miembro de la Comisión de Úlceras por Presión Hospital Costa del Sol (Marbella)-Agencia Sanitaria Costa del Sol.
- Silvia Barrero Sojo. Enfermera Unidad de Cirugía. Miembro de la Comisión de Úlceras por Presión Hospital Costa del Sol (Marbella)-Agencia Sanitaria Costa del Sol.
- Inmaculada Lupiáñez Pérez. Coordinadora Cuidados de Enfermería en Centro de Salud Carlinda. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.
- Juan Carlos Morilla Herrera. Director de la UGC de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.
- Carlos Núñez Ortiz. Supervisor de Enfermería de la UGC Medicina Interna del Hospital de La Línea- Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar.

Coordinación de la guía FASE:

- Ana María Mora Banderas. Supervisora. Unidad de Calidad Hospital del Sol (Marbella) - Agencia de Calidad Sanitaria Costa del Sol.
- Pastora Pérez Pérez. Técnico del Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- José Carlos Canca Sánchez. Responsable de la línea Cuidados Seguros de PiCuida. Director de enfermería del Hospital Costa del Sol (Marbella) - Agencia Sanitaria Costa del Sol.
- Vicente Santana López. Responsable del Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- María Isabel Casado Mora. Enfermera asesora técnica. Estrategia de cuidados de Andalucía. Consejería de Salud.
- María Concepción Barrera Becerra. Enfermera asesora técnica. Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud.

Declaración de intereses:

Los autores de la presente guía declaran no tener conflicto de intereses

Validación externa:

Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)

Asociación Andaluza de Enfermeras Comunitarias (ASANEC)

Sociedad Andaluza Enfermeras de Cuidados Críticos y Urgencias (SAECC)

Grupo Enfermera de Práctica Avanzada en el cuidado de personas con Heridas Crónica Complejas:

- Francisco Pedro García Fernández
- Josefina Arboledas Bellón
- Juan Francisco Jiménez García
- María Gutiérrez García
- Celia Ruiz Fernández
- Francisco González Jiménez

Asesora técnica editorial

Antonia Garrido Gómez

Maquetación y cubierta

Jesús Zamora Acosta



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita:

© 2016 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avenida de la Constitución 18, 41071 Sevilla

Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Disponible en: www.picuida.es

Avanzar en la seguridad del paciente y la mejora de calidad de los cuidados es una prioridad para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Para ello es importante el generar una cultura de traslación del conocimiento, implantar en la práctica clínica las mejores evidencias disponibles, potenciar la investigación para el desarrollo de prácticas seguras y la participación activa de profesionales y ciudadanía.

En este sentido, los y las profesionales de los equipos de salud deben ser capaces de utilizar aquellos hallazgos de investigación que han mostrado ser efectivos, e incorporarlos a su práctica clínica como una competencia más dentro de su esfera profesional. Para que esto sea posible, es necesario acercar los resultados de investigación y evidencias generadas, de un modo fácil y accesible, a profesionales y ciudadanía.

Con estos objetivos y como una de las líneas fundamentales de la Estrategia de Cuidados de Andalucía y la Estrategia para la Seguridad del paciente, desde el SSPA se han desarrollado una serie de guías de buenas prácticas denominadas, “GUIAS FASE (FÁciles, Seguras y basadas en las mejores Evidencias disponibles), que constituirán el marco de referencia para promover en el ámbito asistencial, tanto en hospitalario como comunitario, una atención basada en las mejores evidencias disponibles en los aspectos que contienen cada una de las mismas.

Las Guías han sido elaboradas por equipos de profesionales con amplia experiencia en los temas que se abordan, en práctica basada en evidencias y seguridad del paciente, e incluyen, a través de diferentes capítulos, no solo recomendaciones para profesionales, sino también información para la ciudadanía, la metodología empleada y material adicional que ayudará a poner en marcha las diferentes recomendaciones.

Dentro de esta serie de Guías FASE, en este año 2016, se publicarán las Guías que a continuación se detallan:

1. Prevención de infecciones asociadas al uso de dispositivos venosos.
2. Prevención y actuación ante una caída
3. Prevención de úlceras por presión

Para finalizar, desearía mostrar mi agradecimiento a todos y todas los y las participantes, así como manifestar mi compromiso para la difusión e implantación de los contenidos de estas guías en el SSPA con el fin mejorar la atención y la calidad de los cuidados que prestamos a la ciudadanía.

Nieves Lafuente Robles

Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía

SUMARIO

Justificación	9
Objetivos	10
Profesionales a los que va dirigido	10
Población diana	10
Metodología de búsqueda	10
Glosario de términos y definiciones	12
Recomendaciones	15
Recursos necesarios	18
Transferencia de la información	18
Educación al paciente	20
Indicadores	23
Aplicabilidad a estándares de calidad	25
Bibliografía	26
Anexos	29

Justificación

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud pública y de seguridad del paciente. Según el último estudio realizado en nuestro país (1) la prevalencia en hospitales se sitúa en un 7,87%; en centros sociosanitarios en un 13,41% y en atención primaria, en un 8,51%. Una situación de salud que genera serias implicaciones sobre el paciente, sus cuidadores (2), la familia y la calidad de vida a todos los niveles: físico, psicológico y social (3-4), incrementando el riesgo de muerte en las personas que las padecen (5).

Existe un amplio consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de afrontar el problema frente al coste del tratamiento, por la importante disminución de gastos directos e indirectos. Además, con una adecuada prevención se disminuye el tiempo que dedican los profesionales sanitarios a su cuidado, disminuye el gasto farmacéutico, se reducen las estancias hospitalarias derivadas de estas lesiones y el sufrimiento intangible de pacientes y familiares que han de enfrentarse diariamente a estas lesiones (6-10).

Con todos estos datos y, considerando que son evitables en un 95% (11), no es de extrañar que su prevención constituya uno de los objetivos prioritarios de numerosos organismos nacionales e internacionales que velan por mejorar la calidad de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, Joint Commission, Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, etc.).

Una de las medidas para evitar la aparición de este evento es que se conozcan y apliquen las recomendaciones basándolas siempre en la más actual evidencia científica disponible (12, 13). Sin embargo, las numerosas y extensas publicaciones al respecto hacen que en ocasiones sea difícil hacer un seguimiento de todas ellas. Esta guía pretende realizar una síntesis de la evidencia disponible para facilitar la toma de decisiones en el abordaje de los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.

Objetivos

Objetivo principal

Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica para ayudar en la toma de decisiones en el cuidado de las personas con riesgo de desarrollar UPP.

Objetivos secundarios

Reducir la incidencia de UPP.

Mejorar la calidad de vida de las personas con riesgo de desarrollar UPP.

Mejorar la formación/información al paciente/ cuidador en la prevención de UPP.

Establecer indicadores que ayuden a supervisar y monitorizar la consecución de los objetivos y las estrategias recomendadas en esta guía para poder planificar un ciclo de mejora en caso necesario.

Profesionales a los que va dirigido

Personal sanitario perteneciente a hospitales, residencias y ámbito comunitario que estén implicados en el cuidado de las personas adultas con riesgo de desarrollar UPP.

Población diana

Población adulta ingresada en hospitales, residencias o inmovilizadas en sus domicilios que presenten riesgo de desarrollar UPP.

Cuidadores y cuidadoras de personas con riesgo de desarrollar UPP, especialmente en personas que presenten alguno de estos factores:

- Deterioro de la movilidad
- Déficit nutricional
- Que hayan tenido una UPP previa o la tengan en la actualidad
- Que presenten dificultad para reposicionarse
- Con deterioro cognitivo significativo.

Exclusiones: población pediátrica y pacientes obstétricas.

Metodología de búsqueda

Para la elaboración de la guía se seleccionó un grupo representativo de profesionales sanitarios de los diferentes contextos en los que se aplicarían las recomendaciones.

Para la selección de recomendaciones de esta guía el grupo de trabajo siguió la metodología empleada en la guía de asma del País Vasco (14) que les permitió realizar una adaptación de las diversas Guías de Práctica Clínica (GPC) y Revisiones sistemáticas (RS) existentes tras realizar una evaluación exhaustiva de la calidad de los documentos y de su contenido clínico.

La búsqueda bibliográfica se realizó siguiendo el protocolo COSI, para la selección de las bases de datos. En mayo de 2016 se consultaron: Medline (software de Pubmed) / Cochrane Library, Embase y las siguientes páginas web nacionales e internacionales: GuíaSalud (Ministerio de Sanidad) / GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de la Úlceras por Presión), NGC (National Guideline Clearinghouse); G-I-N (Guidelines International Network); AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality); NICE (National Institute for Health and Care Excellence), EWMA.org (European Wound Management Association) y EPUAP.org (European Pressure Ulcer Advisory Panel).

Se ejecutaron las estrategias de búsqueda en cada una de las bases de datos (anexo 1), creando alertas para la actualización permanente de la información, creando colecciones para la selección de referencias y eliminando duplicados. Se realizó también una revisión manual de la bibliografía de aquellos documentos que resultaron de interés. Los textos completos se obtuvieron mediante el servicio de la BV-SSPA Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz, en el Hospital Costa del Sol.

Las estrategias de búsqueda bibliográfica se diseñaron utilizando filtros metodológicos y temáticos, empleando lenguaje libre (palabras en título y abstract) y controlado (Mesh, etc.). También se utilizaron los subencabezamientos pertinentes. Se acotó la búsqueda a los 5 últimos años. Como tipología documental: Guías de práctica clínica y Revisiones sistemáticas. Se planteó una restricción idiomática al castellano, inglés y francés para los textos completos. Se utilizó un gestor personal de referencias bibliográficas para la búsqueda, almacén y edición de los registros. En el anexo 2 se muestra el flujo para la selección de los documentos.

La calidad de las GPC fue evaluada con el Instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (15). La puntuación obtenida en la evaluación de las diferentes GPC puede consultarse en el anexo 3.

Los criterios considerados como relevantes en la elección de GPC para su adaptación fueron:

- preferiblemente guías elaboradas en procesos de grupo, basadas en evidencia, que presentaran recomendaciones específicas y claras y preferiblemente desarrolladas por agentes de reconocida trayectoria.
- con buenos estándares de calidad, logrando calificaciones superiores a 60% en cada área del instrumento AGREE, particularmente en la sección de “rigor en la elaboración”.
- guías desarrolladas o actualizadas en los últimos tres años.
- desarrolladas para un contexto de implementación similar al local.

Fueron seleccionadas la guía NICE 2014 (16) y la guía de la Generalitat Valenciana 2012 (17) dado que esta última era la única realizada en nuestro entorno y con un contexto de aplicación similar. Las otras guías que obtuvieron puntuaciones por encima de 5 (sobre 7), (18-19-20) sirvieron de documentos de apoyo cuando se encontraron diferencias o incongruencias en las recomendaciones indicadas entre las guías y RS seleccionadas. Sólo se excluyó una guía que no pasó la evaluación (21).

Las RS se evaluaron con la herramienta AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews) (22). Tras realizar la evaluación se seleccionaron 19 RS (23-41). Tanto la evaluación de las GPC como las RS fueron realizadas por dos evaluadores.

Para el análisis de contenido de cada guía y RS se formularon preguntas clínicas que abordaban las principales dimensiones de la prevención de las UPP (anexo 3). Además se configuró para cada pregunta una tabla que nos permitió valorar como respondía cada GPC y RS a cada pregunta formulada.

Para la selección final de las recomendaciones los evaluadores realizaron para cada pregunta clave formulada una evaluación formal de los hallazgos y, aplicaron los 7 criterios de adaptación de las Guías y RS que permite valorar la consistencia, necesidad de actualización, grado de recomendación, claridad o aplicabilidad (anexo 4). El resultado de la aplicación de estos criterios nos mostró la estrategia a seguir con cada pregunta: elaboración parcial o adoptar las recomendaciones a partir de las GPC y/o RS. No hubo recomendaciones de novo al estar todas las preguntas abordadas de forma completa y/o parcial en las GPC y RS consultadas.

Para facilitar la interpretación del lector y el acceso, el grupo optó por identificar junto a cada recomendación seleccionada la fuente bibliográfica de referencia (ver apartado de recomendaciones) debido a las diferencias entre los grados de recomendación de cada guía al tener sistemas de gradación diferentes.

Se establece una revisión periódica de la presente GPC FASE cada 5 años para garantizar la actualización de las recomendaciones, por lo que deberá ser actualizada antes de mayo de 2021.

Glosario de términos y definiciones

Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO): Compuestos formados por un conjunto de ácidos grasos esenciales, obtenidos por un particular proceso de hiperoxigenación, que favorecen la restauración del film hidrolipídico, evitando la deshidratación cutánea y mejorando la microcirculación sanguínea.

Alivio de presión: Capacidad de una superficie para disminuir la presión en el punto de contacto entre la superficie del cuerpo y la superficie de apoyo, y además mantiene la presión constantemente por debajo de la presión de cierre capilar.

Apósito: Material aplicado a las heridas con fines diversos como protección, absorción y drenaje.

Colchón de espuma de alta densidad: Superficie especial para el manejo de la presión para la prevención de UPP. Ha de contemplar las siguientes propiedades: Resistente e indeformable, que se adapte al cuerpo con la propia temperatura corporal, facilitando un reparto uniforme de la presión. Transpirable, con sistemas que permitan la ventilación, evitando la humedad y la aparición de ácaros. Antialérgico. Libre de látex. Preventivo de úlceras por presión, de forma que distribuya el peso del cuerpo de forma equilibrada y reduzca la presión sobre la piel al mínimo. Adaptable a camas articuladas

Colchón/sobrecolchón de aire alternante: Es una ayuda técnica que ofrece una superficie conformada por celdas de aire que se inflan y desinflan secuencialmente y alivian la presión en diferentes sitios anatómicos durante períodos cortos; pueden incorporar o no, un sensor de presión. Son numerosos los modelos disponibles en el mercado y varían en sus características (motor, sensor de presión, etc).

Cizalla: Fuerza tangencial entre la piel y planos profundos.

Escalas de valoración del riesgo de desarrollar UPP: Una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión (EVRUPP), es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

Fricción: Es la fuerza que existe entre dos superficies en contacto, que se opone al movimiento relativo entre ambas superficies (fuerza de fricción dinámica) o la fuerza que se opone al inicio del deslizamiento (fuerza de fricción estática). Fuerza que se ejerce en paralelo a la piel.

Método de la palpación o diascopia: puede evaluarse ejerciendo presión con un dedo sobre la zona enrojecida; si el área enrojecida palidece cuando se aplica una presión suave con el dedo, no hay signos de daño tisular y no se consideraría UPP de categoría I. Si el enrojecimiento persiste se puede catalogar como ulceración de categoría I. También consiste en aplicar presión utilizando un disco transparente sobre la zona enrojecida y tener las mismas consideraciones que con la presión del dedo. El uso de un disco de presión transparente hace mucho más fácil observar si el área enrojecida palidece o no a la aplicar presión.

Productos barrera: Se considera como producto barrera a todos los preparados que protegen la piel de la humedad, orina, heces u otras sustancias tóxicas para ella, mediante un revestimiento impermeabilizante. Estos productos pueden presentarse en forma de pomadas y/o cremas y en sprays que forman una película de barrera no irritante; ambos son protectores cutáneos para el cuidado de la piel.

Redistribución de la presión: Capacidad de una superficie de apoyo para distribuir la carga durante el contacto con zonas del cuerpo humano.

Reducción de la presión: Capacidad de una superficie para disminuir la presión en el punto de contacto entre la superficie del cuerpo y la superficie de apoyo, pero no mantiene la presión constantemente por debajo de la presión de cierre capilar.

Superficies de espuma de alta especificidad: Polímero poroso que se deforma en proporción al peso aplicado. El aire circula lentamente entre el espacio existente entre las células de la espuma, lo que permite que la superficie mantenga y recuerde, el contorno y la forma del cuerpo que tenía previamente.

Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): superficie o dispositivo especializado cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima y que abarca el cuerpo del individuo, o una parte del mismo, según las distintas posiciones funcionales posibles.

Superficies especiales de manejo de presión activa o dinámica: Son SEMP que permiten variar de forma continua los niveles de presión entre la superficie del dispositivo y la piel de la persona sin que exista una aplicación de energía externa del paciente (paciente inmóvil) o de otra persona externa (cambios posturales). Esta SEMP redistribuye su contenido (agua o aire) según unos ciclos de tiempo, llamados ciclos de alternancia. Este tipo de superficies incluye los colchones y sobrecolchones de presión alternante.

Superficies especiales de manejo de presión estáticas. Son aquellas SEMP que no realizan movimientos por sí mismas. Sus propiedades de redistribución se deben a las características de su contenido. Este contenido es muy diverso y se pueden crear combinaciones de diferentes materiales

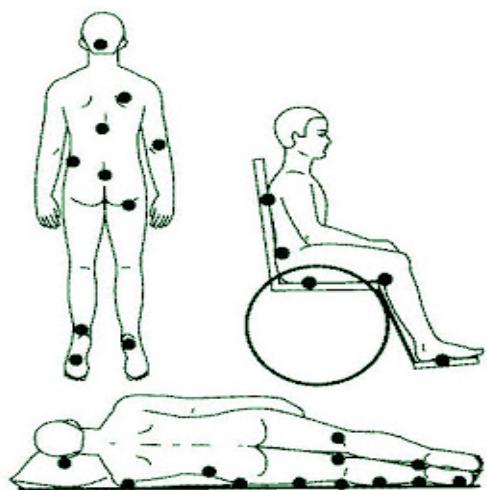
en búsqueda de una mejor redistribución. Esta familia necesita que se produzca una energía externa para realizar cambios de presión en la piel del sujeto. Aquí se incluyen los colchones de espuma de alta densidad.

Superficies especiales de manejo de presión mixtas. Definidas como aquellas SEMP que, debido a su contenido, son capaces de realizar cambios en la distribución de la presión por sí mismas. Se diferencian de las dinámicas en que necesitan la aplicación de una energía para que puedan realizar esa distribución y que no tienen ningún motor para ello. Se diferencian de las estáticas en que la aplicación de una energía permite que la SEMP siga moviéndose a pesar de que la energía externa haya cesado. Como ejemplos encontramos las SEMP de agua, o las SEMP con núcleos de estructura amorfa (muelle, espiral, receptáculos de aire).

Úlcera por presión (UPP): Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

Valoración del riesgo: Evaluación para determinar, en cada caso, la existencia de factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de una UPP.

Zonas de riesgo: aquellas zonas en contacto directo con la superficie (cama, sillón, dispositivo, etc.), principalmente prominencias óseas, que son más vulnerables a desarrollar UPP.



Zonas de riesgo de desarrollar UPP

Las fuentes para la elaboración del glosario de términos de esta guía han sido las diferentes Guías de Práctica Clínica consultadas para su elaboración así como los documentos de posicionamiento del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en UPP y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (42)

Recomendaciones

Recomendaciones	Tipo de fuente
1. Evaluación <p>Realizar y documentar una evaluación del riesgo de desarrollar UPP a todos los adultos en el momento del ingreso hospitalario, previo a una cirugía en la sala quirúrgica o en centros sociosanitarios y, en el primer contacto con la enfermera de atención primaria o en servicios de urgencias si tiene algún factor de riesgo de los siguientes (16):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad • UPP previa o actual • Edad avanzada • Deficiencias nutricionales • Incapacidad para reposicionarse • Deterioro cognitivo significativo • Estado general de la piel (presencia de humedad, incontinencia, escoriaciones, etc.) (24) • Perfusion (incluye diabetes) (24) <p>Incluir en la evaluación al cuidador si es posible, como fuente de información.</p>	(16) GPC (24) RS
Realizar la evaluación tan pronto como sea posible (como máximo antes de las 8 horas posteriores a la admisión del paciente o primera visita en entornos comunitarios) (20)	20 (GPC)
Considerar el uso de una escala validada para apoyar el juicio clínico (Braden, Norton y Emina) al evaluar el riesgo de la persona a desarrollar UPP. La escala Braden puede consultarse en el anexo 5.	16, 17 (GPC)
Reevaluar el riesgo a intervalos periódicos (17) y si existe un cambio clínico en la situación del paciente, por ejemplo después de una cirugía, empeoramiento de la enfermedad o cambios en la movilidad, así como ante un cambio en la persona que cuida (16)	16, 17 (GPC)
2. Intervención <p>Realizar y documentar un plan de prevención individualizado por escrito que incluya: el resultado de la evaluación del riesgo y el estado de la piel, el estado nutricional, la necesidad de alivio adicional de la presión en zonas de riesgo, la movilidad del paciente y su capacidad para reposicionarse, otras patologías y, las preferencias del paciente (16)</p> <p>Realizar una valoración de la piel de la persona identificando alteraciones de la integridad de la piel en zonas de presión y/o prominencias óseas, signos de enrojecimiento o eritema, variaciones en la temperatura, firmeza y humedad (por ejemplo a causa de la incontinencia, exudado, etc.). La evaluación no debe ser dolorosa (16).</p> <p>Vigilar las zonas en que haya existido una lesión previa y aquellas zonas con dispositivos terapéuticos (mascarillas oxígeno, ventilación mecánica no invasiva, sondas vesicales, sujetecamas, férulas y yesos, sondas nasogástricas, entre otros) (17)</p> <p>Realizar la valoración de la piel en el momento de la primera consulta, como mínimo una vez al día (coinciéndolo con el aseo) y, después de procedimientos prolongados que impliquen una reducción de la movilidad (17).</p>	(16) GPC (16) GPC (17) GPC (17) GPC

Utilizar el método de la palpación o diascopia para determinar si al detectar enrojecimiento de la piel éste es reversible o irreversible (16)	(16) GPC
En caso de identificar la presencia en alguna zona de eritema no blanqueante extremar las medidas preventivas y, repetir la valoración de la piel al menos cada dos horas (16)	(16) GPC
Mantener la piel de la persona limpia, seca e hidratada (17)	(17) GPC
Lavar la piel con agua y jabón neutro, aclarar y secar cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos (17)	(17) GPC
No realizar masajes vigorosos en las prominencias óseas (25)	(25) RS
Proteger la piel expuesta a una humedad excesiva con productos barrera (16)	(16) GPC
Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) sólo en las zonas de riesgo (17)	(17) GPC
Considerar el uso de la estimulación eléctrica para las zonas de riesgo en pacientes con lesión medular (39).	(39) RS
Examinar y evaluar el estado nutricional de cada individuo con riesgo de desarrollar UPP en la primera consulta (17). Se recomienda el instrumento de valoración de riesgo nutricional (test Mini Nutritional Assessment [MNA], véase el Anexo 6	(17) GPC
En caso de déficit nutricional establecer un plan nutricional que incluya una dieta rica en calorías, proteínas o arginina, vitaminas con efecto antioxidante (grupo B, A, C y E), minerales (Selenio y Zinc) y ácido alfabílico (17)	(17) GPC
No ofrecer suplementos nutricionales para prevenir UPP en adultos cuya ingesta nutricional es adecuada (16)	(16) GPC
No ofrecer líquidos intravenosos específicamente para prevenir UPP en adultos cuyo estado de hidratación sea adecuado (16)	(16) GPC
Utilizar colchones de espuma de alta especificación con propiedades de alivio de la presión frente a colchones estándar de hospital en adultos con riesgo de desarrollar UPP (26) y, en adultos de alto riesgo en la comunidad (atención primaria y residencias) (16)	(26) RS (16) GPC
Utilizar superficies especiales de manejo de presión activa (sobrecolchón o colchón) en el caso de los adultos con mayor riesgo de desarrollar UPP y en todos los pacientes de cualquier riesgo donde no sea posible efectuar cambios posturales (17). No hay diferencias en términos de eficacia entre sobrecolchón o colchón.	(17) GPC
Animar a los adultos que han sido evaluados como de riesgo bajo de desarrollar una UPP a cambiar su posición con frecuencia y por lo menos cada 6 horas. Si no son capaces de reponerse por sí solos ofrecer ayuda para hacerlo utilizando el equipo adecuado si es necesario. Documentar la frecuencia del cambio de posición requerida (16)*	(16) GPC
En el caso de que el adulto presente un alto riesgo o moderado desarrollar UPP reducir la frecuencia de los cambios posturales a cada 4 horas. Documentar la frecuencia del cambio de posición requerida (16)*	(16) GPC
Utilizar dispositivos de alivio de presión para los pacientes de alto riesgo en la sala de operaciones, ya que esto se asocia con una reducción de la incidencia postoperatoria de las úlceras por presión (26)	(26) RS
Considerar el uso de una espuma de alta especificación o cojín de redistribución de la presión para los adultos que utilizan una silla de ruedas o que permanezcan sentados por períodos prolongados (16).	(16) GP

Los dispositivos de protección de los talones deben elevar el talón completamente (liberándolo de toda carga) de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin que se ejerza presión sobre el talón de Aquiles (17)	(17) GPC
No sobrepasar los 30° en la elevación del cabecero de la cama, o en la lateralización de la persona (17)	(17) GPC
En pacientes sentados recomendar que efectúen pulsiones cada 15 minutos. Si no pueden movilizarse se realizarán cambios posturales al menos cada hora (17)	(17) GPC
Los pacientes sentados deberán poner los pies sobre un reposapiés si éstos no llegan a tocar el suelo (17)	(17) GPC
No utilizar flotadores o rodetes cuando el individuo esté en sedestación ni en decúbito (17)	(17) GPC
Considerar el uso de apóstitos (espumas de poliuretano) para proteger las zonas sometidas a la presión, fricción y/o la cizalla. (El diseño del apóstito deberá permitir la fácil inspección de la piel) (20)	(20) GPC

3. Información sanitaria

Ofrecer información a las personas evaluadas con riesgo y a sus cuidadores. Debe incluir:	
<ul style="list-style-type: none"> • las causas de las UPP • los signos de alarma • medidas de prevención • las consecuencias de desarrollar una UPP • demostración de las técnicas y los equipos utilizados en la prevención (16) 	(16) GPC
Para mejorar los conocimientos de los pacientes y cuidadores sobre la prevención de las UPP ofrecer materiales educativos (talleres a cuidadoras familiares y a SAD, completando con folletos, e-learning, etc.) (20)	(20) GPC
Utilizar fuentes de Internet recomendados por los profesionales de la salud para proporcionar información actualizada sobre úlceras por presión y su prevención (20)	(20) GPC
Considerar el estado de la persona a la hora de suministrar la información:	
<ul style="list-style-type: none"> • condiciones degenerativas • personas con movilidad reducida • deterioro neurológico • deterioro cognitivo • alteración de la perfusión tisular (16) 	(16) GPC
Incluir al paciente y/o su cuidador en el plan de atención individualizado (20)	(20) GPC

**Nota: *Nota: las frecuencias de cambios posturales se recomiendan si la persona se sitúa en una SEMP en función del riesgo que presente (SEMP estática: colchón de alta especificación en pacientes de riesgo y, SEMP activa o dinámica: ej. colchón o sobrecolchón de presión alterna en pacientes de alto riesgo o con lesiones o de cualquier riesgo cuando no sea posible efectuar cambios posturales). En el caso de no darse esas condiciones se deberán reducir las frecuencias de los cambios posturales.*

Recursos necesarios

Para la implantación de las recomendaciones se requieren los siguientes recursos:

- Superficies especiales de manejo de presión (SEMP) entre el paciente, la cama o la silla. Estas superficies pueden incluir materiales tales como: espuma de alta especificación, aire alternante, etc. en la forma de cojines, colchones o sobrecolchones.
- Uso de sistemas de alivio local de la presión, fricción o cizalla tales como los apósitos de espuma de poliuretano, elevadores de talones, almohadas, etc.
- Recursos humanos para reposicionar regularmente al paciente y sistemas de transferencia que eviten el arrastre del paciente en los traslados e incorporaciones (grúas, transfer, etc.).
- Productos para un correcto cuidado de la piel que mantenga la hidratación, aíslle de la humedad y ayuden a mantener su integridad (cremas barrera, hidratantes, películas de barrera no irritantes, AGHO).
- Discos transparentes para inspeccionar la piel
- Registro específico de las medidas de prevención (checklist de recomendaciones) (anexo 7).
- Algoritmo de evaluación del riesgo y medidas de prevención (anexo 8)

Transferencia de la información

Ver infografía sobre transferencia de la información (anexo 9)

Antes de entrar en el hospital, desde Atención Primaria:

- El profesional sanitario que atiende al paciente en la comunidad deberá informar al paciente y/o cuidador principal del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la necesidad de advertirlo a los profesionales sanitarios en un posible ingreso hospitalario así como de las medidas preventivas adoptadas en el domicilio y de otra información de interés de cara a la planificación del alta.
- Transferencia de información de riesgo desde AP: Si los profesionales tienen constancia del ingreso del paciente en el hospital derivar la información mediante informe de continuidad de cuidados y/o contacto telefónico con la enfermera responsable.
- La información del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) abordará además del plan de cuidados establecido en el paciente, las patologías, medicación habitual, cuidador principal, información sobre la vivienda y los recursos de que dispone así como otros aspectos que se consideren de interés.

Durante la estancia en el hospital, planificación del alta y continuidad de cuidados:

- Transferencia de información desde urgencias a la unidad destino:
 - Resultado de la valoración del riesgo realizada así como información relevante (aspecto de la piel, eritema, presencia de heridas, humedad, incontinencia, estado nutricional, etc.)
 - Medidas de prevención iniciadas (frecuencia de los cambios posturales, colocación de SEMP, apósitos, etc.)
 - Identificar familiar y/o cuidador con el que poder debatir sobre los cuidados.

- Realizar la conciliación del tratamiento si procede.
- Transferencia de información desde la unidad de hospitalización a los servicios de apoyo al diagnóstico/ quirófano/ cuidados intensivos:
 - Advertir del riesgo del paciente a desarrollar UPP (sobre todo en aquellos pacientes sometidos a cirugía)
 - Intervenciones preventivas del plan de cuidados (frecuencia de los cambios posturales, colocación de SEMP, apósticos, etc.)
- Transferencia de la información desde el hospital a la comunidad (atención primaria y/o residencias):
 - Se planificará el alta desde el ingreso con el paciente y/o cuidador siendo oportuno contactar con la enfermera de enlace y/o residencia del paciente para una adecuada gestión de casos. Importante notificar previamente si se requiere tener una superficie para el manejo de presiones, equipo especial para traslados, elevadores de talón etc.
 - Si el alta está prevista para fin de semana activar salud responde para reforzar educación sanitaria a cuidadores para la prevención de UPP.
 - Al alta se remitirá un ICC. Este deberá contemplar:
 - Evaluación del riesgo al alta incluyendo una evaluación detallada del estado de la piel.
 - El Plan de Cuidados establecido: diagnósticos de enfermería y/o problemas de colaboración no resueltos, intervenciones planificadas y evaluación de los resultados de enfermería NOC para que se pueda continuar con el plan tras el alta.
 - Evolución y cambios clínicos durante el ingreso (presencia de UPP y medidas de prevención y tratamiento instauradas).
 - Nivel de conocimientos sobre prevención de UPP del cuidador/a así como las herramientas entregadas
 - Solicitud de inclusión de gestión de casos

Para mejorar la comunicación entre profesionales de una misma área (relevos de información, equipo multidisciplinar), utilizar herramientas de comunicación efectivas como SBAR (45). En el anexo 10 se muestra un ejemplo de la realización de transferencia de información de un paciente con riesgo de desarrollar una UPP.

Educación al paciente

Para llevar a cabo el cuidado integral de un paciente con riesgo de desarrollar una UPP el paciente y/o el cuidador deben tener en cuenta una serie de recomendaciones. La educación sanitaria y la colaboración del cuidador son fundamentales para llevar a cabo la labor de prevención, con especial atención a las siguientes recomendaciones:

- Inspeccionar la piel diariamente, manteniéndola siempre limpia, seca e hidratada.
- Usar agua tibia y jabones neutros para la higiene diaria. Asegurar un secado cuidadoso y sin fricción.
- Usar cremas hidratantes para asegurar la elasticidad de la piel. Evitar colonias, alcohol o talco, que provocan sequedad cutánea.
- Asegurar una ropa limpia, seca y sin pliegues en los pacientes encamados.
- Vigilar y proteger la piel de riesgo con ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) varias veces al día, con aplicación suave, evitando masajear las prominencias óseas.
- Evitar que el cabezal de la cama se eleve más de 30°. Se debe mantener la alineación corporal en todo momento.
- Realizar cambios posturales frecuentes. Se recomiendan no espaciar más de 4 horas en personas encamadas.
- No mantener a las personas con riesgo en posición sentada durante más de una hora si éstos no pueden reposicionarse por sí solos.
- Recomendar el uso de dispositivos de alivio de presión en la cama tipo colchones de aire alternante o similar que en ningún caso debe sustituir a los cambios posturales.
- Recomendar el uso de un cojín de asiento (nunca tipo flotador o rosco) en pacientes sentados.
- Proteger todas las prominencias óseas (codos, talones, espalda, parte posterior de la cabeza...) para evitar el contacto directo con la superficie. Para ello se puede aliviar la presión usando almohadas entre la piel y la superficie de contacto.
- Los talones deben quedar libres de todo contacto con la cama. Elevarlos colocando una almohada o cojín a lo largo de la pantorrilla o elevadores de talones cilíndricos, semicilíndricos o Hellbo.
- Evitar arrastrar la piel por la superficie de apoyo (cama o sillón) al reposicionar al paciente. Puede ser necesario el uso de dispositivos de ayuda como grúas o alzamiento con sábana entremetida u otro tipo de alternativas. Es importante el entrenamiento de los cuidadores en la correcta movilización para evitar lesiones en el paciente y a sí mismo.
- En pacientes con incontinencia, evitar la humedad que provoca maceración, edema y pérdida de integridad. Se deben usar pañales de absorbencia y tallaje adecuado a las características de la persona y en caso necesario se puede aplicar un producto tipo barrera. Adiestrar en el uso adecuado de absorbentes evitando el doble pañal.
- Vigilar la ingesta del paciente y asegurar un correcto aporte nutricional.

Además sería interesante complementar las recomendaciones de prevención al paciente y/o cuidador con la siguiente información que tendría que recogerse en los materiales informativos que se le faciliten a los pacientes/cuidadores:

- **¿Qué es una úlcera por presión (UPP)?** Una UPP es una lesión en la piel y/o tejidos más profundos producida por el roce y/o una presión mantenida en el tiempo en una determinada zona del cuerpo, principalmente en las prominencias óseas (talones, codos, sacro, espalda, cadera, etc.). Es muy importante extremar la vigilancia de esas zonas cuando la persona se encuentra sentada, en cama o recostada de lado.
- **¿Qué personas tienen más riesgo de desarrollar una UPP?** Aquellas personas que tienen la movilidad reducida, encamados, con deterioro cognitivo importante, déficit nutricional, edad avanzada y mal estado general de la piel.
- **Signos de alarma ante la posible aparición de UPP:** Es importante reconocer los primeros signos de alarma. Si identifica zonas enrojecidas en las zonas de apoyo que al presionarlas con el dedo no revierten a su color original estaríamos ante el principal indicador de sospecha de desarrollo de una UPP. En tal caso deberá extremar las medidas de prevención y la vigilancia.
- **Consecuencias de desarrollar una UPP:** Las consecuencias de padecer una UPP, pueden ser muy graves, llegando a producir infecciones y dolor a la persona que la padece.
- **Tipos de dispositivos de alivio de presión y su uso:** Para la prevención de las UPP existen diferentes tipos de dispositivos que alivian y redistribuyen la presión, es importante su uso precoz, acompañado del resto de medidas preventivas. No olvide leer correctamente las instrucciones de colocación y uso para garantizar su óptimo funcionamiento. Entre estos dispositivos de alivio de presión cabe destacar las superficies viscolásticas, y las de aire alternante. Es importante no sólo usar superficies de alivio de presión en el paciente encamado (colchones antiescaras) sino también en los pacientes que se encuentran en sedestación (sentados) el uso de cojines que dispersen la presión. Nunca utilice cojines tipo rosco.
- **Ante cualquier duda consulte con su profesional de enfermería.**

A continuación se describen una serie de recursos educativos para ayudar a los pacientes y/o cuidadores a mejorar sus conocimientos sobre Prevención de las UPP. Se proponen como ejemplos más que como una lista exhaustiva:

RECURSO WEB (enlace)	¿QUÉ APORTA?
http://www.pacientesycuidadores.com/	Portal web con amplia información sobre prevención y tratamiento de UPP y otras heridas.
https://www.youtube.com/channel/UCArAX0bYI38K3ggMyrnjYDg	Canal de Youtube® que aloja videos sobre cambios posturales y atención a pacientes dependientes.
https://www.youtube.com/watch?v=vjSuhSvK460	Video explicativo sobre qué es y porqué se causa una UPP
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/docs/Areas/Dependencia/Publicaciones/guia_visual_cuidadores_interactiva.pdf	Documento enriquecido muy visual sobre los cuidados básicos para el paciente dependiente, incluye prevención de las UPP.

https://www.youtube.com/playlist?list=PL746AA3A3DEA959AD	Canal de Youtube® que presenta videos demostrativos sobre los cuidados básicos a pacientes dependientes.
https://vimeo.com/32161886	Video educativo para pacientes y cuidadores sobre prevención de UPP
https://prevenciondeulcerasporpresion.wordpress.com/recursos/informacion-para-cuidadores/guia-para-cuidadores/	Blog con información completa sobre el manejo de la prevención en los pacientes con riesgo de padecer UPP
https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/en_cy/patientinstructions/000147.htm	Información básica y actualizada sobre la prevención de las UPP, cuidados, particularidades y alertas.
https://es.pinterest.com/pin/393783561147542122/	Infografía sobre clasificación de UPP
https://es.pinterest.com/pin/550142910711427250/	Reloj con horarios para cambios posturales
https://image.slidesharecdn.com/30pdf-141210095805-conversion-gate02/95/manual-del-cuidador-prevencion-de-las-ulceras-por-presion-2-638.jpg?cb=1418205615	Presentación con tríptico informativo sobre prevención de UPP.
http://cuidadosdelasheridas.com/	Portal web sobre el tratamiento de las heridas

Relación de aplicaciones que pueden ayudar en la prevención de las UPP

Nombre y descripción de la aplicación	Enlace de descarga e información
Guía UPP. Guía UPP es la primera guía a nivel mundial especializada en la clasificación, diagnóstico, prevención y tratamiento de las úlceras por presión.	https://itunes.apple.com/es/app/guiaupp/id546315186?mt=8 https://www.facebook.com/guiaupp/
BCX Braden. Aplicación para calcular el riesgo de aparición de una UPP.	https://itunes.apple.com/es/app/id560756646?mt=8
Trata la UPP. Trata la UPP, disponible para Windows Phone, Android e iOS, cuenta además con un listado de los productos más utilizados en la cura de úlceras y otra base de datos en la que se definen las técnicas a utilizar, así como las diferentes escalas de valoración de riesgo de UPP (Norton, Emina y Braden) y la escala de valoración de la piel perilesional Fedpalla.	https://itunes.apple.com/us/app/trata-la-upp/id874818518?l=es&mt=8
Registro de Curas y Heridas	https://play.google.com/store/apps/details?id=com.appsanidad.registrocuras

Indicadores

PRIMER AÑO 2017
Definición: Se da a conocer a los centros sanitarios la Guía FASE de Prevención de UPP
Indicador: % de profesionales (directivos y cargos intermedios enfermeros) que han recibido información de la Guía FASE de Prevención de UPP
Fuente de información: La Dirección del centro.
Evidencia: informe del centro que recoja fecha y sesión impartida y % de profesionales (directivos y cargos intermedios de enfermería) que han recibido la formación
Definición: Situación basal de los centros con respecto a la existencia de comisiones, procedimientos, registros, formación continuada, indicadores con respecto a la prevención de UPP
Indicador: Informe sobre la situación basal que cuenta el Centro con respecto a la prevención de UPP (comisión, procedimientos existentes, registros, indicadores de seguimiento, formación anual...)
Fuente de información: La Dirección del centro
Evidencia: Informe de la Dirección del centro
Definición: Se da a conocer a los profesionales sanitarios la Guía FASE de Prevención de U.P.P a través de actividades formativas.
Indicador: % de profesionales de enfermería que han realizado actividades formativas GUIA FASE de Prevención de U.P.P estratificado por UGC
Fuente de información: La Dirección del centro
Evidencia: Informe que incluya % o nº de profesionales que han recibido la formación on-line GUÍA FASE de Prevención de UPP
Definición: La organización/centro cuenta con un protocolo actualizado que incluye las recomendaciones de cada guía
Indicador: Existencia de protocolo actualizado sobre la línea Prevención de UPP. que incluye las recomendaciones incorporadas en la GUIA
Fuente de información: La Dirección del centro.
Evidencia: Protocolo del centro
Definición: Se evalúa el riesgo de desarrollar UPP a los pacientes incluidos en programa-inmovilizados en sus domicilios/residencias y a todos los pacientes que están ingresados en atención hospitalaria.
Observaciones: La evaluación en domicilios/residencias ha de realizarse en la consulta domiciliaria de enfermería. En atención hospitalaria se evaluará el riesgo en las primeras 24 horas.
Indicador: Porcentaje de pacientes evaluados según el ámbito de atención/total de pacientes
Fuente de información: Historia Clínica Digital
Evidencia: Informe y plan de mejora
Definición: En unidades de urgencias, se evalúa el riesgo de los pacientes que cumplen alguno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> • deterioro de la movilidad • déficit nutricional • que hayan tenido una UPP previa o la tengan en la actualidad • que presenten dificultad para reposicionarse • con deterioro cognitivo significativo.
Indicadores: Porcentaje de pacientes evaluados/total de pacientes que cumplen algún criterio
Fuente de información: Historia clínica digital/ auditoría
Evidencia: Informe y plan de mejora

Definición: Se debe de garantizar la transferencia de la información
Indicador: Porcentaje de pacientes con Dco. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y que portan informe de continuidad de cuidados al alta/total de pacientes ingresados con riesgo de desarrollar UPP*100
Fuente de información: Historia clínica digital
Evidencia: Informe de la dirección con el porcentaje de pacientes de riesgo que portan informe de continuidad de cuidados al alta y plan de mejora.

SEGUNDO AÑO 2018
Definición: Se identifican como eventos adversos y registran según procedimiento los incidentes de seguridad
Indicador: N° de eventos adversos declarados relacionados con el desarrollo de una U.P.P
Fuente de información: Dirección del centro/ sistema de notificación de EA
Evidencia: Informe del centro con el n° de eventos adversos declarados relacionados con el desarrollo de una U.P.P teniendo como uno de los factores desencadenantes el incumplimiento del procedimiento de prevención
Definición: Se incorporan en los planes de cuidados de pacientes las intervenciones de enfermería para la prevención de riesgos NIC: Prevención de UPP.
Indicador: % de pacientes que cumplen criterio de riesgo y se le ha incorporado intervenciones de prevención
Fuente de información: Historia clínica digital
Evidencia: Evaluación de historias clínicas. N° de Dco. Riesgo deterioro integridad cutánea con registro de NIC: Prevención de UPP
Definición: Adherencia de los profesionales a las recomendaciones de Prevención de UPP
Indicador: Porcentaje de profesionales que aplican las recomendaciones/total de profesionales evaluados*100
Fuente de información: Cuestionario de adherencia a recomendaciones de UPP en hospitales (CADRUPP)
Evidencia: Informe sobre el porcentaje de adherencia de los profesionales a las recomendaciones del total de profesionales evaluados
Definición: Incidencia. Casos nuevos de pacientes que desarrollan UPP en un ámbito determinado y en un periodo determinado
Fórmula: N° de pacientes que desarrollan UPP durante su estancia (residencias, atención hospitalaria o domicilios)/total de pacientes (residencias, atención hospitalaria , seguimiento domiciliario)
Fuente de información: Historia clínica Digital
Evidencia: Informe de la dirección con la tasa de incidencia de UPP y plan de mejora
Definición: Prevalencia. Número total de personas que presentan UPP en un ámbito determinado y en un periodo determinado.
Fórmula: N° de pacientes que presentan UPP durante su estancia (residencias, atención hospitalaria o domicilios)/total de pacientes (residencias, atención especializada, seguimiento domiciliario)
Fuente de información: Historia clínica Digital
Evidencia: Informe de la dirección con la tasa de prevalencia de UPP y plan de mejora. Prevención de UPP

Aplicabilidad a estándares de calidad

Diagnósticos de Enfermería. Resultados e Intervenciones relacionados con la Prevención de las UPP.

Diagnósticos de Enfermería (NANDA):

- 00047 Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea

Resultados de Enfermería (NOC):

- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- 0205 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas

Intervenciones de Enfermería (NIC):

- 3590 Vigilancia de la piel
- 0740 Cuidados del paciente encamado
- 3500 Manejo de presiones
- 3540 Prevención de úlceras por presión
- 0840 Cambio de posición
- 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

Bibliografía

1. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou J-E, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014 Dec; 25(4):162-70.
2. Franks PJ, Winterberg H, Moffat C J (2002). Health-related quality of life and pressure ulceration assessment in patients treated in the community. *Wound Repair Regen* 10 (3): 133-140.
3. Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Defloor T, Nixon J; European Quality of Life Pressure Ulcer Project group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Jul;57(7):1175-83. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x. Epub 2009 May 21. Review. PubMed PMID: 19486198.
4. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM. What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? A qualitative patient-focused exploration of contributory factors. *J Tissue Viability*. 2012 Feb; 21(1):3-12. doi: 10.1016/j.jtv.2011.11.001. Epub 2011 Dec 1. PubMed PMID: 22137874.
5. Sinn CL, Tran J, Pauley T, Hirdes J. Predicting Adverse Outcomes After Discharge From Complex Continuing Care Hospital Settings to the Community. *Prof Case Manag*. 2016 May-Jun; 21(3):127-36. doi: 10.1097/NCM.0000000000000148. PubMed PMID: 27035083.
6. Lee T-T, Lin K-C, Mills ME, Kuo Y-H. Factors related to the prevention and management of pressure ulcers. *Comput Inform Nurs CIN*. 2012 Sep; 30(9):489-95.
7. Pancorbo Hidalgo, PL. "Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria." *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica* 13.3 (2002): 164-164.
8. Padula, William V., et al. "Improving the quality of pressure ulcer care with prevention: a cost-effectiveness analysis." *Medical care* 49.4 (2011): 385-392.
9. Shannon, Ronald J., Lynne Brown, and Debashish Chakravarthy. "Pressure Ulcer Prevention Program Study: a randomized, controlled prospective comparative value evaluation of 2 pressure ulcer prevention strategies in nursing and rehabilitation centers." *Advances in skin & wound care* 25.10 (2012): 450-464.
10. Mathiesen, Anne Sofie Mølbak, et al. "Are labour-intensive efforts to prevent pressure ulcers cost-effective?". *Journal of medical economics* 16.10 (2013): 1238-1245.
11. Hibbs P. The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*. 1988; 1(3):32-8.
12. Doran D, Lefebvre N, O'Brien-Pallas L, Estabrook CA, White P, Carryer J, Sun W, Qian
13. G, Bai YQ, Li M. The relationship among evidence-based practice and client dyspnea,
14. pain, falls, and pressure ulcer outcomes in the community setting. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2014 Oct; 11(5):274-83. doi: 10.1111/wvn.12051. Epub 2014 Aug 5. PubMed PMID: 25099877; PubMed Central PMCID: PMC4240472.
15. Barker AL, Kamar J, Tyndall TJ, White L, Hutchinson A, Klopfer N, Weller C. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *Int Wound J*. 2013 Jun;10(3):313-20. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.00979.x. Epub 2012 Apr 19. PubMed PMID: 22515476.
16. Etxeberria A, Rotache R, Lekue L, Callén B, Merino M, Villar Mea. Descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma de la CAPV. 2005. Informe nº. Osteba D-05-03.
17. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010; 182(18):E839-42.
18. The prevention and management of pressure ulcers in primary and secondary care. NICE. 2014. National Clinical Guideline Centre.
19. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. 2012.

22. Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Van Houdt S, Vanwalleghem G, Gryson L, Heyman H, Thyse C, Toppets A, Stordeur S, Van den Heede K. A National Guideline for the prevention of pressure ulcers. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Reports 193C. D/2013/10.273/97.
23. Australian Wound Management Association. Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury. Abridged Version, AWMA; March 2012. Published by Cambridge Publishing, Osborne Park, WA. ISBN Print: 978-0-9807842-9-9 ISBN Online: 978-0-9807842-8-2.
24. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. 2014.
25. The Wownd/burn guidelines-2: Guidelines for the diagnosis and treatment for pressure ulcers. Japanese Dermatological Association (JDA). 2016.
26. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
27. Huang H-Y, Chen H-L, Xu X-J. Pressure-redistribution surfaces for prevention of surgery-related pressure ulcers: a meta-analysis. *Ostomy Wound Manage*. abril de 2013;59(4):36-8, 42, 44, 46, 48.
28. Nixon J, Nelson EA, Rutherford C, Coleman S, Muir D, Keen J, et al. Pressure UlceR Programme Of reSEArch (PURPOSE): using mixed methods (systematic reviews, prospective cohort, case study, consensus and psychometrics) to identify patient and organisational risk, develop a risk assessment tool and patient-reported outcome Quality of Life and Health Utility measures [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015 [citado 20 de mayo de 2016]. (Programme Grants for Applied Research). Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321049/>.
29. Lozano-Montoya I, Vélez-Díaz-Pallarés M, Abraha I, Cherubini A, Soiza RL, O'Mahony D, et al. Nonpharmacologic Interventions to Prevent Pressure Ulcers in Older Patients: An Overview of Systematic Reviews (The Software ENgine for the Assessment and optimization of drug and non-drug Therapy in Older peRsons [SENATOR] Definition of Optimal Evidence-Based Non-drug Therapies in Older People [ONTOP] Series). *J Am Med Dir Assoc*. 1 de abril de 2016; 17(4):370.e1-370.e10.
30. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SEM, Dumville JC, Middleton V, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 9:CD001735.
31. Moore ZE, Webster J, Samuriwo R. Wound-care teams for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 16; 9:CD011011. doi:10.1002/14651858.CD011011.pub2. Review. PubMed PMID: 26373268.
32. Langer G, Fink A. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jun 12; 6:CD003216. doi: 10.1002/14651858.CD003216.pub2. Review. PubMed PMID: 24919719.
33. Gillespie BM, Chaboyer WP, McInnes E, Kent B, Whitty JA, Thalib L. Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Apr 3; 4:CD009958. doi: 10.1002/14651858.CD009958.pub2. Review. PubMed PMID: 24700291.
34. Moore ZE, Cowman S. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 5;2: CD006471. doi: 10.1002/14651858.CD006471.pub3. Review. PubMed PMID: 24497383.
35. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 18;8: CD009362. doi: 10.1002/14651858.CD009362.pub2. Review. PubMed PMID: 23955535.
36. Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Starmer A, Reitler K, Buckley D. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention: Comparative Effectiveness [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 May. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143579/>.
37. White-Chu EF, Reddy M. Pressure ulcer prevention in patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013 Mar;7 (1):111-5. doi: 10.1097/SPC.0b013e32835bd622. Review. PubMed PMID: 23328734.
38. Colin D, Rochet JM, Ribinik P, Barrois B, Passadore Y, Michel JM. What is the best support surface in prevention and treatment, as of 2012, for a patient at risk and/or suffering from pressure ulcer sore? Developing French guidelines for clinical practice. *Ann Phys Rehabil Med*. 2012 Oct; 55(7):466-81. doi: 10.1016/j.rehab.2012.08.002. Epub 2012 Sep 7. Review. Erratum in: *Ann Phys Rehabil Med*. 2013 Feb;56(1):81. PubMed PMID: 23063356.

39. Nicolas B, Moizard AS, Barrois B, Colin D, Michel JM, Passadori Y, Ribinik P. Which medical device and/or which local treatment for prevention in patients with risk factors for pressure sores in 2012? Developing French guidelines for clinical practice. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 Oct;55(7):482-8. doi: 10.1016/j.rehab.2012.08.007. Epub 2012 Sep 13. Review. PubMed PMID: 23022368.
40. Gelis A, Pariel S, Colin D, Barrois B, Passadori Y, Ribinik P, et al. What is the role of TPE in management of patients at risk or with pressure ulcer as of 2012? Developing French guidelines for clinical practice. *Ann Phys Rehabil Med.* octubre de 2012;55(7):517-29.
41. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer S, Dumville J, Cullum N. Preventing pressure ulcers-Are pressure-redistributing support surfaces effective? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* marzo de 2012;49(3):345-59.
42. Wilchesky M, Lungu O. Predictive and concurrent validity of the Braden scale in long-term care: a meta-analysis. *Wound Repair Regen.* 2015 Jan-Feb; 23(1):44-56. doi: 10.1111/wrr.12261. Review. PubMed PMID: 25682792.
43. Liu LQ, Moody J, Traynor M, Dyson S, Gall A. A systematic review of electrical stimulation for pressure ulcer prevention and treatment in people with spinal cord injuries. *J Spinal Cord Med.* 2014 Nov; 37(6):703-18. doi: 10.1179/2045772314Y.0000000226. Epub 2014 Jun 26. Review. PubMed PMID: 24969965; PubMed Central PMCID: PMC4231958.
44. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ, Rodríguez Torres MDC. Risk assessment scales for pressure ulcer in intensive care units: A systematic review with metaanalysis. *Gerokomos.* 2013; 24(2):82-9.
45. Park S-H, Choi Y-K, Kang C-B. Predictive validity of the Braden Scale for pressure ulcer risk in hospitalized patients. *J Tissue Viability.* 2015;24(3):102-13.
46. Rodriguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las ulceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011
47. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs (NG27). NICE guideline. Published: 1 December 2015. nice.org.uk/guidance/ng27.
48. Registered Nurses Association of Ontario (2005). RisK Assesment and Prevention of Pressure Ulcers. Toronto, Canadá: Registered Nurses Association of Ontario.
49. Técnica SBAR. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/practicasseguras/index.html>

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

Estrategias de Búsqueda

Marbella mayo de 2016

Base de datos **MELINE** (con software de Pubmed)

Search ((("Pressure Ulcer/prevention and control"[Majr])) OR "pressure ulcer prevention"[Title/Abstract]) Filters: published in the last 5 years;

Base de datos **EMBASE**

'decubitus'/exp/dm_pc OR (pressure AND ulcers AND prevention:ab,ti) AND [embase]/lim
NOT [medline]/lim",-,n/a,Every day,On

Base de Datos **Cochrane Library**

MeSH descriptor: [Pressure Ulcer] explode all trees and with qualifier(s): [Prevention & control - PC]

Pressure ulcers:kw Publication Year from 2012 to 2016 (Word variations have been searched)

ANEXO 2. Flujograma

Prevención de UPP <5 años: GPC y RS

Medline
109 ref.

EMBASE
33 ref.

Cochrane
6 ref.

**Páginas
Web de
interés
científico**

Resultado combinado de la búsqueda n: 148 referencias

► Duplicados: 13



Revisados por título y resumen
(n: 135)



Incluidos para lectura crítica
(n: 48)



Total incluidos
(n: 24)

Flujograma de selección de documentos

Anexo 3. Evaluación de la calidad de las GPC con el instrumento AGREE-II y preguntas clínicas

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS GPC CONSULTADAS	VALENCIA 2012	EWMA 2012	BELGICA 2012	EPUAP 2014	NICE 2014	JDA 2016
D1. Alcance y objetivo	91.6%	100%	100%	83.3%	100%	36.1%
D2. Participación de los implicados	72.2%	69.4%	72.2%	58.3%	94.4%	27.7%
D3. Rigor en la elaboración	78.1%	87.5%	90.6%	82.3%	90.6%	34.3%
D4. Claridad de presentación	83.3%	91.6%	91.6%	50%	83.3%	66.7%
D5. Aplicabilidad	68.7%	25%	75%	70.8%	75%	10.4%
D6. Independencia editorial	75%	50%	87.5%	79.2%	91.6%	87.5%
Puntuación global de la Guía	6	5	6	6	6	3

DIMENSIONES PREVENCIÓN UPP	PREGUNTAS CLINICAS
EVALUACIÓN DEL RIESGO	1. ¿Qué instrumento/os permiten predecir el riesgo de desarrollar UPP en la población adulta? 2. Juicio clínico vs Escalas de evaluación del riesgo. ¿es más efectivo el uso del juicio clínico frente al uso de escalas de evaluación del riesgo para la prevención de las UPP en población adulta? 3. ¿En qué momento se ha de realizar al paciente adulto la valoración del riesgo de desarrollar UPP?
VALORACION Y CUIDADOS DE LA PIEL	4. ¿Cuál es el método más efectivo para la evaluación de la piel en la prevención de las UPP en el paciente adulto? 5. ¿Cuáles son las intervenciones más eficaces para el cuidado de la piel en la prevención del paciente con riesgo de desarrollar UPP?
CUIDADOS NUTRICIONALES	6. ¿Son efectivos los suplementos nutricionales en la prevención de las UPP en pacientes con riesgo de desarrollarlas?
REPOSICIONAMIENTO	7. ¿Con qué frecuencia se han de realizar los cambios de posición en el paciente (encamado, sentado) con riesgo de desarrollar UPP? 8. ¿Cuál es la mejor posición que ha de adoptar el paciente encamado para prevenir las UPP? ¿Y cuando está sentado?
REDISTRIBUCIÓN Y ALIVIO DE LA PRESIÓN	9. ¿Cuáles son las superficies especiales para el manejo de presiones más eficaces para prevenir la aparición de UPP en pacientes de riesgo? 10. ¿Es el uso de apósticos efectivo para la prevención de las UPP?
EDUCACION SANITARIA	11. ¿Qué información se ha de ofrecer a los pacientes y a sus cuidadores para prevenir la aparición de UPP?

Anexo 4. Pasos llevados a cabo en el proceso de adaptación de las recomendaciones

Dimensiones/Preguntas clínicas



Búsqueda de evidencias en GPC y RS



Análisis de contenido: tabla de guías



Aplicación de los 7 criterios de adaptación: abordado en GPC, RS, consistencia, necesidad de actualización, graduación, claridad y aplicabilidad

Elaboración parcial

Adoptar de RS/GPC



Búsqueda y evaluación restringida



Evaluación formal y formulación de recomendaciones

Anexo 5. Escala Braden



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA DE RIESGO DE UPP - BRADEN

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntuá de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntuá de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

Puntos	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

FECHA					
PUNTUACIÓN					

ESCALA DE BRADEN

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al desconfor relacionado con la presión.

1. **Completamente limitada.** No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.

2. **Muy limitada.** Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el desconfor excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o desconfor sobre la mitad del cuerpo.

3. **Levemente limitada.** Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el desconfor o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o desconfor en una o dos extremidades.

4. **No alterada.** Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o desconfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. **Constantemente húmeda.** La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.

2. **Muy húmeda.** La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).

3. **Ocasionalmente húmeda.** La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).

4. **Rara vez húmeda.** La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Actividad. Grado de actividad física.

1. **En cama.** Confinado a la cama

2. **En silla.** Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.

3. **Camina ocasionalmente.** Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.

4. **Camina con frecuencia.** Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. **Completamente inmóvil.** No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.

2. **Muy limitada.** Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.

3. **Ligeramente limitada.** Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.

4. **Sin limitaciones.** Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario.

1. **Muy pobre.** Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.

2. **Probablemente inadecuada.** Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.

3. **Adecuada.** Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.

4. **Excelente.** Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Fricción y deslizamiento

1. **Es un problema.** Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.

2. **Es un problema potencial.** Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.

3. **Sin problema aparente.** Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Anexo 6. Mini nutritional assesment



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

Escalas de evaluación del estado Nutricional

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Población diana: Población general geriátrica. Se trata de una escala **heteroadministrada** para la evaluación del estado nutricional de una persona. Si la suma de las respuestas de la primera parte –Test de cribaje- es igual o inferior a 10, es necesario completar el - test de evaluación- para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. La puntuación global del Test de evaluación resulta de la suma de todos los ítems del Test de cribaje y de los del Test de evaluación. Los puntos de corte del Test de evaluación son de 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición, y menos de 17 puntos: malnutrición.

TEST DE CRIBAJE				
PREGUNTAS		RESPUESTAS		PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave		
	1	Anorexia moderada		
	2	Sin anorexia		
	0	Pérdida de peso > 3 kg		
	1	No lo sabe		
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3kg		
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	3	No ha habido pérdida de peso		
	0	De la cama al sillón		
	1	Autonomía en el interior		
C. Movilidad	2	Sale del domicilio		
	0	Sí		
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?	1	No		
	0	demencia o depresión grave		
E. Problemas neuropsicológicos	1	demencia o depresión moderada		
	2	sin problemas psicológicos		
	0	IMC < 19		
F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²)	1	19 < ó = IMC < 21		
	2	21 < ó = IMC < 23		
	3	IMC > ó = 23		
PUNTUACIÓN TOTAL (Cribaje)				

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)

- 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.


Nombre
Fecha
Unidad/Centro
Nº Historia

TEST DE EVALUACIÓN			
PREGUNTAS	RESPUESTAS		PUNTOS
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No	
	1	Si	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	Sí	
	1	No	
I. ¿Úlcera o lesiones cutáneas?	0	Sí	
	1	No	
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0	1 comida	
	1	2 comidas	
	2	3 comidas	
K. ¿Consumo el paciente... (Sí o no)	0	0 ó 1 Síes	
▪ productos lácteos al menos una vez al día?	0,5	2 Síes	
• huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana?			
• carne, pescado o aves, diariamente?	1	3 Síes	
L. ¿Consumo frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0	No	
	1	Sí	
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0	Menos de 3 vasos	
	0,5	De 3 a 5 vasos	
	1	Más de 5 vasos	
N. Forma de alimentarse	0	Necesita ayuda	
	1	Se alimenta solo con dificultad	
	2	Se alimenta solo sin dificultad	
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	0	Malnutrición grave	
	1	No lo sabe o malnutrición moderada	
	2	Sin problemas de nutrición	
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0	Peor	
	0,5	No lo sabe	
	1	Igual	
	2	Mejor	
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0	CB < 21	
	0,5	21 ≤ CB ≤ 22	
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP < 31	
	1	CP ≥ 31	
PUNTUACIÓN TOTAL (Global)			

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)

- De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- Menos de 17 puntos: malnutrición.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud

Anexo 7. Checklist de recomendaciones de prevención

CHEKLIST DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN: PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR ULCERAS POR PRESIÓN

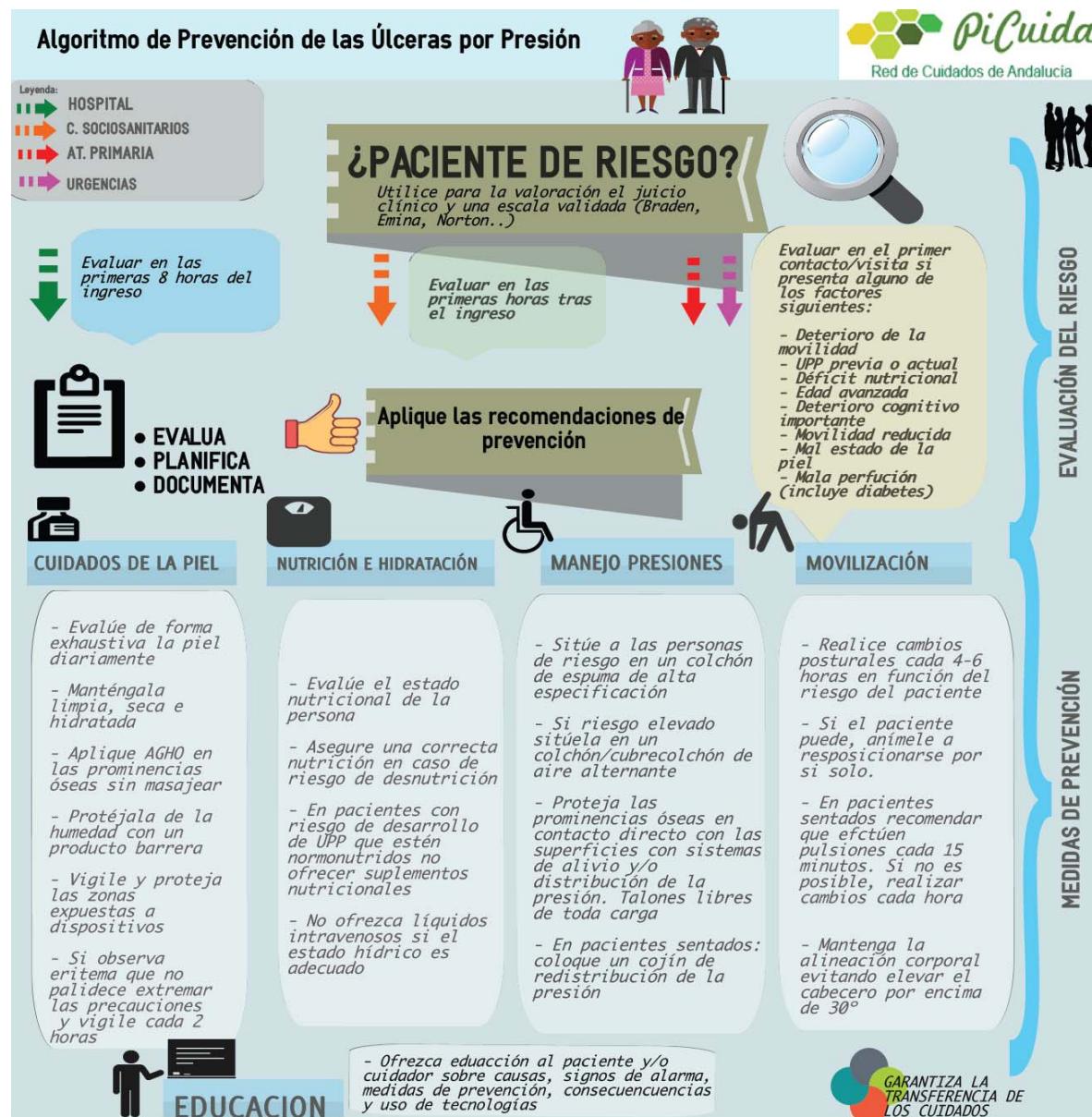
Ante un paciente con riesgo de desarrollar UPP no olvide realizar y chequear las siguientes intervenciones:



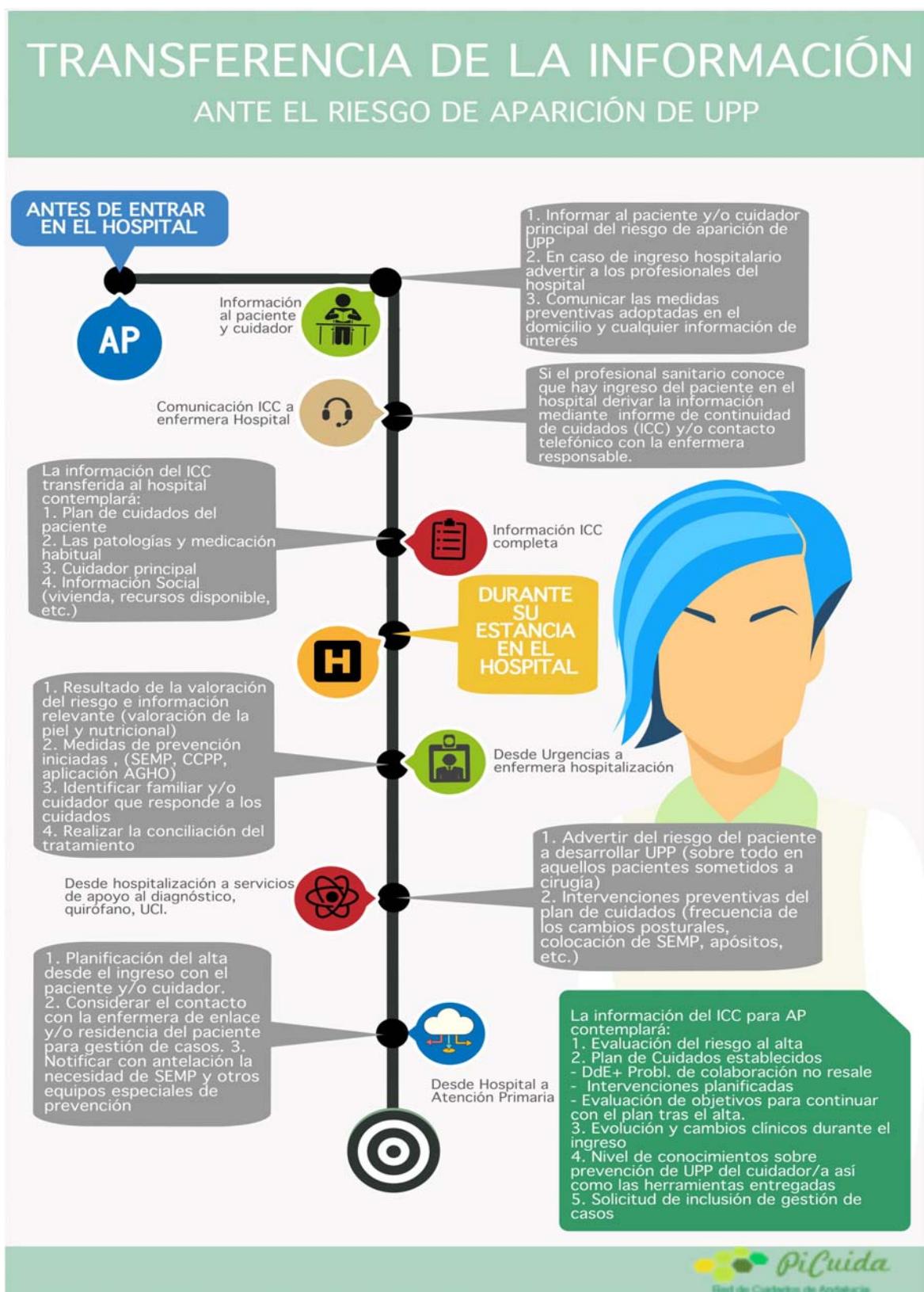
-  Realice y documente una evaluación del riesgo de desarrollar UPP en el primer contacto con la persona, tan pronto como sea posible
-  Considere el uso de una escala validada (Braden, Emina, Norton) junto al juicio clínico
-  Realice un plan de cuidados individualizado de prevención por escrito
-  Valore exhaustivamente la piel y si identifica eritema no blanqueante extreme las medidas de prevención evaluando cada 2 horas
-  Mantenga la piel siempre limpia, seca e hidratada
-  Aplique AGHO en las zonas de riesgo
-  Evalúe el estado nutricional de la persona. Si identifica deficiencias establezca un plan nutricional.
-  Sitúe a las personas de riesgo en colchones de espuma de alta especificación y en colchones de aire alternante si no es posible realizar cambios posturales
-  Realice cambios posturales frecuentes, cada 4-6 horas en función del riesgo
-  Ofrezca información a las personas en riesgo y sus cuidadores



Anexo 8. Algoritmo de evaluación del riesgo y medidas de prevención



Anexo 9. Infografía transferencia de la información





Anexo 10. Ejemplo de transferencia de información con SBAR

SITUATION (Situación):

Descripción de la situación inicial.

- Se llama a la enfermera de hospitalización, identificándose y ubicándose en su unidad (urgencias). “Te llamo en relación al paciente JBM, varón de 76 años que ingresa en la cama 303-2, presenta dependencia total y alto riesgo de aparición de UPP”.

BACKGROUND (Información):

Proporcionar información clínica de fondo

- “Llegó a urgencias hace 12 horas por un ICTUS y tras la valoración inicial por médico de urgencias pasa a cargo de Medicina Interna. El paciente presenta Braden 10 (alto riesgo), con deterioro de la movilidad e incontinencia doble. Se ha colocado superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y se han pautado cambios posturales (CCPP) c/ 4h, con aplicación de Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en prominencias óseas c/12h”.

ASSESSMENT (Evaluación):

Evaluación y descripción del problema a través de signos y síntomas del paciente.

- “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, incontinencia doble y exceso de sudoración, y manifestado por enrojecimiento reversible de zonas expuestas a presión y a exceso de humedad”.

RECOMMENDATION (Recomendación):

Manifieste recomendaciones o solicitud de instrucción.

- “Se recomienda mantener medidas preventivas con vigilancia y evaluación de la piel, colocación de SEMP, aplicación de AGHO y CCPP, realizar valoración nutricional. Iniciar educación del cuidador principal en medidas preventivas”.
- Se recomienda preparación del alta con registro de las medidas preventivas desarrolladas.

