

Consenso sobre prevención de Lesiones por Presión



AUTORIDADES

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Antonio Russo

Secretario de Calidad en Salud

Dr. Leonardo Oscar Busso

Subsecretario de Institutos y Fiscalización

Dr. Enrique Alberto Rifourcat

Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

Dra. María Teresita Ithurburu

Director de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente

Dr. Mariano José Fernández Lerena

EQUIPO ELABORADOR

Este consenso fue elaborado por un grupo multidisciplinario con participantes de los servicios de Enfermería, Ortesis y Prótesis, Alimentación, Kinesiología, Cuidados Críticos Adultos y Pediátricos, Clínica Médica y Comunicación. Comité de Seguridad del Paciente (Dirección de Calidad y Procesos Asistenciales) perteneciente al Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas (por orden alfabético)

Dra. Beroiz, Graciela

Lic. Infesta, Patricia

Lic. Lampropulos, Adriana

Lic. Peralta, Leticia

Lic. Putruele, Sofia

Lic. Porra, María Luz

Lic. Quiroga, Cristian

Dra. Saenz Valiente, Alicia

Dra. Sagardia, Judith

Dra. Vidal, Nilda

Lic. Villada, María

Dra. Zerbo, María Cecilia

Declaración de conflicto de interés.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este consenso

COORDINACION GENERAL

Área de Seguridad del Paciente Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

COORDINACION METODOLOGICA

(por orden alfabético)

Lic. Balaciano, Giselle

Dr. Bengolea, Agustín

Dra. Lev, Debora

Dra. Roda, Gisela

Dra. Sanguine, Verónica

Dra. Ventura, Daniela

ASESOR METODOLOGICO

Dr. Diocares, Luciano

PANEL DE CONSENSO

Lic. Carrizo Paula, Hospital Oñativia de Salta

Dra. Del Pelo Marisa Paula, Clínica de Neurorehabilitación Santa Catalina

Lic. Etchenique Sandra, Hospital de Clinicas Jose de San Martín

Tec. Hemoterapia Fogel Viviana Soledad, Hospital Municipal de Agudos Dr. Leonidas Lucero de Bahía Blanca

Dra. Gaete Alicia Verónica, Asociación Interdisciplinaria Argentina de Cicatrización de heridas

Lic. Guitian Viviana, Dirección de Gestión de Calidad Ministerio de Salud Pública de Salta

Lic. Juarez Elizabeth Lorena, Federación Argentina de Enfermería

Lic. Lascano Hernan Anibal, Centro de Rehabilitación Remeo Center, Pilar

Lic. Magnífico Lorena, Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas

Lic. Martinez Miguel, Federación Argentina de Enfermería

Lic. Ojeda Andrea, Equipo de Heridas Complejas Hospital De Alta Complejidad El Cruce, Dr. Nestor Carlos Kirchner

Dra. Sagardia Judith, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Lic. Sanchez Leticia, Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson de Alta Complejidad de San Juan

Dra. Secundini Roxana Maria Luz, Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Gobierno de la Ciudad

Lic. Setten, Mariano Gabriel, Centro de Educación Medica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno"

EXPERTOS TEMATICOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION

Lic. Salvatierra, Clarisa, Departamento de Enfermería

REVISORES EXTERNOS

Lic. Rodrigues La Moglie, Roger, Lic. Kinesiólogo Fisiatra (UBA). Kinesiólogo Especializado en Áreas Críticas (SATI) Especialista en Gestión de Salud (UNLa) Coordinador de Formación en Cuidados Respiratorios. Clínica Basilea, CABA Kinesiólogo de Guardia. HGA "Carlos G. Durand", CABA

Prof. Lic. Piceda, Walter, Jefe de Depto. Clínica Santa Isabel.

RECOMENDACIONES

Recomendación 1

Se sugiere valorar el riesgo de desarrollar lesiones por presión (LPP) a todo paciente adulto, con movilidad reducida, incontinencia y/o con malnutrición que ingresa a una institución de salud.

Recomendación 2

Se sugiere aplicar la escala de Braden (escala de valoración de riesgo de LPP) al momento de la internación del paciente en la institución sanitaria. Re-valorar la escala, de forma sistemática, ante cambios del estado clínico.

Recomendación 3

Se sugiere reevaluar al paciente una vez determinado el riesgo: en riesgo bajo cada 5 días, en riesgo moderado cada 3 días y aquellos con riesgo alto en forma diaria.

Recomendación 4

En pacientes con LPP o riesgo de presentarla se sugiere implementar registros en la hoja de enfermería con un conjunto mínimo de datos básicos: cuidados referidos a la prevención, tratamiento, localización, características de las lesiones y evolución de las mismas.

Recomendación 5

Se sugiere realizar una valoración integral del dolor en pacientes que padecen, o se encuentran en riesgo de desarrollar LPP. Es de buena práctica realizarlo mediante la escala visual análoga, o la escala basada en indicadores conductuales, según nivel de comunicación y conciencia.

Recomendación 6

En pacientes institucionalizados y particularmente aquellos con riesgo de desarrollar LPP se sugiere implementar la movilización temprana (pasiva y/o activa) y realizar cambios de decúbito, independientemente del estado de conciencia.

Recomendación 7

Se sugiere implementar un protocolo de movilización y que todo el personal tratante lo conozca y esté familiarizado con el mismo.

Recomendación 8

Se sugiere promover el trabajo multidisciplinario y la inclusión de la familia para lograr resultados positivos en la movilización del paciente.

Recomendación 9

En todo paciente institucionalizado es de buena práctica implementar medidas preventivas y/o estándar:

Rotación cada 2-3 horas verificando que no haya enrojecimiento en las zonas de apoyo.

Mantener la piel limpia y adecuadamente hidratada.

Limpieza de la piel inmediatamente después de un episodio de incontinencia de esfínteres (Diuresis – Catarsis).

Utilizar productos de barrera en zonas de riesgo para proteger la piel del roce y/o la fricción.

Recomendación 10

Es de buena práctica el uso de dispositivos como almohadas, elementos para posicionar al paciente (“posicionadores”) y superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) en pacientes en riesgo. Se sugiere no utilizar guantes con agua o pieles de cordero, ni aros de espuma de poliuretano en talones, zona occipital o zona sacra.

Recomendación 11

En relación a los cambios posturales, es de buena práctica:

Programarlos de manera individualizada, dependiendo de la SEMP utilizada.

No sobrepasar los 30° en la elevación de la cabecera de la cama, o en la lateralización del paciente.

No arrastrar al paciente al cambiarlo de postura (evitar el cizallamiento y/o fricción).

Recomendación 12

Es de buena práctica promover una alimentación balanceada, armónica, completa, suficiente y adecuada a cada situación de salud, de forma tal de prevenir la malnutrición.

Recomendación 13

Se sugiere realizar pesquisa de riesgo de malnutrición en todo paciente que ingresa a las instituciones de salud. Es de buena práctica realizarlo con herramientas de pesquisa o tamizaje nutricional validadas para tal fin.

Recomendación 14

En aquellos pacientes que se haya detectado riesgo de malnutrición, se sugiere realizar una evaluación nutricional objetiva completa.

ABREVIATURAS

LPP: Lesiones por Presión

POE: Procedimiento Operativo Estandarizado

EVRPP: Escalas de Valoración del Riesgo de Lesiones por Presión

SEMP: Superficies Especiales para el Manejo de la Presión

MAE: Malnutrición Asociada a Enfermedad

TNO: Terapia Nutricional Oral

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	9
DESTINATARIOS	10
POBLACIÓN	10
METODOLOGÍA	10
DESARROLLO DEL CONSENSO	12
1. VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN	12
Recomendación 1. ¿A qué pacientes evaluar?	12
Recomendación 2. ¿Cómo evaluar riesgo?	12
Recomendación 3. Reevaluación del paciente	12
Recomendación 4. Registro de las lesiones	12
2. VALORACIÓN DEL DOLOR	13
Recomendación 5. Escalas para valorar dolor	13
3. MOVILIZACIÓN	14
Recomendación 6. ¿Cuándo se moviliza?	14
Recomendación 7. Protocolos de movilización	14
Recomendación 8. Trabajo multidisciplinario	14
Recomendación 9. Prácticas preventivas	15
Recomendación 10. SEMP	15
Recomendación 11. Cambios posturales	16
4. ASPECTO NUTRICIONAL	18
Recomendación 12. Prevención de malnutrición	18
Recomendación 13. Pesquisa de malnutrición	18
Recomendación 14. Valoración nutricional completa	18
ANEXOS	19

INTRODUCCIÓN

La presencia de LPP en las personas internadas visibilizan la complejidad de los mecanismos que las producen y además interpela al propio sistema de salud. El enfoque asistencial que se profundiza en este consenso intenta ser de ayuda para mejorar las prácticas hospitalarias, pero es insuficiente si no incorporamos además otras dimensiones como son la ética, la moral y la perspectiva de derechos del paciente.

Dado que las LPP representan un problema de salud pública tanto a nivel mundial como regional y que además son prevenibles con cuidados oportunos, consideramos que, su identificación como problema constituye una gran oportunidad de mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes.

La LPP tiene como origen la isquemia en la piel y el tejido subyacente. Es causada por la presión prolongada y constante sobre un plano duro independiente de la posición, generalmente en relación con una prominencia ósea, producida por presión, fricción, cizallamiento, o una combinación de estos factores, que generan inflamación y anoxia tisular en el sitio afectado. La resultante es la progresión de la lesión en diferentes estadios culminando en necrosis y ulceración por muerte tisular.

La prevalencia mundial según los datos aportados por la OMS oscila entre 5 y 12%¹. En el año 2008 se desarrolló el estudio IBEAS para investigar la prevalencia de los eventos adversos en hospitales de Latinoamérica, que fue de 7,2%². A nivel nacional, en un estudio multicéntrico, la prevalencia LPP en pacientes adultos internados en instituciones es del 22,55%³. La OMS considera la presencia de este tipo de lesiones como un indicador negativo de la calidad asistencial, por repercutir en la salud y la calidad de vida de las personas y su entorno. Además, puede considerarse que el 95% de las LPP son prevenibles, por lo que deben hacerse esfuerzos en ese sentido⁴.

Lo que debemos tener suficientemente claro es que para cubrir en su totalidad los cuidados de las LPP debemos contar con herramientas que faciliten la detección de las personas con alto riesgo de desarrollarlas.

OBJETIVOS

General: Establecer recomendaciones para el equipo de salud sobre la prevención y el cuidado de los pacientes con LPP

Específicos:

Reducir la variabilidad de los cuidados en la prevención de las LPP.

Estandarizar acciones de diagnóstico para las LPP.

REFERENCIAS

¹ Primer Consenso de Úlceras por Presión –PriCUPP. Bases para la implementación de un Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras por Presión Año 2014–2017

² <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/3-informe-ibeas-argentina.pdf>

³ Etchenique S. Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en Argentina. Gerokomos. 2018;31(1):41-50.

⁴ García-Fernández F, Soldevilla-Agreda J, Pancorbo-Hidalgo P, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez Palma M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no 1 [Internet]. Logroño; 2014 [citado el 27 de julio de 2018].

Optimizar los recursos disponibles en el tratamiento de las LPP

Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud, promoviendo medidas que se puedan aplicar en las instituciones en cualquier área de internación con el fin de lograr la prevención, detección y continuidad en los cuidados.

DESTINATARIOS

Enfermeros/as – Médicos/as - Kinesiólogos/as - Técnicos/as de Rehabilitación- Licenciados/as en Nutrición- Cirujanos/as Plásticos – Farmacéuticos/as – Especialidades afines.

POBLACIÓN DESTINATARIA

Pacientes adultos mayores de 18 años internados en distintos ámbitos que se encuentren en riesgo de desarrollar lesiones por presión y que presenten patologías que llevan a una disminución de la sensibilidad y la movilidad, déficits nutricionales y que requieran drogas vasoconstrictoras y sedación.

No está dirigido al cuidado de pacientes menores de 18 años de edad.

METODOLOGÍA

El proceso de elaboración del presente Documento de Consenso se inició mediante la formación del grupo elaborador. Este grupo estuvo compuesto por el área temática a cargo del Hospital Posadas, y el equipo metodológico de la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. La coordinación general del grupo elaborador fue responsabilidad del Hospital Posadas.

El equipo elaborador definió los objetivos, los temas de interés, la población objetivo y los usuarios del documento. Para abordar los objetivos planteados, se desarrollaron preguntas clínicas específicas para cada tema. En aquellos casos en que fue posible, estas preguntas se formularon utilizando el formato PICO y se seleccionaron los resultados considerados relevantes para responder a dichas preguntas.

Como base para abordar las preguntas planteadas, se utilizó el manual de prevención y tratamiento de lesiones por presión¹, que sirvió como punto de partida para generar las recomendaciones clínicas.

La calidad de la bibliografía incorporada se evaluó de manera informal y contextualizada, teniendo en cuenta la experiencia de los referentes y su aplicabilidad en el ámbito local. No se realizó una búsqueda adicional ni se llevó a cabo una valoración de la certeza de la evidencia.

El grupo elaborador propuso recomendaciones preliminares utilizando la fuente mencionada anteriormente.

Luego, se contactó a expertos temáticos con el propósito de establecer un panel de consenso amplio, multidisciplinario y representativo a nivel nacional. Este panel se formó con el fin de responder a las preguntas planteadas en la etapa anterior, utilizando la evidencia recopilada del manual y para validar las recomendaciones preliminares.

Antes de su participación como panelistas, se solicitó a los expertos temáticos que completaran un formulario de declaración de conflictos de interés. El equipo metodológico recopiló y analizó estas declaraciones de conflictos de interés para cada miembro del panel. En el momento de

formular las recomendaciones, ningún panelista tenía vínculos laborales ni participaba como experto o asesor en alguna empresa u organización que pudiera presentar conflictos de interés.

Mediante formularios estructurados, se pidió a los expertos temáticos que analizaran las preguntas formuladas, la evidencia recopilada y las recomendaciones preliminares. Cada panelista emitió su voto de manera independiente y anónima para asegurar la representatividad de las respuestas.

Cada panelista completó el formulario basándose en su experiencia personal para evaluar su acuerdo con la recomendación preliminar. En casos de desacuerdo, se solicitó al panelista que propusiera modificaciones pertinentes a la recomendación.

Posteriormente, el equipo elaborador realizó reuniones virtuales para discutir las modificaciones propuestas o los puntos de desacuerdo en relación con las recomendaciones.

Las recomendaciones finales se definieron en una reunión en la que participaron el grupo organizador, el equipo metodológico y todos los miembros del panel de expertos. Durante esta reunión, el equipo metodológico presentó resúmenes de las evaluaciones individuales realizadas por cada miembro del panel en relación con las recomendaciones originales y sus fundamentos. De esta manera, el panel de expertos analizó conjuntamente las respuestas individuales y, por consenso o votación, formuló las recomendaciones clínicas. Tanto los acuerdos como los desacuerdos, junto con las consideraciones adicionales del panel para cada recomendación, se establecieron por medio de consenso o votación.

Antes de su publicación, el presente documento fue sometido a una revisión exhaustiva por parte de todos los miembros del equipo elaborador, que incluyó al grupo organizador, al equipo metodológico y al panel de expertos. Todos estuvieron de acuerdo con el documento final.

Es importante resaltar que las recomendaciones resultantes de este Consenso no siguen los criterios y las implicancias correspondientes a metodologías de elaboración de otros tipos de documentos, como el sistema GRADE empleado en la elaboración de guías de práctica clínica u otras recomendaciones que siguen procesos de evaluación de la certeza de la evidencia.

REFERENCIAS

¹ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevo-manual-de-lesiones-por-presion>

DESARROLLO DEL CONSENSO

1. VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

Recomendación 1. ¿A qué pacientes evaluar?

Recomendación: Se sugiere valorar el riesgo de desarrollar LPP a todo paciente adulto, con movilidad reducida, incontinencia y/o con malnutrición que ingresa a una institución de salud.

Justificación: Las EURLPP permiten identificar a los pacientes con factores de riesgo de desarrollarlas. La escala de Braden está ampliamente difundida y validada en español. Requiere de una breve capacitación para su implementación en los diferentes niveles de atención. Los factores que evalúa son claros, fáciles de identificar y ponderar operativamente en un tiempo mínimo. Anexo I – Escala de Braden.

Recomendación 2. ¿Cómo evaluar riesgo de LPP?

Recomendación: Se sugiere aplicar la escala de Braden (escala de valoración de riesgo de LPP) al momento de la internación del paciente en la institución sanitaria. Revalorar la escala, de forma sistemática, ante cambios del estado clínico.

Justificación: La evaluación con escala de Braden al ingreso permite la detección de LPP previas. Se realizará una reevaluación periódica con la escala de manera sistemática, para implementar y adecuar las medidas de prevención a cambios en su estado de salud y evaluar su evolución. Se entiende por cambio clínico a la alteración de la perfusión, oxigenación, estado de conciencia y/o temperatura.

La escala de Braden con punto de corte de 18 fue más precisa para evaluar el riesgo de LPP para la edad media de 60 años, en pacientes hospitalizados. Consta de seis ítems: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y cizallamiento.

Recomendación 3. Reevaluación del paciente

Recomendación: Se sugiere reevaluar al paciente una vez determinado el riesgo: en riesgo bajo cada 5 días, en riesgo moderado cada 3 días y aquellos con riesgo alto en forma diaria.

Justificación: La reevaluación permite adecuar las medidas preventivas al nivel del riesgo según protocolos estandarizados de atención. El panel de expertos recomienda realizar la valoración como mínimo cada 5 días, y aumentar su frecuencia especialmente en las áreas de cuidados críticos donde los pacientes pueden cambiar rápidamente su situación clínica.

Recomendación 4. Registro de las lesiones

Recomendación: En pacientes con LPP o riesgo de presentarla se sugiere implementar registros en la Hoja de Enfermería con un conjunto de datos básicos: cuidados referidos a la prevención, tratamiento, localización, características de las lesiones y evolución de las mismas.

Consideraciones adicionales: Todas las actividades referidas al cuidado, tratamiento y manejo de resultados deben plasmarse claramente dentro del historial clínico del paciente para mensurar la efectividad de los cuidados instaurados.

El registro electrónico permite relevar y compartir en tiempo real la evolución de cada paciente. Consideramos importante que cada institución cuente con su propia base de datos a fin de conocer su propia prevalencia, gestionar sus recursos y planificación.

Justificación: La continuidad en la prevención es fundamental ya que en pocas horas una persona pasa de tener riesgo a tener lesiones. Los registros se convierten en una pieza clave en el tratamiento de las heridas y en la continuidad de los cuidados.

El registro de un conjunto mínimo de datos básicos de las LPP que permite identificar las necesidades de los pacientes, conocer la incidencia, prevalencia y establecer pautas de prevención y gestión de recursos. Estos incluyen: valoración del riesgo, intervenciones de prevención y tratamiento.

Con el fin de registrar un mínimo de datos básicos se propone un modelo de Hoja de Evolución de Enfermería. Anexo II - Hoja de Enfermería. Este modelo puede ser adaptado según los requerimientos de cada institución.

Algunos estudios de efectividad de intervenciones para la prevención de LPP incluyen el componente de sistematización del registro, pero los diseños de los trabajos son heterogéneos y no permiten hacer comparaciones entre ellos. No obstante, consideran que hay razones teóricas para incluir el registro dentro de las estrategias de mejora. Existe bibliografía que incluye el registro de la Escala de Braden en la Historia Clínica diariamente, en la cabecera de la cama del paciente y en la hoja de control de enfermería.

REFERENCIAS

1. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;12(12):CD009362. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009362.pub3>

2. VALORACIÓN DEL DOLOR

Recomendación 5. Escalas para valorar dolor

Recomendación: Se sugiere realizar una valoración integral del dolor en pacientes que padecen, o se encuentran en riesgo de desarrollar LPP. Es de buena práctica realizarlo mediante la escala visual análoga, o la escala basada en indicadores conductuales, según nivel de comunicación y conciencia.

Justificación: Para la evaluación del dolor, la medida estándar de referencia es el autoinforme del paciente. La incapacidad de comunicarse claramente no niega la existencia del dolor ni la necesidad de un manejo adecuado del mismo. Por eso esta valoración debe realizarse a través de escalas que permitan saber si hay dolor y cuál es su magnitud. Estas escalas son la visual análoga, en pacientes que se pueden comunicar, con ventilación mecánica o no. Hace referencia a la intensidad del dolor, asignando un puntaje de 0 a 10 siendo el 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor experimentado. Anexo III-Escala de dolor. El paciente puede señalar este puntaje a través de una tabla impresa, respondiendo de forma verbal o gestual.

En el caso que el paciente pueda comunicarse se deben obtener datos como localización y tipo de dolor, y si existe algún factor que lo intensifique, por ejemplo, la posición. En pacientes con alteración de la comunicación, con ventilación mecánica o no, se utilizará la escala de observación de dolor CPOT (por sus siglas en inglés Critical-Care Pain Observation Tool) evaluando comportamiento y respuesta. Anexo IV- CPOT. Es una escala de fácil uso que requiere mínimo entrenamiento. Tener en cuenta que esta herramienta no puede usarse en pacientes, sin respuesta a estímulos, o bajo efectos de bloqueantes neuromusculares.

Se sugiere realizar la valoración y evaluación de dolor cada vez que se lleve a cabo la cura de la lesión, ya que la percepción y el grado de dolor se modifican de paciente a paciente por tratarse de algo subjetivo.

REFERENCIAS

1. Gago M, García RF. Cuidados de la piel perilesional. Madrid: Fundación 3M. 2007.

3. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

Recomendación 6. ¿Cuándo movilizar?

Recomendación: En pacientes institucionalizados y particularmente aquellos con riesgo de desarrollar LPP se sugiere implementar la movilización temprana (pasiva y/o activa) y realizar cambios de decúbito, independientemente del estado de conciencia.

Justificación: La disminución de la actividad física en los pacientes internados, particularmente aquellos añosos o en condiciones críticas, provoca disminución de la capacidad funcional de los aparatos músculo esquelético y cardiovascular. La inmovilidad contribuye, además, a que se generen LPP.

Recomendamos que la movilización y los cambios de decúbito se inicien de manera temprana teniendo en cuenta el estado clínico del paciente u otra condición que la contraindique.

Recomendación 7. Protocolos de movilización

Recomendación: Se sugiere implementar un protocolo de movilización y que todo el personal tratante lo conozca y esté familiarizado con el mismo.

Consideraciones adicionales: Sugerimos implementar protocolos de movilización, clasificando a los pacientes según su capacidad motora y donde se incluyan elementos de soporte para mantener diferentes posiciones, realizando cambios posturales para evitar lesiones provocadas por el decúbito prolongado.

Justificación: Es necesario diseñar un plan de ejercicios pasivos y activos, que sea aplicable y seguro, contemplando los diferentes estadios por los que transcurre la evolución clínica de los pacientes.

Recomendación 8. Trabajo multidisciplinario

Recomendación: Se sugiere promover el trabajo multidisciplinario y la inclusión de la familia para lograr resultados positivos en la movilización del paciente.

Justificación: Se entiende por trabajo multidisciplinario a la participación de cualquier profesional de la salud, que tenga relación en el tratamiento del paciente.

Es fundamental el compromiso de los establecimientos de salud para desarrollar e implementar programas de mejora de calidad estructurado y multidisciplinario, adaptado a la realidad de la Institución, integrando a los familiares y/o cuidadores en el cuidado, teniendo en cuenta la posibilidad de otorgar el alta domiciliaria.

Para lograr la participación de la familia en los cuidados del paciente, en las áreas cerradas se deberá considerar el horario extendido de visitas o las Unidades de puertas abiertas.

Esta medida favorecerá al paciente y ayudará a mantener la terapéutica llevada a cabo para mejorar la movilidad y prevenir las LPP.

Recomendación 9. Prácticas preventivas

Recomendación: En todo paciente institucionalizado es de buena práctica implementar medidas preventivas y/o estándar:

- Rotación cada 2-3 horas verificando que no haya enrojecimiento en las zonas de apoyo.
- Mantener la piel limpia y adecuadamente hidratada.
- Limpiar la piel inmediatamente después de un episodio de incontinencia de esfínteres (Diuresis – Catarsis).
- Utilizar productos de barrera en zonas de riesgo para proteger la piel del roce y/o la fricción.

Justificación: La piel debe permanecer limpia, seca, libre de roces y/o presiones. Las propiedades mecánicas de la capa más externa de la epidermis (estrato córneo) se alteran por la presencia de humedad y en función de la temperatura.

La rotación del paciente es la principal medida a realizar, con alto impacto en la prevención. Dicha medida no implica costos al sistema de salud, pero requiere un ratio enfermero/paciente óptimo.

Para mantener controlada la humedad, se recomienda secar la piel y los pliegues de manera manual con toallas o telas de algodón suave. No usar secador de pelo.

Los productos de barrera (de protección para la piel) deben ser de PH 5.5, evitando el uso de jabones antisépticos o soluciones alcohólicas de forma rutinaria.

Recomendación 10. SEMP

Recomendación: Es de buena práctica el uso de dispositivos como almohadas, posicionadores y superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) en pacientes en riesgo. Se sugiere no utilizar guantes con agua o pieles de cordero, ni aros de espuma de poliuretano en talones, zona occipital o zona sacra.

Justificación: Teniendo en cuenta la valoración del riesgo (bajo, mediano, alto) de padecer una LPP, se deben tomar los recaudos necesarios para prevenirlas: esto incluye los cambios posturales, el uso de dispositivos como almohadas y posicionadores, y SEMP. Se aconseja utilizar almohadas o cuñas de espuma para disminuir la presión entre prominencias óseas, sobre los trocánteres y maléolos. Una almohada colocada debajo de las pantorrillas para elevar los talones, sin presionar el tendón de Aquiles, permite que el peso de la pierna se distribuya a lo largo de la pantorrilla y elimina la presión en los talones. También se recomienda el uso de sistemas de alivio local de la presión, como apósitos anatómicos de espuma de poliuretano en zonas de apoyo como la región sacra. Se recomienda NO utilizar guantes con agua (en talones), aros de espuma de poliuretano (en talones, zona occipital o zona sacra) o pieles de cordero debido a que estas no disminuyen la presión en las zonas de apoyo.

Las SEMP pueden ser estáticas o dinámicas. Las SEMP estáticas aumentan el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar la zona de apoyo. Las SEMP dinámicas, como los colchones de aire o de gel, permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. Se elegirá una SEMP según la valoración de riesgo para desarrollar una LPP.

Para bajo riesgo: superficies estáticas. Riesgo medio: superficies dinámicas o estáticas de alta prestación. Alto riesgo: superficies dinámicas

En pacientes quirúrgicos se debe intensificar la valoración del riesgo de desarrollar una LPP. Debe tenerse en cuenta la duración de la intervención, el número de episodios de hipotensión o baja temperatura corporal durante la cirugía y movilidad reducida durante el primer día del posoperatorio. Se recomienda el uso de SEMP en el quirófano.

Es importante recordar que el uso de una SEMP no sustituye al resto de cuidados como la movilización y cambios posturales.

Recomendación 11. Cambios posturales

Recomendación: en relación a los cambios posturales, es de buena práctica:

- Programarlos de manera individualizada, dependiendo de la SEMP utilizada.
- No sobrepasar los 30° en la elevación de la cabecera de la cama, o en la lateralización del paciente.
- No arrastrar al paciente al cambiarlo de postura (evitar el cizallamiento).
- En el caso de estar disponible se puede utilizar el reloj postural.

Justificación: Los cambios posturales son de gran importancia tanto en la prevención como en el tratamiento de las LPP. Realizados a intervalos regulares, su objetivo es reducir la duración e intensidad de la presión sobre áreas corporales vulnerables. La frecuencia de los cambios posturales está determinada por la SEMP que se esté utilizando y por el estado del individuo. Muchos pacientes hospitalizados pueden movilizarse por sus propios medios o con ayuda. Se debe facilitar el uso de dispositivos que ayuden al paciente en sus movimientos como andadores o barandas, entre otros. En individuos que puedan deambular, es clave estimular la sedestación, como sentarse fuera de la cama, en un sillón. En pacientes con movilidad reducida puede realizarse movilización pasiva, además de los cambios posturales.

Los cambios en la posición de decúbito, alternativamente, son derecha, izquierda y posición supina. Deben evitarse posturas que aumenten la presión, como el decúbito supino en 90°.

REFERENCIAS

1. Brower RG. Consequences of bed rest. Crit Care Med [Internet]. 2009;37(10 Suppl): S422-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b6e30a>
2. Ramirez B. Early Mobilization in Patients in the Intensive Care Unit and Hospitalization: ¿Risk Factor or Protective Factor? Integrative Review Revista enfermería. 2018;20.
3. Risk assessment and prevention of pressure ulcers. Guideline supplement. Toronto;: Registered Nurses' Association of Ontario, 2011
4. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. Crit Care Med [Internet].2008;36(8):2238-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318180b90e>
5. Perry D, Borchert K, Burke S. Institute for Clinical Systems Improvement. Pressure ulcer prevention and treatment protocol. Updated. 2012;
6. Cerdà JCM. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario Empowered patients for greater confidence in the health system. Rev Calid Asist. SECA; 2015
7. O'Connor T, Moore ZE, Patton D. Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021;2(3):CD012006. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012006.pub2>
8. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;12(12):CD009362. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009362.pub3>

9. Shi C, Col Y. Foam surfaces for preventing pressure ulcers (Superficies de espuma para prevenir las úlceras por presión). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;
10. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Rhodes S, Jammali-Blasi A, McInnes E. Alternating pressure (active) air surfaces for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021;5(8):CD013620. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD013620.pub2>
11. Monserrat, A.J.R. Avances en úlceras por presión, N Punto 2021 Vol.4 (39), 135-154.
12. Portero NG, Embid SG, Auría ME, Leciñena GC, Lucas PG, Pelegrín EM. Cambios posturales en la prevención y tratamiento de úlceras por presión. Revista Sanitaria de Investigación. 2021;2(7).
13. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults. Cochrane Libr [Internet]. 2020;2020(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd009958.pub3>

4. ASPECTO NUTRICIONAL

Recomendación 12. Prevención de malnutrición

Recomendación: Es de buena práctica promover una alimentación balanceada, armónica, completa y suficiente, adecuada a cada situación de salud, de forma tal de prevenir la malnutrición.

Justificación: La MAE se ha encontrado hasta en un 50% de pacientes hospitalizados, los cuales presentan riesgo aumentado de infecciones y dehiscencia de suturas con su consecuente impacto negativo en la cicatrización. Esto se debe a que, en este proceso, múltiples reacciones bioquímicas requieren energía, aminoácidos, oligoelementos (como el zinc) y vitaminas (como la C, E, entre otras). Es importante identificar a los pacientes con riesgo de malnutrición, ya que aumenta la estancia hospitalaria, la tasa de reingresos, la mortalidad y los costes asociados.

El reconocimiento del cuidado nutricional como derecho humano permite identificar objetivos y prioridades, reconocer los deberes de las distintas partes implicadas y cumplir con el compromiso ético necesario para respetar la dignidad del paciente.

Recomendación 13. Pesquisa de malnutrición

Recomendación: Se sugiere realizar pesquisa de riesgo de malnutrición a todo paciente que ingresa a las instituciones de salud. Es de buena práctica realizarlo con herramientas de pesquisa o tamizaje nutricional validadas.

Justificación: Para la implementación del proceso de atención nutricional se debe valorar cuál es el riesgo de padecer malnutrición del paciente, para luego establecer un diagnóstico y su consecuente tratamiento.

El tamizaje nutricional es el primer paso que permite, mediante la aplicación sistemática de una herramienta, identificar sujetos desnutridos o en riesgo nutricional. El Tamizaje, cribado o screening nutricional fue definido como el "proceso para seleccionar individuos con malnutrición o con riesgo nutricional para realizar sobre ellos una evaluación nutricional en profundidad". Las características de los métodos de tamizaje es que sean simples, rápidos y económicos, aplicables a la mayoría de los pacientes, de fácil administración y que estén diseñados para incorporar sólo pruebas de rutina, no invasivas, o datos disponibles al momento de la visita del paciente. Otro requisito que deben cumplir las técnicas de tamizaje, es que no requieran de personal especializado en nutrición para ser aplicados, sino que puedan ser realizados por cualquier miembro del equipo de salud que esté entrenado en dicho método.

Una vez identificado el paciente con riesgo de malnutrición debe de informarse al Licenciado en Nutrición para realizar la evaluación objetiva del estado nutricional.

Recomendación 14. Valoración nutricional completa

Recomendación: En aquellos pacientes que se haya detectado riesgo de malnutrición, se sugiere realizar una evaluación nutricional objetiva completa.

Justificación: Se entiende por evaluación nutricional objetiva completa a realizar medidas antropométricas para determinar cambios en la composición corporal, examen físico, evaluación de la ingesta y parámetros bioquímicos.

La MAE es un estado subagudo o crónico en el que una combinación de balance energético negativo y diversos grados de actividad inflamatoria, conducen a un impacto negativo sobre la composición corporal, disminución de la función física y de resultados adversos. En relación al riesgo de padecer LPP algunos autores reportan que la malnutrición lo aumenta por 10 (OR = 10,46; IC 95% = 3,25-33,69; p < 0,005)

La TNO es la primera acción a considerar cuando no es posible mejorar y/o aumentar el consumo de macro y micronutrientes con una dieta hipercalórica e hiperproteica solo con alimentos. En pacientes con requerimientos orales elevados que no pueden ser alcanzados por la vía oral exclusivamente, se debe considerar el uso de TN enteral y/o parenteral.

REFERENCIAS

1. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. JPEN J Parenter Enteral Nutr [Internet]. 2013;37(4):482–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0148607113484066>
2. Munoz N, Posthauer ME, Cereda E, Schols JMGA, Haesler E. The role of nutrition for pressure injury prevention and healing: The 2019 international clinical practice guideline recommendations. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2020;33(3):123–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.asw.0000653144.90739.ad>
3. Munoz N, Litchford M, Cox J, Nelson JL, Nie AM, Delmore B. Malnutrition and pressure injury risk in vulnerable populations: Application of the 2019 international clinical practice guideline. Adv Skin Wound Care [Internet]. 2022;35(3):156–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.asw.0000816332.60024.05>
4. Mueller C, Compher C, Druyan ME and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: nutrition screening, assessment, and intervention in adults. J Parenter Enteral Nutr. 2011; 35 (1): 16-24.
5. Group of the Nutrition care Process/Standardized language committee. American Dietetic Association (ADA). Nutrition care process and Model Part I: The 2008 Update. Journal of the American Dietetic Association. 2008; 108 (7): 1113-1117.
6. Group of the Nutrition care Process/Standardized language committee. American Dietetic Association (ADA). Nutrition care process and model part II: using the international dietetics and nutrition terminology to document the nutrition care process. J Am Diet Assoc. 2008; 108 (8):1287-1293.

ANEXOS

ANEXO I- Escala de Braden

PUNTOS				
	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitación
Exposición a la humedad	Siempre húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad física Deambulación	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad Cambios posturales	Inmóvil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitación
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Cizallamiento y roce	Riesgo máximo	Riesgo potencial	Sin riesgo aparente	
Riesgo bajo	15 puntos o más			
Riesgo moderado	13-14 puntos			
Riesgo alto	Menos de 12 puntos			

ANEXO III- Escala de dolor

Escala visual analógica del dolor (EVA)

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



ANEXO IV. Escala CPOT de valoración del dolor

CPOT (Critical- Care Pain Observation Tool)	
Indicador	Descripción
Expresión facial	0 Relajado, neutro (no tensión muscular) 1 Tenso (ceño fruncido, cejas bajadas, órbitas de los ojos contraídas) 2 Muecas (movimientos anteriores + párpados fuertemente cerrados)
Movimientos del cuerpo	0 Ausencia de movimientos 1 Protección (movimientos lentos, se toca donde le duele, busca atención a través de movimientos) 2 Agitado (empuja el tubo, no obedece órdenes)
Tensión muscular	0 Relajado (no resistencia a movimientos pasivos) 1 Tenso, rígido (resistencia a movimientos pasivos) 2 Muy tenso o muy rígido (fuerte resistencia)
Adaptación al ventilador	0 Bien adaptado (no alarmas, fácil ventilación) 1 Tose pero se adapta 2 Lucha con el ventilador (asincronía, activación alarmas)
Rango total	0 - 8





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO - CONSENSO LPP VERSIÓN FINAL

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 23 pagina/s.