

## UD 3. - ÚLCERAS POR PRESIÓN.

### ÍNDICE:

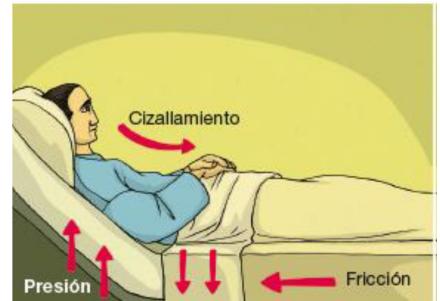
- 1.- Etiología.
- 2.- Clasificación y localización.
- 3.- Plan de actuación de enfermería.
  - 3.1.- Valoración del riesgo de aparición de UPP.
  - 3.2.- Prevención de las UPP.
  - 3.3.- Tratamiento de las UPP.

### 1.- Etiología.

Las ÚLCERAS POR PRESIÓN son lesiones localizadas en la piel o en el tejido subyacente, que se dan en tejidos que cubren prominencias óseas o en zonas de apoyo prolongado. Pueden afectar a la epidermis, dermis, hipodermis y tejidos más profundos.

Una serie de factores predisponen la aparición de las úlceras:

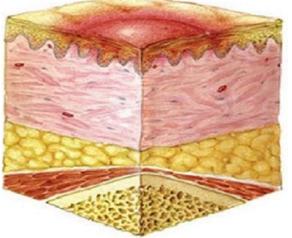
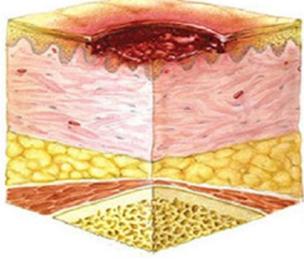
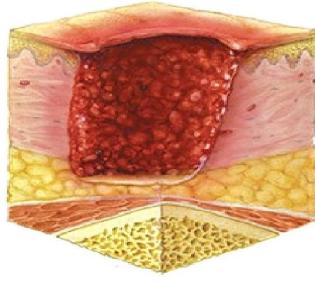
- **EXTRINSECOS:**
  - Presión: es la fuerza perpendicular a la piel que genera compresión de los tejidos y que se produce cuando los cambios de posición no son frecuentes, por apoyo del cuerpo (sobre todo las prominencias óseas) sobre una superficie dura (cama, sillón...).
  - Fricción: es el roce que se produce entre la piel y la superficie sobre la que se apoya; son fuerzas horizontales y paralelas a la piel.
  - Cizallamiento: es la combinación de los anteriores
  - Humedad: predispone, junto con el calor del propio organismo, a la maceración de los tejidos. Puede ser por: orina, heces, sudor, secado defectuoso tras el aseo, etc
  - Tiempo: entendido como la acción prolongada de todo lo anterior.
- **INTRINSECOS:**
  - Causas vasculares: patologías que causan disminución del flujo sanguíneo e implican déficit de oxígeno en tejidos.
  - Algunas enfermedades neurológicas, en las que no se dan cuenta de cambiar de posición, pues disminuye la percepción (Alzheimer).
  - En lesiones cerebrales o medulares, al cursar con pérdida de sensibilidad, lo que disminuye la percepción del dolor y presión

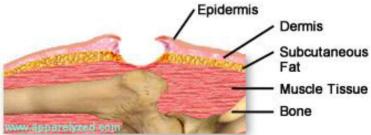
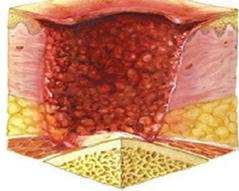


- Causas endocrino-metabólicas: que pueden llegar a retrasar la cicatrización de las úlceras.
- Deficiencias nutricionales: obesidad, caquexia, anemia, deshidratación...
- Sobrepeso y delgadez
- Alteraciones cutáneas: edemas, sequedad en la piel...
- Edad avanzada: la mayor fragilidad, menor elasticidad de la piel, disminución de ejercicio físico...
- Factores psicosociales: falta de higiene, ausencia de cuidador (o poco formado)...
- Radioterapia, corticoides: que retrasan la cicatrización.
- Inmovilidad: por dolor, fatiga, fracturas, procesos crónicos o terminales...
- Afectación mecánica: férulas, yesos, sondas, catéteres, arrugas en la ropa de cama...

## 2.- Clasificación y localización.

Las podemos clasificar en cuatro grados o estadios conforme avanzan en profundidad:

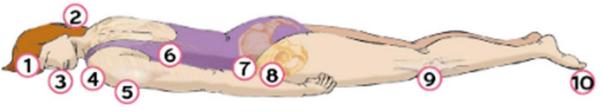
ESTADIO	SIGLOS/SINTOMAS	AFECTACIÓN	IMAGEN
<b>ESTADIO I</b> <b>Úlcera de primer grado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel intacta en apariencia.</li> <li>- <b>Eritema</b> que <b>no palidece</b> tras la presión</li> <li>- Sigue siendo indolora aunque en ocasiones presenta dolor y escozor.</li> <li>- Cambios de temperatura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidermis</li> </ul>	
<b>ESTADIO II</b> <b>Úlcera segundo grado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pérdida parcial</b> de espesor de la piel.</li> <li>- Piel erosionada, agrietada.</li> <li>- Presencia de vesículas, ampollas, grietas.</li> <li>- Lecho rosado</li> <li>- Dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidermis.</li> <li>- Dermis.</li> </ul>	
<b>ESTADIO III</b> <b>Úlcera tercer grado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pérdida total de grosor piel</b></li> <li>- Hay necrosis (muerte celular). Aún no llega al músculo, pero podría verse la grasa subcutánea.</li> <li>- Lesión con aspecto de cráter</li> <li>- Puede aparecer esfacelos<sup>1</sup>, escaras<sup>2</sup> y ya necrosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidermis.</li> <li>- Dermis.</li> <li>- Hipodermis.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ya no hay dolor</li> </ul>		
<b>ESTADIO IV</b> <b>Úlcera cuarto grado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Pérdida total del espesor del tejido</b></li> <li>- <b>Necrosis</b> del tejido, con destrucción extensa y pérdida del espesor del tejido con <b>hueso, tendón o músculo expuestos e incluso podrían ser palpables.</b></li> <li>- Puede aparecer esfacelos, escaras, cavernas, túneles ...</li> <li>- Ausencia de dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidermis.</li> <li>- Dermis.</li> <li>- Hipodermis.</li> <li>- Elementos de sostén (hueso, tendón y músculo)</li> </ul>	 

<sup>1</sup>ESFACELO: capa necrótica de consistencia blanda, de color blanco o amarillento y adherida a la úlcera.

<sup>2</sup>ESCARA: semejante al anterior, pero de consistencia dura y color negruzco, fuertemente adherida

Las localizaciones más frecuentes de las UPP, tienen relación con la posición en la que el paciente se mantiene durante más tiempo: las zonas en las que aparecen con más frecuencia son:

Zonas de presión en decúbito prono	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frente</li> <li>2. Pabellón auricular</li> <li>3. Mejillas</li> <li>4. Acromión (hombros)</li> <li>5. Senos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Región costal</li> <li>7. Crestas ilíacas</li> <li>8. Órganos genitales</li> <li>9. Cóndilos (rodillas)</li> <li>10. Dedos de los pies</li> </ol> 

### Zonas de presión en decúbito lateral

<p>1. Mejillas</p> <p>2. Pabellón auricular</p> <p>3. Acromion (hombro)</p> <p>4. Olécranon (codo)</p> <p>5. Costillas</p>	<p>6. Cóndilos (rodilla)</p> <p>7. Trocánter mayor</p> <p>8. Maléolos (tobillos)</p> <p>9. Dedos de los pies</p>	
<p>1. Hueso occipital</p> <p>2. Escápulas (omóplatos)</p> <p>3. Columna vertebral dorsal</p> <p>4. Olécranon (codos)</p>	<p>5. Dedos de las manos</p> <p>6. Sacro (región sacra)</p> <p>7. Glúteos (nalgas)</p> <p>8. Talones</p>	

### 3.- Plan de actuación de enfermería.

Se trata del conjunto de acciones encaminadas a la valoración, la prevención y el tratamiento de las UPP.

#### 3.1.- Valoración del riesgo de aparición de UPP.

Zonas de presión en sedestación	Otras localizaciones por iatrogenia
<p>1. Occipucio</p> <p>2. Escápulas</p> <p>3. Olécranon</p> <p>4. Sacro</p> <p>5. Tuberrosidad isquiática</p> <p>6. Zona poplítea</p> <p>7. Talones</p> <p>8. Metatarsianos</p>	<p>1. Nariz: soporte de gafas o mascarilla para oxigenoterapia</p> <p>2. Fosas nasales: sonda nasogástrica, sondaje de oxigenación o gafas nasales</p> <p>3. Boca: tubos endotraqueales</p> <p>4. Cuello: soporte de cánula de traqueostomía</p> <p>5. Zonas de cateterismo intravenoso</p> <p>6. Tobillo o muñeca: sujetaciones</p> <p>7. Zonas de inmovilización: férulas o escayola</p>

Desde enfermería, se debe valorar la facilidad de un paciente para padecer estas lesiones; existen diferentes escalas de valoración de riesgo de UPP, que permiten identificar los factores de riesgo y tomar las medidas necesarias para evitar o disminuir el daño. Esto permite que, desde enfermería, se puedan planificar los cuidados adecuados.

**a) ESCALA DE NORTON.**

Comprende la observación y revisión de cinco aspectos, valorados según la situación del paciente en cada parámetro:

- Estado físico general
- Estado mental
- Actividad
- Movilidad
- Incontinencia

<b>Riesgo de UPP</b>	
<12 (del 5 al 11) = riesgo muy alto	
12-14 = riesgo apreciable	
>14 = sin riesgo o riesgo mínimo	

		<b>DATOS DEL PACIENTE</b>				
		1. <sup>er</sup> APELLIDO .....				
		2. <sup>º</sup> APELLIDO .....				
		NOMBRE .....				
		FECHA INGRESO .....				
		CAMA ..... SERVICIO UNIDAD .....				
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS</b>						
<b>ESCALA DE NORTON</b>						
<b>Puntuación</b>	<b>A</b> Estado físico general	<b>B</b> Estado mental	<b>C</b> Actividad	<b>D</b> Movilidad	<b>E</b> Incontinencia	
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	
3	Justo	Apatía	Camina con ayuda	Algo limitada	Ocasional	
2	Pobre	Confusión	En silla de ruedas	Muy limitada	Normalmente, orina	
1	Malo	Estupor	Encamado	Inmóvil	Doble	
Patient de riesgo es aquel que suma menos de 14 puntos						
<b>VALORACIÓN</b>						
<b>Fecha</b>	<b>A</b> Estado físico general	<b>B</b> Estado mental	<b>C</b> Actividad	<b>D</b> Movilidad	<b>E</b> Incontinencia	
Si la puntuación es < 14, aplicar procedimiento de prevención de úlceras						

Como indica la tabla, si el resultado de la suma total es inferior a 14, se pondrán en marcha los procedimientos preventivos.

(Posteriormente, se podrán hacer cinco valoraciones sucesivas en distintas fechas)

**b) ESCALA DE BRADEN**

La escala de Braden es cada vez la más utilizada por su fácil aplicación y la indicación de periodicidad en la reevaluación.

En esta escala, cada parámetro se valora de 1 (menos favorable) a 4 (más favorable), excepto la fricción y el deslizamiento, que se gradúan de 1 a 3. La puntuación total oscila entre 6 y 23.

Riesgo de UPP	Reevaluación en días
Braden<12 =alto riesgo	1
Braden 13-15=riesgo moderado	3
Braden>16=bajo riesgo	7

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completa-mente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completa-mente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	_____

\* Ver anexo

**Otras escalas:** EMINA, NOVA-4, BRADEN Q (pediatría).

Todas las escalas son eficaces si:

- Se evalúa el riesgo en el momento del ingreso y se REEVALÚA a intervalos periódicos.
- Se aplican las MEDIDAS PREVENTIVAS adecuadas a los resultados obtenidos en la escala.

### 3.2.- Prevención de las UPP.

Si tras hacer la VALORACIÓN, los ÍNDICES indican que el paciente tiene riesgo de desarrollar UPP, APLICAREMOS las MEDIDAS PREVENTIVAS para evitar el desarrollo de una úlcera.

Así, la prevención podemos definirla como el conjunto de cuidados que se aplican ante pacientes en riesgo de UPP o que ya las padecen.

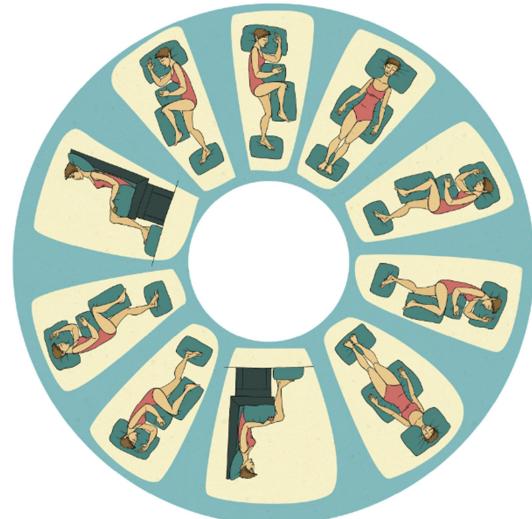
Se lleva a cabo en la habitación del paciente, durante las 24 horas del día y se registran todas las actividades que se realizan, para poder así evaluar los resultados y modificar la planificación cuando sea necesario.

### a) Cuidados generales de la piel.

- **Valoración:** descubrir posibles lesiones precozmente (en aseo), vigilar zonas de riesgo y registrar su estado.
- **Cuidados higiénicos:**
  - Limpieza y secado meticulosos.
  - Ojo en pliegues cutáneos.
  - Mantenerla adecuadamente hidratada (no exceso crema).
- **Uso de protectores de la piel:** en zonas secas, para fortalecerla y mantener la integridad.
  - Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO-Corpitol ®, Mepentol ®).
  - Cremas protectoras
  - Espumas de poliuretano (Allevyn gel ®)
- **Control de la humedad:**
  - Evitar las maceraciones producidas por orina, heces, sudoraciones excesivas, drenajes, sondas y catéteres.
  - Secar bien la piel después de la higiene
- **A evitar:**
  - Uso de hules (más sudoración)
  - Colonias con alcohol o polvos de talco
  - Prolongar mucho tiempo el cambio del pañal o de la ropa de cama sucia
  - Friccionar la piel en exceso (secado, masaje...)
  - El masaje en zonas con eritema y en prominencias óseas

### b) Control de la presión.

- **Cambios posturales:** adaptados a cada paciente, durante las 24 horas del día. Anotarlos en el registro de enfermería, indicando hora de realización y posición en la que se deja. Usar decúbito supino, lateral, Fowler y prono (menos usados). Cambios cada 2-3h durante el día y 4-5 durante la noche. Se puede completar con sedestación, haciendo cambios de posición cada 15-30 minutos (si es autónomo) o cada hora.
- **Fomentar la movilización** y actividad del paciente (andadores, bastones...) y realizar movilizaciones activas o pasivas al hacer el cambio postural.
- Emplear **elementos de protección** en las prominencias óseas: en codos, talones, entre rodillas, tobillos...
- **Emplear dispositivos para aliviar la presión:**
  - De alivio local: anatómicos, cojines, cuñas, almohadas, taloneras, apoyabrazos, sacos arena, arcos de cama, etc
  - Superficies especiales para el manejo de presión (SEMP)



Rueda cambios posturales

### Dispositivos para aliviar la presión:

Apoyabrazos	Codera	Posicionador de brazos	Manopla
			
Especialmente indicado para personas que pasan largo tiempo sentadas en el sillón o silla de ruedas. Alivia la presión y evita la aparición de rojeces.	Se utiliza para prevenir úlceras por presión en el codo. Alivia la presión sobre el olécranon.	Alivia la presión y mantiene la postura correcta del brazo tanto en posición de sentado como en decúbito supino.	Disminuye la presión y el roce en los dedos, en usuarios que permanecen inmóviles durante largos períodos de tiempo.
Taloneras y botas			Posicionador de pie
			
Ayudan a aliviar la presión y a prevenir las úlceras en el talón de personas que pasan largo tiempo encamadas. Los de tipo patuco o bota son útiles también en la posición de sentado.			Ayuda a mantener la posición correcta del pie, evita lesiones y reduce la presión en el talón.
Cojines antiescaras		Colchones de presión alterna	
			
Distribuyen el peso de forma uniforme, para aliviar la presión continuada en los puntos de apoyo; así reducen el riesgo de formación de úlceras. Algunos son ergonómicos y los hay de diversos materiales: látex, aire, gel, espuma, etc.			Formados por tubos que se inflan y desinflan alternativamente modificando los puntos de presión.

#### - A evitar:

- Apoyo sobre UPP ya iniciada
- Arrastrar al paciente en las movilizaciones (origina fricción)
- Elevar el cabecero de cama más de 30º (aumenta cizallamiento)
- Flotadores para la región sacra

### c) Nutrición e hidratación

Tanto la desnutrición como el sobrepeso son un factor de riesgo en la formación de UPP. Se aportará una dieta equilibrada. El personal de enfermería y especialmente el TCAE, llevará a cabo las siguientes medidas:

- Revisar que el paciente coma toda la dieta pautada
- Avisar de cualquier problema con la ingesta y averiguar por qué no come (no le gusta, no puede masticar...)
- Controlar el peso y evolución del paciente.
- Concienciar a la familia de la importancia de que coma todo.

### **3.3.- Tratamiento de las UPP.**

Cuando las medidas preventivas no han sido efectivas, comenzaremos con el tratamiento.  
Debe promover la cicatrización natural de la lesión.

Los **objetivos generales** del tratamiento se basan en:

- Eliminar o reducir los agentes causales y factores predisponentes
- Identificar el grado de UPP
- Evitar la extensión y demás complicaciones de la UPP
- Estimular la curación de la herida, acelerar la reparación y desbridar el tejido necrosado.

Será necesario **favorecer la cura en un ambiente húmedo, el desbridamiento (a veces quirúrgico) del tejido necrosado y la prevención de infecciones, y evitar la aparición de nuevas úlceras.**

<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Agua jabonosa (Grado I) o suero fisiológico</li><li>- NO usar antisépticos (povidona, clorhexidina, etc) pues son citotóxicos y retrasan la cicatrización.</li><li>- NO secar el lecho ulcerado, pero sí la piel circundante (gasas estériles)</li></ul>
<b>Desbridamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Para eliminar el tejido necrosado y los elementos extraños a la herida, favoreciendo la regeneración celular.</li><li>- Si hay tejido necrótico, se debe desbridar antes de hacer la cura</li><li>- Puede ser:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Quirúrgico, recortando con bisturí el tejido en sentido centro de herida a exterior. Requiere analgesia tópica.</li><li>○ Autolítico, empleando hidrogel e hidrocoloide</li><li>○ Enzimático, empleando colagenasas (Irxol Mono ®)</li></ul></li></ul>
<b>Control de carga bacteriana</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La colonización bacteriana retrasa la curación de la úlcera</li><li>- Limpieza y desbridamiento, permiten controlar la carga bacteriana</li><li>- Valorar el uso de antibioterapia (ojo con los tópicos, pues provocan resistencias), haciendo una recogida previa de muestras para facilitar la elección</li><li>- Empleo de <b>apósitos con plata</b>: útiles en úlceras infectadas</li></ul>
<b>Cambio de apósito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- El apósito mantiene húmedo el lecho de la herida y seca la piel perilesional</li><li>- Su frecuencia de cambio depende del tipo de apósito y del grado de deterioro; algunos pueden mantenerse varios días</li><li>- Antes de retirarse, debe humedecerse y se hará lentamente, para evitar arrastrar tejido de granulación</li></ul>

### **Funciones del TCAE en las curas de las UPP.**

Colabora con enfermería, siendo sus funciones:

- Reconocer los riesgos del paciente de padecer UPP (controlar las lesiones asociadas a fricción o cizalla).
- Preparar el material (curas, medicación necesaria, gasas, apósitos...).
- Proporcionar a enfermería el material necesario según se vaya precisando.
- Acomodar al paciente, dejándolo en la posición indicada según el plan de cambios posturales.
- Finalizada la cura, recoger todo el material.
- Controlar el almacén para que haya productos y material de curas adecuado.

## ANEXOS.

### APÓSITOS

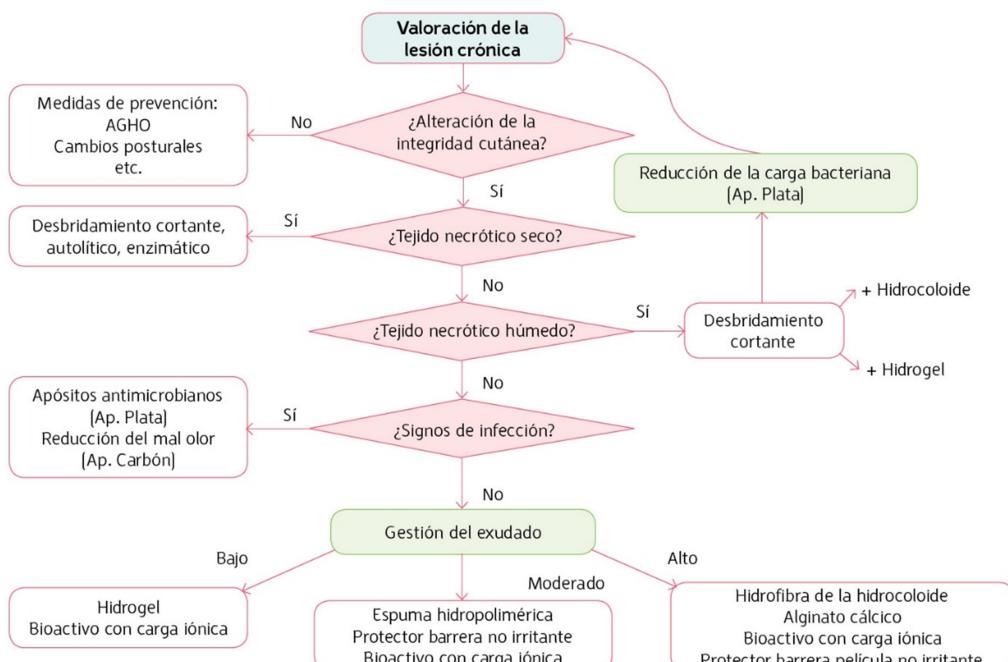
Mantienen el lecho de la úlcera en condiciones de ambiente húmedo, sin provocar maceración y estimulando la cicatrización. Su empleo se denomina CURA HÚMEDA.

Así, permiten:

- a) Ambiente húmedo y T<sup>º</sup> adecuada
- b) Son biocompatibles
- c) Protegen de agresiones externas
- d) Absorben exudados
- e) Respetan la piel periulceral

Existen diferentes apóositos; la elección de uno u otro se hará en función de las características de la UPP:

- **HIDROGELES:** Alto contenido en agua, hidratan y estimulan los procesos autolíticos naturales. Úlceras con escaso o nulo exudado.
- **HIDROCOLOOIDES:** Gran capacidad de absorción del exudado. Mantienen humedad y favorecen el desbridamiento autolítico. No emplear en heridas infectadas.
- **ESPUMAS DE POLIURETANO:** A modo de almohadillas, protegen la zona de traumatismos y favorecen la reepitelización.
- **ALGINATO:** En contacto con el exudado de la herida promueve la formación de un gel, por lo que controla la humedad de la lesión. Favorece el desbridamiento.
- **MATRIZ DE COLÁGENO:** Estimula la cicatrización.
- **COLAGENASA:** deshace el tejido necrótico, activando la epitelización.
- **ANTIMICROBIANOS:** Algunos apóositos van impregnados en sustancias de acción antimicrobiana como la **plata**



## **CURACIÓN DE UNA UPP**

### **Recursos materiales**

#### **1. Para la valoración y el registro de UPP:**

- Hoja de incidencias de UPP.
- Regla milimetrada para valoración del tamaño de UPP.

#### **2. Para la prevención y la higiene:**

- Jabón suave.
- Productos hidratantes.
- Salvacamas transpirables.
- Elementos de alivio de presión: cojines, almohadas, colchón de aire alternante, etc.
- Ácidos grasos hiperoxigenados u otras cremas protectoras.

#### **3. Para el tratamiento curativo:**

- Set de curas con: pinzas de disección dentadas, mango de bisturí, hoja de bisturí, tijeras, Kocher.
- Productos farmacológicos: suero salino fisiológico, cremas protectoras, ácidos grasos hiperoxigenados, gel de lidocaína al 20 %, desbridante enzimático (colagenasa), desbridante autolítico (hidrogel).

Otros: guantes, compresas y gasas estériles, bata (opcional), bolsa de ropa sucia, biombo.

#### **4. Para el cultivo:**

- Jeringa y agujas.
- Gasas y guantes estériles.
- Antiséptico local.
- Vial de transporte de muestra anaerobia.
- Hisopo con vial de transporte.

#### **5. Equipo humano:**

- GE.
- TCAE.
- Celador.
- Cuidador principal.

### **Protocolo de actuación**

#### **1. Preparar el equipo necesario, según el estado y las características de la úlcera, y lavarse las manos. Explicar el procedimiento al paciente, pidiendo su colaboración.**

#### **2. Administrar analgésico, según prescripción, si la lesión es dolorosa, y colocar al paciente en la posición adecuada.**

**3.**Procurarle intimidad, colocando un biombo si fuera necesario.

**4.**Realizar la cura en condiciones de asepsia.

**5.**Retirar el apósito mediante una técnica no agresiva.

**6.**Limpiar la lesión con suero salino fisiológico mediante presión de lavado efectiva para el arrastre. No limpiar con antisépticos locales y secar sin arrastre.

**7.**Valorar la piel perilesional y proteger si procede; valorar la lesión y elegir el tratamiento adecuado.

- En caso de uso de apósito, este debe sobrepasar en 2,5-4 cm el borde de la úlcera.
- En caso de localizaciones sacras, pueden fijarse los bordes del apósito con esparadrapo transpirable.

**8.**Cambiar el apósito según las características tanto del apósito como de la herida, pero en general cada 72 horas o según la saturación del apósito, salvo que se arrugue o que el exudado supere los bordes periulceras.

**9.**En caso de esfacelos y/o tejido necrótico, es necesario desbridar.

**10.**Si existe placa necrótica seca, realizar cortes con bisturí para facilitar la actuación de los hidrogeles o la colagenasa. Para evitar que se formen abcesos o la lesión se «cierre en falso», será necesario llenar parcialmente —entre la mitad y las tres cuartas partes— las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda.

**11.**Ante la presencia de signos de infección local, deberán intensificarse la limpieza y el desbridamiento, realizando curas cada 12/24 horas. No se realizará nunca una cura oclusiva.

**12.**Para la obtención de muestras para cultivo:

- Aspiración percutánea, con punción en el borde periulceral y aspiración en una jeringa, que después se introducirá en un medio para cultivo de aerobios y anaerobios.
- Frotis de la lesión mediante hisopo, que será la alternativa al método anterior y que se hará después de lavar con suero fisiológico, evitando coger pus.

- La intervención la realizará el GE, a la que ayudará el TCAE, e incluso el celador o el cuidador habitual, si se precisara.

- Al finalizar, se acomodará al paciente y se recogerá todo el material empleado.

- Registrar la realización de la cura y anotar en el registro o introducir en el programa informático lo concerniente a las observaciones.

## ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.

RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarla/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

## ESCALA DE NORTON

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
<b>BUENO 4</b>  - Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/día y 2000 Kcal. IMC entre el 20 y 25% estándar 90. - Ingesta líquidos: 1500 a 2000 cc/día (8 a 10 vasos). - Temp. corporal: de 36° a 37°C. - Hidratación: Persona que tiene peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.	<b>ALERTA 4</b>  - Paciente orientado en tiempo, lugar y personas - Responde adecuadamente a estímulos, visuales, auditivos y táctiles. - Comprende la información <b>VALORACIÓN:</b> Solicitar al paciente que refiera su nombre, fecha, lugar y hora.	<b>TOTAL 4</b>  - El paciente es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentaria	<b>AMBULANTE 4</b>  - Independiente total, no necesita ayuda de otra persona. Capaz de caminar sólo aunque se ayude de aparatos de un solo punto de apoyo o lleve prótesis	<b>NINGUNA 4</b>  - Control de ambos esfínteres - Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.
<b>MEDIANO 3</b>  - Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/día y 2000 Kcal. I.M.C. ^=20 ^=25% estándar 80. - Ingesta líquidos: 1000-1500 cc/día (5-7 vasos). - Temp. corporal: 37° a 37.5°C - Hidratación: Persona que tiene relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.	<b>APÁTICO 3</b>  - Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso - Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. - Obedece órdenes sencillas - Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta y vacilante. <b>VALORACIÓN:</b> Dar instrucciones al paciente como tocar con la mano la punta de la nariz.	<b>DISMINUIDA 3</b>  - El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos	<b>CAMINA CON AYUDA 3</b>  - El paciente es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas). El paciente inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia pero requiere ayuda para realizar completar o mantener algunos de ellos.	<b>OCAZIONAL 3</b>  - No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h.
<b>REGULAR 2</b>  - Nutrición: Persona con 2 comidas/día. Toma la mitad del menú, con 2 raciones de proteínas/día y 1000Kcal. I.M.C. ^=50% estándar 70. - Ingesta líquidos: 500 a 1000cc/día. De 3 a 4 vasos. - Temp. corporal: 37.5° a 38°C. - Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	<b>CONFUSO 2</b>  - Inquieto, agresivo, irritable, dormido - Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos - Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo. - Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. - Inteminentemente desorientado en tiempo, lugar y/o personas. <b>VALORACIÓN:</b> Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.	<b>MUY LIMITADA 2</b>  - El paciente solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.	<b>SENTADO 2</b>  - El paciente no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. Precisa ayuda de otras personas a través de dispositivos mecánicos.	<b>URINARIA O FECAL 2</b>  - No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
<b>MUY MALO 1</b>  - Nutrición: Persona con 1 comida/día. Toma 1/3 del menú, una media de 2 raciones de proteínas/día y menos de 1000 Kcal. I.M.C. ^= 50% estándar 60. - Ingesta líquidos: - 500 cc/día, 3 vasos. - Temp. corporal: +38.5°C y -35.5°C. - Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.	<b>a) ESTUPOROSO y b) COMATOSO 1</b>  - Desorientación en tiempo, lugar y personas a) Despierta solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto. b) Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. <b>VALORACIÓN:</b> Presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faringeo	<b>INMÓVIL 1</b>  - El paciente es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentaria	<b>ENCAMADO 1</b>  - Falta de autonomía para realizar todos sus movimientos (dependencia total). Precisa de ayuda para realizar actividades como: comer, asearse, etc..	<b>URINARIA + FECAL 1</b>  - No controla ninguno de sus esfínteres