



Úlceras por presión y heridas

Seguridad del paciente y aspectos médico-legales

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Cía de Seguros

ADECRA- Comisión de Enfermeros de Gestión
11 de mayo 2022

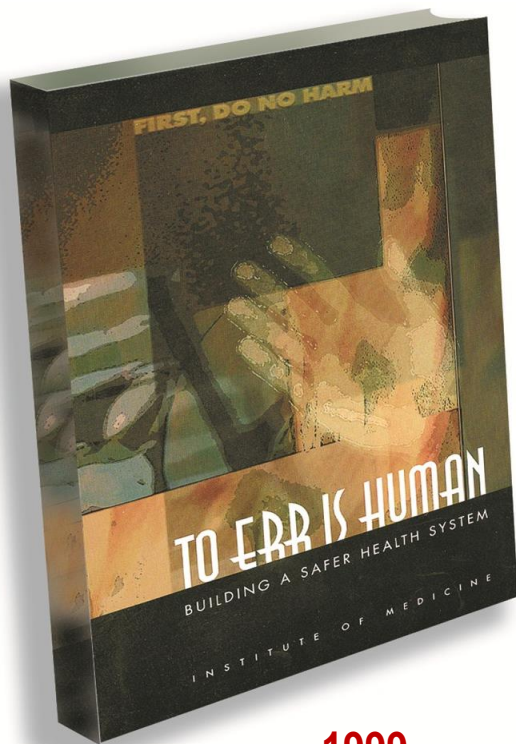
Las heridas y lesiones por presión como un tema central de la seguridad del paciente



“El primer requisito de un hospital debería ser no dañar a los enfermos”

Florence Nightingale

20 años de seguridad del paciente



1999



2021

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (2004)



¿Y las úlceras por presión?



5. Reducir el riesgo de IACS

6.Reducir el daño ocasionado por caídas

El amplio universo de eventos adversos que afectan la piel



Úlceras por
presión



Infecciones
del sitio
quirúrgico



Lesiones por
dispositivos
médicos



Dermatitis
asociadas a la
incontinencia



Lesiones por
extravasación

Las úlceras por presión son un capítulo muy importante de la seguridad del paciente



TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

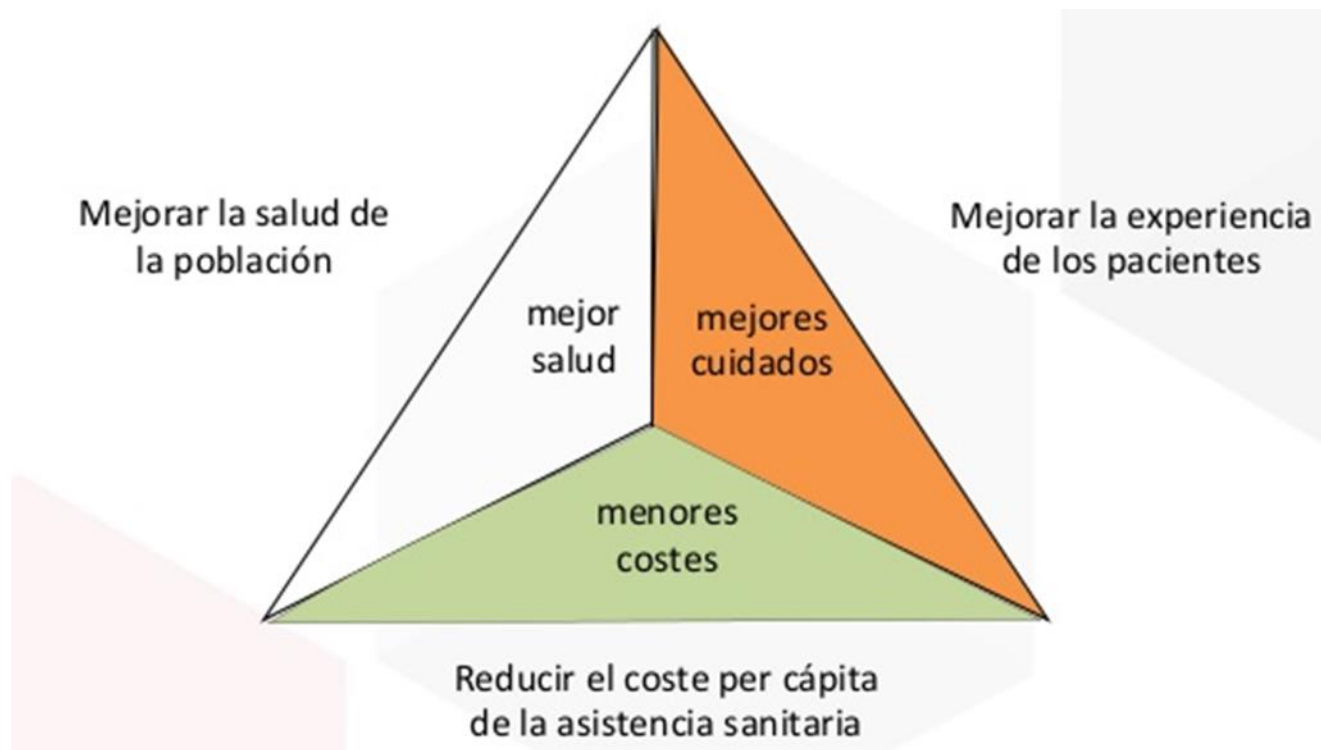
Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización

M^{ra} Julia Tomé Ortega.
Enfermera H. Xeral-Ciés de Vigo, CHUVI.

Correspondencia: mmprefa@yahoo.es

La carga humana del problema

La triple meta en la atención de la salud (IHI, 2008)



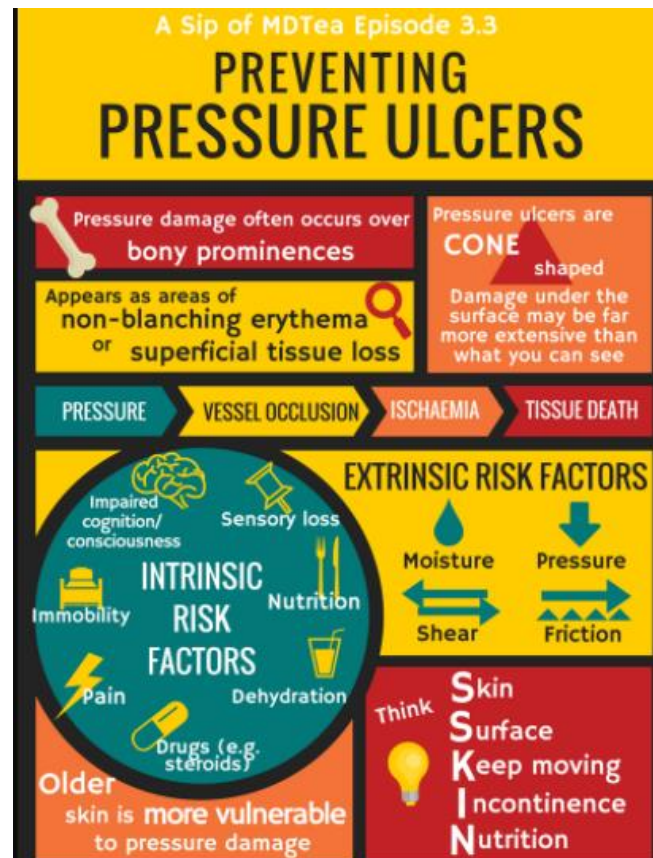
UPP: Principales causas

■ Factores del paciente:

- ✓ Incontinencia
- ✓ Mala nutrición
- ✓ Inmovilidad

■ Factores institucionales:

- ✓ Falta de personal
- ✓ Alta rotación de personal
- ✓ Pobre nivel de conocimientos



Impacto de las lesiones por presión

Problema de Salud Pública:

- Aumentan 4 veces el riesgo de muerte
- Aumentan 6 veces el riesgo de complicaciones: infección, sepsis, inmovilidad

Paciente:

- Aumento del dolor, sufrimiento y aislamiento
- Incapacidad para volver a las funciones de la vida cotidiana
- Reducción de la calidad de vida

Gasto sanitario:

- Insumos costosos que las OS no reconocen
- Aumento de insumos (atb ev, cultivos de la herida)
- Aumenta la carga de trabajo de enfermería
- Aumento en IC con especialistas (Plástica, Infectología, Dermatología)
- Aumenta la duración de estadía hospitalaria
- Implicaciones legales (demuestran negligencia asistencial)



Diapo: gentileza Lic. Sandra Etchenique

Prevalencia de las lesiones por presión

- España: 7.35%
- EEUU: 12 a 24 %
- Alemania: 5 %
- Canadá: 24-30 %
- Reino Unido 10 %
- Belgica: 30 %
- Australia: 5%
- Brasil: 18 %



Las UPP como un problema central de la seguridad del paciente

Estudio ENEAS²⁹	Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (24 hospitales españoles)	• 1.º efecto adverso dentro de los EA relacionados con los cuidados • Incidencia de UPP del 3,45% en hospitales grandes, del 3,02% en hospitales medianos y del 7,04% en hospitales pequeños • Incremento de hospitalización de entre el 4% y el 7% • 43,8% EA leves, 42% moderados y 14,2% graves
Estudio IBEAS^{30,31}	Estudio de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (58 hospitales de México, Perú, Colombia, Argentina y Puerto Rico)	• Tercer EA • 24,3% de prevalencia en UCI • Incremento de hospitalización mayor de 7 días • 45,5% efectos adversos leves, 48,3% moderados y 6,2% graves
Estudio APEAS³²	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (48 centros de salud en España)	• Las UPP son la primera causa de EA dentro del grupo de EA relacionados con los cuidados • 39,5% EA leves, 42,1% moderados y 18,4% graves

Argentina: 15,8%

ARGENTINA participó en 2007 y 2008 del Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (Ibeas) sobre la Seguridad en la atención en los hospitales. Fue parte de un proyecto con otros cuatro países de América latina -Costa Rica, Perú, Colombia y México-, con 11.379 pacientes de 58 hospitales. Los resultados de nuestro país estuvieron disponibles en 2010.



La «epidemia bajo las sábanas» en la Argentina



Lic. Sandra Etchenique



- 22 provincias
- 314 investigadores inscriptos
- 200 investigadores que relevaron datos
- Instituciones de salud públicas y privadas
- 1 website con 47 páginas
- Whatsapp de apoyo
- 3131 pacientes adultos

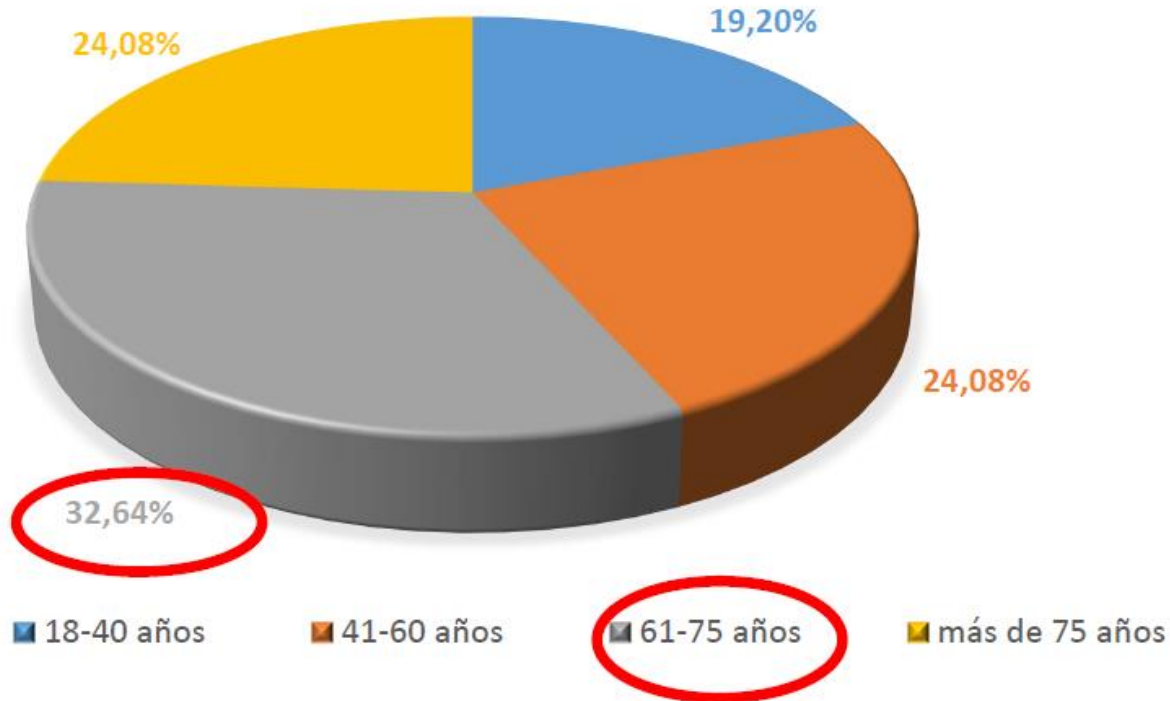
Primer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en Argentina, 2018. El primer paso para la maratón nacional de UPP

Comité de Expertos Enfermeros en Cuidados de UPP y Heridas de la Federación
Argentina de Enfermería (CEECUPPYH-FAE)*

* Sandra Etchenique, Alberto Gugliara Cance, Ángel Aznar, Hernán Lascano, Walter
Arce, Leonardo Benavidez, Miguel Martínez y Lorena Juárez

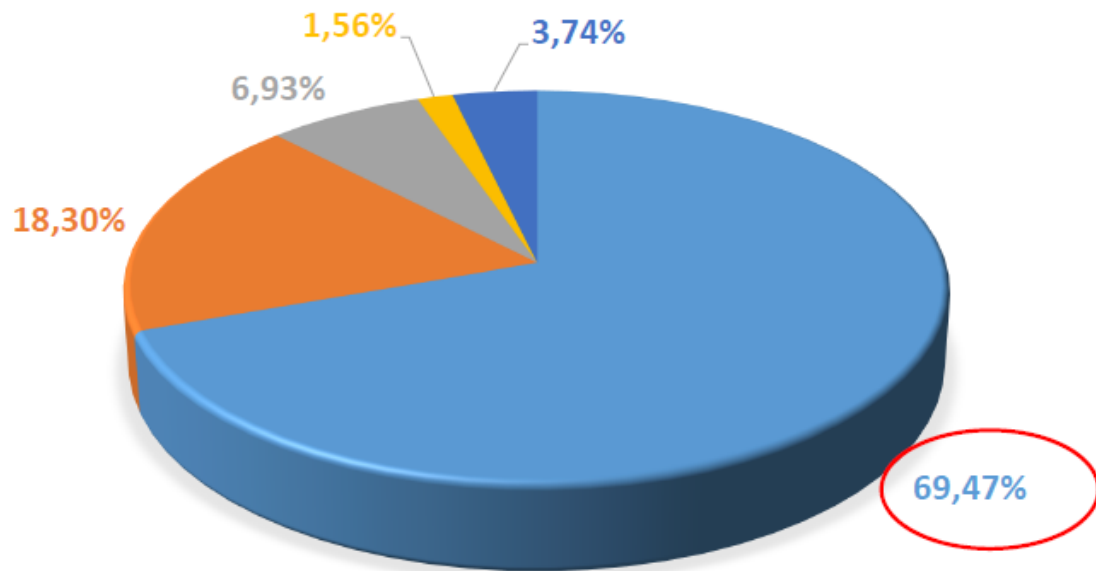
Distribución de pacientes según grupo etario

N= (3131 pacientes)



Distribución de pacientes según sector de internación

N: 3131 pacientes



■ Sala Gral.

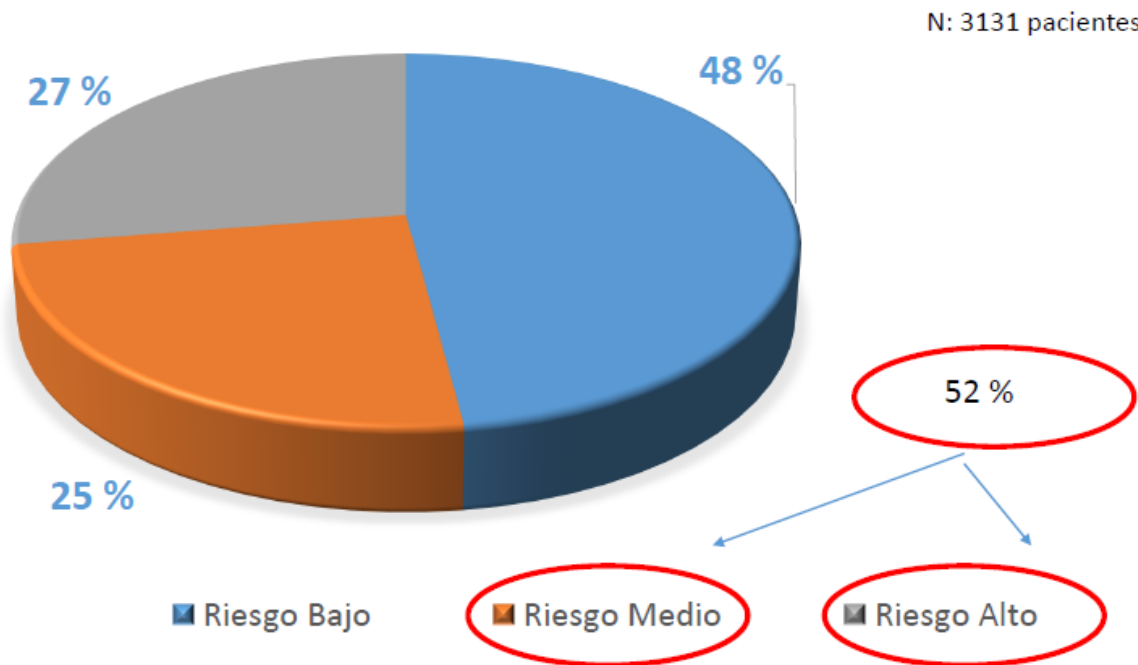
■ UTI

■ UCO

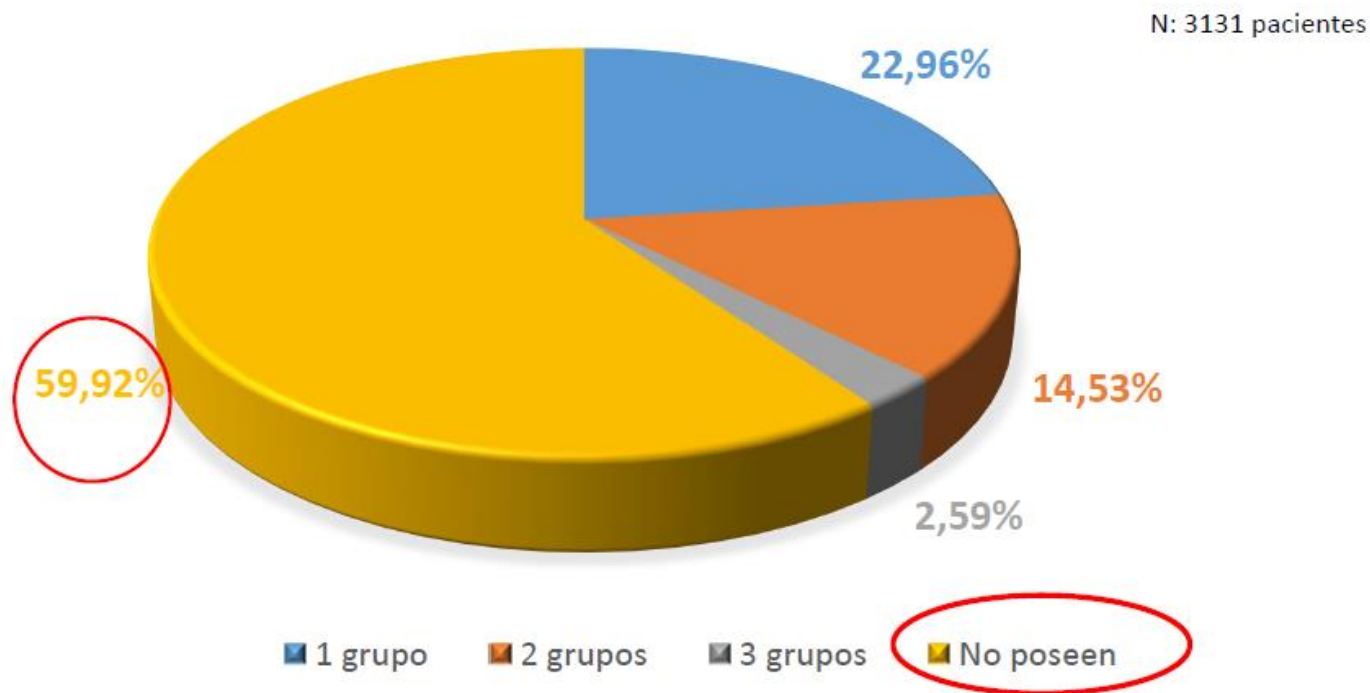
■ Guardia / Urgencia

■ Int. Domiciliaria

Distribución de pacientes según el riesgo de padecer UPP (Valoración de riesgo con Escala de Braden)

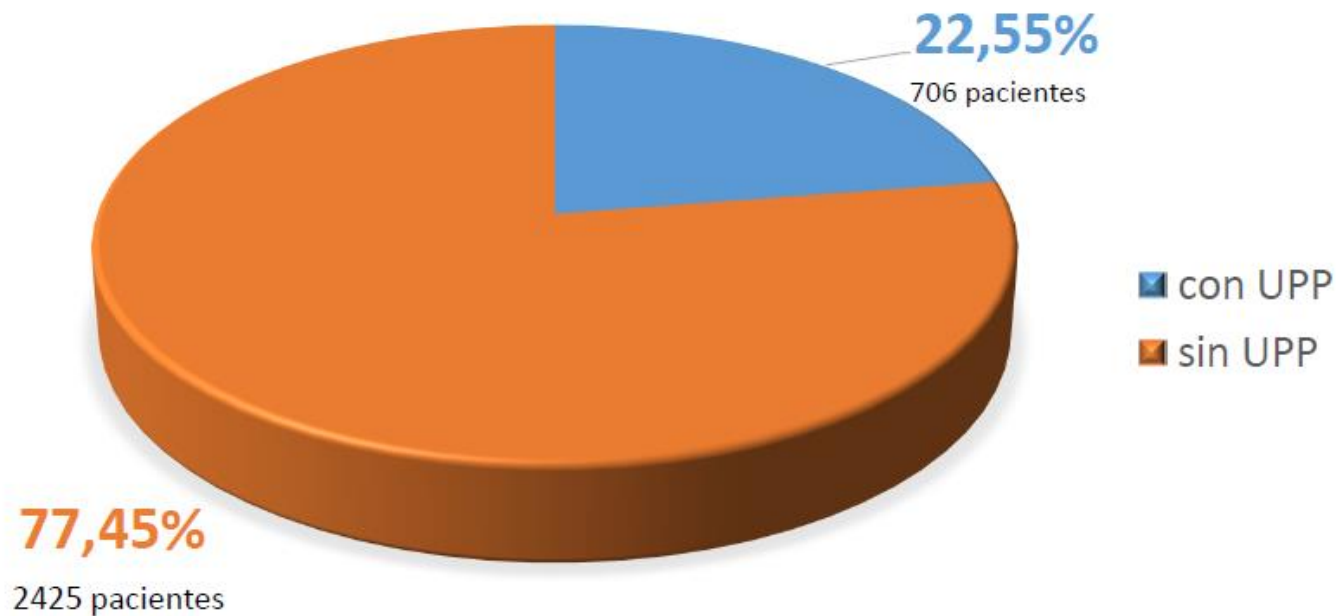


Distribución de pacientes según utilización de grupos de prevención de UPP

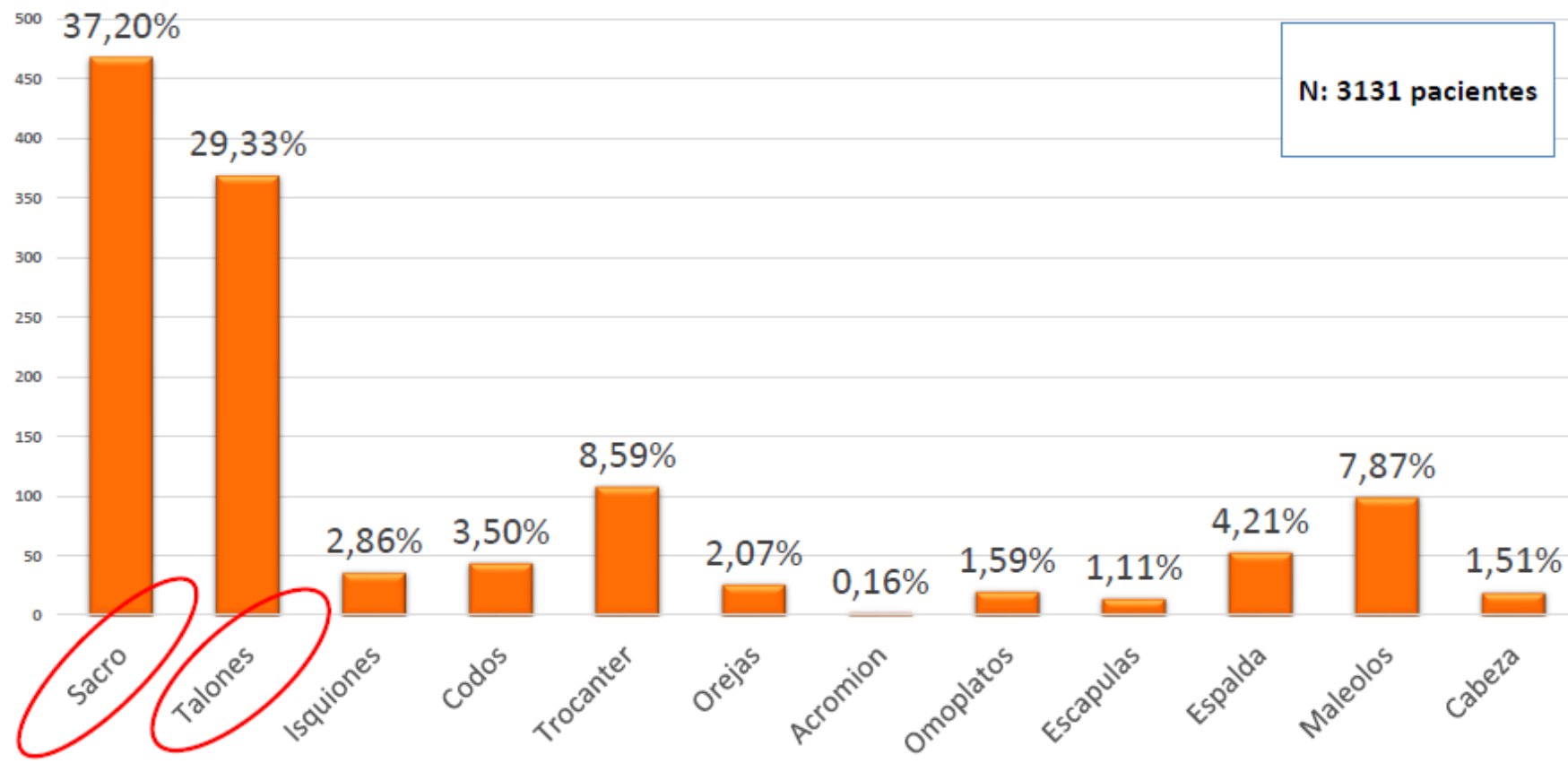


Prevalencia bruta

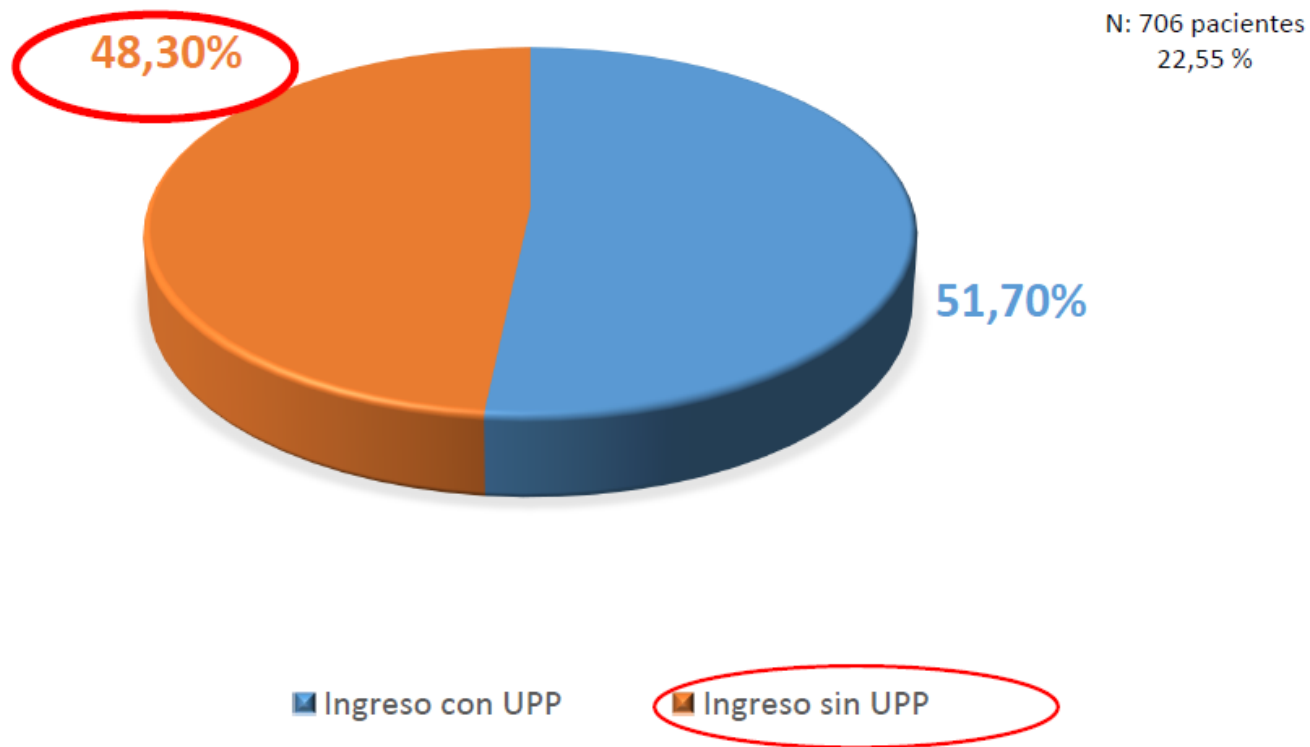
N: 3131 pacientes



Distribución de pacientes con UPP según la ubicación de la lesión



Prevalencia Institucional



En resumen...

- Prevalencia bruta de UPP en adultos de 22,5%
- El 57% tiene más de 60 años
- Localizaciones más frecuentes: sacro, talones y trocánteres
- 26% grados III y IV

**Primer estudio nacional de
prevalencia de úlceras por
presión en Argentina, 2018.
El primer paso para la maratón
nacional de UPP**

Comité de Expertos Enfermeros en Cuidados de UPP y Heridas de la Federación Argentina de Enfermería (CEECUPPYH-FAE)*

* Sandra Etchenique, Alberto Gugliara Canoe, Ángel Aznar, Hernán Lascano, Walter Arce, Leonardo Benavídez, Miguel Martínez y Lorena Juárez

UPP en residencias geriátricas

- 26% de las personas con úlceras por presión se encuentran institucionalizadas (Hall, 2014)
- Entre el 2% y hasta el 28% de los residentes en establecimientos geriátricos tienen UPP (Cuddigan, 2001; Smith 1995)
- Sólo el 35% de los adultos mayores serían tratados por personal entrenado (Park-Lee and Caffrey, 2009)



La carga económica del problema

El costo de todos eventos adversos asistenciales (OCDE, 2017)



- 14º causa de morbilidad a nivel global
- 15% de la actividad total de los hospitales y de su gasto
- Costo económico total de las fallas asistenciales en EE:UU: 1 trillón de dólares (2008)

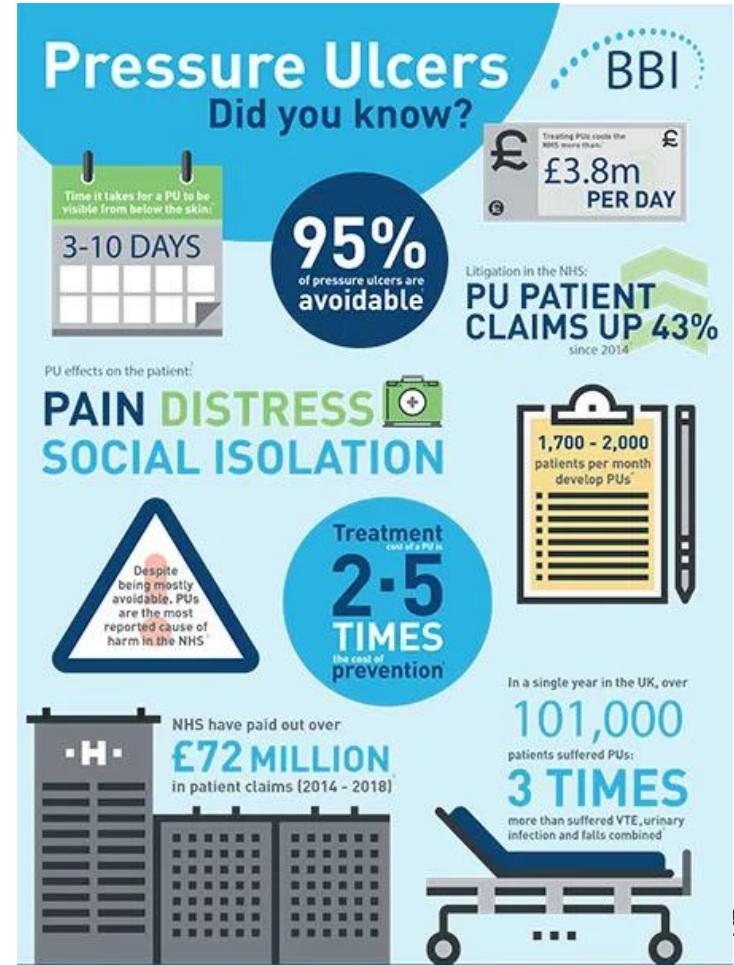
Carga económica de las UPP

■ Costos en Reino Unido:

- ✓ El costo de tratamiento de una UPP grado IV es de más de 14 mil libras (Dealey, 2012)
- ✓ Entre 4,5 y 5,1 billones de libras anuales (Clark, 2017)

■ Costos en EE.UU:

- ✓ El costo de tratamiento de una UPP grado IV en EE.UU sería de US\$ 129.000 (Brem, 2010)



El daño a los pacientes es una gran carga para la salud pública en todo el mundo

Tabla 3. Carga de enfermedad de 6 tipos de eventos adversos comparada con condiciones crónicas en Inglaterra

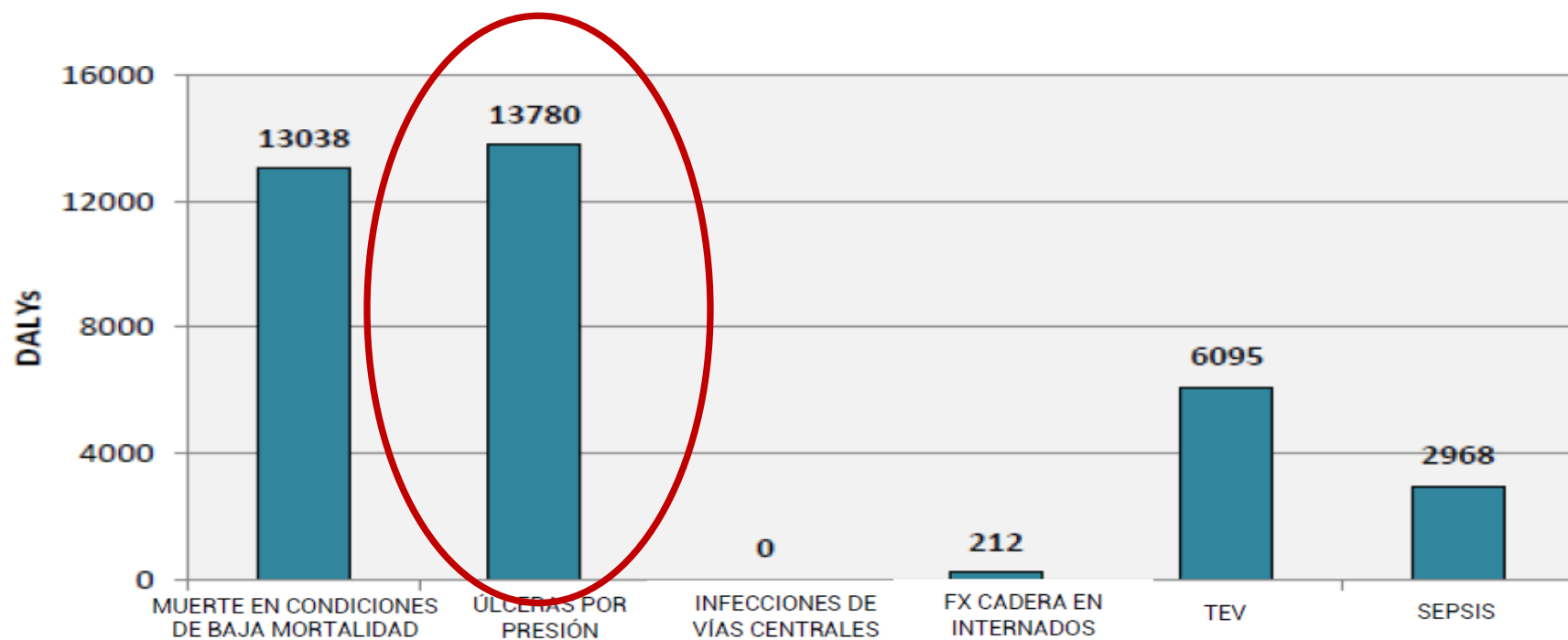
Enfermedad	Carga anual cada 100.000 hab.	Carga total anual en Inglaterra
Todos los eventos adversos	86 DALYs	41.491 DALYs
Esclerosis Múltiple	80 DALYs	42.400 DALYs
6 tipos de eventos adversos	68 DALYs	36.000 DALYs
HIV/SIDA y Tuberculosis	63 DALYs	33.400 DALYs
Cáncer cervical	58 DALYs	30.740 DALYs
Violencia interpersonal	57 DALYs	30.200 DALYs

(años de vida sana perdidos)

Fuente: Hauck et al (2017). IHME (2015)

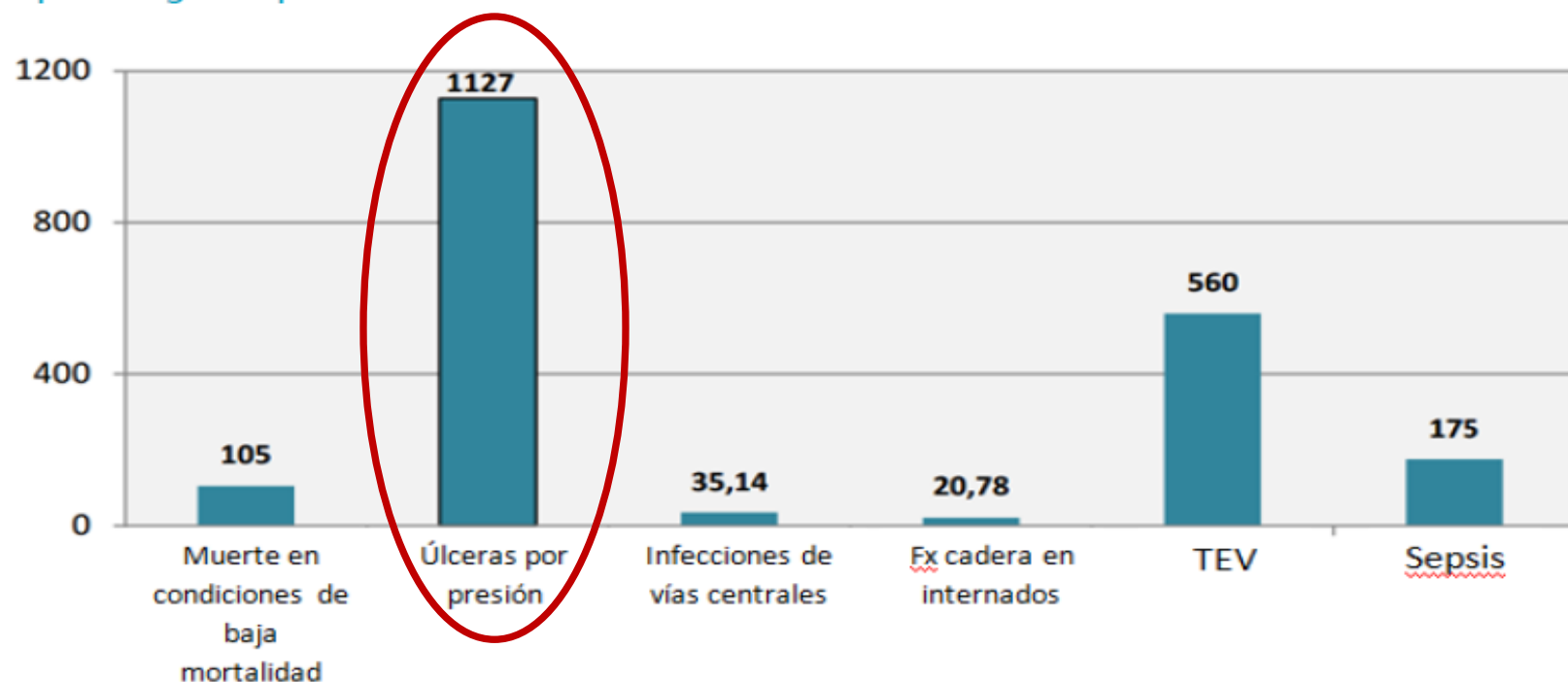
- 
- Sepsis
 - Úlceras por presión
 - Fx cadera en internación .
 - TEVs
 - Infecciones vías centrales
 - Muertes en condiciones de baja mortalidad.

Figura 3. Años de vida sana perdidos a causa de seis eventos adversos.
Totales anuales en toda Inglaterra



Fuente: Hauck et al (2017)

Figura 4. Días cama perdidos a causa de seis eventos adversos. Totales anuales para un hospital inglés típico



UPP: Costos de prevención vs. costos de tratamiento

Tabla 9. Los costos de prevención de las úlceras por presión son menores que los costos de su tratamiento

	Costos de la prevención (en millones de euros anuales nacionales)
En todos los niveles de atención	- 291,33 millones de euros
Atención hospitalaria	1,2 millones de euros (abordaje técnico) 79 millones de euros (abordaje humano)
Tercer nivel (crónicos)	- 16,27 millones de euros

Fuente: Bayoumi et al 2005



Los financiadores comienzan a no pagar a las instituciones por eventos adversos evitables

Castigos Financieros

Programa “Condiciones Adquiridas en el Hospital” (HAC`s)

Desde octubre de 2008. Medicare/Medicaid no paga más por el tratamiento de complicaciones que:

- a) Son de alto costo, alta frecuencia o ambos
- b) Derivan en pagos secundarios cuando el diagnóstico se presenta como secundario al diagnóstico de ingreso
- c) Podrían haber sido razonablemente prevenidas a través de la aplicación de guías basadas en la evidencia

Programa “Condiciones Adquiridas en el Hospital” por las cuales no se paga (HAC`s Medicare/Medicaid 2008)

1. **Embolias aéreas**
2. **Incompatibilidad transfusional**
3. **Cuerpos extraños retenidos en cirugías**
4. **Úlceras por presión (decúbito) en estadíos III y IV**
5. **Caidas y traumatismos**
 - Fracturas
 - Dislocaciones
 - Lesiones intracraneanas
 - Lesiones por aplastamiento
 - Quemaduras
 - Shock eléctrico
6. **Manifestaciones de un pobre control de la glucemia**
 - Cetoacidosis diabética
 - Coma hiperosmolar no cetónico
 - Coma hipoglucémico
 - Diabetes secundaria con cetoacidosis
 - Diabetes secundaria con hiperosmolaridad
7. **Infecciones urinarias asociadas a catéter**
8. **Infecciones vasculares asociadas a catéter**
9. **Infecciones de sitio quirúrgico luego de:**
 - Bypass coronario – Mediastinitis
 - Cirugía bariátrica
 - Bypass gástrico por laparoscopia
 - Gastroenterostomía
 - Cirugía gástrica restrictiva laparoscópica
 - Procedimientos ortopédicos
 - Incluyendo columna, cuello, hombro y codo
10. **Trombosis venosas profundas y Tromboembolismo Pulmonar luego de.**
 - Reemplazo total de rodillas
 - Reemplazo de cadera

Los esfuerzos nacionales para reducir el daño y mejorar la seguridad pueden llevar a ahorros considerables... Ej. Medicare

Reducción del 21% de las HAC's (Condiciones adquiridas en el hospital) entre 2010 y 2015 (3,1 millones menos de estas complicaciones)

- 125.000 muertes menos
- Ahorro acumulativo de US\$ 28 billones (1,3% del presupuesto del Medicare)

Figura 8. Descenso en las condiciones adquiridas en el Hospital (HACs), 2011-2015
(Total = 3.097.400)

Las intervenciones para prevenir úlceras por presión se encuentran dentro de las prácticas de seguridad más costo-efectivas

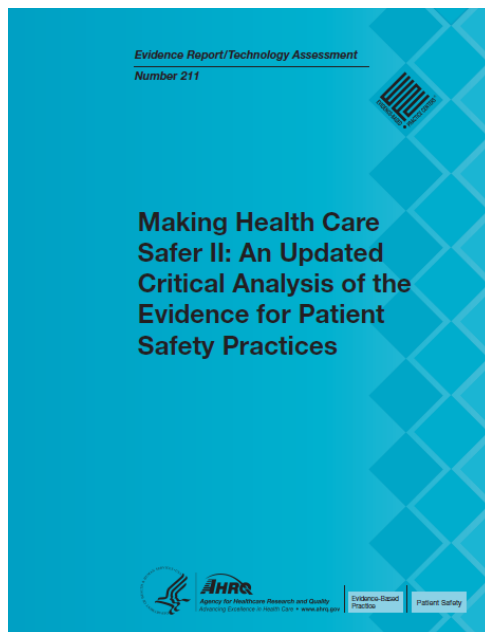


**Las prácticas para evitar esta
tragedia tienen alto consenso y
evidencia científica**

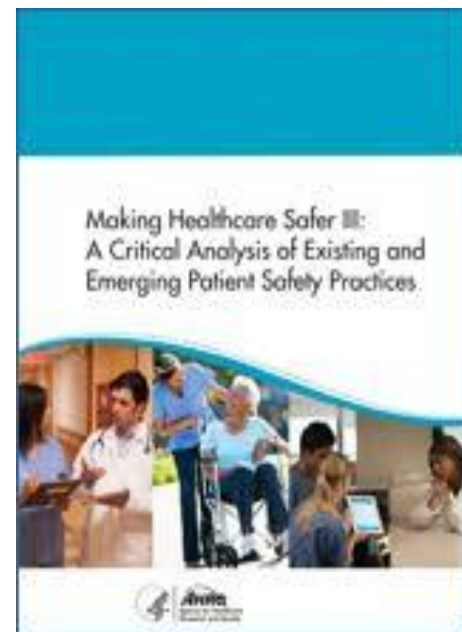
Lo que sabemos que funciona: evidencia científica



2001



2013



2020

Las 10 prácticas de seguridad con mayor evidencia científica

Annals of Internal Medicine

SUPPLEMENT

Las intervenciones para prevenir úlceras por presión tienen una alta evidencia científica

4. Bundle de neumonía asociada al respirador
5. Higiene de manos
6. Listado de abreviaturas peligrosas
7. Planes para prevenir úlceras por presión
8. Precauciones barrera IACS
9. Catéteres centrales bajo control ecográfico
10. Planes de prevención TVP y TEP



AHRQ

Agency for Healthcare Research and Quality
Advancing Evidence in Health Care • www.ahrq.gov

Evidence-Based

Practice

Patient Safety

2013

9 Intervenciones con las mejores calificaciones según su ratio impacto/costo promedio (Consenso de expertos)

Intervención	Ratio impacto/costo promedio
3.11. Protocolos prevención de tromboembolismos venosos (TEV's)	1,88
3.6 Protocolos de inserción de vías centrales	1,83
3.7 Protocolos de minimización de neumonías asociadas al respirador	1,80
3.5 Protocolos de uso e inserción de catéteres urinarios	1,77
3.10 Protocolos para la mediación peri-operatoria	1,73
3.8 Checklists para cirugías y procedimientos	1,72
3.18. Protocolos de identificación de pacientes y de procedimiento	1,67
3.13 Protocolos de prevención de úlceras por presión	1,67
3.17 Estandares de hidratación y nutrición del paciente	1,61

Fuente: OECD patient safety snapshot survey, 2017

**Ya sabemos muy bien lo que
tenemos que hacer...**

La prevención y el adecuado manejo de UPP son un estándar de acreditación de calidad



CAPÍTULO 1: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA **Estándar 2.2 g de Seguridad del Paciente** **Meta accesoria: «Prevenir las úlceras por presión y reducir su morbilidad»**

- Normas activas de prevención y tratamiento
- Personal profesional dedicado a su prevención y tratamiento
- Estadísticas de UPP

Áreas de prevención UPP

Valoración Integral Del paciente

- Valoración del riesgo
- Valoración de la piel

Control Factores Etiológicos

- Movilización
- Cambios posturales
- Utilización de Semp
- Protección local
- Humedad

Control Factores Coadyuvantes

- Manejo de la nutrición
- Cuidados de la piel en riesgo
- Mejora de la oxigenación tisular
- Iatrogenia

Valoración del riesgo y de la piel

Escala de valoración de riesgo de ÚLCERAS POR PRESIÓN		
BRADEN	EMINA	NORTON
6 ítems	5 ítems	5 ítems
PERCEPCIÓN SENSORIAL	ESTADO MENTAL	ESTADO MENTAL
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	HUMEDAD R/C INCONTINENCIA	INCONTINENCIA
ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD
MOVILIDAD	MOVILIDAD	MOVILIDAD
NUTRICIÓN	NUTRICIÓN	ESTADO FÍSICO GENERAL
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS		
+ PUNTOS - RIESGO	+ PUNTOS + RIESGO	+ PUNTOS - RIESGO
- PUNTOS + RIESGO	- PUNTOS - RIESGO	- PUNTOS + RIESGO

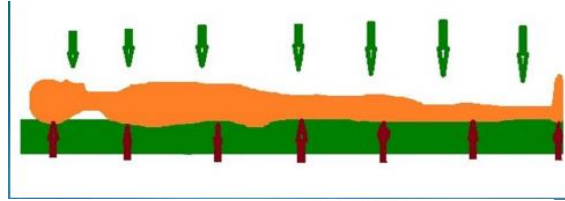
FUENTES:
Hoffmeyer, J. (2010). Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión. *Revista de enfermería*, 11(1), 1-10.
Barragán, C., & Cervera, C. (2017). La escala de Norton modificada por el INVALU y sus diferencias en la práctica clínica. *Geronomía*, 28(5), 194-199.



Control factores etiológicos: movilización y sempo



Movilización



Superficies estáticas



CuroCell S.A.M.® PRO CF16



Superficies dinámicas

Control factores etiológicos: protección local



Control factores etiológicos: humedad



¿Cuántos pañales «le pusiste» al último paciente que cambiaste para que no «moje la cama?»



Control de factores coadyuvantes: nutrición

Prevalencia de malnutrición-desnutrición

- Domicilios: 2 a 5%
- Geriátricos: >60%
- Hospitales: 40 a 70%



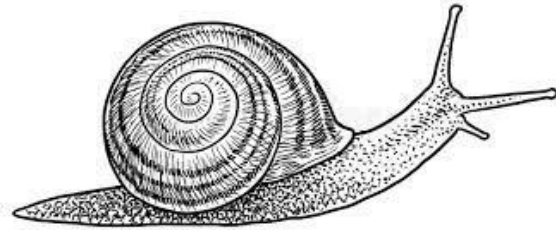
10 elementos para el abordaje de lesiones por presión bajo la óptica de seguridad del paciente

1. Cultura de seguridad que incluya las LPP
2. Enfermeras/os líderes en seguridad del paciente
3. Gestión de riesgo acerca de las UPP
4. Notificación y reporte de todas las LPP
5. Involucrar a pacientes, cuidadores, informales, comunidad y sociedad
6. Analizar las causas de los incidentes de LPP, aprender, generar y compartir conocimiento
7. Implementar de manera continua medidas para la mejora de la práctica segura
8. Disponer, analizar y utilizar datos sobre incidencia de LPP en tiempo real
9. Diagnóstico y tratamiento precoz de las LPP cuando no se hayan podido prevenir
10. Compartir experiencias de buena práctica y benchmarking



**La enorme brecha entre lo que
conocemos y lo que hacemos**

Pese a todo este conocimiento acumulado, el paso a la acción se demora y los progresos en seguridad son más lentos de lo deseado



La enorme brecha entre lo que se conoce y lo que se hace...

Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: análisis de la situación en Andalucía

¹Pedro Luis Pancorbo Hidalgo

²Francisco Pedro García Fernández

³Isabel María López Medina

⁴Jesús López Ortega

GEROKOMOS 2005; 16 (4): 219-228

- Sólo el 36% de las residencias geriátricas monitorea la prevalencia y/o incidencia de UPP
- Entre un 60% y un 72% de las residencias geriátricas dispone y utiliza protocolos de prevención y tratamiento de UPP
- Aproximadamente el 50% de las residencias utiliza escalas de valoración de riesgo de UPP
- El 82% de las residencias geriátricas dispone de sistemas de registro específico de cuidados de UPP

La enorme brecha entre lo que se conoce y lo que se hace...

Lo que menos se hace	Porcentaje
Educación a pacientes/familia en riesgo	1
Cuidados de la piel en incontinencia	10
Protección de prominencias óseas en cama	11
Revaloraciones periódicas del riesgo*	17
Protección de los talones en cama	17
SEMP (Superficies especiales manejo de presión) en cama o situación de riesgo) *	18
Protección ante fricción/cizalla	32
Soporte nutricional en nutrición comprometida*	37
Hidratación de la piel seca	40

Adherencia en residencias geriátricas estadounidenses a las recomendaciones de prevención propuestas por AHRQ (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud. Saliba, 2003)

La enorme brecha entre lo que se conoce y lo que se hace...

Lo que más se hace	
Inspección diaria de la piel *	94
Uso de absorbentes, cremas barrera en incontinencia	87
Ante ingesta inadecuada, mejora de la misma	86
Cambios posturales cada dos horas *	69
Valoración al ingreso *	61

Adherencia en residencias geriátricas estadounidenses a las recomendaciones de prevención propuestas por AHRQ (Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud. Saliba, 2003)

Obstáculos para el adecuado manejo de UPP

1. Dirección de las instituciones (gobernanza)
2. Costos económicos
3. Formación y entrenamiento del personal
4. Actitudes
5. Motivaciones-creencias
6. Implementación de los cuidados



Facilitadores para el adecuado manejo de UPP

1. Ambiente organizacional (compromiso dirección)
2. Foco en los potenciales adoptadores tempranos
3. Innovaciones basadas en la evidencia
4. Estrategias de transferencia de conocimientos y habilidades
5. Proceso de adopción
6. Evaluación y monitorización



Responsabilidad profesional, aspectos regulatorios y médico- legales

ERROR

Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de efectuar un plan incorrecto

MALA PRAXIS

Negligencia
Impericia
Imprudencia
Inobservancia deberes

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Hecho Generador
Daño
Relación de Causalidad
Factor de Atribución

**El 98% de las úlceras por
presión son evitables**



La negligencia se prueba por sí sola

Enfermería

Marco Legal en la Argentina

- Ley Nacional 24.004 (1991) su reglamentación 2.497 (1993)
- Ley 298 de CABA (1999)
- Ley 12.245 de la Provincia de Buenos Aires (1999)
- Ley 10780 de ejercicio de enfermería en Córdoba
- Otras leyes provinciales

Deficiencias Institucionales (Ley 24.004)

“**En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería** que trabaje en relación de dependencia **el daño** o perjuicio que pudieran provocar los accidentes o prestaciones **insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de los pacientes**, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos”

Art. 22 ley 24004

Causas de demandas en enfermería

- No haber advertido en tiempo y forma cambios serios en la condición del paciente (deterioro del sensorio, signos vitales anormales, etc)
- Habiendo advertido en tiempo y forma cambios serios, no actuó adecuadamente ni informó al médico.
- Errores de medicación (de vía de dosis, de paciente)
- Inadecuada utilización de aparatología médica
- Falla en la evaluación del riesgo de caídas de un paciente y pobre planificación
- Identificación incorrecta del enfermo

Causas de demandas en enfermería

- No haber advertido en tiempo y forma cambios serios en la condición del paciente (deterioro del sensorio, signos vitales anormales, etc)
- Complicaciones de vías intravenosas (flebitis, infiltraciones, daños por extravasación)
- Daño a nervios en vías intramusculares (ej: ciático)
- Inadecuado manejo de úlceras por decúbito
- Falta de supervisión del personal auxiliar
- Quemaduras

La principal causa de las demandas por mala praxis
son los cortocircuitos en la comunicación

El principal problema de la defensa es la inadecuada
documentación



Comunicación con pacientes y cuidadores

Rol de enfermería en la prevención de demandas



Relación y comunicación con el paciente y su familia

- Manejo de expectativas
- Capacitación a pacientes y familiares (seguridad)
- Coordinación de la atención
- Doble control. Rechequeo de información
- Manejo de quejas



Relación y comunicación con los médicos y resto del equipo de salud

- Tolerancia 0 a conductas disruptivas (institucional)
- Cadena de mandos
- Comunicación efectiva (ISBAR, I-Pass ERC, etc)
- Empoderamiento

Medicina participativa



Pacientes, familias, asociaciones que los representan y profesionales de la salud trabajando en **sociedades activas a distintos niveles del sistema de salud** (atención directa, diseño organizacional, gobierno y diseño de políticas) para mejorar la salud y la atención médica

¿Por qué incorporar a los pacientes y sus familias en las iniciativas de calidad y seguridad?

- Porque conocen mejor que nadie sus síntomas y respuestas a tratamientos
- Porque dedican más tiempo que nadie a su propio bienestar y buena evolución
- Porque están siempre «presentes»
- Porque a menudo perciben deficiencias que pasan desapercibidas para los profesionales
- Porque su coraje y resiliencia puede inspirar y energizar al equipo de salud

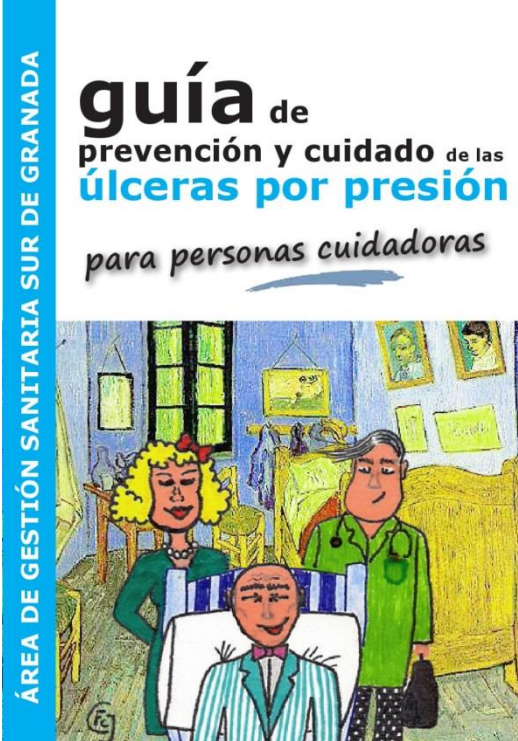
Los pacientes están «activados» cuando...

- Tienen capacidad de auto-controlar sus enfermedades y problemas de salud.
- Tienen capacidad para participar en actividades que mantengan su funcionalidad y reduzcan el deterioro de su salud
- Tienen capacidad para participar de las distintas opciones de diagnóstico y tratamiento
- Tienen capacidad para seleccionar prestadores y organizaciones en base a su desempeño o calidad
- Tienen capacidad para navegar por el sistema de salud

Prácticas que promueven la participación de los pacientes y de sus familias (en internación de agudos)

- Compartir la historia clínica
- Cambio de turno al lado de la cama
- Permitirles estar presentes durante las reuniones con el equipo médico
- Programas de «socio cuidador» o «aliados en el cuidado»

La capacitación del cuidador es clave...



**GUÍA DE PREVENCIÓN Y
CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR
PRESIÓN
PARA PERSONAS CUIDADORAS**



Capacitar a pacientes y familiares

Orientar al familiar sobre posibles formas en las que puede participar en el cuidado del cuerpo, de la mente y/o del espíritu del paciente

Actividades para que su ser querido esté más cómodo

- Asistir con el cambio de ropa de cama
- Ajustar el entorno para brindarle mayor comodidad (ej: regulando la temperatura ambiente, obtener mantas extra, cerrar cortinas, etc)
- Asistir con el posicionamiento

Actividades para cuidar de su ser querido

- Asistir con curaciones simples
- Tomar la temperatura
- Monitorear alimentación por sonda
- Enjuagar catéter
- Monitorear líquidos anotando ingresos/egresos

Documentación

Escala PUSH para seguimiento de úlceras por presión

(Pressure Ulcer Scale for Healing)

Paso 1: Medir longitud mayor x anchura mayor en cm² (de 0 a 10 puntos)

(1= <0,3 cm² a 10=>24 cm²)

Paso 2: Estimar la cantidad de exudado (de 0 a 3 puntos)

(0= nada a 3= abundante))

Paso 3: Identificar el tipo de tejido presente en el lecho de la úlcera (de 0 a 4 puntos)

(1= Piel cerrada a 4= Tejido necrótico)

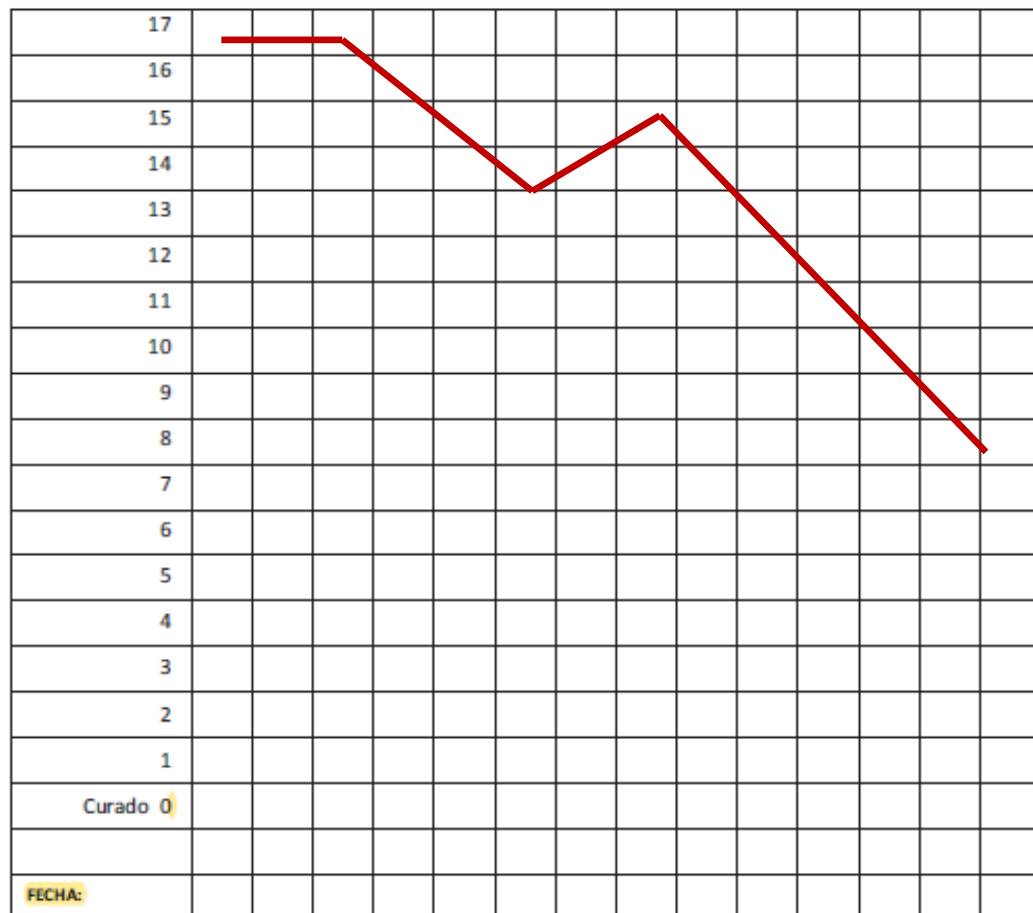
EVOLUCIÓN DE LA ÚLCERA

Monitorizar la evolución de la úlcera según la escala PUSH. Esta escala permite documentar la cicatrización de la úlcera. Se registrará en el registro de "Evolución de Enfermería"

							Día:
Longitud x Anchura	0 0 cm ²	1 <0.3 cm ²	2 0.3 - 0.6 cm ²	3 0.7 - 1 cm ²	4 1.1 - 2.0 cm ²	5 2.1 - 3.0 cm ²	Valor:
	6 3.1 - 4.0 cm ²	7 4.1 - 8.0 cm ²	8 8.1 - 12.0 cm ²	9 12.1 - 24 cm ²	10 > 24 cm ²	Subtotal:	
Cantidad de exudado	0	1	2	3			
	Ninguno	Ligero	Moderado	Abundante		Subtotal:	
Tipo de Tejido	0	1	2	3	4		
	Cerrado	Tejido Epitelial	Tejido de Granulación	Esfacelos	Tejido Necrótico	Subtotal:	
						Puntuación total	

Score PUSH Total

ÚLCERAS POR PRESIÓN - GRAFICO DE SEGUIMIENTO



GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
SHUKURIA
GOZAIMASHITA
EFCHARISTO
JUSPAXAR
DANKSCHEEN
TASHAKKUR ATU
YAQHANYELAY
SUKSAMA
EKHMET
GRASIE
MEHRBANI
KOMAP-SUMNIDA
MAKKE
GALEJNO
ROVLA
FAKAKE
TINGKI
BIYAN
SHUKRIA
THANK
YOU
BOLZIN
MERCI

Fablán Vítolo

NOBLE Compañía de Seguros

fabian.vitolo@nobleseguros.com

