

## Prevención de las úlceras por presión

**Autores:** Pérez Pérez, Ana (Graduada en Enfermería); Rodríguez Arias, Susana (Graduada en Enfermería); Perez Perez, Raquel (Graduado en enfermería); Iglesias Arias, Marta (Graduada en Enfermería); Blanco Alonso, Eleazar (Graduado en Enfermería, Enfermero del SESPA).

**Público:** Personal de enfermería. **Materia:** Tratamiento heridas crónicas. **Idioma:** Español.

**Título:** Prevención de las úlceras por presión.

### Resumen

Las úlceras por presión son lesiones de la piel producidas por fuerzas de presión, cizalla o rozamiento, generalmente en los lugares anatómicos donde las prominencias óseas se encuentran más expuestas. En función de su extensión, grosor y características del lecho se clasifican en estadio I, II, III o IV. Las principales maneras para evitar las UPP es evitar los principales factores de riesgo que las causan, como la presión, humedad, mal estado nutricional, deshidratación,... y mediante la educación.

**Palabras clave:** "Prevención upp", "Prevención úlceras por presión", "Prevención úlceras decubito".

**Title:** Prevention pressure ulcers.

### Abstract

Pressure ulcers are skin lesions caused by forces of pressure, shear or friction, usually in anatomical places where bone prominences are more exposed. Depending on the extension, thickness and characteristics of the bed, they are classified as stage I, II, III or IV. The main ways to avoid UPPs is to avoid the main risk factors that cause them, such as pressure, humidity, poor nutritional status, dehydration,... and through education.

**Keywords:** "prevention upp", "prevention pressure ulcers", "prevention ulcers by decubitus".

Recibido 2017-11-24; Aceptado 2017-12-11; Publicado 2017-12-25; Código PD: 090105

### ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Según la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) las úlceras por presión son "lesiones localizadas en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general en una prominencia ósea, como resultado de una presión o presión en combinación con cizallamiento. Un número de factores contribuyentes o factores de confusión también se asocian con las úlceras por presión." La importancia de dichos factores aún no está clara.<sup>1</sup>

Las úlceras por presión son lesiones de la piel que se producen como consecuencia de la aplicación de la presión durante un tiempo excesivo sobre una zona en concreto en la que se produce isquemia e incluso necrosis y pérdida de la continuidad del tejido<sup>2</sup>. Normalmente, las zonas donde se forman las úlceras por presión es en aquellas zonas donde el hueso está más próximo a la piel. Estas zonas son tobillos, talones, caderas, escapulas, codos, coxis,... Son más frecuentes en aquellos pacientes que no se pueden movilizar por sí mismos, permanecen encamados o en silla de ruedas o no pueden cambiar de posición por prescripción médica o por condiciones físicas/mentales del paciente.<sup>3</sup>

Existen una serie de factores que predisponen la formación de úlceras por presión y que en su mayoría pueden ser prevenidos por el entorno del paciente.

El personal de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares de enfermería, es una parte muy importante en la prevención y el tratamiento de estas lesiones cutáneas. El personal de la enfermería es quien se encarga de la movilización de los pacientes que se encuentran ingresados en el hospital, además de ser quienes se encargan de la ropa de cama, la observación del estado de la piel, la higiene,... En los casos donde los pacientes residen en sus domicilios, serían las enfermeras quienes realizan visitas periódicas al domicilio para comprobar la integridad cutánea de los pacientes y dan indicaciones a los cuidadores de las acciones a realizar para evitar las úlceras por presión<sup>2</sup>.

La NPUAP ha establecido una clasificación internacional para determinar en qué punto se encuentran las UPP para así establecer el tratamiento adecuado o la mejor manera de prevenirlas. Esta clasificación está formada por 4 categorías o estadios:

<b><u>Estadio I: Eritema no blanqueante.</u></b>	Afecta exclusivamente a la piel, encontrándose la piel íntegra pero con alguna alteración como eritema a la presión. La zona presenta un eritema que no cede al eliminar la presión.
<b><u>Estadio II: Úlcera de espesor parcial.</u></b>	Pérdida parcial del grosor de la piel. Puede presentar tejido blanco o amarillento, con base rosada. Los bordes están delimitados, y la zona presenta calor, eritema e induración. Pueden aparecer flictenas o vesículas. El lecho de la herida no presenta esfacelo.
<b><u>Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel.</u></b>	Existe una pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo. En este estadio aparece la escara. Puede aparecer esfacelo y no se encuentran expuestas estructuras más internas como tendones, huesos o músculos.
<b><u>Estadio IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.</u></b>	Pérdida completa del grosor de la piel, con una extensión grande, necrosis y lesión en músculo, hueso, tendones y/o capsula articular. Pueden presentarse tuberizaciones o trayectos sinuosos.

*Tabla 2: Clasificación UPP.*

Existen otras dos clasificaciones que incluirían en el estadio IV y que sería “no clasificable” (se desconoce la profundidad debido a la presencia de esfacelos o escaras que imposibilitan dicha determinación) y “herida del tejido profundo” (zona donde no hay pérdida de la continuidad de la piel y se presenta una ampolla llena de sangre o una zona con la piel de color marrón/purpura).<sup>4,5</sup>

Existen una serie de factores de riesgo que predisponen a su formación. Dos de los factores claves en su desarrollo son la presión/fricción/cizalla y la disminución de la resistencia de los tejidos a estas fuerzas. Los factores de riesgo se clasifican en intrínsecos y extrínsecos.<sup>6</sup>

Los factores de riesgo intrínsecos son aquellos que están relacionados con la condición física del paciente. Los factores extrínsecos están relacionados con el entorno y son fácilmente corregibles por los cuidadores del paciente con unas buenas indicaciones.<sup>6</sup>

Dentro de los factores intrínsecos encontramos:

- Alteración de la oxigenación de los tejidos: algunas de las causas son hipotensión, hipoxemia, anemia, hipoventilación e insuficiencia cardíaca.
- Discapacidad sensorial: por ACV, coma, lesiones medulares, anestesia,...
- Edad, cambios propios del final de la vida, fracaso de la función de la piel, IMC,...

Entre los factores extrínsecos están:

- La inmovilidad.
- Elevación del cabecero de la cama.
- Posición de decúbito prono.
- Nutrición.
- Estancia hospitalaria.
- Hábito tabáquico.
- Dispositivos con fines diagnósticos y terapéuticos.

## PREVENCIÓN

La prevención consiste en evitar la aparición de riesgos para la salud, en nuestro caso, UPP. Para ello debemos actuar incluso antes de que el problema aparezca, y disminuyendo sus efectos. Según la OMS la prevención tiene 3 niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. Cada nivel tiene unas técnicas y objetivos diferentes dependiendo del estado del paciente.<sup>7</sup>

- **Prevención primaria:** Su principal objetivo es evitar la adquisición de la enfermedad. Para ello se deben eliminar los factores de riesgo que causan las lesiones antes de que hagan efecto y/o aumentar la protección. Para ello se requieren dos intervenciones: promoción y protección de la salud. La promoción de la salud va dirigida a las personas y consiste en acciones para el fomento y la defensa de la salud. La protección de la salud se realiza sobre el medio ambiente.
- **Prevención secundaria:** se basa en detectar la enfermedad en estadios precoces y establecer medidas que impidan su avance. El diagnóstico temprano es fundamental para atajar el problema lo antes posible.
- **Prevención terciaria:** incluye aquellas medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación para ralentizar el avance y mejorar la calidad de vida del paciente.

La prevención también puede clasificarse en inespecífica y específica<sup>7</sup>:

- **Inespecífica:** se aplica a nivel global de forma general, como pueden ser las campañas contra el tabaco o el sedentarismo.
- **Específicas:** se aplican en un problema en concreto sobre los factores que lo generan. Comienza con la educación primaria.

## PROTOCOLO PREVENCIÓN UPP.

A la hora de prevenir las UPP es muy importante disponer de protocolos estandarizados para atajar este problema. La gran mayoría de estas lesiones son previsibles, si disponemos de protocolos para evitar las podemos llegar a reducir de manera importante la incidencia de las UPP.

La existencia de estos protocolos facilitan los cuidados de los pacientes propensos a sufrir UPP tanto en el hospital como en su domicilio. Además, es sabido que económicamente se reduce el gasto de manera significativa usando protocolos que nos indiquen que apósito debemos usar, en que superficies es preferible colocar al paciente, que productos se deben usar...

Otro punto a tener en cuenta y que es de gran importancia es la formación de los profesionales, el estudio continuo de nuevas técnicas y medidas a adoptar para mejorar y progresar en el cuidado y prevención de las úlceras por presión.

## VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE.

Lo primero que debemos hacer como personal sanitario, ante un paciente que acude a nuestra consulta o ingresa en el hospital, es realizarle una valoración integral. La valoración integral es el punto más importante para comenzar con los cuidados de prevención y tratamiento de las UPP. Debe realizarse lo antes posible, en esta primera toma de contacto tendremos una visión general de la dependencia del paciente y el estado en que se encuentra la úlcera si la tuviese. Para realizar una correcta valoración integral deben seguirse unos pasos. Lo principal será evaluar el riesgo de padecer una UPP para actuar en consecuencia; debemos valorar la piel periódicamente para reevaluar esta condición.

Evaluación del riesgo.

Mediante la evaluación del riesgo determinamos en qué punto nos encontramos y las medidas de prevención, y tratamiento si fuese preciso, que son más recomendables aplicar.

Existen diferentes métodos para evaluar el riesgo. Antiguamente se usaban distintos esquemas de puntuación preestablecidos, en los que a partir de la puntuación obtenida se establece un nivel de riesgo u otro. Esto hacía que no fuese un método muy fiable puesto que dependiendo del factor de riesgo que eligiésemos para la evaluación, obtendríamos un valor u otro. Para solucionar esto se crearon escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión validadas (Anexos1, 2, 3). La valoración a través de estas escalas se realiza en la primera visita al paciente, junto con la

valoración integral. La valoración a través de estas escalas debe realizarse periódicamente puesto que las condiciones de los pacientes cambian constantemente lo que puede hacer que los factores internos y externos predisponentes para que se produzca una UPP mejoren o empeoren.<sup>8</sup>

Las principales escalas de valoración del riesgo de UPP son la escala de Braden, Norton, Emina y Nova 5.

- Escala de Braden: Valora el roce y cizallamiento, nutrición, actividad, movilidad, humedad y percepción sensorial. La puntuación mínima sería un 6 y la máxima un 23. A partir de 18 se considera riesgo bajo y por debajo de 16 riesgo alto. Es la escala más utilizada y la que más ítems valora.
- Escala de Norton: esta escala mide el estado físico general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Tiene una puntuación mínima de 5 y máxima de 14, siendo 14 el menor riesgo y 5 el máximo.
- Escala Emina: Mide el estado mental, la movilidad, la humedad/incontinencia, nutrición y actividad. Un resultado de 0 sería el caso de un paciente sin riesgo y un resultado de entre 8-15 de riesgo alto.
- Escala Nova 5: esta escala valora el estado el paciente en 5 aspectos (estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición ingesta y actividad). En función de la puntuación total obtenida determinaremos si el riesgo es bajo, medio, alto o si no hay riesgo.

Como vemos las 4 escalas siguen más o menos los mismos criterios para valorar el riesgo de úlceras por presión. Deben reevaluarse cada un máximo de 7 días, en caso de apreciar cambios significativos deberá reevaluarse antes.<sup>2,9</sup>

Valoración de la piel.

La valoración de la piel debe hacerse periódicamente. La frecuencia vendrá determinada por el riesgo de UPP, el tipo de piel, las condiciones del paciente,... Dependiendo de donde se encuentre el paciente encontraremos un protocolo que nos indique las pautas que debemos seguir para la valoración de la piel. En este ámbito es muy importante que el personal que realice la valoración este correctamente formado. Las principales áreas de interés en las que debemos fijarnos son aquellas donde las prominencias Óseas están muy próximas a la piel (coxis, talones, escapulas, codos,...), Aquellas zonas con humedad constante (principalmente por incontinencia, pero también por sudoración), zonas donde se ejerza fuerza de cizallamiento o fricción, zonas con dispositivos especiales y aquellas zonas donde ya estén presentes alteraciones en la piel.

Debemos tener en cuenta, aparte de síntomas visuales como enrojecimiento que no cede aliviando la presión, aquellos síntomas que nos verbaliza el paciente (dolor, temperatura, edema,...)<sup>10</sup>

## FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo relacionados con la presión.

Según la GNEAUPP existen 4 formas de manejar la presión causante de estas lesiones. Estas son movilizaciones, cambios posturales, superficies especiales y protección local.<sup>11</sup>

- Movilización: se realiza con el objetivo de mantener la actividad y deambulación. Siempre que el paciente pueda moverse por sí mismo se le incitara a ello. En caso de que exista la posibilidad de mejorar la movilidad se recurrirá a la rehabilitación y la posible fisioterapia.
- Cambios posturales: permiten disminuir la presión y la duración de la misma sobre una zona. Una presión elevada sobre una superficie donde la prominencia ósea este más superficial ejercida durante un breve periodo de tiempo es igual de dañina que una presión baja durante un largo periodo de tiempo. Por ello, para reducir la probabilidad de desarrollar UPP se aplican cambios posturales que disminuyan el tiempo de presión y la cantidad de la misma. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos los cambios posturales son insuficientes puesto que su efectividad se ve condicionada por la dificultad para hacerlos periódicamente, las posiciones iatrogénicas, su realización de forma inadecuada o la imposibilidad de realizarlos por otras patologías que lo impiden.

Para realizar cambios posturales se debe tener en cuenta 3 aspectos:

- Acatar las recomendaciones de manejo de pesos y cargas de salud laboral.
- Alinear el cuerpo distribuyendo correctamente el peso y equilibrio del paciente.

- Limitar al menor tiempo posible el contacto entre prominencias Oseas.

Se recomienda alternar decúbito lateral derecho, supino (semi-Fowler 30º) y lateral izquierdo. A la hora de movilizarse debe evitarse la fricción y cizalla. Para garantizarlo usaremos una entremetida, elevaremos la cabecera, en las posiciones laterales no pasaremos de los 30º. En caso de que fuese necesario estar al paciente en la cama evitaremos que tenga los hombros caídos y que se deslice.<sup>11</sup>

La frecuencia con la que se deben realizar los cambios postura les viene delimitada por el individuo y su situación así como por las superficies de apoyo que este utilizando.<sup>11</sup>

- Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): Estas superficies o dispositivos están hechos para redistribuir la presión. Las superficies pueden ser estáticas (aumentan el área de contacto con la persona como las espumas especiales, silicona en gel, visco elásticos...) o dinámicas (permiten variar el nivel de presión en las zonas de apoyo).

Dependiendo del riesgo de cada persona se aplicaran unas SEMP u otras. En personas con bajo riesgo se utilizaran superficies estáticas, en personas con riesgo alto o medio superficies dinámicas. El uso de SEMP no exime de la revisión periódica de la piel para comprobar su estado, y así garantizar que está siendo útil y que funciona bien.<sup>11,12</sup>

- Protección local ante la presión: los más usados son los apósitos, los ácidos grasos hiperoxigenados y los apósitos de espumas de poliuretano.<sup>11</sup>

Existen otros FR que están relacionados con la presión pero de un modo más indirecto. Estos factores de riesgo, más generales, tienen relación directa con la formación de UPP y es prevenirlos o evitarlos está en la mano del personal de enfermería o los cuidadores del paciente. Estos factores son la limpieza, hidratación y humedad. Es muy frecuente que haya un contacto directo entre la piel y los fluidos corporales (orina, sudor, heces,...) y está en nuestra mano limitar esta exposición y prevenirla en la medida de lo posible.<sup>11,13</sup>

Lo ideal sería que la piel no estuviese expuesta a la humedad, para ello debemos promover medidas de protección mediante el uso de absorbentes y elementos de barrera para evitar que la piel se irrite por la maceración que causa la humedad durante un tiempo excesivo.<sup>11</sup>

Si no fuese posible evitar la exposición, la limpieza es lo primero que debemos realizar en caso de exposición a fluidos corporales. Debe realizarse con productos que tengan un pH entre 5 y 5.9 para que sean beneficiosos para la piel. Muchos de ellos ya están diseñados para que el secado no sea necesario.

La hidratación es otro de factor que debemos promover y que es muy importante para la piel por favorecer la elasticidad de la misma. Las cremas y lociones hidratantes deben aplicarse en dosis pequeñas, sin masajear hasta que se absorban por completo.<sup>11,13</sup>

Factores de riesgo coadyuvantes.

Los factores coadyuvantes son aquellos propios del paciente como el estado de la piel o el estado nutricional. Estos factores sí que son causantes de úlceras por presión, pero no por sí mismo. Estos factores necesitan estar asociados a otros de los expuestos en el apartado anterior para que se ocasionen una UPP.

- Nutrición e hidratación: cuanta mejor sea la nutrición, mejor será la cicatrización de la herida. La disminución de la grasa a causa de mal nutrición provoca una mayor exposición del hueso lo que favorece la formación de UPP. Una nutrición adecuada es muy importante para evitar que se formen este tipo de úlcera. La forma en la que se administren los alimentos puede ser oral, enteral o parenteral dependiendo de las necesidades de cada paciente. En aquellos casos en los que la ingesta es enteral o parenteral, o VO pero insuficiente, sería aconsejable acompañarla de batidos proteicos. La hidratación también es importante, y por ello la ingesta de agua es imprescindible. El volumen total de ingesta líquida puede variar en función de factores como la edad, el estado de salud o factores que favorezcan la deshidratación.<sup>14</sup>
- Piel de riesgo: Las pieles de riesgo son aquellas que tienen más facilidades para producir una UPP o retrasar su curación. En estas pieles debemos extremar los cuidados. Es recomendable el uso de jabones con pH que no dañe la piel (pH neutro) y evitar soluciones alcohólicas y colonias para no reseca la piel.<sup>14</sup>

- Agresiones externas: Se pueden distinguir dos tipos de agresiones externas; aquellas relacionadas con la enfermedad y aquellas relacionadas con el tratamiento. El uso de flotadores o materiales que no favorezcan la evolución de las UPP deben ser eliminados. Entre ellas encontramos flotadores para repartir la presión, materiales sin evidencia, masajes con soluciones alcohólicas o apósitos con adhesivos fuertes que causen más daños que beneficios al usarlos.

## ANEXOS

### Anexo 1: Escala de valoración de riesgo de UPP Norton.

ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINANDO	4. TOTAL	4. NINGUNA
3. DEBIL	3. APÁTICO	3 CON AYUDA	3. DISMINUIDA	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. SENTADO	2. MUY LIMITADA	2. URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMOVIL	1. DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 12 o menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación

Índice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

### Anexo 2: Escala de valoración de riesgo de UPP Braden.

Nutrición	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Puntos
No ingesta	Comatoso	No deambula	Inmóvil	Urinaria y fecal	3
Incompleta	Letárgico o hipercinético	Siempre precisa ayuda	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	2
Ocasionalmente incompleta	Desorientado o apático o pasivo	Deambula con ayuda	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	1
Correcta	Orientado	Deambula	Completa	No	0

- La clasificación de riesgo sería:
  - Puntuación de 8 a 15: Paciente de alto riesgo
  - Puntuación de 4 a 7: Paciente de riesgo medio o evidente
  - Puntuación de 1 a 3: Paciente de riesgo bajo
  - Puntuación de 0: Paciente sin riesgo



Anexo 3: Escala de Valoración de riesgo de UPP Emina.

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 – 18 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 o 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.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	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 levantarlo/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.	

## Bibliografía

- GNEAUPP (Internet). Logroño; 2014. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. EPUAP-NPUAP-PPPIA (citado 3 sep 2017). Disponible en: <http://gneaupp.info/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-guia-de-consulta-rapida-epuap-npuap-ppia/>
- Molina E. Úlceras por presión, actualización y puesta al día. 3ª ed. Epidemiología clínica. 4ª ed. Jaén: Formacion Alcalá; 2017.
- MedlinePlus (Internet). Rockville; 2017. Úlceras por presión (citado 3 sep 2017). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- GNEAUPP (Internet). 2014. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida (citado 3 sep 2017). Disponible en: [http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2016/10/GuiXXaXMundial\\_esp.pdf](http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2016/10/GuiXXaXMundial_esp.pdf)
- García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú-Soriano, J; López-casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2014.
- Joaquin Salvador Lima Rodríguez, Marta Lima Serrano. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario virgen del rocío (internet). Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016 (citado 5 sep 2017). Disponible en: <http://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2017/04/TesisXMXXXIsabelXGonzXXlezXMXXndez.pdf>
- Colegio universitario de enfermería (Internet). (Internet). 2015. Niveles de prevención (citado 6 sep 2017). Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria5b.blogspot.com.es/2015/05/niveles-de-prevencion.html>
- García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Soldevilla Agreda JJ. Predictive Capacity of Risk Assessment Scales and Clinical Judgment for Pressure Ulcers: A Meta-analysis. *J WoundOstomyContinenceNurs.* 2014 Nov 25;41(1):24-34. PubMed PMID: 24280770.
- M. Lima-Serrano, M. I. Gonzalez-Mendez et al Validez predictiva y fiabilidad de la escala de Braden para valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos (Internet). Elsevier. 2014 (citado 7 sep 2017). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021056911730030X>
- García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López Casanova P, Rodríguez Palma M. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014
- GNEAUPP (Internet). Madrid; 2015 Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas (citado 7 sep 2017). Disponible en: <http://gneaupp.info/guia-para-la-prevencion-y-manejo-de-las-upp-y-heridas-cronicas/>
- Repositorio abierto universidad de Cantabria (Internet). Cantabria; 2014. Cambios posturales y superficies especiales en la prevención de úlceras por presión (citado 15 sep 2017). Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5094?locale-attribute=es>
- Torra i Bou JE, Rodríguez Palma M, Soldevilla Agreda JJ, García Fernández FP, Sarabia R, Zabala Blanco J, et al. Redefinición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *Gerokomos.* 2013;24(2):90-4.
- Little MO. Nutrition and skin ulcers. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care.* 2013 Jan;16(1):39-49. PubMed PMID: 23222706.