




CAPÍTULO VII



Procedimientos relacionados con la seguridad

7.1. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

• **Definición:**

Conjunto de actividades que planifica la enfermera para pacientes con riesgo de lesiones por caídas.

• **Objetivos:**

- Prevenir las caídas del paciente hospitalizado.
- Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
- Educar al paciente y la familia en las medidas de prevención de caídas.

• **Pacientes de riesgo:**

Se considera anciano de alto riesgo de caídas a las personas mayores de 75 años, o de 70-74 años con uno o más de los siguientes factores: alteración cognitiva, alteración del equilibrio, de la marcha, debilidad muscular, uso de medicamentos psicotropos o cardiológicos (benzodiazepinas, antihipertensivos, etc.) y uso de 4 o más medicamentos.

• **Equipo:**

- Cama.
- Barras.
- Andadores, muletas, bastones, etc.
- Tijeras.

• **Material:**

- Sujeciones mecánicas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de caída (a través de la escala de Downton): si el paciente utiliza correctamente los dispositivos de ayuda, si se han colocado barreras para prevenir las caídas, la altura de la cama si es adecuada, si el paciente está inquieto o agitado, si toma medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Mantener barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté Presente, si procede.
- Enseñar en la utilización de calzado adecuado y correctamente ajustado, durante su estancia hospitalaria.

- Identificar las características del ambiente (iluminación, tipo de suelo, etc.) que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Retirar de la habitación del paciente el material que pueda provocar caídas.
- Vigilar la deambulación del paciente y ayudar en la misma al paciente inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda a la deambulación para conseguir una movilidad estable (bastón, muletas, andador, etc.)
- Comprobar que la cama esté frenada.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si precisa.
- Utilizar las barandillas de la cama, si precisa.
- Mantener medidas de contención, si precisa, como última medida.
- Mantener una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Enseñar al paciente a incorporarse de forma progresiva y lenta de la cama.
- Evaluar de forma continua la seguridad del paciente. En caso de caída:
 - Trasladar al paciente a la cama.
 - Solicitar ayuda si es necesario.
 - Tranquilizar al paciente y familia tras la caída.
 - Valorar la existencia de lesiones, y en caso de existir avisar al médico.
 - Vigilar el nivel de conciencia.
 - Administrar los cuidados necesarios en relación a la lesión provocada.
 - Detectar la causa de la caída.
 - Planificar los cuidados necesarios para evitar otra caída.
 - Registrar en la documentación de enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados llevados a cabo.
- Registrar las medidas tomadas en la documentación de enfermería.

• **Observaciones:**

En la prevención de caídas es fundamental la identificación del paciente de riesgo, así como conocer las causas que las provocan.

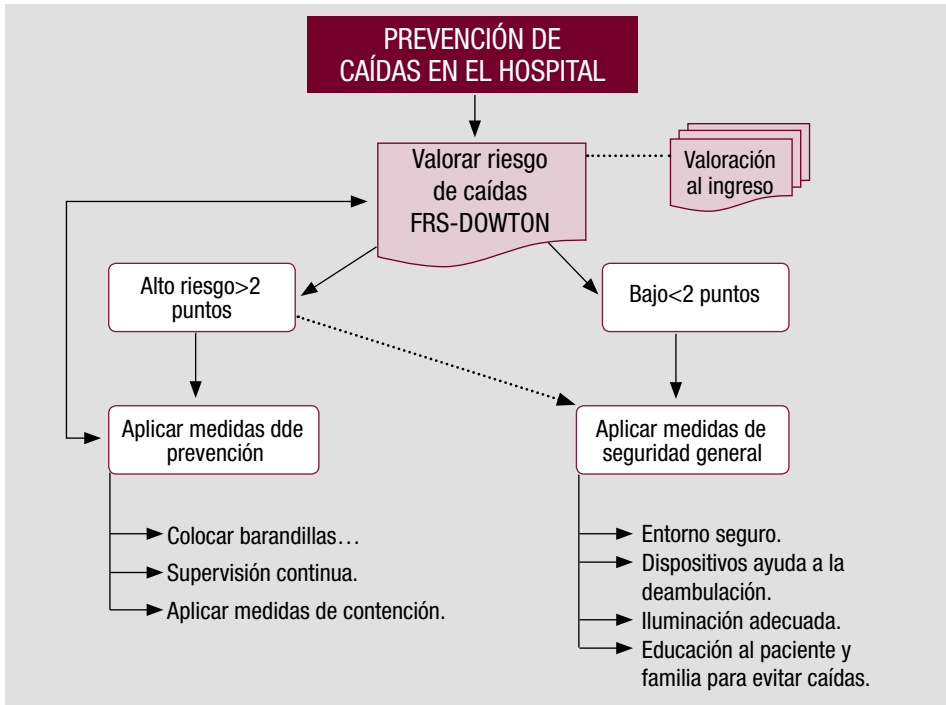
• **Bibliografía:**

- Martínez S, Parets P. Contención Mecánica. Metas de Enfermería.2002.47:18-20
- Sobre la definición de paciente de riesgo, está sacado del Grupo de Expertos del PAPPS. Atención Primaria 2001; 28(2)
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de valoración de riesgo de caídas o lesión. Aplicada escala de valoración de riesgo.	
Registradas las medidas preventivas.	
La habitación esta libre de obstáculos.	

MAPA CONCEPTUAL: PREVENCIÓN DE CAÍDAS



7.1.1. Medidas de contención del paciente.

• **Definición:**

Conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de inmovilizar a un paciente en la cama cuando el resto de medidas tomadas no hayan sido efectivas.

• **Objetivo:**

Evitar que el paciente se lesione así mismo o a los demás.

• **Equipo:**

- Tijeras.
- Cama articulada.

- **Material:**

- Sujeciones mecánicas.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Determinar el tipo de contención que se va a utilizar en función de las necesidades de cada paciente. Si esta va a ser completa o parcial. Antes de elegir la medida se debe valorar los siguientes aspectos:

1. Limitar el movimiento del paciente lo menos posible. Si sólo es necesario sujetar un brazo, no hace falta sujetar todo el cuerpo.
2. No interferir el tratamiento o el problema de salud del paciente.
3. Facilidad para el cambio, las sujeciones deben cambiarse a menudo y estar siempre limpias.
4. Resulte segura para el paciente
5. Lo menos llamativa posible.

- Realizar lavado de manos.

- Trasladar el material a la habitación del paciente.

- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente y familia de la necesidad de la contención y de las conductas necesarias para el cese de la intervención.

- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de contención. El personal que vaya a intervenir en la contención no llevará objetos que puedan producir daño o romperse.

- Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.

- Retirar anillos, pulseras, collares y proteger las prominencias óseas.

- **SUJECIÓN DE EXTREMIDADES:**

1. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con una presión moderada.
2. Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente, a la estructura inmóvil de la cama(no a las barandillas de la cama).
3. Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
4. Permitir movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.

- **SUJECIÓN DEL TRONCO:**

1. Sujetar al paciente a nivel de la cintura o del tórax por debajo de las axilas.
2. Poner la sujeción por encima del pijama del paciente (nunca sobre la piel)
3. Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura.
4. Valorar la respiración del paciente.

- SUJECCIÓN DE TIPO MOMIA: LACTANTES NIÑOS PEQUEÑOS:

1. Se basa en pliegues especiales de una manta o sábana alrededor del pequeño para impedir su movimiento durante la realización de un procedimiento como el lavado gástrico, o la extracción de una muestra de sangre.
 2. Elegir una sábana o manta que la distancia entre las dos esquinas sea el doble que el cuerpo del niño y extenderla sobre una superficie plana.
 3. Doblar una esquina y colocar al niño en decúbito supino.
 4. Plegar el lado derecho de la sábana sobre el cuerpo del niño, dejando el brazo izquierdo libre.
 5. Plegar la parte inferior de la manta sobre el niño.
 6. Colocar el brazo izquierdo en su posición natural y cubrir con la parte izquierda de la sábana, remeter la sábana bajo el cuerpo.
 7. Permanecer al lado del niño con una sujeción de tipo momia hasta que termine el procedimiento.
- Realizar la contención del paciente de forma rápida, coordinada y eficaz (no superior a 10 minutos)
 - Revisar el entorno cercano al paciente retirando aquellos objetos que puedan ser peligrosos.
 - Evaluar al menos cada 8 horas la necesidad del paciente de continuar con la sujeción.
 - Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.
 - Valorar la respuesta del paciente al retirar la sujeción.
 - Retirar material.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: el fundamento de la aplicación de la intervención, tipo de sujeciones utilizadas, respuesta del paciente a la contención, signos y síntomas de posibles complicaciones y las razones del cese si procede.

• Observaciones:

- Revisión frecuente de las sujeciones.
- Este procedimiento se debe llevar a cabo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.
- Las posibles complicaciones potenciales que hay que vigilar son:
 - Úlceras por presión.
 - Isquemia periférica.
 - Compresión nerviosa.
 - Luxaciones, fracturas.
 - Tromboembolismos.
 - Broncoaspiración.
 - Insuficiencia respiratoria.

- **Indicaciones:** estados de agitación psicomotriz, estados confusionales, estados de auto/heteroagresividad.
- Desde el punto de vista ético la contención mecánica es un procedimiento útil e incluso necesario siempre que se ajuste a las indicaciones clínicas.

• **Bibliografía:**

- Martínez S, Parets P. Contención Mecánica. Metas de Enfermería.2002.47:18-20
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Se ha explicado el procedimiento de contención al paciente y familia.	
Registradas las medidas adoptadas.	

7.2. NORMAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

• **Definición:**

Aplicación de medidas de prevención y detección precoz de la infección, por parte de la enfermera, en un paciente de riesgo.

• **Objetivos:**

- Minimizar el riesgo de desarrollar una infección nosocomial.
- Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de la infección.

• **Equipo:**

- Equipo necesario según los cuidados que se apliquen.

• **Material:**

- Material necesario según los cuidados que se apliquen.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar los signos o síntomas de infección.
- Valorar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Limitar el número de visitas si procede.
- Mantener las normas de asepsia en el paciente.
- Aplicar las precauciones de aislamiento, si procede.

- Seguir las precauciones estándar.
- Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento.
- Desinfección alcohólica de las manos.
- Curar las heridas con técnica estéril y cambiar los apósitos y vendajes cuando estén húmedos o sucios.
- Valorar el estado de cualquier herida, drenaje o punción.
- Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.
- Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
- Manipular lo menos posible los sistemas de infusión.
- Fomentar la ingesta nutricional y de líquidos necesarios.
- Facilitar el descanso.
- Ayudar a los pacientes a realizar una correcta higiene de la piel y de la boca.
- Desechar convenientemente la ropa de cama húmeda y manchada.
- Desechar las heces y la orina en los recipientes adecuados.
- Mantener la integridad de piel y mucosas.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y de cómo evitarla.
- Enseñar a los pacientes y familia a lavarse las manos antes de comer, después de evacuar excrementos y después de tocar material infeccioso.
- Emplear medidas de limpieza y desinfección del mobiliario y habitación del paciente.
- Los enseres de aseo del paciente serán individuales.
- Desechar los residuos sanitarios según la gestión de residuos. Ver tabla 1.

• **Observaciones:**

Informar de la sospecha de infecciones nosocomiales al servicio de Medicina Preventiva.

Tabla 1: Clasificación de los residuos sanitarios

GRUPO	DESCRIPCIÓN	RECOGIDA
Grupo I	Residuos asimilables a los municipales	Mediante bolsa, cuyo color lo determina la comisión de residuos de cada institución.
Grupo II	Residuos sanitarios no específicos	Mediante bolsa, cuyo color lo determina la comisión de residuos de cada institución.
Grupo III	Residuos sanitarios de riesgo específico: residuos sanitarios de enfermos con enfermedades infecciosas, residuos anatómicos, sangre y hemoderivados, agujas y otro material punzante y/o cortante, cultivos, residuos procedentes de animales de laboratorio infectados, vacunas vivas.	Mediante bolsa, cuyo color lo determina la comisión de residuos de cada institución. Se almacenan en contenedores rígidos de 30 a 60 litros, de un solo uso. Para los objetos punzantes y cortantes se utilizan contenedores de 1 a 10 litros. Una vez llenos los contenedores deben cerrarse herméticamente.
Grupo IV	Residuos tipificados y normativizados: residuos contaminados químicamente, residuos contaminados con productos químicos (fármacos, termómetros de mercurio, disolventes, reactivos químicos de laboratorio, lubricantes), residuos radioactivos, restos anatómicos humanos	Mediante contenedores rígidos, herméticos de 30 a 60 litros de un solo uso y que permitan la incineración. Se ubican en las unidades y zonas de preparación de los servicios que generan este tipo de residuos.

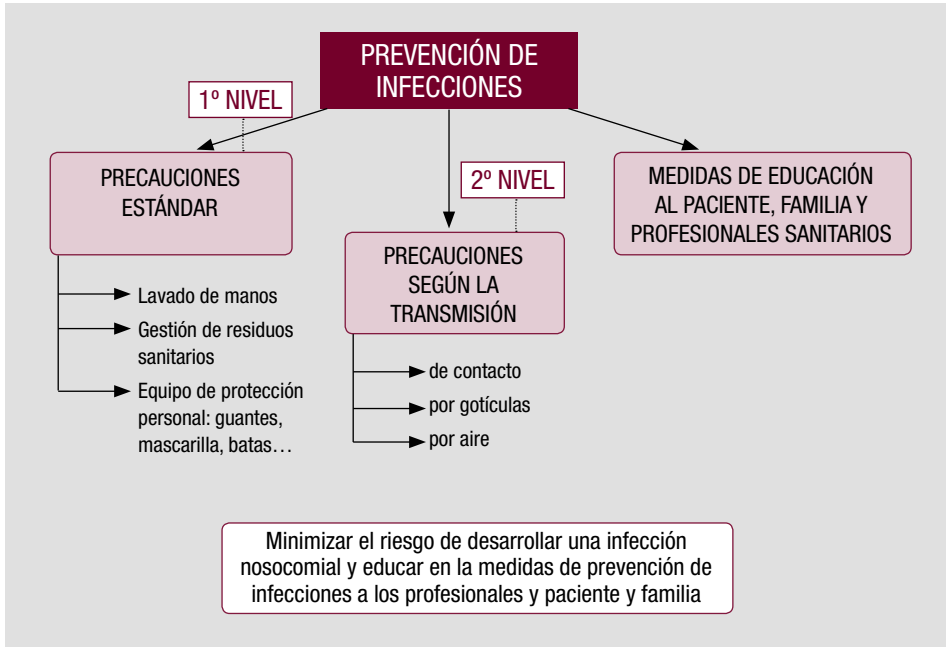
• Bibliografía:

- Center for Disease control and Prevention. Guía para la higiene de las manos en centros sanitarios. Recomendaciones del comité de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo HICPAC/SHEA/IDSA para la higiene de las manos. MMWR 2002;51(Nº RR16):1-66. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf>
- Servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía .Recomendaciones sobre la higiene de las manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios.2005.
- Hospital General Universitario de Alicante. Higiene de las manos. Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. Versión Mayo 2006.
- Who guidelines on hand hygiene in healthcare (advanced draft). Global patient safety challenge 2005-2006. Clean care is safer care. World Health organization. 2006.
- Hernández Gálvez A , González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H, Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

Los indicadores de calidad están incluidos en cada uno de los apartados de los procedimientos de técnicas invasivas.

MAPA CONCEPTUAL: PREVENCIÓN DE INFECCIONES



7.2.1. Precauciones estándar (precauciones de primer nivel)

• **Definición:**

Medidas a adoptar por el personal sanitario ante cualquier paciente hospitalizado, independientemente de la patología que padezca, siempre que vaya a entrar en contacto con sangre o fluidos corporales, excepto el sudor; piel no intacta y membranas mucosas.

• **Objetivo:**

Prevenir la transmisión de patógenos que se vehiculizan a través de la sangre o fluidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas mediante la interposición de barreras adecuadas.

• **Equipo:**

Equipo necesario para aplicar las precauciones.

• **Material:**

- Material necesario para aplicar las precauciones, barreras físicas como: guantes, jabón, antiséptico, mascarillas, batas, calzas y gafas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Informar al paciente y familia de las medidas adoptadas y su fundamento.
- Ponerse guantes siempre que se vaya a entrar en contacto con cualquier mucosa del paciente o fluidos corporales excepto el sudor.
- Retirarse los guantes tras el contacto con un paciente. No circular con guantes
- El uso de guantes no exime en ningún caso de la necesidad de descontaminación de las manos.
- Lavarse las manos antes y después de la asistencia al paciente y al ponerse o quitarse los guantes.
- Utilizar la mascarilla, gafas y bata siempre que exista el riesgo de salpicadura y cambiar inmediatamente si estas se manchan.
- En caso de salpicadura de sangre o fluidos en mucosas lavar abundantemente con suero salino (o en su defecto agua y jabón) y aplicar un antiséptico. Si la salpicadura se produce en los ojos, aplicar un colirio antiséptico.
- Las agujas no deben recapsularse NUNCA ni manipularlas. Tras la utilización de cualquier objeto cortante o punzante se depositarán en los contenedores para material punzante y de riesgo biológico.
- Ante una parada cardiorrespiratoria utilizar el ambú en la ventilación del paciente.
- Las muestras de laboratorio de sangre o líquidos corporales deben remitirse al laboratorio en recipientes cerrados.
- Si existe derramamiento de sangre o líquidos corporales sobre la piel del personal (intacta o no): lavar inmediatamente con agua y jabón y uso de antiséptico (clorhexidina y solución yodada)
- La eliminación de los residuos hospitalarios se hará de acuerdo a la política de gestión de residuos con riesgo biológico.

• **Observaciones:**

- La descontaminación de superficies (verticales y horizontales) contaminadas con sangre o fluidos corporales se realizará inmediatamente con agua y lejía al 1/10

• **Bibliografía:**

- Center for Disease control and Prevention. Guía para la higiene de las manos en centros sanitarios. Recomendaciones del comité de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo HICPAC/SHEA/IDSA para la higiene de las manos. MMWR 2002;51(Nº RR16):1-66. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf>

- Servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía .Recomendaciones sobre la higiene de las manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios.2005.
- Hospital General Universitario de Alicante. Higiene de las manos. Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. Versión Mayo 2006.
- Who guidelines on hand hygiene in healthcare (advanced draft). Global patient safety challenge 2005-2006.Clean care is safer care. World Health organization. 2006.
- Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

Los indicadores de calidad están incluidos en cada uno de los apartados de los procedimientos de técnicas invasivas.

7.2.2. Lavado de manos: higiénico y antiséptico

• **Definición:**

Medidas higiénicas que persiguen eliminar el mayor número posible de microorganismos patógenos de las manos mediante la técnica de lavado de manos con agua, jabón neutro y antiséptico.

• **Objetivos:**

- Prevenir la propagación y transmisión de microorganismos patógenos.
- Disminuir la flora bacteriana de las manos antes de un procedimiento.
- Disminuir la prevalencia de la infección nosocomial en los centros sanitarios.

• **Equipo:**

- Lavabo para las manos.

• **Material:**

- Agua.
- Jabón neutro y antiséptico.
- Solución desinfectante alcohólica para las manos.
- Cepillo desechable.
- Toalla a ser posible desechable.

• **Procedimiento:**

- Iniciar el lavado manual, abriendo el paso del agua.
- Mojarse las manos.

- Enjabonar manos y muñecas por delante y por detrás, insistiendo en los espacios interdigitales unos 40-60 segundos.
- Enjuagar manos y muñecas.
- Cerrar el paso del agua con los codos o con una toalla desechable.
- Secar las manos y muñecas con toallas de celulosa y desechar.
- Realizar desinfección alcohólica de las manos si procede. Se realiza frotando suavemente las palmas, dorsos y dedos de las manos durante 15-30 segundos, hasta que las manos estén secas. La cantidad de producto a utilizar dependerá de la solución utilizada.
- En el lavado antiséptico utilizar jabón antiséptico. Aplicar unos 5cm³ durante un tiempo de unos 2 minutos.

• **Observaciones:**

- El lavado de manos con solución alcohólica está indicado en las siguientes situaciones:
 1. Antisepsia rápida de las manos.
 2. Antisepsia de las manos antes y después de mantener contacto con enfermos o materiales potencialmente contaminados.
 3. Antes de realizar cualquier procedimiento de enfermería de corta duración que requiera ambiente estéril.
 4. Tras la retirada de guantes es conveniente realizar un lavado higiénico de manos u otro lavado con solución alcohólica.
- No utilizar barnices de uñas.
- Mantener las uñas cortas y limpias. Está prohibido el uso de uñas artificiales.
- No aplicar cremas en las manos durante la jornada laboral pues interfieren en la efectividad de las soluciones antisépticas.
- Aplicar cremas protectoras en las manos al final de la jornada laboral.
- Cuando las manos estén visiblemente manchadas o contaminadas por fluidos orgánicos hay dos alternativas:
 1. Lavado de manos con agua y jabón normal y después aplicación de la solución alcohólica.
 2. Lavado de manos con agua y jabón antiséptico
- El lavado higiénico está indicado en:
 1. A la llegada y salida de la unidad de trabajo.
 2. Antes y después de la distribución de las comidas y de comer.
 3. Antes y después de extracciones sanguíneas, excepto hemocultivos que es un lavado antiséptico.
 4. Después de manipular objetos en contacto con el paciente.
 5. Antes y después de usar guantes limpios.
 6. Antes y después de preparar la medicación.

7. Después de hacer uso del wc, estornudar o sonarse la nariz.
 8. Después de usar guantes estériles.
 9. Después de realizar técnicas invasivas.
 10. Después del contacto con secreciones, excreciones y sangre del enfermo.
- El lavado antiséptico, como alternativa a la desinfección alcohólica de las manos; está indicado en:
 1. Antes y después de la administración de medicación por vía parenteral, aspiración bronquial, manipulación de catéteres y sondajes.
 2. Antes y después de cambios de apósitos o curas.
 3. Antes del uso de guantes estériles.
 4. Antes y después de cuidar a un paciente con sospecha de infección en áreas de alto riesgo.
 5. En el manejo de enfermos inmunodeprimidos.
 - Si las manos no están visiblemente manchadas se realizará la desinfección alcohólica de las mismas que está indicada en:
 1. Antes de entrar en contacto directo con los pacientes.
 2. Antes de ponerse los guantes estériles para insertar un catéter central.
 3. Antes de insertar catéteres urinarios, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos que requieran procedimientos invasivos no quirúrgicos.
 4. Después de contactar con la piel intacta del paciente (por ejemplo al tomar el pulso o la presión arterial).
 5. Después de contactar con fluidos o excreciones corporales, membranas mucosas, piel no intacta y curas de heridas.
 6. Al cambiar de actividad sobre un mismo paciente si se ha contactado con alguna superficie contaminada.
 7. Después de contactar con objetos inanimados (incluyendo el equipo médico) del entorno inmediato del paciente.
 8. Inmediatamente después de quitarse los guantes.

• Bibliografía:

- Center for Disease control and Prevention. Guía para la higiene de las manos en centros sanitarios. Recomendaciones del comité de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo HICPAC/SHEA/IDSA para la higiene de las manos. MMWR 2002;51(Nº RR16):1-66. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf>
- Servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía .Recomendaciones sobre la higiene de las manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios.2005.
- Hospital General Universitario de Alicante. Higiene de las manos. Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. Versión Mayo 2006.
- Who guidelines on hand hygiene in healthcare (advanced draft). Global patient

safety challenge 2005-2006. Clean care is safer care. World Health organization. 2006.

- Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.
- López C. Lavado de manos. un cambio de paradigma. Rev. Rol de Enf 2003;26 (11):744-748
- Bibliografía General

- **Criterios de evaluación:**

No se dispone de ninguna evaluación sobre la eficacia del lavado de manos en los profesionales de enfermería. Se relaciona con la aparición de infecciones nosocomiales. Por lo que los criterios para su evaluación se relacionan con la efectividad de otros procedimientos donde estas medidas se aplican, como las técnicas invasivas.

7.2.3. Lavado quirúrgico de manos

- **Definición:**

Proceso realizado antes de cualquier intervención quirúrgica para eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de manos y antebrazos a través de un lavado mecánico y de desinfección con productos químicos.

- **Objetivos:**

- Disminuir la flora resistente de las manos y antebrazos.
- Prevenir las infecciones nosocomiales.

- **Equipo:**

Lavabo amplio, profundo y con grifo con palanca especial.

- **Material:**

- Agua
- Jabón antiséptico.
- Cepillo estéril desechable.
- Limpiaúñas.
- Gasas, paños y toallas estériles.

- **Procedimiento:**

- Duración del lavado: 2-5 minutos, dependiendo de las instrucciones del fabricante del producto utilizado.

Preparación para el lavado quirúrgico:

- Mantener las uñas cortas y retirar esmalte de uñas.
- Retirar toda joyería (los anillos, los relojes de pulsera, las pulseras) antes de entrar en la sala de operaciones.
- Lavar manos, brazos y codos con un jabón no antiséptico antes de entrar en el área de la sala de operaciones o si las manos están visiblemente sucias.
- Limpiar la zona subungueal con un limpiaúñas.
- Los cepillos de uñas no deberían ser usados ya que pueden dañar la piel y pueden facilitar el derramamiento de celdas. Los cepillos de uñas si se usan, deben ser estériles y de uso único una vez.

Preparación quirúrgica de las manos con un jabón antiséptico:

- Mojarse las manos
- Poner una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.
- Comenzar a contar el tiempo del procedimiento. Frotar cada lado de cada dedo, entre los dedos, la parte de atrás y la parte delantera de la mano durante dos minutos.
- Proceder a frotar los antebrazos, manteniendo la mano más alta que el brazo en todo momento. Esto ayuda a evitar recontaminación de las manos e impide que agua y jabón sean colonizados por bacterias que contaminan las manos.
- Lavar cada lado del brazo desde la muñeca hasta el codo durante un minuto.
- Repetir el proceso en la otra mano conservando manos por encima de codos en todo momento..
- Enjuagar manos y brazos haciéndolas pasar por el agua en una dirección sólo, de la punta de los dedos hasta el codo.
- Con las manos por encima de los codos séquese las manos y brazos con una toalla o paño estéril. Utilizar una toalla para cada brazo.
En todo momento durante el procedimiento, se debe de tener cuidado de no salpicarse la indumentaria quirúrgica.
- Cuando se utilice la desinfección alcohólica de las manos:
 - Antes de aplicar la solución con alcohol realizar un prelado de antebrazo y manos con un jabón normal y secar las manos y antebrazos completamente.
 - Después aplicar la solución alcohólica hasta que manos y antebrazos queden secos completamente.

• Observaciones:

- Prescindir de barniz de uñas.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- No utilizar anillos ni pulseras.

• **Bibliografía:**

- Center for Disease control and Prevention. Guía para la higiene de las manos en centros sanitarios. Recomendaciones del comité de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo HICPAC/SHEA/IDSA para la higiene de las manos. MMWR 2002;51(Nº RR16):1-66. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5116.pdf>
- Servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía .Recomendaciones sobre la higiene de las manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios.2005.
- Hospital General Universitario de Alicante. Higiene de las manos. Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. Versión Mayo 2006.
- Who guidelines on hand hygiene in healthcare (advanced draft). Global patient safety challenge 2005-2006. Clean care is safer care. World Health organization. 2006.
- Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

No se dispone de ninguna evaluación sobre la eficacia del lavado de manos en los profesionales de enfermería Se relaciona con la aparición de infecciones nosocomiales. Por lo que los criterios para su evaluación se relacionan con la efectividad de otros procedimientos donde estas medidas se aplican, como las técnicas invasivas.

7.2.4. Preparación de un campo estéril

• **Definición:**

Zona claramente delimitada donde se mantienen unas condiciones de asepsia completa y será una zona libre de microorganismos.

• **Objetivo:**

Evitar contaminación del campo para prevenir posibles infecciones en el paciente y posteriores complicaciones.

• **Equipo:**

Equipo estéril: paños, pinzas, mango de bisturí, etc.

• **Material:**

- Material estéril: gasas, compresas, guantes, batas, apósitos, etc.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Lavado antiséptico de manos.
- Informar al paciente de las dimensiones del campo para que evite movimientos bruscos que contaminen el campo.
- Asegurarse de que el paquete para preparar el campo estéril esta limpio y seco.
- Colocar campo estéril: abrir paño estéril con la punta de los dedos tocando sólo las esquinas.
- Colocar bata, mascarilla y guantes (todo estéril)
- Colocar los elementos estériles a utilizar en el campo siguiendo el orden a utilizar.
- Poner pinzas estériles para coger gasas, compresas, etc.

• **Observaciones:**

- Evitar derramar líquidos sobre el campo porque puede favorecer la penetrabilidad de gérmenes.
- Todo campo estéril deja de serlo cuando se desatiende.
- Mantener cerradas las puertas y los movimientos reducidos al mínimo, en las zonas en las que se ejecuten procedimientos estériles.
- No montar un campo estéril antes de la hora prevista para su uso.

• **Bibliografía:**

- Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. HGUA Criterios para la limpieza, desinfección y esterilización del equipo hospitalario. 2006.
- Bibliografía general.

7.2.5. Limpieza del material quirúrgico

• **Definición:**

Conjunto de medidas de limpieza del material quirúrgico encaminadas a preparar dicho material para su posterior utilización o esterilización si procede.

• **Objetivo:**

- Establecer condiciones de asepsia del material quirúrgico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Pistolas de aire

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Bata.

- Bolsas de papel
- Agua.
- Detergente.
- Cepillo o escobilla.
- Solución desinfectante.

• **Procedimiento:**

- Limpiar con agua más detergente todo tipo de material utilizado.
- Utilizar cepillo o escobilla, si procede.
- Aclarar el material con abundante agua.
- Sumergir el material lavado en solución desinfectante unos minutos.
- Volver a aclarar con agua.
- Secar bien el material, utilizar pistolas de aire para lúmenes estrechos.
- Reunir el material y realizar el recuento.
- Envolver el material en paquetes de papel transparentes.
- Remitir a la unidad de esterilización.

• **Observaciones:**

- No deberá realizarse un proceso de desinfección o esterilización sin un proceso de limpieza previo.
- Si el material contiene varias piezas, previo a la limpieza habrá de ser desmontado.
- Si el instrumento no se puede limpiar inmediatamente tras su uso, sumergirlo en solución desinfectante hasta la limpieza.

• **Bibliografía:**

- Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. HGUA. Criterios para la limpieza, desinfección y esterilización del equipo hospitalario. 2006.
- Bibliografía general.

7.2.6. Almacenamiento del material esterilizado

• **Definición:**

Mantenimiento y conservación del material esterilizado.

• **Objetivo:**

Conservar el material esterilizado en condiciones de asepsia para su utilización.

• **Procedimiento:**

- No mezclar objetos metálicos con artículos de ropa.
- Las zonas destinadas a almacenar material esterilizado deben estar limpias, secas, sin contacto con el suelo y alejadas de lavabos y fregaderos.

- Controlar la fecha de caducidad y estado de los envoltorios.
- Colocar el material esterilizado el más antiguo delante.
- Tener los armarios cerrados y libres de humedad.

• **Bibliografía:**

- Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. HGUA. Criterios para la limpieza, desinfección y esterilización del equipo hospitalario. 2006.
- Bibliografía general.

7.2.7. Precauciones basadas en la transmisión: transmisión aérea, transmisión por gotículas y por contacto

• **Definición:**

Conjunto de medidas que adopta el personal sanitario ante la sospecha clínica o confirmación bacteriológica de la presencia en el paciente de microorganismos patógenos transmisibles por aire, gotículas o contacto.

• **Objetivos:**

- Evitar la transmisión o difusión de la infección desde el paciente infectado a otros pacientes y al personal sanitario, interrumpiendo la cadena epidemiológica.
- Aislar la infección, no así el paciente, y reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

• **Equipo:**

- Mesita.

• **Material:**

- Material necesario según el tipo de aislamiento: guantes no estériles, bata, mascarilla, calzas, gorro, carteles indicativos de las precauciones a tomar, etc.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar y los motivos.
- Aplicar las precauciones estándar o de primer nivel.
- Precauciones de transmisión aérea: diseñadas para reducir el riesgo de transmisión aérea de los agentes infecciosos que se propagan en partículas de menos de 5 micras. Pueden ser dispersadas por las corrientes de aire de la habitación. Indicaciones: tuberculosis pulmonar, laríngea o bronquial, varicela, sarampión, herpes zoster diseminado o localizado en pacientes inmunodeprimidos.

1. Habitación individual: con presión negativa o manteniendo siempre las puertas cerradas.
 2. Protección respiratoria: siempre que se va entrar en la habitación.
 3. Evitar movimientos del paciente fuera de la habitación, pero si fueran necesarios, limitar la dispersión colocándole al paciente una mascarilla.
 4. Eliminación de residuos en bolsa o contenedor identificado.
 5. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.
- Precauciones de transmisión por gotículas: diseñadas para prevenir la propagación de agentes infecciosos que se vehiculizan en gotículas de más de 5 micras y que pueden ser producidas por el paciente cuando tose, estornuda, etc. Indicaciones: enfermedad estreptocócica en el niño, gripe, meningitis por *Haemophilus influenzae* y por *Neisseria meningitidis*, parotiditis, tos ferina, difteria faríngea.
1. Habitación: es recomendable habitación individual. Cuando no se dispone de habitación individual, mantener la separación espacial de al menos un metro entre el paciente infectado y otros pacientes o visitantes. No es necesario sistema especial de ventilación.
 2. Utilizar mascarilla cuando se va a trabajar cerca del paciente.
 3. Evitar movimiento y traslado del paciente fuera de la habitación, pero si fuera necesario limitar la dispersión de gotículas colocándole una mascarilla al paciente.
 4. Eliminar los residuos en bolsas o contenedores identificados.
 5. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.
- Precauciones de transmisión por contacto: diseñadas para pacientes que se sabe o se sospecha que están infectados o colonizados por microorganismos que pueden ser transmitidos por contacto directo del paciente o contacto indirecto con superficies del medio ambiente o utensilios utilizados en el cuidado al paciente. Indicaciones: Pacientes con SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina), heridas quirúrgicas con gérmenes multirresistentes, infecciones gastrointestinales, virus respiratorio sincitial en niños y adultos inmunodeprimidos, virus del herpes simple, infecciones por *Clostridium difficile*, infecciones hemorrágicas como ebola, lassa, enterohemorragias, síguela, hepatitis, rotavirus, difteria cutánea, impétigo, grandes abscesos, celulitis, úlceras que no se pueden cubrir, conjuntivitis hemorrágicas.
1. Recomendada la habitación individual. Cuando no se dispone de habitación individual consultar con Medicina Preventiva antes de colocar al paciente.
 2. Además de llevar guantes en las situaciones que indica las precauciones estándar, deben llevarse puestos cuando se entra en la habitación, en el transcurso de la atención al paciente. Cambiar inmediatamente cuando se entre

en contacto con material infectado(materia fecal, drenaje de heridas, etc.). Retirarse los guantes contaminados y lavarse las manos con jabón antiséptico inmediatamente.

3. Bata: siempre que se prevea que la ropa del profesional sanitario pueda entrar en contacto con material infectado.
4. Si el paciente se traslada fuera de la habitación, asegurarse que se mantienen las precauciones para minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos a otros pacientes y la contaminación de superficies o equipos sanitarios.
5. Eliminar los residuos en bolsa o contenedores identificados.
6. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

• **Observaciones:**

- Poner una mesita auxiliar en la puerta de la habitación o antesala con todo el material necesario para el aislamiento: batas, mascarillas, guantes, calzas, gorros, etc.
- Colocar un cartel en la habitación del paciente informando de las precauciones necesarias que hay que adoptar.

• **Bibliografía:**

- Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. HGUA Criterios para la limpieza, desinfección y esterilización del equipo hospitalario. 2006.
- Bibliografía general.

7.3. ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

• **Definición:**

Conjunto de cuidados que planifica la enfermera para prevenir la aparición de úlceras por presión (UPP) en población de riesgo y en pacientes portadores de UPP.

• **Objetivos:**

- Mantener la integridad de la piel.
- Eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen las UPP.
- Promover la educación de la familia y cuidadores en la prevención de las UPP.

• **Equipo:**

- Superficie especial para el manejo de la presión (colchones antiúlceras).
- Almohadas.
- Ropa de cama

- Carro de curas.
- Equipo para la higiene del paciente.

• **Material:**

- Ácidos grasos Hiperoxigenados.
- Protecciones locales.
- Producto hidratante.
- Guantes no estériles.
- Material para la higiene del paciente.
- Escala de valoración de riesgo y registro de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar el riesgo de aparición de UPP según la escala del protocolo del centro y registrar los resultados. Al ingreso y cada 7 días salvo cambios relevantes. Se consideran cambios relevantes:
 - Una intervención quirúrgica superior a 10 horas.
 - La aparición de isquemia por cualquier causa.
 - Períodos de hipotensión.
 - Pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
 - Pérdidas de movilidad de cualquier origen.
 - Pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia de los cuidados a prestar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener la piel del paciente limpia y seca en todo momento.
- Realizar la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón de ph neutro, aclarar bien y secar por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.
- Realizar inspección de la piel, al menos una vez al día, teniendo en cuenta especialmente:
 - Prominencias óseas: sacro, talones, caderas, tobillos, codos... (ver dibujos de zonas de presión)
 - Zonas expuestas a humedad.
 - Presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Aplicar los Ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo en sentido circular, evitando los masajes.
- Si fuera preciso, poner apósitos hidrocélulares en zonas de riesgo.
- Hidratar el resto de la piel, evitando los masajes.
- Mantener la ropa de la cama libre de arrugas.

- Realizar un programa de cambios posturales individualizados, teniendo en cuenta las necesidades del paciente y la superficie sobre la que esta. En la realización de cambios posturales evitar el arrastre y el contacto directo de las prominencias óseas entre si. Realizar los cambios posturales cada 2-3 horas en los pacientes encamados siguiendo una rotación programada e individualizada. Si el paciente va a estar en sedestación, realizar movilizaciones horarias.
- Utilizar una superficie especial para el manejo de la presión (SEMP) adecuada según el riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente. Las superficies especiales hay que considerarlas como un material complementario que no sustituye a los cambios posturales. Emplear una superficie estática cuando el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las UPP y en pacientes con riesgo bajo. Emplear una superficie dinámica si el paciente es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las UPP y/o pacientes con riesgo medio/alto.
- Asegurar una nutrición adecuada. Un paciente de alto riesgo de desarrollar una UPP requiere una dieta hiperproteica e hipercalórica
- Tratar la incontinencia y eliminar la humedad excesiva.
- Enseñar al paciente, familia y cuidadores los cuidados básicos en prevención de UPP.
- Registrar las medidas adoptadas, así como las no adoptadas.

• **Observaciones:**

- No utilizar flotadores

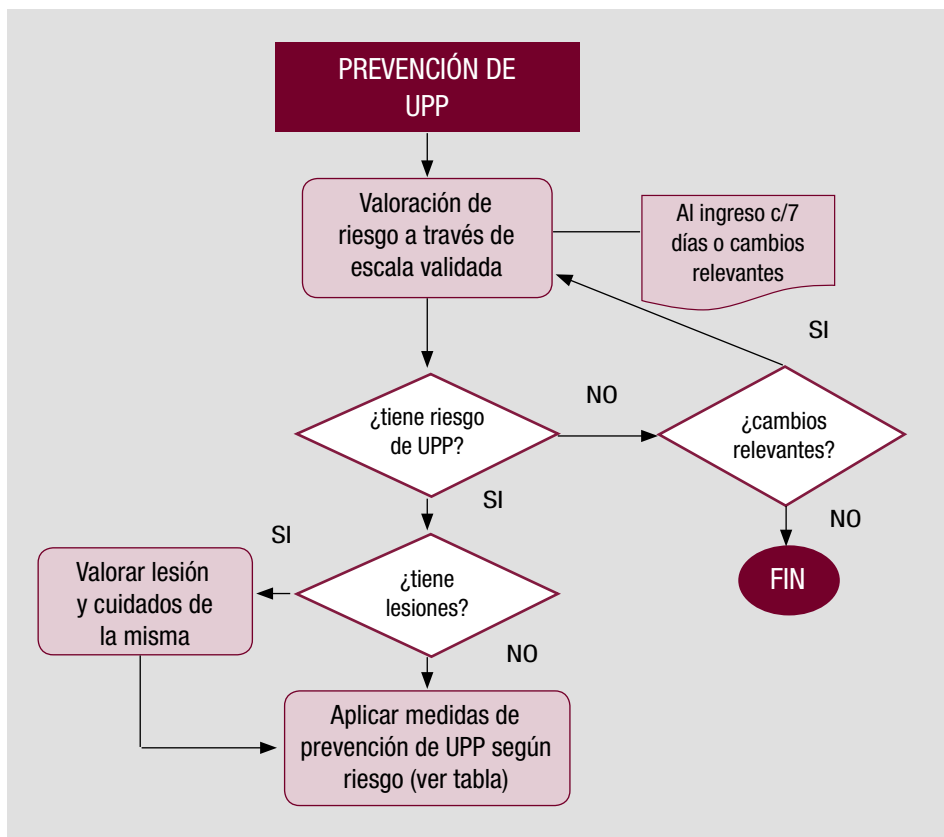
• **Bibliografía:**

- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUUPP). Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. Logroño 2003.
- Arboledas J, Melero A. Plan de cuidados estandarizado para la prevención y el tratamiento de las UPP. *Metas Enferm* may 2004;7(4):13-16
- Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Protocolo de prevención y cuidados de UPP. 2004.
- Morán D, Canet C, Lamalfa E, Mata M et al. Manual de prevención y tratamiento de las UPP. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Dirección de Enfermería. Área de formación y calidad. 2002.
- Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía .Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. 2005.
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación del procedimiento:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrada valoración de riesgo al ingreso y semanalmente (mínimo)	
Registro de valoración diario del estado de la piel.	
Registro de las acciones planificadas de prevención.	
Paciente limpio y seco (tras la higiene y movilización)	
Cama limpia y sin arrugas (tras la higiene y movilización)	
Postura del paciente correcta (tras la movilización)	
Uso de ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo	

MAPA CONCEPTUAL: PREVENCIÓN DE UPP



ZONAS DE PRESIÓN CORPORAL. En A: posición en decúbito supino. En B: posición en decúbito lateral. En C: posición en decúbito prono. En D: posición de Fowler.

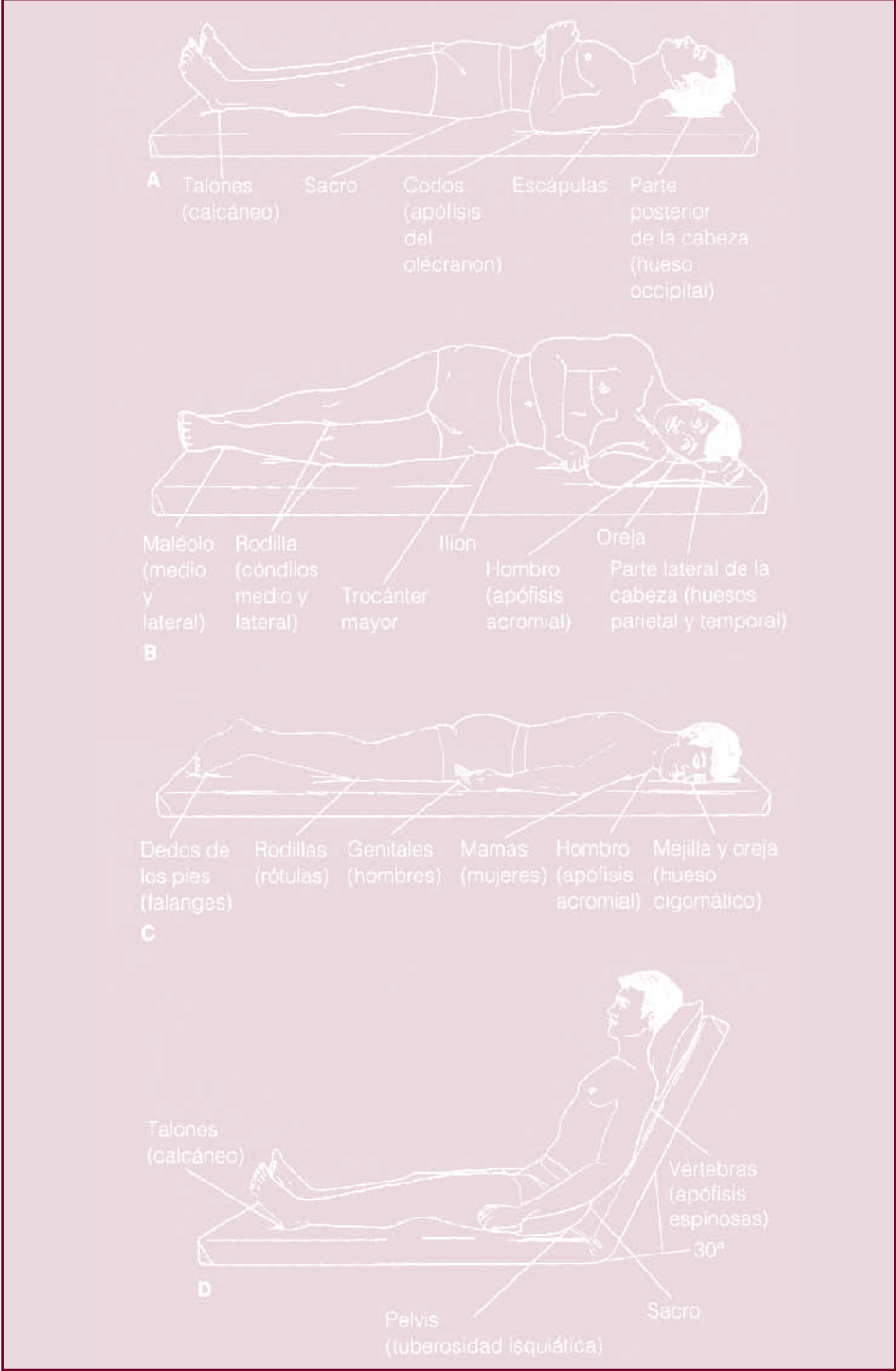


Tabla 1: Cuidados de prevención de las úlceras por presión según riesgo del paciente de desarrollarlas (recomendaciones basadas en los documentos técnicos del GNEAUPP)

Medidas de prevención de UPP	Riesgo bajo	Riego moderado	Riesgo alto	Medidas generales
Reevaluación del riesgo a través de escala del centro	Al ingreso, cada 7 días o cambios relevantes	Al ingreso, cada 7 días o cambios relevantes	Cada 24-48 horas o cambios relevantes	<ul style="list-style-type: none"> • Preservar la intimidad del paciente en todo momento. • Mantener la cama libre de arrugas. • Mantener la cama libre de arrugas. • Valorar la nutrición y dar suplementos hiperproteicos e hipercalóricos en pacientes con déficits nutricionales de alto riesgo de desarrollar UPP. • Vigilancia especial las zonas de roce en pacientes con sondas, oxigenoterapia o sujeciones mecánicas. • No elevar la cabecera de la cama más de 30° • Enseñar al cuidador principal los cuidados básicos en prevención de UPP.
Higiene corporal	diaria	diaria	diaria	
Vigilancia de las zonas de riesgo	diaria	diaria	c/8 horas o turno	
Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de presión	diaria	diaria	c/12 horas	
Cambios posturales	c/2-3 horas c/4 horas en la noche	c/2-3 horas c/4 horas en la noche	c/2-3 horas c/4 horas en la noche	
Superficies especiales de manejo de la presión	Colchón estático o colchoneta alternante de celdas pequeñas	Colchón estático o colchoneta alternante de celdas pequeñas o medianas	Colchones dinámicos de celdas grandes o camas fluidificadas + Apósito hidrocoloide extrafino	

7.4. CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera sobre las úlceras por presión que presenta el paciente para fomentar la regeneración de los tejidos hasta su curación o mejoría.

• Objetivo:

Restablecer la integridad de la piel del paciente.

• **Equipo:**

- Material de curas: mango bisturí, pinzas de Kocher, pinzas de disección con o sin dientes.
- Paños estériles.

• **Material:**

- Apósitos estériles.
- Compresas estériles.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- Hoja de bisturí del nº 15-21
- Desbridantes.
- Apósitos.
- Suero fisiológico al 0,9%
- Jeringa 20cc.
- Aguja iv.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el carro de curas.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para curar la úlcera.
- Valorar la úlcera: localización, estadio, tamaño (longitud, amplitud y profundidad), descripción del aspecto, signos de infección o dolor.
- Valorar el dolor relacionado con las úlceras o su tratamiento así como la necesidad de aplicar algún antiálgico, si procede.
- Normas básicas para todas las úlceras por presión:
 1. Aplicar el procedimiento de prevención.
 2. Realizar lavado de manos.
 3. Colocarse guantes estériles.
 4. Utilizar equipo de curas estéril.
 5. Limpiar la herida con suero fisiológico a chorro.
 6. Secar la herida sin arrastrar.
 7. Valorar lesión y elegir tratamiento adecuado.
- Curar según técnica de cura húmeda.

- Aplicar el tratamiento adecuado al estadio de la úlcera. La GNEAUPP propone la clasificación en estadios según el grado de afectación de los tejidos.

Estadio I: fase eritematosa (eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta)

- Alternativas terapéuticas posibles: Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (tres veces al día). No masajear las zonas enrojecidas ni sobre prominencias óseas. Lámina o película fina de poliuretano, apósitos de espuma de poliuretano o hidrocoloides extrafino, hidrogeles en placa.
- Colocar apósito protector.

Estadio II: fase escoriativa (úlceras superficiales que afectan a epidermis, dermis o ambas con un exudado moderado)

- Colocar apósito absorbente:
 - Espuma de poliuretano e hidrocoloides en pasta o gel en apósito extrafino o normal → úlceras de escaso a moderado exudado.
 - Apósitos hidrocelulares, de alginato cálcico, hidrocoloides combinados con alginato cálcico o en fibra, hidrogeles en estructura amorfa y en apósito → úlceras con exudado moderado a profuso.
- Si hay cavidad: también pasta hidrocoloide.
- Si hay tejido necrótico: desbridar.

Estadio III y IV: fase escoriativa/necrótica (úlceras que afectan a tejido subcutáneo, muscular y a veces óseo y tendones)

- Colocar apósito protector absorbente rellenando las 3/4 partes de la cavidad con los productos específicos.
- Retirar el material de relleno de otras curas.
- Si existe mucho exudado, además de lo anterior poner apósito de alginato cálcico de hidrofibra.
- Si existe tejido necrótico, desbridar.
- Utilizar apósito estéril no transparente.
- No cura oclusiva si la afectación de la úlcera es ósea y tendinal.

Úlceras infectadas:

- No usar cura oclusiva.
- Intensificar la limpieza y el desbridamiento, realizando las curas cada 12-24 horas.
- Utilizar hidrogeles, hidrofibras o alginato cálcico y utilizar como apósito secundario, gasas, apósitos de hidrofibra, alginato cálcico o carbón/plata.
- Si no mejora, tomar muestra de cultivo de la herida y comunicar al médico por si procede antibioterapia sistémica.

Úlcera con tejido necrótico: tratamiento → desbridamiento

Tipos de desbridamiento:

- Quirúrgico: Técnica y material estéril. Requiere destreza, es rápido y puede resul-

tar doloroso. Recortar por planos y en diferentes sesiones comenzando siempre por el centro de la lesión.

- Enzimático: es más lento, no doloroso y puede llegar a macerar el tejido sano. Se aplica durante 24- 48 horas pomada enzimática (colagenasa) con gasas humedecidas en suero fisiológico. Para mejorar la eficacia hacer incisiones sobre la costra y aplicar la pomada o hidrogel con jeringa y aguja.
- Autolítico: apósitos de hidrogel que producen condiciones de cura húmeda. Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa. Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación.
- Se pueden combinar los desbridamientos enzimático y autolítico con el quirúrgico.

Técnica de colocación de los apósitos comerciales tipo hidrocoloides, hidrogeles, etc.

- Aplicar directamente sobre la úlcera dejando un margen de 2,5-4 cm.
- La frecuencia de cambio del apósito vendrá determinada por el nivel de exudado.
- No retirar precozmente porque destruye el tejido de granulación que se esté formando.
- Reforzar los bordes con esparadrapo que no dañe la piel perilesional.
- Poner fecha de aplicación del apósito.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registros de enfermería: registrar los cuidados aplicados.

• Observaciones:

- En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.
- El cambio y frecuencia de curas dependerá del grado de exudado y el estado en que se encuentre el apósito.
- No usar ningún tipo de antiséptico pues destruye el tejido de granulación.

• Bibliografía:

- Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. Logroño 2003.
- Arboledas J, Melero A. Plan de cuidados estandarizado para la prevención y el tratamiento de las UPP. Metas Enferm may 2004;7(4):13-16
- Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía.. Protocolo de prevención y cuidados de UPP. 2004.
- Morán D, Canet C, Lamalfa E, Mata M et al. Manual de prevención y tratamiento de las UPP. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Dirección de Enfermería. Área de formación y calidad. 2002.

- Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía .Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. 2005.
- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
- Bibliografía general

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la fecha de aparición de la úlcera, tamaño, grado, aspecto y localización.	
Registro de la pauta de cura específica	
Registro de evolución de las úlceras tras la cura (tamaño y aspecto)	

MAPA CONCEPTUAL: CUIDADOS DE LAS UPP

