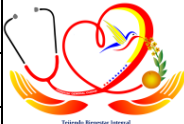


 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 1-29	

EVALUACIÓN DEL RIESGO



PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 2-29	

ELABORADO POR:	SUBDIRECTORA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA MGS. KATIUSKA ALVIA	FIRMA
REVISADO POR:	UNIDAD DE CALIDAD DR. FRANCISCO CHIMBO	FIRMA
APROBADO POR:	GERENTE HOSPITALARIO ECO. BENHUR RODRIGUEZ	FIRMA
	UNIDAD DE CALIDAD DR. FRANCISCO CHIMBO	FIRMA

VERSION:	ELABORADO POR:	APROBADO POR:	FECHA:
01	UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	ECO. BENHUR RODRIGUEZ DR. FRANCISCO CHIMBO	2015

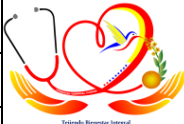
 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 3-29	

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAG.
PORTADA	1
TABLA DE CONTENIDO	3
DATOS DE LA INSTITUCIÓN	4
PRESENTACIÓN DE LA NORMA	5
INTRODUCCION	6
ANTECEDENTES	7
MARCO LEGAL	8
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	9
ALCANCE	9
DEFINICIONES	10
MEDIDAS PREVENTIVAS	10
MEDIDAS PARA REALIZAR CAMBIOS POSTURALES	10
MEDIDAS PARA EVITAR IATROGENIAS	15
CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES TERMINALES	15
CUIDADOS EN EL USO DEL CONFORT	16
PROTECCIÓN LOCAL ANTE LA PRESIÓN	16
ESTADO NUTRICIONAL	16
CONSIDERACIONES GENERALES	17
EVALUACIÓN	17
MONITORIZACIÓN	17
FLUJOGRAMA	18
ANEXOS	19
BIBLIOGRAFIA	29

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 4-29	

DATOS DE LA INSTITUCION

El Hospital General de Chone, es una unidad de segundo nivel de complejidad de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública que brinda una atención de salud integral a la población de la zona norte y es considerado como Hospital de referencia.

.El Hospital General de Chone del Ministerio de Salud Pública cuenta con personal calificado que permite satisfacer las necesidades de salud de la población.

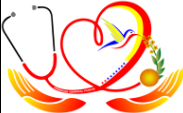
Esta casa de salud se encuentra ubicada en Ecuador provincia de Manabí cantón Chone en las calles avenida Amazonas y Manuel de Jesús Álvarez TELEFONOS: Dirección: 2698944, 2696455.

MISIÓN

El Hospital General de Chone es una institución pública proveedora de servicios de salud, con talento humano altamente calificado, especializado y comprometido, para garantizar la atención médica con calidad, calidez, eficacia, eficiencia y seguridad, cumpliendo con responsabilidad, la curación, recuperación y rehabilitación de la salud integral del Cantón Chone, toda la Zona Norte de Manabí y de todos quienes requieran nuestro servicio.

VISION

Para el año 2019 el Hospital General de Chone será el mejor referente de salud pública de la provincia de Manabí, que satisfaga las necesidades y expectativas de la población, utilizando la tecnología de punta y capacitación continua del talento humano comprometido con el buen vivir de la comunidad.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 5-29	

PRESENTACION DE LA NORMA

La presión constante en la piel provoca la compresión de pequeños vasos sanguíneos, que son los que proveen a la piel de oxígeno y nutrientes. Cuando la piel no recibe estas sustancias se produce la muerte de los tejidos.

Considerando que cualquier persona que debe permanecer largo tiempo encamada puede padecer las úlceras por presión, hemos elaborado la presente norma en la que fortalecemos los cuidados de enfermería de quienes formamos parte del equipo de salud, los mismos que serán aplicado a todo paciente con riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Es importante que se considere que en el presente documento se describen los cuidados estrictos y personalizados de prevención de acuerdo al riesgo de desarrollar úlceras por presión con un abordaje integral que valora tanto la piel como el entorno del paciente.

Con esta guía pretendemos unificar criterios para la prevención, favoreciendo la continuidad de los cuidados en los distintos servicios aumentando la calidad de los cuidados de enfermería y mejorando la atención prestada a los pacientes y a su entorno familiar.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 6-29	

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión siguen siendo un gran problema de salud ya que aparecen en pocas horas y tardar meses en curarse, afectan principalmente a los pacientes hospitalizados y/o encamados por largos períodos de tiempo sobre todo en aquellos que tienen antecedentes de diabetes, colesterol elevado, hipertensión, problemas de nutrición, incontinencia urinaria, etc. pues son consideradas lesiones causadas por falta de riego sanguíneo en una zona determinada del cuerpo que en ocasiones degeneran la integridad de la piel, músculos e incluso los huesos, por esta razón es muy importante la prevención como una estrategia terapéutica para evitar complicaciones. Las úlceras por presión constituyen un gran problema socioeconómico pues su aparición supone un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

Los últimos estudios realizados dan la certeza de que el 95% de todos los casos de UPP se pueden prevenirse; de modo que, al ser un mal evitable, se llega a la conclusión de que se podrán exigir responsabilidades tanto a los profesionales como a la institución.

Diariamente es frecuente que basemos los cuidados de enfermería en nuestra experiencia de años, la misma que debe estar validada de forma científica, por lo que la Unidad de Cuidados de Enfermería del Hospital General de Chone se ve en la necesidad de elaborar una guía de prevención de úlceras por decúbito, que nos permitirá conocer el riesgo que presenta el paciente, relacionarnos con su entorno y así evitar la aparición de las mismas.

Esta guía nos permitirá unificar criterios tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, favoreciendo la continuidad de los cuidados de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios de la institución, fortaleciendo la calidad de los mismos.

	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 7-29	

ANTECEDENTES

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más comunes en la práctica diaria de enfermería siendo nuestra prioridad la prevención. son lesiones producidas por la tensión de la piel al permanecer largos períodos en una sola posición, éstas representan un problema asistencial por su prevalencia, el impacto sobre la salud y la calidad de vida del paciente; además, es importante resaltar que la prevalencia de las úlceras por presión, son reportadas a nivel mundial de acuerdo a la OMS, están entre el 5 y 12% siendo en América, el 7%.

Aproximadamente hasta el 95% de las úlceras por presión son evitables, por lo que la necesidad de la prevención es nuestro principal objetivo, antes que centrarse solamente en el tratamiento de las úlceras ya establecidas.

El monitoreo de los pacientes con riesgo de sufrir una úlcera por presión se está llevando de acuerdo al instrumento emitido por el Ministerio de Salud Pública., el mismos que será incluido en el plan de prevención.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 8-29	

MARCO LEGAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

CONSIDERANDO:

- Constitución de la República del Ecuador de 2008 (Artículos 3, 261, 280, 358, 359, 360. 361.362, 363, 364, 365 y 366).
- Ley N° 7 de Derechos y Amparo del Paciente de 3 de febrero de 1995.
- Ley N° 2002 - 80, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial N° 670 de 25 de septiembre del año 2002.
- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural.

	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 9-29	

JUSTIFICACION

La presencia de úlceras desarrolladas es un indicador de calidad ligado no sólo a la práctica médica, y factores intrínsecos que las desencadenan, sino también a los cuidados de enfermería por lo que su prevención debe comenzar con una exhaustiva valoración del paciente.

Siendo las úlceras por presión en un 95% prevenibles la Unidad de Cuidados de Enfermería del Hospital General de Chone ha elaborado el presente protocolo que nos permitirá conocer el riesgo que tiene el paciente y actuar sobre los mismo, ejerciendo medidas de prevención brindando cuidados de alta calidad y entrega.

OBJETIVO:

Disminuir la incidencia de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados brindando los cuidados de prevención, diagnóstico y tratamiento basados en principios científicos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el riesgo de padecer una UPP de cada paciente en los distintos niveles asistenciales.
- Registrar y protocolizar los cuidados de enfermería.
- Estandarizar los cuidados de enfermería en el Hospital General de Chone.
- Promover la identificación de todos los pacientes de riesgo de forma precoz

ALCANCE

La presente norma se aplicará a todos los pacientes de las diferentes áreas del Hospital General de Chone que presenten riesgo de presentar Úlceras por presión.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	 Hospital General
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 10-29	

DEFINICION:

ULCERA POR PRESION

Es toda lesión de la piel producida por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.

FACTORES DE RIESGO

La población de riesgo para desarrollar UPP la constituyen los pacientes ancianos, encamados o inmovilizados en sillas con enfermedades crónicas y aquellos que tienen alterada la sensibilidad y no perciben el dolor isquémico; también aquellos que no se pueden recolocar ellos solos. Es en este grupo de pacientes que se tendrá que evaluar el riesgo.

Entre los factores de riesgo encontramos los siguientes:

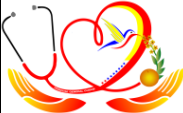
- **Factores Primarios:** En la formación de las UPP participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción, cizallamiento y humedad.

Presión. La presión directa es la fuerza primara que favorece la formación de úlceras. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. La formación de una úlcera depende tanto de la presión que se hace sobre una zona de la piel como del tiempo que esta se mantiene.

La ecuación “presión+ tiempo=ulcera” define de forma clara el concepto de UPP. Kosiak demostró que aplicar una presión baja durante un periodo largo de tiempo provoca más daño tisular que una presión alta durante un periodo de tiempo corto. Por otra parte se ha demostrado que el 90 % de los enfermos con menos de 20 movimientos espontáneos, durante la noche, desarrollan úlceras.

Fricción. Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. El roce de la piel con otras superficies (sábanas) hace que el estrato córneo se lesione y puede provocar flictenas intraepidérmicas y erosiones superficiales. La fricción minimiza la relación presión-tiempo que determina la aparición de isquemia cutánea.

Cizallamiento. Es la combinación entre los efectos de la presión y fricción, por ejemplo en la posición fowler que se produce deslizamiento del cuerpo puede provocar fricción en el sacro y presión sobre la misma zona. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas en un plano perpendicular a las prominencias óseas, como la tuberosidad isquiática. Estas fuerzas hacen que la piel del sacro este inmóvil, mientras que el tejido subcutáneo y los vasos glúteos son estirados y alargados. A causa de este efecto, la presión que se necesita por disminuir la aportación sanguínea es menor y se produce rápidamente una isquemia

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 11-29	

del músculo. Estas fuerzas de cizallamiento se producen cuando el paciente no está bien apoyado y la cama esta levantada a más de 30º (C).

Humedad. Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.

- **Otros Factores.**

- **Fisiopatológicos:**

Lesiones Cutáneas (Edema, sequedad de piel, pérdida de elasticidad)

Trastornos del aporte de oxígeno (Enfermedades cardiopulmonares, vasculares periféricas, éxtasis venoso).

Alteraciones Nutricionales (Desnutrición, obesidad, deshidratación).

Trastornos inmunológicos (Neoplasias, infecciones).

Alteraciones del estado de conciencia (confusión, coma).

Trastornos neurológicos (Déficit sensoriales y motores).

Incontinencia (urinaria y/o fecal).

- **Tratamientos:**

Inmunosupresores (Radioterapia, corticoides, cisostáticos).

Sedantes (Benzodiazepinas).

- **Situación:**

Inmovilidad por dolor, fatiga, estrés.

Arrugas en la ropa de la cama, pijama, objetos de limpieza.

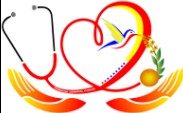
Falta de educación sanitaria de los pacientes.

Falta de criterios unificados por parte del equipo asistencial.

VALORACIÓN DEL PACIENTE Y DE SU ENTORNO DE CUIDADOS

A todo paciente que ingresa a una casa de salud hospital, debe hacersele sistemáticamente una **valoración de enfermería** completa que incluya:

- Capacidad de satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.
- Examen físico y del estado actual de salud prestando especial atención a los factores de riesgo de presentar UPP, y tratamiento farmacológico.
- Evaluación nutricional con un instrumento validado capaz de detectar riesgo de desnutrición o desnutrición establecida.
- Aspectos psico-sociales, identificando a la persona que lo cuida y posibles apoyos sociales.
- Evaluación de riesgo de presentar UPP con una escala validada.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 12-29	

Superficies Especiales de Presión (SEMP).

Se considera SEMP a toda superficie que presenta propiedades de reducción o alivio de la presión sobre la que puede apoyarse una persona totalmente, ya sea en decúbito supino, prono o en sedestación.

Estas superficies ayudan a Facilitar la evaporación de la humedad, a provocar escaso calor al paciente, a disminuir las fuerzas de cizalla, es de sencillo mantenimiento y manejo, compatible con el protocolo de control de infecciones, es compatible con las necesidades de reanimación cardio-pulmonar.

Estos medios de confort no se deben considerar como un material complementario ya que no sustituyen al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Para evitar el desarrollo de las UPP se lo realiza a través de la planificación de cuidados de enfermería aplicados a todo paciente con riesgo de desarrollar una UPP. Para esto debemos tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Identificar y valorar el riesgo de cada paciente.
2. Mantener y mejorar el estado de su piel.
3. Proteger la piel ante los efectos adversos de la presión, fricción, cizallamiento y humedad.

1. VALORACIÓN DEL RIESGO:

Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.

Para valorar el riesgo se recomienda utilizar la escala validada de Braden (anexo 3). Según la puntuación se clasificarán los pacientes con riesgo alto, moderado y bajo. Esta puntuación dará una idea de quienes son los pacientes que necesitan una monitorización más estricta. Esta escala tiene mayor sensibilidad y especificidad que otras y valora aspectos nutricionales. No se aconseja modificar la escala, si no se puede validar con tal de asegurarnos la sensibilidad, especificidad y variabilidad entre observadores.

Se recomienda hacer la escala al ingreso y cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración por ejemplo en el caso de presentar Isquemia de cualquier origen, Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas), pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen, Hipotensión prolongada, pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas, cambio habitual de la persona que lo cuida.

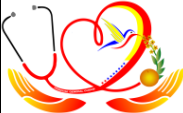
 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	 Hospital General
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 13-29	

2. MANTENIMIENTO Y/O CUIDADO DE LA PIEL:

- Se ha de inspeccionar la piel cada día de forma sistemática, prestando más atención en las zonas de protuberancias.
- Se observara si hay sequedad, excoriaciones, eritema, maceración.
- Se mantendrá la piel limpia y seca siempre.
- Se utilizara agua tibia y jabón neutro y poco irritante.
- En los recién nacidos es recomendable mantener la vermex caseosa, evitando el empleo de jabones con ph alcalino.
- No se sujetará el sensor de oximetría con cinta médica.
- El sensor del oxímetro se cambiara de sitio en forma frecuente dependiendo del riesgo.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión ya que posibilitan una óptima hidratación, favorecen el aumento de la circulación capilar y refuerzan la resistencia cutánea.
- Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga ALCOHOL (de romero, tanino, colonias, etc.)
- No se hará fricción sobre la piel.
- Minimizar los factores ambientales que provocan sequedad de la piel.
- Se utilizaran cremas hidratantes.
- No se realizaran masajes sobre las prominencias óseas ya que producen roturas capilares que favorecen las UPP.
- Mantenga la ropa de cama y del paciente limpia, seca y sin arrugas. La lencería será Preferentemente de tejidos naturales (algodón). No usar productos irritantes para lavar la ropa.

3. CONTROL DE EXCESO DE HUMEDAD:

- Valore y trate los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
- Si el paciente presenta incontinencia se hará el cambio de pañales con más frecuencia.
- Mantener libre de la humedad producida por la incontinencia fecal o de orina ya provoca maceración y edema de la piel, con lo que hace más susceptible a la abrasión.
- Después de cada episodio de incontinencia (especialmente tras cada deposición), lave la zona perineal, limpie bien con agua templada y jabón neutro.
- Seque sin friccionar, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.
- Aplicar Cavilon (apósito adhesivo de barrera) o pomadas protectoras a aquellos pacientes que lo tengan prescrito por exceso de humedad.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 14-29	

- Se controlaran los drenajes, el exudado de las heridas, las colostomía, se protegerá la piel que rodea el estoma con apósito adhesivo de barrera (CavilonR). (esperar 30" antes de pegar el disco adhesivo).

Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afectada comparándola con el calor en otra zona del cuerpo.

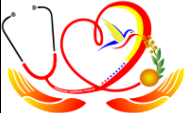
4. MANEJO DE LA PRESION

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, se deben considerar cuatro elementos fundamentales:

- Movilización
- Cambios posturales
- Superficies especiales de la presión (SEMP)
- Protección local ante la presión

PARA REALIZAR CAMBIOS POSTURALES TOMAREMOS LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- Informarse del grado de dependencia de la persona.
- Explicar el movimiento y solicitar la colaboración de la persona (paciente consciente).
- Solicitar ayuda a los compañeros cuando sea necesario, si el movimiento se realiza entre varios se debe dar una orden única y precisa.
- Reducir al mínimo los roces entre la persona y la superficie sobre la que se está moviendo: a la hora de movilizar a la persona a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
- La cama deberá estar preparada con una "media sábana", se la coloca debajo del paciente de forma que llegue desde los muslos hasta los hombros.
- Para manejar al paciente con la media sabana ésta se enrollará por los laterales sujetándola fuerte lo más cerca posible del paciente, pudiendo así moverlo hacia cualquier lado de la cama sin fricciones.
- Cuando se realicen las movilizaciones la cama debe estar plana, en caso de que el paciente deba tener la cabecera elevada se elevará una vez terminada la manipulación y no más de 30° si su patología base lo permite.
- El paciente debe quedar centrado en la cama para evitar que quede apoyado sobre la pared o las barandillas.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 15-29	

- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo y de la SEMP utilizada.
- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural.

MEDIDAS QUE SE DEBEN CONSIDERAR PARA EVITAR INTERVENCIONES IATROGÉNICAS:

- **No** levantar el peso de la persona si se puede deslizar o girar.
- **No** arrastrar a la persona sobre la cama al recolocarlo.
- **No** utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento. En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.
- **No** sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP.
- En decúbito lateral **No** sobrepasar los 30º de inclinación y evitar apoyar el peso en las prominencias óseas ayudándose de almohadas.
- **No** mantener protecciones locales sin revisiones diarias.

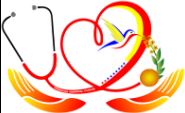
CONDICIONANTES PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS CAMBIOS POSTURALES

- Dificultad para su realización periódica.
- Utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas.
- Imposibilidad de realizarlos en muchos pacientes de cuidados intensivos.
- Patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales: cirugía cardíaca, inestabilidad hemodinámica, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados o intervenciones neuroquirúrgicas.

CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES TERMINALES.

Su situación no justifica que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de UPP.:

- Prestar especial atención a la aparición de nuevas lesiones, es una complicación previsible.
- En situación de agonía será necesario “plantearse” incluso la necesidad de realizar cambios posturales.
- Utilizar Superficies Especiales de Presión especialmente dirigidos a este grupo de pacientes, pues contemplan la consecución de elevadas medidas de confort.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 16-29	

CUIDADOS EN EL USO DE LOS MEDIOS DE CONFORT

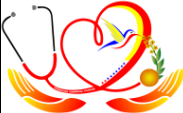
- Los colchones de poliuretano su tolerancia de hundimiento es de 1cm., a partir de ahí comienzan a perder propiedades.
- El compresor de los sobre colchones que se insuflan no se colocará nunca enganchado en el cabecero de la cama.
- Los tubos de aire que conectan el colchón y el compresor no deben quedar comprimidos.
- Se limpiarán siempre que se ensucien, insistiendo en las zonas que hay entre las celdas para prevenir pinchazos, acumulación de suciedad, etc.
- La presión ideal es cuando entre el colchón y el paciente podemos introducir dos dedos.
- Pierde sus propiedades si existen pinchazos o el compresor no realiza la alternancia de presiones.
- Use una superficie estática cuando el individuo puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las úlceras por presión y/o en pacientes con riesgo bajo.
- Emplee una superficie dinámica si el individuo es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras y/o en pacientes con riesgo medio/alto.
- En el caso de pacientes de riesgo medio o alto, se deberá utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión en sedestación.

PROTECCIÓN LOCAL ANTE LA PRESIÓN.

- En zonas de especial riesgo para el desarrollo de UPP como son talones, región occipital, sacro, deben utilizar sistemas de protección local ante la presión, que facilitaran la inspección de la piel al menos una vez al día, estas deben ser compatibles con otras medidas del cuidado local.
- Cuando dejamos el talón libre de presión debemos evitar la caída del pie (pie equino), para ello debemos mantener el pie en ángulo recto con la pierna; ayudándonos de los dispositivos adecuados.
- Observar cualquier situación en la que los dispositivos utilizados en la persona puedan provocar problemas relacionados con la presión y el rozamiento sobre una zona de prominencia, piel y mucosas (sondas, tiras de mascarilla, tubos orotraqueales, gafas nasales, máscaras de presión positiva, catéteres, yesos, férulas, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización y sujeción).

ESTADO NUTRICIONAL

Diversos estudios indican que la desnutrición es un factor de riesgo importante para la formación de UPP. Por lo que se debe procurar que la dieta del individuo contenga los alimentos necesarios para evitar la aparición de la UPP.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 17-29	

CONSIDERACIONES GENERALES

En cualquier fase que nos encontremos tanto en la prevención como en el cuidado de las UPP debemos tener las siguientes consideraciones a nivel general:

- Debemos garantizar la continuidad de los cuidados de prevención y tratamiento en los posibles tránsitos de los pacientes entre los niveles asistenciales.
- Incluir la descripción de sus cuidados en los informes de alta.
- Identificar al familiar más cercano y proporcionarle la información, recomendaciones y apoyo necesario para facilitar los cuidados al paciente.
- Dejar registrada su capacidad en el manejo del problema y la aceptación de su rol en el cuidado del paciente.
- Valorar y controlar si el familiar demuestra capacidad para participar en el programa de prevención y tratamiento.
- Enseñar los conocimientos básicos necesarios para los cuidados.
- Registrar siempre en la historia clínica la información obtenida de forma completa y exacta, identificando la escala utilizada y la puntuación obtenida, tanto en el total como en cada parámetro.
- El registro permite el inicio y la continuidad de los cuidados, el registro por parte del profesional de las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención es una medida de gran ayuda en la mejora de la calidad asistencial.

EVALUACIÓN

El proceso de evaluación es un instrumento básico para mejorar la eficacia de los cuidados, estrategias preventivas de las úlceras por presión

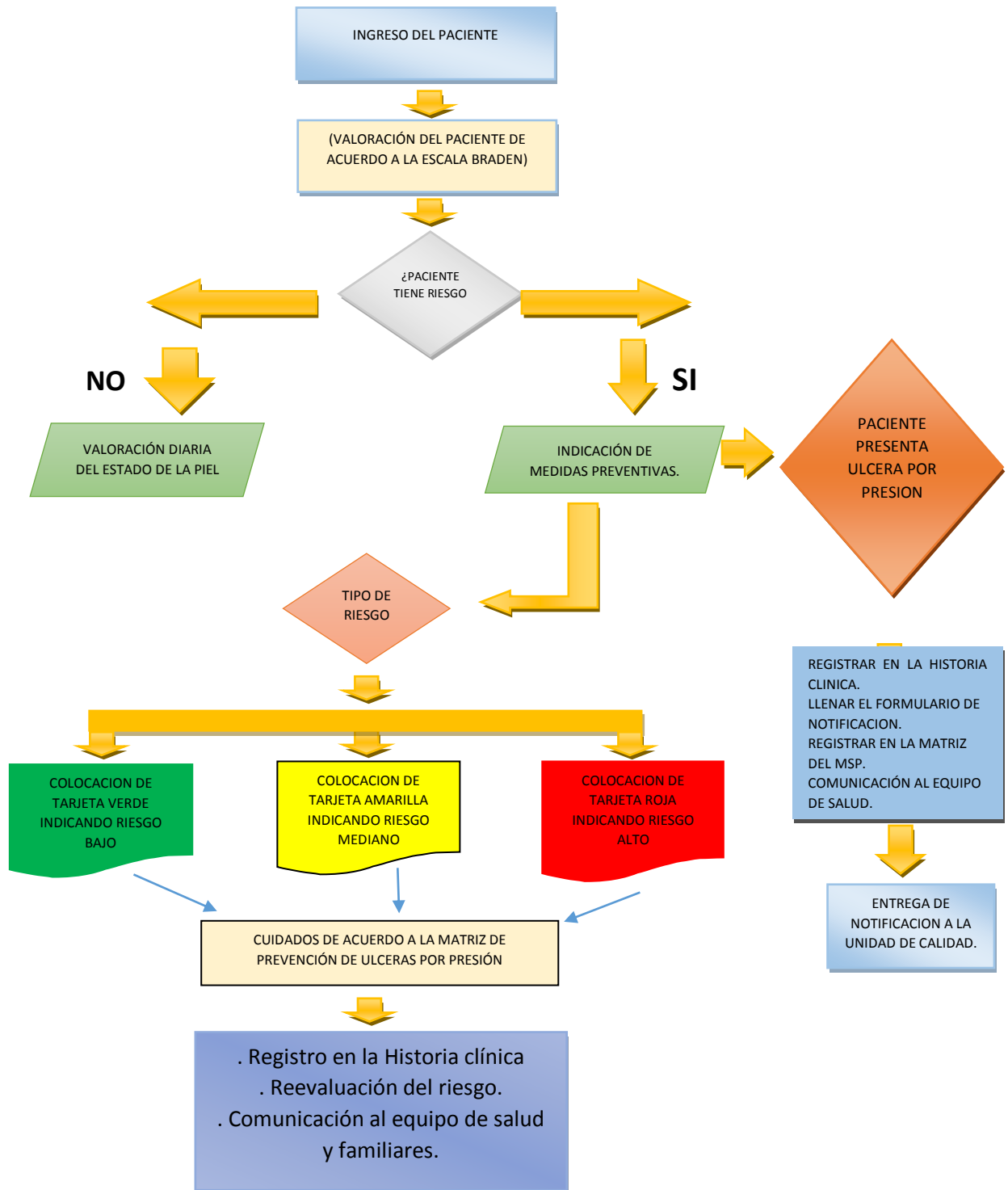
- Es necesario establecer un programa de calidad con el objetivo de mejorar la atención prestada a los pacientes, facilitar el trabajo en equipo.
- La problemática de estas lesiones debe ser abordada desde un enfoque multidisciplinario implicando necesariamente a las estructuras de gestión.
- Los resultados de la prevención pueden medirse en base a la incidencia y prevalencia de las UPP.

MONITORIZACIÓN

- **Prevalencia** = N° de pacientes con UPP / N° total de pacientes a estudio en esa fecha.
- **Incidencia** = N° de pacientes que desarrollan UPP en un periodo determinado/ N° total de pacientes en estudio durante ese periodo.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 18-29	

FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN.



 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 19-29	

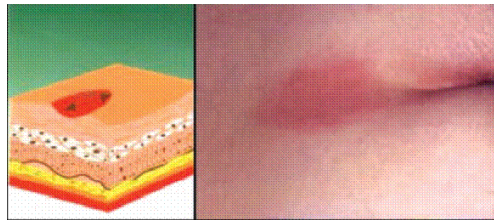
ANEXOS

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 20-29	

ANEXO 1

ESTADIOS DE LAS ULCERAS POR PRESION

ESTADIO I. Alteración que se observa en piel íntegra, relacionada con la presión, manifestado por eritema que no palidece al presionar. Puede presentar cambios en comparación con área del cuerpo no sometida a presión en cuanto a temperatura, consistencia y/o sensaciones.



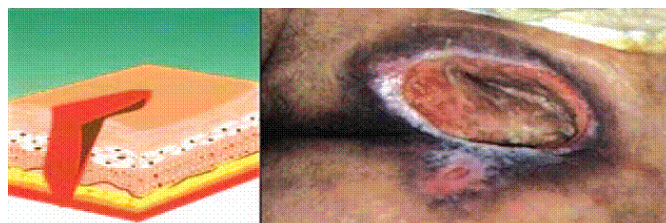
ESTADIO II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

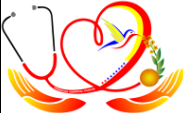


ESTADIO III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hacia abajo pero no a la fascia subyacente.



ESTADIO IV. Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular...). En este caso como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



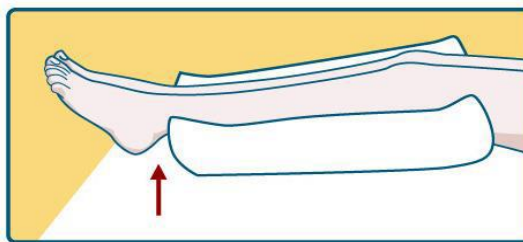
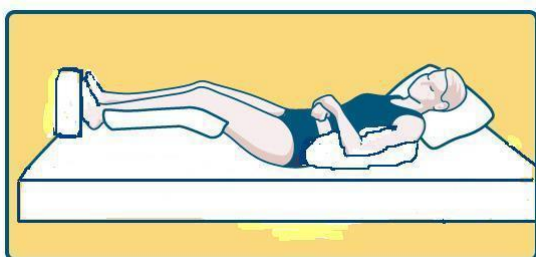
 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	 Hospital General
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 21-29	

ANEXO 2. LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS UPP SEGÚN LA POSICIÓN.

- **Decúbito supino:** Occipital, sacro, omóplatos, cóccix, codos, talones.
- **Decúbito lateral:** Orejas, hombros-acromion, costillas, trocánter, cresta ilíaca, cara interna de las rodillas, maléolos.
- **Decúbito prono:** Mamas, espinas ilíacas, rodillas, dedos de los pies, genitales, nariz.
- **Sedestación:** Omóplatos, codos, isquion, sacro, cóccix, talones, metatarsianos.

POSICIONES TERAPEUTICA

DECUBITO SUPINO (Uso de Almohadas)



- Una debajo de la cabeza y hombros.
- Una bajo los gemelos (evitando el contacto de los talones con el colchón y la hiperextensión de rodillas).
- Una en la planta del pie (antiequino).
- Si existe mucha lordosis en la zona lumbar otra.
- Bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo, alcanzarán hasta la zona externa de los muslos para evitar la rotación externa de trocánteres.

Precauciones:

- La cabeza mirando hacia arriba en posición neutra alineada con el cuerpo.
- Evitar la hiper extensión de rodillas.
- Codos y manos en ligera flexión.
- Evitar rotación de trocánteres.

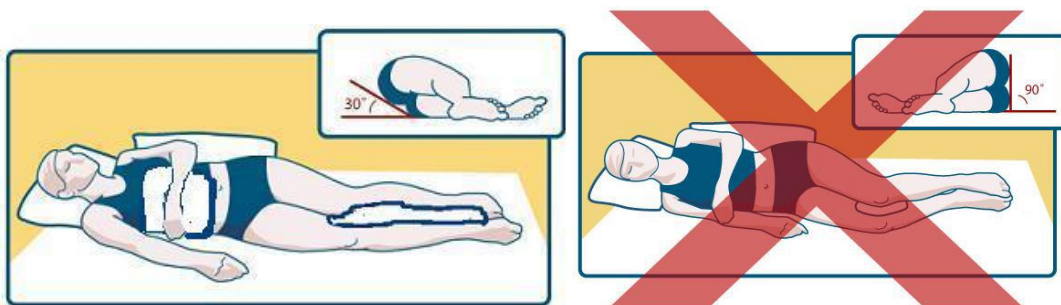
 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 22-29	

DECÚBITO LATERAL DORSAL (Cómo realizar el cambio)

- Desplazar al paciente hacia el lateral de la cama contrario al decúbito deseado.
- Estirar el brazo hacia el lado que se va a girar y flexionar el otro sobre el pecho
- Se flexiona la rodilla de la pierna que va a quedar por encima
- Colocamos una mano sobre el hombro que quedará por encima y la otra en la rodilla flexionada y giramos al paciente en bloque, para mantener la alineación postural.
- Sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente hasta notar que la escápula queda plana.

Almohadas:

- Una bajo la cabeza
- una en la espalda
- otra entre las piernas desde la ingle hasta el pie
- otra bajo el brazo superior.



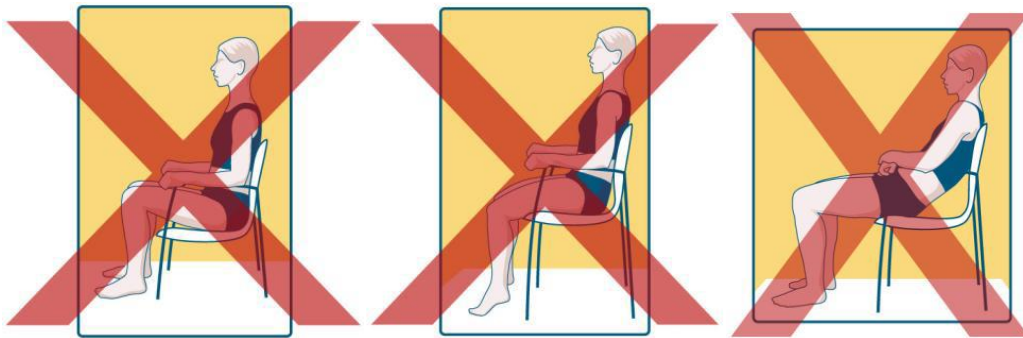
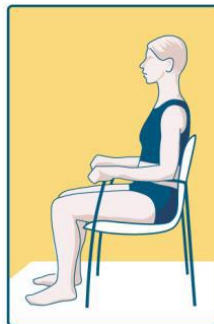
Precauciones:

- la espalda queda apoyada formando un ángulo de 30°.
- las piernas quedarán en ligera flexión
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.
- Las manos y brazos quedarán ligeramente flexionados.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	 Hospital General
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 23-29	

SEDESTACIÓN EN SILLA O SILLÓN

- Espalda apoyada en el respaldo.
- Distribuir por igual el peso en ambas caderas.
- Caderas, rodillas y pies en flexión de 90º.
- Evitar que los pies cuelguen.
- Separar ligeramente las rodillas evitando el contacto de las prominencias óseas, si fuera necesario colocar una almohada entre las rodillas.



Las indicaciones de la colocación de las almohadas está dada de acuerdo a cada situación, debido a que cada patología provoca modificaciones en la estructura osteomuscular de una forma diferente. Como resultado, dependerá de nuestro ingenio el saber adecuar la colocación de los dispositivos de ayuda (almohadas, cojines, cuñas...) a cada paciente con el fin de lograr la postura deseada y su finalidad que no es otra que liberar los distintos puntos de presión.

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 24-29	

ANEXO 3. Directrices para hallar la puntuación de la escala de Braden

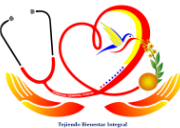
- Este cuestionario consta de 6 ítems (columna de la izquierda):
 - Percepción sensorial,
 - Exposición a la humedad,
 - Nivel de actividad física,
 - Movilidad,
 - Nutrición
 - Roce y peligro de lesiones.
- Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem Roce y peligro de lesiones que se puntúa de 1 a 3.
- Sumar los puntos (fila superior) de la columna elegida en cada ítem y se obtendrá la puntuación de riesgo de padecer UPP. La puntuación sumada oscilará entre 6 y 23.

Riesgo alto: <12 (evaluación diaria)

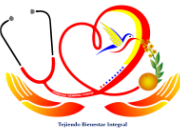
Riesgo medio: 13-15 (evaluación 3 días)

Riesgo bajo: >16 (evaluación 7 días)

Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado.

	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNC-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 25-29	

ESCALA DE BRADEN				
PUNTUACION	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	COMPLETAMENTE LIMITADA Al tener disminuido el nivel de consciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir la mayor parte del cuerpo.	MUY LIMITADA Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta u déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	LIGERAMENTE LIMITADA Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presente alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	SIN LIMITACIONES Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	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.	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.	OCASIONALMENTE HÚMEDA La piel esta ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	RARAMENTE HÚMEDA La piel esta generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Actividad.
NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	ENCAMADO Paciente constantemente encamado/a	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.	DEAMBULA OCASIONALMENTE Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte delas horas diurnas en la cama o silla de ruedas.	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	COMPLETAMENTE INMÓVIL Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de posición del cuerpo o de alguna extremidad.	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 si solo/a.	LIGERAMENTE LIMITADO Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a.	SIN LIMITACIONES Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	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.	PROBABLEMENTE INADECUADA Raramente come una comida completa y generalmente come sólo 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 optima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	ADECUADA Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomara un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	EXCELENTE Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa ninguna comida. Habitualmente como un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	PROBLEMA Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento éntrelas sabanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario.	PROBLEMA POTENCIAL Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sabanas, silla, sistema 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.	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.	RIESGO ALTO: <12 (evaluación diaria) RIESGO MEDIO: 13-15 (evaluación 3 días) RIESGO BAJO: >16 (evaluación 7 días)

	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 26-29	

PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	PUNTUACIÓN DE RIESGO	PUNTUACIÓN DE RIESGO	PUNTUACIÓN DE RIESGO	PROCEDIMIENTO GENERAL
	RIESGO BAJO > 16	RIESGO MEDIO: 13-15	RIESGO ALTO: <12	
HIGIENE CORPORAL	Diario/Demanda 	Diario/Demanda	Diario/Demanda	. No masajear zonas prominentes
VIGILANCIA PUNTOS DE PRESIÓN. PROTECCIÓN DE LA PIEL	ác. grasos hiperoxigenados c/24h.	ác. Grasos hiperoxigenado. c/12h.	ác. grasos hiperoxigenado. c/8-12h.	. Evitar productos que contengan alcohol
SUPERFICIES PARA EL ALIVIO DE LA PRESIÓN (SEMP)	Sistemas estáticos o colchoneta de aire alternante	Colchón de aire alternante de celdas grandes	Colchón de aire alternante de altas prestaciones	. Valorar y tratar incontinencia
PROTECCIÓN DE TALONES Y CODOS	Si procede, ap. hidrocelular no adhesivo de talón	Apósito hidrocelular no adhesivo de talón	Apósito hidrocelular no adhesivo de talón	. Corregir déficit de nutrición
SEDESTACIÓN : SI LO PERMITE PATOLOGÍA	4h. máximo + cojín estático	2/4 h. máximo +cojín Estáticoalternante (reposicionar c/ 15 minutos)	2 h. máximo + cojín alternante (reposicionar c/ 15 minutos)	. Agrupar cuidados y Respetar sueño
CONTROL ALIMENTACIÓN	c/24 h.	c/toma perfil Nutricional	c/toma perfil nutricional	. Evitar colocar al paciente directamente sobre prominencias óseas
CAMBIOS POSTURALES	Fomentar movilidad	c/ 4 h: Rotación programada	c/2h Rotación programada	. No superar los 30º
MEDICIÓN DE RIESGO	c/ 7 días	c/ 3 días	diario	en decúbito y lateralidad
VIGILANCIA ESPECIAL	. ZONA DE INSERCIÓN S.N.G Y. P.E.G.: . POSICIÓN S. VESICAL . MASCARLLA Y GAFAS OXÍGENO: PUNTOS DE PRESIÓN			. DRENAJES y OSTOMIAS. HUMEDAD . SUJECIONES MECÁNICAS... . Registrar Actividades
CUANDO UN PACIENTE PRESENTA ULCERA POR PRESIÓN SE CONSIDERA AUTOMÁTICAMENTE COMO DE ALTO RIESGO				

 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	 Tejiendo bienestar integral
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 28-29	

ANEXO 7. SUPERFICIES SEMP (Tipos de superficies)

Es recomendable utilizar en todos los niveles asistenciales, una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.

- **Paciente de riesgo bajo:** Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos,...)
- **Pacientes de riesgo medio :** Preferentemente superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias,...) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos, ...)
- **Pacientes de riesgo alto:** Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas, ...)
- Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.

“Considere siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados “(movilización y cambios posturales).

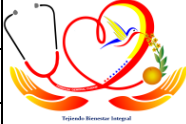
Entre las superficies SEMP encontramos las siguientes.

Estáticas: colchonetas y cojines estático de aire, de fibras especiales (siliconadas), visco- elásticos y de espumas especiales.

Dinámicas: Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire, colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire, camas y colchones de posicionamiento lateral y camas fluidificadas.

Existen en el mercado distintos materiales diseñados específicamente para camillas, mesas de quirófano y radiología, incubadoras, nidos, etc.



 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CÓDIGO: HGNDG-GC: PCE	
	PREVENCIÓN DE ULCERA POR PRESIÓN	REVISIÓN: 1	
	PROCESO: AGREGADOR DE VALOR- UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	PÁGINAS: 29-29	

BIBLIOGRAFIA

- Dirección de enfermería. Área de Formación y Calidad. Manual de Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Sntander Hospital Universitario. 2003.
- Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Servicio de Cantadro de Salud. 2005
- Subdirección Asistencial de Enfermería. Guías practicas Clínica, Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serveit de Salut. 2007.
- Guía de Prevención y Diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Josefina Martínez. Enfermera de procesos y metodología. Hospital San Pero Logroño. Rioja 2008.
- Guía práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o que tienen el riesgo de padecerla. Coselleria de Santinatat. Generalitat 2012.
- Guía de úlcera por presión. María del Carmen Muñoz. Salud. 14.
- Protocolo en cuidados por úlceras por presión. Hospital Reina Sofía de Córdoba.