



Servicio Madrileño de Salud

Gerencia de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



GUÍA DE CUIDADOS: PREVENCIÓN DE  
ÚLCERAS POR PRESIÓN

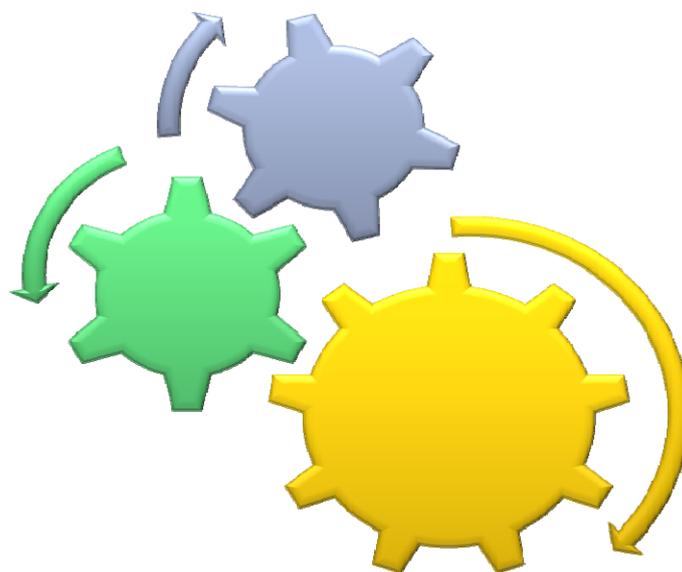
EDICIÓN: 1

Fecha: 05/06/2012

Página: 1 de 25

EN VIGOR: 15/06/2012

# GUÍA DE CUIDADOS: PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN





## ÍNDICE:

|  |    |
|--|----|
| 1.-INTRODUCCIÓN  | 3  |
| 2. OBJETIVOS   | 6  |
| 3. ALCANCE   | 6  |
| 4. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO                                    | 7  |
| 4.1.- VALORACIÓN (PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON)                 | 7  |
| 4.2- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE CUIDADOS                         | 10 |
| 4.3.- PLAN DE CUIDADOS: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA | 11 |
| 5. CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA                                  | 14 |
| 6. EVALUACIÓN  | 17 |
| 6.1.- INDICADORES DE PROCESO   | 17 |
| 6.2.- INDICADORES DE RESULTADO                                       | 18 |
| 7.- BIBLIOGRAFÍA   | 19 |
| 8. INFORMACIÓN ADICIONAL   | 20 |
| 9. GESTIÓN DOCUMENTAL  | 21 |
| ANEXO 1: ESCALA DE NORTON MODIFICADA.INSALUD (MADRID)                | 22 |
| ANEXO 2:INTERVENCIÓN NIC:CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO              | 23 |
| ANEXO 3: FOLLETO EDUCATIVO: PREVENCIÓN UPP                           | 24 |



## 1.-INTRODUCCIÓN

### Justificación

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema importante para la salud de los pacientes y en muchos casos pueden agravar el pronóstico de las distintas patologías que padecen. La aparición de una UPP lleva consigo una serie de problemas añadidos para los pacientes y para los familiares, pues su atención requiere convertirse en cuidadores principales lo que conlleva una carga física y psicológica importante.

Según los estudios publicados por diversos autores (Hibbs 1987; Waterlow 1996) el 95% de las UPP en el paciente de riesgo pueden evitarse, por lo que su aparición constituye, en general, un indicador de "mala" calidad asistencial. La prevención de las úlceras por presión requiere la aplicación de unos cuidados estructurados de carácter preventivo.

### Definición de UPP

Son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, y producidas por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros (Almendariz, 1999).

### Características epidemiológicas de las UPP

Habitualmente las UPP afectan a personas mayores de 65 años con movilidad reducida. En la Comunidad de Madrid, en enero de 2011, la población mayor de 65 años suponía el 15,2% de la población total (968.312/6355293). La evaluación de la Cartera de Servicios Estandarizados 2010 ha identificado la existencia de 38.035 pacientes inmovilizados.

Además estas lesiones son un problema de salud importante, tanto por su incidencia y su prevalencia altas como por sus repercusiones. El estudio nacional de prevalencia de UPP realizado en 2005 por el Grupo Nacional



para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) muestra una prevalencia media de UPP en la atención primaria del 9,11 % (DE 10,9 %) entre los pacientes que recibían atención domiciliaria, una prevalencia en hospitales del 8,9 % (DE 12,2 %) y del 10,9 % (DE 11,9 %) en la asistencia socio-sanitaria.

Se ha incluido un nuevo indicador de seguridad en el contrato programa de centro para medir la incidencia y prevalencia de UPP en pacientes inmovilizados, obtener datos de toda la Comunidad de Madrid y comprobar la efectividad de las medidas preventivas.

## **Etiología de las UPP**

La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destacan las fuerzas de presión, la tracción y la fricción.

### PRESIÓN

Se considera que la presión directa sobre la piel y fundamentalmente sobre las prominencias óseas es el determinante primario para la formación de UPP. Los efectos de la presión sobre la piel y tejidos adyacentes dependen tanto de la cantidad como de la duración de la misma. La fórmula "presión + tiempo = úlcera" lo define de forma clara. Ya en 1959, Kosiak demostró que aplicar una presión baja durante un periodo largo de tiempo puede provocar el mismo daño tisular que una presión alta durante un periodo de tiempo corto.

### FRICCIÓN

Las fuerzas de fricción se generan cuando una superficie roza con otra dañando la unión dermo-epidérmica. Estas fuerzas pueden causar una lesión o abrasión de la piel que, habitualmente, tiene forma de ampolla y se suele localizar en talones y codos.



### TRACCIÓN

Las fuerzas de tracción lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantienen fijas. Típicamente se producen fuerzas de tracción cuando se eleva la cabecera de la cama y el paciente se resbala hacia la parte inferior, o cuando se escurre al estar sentado en una silla. Se estima que el 30% de las úlceras se producen por esta causa y su localización es generalmente en el área sacro-coxígea (Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias, 2001).

### **Localización de las UPP**

Según sean las posiciones que el paciente mantenga durante un tiempo superior a más de 3 horas, las zonas más susceptibles de desarrollar úlceras por presión son: el sacro, los glúteos, los talones, el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos.

### **Clasificación de las UPP**

Existen muchas clasificaciones, pero la más utilizada es la de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

- **GRADO I.** Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis.
- **GRADO II.** Piel con solución de continuidad, vesículas y/o flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial.
- **GRADO III.** Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando incluso a la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo, a menos que se encuentre cubierto de tejido necrótico seco.
- **GRADO IV.** Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular). Presenta cavernas o trayectos sinuosos.

## Cartera de Servicios de Atención Primaria

La Cartera de Servicios Estandarizados de la Comunidad de Madrid en el *Servicio 501: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados*, define a estos, como las personas que pasan la mayor parte de su tiempo en cama (y sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas) o tienen dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales).

Este servicio incluye la pertinencia de hacer la valoración del riesgo de úlceras por presión, mediante la escala validada de Norton (Criterio de Buena Atención o CBA 3) y la necesidad de elaborar un plan de cuidados de acuerdo con las necesidades y problemas identificados.



## 2. OBJETIVOS

### GENERAL:

Prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes inmovilizados.

### ESPECÍFICOS:

Mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en la prevención de lesiones de la piel en pacientes inmovilizados.

Fomentar la utilización del Proceso de enfermería como metodología de trabajo, para la intervención sobre este problema de salud.



## 3. ALCANCE

Enfermeras y resto de profesionales sanitarios de los centros de salud de la Comunidad de Madrid.



## 4. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

### ► 4.1.- VALORACIÓN (patrones funcionales de M. Gordon)

#### P1: Percepción/manejo de la salud

- Historia médica, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.
- Antecedentes de úlceras por presión y/u otras lesiones de la piel
- Nombre, dosis y frecuencia de los fármacos prescritos y no prescritos.
- Adherencia a tratamientos prescritos y Seguimiento de cuidados
- Consumo de tabaco y alcohol

#### P2: Nutricional/metabólico

- Tipos y cantidad de alimentos (especialmente proteínas) y líquidos.  
Necesidad de suplementos
- Estado de la piel: hidratación, induración, integridad,...
- Puntos de presión y fricción <sup>(1)</sup>
- Peso y Tª

#### P3: Eliminación

- Patrón de eliminación urinaria: frecuencia y control
- Presencia de drenajes u otro tipo de sondajes
- Patrón habitual de defecación: cantidad, consistencia, control...

#### P4: Actividad y ejercicio

- Valoración de la deambulacion, actividad y movimiento.
- Capacidad para el autocuidado: vestirse, bañarse, alimentarse, uso del inodoro (independiente, dependiente o necesita ayuda).
- Escala de Norton (Riesgo de UPP)<sup>(2)</sup>
- Pulso, TA

## P5: Cognoscitivo - Perceptual

- Nivel de conciencia, orientación.
- Dificultades de comprensión/comunicación

## P8: Rol - Relaciones

- Estructura y apoyo familiar
- Cuidador principal: ¿quién es?, capacidad para realizar los cuidados,..

### <sup>(1)</sup> Zonas de presión:

Según la posición en que pongamos al paciente, las zonas que van a soportar una mayor presión son:

| DECÚBITO SUPINO | DECÚBITO LATERAL        | DECÚBITO PRONO       | SENTADO                |
|-----------------|-------------------------|----------------------|------------------------|
| R. Occipital    | Orejas                  | Orejas               | Omóplatos              |
| Omóplatos       | Acromion                | Acromion             | Glúteo                 |
| Codos           | Parrilla costal         | Senos ( mujer)       | Interglúteo            |
| Sacro           | Trocánter               | Crestas ilíacas      | Tuberosidad isquiática |
| Talones         | Maléolo y borde del pie | Genitales masculinos |                        |
|                 |                         | Rodillas             |                        |
|                 |                         | Dedos de los pies    |                        |

### <sup>(2)</sup> Escalas de valoración del riesgo de ulceración:

Ayudan a detectar el posible riesgo de ulceración. Estas escalas contemplan varios factores que son determinantes a la hora de realizar cuidados asistenciales que eviten la aparición de úlceras y tienen una capacidad predictiva superior al juicio clínico de las enfermeras para predecir el riesgo de un paciente de desarrollar UPP.

Se ha constatado que la inmovilidad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de una UPP, existiendo otros como la presencia de un bajo nivel de conciencia, las alteraciones sensoriales, enfermedades agudas graves, existencia de antecedentes previos de úlceras por presión o la humedad de la piel, que favorece la maceración y los efectos de las fuerzas de tracción y rozamiento.

La **escala de Norton modificada** es un instrumento validado que posibilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión. Su objetivo es la detección del riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos. Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos:

- Valoración del estado físico general.
- Valoración del estado mental.
- Valoración de la actividad.
- Valoración de la movilidad.
- Valoración de la incontinencia.

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo "1" el que corresponde a un mayor deterioro y "4" el que corresponde a un menor deterioro. (Aclaración de cada categoría en Anexo 1)

| VARIABLE                 | 4         | 3                       | 2            | 1               | PUNTUACIÓN |
|--------------------------|-----------|-------------------------|--------------|-----------------|------------|
| <b>Condición Física</b>  | Buena     | Regular                 | Pobre        | Muy mala        |            |
| <b>Estado mental</b>     | Orientado | Apático                 | Confuso      | Inconsciente    |            |
| <b>Actividad</b>         | Deambula  | Deambula con ayuda      | Cama/sillón  | Encamado        |            |
| <b>Movilidad</b>         | Total     | Disminuida              | Muy limitada | Inmóvil         |            |
| <b>Incontinencia</b>     | Control   | Incontinencia ocasional | Urinaria     | Urinaria- fecal |            |
| <b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b> |           |                         |              |                 |            |

La puntuación que puede obtenerse oscila entre "5" (máximo riesgo) y "20" (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de "14" supone una situación de riesgo.

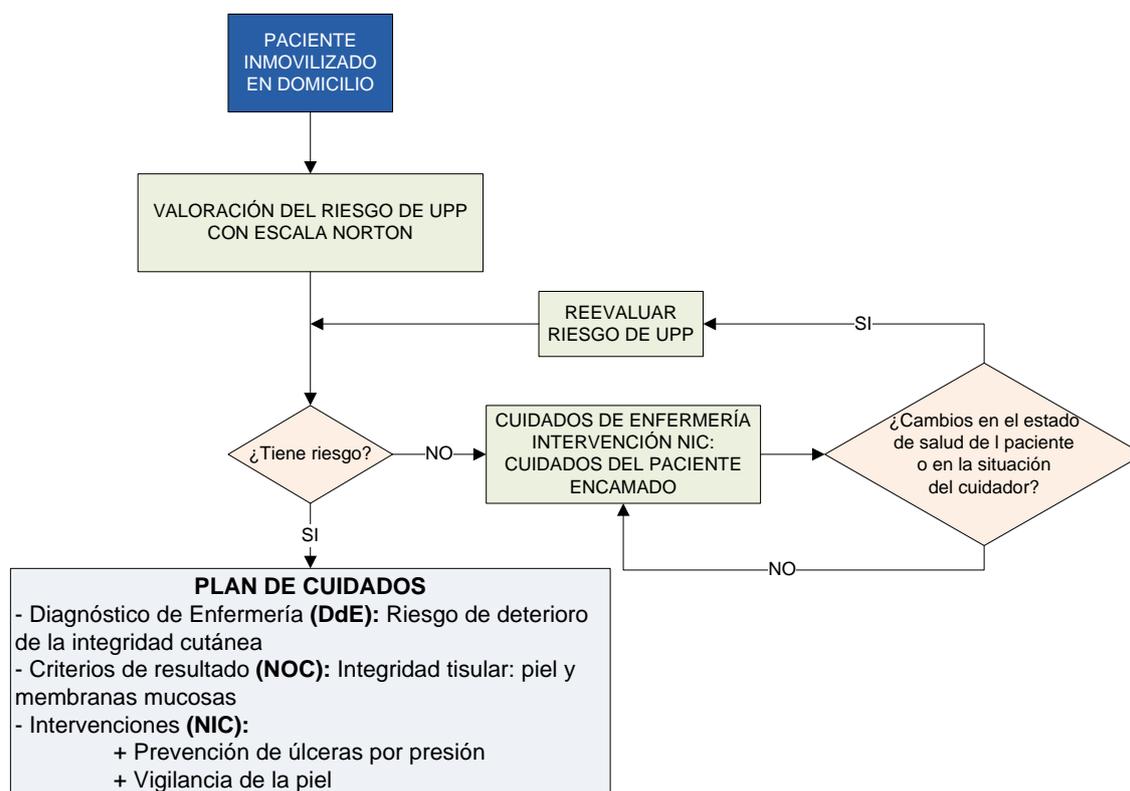
- Índice de 5 a 11, alto riesgo.
- Índice de 12 a 14, riesgo evidente.
- Índice > 14, no riesgo.

La escala debe utilizarse de forma continuada y la frecuencia de revaloración dependerá de los cambios en las condiciones del paciente y su entorno.



## ► 4.2- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE CUIDADOS

### Algoritmo de diagnóstico y planificación:



- Si el paciente presenta una puntuación > 14 en la escala de Norton se considera que no presenta ningún problema de cuidados relacionado con la integridad de la piel (UPP). En este caso se aplican los cuidados de enfermería recogidos en la intervención NIC: cuidados del paciente encamado (Ver Anexo 2)

- Si la **puntuación en la escala de Norton es  $\leq 14$**  se considera que existe un problema de cuidados o diagnóstico de enfermería relacionado con la integridad de la piel: **riesgo de deterioro de la integridad cutánea**

**Definición:** riesgo de alteración cutánea adversa

**Posibles factores de riesgo:**

|          |  |                                     |
|----------|--|-------------------------------------|
| INTERNOS | Cambios en la tersura de la piel                 | Estado de desequilibrio nutricional |
|          | Deficiencia inmunitaria                          | Factores de desarrollo              |
|          | Deterioro de la circulación                      | Medicamentos                        |
|          | Deterioro de la sensibilidad                     | Prominencias óseas                  |
|          | Deterioro del estado metabólico                  | Edad extrema                        |
| EXTERNOS | Excreciones                                      | Humedad                             |
|          | Factores mecánicos (p. Ej., presión, sujeciones) | Inmovilización física               |
|          | Hidratación                                      | Radiación                           |
|          | Hipertermia                                      | Secreciones                         |
|          | Hipotermia                                       | Sustancias químicas                 |

► **4.3.- PLAN DE CUIDADOS: RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

**- CRITERIO DE RESULTADO (NOC): integridad tisular: piel y membranas mucosas**

**Definición:** indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas

| INDICADOR                      | ESCALA DE VALORACIÓN                          |
|--------------------------------|---|
| Elasticidad                    | Gravemente comprometido hasta No comprometido |
| Eritema                        | Grave hasta Ninguno                           |
| Hidratación                    | Gravemente comprometido hasta No comprometido |
| Induración                     | Grave hasta Ninguno                           |
| Integridad de la piel          | Gravemente comprometido hasta No comprometido |
| Lesiones cutáneas              | Grave hasta Ninguno                           |
| Lesiones de la membrana mucosa | Grave hasta Ninguno                           |
| Necrosis                       | Grave hasta Ninguno                           |
| Palidez                        | Grave hasta Ninguno                           |
| Perfusión tisular              | Gravemente comprometido hasta No comprometido |
| Sensibilidad                   | Gravemente comprometido hasta No comprometido |
| Temperatura de la piel         | Gravemente comprometido hasta No comprometido |

**- INTERVENCIÓN (NIC): prevención de úlceras por presión**

**Definición:** prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.



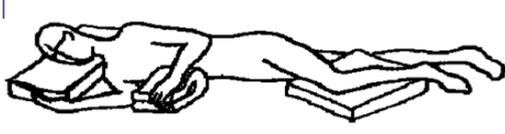
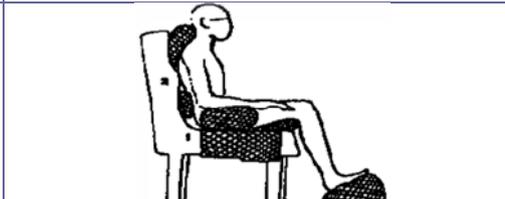
## Actividades:

| ACTIVIDADES  |
|--|
| Animar al individuo a no fumar y a evitar la ingesta de alcohol  |
| Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede  |
| Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede   |
| Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso                             |
| Ayudar al individuo a mantener un peso saludable   |
| Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón, procurando mantener la alineación corporal        |
| Colocar el programa de cambios posturales al pie de cama, si procede   |
| Controlar la movilidad y la actividad del individuo  |
| Girar al paciente con cuidado para evitar lesiones en una piel frágil  |
| Girar al paciente continuamente cada 1-2 horas, si procede   |
| Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión   |
| Documentar el peso y los cambios de peso   |
| Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria                                  |
| Enseñar a los miembros de la familia/cuidador las medidas para minimizar la aparición de úlceras y vigilar si hay signos de pérdida de integridad de la piel     |
| Evitar dar masajes en las prominencias óseas.  |
| Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño   |
| Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30°.  |
| Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra  |
| Evitar el roce de prominencias óseas entre sí  |
| Evitar la aplicación de cualquier tipo de alcoholes (romero, colonia...) ya que resecan la piel  |
| Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies  |
| Hidratar la piel seca, intacta, extendiendo la crema sin dar masajes (masajes no recomendados)   |
| Inspeccionar la piel de las prominencias óseas (talones,...) y demás puntos de presión al cambiar de posición o al menos una vez al día                          |
| Instruir al paciente para que identifique y notifique cualquier zona en la que sienta algún tipo de dolor  |
| Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas  |
| Mantener, en la medida de lo posible, la alineación corporal del paciente <sup>(1)</sup>   |
| Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal  |
| Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente   |
| Realizar cambios posturales cada 2-4 horas con inmovilidad total y con mayor frecuencia cuanto más peso tenga el paciente. En pacientes sentados levantar c/ 2h. |
| Realizar cambios posturales, independientemente de que el paciente tenga una superficie de apoyo.  |
| Secar muy bien tras el aseo, con especial atención de los pliegues cutáneos.   |



|   |
|---|
| Utilizar camas y colchones especiales, si procede   |
| Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al individuo  |
| Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de upp  |
| Utilizar una esponjilla de lavado para cada zona del cuerpo   |
| Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden, Norton,...) |
| Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida   |
| Vigilar las fuentes de presión y de fricción  |

(1): **Mantenimiento de la alineación corporal:** para mantener una correcta alineación corporal, las almohadas deben colocarse teniendo en cuenta la posición en que pongamos al paciente:

|   |  |
|---|--|
| <p><b>DECÚBITO SUPINO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debajo de la cabeza, no muy altas para evitar problemas de la respiración.</li> <li>- Debajo de los gemelos, para favorecer el retorno venoso.</li> </ul> <p>En el piecero de la cama para evitar el pie equino.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la altura de cada trocánter, para evitar la rotación de las caderas.</li> <li>- En cada brazo, para una mayor comodidad.</li> </ul> |   |
| <p><b>DECÚBITO LATERAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debajo de la cabeza.</li> <li>- A lo largo de la espalda, para evitar la tensión muscular.</li> <li>- Entre las rodillas, para evitar roces.</li> <li>- Debajo del brazo que queda encima del paciente, para su mayor comodidad.</li> </ul>  |  |
| <p><b>DECÚBITO PRONO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debajo de la cabeza.</li> <li>- Debajo del abdomen. Para evitar la tensión muscular.</li> <li>- Debajo de las piernas para favorecer la circulación de retorno.</li> <li>- Debajo de los hombros, para aliviar la tensión muscular.</li> </ul>   |  |
| <p><b>POSICION SENTADO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detrás de la cabeza.</li> <li>- Debajo de cada brazo.</li> <li>- Debajo de los pies.</li> </ul>  |  |

## - INTERVENCIÓN (NIC): vigilancia de la piel

**Definición:** recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

| ACTIVIDADES  |
|--|
| Instaurar medidas para evitar el deterioro (p. Ej. colchón antiescaras, horario de cambio de posición)   |
| Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede  |
| Observar si hay enrojecimiento, calor localizado, edema o induración (dureza) en la piel (signos identificados como señales de advertencia para desarrollo de úlceras) |
| Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel   |
| Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel   |
| Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas   |
| Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad  |
| Observar si hay zonas de presión y fricción  |
| Observar si la ropa queda ajustada   |
| Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades   |
| Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas   |
| Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. Ej. escala de Braden)                           |
| Valorar el estado de la zona de incisión, si procede   |
| Vigilar el color y la temperatura de la piel   |



## 5. CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Aunque el objetivo de este documento no es la elaboración de una guía de práctica clínica basada en la evidencia, si que se ha considerado pertinente realizar una revisión de las guías disponibles en la actualidad y plasmar en este documento aquellos cuidados relacionados con la prevención de úlceras por presión que cuentan con evidencia suficiente para su aplicación en la práctica clínica (consenso entre las guías revisadas).

Se han revisado las guías de práctica clínica elaboradas por la Junta de Andalucía (2007), el Gobierno de la Rioja (2009), el Govern de les Illes Balears (2007), la Generalitat Valenciana (2008) y la Guía de la Asociación de Enfermeras de Ontario –RNAO- (2005).

En un artículo publicado recientemente por Hernández y Verdú (2012), sobre la calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión señalan que las 2 guías de mayor calidad son las del Servicio Andaluz de Salud y la del Gobierno Balear, destacando especialmente la de Andalucía sobre todas las demás.

Para clasificar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones se utiliza el sistema GRADE (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones), que es también el sistema utilizado por las guías de Andalucía y La Rioja. Este sistema define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación. Establece 4 niveles de recomendación:

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>ALTA</b>     | Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.                           |
| <b>MODERADA</b> | Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.                |
| <b>BAJA</b>     | Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado. |
| <b>MUY BAJA</b> | El resultado no ha sido demostrado  |

A continuación se muestran aquellas recomendaciones que presentan un nivel de de evidencia Alto o Moderado, agrupadas por tipo de cuidado:

#### VALORACIÓN DEL RIESGO

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Para la valoración del riesgo, utilizar de forma sistemática, una escala de valoración del riesgo de UPP (EVRUPP) validada                | <b>EVIDENCIA ALTA</b>     |
| Clasificar a las personas, tras la valoración, en las categorías de bajo, medio o alto riesgo y aplicar medidas en función de este riesgo | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |



### CUIDADOS LOCALES DE LA PIEL

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Utilizar jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el ph de la piel. | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |
| No realizar masajes sobre prominencias óseas, ni zonas enrojecidas                              | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |
| Evitar el exceso de humedad producido especialmente en caso de incontinencia                    | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |

### MANEJO DE LA PRESIÓN

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Elaborar un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona   | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |
| Realizar cambios posturales, o cuando sea posible enseñar a la persona a reposicionarse a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |

### SUPERFICIES ESPECIALES PARA EL MANEJO DE LA PRESIÓN

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Las personas de riesgo deben ser situadas sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo   | <b>EVIDENCIA ALTA</b>     |
| Considerar siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituyen al resto de cuidados (movilización y cambios posturales)  | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |
| Las personas que se consideran con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales para la redistribución de la presión | <b>EVIDENCIA ALTA</b>     |

### 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 | <b>EVIDENCIA ALTA</b>     |
| No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento.  | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |

### NUTRICIÓN

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Asegure una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona o su condición de salud | <b>EVIDENCIA MODERADA</b> |
|---|---------------------------|



## 6. EVALUACIÓN

### ▶ 6.1.- INDICADORES DE PROCESO:

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Nombre del indicador               | 1.- Valoración Patrón Funcional: Percepción/Mantenimiento de la salud + Nutricional + Eliminación + Actividad + Cognitivo + Rol/Relaciones  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con valoración patrón funcional: Nutricional + Eliminación + Actividad + Cognitivo + Rol/Relaciones * 100 / Pacientes inmovilizados   |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |
| Nombre del indicador               | 2.- Consejo: Prevención de úlceras por presión  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de consejo sobre prevención de úlceras por presión * 100 / Pacientes inmovilizados   |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |
| Nombre del indicador               | 3.- Valoración Escala Riesgo de úlceras por presión   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de la valoración del riesgo de upp según la escala de Norton * 100 / Pacientes inmovilizados   |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |
| Nombre del indicador               | 4.- Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de alto riesgo de upp (puntuación $\leq 14$ en escala de Norton) con registro de DdE: riesgo de deterioro de la integridad cutánea * 100 / Pacientes inmovilizados con registro en HC de alto riesgo de UPP (puntuación $\leq 14$ en escala de Norton) |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |
| Nombre del indicador               | 5.- CRITERIO DE RESULTADO (NOC): Integridad tisular: piel y membranas mucosas   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC del criterio de resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas * 100 / Pacientes inmovilizados con DdE de Riesgo de deterioro de la integridad cutánea  |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |
| Nombre del indicador               | 6.- INTERVENCIÓN (NIC): Prevención de úlceras por presión   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de la intervención NIC: prevención de úlceras por presión * 100 / Pacientes inmovilizados con DdE de riesgo de deterioro de la integridad cutánea  |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |
| Nombre del indicador               | 7.- INTERVENCIÓN (NIC): Vigilancia de la piel   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de la intervención NIC: vigilancia de la piel * 100 / Pacientes inmovilizados con DdE de riesgo de deterioro de la integridad cutánea  |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre del indicador               | 8.- INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados del paciente encamado   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de ausencia de riesgo de upp (puntuación > 14 en escala de Norton) con registro de la intervención NIC: cuidados del paciente encamado * 100 / Pacientes inmovilizados con registro en HC de alto riesgo de UPP (puntuación > 14 en escala de Norton) |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica   |

## ► 6.2.- INDICADORES DE RESULTADO:

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre del indicador               | 1.- CRITERIO DE RESULTADO (NOC): integridad tisular: piel y membranas mucosas (Mejoría). Disminución del riesgo.   |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de mejoría en la escala de cumplimiento del criterio de resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas * 100 / Pacientes inmovilizados con registro en HC del criterio de resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica   |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre del indicador               | 2.- CRITERIO DE RESULTADO (NOC): integridad tisular: piel y membranas mucosas (Empeoramiento). Incremento del riesgo.  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro en HC de empeoramiento en la escala de cumplimiento del criterio de resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas * 100 / Pacientes inmovilizados con registro en HC del criterio de resultado NOC: integridad tisular: piel y membranas mucosas. |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica   |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Nombre del indicador               | 3.- Incidencia de UPP en pacientes con DdE: deterioro de la integridad cutánea  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro del episodio de UPP en HC en el último año * 100 / Pacientes inmovilizados con DdE: Deterioro de la integridad cutánea |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre del indicador               | 4.- Prevalencia de UPP en pacientes con DdE: deterioro de la integridad cutánea  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro del episodio de UPP en HC * 100 / Pacientes inmovilizados con DdE: deterioro de la integridad cutánea |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica   |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Nombre del indicador               | 5.- Incidencia de UPP en pacientes sin DdE: deterioro de la integridad cutánea  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro del episodio de UPP en HC en el último año * 100 / Pacientes inmovilizados sin DdE: deterioro de la integridad cutánea |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre del indicador               | 6.- Prevalencia de UPP en pacientes sin DdE: deterioro de la integridad cutánea  |
| Fórmula o evidencias del indicador | Pacientes inmovilizados con registro del episodio de UPP en HC * 100 / Pacientes inmovilizados sin DdE: deterioro de la integridad cutánea |
| Fuente de captura de datos         | Historia clínica electrónica   |



## 7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. «Efectividad de los Apósitos Especiales en el Tratamiento de las Úlceras por Presión y Vasculares». Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III. 2001
2. Almendariz Alonso M<sup>ª</sup>J. Úlceras por presión. En: Heridas crónicas y agudas. EDIMSA Madrid. 1999.
3. Bergstrom N, Allman RM, Carlson CE et al. Pressure Ulcers in adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline, Number 3. AHCPR Publication No. 92-0047. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of health and Human Services. May 1992.
4. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier, 2009.
5. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. 2007.
6. Consellería de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. 2007.
7. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. 2008
8. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
9. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier España, 2007.
10. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009
11. Hernández Martínez-Esparza E, Verdú Soriano J. Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión. Gerokomos [online]. 2012, vol.23, n.1 [citado 2012-05-22], pp.30-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100006>
12. Hibbs P. Pressure area care for the city and Hackney Health authority. London: St. Bartholomeus Hospital. 1987.
13. Kosiak M. Etiology and pathology of ischemic ulcers. Arch Phys Med Rehabil 1959; 40(2): 62-9.
14. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 4<sup>a</sup>ed. Barcelona: Elsevier España SA, 2009.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier, 2010.
16. Ramón C, Torra i Bou JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. Med Clin (Barc). 2003; 120:576-7.
17. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review. JAMA 2006; 296 (8): 974-984.
18. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas en enfermería. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. 2005.
19. Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2010.
20. Servicio Madrileño de la Salud. Área 4. Guía de Prevención y manejo de las úlceras de la piel. 2005.
21. Servicio Madrileño de la Salud. Área 5. Guía para el abordaje del deterioro de la integridad cutánea. 2006.
22. Servicio Madrileño de la Salud. Área 7. Guía de cuidados de enfermería a pacientes con úlceras y heridas crónicas. Revisada 2009.



23. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Mayán Santos JM, et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006; 17(3): 154-172.

24. Waterlow J. Pressure sore prevention Manual. Taunton. 1996.



## 8. INFORMACIÓN ADICIONAL

**Fecha entrada en vigor:** 15/06/2012

**Promotor del desarrollo del documento:** Dirección Técnica de Procesos y Calidad (Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad)

**Realización:**

- Coordinado por: Dirección Técnica de Procesos y Calidad
- Trabajado por: Marianela Bayón Cabeza, Asunción Cañada Dorado, Carmen Jiménez Gómez, Francisco Javier Pérez Rivas

**Difusión del documento:** Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad y sus Direcciones Técnicas, Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria y sus Direcciones Asistenciales, miembros de las UFGRS, miembros de la comisión de calidad de los cuidados, directores de centro, responsables de enfermería, responsables de seguridad y resto de profesionales asistenciales de los centros de salud.

Disponibilidad en SALUDA (Áreas de Seguridad y Calidad de los Cuidados)

**Ciclo de revisión:** cada 3 años

**Palabras clave:** seguridad, úlceras por presión, calidad, cuidados.

**APROBADO:** Comisión de Dirección de la Gerencia de Atención Primaria

**Fecha Comisión de Dirección:** 14/06/2012



## 9. GESTIÓN DOCUMENTAL

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>VERSIÓN</b>                   | 1   |
| <b>MATERIA</b>                   | SEGURIDAD DEL PACIENTE  |
| <b>SUBMATERIA</b>                | CUIDADOS  |
| <b>TÍTULO</b>                    | GUÍA DE CUIDADOS: PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN   |
| <b>COORDINACIÓN</b>              | Dirección Técnica de Procesos y Calidad   |
| <b>GRUPO DE TRABAJO/AUTORES</b>  | Asunción Cañada Dorado (DTPyC)<br>Fco Javier Pérez Rivas (DTPyC)<br>Carmen Jiménez Gómez (DTPyC)<br>Marianela Bayón Cabeza (DTPyC)  |
| <b>REVISORES</b>                 | Juana Mateos Rodilla<br>Inmaculada Mediavilla Herrera<br>Ana Miquel Gómez<br>Miembros de la CCC   |
| <b>APROBADO POR</b>              | Gerencia de Atención Primaria   |
| <b>EMISOR</b>                    | Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad   |
| <b>DESTINATARIO</b>              | GAPyC y sus Direcciones Técnicas<br>GAAS; DA y Directores de centro<br>Responsables de enfermería y de seguridad del CS<br>Miembros de las UFGRS y de la CCC.<br>Profesionales asistenciales de los centros de salud. |
| <b>DISTRIBUCIÓN</b>              | Formato electrónico<br>Disponible en SALUDA   |
| <b>EN VIGOR DESDE:</b>           | 15/06/2012  |
| <b>TIPO DOCUMENTAL</b>           | GUÍA DE CUIDADOS  |
| <b>PARA CITAR ESTE DOCUMENTO</b> | Cañada Dorado A, Pérez Rivas FJ, Jiménez Gómez C y Bayón Cabeza M. Guía de Cuidados: Prevención de las Úlceras Por Presión. Madrid: Gerencia de Atención Primaria, Servicio Madrileño de salud; 2012.                 |

| VERSIÓN | FECHA      | MODIFICACIONES REALIZADAS |
|---------|------------|---------------------------|
| 1       | 15/06/2012 | DOCUMENTO ORIGINAL        |

**ANEXO 1:****ESCALA DE NORTON.  
MODIFICADA POR INSALUD DE  
MADRID****ESTADO FÍSICO GENERAL****Muy malo**

Nutrición: persona que realiza una comida diaria.

Toma un tercio del menú

Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento

Temperatura corporal: >38,5°C y < 35,5°C

Ingesta de líquidos: <500 ml/día (<de3 vasos)

**Pobre**

Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias.

Toma la mitad del menú.

Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa.

Lengua seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.

Temperatura corporal: 37,5°C a 38°C

Ingesta de líquidos: 500 a 1... ml día(3-4 vasos)

**Mediano**

Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias.

Toma la mitad del menú

Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa.

Lengua seca y pastosa

Temperatura corporal: 37°C a 37,5°C

Ingesta de líquidos: 1000 a 1.500 ml/día (5-7 vasos)

**Bueno**

Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias.

Toma todo el menú

Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento

Temperatura corporal: 36°C a 37°C

Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos)

**INCONTINENCIA****Urinaria y fecal**

No controla ninguno de sus esfínteres

**Urinaria o fecal**

No controla uno de los esfínteres permanentemente

**Ocasional**

No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.

**Ninguna**

Control de ambos esfínteres

Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal

**ESTADO MENTAL****Estuporoso y/o comatoso**

Desorientación en tiempo, lugar y personas.

Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto

Comatoso: ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja

**Confuso**

Inquieto, agresivo, irritable, dormido

Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos

Cuando despierta responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo

Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse

Intermitente desorientación en tiempo, lugar y personas

**Apático**

Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso.

Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas

Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.

**Alerta**

Paciente orientado en tiempo, lugar y personas

Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles. Comprende la información

**ACTIVIDAD****Encamado**

Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total)

Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc)

**Sentado**

La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.

La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica

**Camina con ayuda**

La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas)

La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica

**Camina con ayuda**

La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas)

**Ambulante**

Independiente total

No necesita depender de otra persona

Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis

**MOVILIDAD****Inmóvil**

Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo,

mantener la posición corporal o sustentarla

**Muy limitada**

Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos

**Disminuida**

Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia,

pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.

**Total**

Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.



## ANEXO 2:

### INTERVENCIÓN NIC: CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

**Definición:** fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama

**Actividades (relacionadas con los cuidados generales para la prevención de lesiones de la piel –UPP-):**

| ACTIVIDADES   |
|---|
| Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel                                |
| Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada                                    |
| Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado                           |
| Colocar en la cama una base de apoyo para los pies  |
| Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas   |
| Facilitar pequeños cambios del peso corporal  |
| Fijar un trapecio a la cama, si procede   |
| Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico |
| Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas                                    |
| Utilizar dispositivos en la cama (p. ej., borreguito) que protejan al paciente              |
| Vigilar el estado de la piel  |



## PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

### Información para familiares y cuidadores

#### ¿Qué es una úlcera por presión?

Es una lesión que se produce en la piel por una **presión constante o por el roce de una manera continuada**; por ejemplo, por permanecer en cama durante un largo periodo de tiempo o sentado en una silla de ruedas.

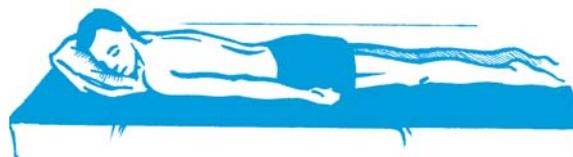
#### ¿Cómo se pueden prevenir?



#### **Movilidad**

Es importante intentar mantener en todo momento la alineación corporal:

- ✚ Evitar el roce de prominencias óseas entre sí; aliviar la presión con almohadas que a su vez nos ayudarán a mantener la alineación corporal
- ✚ Con inmovilidad total, los cambios posturales deben ser cada 2 – 4 horas. En pacientes sentados, levantar cada 2 horas. Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30°
- ✚ Para mantener una correcta alineación corporal, las almohadas, según la posición en que pongamos al paciente, deben de estar colocadas de la siguiente manera:





## Higiene

- ✚ Aclarar con agua para quitar el jabón, que debe ser neutro
- ✚ Secar muy bien, con especial atención de los pliegues cutáneos
- ✚ Hidratación corporal, extendiendo la crema, no se deben masajear las prominencias óseas ni utilizar ningún tipo de alcoholes (romero, colonia...) ya que resecan la piel



## Incontinencia

- ✚ Con cada cambio de pañal lavar al paciente, secar bien e hidratar la zona.



## Alimentación

- ✚ La alimentación debe ser equilibrada y adecuada a su edad y enfermedad
- ✚ Beber abundantes líquidos, aproximadamente 1,5 litros al día: agua, leche, infusiones, zumos, sopas, caldos....
- ✚ Si presenta problemas al tragar, emplear espesantes y gelatinas y, si no toma su dieta completa, consultar con el médico



## Protección de las zonas de riesgo

Las superficies especiales de apoyo se pueden utilizar para aliviar la presión,. Las más utilizadas son:

- **Piel de cordero:** sintética, comúnmente llamada “borreguito”
- **Colchón antiescaras,** de presión alternante( si es posible)
- **Camas articuladas** (si es posible): facilitan los cambios posturales.

**No utilizar ningún soporte que tenga forma de rueda o flotador**

**Observe minuciosamente al paciente,** busque cualquier lesión por pequeña que sea, enrojecimiento de la piel...**y comuníquesele a su enfermera.**



*Por su seguridad,  
prevenga las úlceras por presión*