

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 1 de 20

PROTOCOLO TRANSVERSAL A LOS PROCESOS
Servicios urgencias - observación – hospitalización – baja complejidad
POBLACIÓN OBJETO
Se aplicara a todos los pacientes que ingresen a los servicios de observación y hospitalización de los diferentes centros de salud de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.
RESPONSABLES
Enfermera/o Jefe y/o Auxiliares de enfermería
OBJETIVO
Establecer un protocolo institucional para la Prevención del ulceras por presión (UPP) dirigido al personal de salud, especialmente al personal de Enfermería que le permita valorar, identificar y planear actividades y cuidados dirigidos a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP en los servicios de Observación y Hospitalización.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Valorar los factores de riesgo que presentan los pacientes que ingresan a los servicios de Observación y Hospitalización, acorde a la aplicación de la Escalen Braden. • Brindar información y recomendaciones al equipo de salud en la prevención de UPP. • Brindar información, pautas y cuidados para una adecuada planificación de actividades por parte del profesional de Enfermería. • Mantener la integridad de la piel del paciente. • Proporcionar educación al usuario, familia u acompañante acerca de los cuidados a brindar para prevenir la formación de UPP.
DEFINICIONES
El GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión) propone definir las úlceras por presión como: “Lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre prominencias óseas, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 2 de 20

clínicos" (13), son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar (14).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE ESCARAS O ULCERAS

La formación de las Úlceras por Presión está asociada a tres tipos de fuerzas: **presión, fricción y cizallamiento**

- **Presión:**

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (hueso) y otro externo a él (sillón, cama, sondas, dispositivos terapéutico etc.). La presión capilar oscila entre 16 - 32 mmHg en el espacio arterial capilar. Si se ejercen presiones superiores a 20mmHg máxima de referencia (presión de oclusión capilar) en una área limitada y durante un tiempo prolongado, se inicia un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, si se prolonga, se ocasiona en esa zona, necrosis y muerte celular (13).

- **Fricción:**

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel (15), se produce cuando dos superficies en contacto se mueven en sentido contrario de forma que una de ellas (sabana, el sillón, la cama, férulas, dispositivos clínicos etc.) se opone al movimiento de la otra (en este caso la piel del paciente). Desde el experimento de joule, sabemos que esta energía mecánica se puede transformar en calor y lesionar de esta forma los tejidos del paciente (13).

- **Cizallamiento:**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 3 de 20

Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra, debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente. Por ejemplo en la posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona (13).

OTROS FACTORES DE RIESGO

FACTORES INTERNOS “PACIENTE”:

- Alteración del estado de conciencia: paciente con percepción sensorial disminuida quien no realiza cambio de posición por sus propios medios.
- Deficiencia nutricional: La Vitamina C es necesaria para la síntesis del colágeno cuya deficiencia aumenta el riesgo de destrucción de la piel.
- Trastornos metabólicos o circulatorios: paciente diabético, hipertenso o con insuficiencia venosa o arterial.
- Estado febril o infección: el aumento de temperatura corporal por diversas causas incrementan la tasa metabólica y el consumo de O2 y nutrientes.
- Edema.
- Trastornos de la inmunidad.
- Combinación de factores en personas de edad avanzada: dificultades de movilidad e incontinencia que predisponen a alteraciones en la integridad de la piel. • Pérdida sensitiva o motora por lesiones cerebrales o medulares.

FACTORES EXTERNOS:

- Humedad: como consecuencia de incontinencia, heridas exudativas, transpiración o hipertermia prolongada.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 4 de 20

- Inmovilidad prolongada.
- Presencia de cuerpos extraños en contacto con la piel.
- Posturas inadecuadas: y mantenidas en las cuales se produce roce, fricción o presión

CLASIFICACIÓN POR ESTADIO DE LAS ULCERAS POR PRESION:

- 1- Enrojecimiento de la piel que no se corrige con masaje ni eliminando la presión. La piel está intacta.
- 2- Lesión dérmica superficial que se manifiesta por grietas y/o vesículas cutáneas. Se limita a epidermis o dermis superficial.
- 3- Herida bien diferenciada que afecta a toda la dermis y al tejido celular subcutáneo.
- 4- Lesión ulcerativa que afecta a estructuras profundas y que en función de su localización presentará destrucción de aponeurosis, tejido conectivo, músculo y huesos.

LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES DE LAS ULCERAS:

Las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, dependiendo de la zona de piel que esté sometida a mayor presión y de la postura más habitual del paciente. Habitualmente, las localizaciones más frecuentes van a ser las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo:

- **POSICIÓN SUPINA:** Región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca / occipital, coxis.
- **POSICIÓN LATERAL:** maléolos, trocánteres, costillas, hombros/acromion, orejas, crestas iliacas, cara interna de las rodillas.
- **POSICIÓN PRONA:** en decúbito prono; dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas, nariz, crestas iliacas.
- **POSICIÓN SEDENTE:** en sedestación; omoplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsiano (15).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 5 de 20

MATERIALES						
• Guantes • Tapabocas • Aceite mineral, vaselina o crema corporal neutra (hidratación) • Material de higiene: jabones (Clorhexidina) y sustancias limpiadoras: solución salina 0.9% o Agua estéril. • Protectores de los talones: (bolsas con lentejas) si se cuenta con las mismas • Sabanas de movimiento • Cojines, almohadas, cobijas. • Sillas • Vendajes • Toallas • Manillas de identificación (roja) • Escala de Braden • Reloj de Posiciones						
PROCEDIMIENTOS						
VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN – ESCALA DE BRADEN						
La ESCALA DE BRADEN evalúa 6 factores de riesgo en el paciente entre ellos: PERCEPCIÓN SENSORIAL, HUMEDAD, ACTIVIDAD, MOVILIDAD, NUTRICIÓN, FRICCIÓN Y ESTIRAMIENTO. Al final de la evaluación se llega a un puntaje que se interpreta de la siguiente manera:						
	Percepción Sensorial:	Exposición a la		Movilidad	Nutrición:	Fricción/

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad





CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**PREVENCIÓN DE ULCERAS POR
PRESIÓN**



PROCESO:
GARANTÍA DE LA CALIDAD

CODIGO: GC-S4-D10

VIGENCIA: 06/10/2024

V3

PÁGINA 6 de 20

	capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	humedad: Grado de humedad de la piel	Actividad Física	Control de la posición corporal	Patrón de ingesta diaria	Deslizamiento: Rose de la Piel con sabanas
1	Completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (Quejándose, estremeciéndose o se o agarrándose) o presenta capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Siempre 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	En cama Constantemente en cama	Inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos veces o menos aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos, está	Problema Requiere de una alimentación máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sabanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook Instagram YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 7 de 20

					ayunas y/o ayuda. La dieta líquida o existencia de sueros por espasticidad, más de cinco contracturas o días de agitación produce un roce casi constante.	
	Muy Limitada	Muy húmeda	En silla	Muy Limitada	Probablemente inadecuada	Problema Potencial
2	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en	La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	Paciente que no puede andar o con dificultad deambulación muy limitada. No puede sostener su cuerpo o propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Ocasionalmente efectúa movimientos ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo	Raramente come una comida completa y generalmente durante los movimientos, la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo otros servicios de carne o productos lácteos por día.	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia durante los movimientos, la probabilidad de rozar contra parte de las sábanas, silla, sistema de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente

	más de la mitad del cuerpo				Ocasionalme una buena nte toma unposición en la suplemento silla o en la dietético, ocama, aunque recibe menosen ocasiones que lapuede resbalar cantidad hacia abajo óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	
3	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que cambien de posición o presenta	Ocasional húmeda La piel está ocasionalment e húmeda; requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadame nte una vez al día	Camina ocasional Deambula ocasionalmen te, con o sinligeros ayuda, durante el día, pero encuerpo o dede distancias las muy cortas. Pasa lapor sí solo mayor parte de las horas diurnas en la cama o en la	Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en lal posición del cuerpo o dede las extremidades por sí solo	Adecuada Toma más de la mitad de lamayoría decama y en la las comidas.silla con Come un total de cuatroservicios al día de proteínas (carne ocuando se productos lácteos). Ocasionalme	No hay Problema Aparente Se mueve en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**PREVENCIÓN DE ULCERAS POR
PRESIÓN**



PROCESO:
GARANTÍA DE LA CALIDAD

CODIGO: GC-S4-D10

VIGENCIA: 06/10/2024

V3

PÁGINA 9 de 20

	alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades		silla de ruedas.		nte puede buena posición rehusar una en la cama o en comida pero la silla. tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales	
4	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que	Rara vez húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos	Camina con frecuencia Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al	Sin limitaciones Efectúa frecuentemente cambios de posición sin ayuda	Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente	

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook Instagram YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**PREVENCIÓN DE ULCERAS POR
PRESIÓN**



PROCESO:
GARANTÍA DE LA CALIDAD

CODIGO: GC-S4-D10

VIGENCIA: 06/10/2024

V3

PÁGINA 10 de 20

pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.	fijados para los cambios de rutina.	menos dos horas durante las horas de paseo	e come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
---	-------------------------------------	--	--

Tabla No 1 **ESCALA DE BRADEN**

Además de lo anterior se deben analizar otros aspectos como: uso de corticoides, Neoplasias, Deshidratación, Diabetes mellitus, Insuficiencia Renal, Insuficiencia cardiaca, DPOC, Traumas múltiples, Sedación, Obesidad o caquexia.

PUNTAJE	RIESGO	MEDIDAS PREVENTIVA
Mayor o igual a 15 puntos	BAJO	Estimular movilización en cama. Lubricar piel 1 vez al día con crema hidratante

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



LÍNEA AMIGA
863 2828



WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 11 de 20

13 - 14 puntos	MODERADO	Colchón de flotación Cambios de posición cada 2 horas Lubricar piel 2 veces al día con crema hidratante
Menor o igual a 12 puntos	ALTO	Colchón de flotación Cambios de posición cada 2 horas Lubricar piel 2 veces al día con crema hidratante

Tabla No 2

La escala de evaluación de riesgo (Braden) se aplicará diariamente a cada paciente, de manera que permita implementar las medidas de protección indicadas en forma oportuna.

Según el puntaje de riesgo obtenido al aplicar la escala de valoración, en tabla N° 2 se describen las acciones de enfermería a aplicar en los pacientes.

Nº	CICLO	RESPONSABLE	QUE SE HACE	DOCUMENTOS
1	P	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	De acuerdo a la valoración según la ESCALA DE BRADEN clasifique el riesgo del usuario a sufrir UPP.	Escala de Braden / Historia clínica
2	H	Auxiliar de Enfermería	Identificar el usuario que tiene alto y moderado riesgo de presentar UPP mediante la manilla de color rojo y en el tablero de identificación.	Historia Clínica
3	H	Enfermera	Defina las medidas preventivas y cuidados, teniendo en cuenta los diferentes aspectos como: aporte nutricional, cuidado de la piel, control de exceso de humedad, cambios	Historia Clínica

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**PREVENCIÓN DE ULCERAS POR
PRESIÓN**



PROCESO:
GARANTÍA DE LA CALIDAD

CODIGO: GC-S4-D10

VIGENCIA: 06/10/2024

V3

PÁGINA 12 de 20

			posturales.	
4	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Verifique permanentemente las condiciones del usuario, (una (1) vez en cada turno): prominencias Oseas, miembros inferiores y zonas de fricción, dispositivos médicos incluyendo la nariz (oxigenoterapia y sondas nasogástricas), orejas comisura labial (pacientes con tubo endotraqueal), catéteres periféricos.	Historia Clínica
5	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Valorar el exceso de humedad en la piel del paciente por incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas, además vigilar la incontinencia urinaria /o fecal. Y realizar los cuidados pertinentes.	Historia Clínica
6	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Brinde información al paciente / familiar sobre el procedimiento a realizar y estimule al paciente y familia a participar en el autocuidado.	Historia Clínica
7	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Preparación del material necesario, realizar higiene de las manos con un jabón antiséptico (clorhexidina) y colocación de guantes limpios,	Historia Clínica

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



			garantizar la privacidad del paciente.	
8	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Realizar higiene: lavado – secado (Clorhexidina, solución salina 0,09%) especialmente de las zonas de riesgo, hidratación con vaselina, aceite mineral o crema hidratante en la superficie corporal exceptos en los pliegues cutáneos, los masajes deben ser suaves y no se debe realizar masajes en zonas enrojecidas ni directamente sobre la prominencias Oseas.	Historia Clínica
9	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Utilizar materiales o elementos para disminuir los puntos de presión como: cojines almohadas protectores de talones (bolsas con lentejas).	Historia Clínica
10	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Verificación en cada turno de la sabanas de las camas estén libres de arrugas y que no restrinjan el movimiento de los pies y talones.	Historia Clínica
11	H	Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Efectué los cambios de posición en cama, de acuerdo a las necesidades y riesgos detectados en la valoración, cambiar de posición cada 2 horas – 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche.	-Historia Clínica -Reloj de cambio posiciones
12	H	Enfermera y/o	Brinde Educación y orientación a los	Historia Clínica

		Auxiliar de Enfermería	familiares y responsables directos en el cuidado del paciente sobre las medidas que permitan la prevención al máximo de la aparición de escaras y úlceras por presión, explicar sobre la formación de úlceras, factores contribuyentes, la importancia de los cambios posturales, alimentación, higiene, cuidados de la piel.	
--	--	------------------------	---	--

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE LA PIEL

- Realice la valoración y registro del estado de la piel 1 vez en cada turno (cuando se realiza el procedimiento de aseo del paciente) haciendo especial énfasis en las prominencias óseas, puntos de apoyo (codos, talones, caderas, tobillos, sacro, etc.), zonas expuestas a humedad, presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, fragilidad, temperatura, etc.
- Realice la Higiene diaria del paciente con agua y jabón neutro realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos.
- Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura.
- Aplicar cremas hidratantes que no tengan alcohol o aceite de almendras o mineral procurando su completa absorción.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas, zonas enrojecidas o puntos de presión.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 15 de 20

- Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.

CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD

- Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.

CAMBIOS POSTURALES: Si el estado del paciente lo permite se realizaran cambios posturales:

- Cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.
- Utilizar como guía el reloj de cambios de posiciones. (ANEXO 1)
- Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
- Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo
- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- La educación sanitaria forma parte de las estrategias tanto de prevención como de tratamiento de las UPP, favorece implicación del paciente y familiar en la planificación de los cuidados.(17)
- Identifique al cuidador principal, valore sus habilidades, disponibilidad y recursos para el plan de cuidados que defina.(17)

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 16 de 20

- La valoración integral del paciente se debe realizar a intervalos periódicos en función del estado del paciente.(17)
- Inspeccionar la piel en el primer contacto con el paciente y una vez al día como mínimo, en busca de: eritema, palidez al presionar, calor localizado, edema, induración y deterioro de la piel. (17)
- Inspeccionar la piel debajo y alrededor de los dispositivos terapéuticos al menos dos veces al día (cánulas nasales, sondas, férulas, yesos, etc.). (17)
- Evitar alimentos que generen gases o diarrea. (12)
- Proteja la piel del exceso de humedad con cremas a base de óxido de zinc.
- Realizar y programar cambios posturas a todos los pacientes con riesgo de UPP. (17)
- Para movilizar o realizar cambios posturales levante al paciente, evite arrastrarlo. (17)
- Limite la elevación de la cabecera de la cama a 30°C.(17)
- Utilizar cojines, almohadas y otros dispositivos para eliminar la presión entre prominencias óseas, trocánteres, maléolos, sacro, codos, etc.(17)

BIBLIOGRAFÍA – BASADO EN EVIDENCIA

1. CORTES,Olga.SERNA,Aracelly.SALAZAR,Luz.Implementacion de guías de practica clinica de la Asociacion de Enfermeras de Ontario-RNAO:Una experiencia de Enfermería en un hospital colombiano.COL,2016.Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autonoma de Bucaramanga.VOL.19 Número 2. Pág 103-114.
2. BOHORQUEZ,Maribel.GRANADOS,Lina.JOYA,Katherine.Implementacion de la guía de buenas practicas: Valoracion del riesgo y prevención de Ulceras por presión:experiencia en la Fundacion Oftalmologica de Santander (FOSCAL).COL,2016. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autonoma de Bucaramanga.VOL.19 Número 2. Pág

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 17 de 20

115-123.

3. VALERO,Haddiannah.PARRA,Dora.GOMEZ,Rocío.CAMARGO,Fabio.Prevalencia de ulcera por presión en una institución de salud.COL,2011.Revista SALUD UIS;43 (3): 249 - 255.
4. WANDOSELL,Maria.SALGADO,Angel.MORENO,María.RODRGUEZ,Sonia.PAZ,María.MAÑANA,Ana.GESTAL,Ana.Efectividad de una intervención formativa en prevención de ulceras por presión en una unidad de cuidados intensivos quirurgicos:un estudio cuasi experimental. ESPAÑA.Rincon Cientifico Comunicaciones,GEROKOMOS 2012;23 (3): 128 - 131
5. GUERRERO,Monica. Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados.BARCELONA,2018.Rincon Cientifico Comunicaciones,GEROKOMOS 2008;19 (2):99-106.
6. Registered nurses' Association of Ontario.'Risk assessment & prevention of pressure ulcers.(Revised).Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario. 2011.
7. CON,Juan.MARTINEZ,Fernando. Prevalencia de ulceras por presión en una zona basica de salud. AUSTRIA,2009.20(2): 92 - 97.
8. GONZALES,Renata.VERDÚ,José. Calidad de vida relacionada con heridas cronicas. Rincon Cientifico Comunicaciones. GEROKOMOS, 2010, 21 (3): 131 - 139.
9. GONZALES,Renata.CARDONA,Diana.MURCIA,Paola.MATIZ,Gustavo.Prevalencia de ulceras por presion en Colombia:Informe preliminar.COL,2014.Revista Fac. Med. VOL.62 No.3: 369 - 377.
- 10.TORRA,Juan.VERDÚ,José.SARABIA,Raquel.PARAS,Paula.SOLDEVILLA,Javier. GARCÍA, Francisco. Las ulceras por presion como problema de seguridad al paciente. ESPAÑA. GEROKOMOS,2016; 27 (4): 161 - 167.
- 11.GONZALES,Renata. PÉREZ, Diana.VALBUANA,Luisa.Prevencción de lesiones de piel: Educacion en un equipo de salud y familiares de personas hospitalizadas. COL.Revista de Fac. Med. 2016.VOL.64 No.2: 229 - 38.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



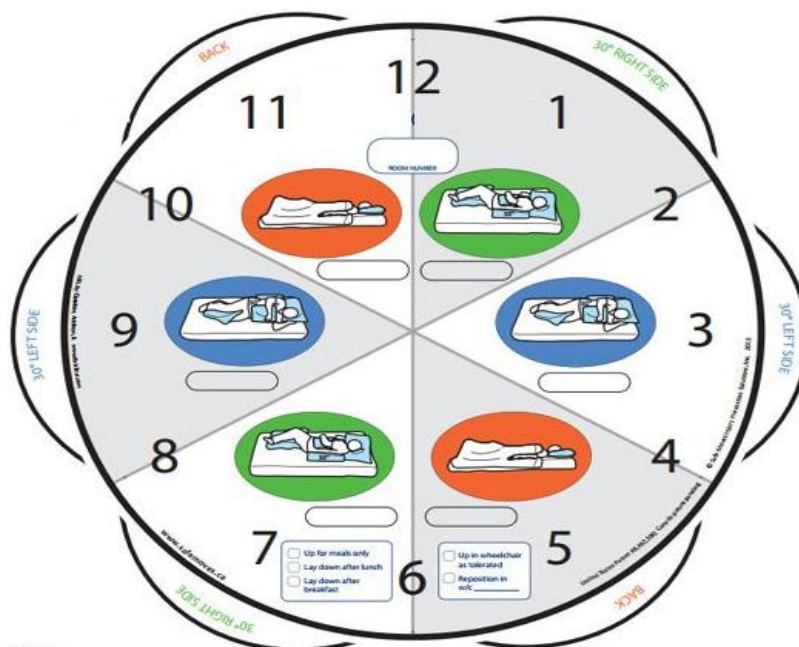
 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 18 de 20

12. HOSPITAL UNIVERSITARIO "REINA SOFIA" DE ESPAÑA. Protocolo de prevención de Úlceras por Presión. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería.
13. GARCÍA, Francisco. SOLDEVILLA, Javier. PANCOROBO, Pedro. VERDU, José. LOPEZ, Pablo. RODRIGUEZ, Manuel. Clasificación- categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie de documentos técnicos GNEUPP n°1 Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. LOGROÑO, 2014. pág. 10.
14. CÁRDENAS, Haddiansh. PARRA, Dora. Prevalencia de úlceras por presión en una institución de salud pág. 1
15. paquete institucional "prevenir úlceras por presion" ministerio de proteccion social. Colombia.2013; pag 37
16. GONZALES, Virginia. CARDONA, Diana. MURCIA, Paola. MATIZ, David Prevalencia de úlceras por presión. COLOMBIA. Informe preliminar Rev Fac Med 2014; 62 (3): 369- 377
17. BLANCO, Rosa. LÓPEZ, Elena. QUESADA, Cristina. GARCÍA, María. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las Úlceras por presión en Adultos. OSAKIDETZA. 27 de Febrero de 2015.
18. Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto de: Aplicación de Lista de Chequeo para la Seguridad de la Cirugía. MINSAL. Res. Ex.1031 del 17/10/2012. 2.
19. Protocolo Prevención de Úlceras por Presión, HSO. Res ex. N° 1136 del 27/06/2012. EU M^a Elena Carreño. Jefe de gestión del cuidado de enfermería.
20. Protocolo Prevención de Úlceras por Presión, HSO. Res ex. N° 1461 del 14/10/2013. DR. LUIS TISNÉ BROUSSE". Jefe de gestión del cuidado de enfermería.

ANEXOS

ANEXO 1. Cambios posturales (Reloj posiciones):

El reloj de posiciones es un elemento donde se tienen establecidos los cambios posturales cada 2 horas, siguiendo una rotación programada e individualizada según la necesidad del paciente (12).



 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D10	VIGENCIA: 06/10/2024	V3	PÁGINA 20 de 20

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento:	20/12/2018
2	Modificación del documento:	05/01/2022
3	Se Modifica el documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso de "Seguridad del paciente". Los ajustes que se realizaron fueron los siguientes: • Ajustes de redacción • Ajustes estructurales • Actualización de la vigencia	11/08/2025
Nombre: Juan Pablo Cano Rivillas Contratista del área garantía de la calidad		
Nombre: Paula Clareth Garnica Quintero Contratista área de planeación	Nombre: Lina Maria Vásquez Díaz Cargo: Subgerente de Servicios de Salud	Nombre Lina Maria Vásquez Díaz Cargo: Gerente (E)
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina