



H-15

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fecha de revisión: 18-dic-10

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid, Clara Inés	Enfermera Unidad de Investigación e Innovación en cuidados.
Galván Ledesma, José	Supervisor Unidad Investigación e Innovación de Cuidados
Romero Bravo, Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias e Investigación e Innovación en Cuidados

1. OBJETIVOS:

- Identificar los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP).
- Mantener la integridad de la piel.
- Proporcionar cuidados que permitan dar respuesta a los pacientes de riesgo de padecer úlceras por presión.
- Proporcionar educación sanitaria al paciente y/o familia.
- Mantener al paciente en óptimas condiciones para su posterior recuperación.

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES:

- Los factores de riesgo en el desarrollo de las úlceras por presión son: demográficos, fisiológicos, patológicos, psicológicos, funcionales y ambientales. (Nivel IV)
- Los factores fisiológicos son los que tienen repercusiones sobre la capacidad de la piel para hacer frente a la presión y las fuerzas de cizallamiento. Estos incluyen la perfusión tisular, alteraciones en la condición de la piel, estado nutricional y las alteraciones en la dermis. (Nivel IV).
- El primer paso en la prevención de úlceras por presión es la identificación precisa de los pacientes en situación de riesgo. Para ello se recomienda utilizar una herramienta de evaluación que se incorpore en la valoración de la enfermera. (Nivel III)
- Las herramientas para evaluar el riesgo de úlceras por presión (UPP) deben incluir la movilidad de los pacientes, los factores nutricionales, la continencia y el nivel de conciencia. (Nivel I)
- Las herramientas de evaluación de riesgos de úlceras por presión deben: (Nivel IV)
 - Crear conciencia de los factores de riesgo.
 - Proporcionar un nivel mínimo de la evaluación del riesgo.

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Proporcionar un sistema de documentación.
- Proporcionar un marco para la prestación de cuidados.
- La literatura recomienda el uso de una herramienta para la evaluación de riesgos, no múltiples herramientas. (Nivel III)
- Se recomienda evaluar el riesgo al ingreso, a las 48 a 72 horas de admisión, a la semana durante las primeras 4 semanas y luego trimestralmente. Si el paciente presenta deterioro en la evaluación, aumentar la frecuencia de evaluación. (Nivel III)
- Los pacientes deben ser clasificados con riesgo bajo, medio o alto, de presentar úlceras por presión. (Nivel IV)
- Las escalas de valoración de Braden y de Norton son herramientas recomendadas para la evaluación de riesgo de presentar úlceras por presión. (Nivel I)
- Los pacientes que se encuentran encamados y/o siempre sentados, con alteraciones de la piel, corren el riesgo de desarrollar úlceras por presión. (Grado C)
- Las evaluaciones de la piel deben realizarse diariamente, con especial atención en las prominencias óseas, los miembros inferiores con medias antiembólicas y las zonas donde se ejerce la fricción debido a las prótesis o a los aparatos que se utilizan. (Nivel IV)
- Todas las evaluaciones de riesgo o de úlceras por presión debe ser documentadas. (Nivel IV)
- Los enfermos identificados con riesgo alto y medio de presentar úlceras por presión deben tener una evaluación del estado nutricional. (Nivel IV)
- En los pacientes que son incontinentes y requieren limpieza de la piel a intervalos regulares, los agentes de limpieza deben ser suaves y se deben utilizar con un mínimo de fricción. (Nivel I)
- La deshidratación, sequedad y disminución de la turgencia de la piel predisponen a la formación de úlceras por presión. (Nivel I)
- La sequedad de piel se reduce con la aplicación de productos hidratantes, pero no se ha determinado que su uso clínico sea el óptimo. (Nivel I)
- El masaje sobre las prominencias óseas está contraindicada y puede causar la lesión de los tejidos. (Nivel I)
- Fomentar un programa de rehabilitación a los pacientes que tienen la capacidad para aumentar la movilidad ayuda a prevenir las úlceras por presión. (Nivel I)
- Los colchones de espuma especializada disminuyen significativamente la incidencia de UPP cuando se compara con los colchones estándar de los hospitales. (Nivel I)
- El costo del tratamiento de úlceras por presión es mayor que el gasto adicional de colchones de espuma especializada. (Nivel I)
- Los colchones de alta presión puede ser más rentable que los de presión alterna. (Nivel I)
- Las superficies de apoyo dinámico deben utilizarse en pacientes con riesgo medio y alto. (Grado A)
- Los pacientes no deben ser colocados directamente sobre su trocánter y los talones deben estar elevados de la superficie de apoyo. (Grado B)

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Las decisiones sobre la elección de la superficie de apoyo (almohadas, protectores de talones y codos, apósitos especializados, cojines de espuma) debe basarse en una evaluación general del paciente mas la evaluación del riesgo. (Nivel I)
- Los dispositivos de apoyo, como las almohadas de espuma, pueden ser utilizados para reducir el contacto entre las prominencias óseas. (Nivel I)
- Los pacientes que están encamados deben estar provistos de dispositivos de apoyo incluidos en el plan de cuidados. (Nivel IV)
- Los pacientes sentados en sillas estándar o de ruedas que están por períodos prolongados deben utilizar dispositivos de apoyo como las colchonetas para aliviar la presión. (Nivel I)
- Los planes de cuidado debe incluir la documentación sobre los dispositivos de apoyo colocados al enfermo. (Grado B)
- La presión y la fricción son factores fundamentales que favorecen el desarrollo de úlceras por presión y debe reducirse al mínimo. (Nivel I)
- Para reducir la magnitud de las fuerzas de presión sobre la piel del paciente se deben realizar cambios de posición y hacer uso de superficies de apoyo para disminuir la presión. (Nivel IV)
- Los cambios de posición realizados regularmente disminuyen el tiempo que el tejido esta bajo presión y por lo tanto reduce la posibilidad que se produzca una úlcera por presión. (Nivel III)
- Los enfermos en cama que no pueden cambiar de posición, que presentan incontinencia, tienen mala circulación, piel frágil, disminución de la cognición, disminución de la sensibilidad o estado nutricional deficiente, deben ser cambiados de posición cada dos horas. (Nivel I)
- La elevación de la cabecera de la cama por encima de treinta grados aumenta el riesgo de úlceras por presión al ejercer presión sobre las tuberosidades isquiáticas. (Nivel III)
- Se debe establecer un programa para los cambios de posición por escrito; debe estar visible y adaptarse a los tiempos de comida, de visitas, de descanso y las referencias del sueño. (Grado B)
- Las razones citadas en la literatura por la cual no se realizan cambios de posición a los pacientes incluyen la falta de tiempo, falta de personal, falta de acceso a equipos para la prevención y el conocimiento deficiente sobre el manejo del los equipos. (Nivel IV)
- La aplicación de los protocolos de prevención reducen la incidencia de las úlceras por presión. (Nivel III)
- Los programas de educación para todo el personal debe incluir: (Nivel I)
 - Etiología y factores de riesgo.
 - Herramientas de evaluación de riesgos y su aplicación.
 - Evaluación de la piel.
 - La selección adecuada y/o uso de superficies de apoyo.
 - Cuidados de la piel.

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Cambios de posición y reposicionamiento.
- Documentación.
- Métodos correctos de redistribuir el peso y alivio de la presión.
- La formación del personal de enfermería sobre las técnicas de cambio de posición y reposicionamiento deben ser obligatorias. (Grado B)

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).
- Almohadas, cojines.
- Apósitos protectores: hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano u otros.
- Material de higiene: jabones o sustancias limpiadoras con pH neutro, agua tibia.
- Protectores cutáneos (pomadas, películas, etc.).
- Protectores de los talones.
- Ropa de cama, sábana de movimiento.
- Solución hidratante.
- Superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP): estáticas o dinámicas.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Informe al paciente/familiar sobre el procedimiento a realizar. (Grado C)
2. Estimule al paciente a participar en el autocuidado e involucrar a los miembros de la familia o cuidadores cuando sea necesario.
3. Prepare el material necesario.
4. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
5. Garantice la privacidad del paciente.
6. Realice valoración del estado de salud, incluya: movilidad, continencia, estado nutricional, discapacidad sensorial, estado neurológico, estado mental, cognitivo y psicosocial. (Grado B)
7. Realice la evaluación de riesgo de UPP, mediante la escala de Braden H-15.1 Y H-15.1.1). (Grado B)
 - Al ingreso o dentro de las 24 horas siguientes.
 - Posteriormente, cada 7 días.
 - Si riesgo medio o alto realice la evaluación cada 72 horas, y cuando haya cambios en el estado del paciente. (Grado A)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

8. Determine el grado de riesgo. (Grado C)
9. Permita la presencia de un familiar en la habitación mientras se realizan los cuidados, invite al paciente y/o familia a participar en los cuidados.
10. Planifique, administre y registre los cuidados de prevención específicos según el grado del riesgo (H-15.1.1 y H-15.3).
11. Cumplimente el registro para solicitar el colchón dinámico, si el paciente lo precisa (H-15.5).
12. Coloque superficies especiales de manejo de presiones (SEMP) (H-15.5).
 - Superficie estática cuando el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre las úlceras por presión y/o en pacientes con riesgo bajo. (Grado A)
 - Superficie dinámica si el paciente es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre las úlceras y/o en pacientes con riesgo medio/alto. (Grado A)
 - Los elementos anteriores, pueden completarse con el uso adecuado de otros materiales: cojines, almohadas, protectores locales, etc. (Grado B)
 - Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación. (Grado A)
 - Para pacientes pediátricos hay superficies especiales diseñadas (incubadora, cuna, cama pediátrica). (Grado A)
13. Valore y Coloque protectores en los talones:
 - Compruebe el estado de la piel, espacios interdigitales, tobillos, uñas.
 - Higiene: lavado-secado-hidratación con vaselina, ácidos grasos hiperoxigenados.
 - Utilice los protectores de los talones, codos, revisando su adecuada colocación.
 - Asegúrese que los talones queden libres de la superficie de la cama. (Grado C)
 - Verifique que los dispositivos de protección elevan el talón completamente (liberándolo de la carga) para que se redistribuya el peso de las piernas a lo largo de la pantorrilla sin que se ejerza presión sobre el tendón de Aquiles, y que la rodilla este ligeramente flexionada. (Grado B)
 - Utilice una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones (talones flotantes). (Grado B)
 - No utilice vendas compresivas.
 - Cambie los protectores si están húmedos o por suciedad.
 - Verifique y mantenga la posición anatómica de los pies, evite el pie equino.
 - Revise los talones cada 24 horas.
14. Realice cuidados de la piel:
 - Valore diariamente el estado de la piel, las prominencias óseas: sacro, talones caderas, tobillos, codos y el estado general de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, calor localizado, edema o induración (dureza) o presencia de úlceras. (Grado B)
 - Valore la piel en busca de daños ocasionados por los dispositivos médicos, incluyendo la nariz (oxigenoterapia y sondas nasogástricas), orejas, comisura

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

labial (pacientes con tubo endotraqueal). (Grado C)

- Identifique el grado de compromiso de toda lesión tisular por presión, realice el seguimiento y documentación de la lesión (H-15.2) (Nivel IV)
- Solicite al paciente que identifique cualquier zona en la que sienta algún tipo de incomodidad o dolor que pudieran atribuirse a daños ocasionados por la presión. (Grado C)
- Valore el estado de la piel donde hubo anteriormente lesiones tisulares.
- Ayude o realice la higiene corporal diaria con agua tibia y jabón con pH neutro, aclare la piel con agua tibia y proceda al secado por contacto (sin fricción), secando muy bien los pliegues cutáneos y los espacios interdigitales.
- No frote vigorosamente la piel que esté en riesgo de ulceración. (Grado C)
- Aplique crema hidratante en la superficie corporal excepto en los pliegues cutáneos. Si se utiliza aceite corporal hidratante, aplíquelo sobre la piel húmeda y séquela posteriormente. (Grado A)
- Administre masajes suaves sobre la piel intacta y que no presente cambios de color (enrojecimiento o palidez).
- No realice masajes sobre zonas enrojecidas para prevenir las úlceras por presión. (Grado B.)
- No realice masajes directamente sobre prominencias óseas. (Nivel I)
- Verifique que las sábanas de camas está libre de arrugas y que no restrinjan el movimiento de los pies y talones en cada turno. (Nivel IV)
- Administre ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en la piel integra de todas las zonas de riesgo, cada 8 horas.
- Coloque apósitos hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano, preferentemente apósitos no adhesivo, para reducir las posibles lesiones por fricción. (Grado B)
- Vigíelos diariamente, durante el aseo del paciente y en caso de deterioro del dispositivo cámbielo.
- Valore el exceso de humedad en la piel del paciente por incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas.
 - Incontinencia: Vigile el la principal causa de exceso de humedad es la incontinencia urinaria y/o fecal:
 - ◆ Determine el patrón de incontinencia
 - ◆ Utilice los dispositivos indicados en cada caso: colector de orina, pañales absorbentes, sonda vesical, etc.
 - ◆ Utilice colectores de tamaño adecuado, teniendo cuidado con las fijaciones.
 - ◆ Programe el cambio de pañales, al menos, una vez por turno
 - ◆ Después de cada episodio de incontinencia, realice higiene de la zona perineal. Seque sin friccionar, prestando especial atención sobre todo en los pliegues.
 - ◆ Valore la necesidad de aplicar productos que impermeabilicen la piel

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

(crema barrera, protectores cutáneos).

- ◆ Enseñe al enfermo ejercicios de suelo pélvico
- Drenajes: Utilice sistemas adecuados para el control de los drenajes provisionales o permanentes como bolsas de colostomía, ileostomía y crema de barrera.
- Sudoración profusa:
 - ◆ Mantenga la ropa de cama seca.
 - ◆ Realice higiene cuando sea necesario y vigile la piel de los pliegues cutáneos.
 - ◆ Aplique los productos para el cuidado de la piel perilesional en lesiones exudativas.

15. Efectué los cambios de posición en cama:

- Mantenga la comodidad del paciente, dignidad y capacidad funcional. (Grado C)
- Programe los cambios posturales en relación a las necesidades y riesgo detectado en la valoración. (Grado B)
- Cambie al enfermo de posición cada 2-3 horas durante el día y cada 4 horas en la noche, teniendo en cuenta la higiene, los horarios de comidas y las visitas. (Grado B)
- Coloque el cabecero de la cama máximo a 30 grados. (Grado C)
- Coloque le horario de cambio de posición donde esté visible para todo el personal. (Grado B)
- Siga una rotación programada: decúbito supino, lateral derecho, lateral izquierdo, manteniendo el cabecero de la cama máximo 30° (H-15.4). (Grado C)
- No cambie de posición al paciente sobre una superficie de su cuerpo que se encuentre enrojecida debido a algún episodio previo de carga con presión, siempre que sea posible, o sobre prominencias óseas que ya presenten eritemas no blanqueantes (estadio I). (Grado B)
- Cambie de postura al paciente de manera que se alivie o se redistribuya la presión. (Grado C)
- Evite exponer la piel a fuerzas de presión y cizalla. (Grado C)
- Verifique que el paciente no está colocado directamente sobre los dispositivos médicos (sondas, equipos de infusión sistemas de drenaje). (Grado C)
- Evite el contacto directo entre las prominencias óseas, con el uso de almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- Levante al paciente en lugar de deslizarlo para realizar las movilizaciones o reposicionarlo, utilice una sábana de movimiento (entremetida) o aparatos auxiliares para evitar el arrastre. (Grado C)
- Mantenga el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural. (Grado B)
- Recuerde a los pacientes que se pueden movilizar en la cama a cambiar de posición de forma independiente. (Grado B)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Utilice las almohadas para sostener el paciente en una posición lateral; para proteger las rodillas y tobillo, colocadas entre ambas articulaciones. (Grado B)
- Fomente la movilidad y actividad del paciente proporcionando dispositivos de ayuda: barandillas, trapecio, andador, bastones, etc. (Nivel IV)
- Evite la elevación de la cabecera de la cama y una posición de hombros caídos que provoque presión y cizalla en el sacro y el cóccix cuando el paciente se siente en la cama. (Grado B)

16. Cambio de posición del enfermo en el sillón:

- Utilice las superficies de apoyo para prevenir las úlceras por presión cuando esté sentado, para que se redistribuya la presión y disminuir el riesgo de desarrollar una úlcera por presión. (Grado B)
- Coloque al paciente de modo que pueda realizar todas las actividades de manera independiente. (Grado C)
- Seleccione una postura que sea agradable para el paciente y disminuya las presiones y la cizalla ejercidas sobre la piel y los tejidos blandos. (Grado C)
- Colóquele los pies sobre un reposapiés cuando éstos no alcancen el suelo. (Grado C)
- Enséñele a movilizarse cada quince minutos (cambios de posturas).
- Limite el tiempo que el paciente está sentado sin alivio de la presión. El peso del cuerpo causa la mayor exposición a la presión que puede ejercerse sobre las tuberosidades isquiáticas. (Grado B)

17. Realice ejercicios para aumentar el tono muscular:

- Pasivos: Los realizarán los profesionales cuando el paciente esté en decúbito supino, movilizándolo hombros, codos, y muñecas, caderas, rodillas y tobillos.
- Activos: Enseñe al paciente y cuidador familiar a realizar los ejercicios.
- Enseñe al enfermo y cuidador familiar realizar una la actividad diaria y un programa de ejercicios, de acuerdo a sus posibilidades.

18. Valore, identifique y corrija los diferentes déficit nutricionales:

- Evalúe y registre la ingesta del enfermo en cada turno.
- Controle su peso periódicamente (si se puede).
- Establezca una dieta que cubra aporte proteico/hídrico adecuado a sus necesidades respetando preferencias alimentarias. (Grado A)
- Si es preciso, incluya suplementos ricos en proteínas y calorías.
- Ofrezca frecuentemente comidas con poca cantidad.
- Valore con el médico los suplementos multivitamínicos que contengan vitaminas del grupo A, C y E. (Grado C)
- Administre suplementos nutricionales diarios indicados en personas de edad avanzada, personas que se recuperan de una enfermedad aguda, minimizando así la incidencia de aparición de úlceras por presión. (Grado B)
- Proporcione alimentos que mantengan las heces en una consistencia normal. Evite los alimentos que formen gas o que causen diarrea.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

19. Deje al paciente en posición cómoda, de forma que no se limite su capacidad funcional del paciente, el acceso al timbre y a sus objetos personales. (Grado C)
20. Retírese los guantes.
21. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
22. Enseñe al paciente y cuidador familiar:
 - Proporcione información sobre: formación de úlceras, factores contribuyentes, importancia de los cambios posturales, alimentación, higiene. (Nivel IV)
 - Los peligros de los masajes y el uso de flotadores para aliviar la presión. (Nivel I)
 - Los cuidados de la piel.
 - A realizar los cambios posturales.
 - A consumir una dieta variada y suficiente, rica en proteínas (si no está contraindicado).
 - A realizar los ejercicios pasivos y activos. (Grado C)
 - A mantener la ropa de cama y del paciente limpia y seca. A usar la lencería preferentemente de tejidos naturales (algodón). No usar productos irritantes para lavar la ropa.
 - A aplicarse los ácidos grasos hiperoxigenados cada 8 horas: mañana, tarde y antes de dormir en las prominencias óseas y talones.
 - Valore el nivel de aprendizaje y autocuidado alcanzado por el paciente/familia
23. Registre:
 - La valoración del estado de salud y la valoración de riesgo de UPP según la escala de Braden. (Grado B)
 - Las medidas preventivas realizadas, el horario y esquema de cambios de posición. (Grado B)
 - Los cuidados específicos preventivos realizados de acuerdo con el riesgo (H-15.3). (Grado B)
 - Registre en el Informe de Enfermería al Alta los cuidados preventivos y las recomendaciones proporcionadas. (Grado B)
 - Todas las valoraciones de la piel que incluyan detalles sobre cualquier tipo de dolor posiblemente relacionado con los daños ocasionados por la presión. (Grado B)
 - Firme los registros.

5. BIBLIOGRAFÍA:

- Afrainin Syah, Nur. *Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions*. JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Clark, M. et al. *Pressure ulcers and nutrition: a new European guideline*. Journal of Wound Care. 2004, 13:7, 267–272.

5. BIBLIOGRAFÍA: (continuación)

- Donnelly, J.; Kernohan, G. & Witherow, A. *Pressure relieving devices for preventing heel pressure ulcers*. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 2.
- EPUAP-NPUAP Guideline. *Pressure ulcer prevention*. 2010. <http://www.npuap.org/>
- Griffiths, P. & Jull, A. *How good is the evidence for using risk assessment to prevent pressure ulcers?* Nursing Times; 2010, 106: 14, early online publication.
- Griggs, K. [Pressure Area Care: Management](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2008.
- Griggs, K. [Pressure Area Care: Prevention](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2008-2010.
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas GNEAUPP. *Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión*. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/3_pdf.pdf
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas GNEAUPP. *Incontinencia y úlceras por presión*. Madrid. GNEAUPP, Laboratorios Indas; 2006.
- Guerin, Michelle. [Pressure Area Care](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2006
- Guy, H. *Pressure ulcer risk assessment and grading*. Nursing Times, 103, 15, 38–40. 2007.
- Guy, H. *Preventing pressure ulcers: choosing a mattress*. Nursing Time, 2004.
- Hudak, Sandra; Sharkey, Siobhan; Engleman, Michael; Horn, Susan; Spector, William & Limcangco, Rhona. *Pressure Ulcer Plan Is Working*. Focus on Care giving. Provider. May, 2008.
- James, Bárbara. [Pressure Area Care: Turning](#). JBI Database of Evidence Summaries Consumers. 2007.
- Jordania, Zoe. [Pressure Sores](#). JBI Database of Evidence Summaries. Consumers. 2006.
- Lourde, K.. *Preventing Pressure Ulcers*. Focus on Care giving. Provider August 2008.
- McInnes, E.; Bell-Syer, S.E.M.; Dumville, J.C.; Legood, R. & Cullum, SA. *Support Services for Pressure Ulcer Prevention*. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 4.
- OHTAC Recommendation: *Prevention and Management of Pressure Ulcers*. October, 2009. Realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud.
- OHTAC Recommendation. *Prevention and Management of Pressure Ulcers*. Ontario Health Technology Advisory Committee in July 2009.
- Reddy, M.; Gill S.S. & Rochon, A. *Preventing pressure ulcers: A systematic Review*. JAMA. 2006; 296(8):974-984.
- Servicio Andaluz de Salud: *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión*. Consejería de Salud. 2007.
- Stevens, Julie & GrayWil, I. *New guideline on preventing and managing pressure ulcers*. Nursing Time. 2005. Vol.: 101, issue: 46, page nº: 40.
- Stomski, Norman. [Pressure Ulcers \(Prevention\): Support Surfaces](#). JBI Database of Enursing practice, clinical research: ensuring good posture and other preventive techniques. Nursing Time 2009.

5. BIBLIOGRAFÍA (continuación)

- The Joanna Briggs Institute. *Pressure Area Care: Turning an Older Person in Bed*. Recommended Practice. 2010. Thompson, Sue & Jevon, Phil. *Repositioning a supine patient using a slide sheet*. Nursing Time, 12 January, 2009.
- Vibulsresth Kelley, S.; Bell, L. & Duncan, R. *Evaluation of kinetic therapy in the prevention of complications of prolonged bed rest secondary to stroke*. Stroke, vol. 18, 638-642, American Heart Association.
- Villarreal Cantillo, Elizabeth. *The patient's safety*. A commitment for a high quality care. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23 (1): 112-119.

7. DOCUMENTOS ASOCIADOS:

H-15.1 Escala de Braden

H-15.1.1 Escala de Braden del Hospital Universitario Reina Sofía.

H-15.2 Estadios de la lesión piel.

H-15.3 Medidas preventivas según el riesgo.

H-15.4 Esquema general de rotación para cambios posturales.

H-15.5 Hoja de valoración para la asignación de SEMP