

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP

INTRODUCCIÓN

Problema que vamos a tratar

A pesar del avance de la medicina y los servicios sanitarios, las Ulceras por Presión siguen siendo un gran problema; se producen en pocas horas y pueden tardar meses en curarse, presentan una morbilidad asociada importante y una grave afectación en la calidad de vida de quién las padece.

Los últimos estudios realizados dan la certeza de que el 95% de todos los casos de UPP se pueden prevenir; de modo que, al ser un mal evitable, se llega a la conclusión de que se podrán exigir responsabilidades tanto a profesionales como a instituciones, como ya está ocurriendo en Estados Unidos y el Reino Unido

¿Qué es y en qué consiste el problema?

La prevención de UPP es un claro ejemplo del resultado de trabajo en equipo, para lo que hace falta una herramienta eficaz y sencilla, que defina una pauta de actuación unificada. Por esto nos resulta imprescindible la realización de este manual, recopilación de procedimientos sobre prevención de UPP, y asegurarnos su ajustado cumplimiento elaborando unos registros de datos que nos permitan realizar un seguimiento de los cuidados prestados. Lo que nos lleve a posteriori, a disponer de material para evaluar tanto nuestras acciones como los resultados obtenidos; como elemento básico para mejorar la eficacia de nuestros cuidados y estrategias de prevención.

Proponemos la utilización de este manual de procedimientos de prevención de UPP como punto de partida del establecimiento de un programa de calidad que nos ayude a mejorar los cuidados que proporcionamos a nuestros residentes, nos facilite el trabajo en equipo y nos permita objetivar nuestra práctica asistencial.

Recogida de información

Para la realización de este manual hemos hecho una recopilación y estudio de distintas guías de práctica clínica y protocolos de prevención de UPP así como de información en forma de Documentos técnicos y de posicionamiento de asociaciones de expertos como el GNEAUPP y la EPUAP; para luego trasladar los conocimientos adquiridos en forma de procedimientos de sencillo entendimiento y concretando en función de los materiales y recursos de los que disponemos en nuestro centro

Objetivos

La estandarización en nuestro centro de trabajo de procedimientos de actuación relacionados con las medidas de prevención de UPP.

Presentación de un nuevo registro de cuidados de prevención de UPP

Encaminados ambos a mantener y mejorar la tolerancia a la presión de los tejidos para prevenir las lesiones, proteger frente a los efectos perjudiciales de fuerzas externas: presión, cizalla y fricción. Control del exceso de humedad. Instruir sobre movilidad y cambios posturales. Promover la Educación para la salud de nuestros residentes. Controlar el estado nutricional y generalizar el uso de los registros de cuidados y medidas de prevención

REVISIÓN DE CONCEPTOS

Valoración del riesgo

Consideramos a todos los residentes potenciales de riesgo. Al encajar casi la práctica totalidad de ellos en la definición de anciano frágil.

EVRUPP:

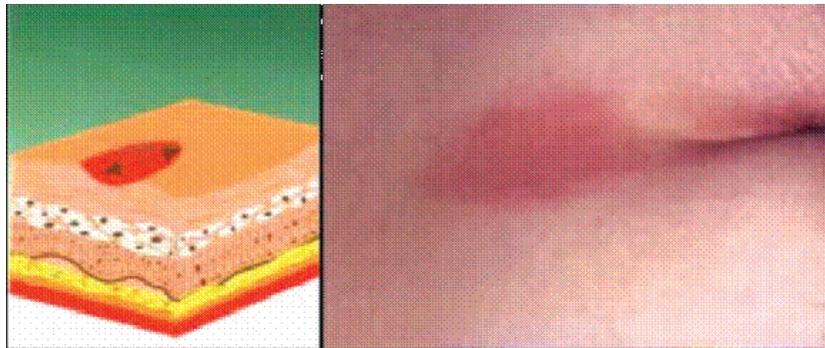
Utilizamos la Escala de Braden como escala de valoración del riesgo de UPP.

UPP

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

Estadios (según GNEAUPP)

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



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



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



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



Localizaciones más frecuentes:

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

Medidas de prevención de UPP

CUIDADOS DE LA PIEL: Procedimiento del aseo matinal, Procedimiento del montaje de cama.

CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD: Procedimiento de control de exceso de humedad.

MANEJO DE LA PRESIÓN: Procedimiento de realización de cambios posturales, Procedimiento de Uso y Mantenimiento de SEMP.

NUTRICIÓN: Las recomendaciones que se exponen a continuación van encaminadas a mantener o mejorar el estado nutricional y de hidratación y evitar y acelerarla cicatrización de las úlceras por presión.

Prestar una especial atención a las preferencias alimentarias del paciente con la finalidad de asegurar el consumo de la dieta pautada.

- Realizar 5 a 6 comidas a lo largo del día y poco cuantiosas

- Asegurar el aporte de proteínas diario.
- Potenciar el consumo de alimentos proteicos de elevada calidad, tanto en la comida como en la cena y asegurar las necesidades diarias.
- Algunos alimentos de elevado contenido proteico son: carne, pescado, huevos, lácteos, soja, legumbres y cereales.
- Si se precisa, incluir módulos o suplementos nutricionales comerciales ricos en proteínas y/o calorías.
- Potenciar el consumo de frutas y verduras.
- Consumir diariamente una fruta rica en vitamina C: naranjas, kiwi, mandarina, etc.
- Beber abundantemente: 1,5 a 2 litros al día.
- Evitar la fatiga, disminuye las ganas de comer.
- Evitar realizar los cuidados de la herida antes de las comidas; los procesos dolorosos pueden disminuir el apetito.
- Valorar las posibilidades de que el paciente pueda alimentarse por sí mismo (comida que pueda coger con los dedos, utensilios adaptadores, ayuda en las horas de la comida).
- Es imprescindible respetar las normas de higiene para evitar contaminaciones alimentarias y empeorar el estado del paciente.
- Evitar el tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas.
- Fomentar un mayor nivel de movilidad.

PROCEDIMIENTO MONTAJE CAMA DE RESIDENTE CON INCONTINENCIA/ CAMBIOS POSTURALES

Bajera de algodón, ajustable al colchón, desechar aquellas que no se ajusten perfectamente. Dejar lisa, sin arrugas.

Entremetida/Travesera de algodón suave, perfectamente estirada, sin arrugas, para aquellos residentes que tengan prescritos cambios posturales (mirar en registro) ya que facilitará la realización de estos.

Empapadera o “**Sorbelet**” para residentes incontinentes que a pesar de tener absorbentes suelen tener “escapes”. Se pone sobre la travesera.

Sábana superior

No se pondrá hule; las fundas de los colchones están acondicionadas para poderse lavar en caso que sea necesario (mirar procedimiento SEMP)

Colcha Hay que tener la precaución de dejar doblez a los pies (sábana, manta y colcha) para que la ropa de cama no pese encima de los pies del residente y le permita una mínima movilidad.

PROCEDIMIENTO ASEO DIARIO

Examen de la piel buscando presencia de: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, edema, cambios de turgencia, temperatura, induración...

Prestar especial atención a: **prominencias óseas**, **zonas expuestas a humedad continua** (zona perineal, peri anal, pliegues, orificios de estomas), y **zonas de lesiones antiguas**.

Mantener **siempre la piel limpia y seca**: lavamos con agua tibia, aclaramos bien y secamos meticulosamente **sin friccionar**; especial atención en pliegues y espacios interdigitales.

Retirar parches protectores antes del baño para poder **observar todos las zonas de riesgo durante al menos una vez al día** (si no son transparentes).

QUE UTILIZAMOS PARA EL ASEO PERSONAL

- Gel de Avena
- No usar alcoholes para fricción (ni colonia)
- Crema hidratante **masajeando suavemente hasta absorción completa** (no en prominencias óseas ni pliegues corporales)
- Aplicar ácidos grasos hiper-oxigenados AGHO (Mepentol[®] : una pulsión con ligero masaje hasta absorción completa) en zonas de riesgo en aquellos residentes que lo tengan prescrito (mirar en registro)



- Aplicar Cavilon (apósito adhesivo de barrera) o pomadas protectoras a aquellos residentes que lo tengan prescrito (mirar en registro y procedimiento Control exceso de humedad)



- En lo posible poner ropa interior de tejidos naturales. Si falta o está en mal estado se avisa a T. Social
- Si se detecta alguna incidencia se avisa a Enfermería

PROCEDIMIENTO CONTROL EXCESO DE HUMEDAD

Hay que reducir al mínimo la exposición cutánea a la humedad debida a incontinencia, sudoración, exudado de heridas ...

- A los residentes con incontinencia urinaria y fecal se les pondrá pañales absorbentes. Se realizará higiene adecuada tras cada cambio de pañal.
- Para la noche se les pondrá a los residentes incontinentes doble pañal, cortando la parte exterior del absorbente en contacto con la piel para tener mayor absorbencia. Se cambiará según el testigo de saturación del absorbente exterior.
- En residentes portadores de colostomía, proteger la piel que rodea el estoma con apósito adhesivo de barrera (Cavilon[®]). (esperar 30" antes de pegar el disco adhesivo)
- En residentes con sudoración profusa, como en estado febriles, cambiar la ropa y las sábanas cuando se encuentren húmedas.
- No poner camisones ni pijamas de fibras sintéticas, la ropa de cama en lo posible ha de ser de tejidos naturales.
- Se utilizará el Cavilon[®] como producto de barrera tópico o pomadas protectoras para prevención de lesiones por maceración en aquellos residentes incontinentes que lo tengan prescrito (mirar en registro de cuidados).



PROCEDIMIENTO CAMBIOS POSTURALES

Para realizar los cambios posturales de manera correcta sin causar daño al paciente ni a nosotros mismos debemos seguir unos **principios básicos**:

Puntos clave del cuerpo para realizar una manipulación: los puntos clave son cabeza, cintura escapular-hombros, codos, muñecas, cintura pélvica-caderas, rodillas y tobillos. Nos permiten controlar grandes segmentos corporales con relativo poco esfuerzo.



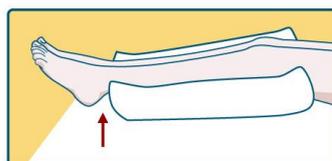
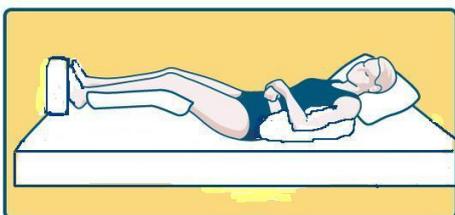
- informarse del grado de dependencia de la persona.
- explicar el movimiento y solicitar la colaboración de la persona.
- solicitar ayuda a los compañeros cuando sea necesario.
- si el movimiento se realiza entre varios se debe dar una orden única y precisa.
- reducir al mínimo los roces entre la persona y la superficie sobre la que se está moviendo: a la hora de movilizar a la persona a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
- no levantar el peso de la persona si se puede deslizar o girar.
- la cama deberá estar preparada con una “entremetida” (sábana doblada a su largo por la mitad). Se coloca debajo del paciente de forma que llegue desde los muslos hasta los hombros. Para manejar al paciente con la entremetida ésta se enrollará por los laterales sujetándola fuerte lo más cerca posible del paciente, pudiendo así moverlo hacia cualquier lado de la cama sin fricciones.
- cuando se realicen las movilizaciones la cama debe estar plana, en caso de que el paciente deba tener el cabecero elevado se elevará una vez terminada la manipulación y no más de 30°.
- El paciente debe quedar centrado en la cama para evitar que quede apoyado sobre la pared o las barandillas.
- Mantener al paciente en posición fisiológica.

POSICIONES TERAPÉUTICAS:

Decúbito Supino:

Almohadas:

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



Precauciones:

La cabeza mirando hacia arriba en posición neutra alineada con el cuerpo.

Evitar la hiper extensión de rodillas

Codos y manos en ligera flexión.

Evitar rotación de trocánteres.

Decúbito Lateral Dorsal:

Cómo realizar el cambio:

Desplazar al paciente hacia el lateral de la cama contrario al decúbito deseado

Estirar el brazo hacia el lado que se va a girar y flexionar el otro sobre el pecho

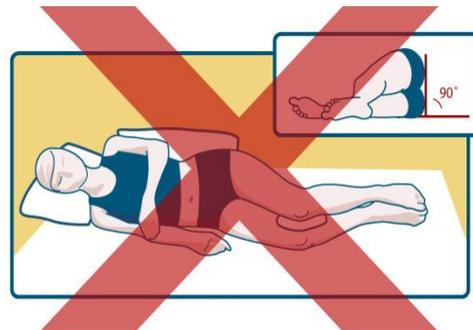
Se flexiona la rodilla de la pierna que va a quedar por encima

Colocamos una mano sobre el hombro que quedará por encima y la otra en la rodilla flexionada y giramos al paciente en bloque, para mantener la alineación postural.

Sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente hasta notar que la escápula queda plana.

Almohadas:

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



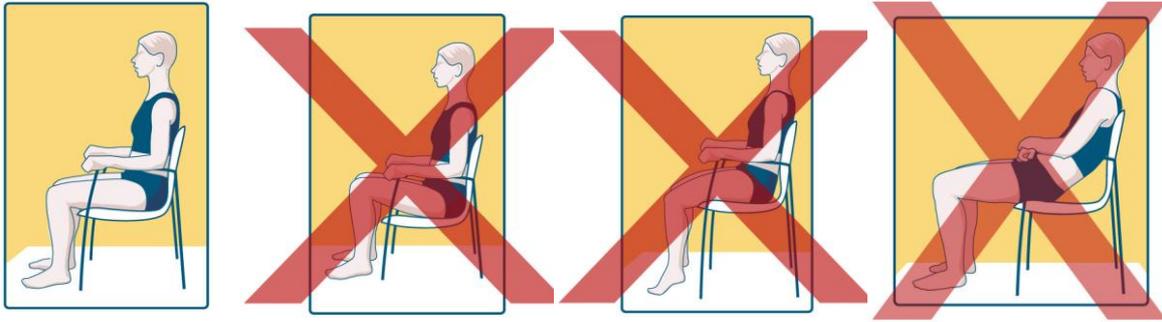
Precauciones:

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

Sedestación en silla o sillón:

- espalda apoyada en el respaldo
- distribuir por igual el peso en ambas caderas
- caderas, rodillas y pies en flexión de 90°
- evitar que los pies cuelguen
- separar ligeramente las rodillas evitando el contacto de las prominencias óseas, si

fuera necesario colocar una almohada entre las rodilla



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

PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO Y USO DE SEMP

Colchones de reemplazo:

Normas generales:

Siempre deben tener puestas sus fundas originales.

Las fundas de poliuretano se limpiarán semanalmente con un paño húmedo con jabón neutro o jabón antiséptico (coincidiendo con el cambio de sábanas) o siempre que se manchen. Se mandarían a lavandería cuando la cama cambie de usuario.

Las fundas de rizo se mandarían a lavandería siempre que sea necesario.

La tolerancia de hundimiento es de 1cm., a partir de ahí comienzan a perder propiedades.

Particularidades:

Colchón soflo (bardisa): base de poliuretano hacia abajo, canales de aireación hacia arriba. Se debe girar (no voltear) una vez en semana (coincidiendo con cambio de sábanas).

Látex modular y prevent (bardisa) igual sólo varía que hacia arriba van los módulos de látex o el núcleo azul.

Colchón viscoelástico trisustentación no se puede girar ni voltear.

Colchón bloque de látex se debe girar y voltear, se alternarán una semana giro la siguiente volteo.

Sobrecolchones :

Normas generales:

Como su propio nombre indica se colocan sobre el colchón y va unido a un compresor que insufla aire a las celdas alternativamente.

El compresor no se colocará nunca enganchado en el cabecero de la cama para minimizar la transmisión de las vibraciones y favorecer así el descanso de los residentes.

Las celdas no quedarán atrapadas entre el colchón y el somier nunca.

Observar que los tubos de aire que conectan el colchón y el compresor no queden comprimidos.

Se limpiarán con jabón neutro o antiséptico al menos una vez en semana (coincidiendo con el cambio de sábanas) o siempre que se ensucien, insistiendo en las zonas que hay entre las celdas (para prevenir pinchazos, acumulación de suciedad... en resumen un mayor deterioro del sobrecolchón).

Ajuste correcto: la presión se regula desde el compresor, la presión ideal es cuando entre el colchón y el paciente podemos introducir dos dedos.

Pierde sus propiedades si existen pinchazos o el compresor no realiza la alternancia de presiones.

Cojines:

Normas generales:

Mantener plano y en lugar seco.

Mantener siempre con sus fundas originales.

Evitar el contacto directo entre el paciente y la superficie del cojín para minimizar riesgos de alergias y un mayor deterioro de la superficie.

Particularidades:

Cojín de aire:

la válvula de aire siempre hacia delante (observar que no quede comprimida bajo el paciente), celdas de aire hacia arriba, base plana en el asiento.

Ajuste correcto: paciente “sumergido” en el cojín, sin que llegue a tocar el fondo (entre la prominencia ósea que haya penetrado más profundamente y la base del cojín debe quedar aproximadamente 1´25 cm. – nuestros dedos-)

El cojín se lavará (al menos una vez en semana o siempre que se ensucie) con jabón neutro o antiséptico, con un paño húmedo, enjuagar con agua clara y dejar secar al aire libre. NO USAR DETERGENTES, DISOLVENTES, ACEITES NI CALOR, deterioran con más rapidez la superficie. La funda se lava a máquina, máx. 30º, no planchar.

Pierde sus propiedades cuando hay fuga de aire por pinchazos o deterioro del material.

Cojín de flotación líquida:

Se limpiará con jabón neutro o antiséptico al menos una vez en semana o siempre que se ensucie. Secar con un trapo.

Se debe girar (diariamente) y voltear (cuando se le cambie la funda) para tener un desgaste más homogéneo, pero manteniendo siempre la parte antideslizante de la funda hacia abajo.

Finalidad del Manual de Procedimientos

La elaboración de este Manual de Procedimientos de Medidas de Prevención de UPP tiene la finalidad de unificar criterios de actuación, para facilitar el control del cumplimiento de las rutinas de trabajo, evitando la alteración arbitraria bajo criterio individual. Igualmente facilita la incorporación y adiestramiento de personal de nueva incorporación.

Se convierten en “lex artis”

Lo que se pretende conseguir con el cumplimiento de estos procedimientos es:

1. Mantener y mejorar la tolerancia a la presión de los tejidos para prevenir las lesiones;
2. Proteger frente a los efectos perjudiciales de fuerzas externas: presión, fricción y cizallamiento.
3. Proteger frente a los efectos perjudiciales del exceso de humedad.
4. Adiestrar en Movilización y realización de cambios posturales.
5. Conocimiento de la importancia del estado nutricional.
6. Instauración y adiestramiento en uso de Registro de cuidados de prevención.

REGISTRO DE CUIDADOS DE PREVENCIÓN DE UPP

Una vez realizada la valoración del riesgo de aparición de UPP se planifican los cuidados de prevención en función del riesgo y según el Protocolo de Prevención de UPP.

Los cuidados que se planifiquen serán trasladados al Registro de cambios posturales y medidas de prevención de UPP, de manera que sean accesibles para el personal auxiliar/gerocultor.

En cada situación particular y siguiendo el protocolo, la valoración y revisión del plan de cuidados será :

Alto- riesgo: Nueva Valoración y revisión del plan de cuidados quincenal

Moderado riesgo: Nueva Valoración y revisión del plan de cuidados mensual

Bajo riesgo: Nueva Valoración y revisión del plan de cuidados trimestral.

No riesgo: Nueva Valoración anual.

En los tres supuestos se realizará una nueva valoración siempre que se produzca un cambio en el estado del residente que suponga variación en el estado basal del individuo.

Todos los residentes a los que haya que aplicárseles cuidados de prevención de UPP tendrán su Hoja de Registro de Cambios Posturales y medidas de Prevención en su

habitación, de manera que facilitamos el registro de los datos y la pronta accesibilidad en caso de duda en sus cuidados.

Todos los registros quedarán archivados en la Historia Clínica del residente.

REGISTRO DE CAMBIOS POSTURALES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP

Consta de varios apartados:

Cuadrícula de registro de cambios posturales, con distribución horaria en vertical y diaria en horizontal. Se registra con iniciales la posición que adopta el residente en el cambio postural: DLI, DLD, DS, SD (sedestación). Durante cada turno, un profesional se responsabilizará de la realización de los cambios posturales (aunque lo realicen entre dos compañeros), y firma con iniciales de nombre y primer apellidos en casilla siguiente a la ultima hora de turno (bajo las 14 horas, bajo las 21 horas ó bajo las 7 horas)

Rueda de distribución personalizada de Cambios posturales donde se pautará la secuencia de posturas adecuadas a las características particulares de cada residente.

Cuadro de prescripción de cuidados individualizados:

CUIDADOS DE LA PIEL: Si precisa aplicación de productos tópicos de barrera (Cavilon) , pomadas protectoras (Mitosyl) o AGHO; pauta y zona de aplicación.

CAMBIOS POSTURALES: Pauta horaria de cambios posturales; se indicará si el residente es independiente para la realización de los cambios, si precisa indicación verbal, si precisa ayuda o si es dependiente.

PROTECCIÓN LOCAL DE LA PRESIÓN: Se indicará la utilización de patucos de borreguito, si precisa utilización de apósitos hidrocelulares para reducción de presión...

SEMP: Se indica qué SEMP usa cada residente.

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES: se indicará prescripción y pauta.

OTROS: Se indicará en este apartado cuidados personalizados no integrados en los apartados anteriores.

Trabajo pendiente de Acreditación por el **GNEAUPP**

Manual elaborado por:

Lourdes Correa Román. DUE.

Marta Moreno Rojo. DUE.

Noemí D. Jiménez Vinuesa. Terapeuta Ocupacional

Centro de trabajo: OAL Fundación Pública Residencia de Mayores San Luís. Motril. Granada

BIBLIOGRAFÍA

- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Torra I Bou JE. Úlceras por presión en el paciente crítico. (consultado el 15/11/07). URL disponible en <http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwNDEzOTU%3D>
- Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Octubre 2003. Documentos GNEAUPP. Disponible en <http://www.gneaupp.org>. (consultado el 20/11/07)
- Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Disponible en <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/ProtPrevTtoUlcerasPresionEsp.pdf>. (consultado el 20/11/07).
- Guía-Protocolo de Prevención, Tratamiento y Apósitos en Úlceras por Presión. Comisión de úlceras por presión del departamento15. Centros sociosanitarios-Primaria-Especializada. Disponible en <http://www.a14.san.gva.es/hos/enfer/prevencion%20upp%20guia%20de%20enfermeria%20departamento%2015.pdf> (consultado el 17/11/07).
- Dueñas Fuentes JR. Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. Disponible en <http://www.terra.es/personal/duenas/10.html> (consultado el 8/11/07)
- Tratado de Geriatria para residentes. Tema 8 CALIDAD ASISTENCIAL. Pág 95. SEGG.- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2008_I.pdf)
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de Debate: “Las úlceras por presión, un reto para el Sistema de Salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal”. Madrid, Barcelona, Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en www.gneaupp.org (consultado 16/10/2007).
- J. Javier Soldevilla Agreda, Sonia Navarro Rodríguez, Carme Rosell Moreno, Raquel Sarabia Lavín, Galdina Valls Borrueal Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. ASPECTOS LEGALES DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN ESPAÑA.. (Documentos GNEAUPP). http://Www.seapremur.com/Congreso_Moratalla/Talleres/Monografia%20aspectos%20legales%20Ulceras%20presion.pdf (consultado el 25/10/2007)
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y HeridasCrónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003
- ANCIANO FRÁGIL. DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DEBILIDAD Y DETERIORO DE SU SALUD. Autor: Javier Gómez Pavón. Médico Especialista en Geriatria. Hospital Central Cruz Roja. Madrid. Editor y Coordinador: José Antonio Pinto Fontanilo. Responsable del Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas Mayores. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad)
- Joan-Enric Torra i Bou, Justo Rueda López, Carme ramón Cantón. Rev ROL Enf 200; 23(3): 211-218 Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlceras por presión con un apósito hidrocelular.
- Guía de Práctica Clínica “Deterioro de la Integridad Cutánea; Úlceras por presión”. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Málaga.
- Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Distrito Sanitario Guadalquivir, Distrito Sanitario Córdoba Centro, Distrito Sanitario Córdoba Sur, Hospital Infanta Margarita,Hospital Universitario Reina Sofía, Hospital Valle de los Pedroches
- Rodríguez M. Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
- Manual de Prevención y cuidados locales de ÚLCERAS POR PRESIÓN. Servicio Cántabro de Salud. 1ª Edición 2005
- Manual de Recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Capítulo 15. Úlceras por presión. Juan José Calvo Aguirre, Joan Enric torra i Bou.