

Elaboración de un nuevo dispositivo para la prevención de UPP occipitales

Francisco Javier Delgado Aranda. DUE eventual del SESCAM, UCI polivalente del Hospital Mancha Centro.

Alberto Jimeno Martínez. DUE eventual del SESCAM, UCI polivalente del Hospital Mancha Centro.

David Arteaga Carrasco. DUE eventual del SESCAM, UCI polivalente del Hospital Mancha Centro.

OBJETIVO

Elaborar un dispositivo eficaz de bajo coste en la prevención de las UPP occipitales en pacientes con movilidad restringida en UCI.

METODOLOGIA

Se ha desarrollado un protocolo basado en revisiones bibliográficas y en las propias experiencias previas, que se utiliza en todos los pacientes críticos con movilidad restringida. Es un sistema de apoyo especial para la cabeza, que permite mantener libre de presión la zona occipital de paciente.

ELABORACIÓN: Para elaborar el nuevo dispositivo se necesitarán únicamente **2-4 esponjas** y 50 cm aproximadamente de **esparadrapo** tipo OPERFIX®. Para ello se alinearán las **esponjas de forma paralela en dos bloques** dejando entre ellos una **separación de 3 cm.** aprox. Después se envolverán ambos bloques con el esparadrapo, dejando dicha separación. (figuras 1,2 y 3)

PERSONAL QUE INTERVIENE: Su sencilla elaboración puede realizarla una **enfermera o una auxiliar de enfermería.**

FORMA DE USO: La forma de uso del nuevo dispositivo consistirá en **colocarlo entre el colchón y la zona occipital del paciente**, de forma que el hueco entre las dos esponjas quede paralelo o perpendicular al tronco, **alternando su posición cada 1-2 horas.** (figuras 4 y 5)

INDICACIÓN: Su uso estará recomendado desde el ingreso en cualquier paciente **sedoanalgesiado**, especialmente en los que están contraindicados los cambios posturales y se prevé una **larga estancia.**



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

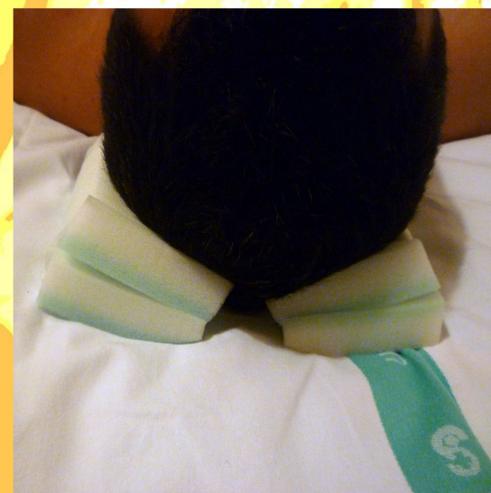


Figura 5

INTERVENCIONES

Existen determinadas acciones en las que la enfermería realiza un papel fundamental y a veces invisible en la prevención de las lesiones y complicaciones de los enfermos críticos encamados. Estas acciones se enmarcan dentro del siguiente diagnóstico de enfermería.

Dx (NANDA): 000047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física por sedación.

Intervenciones (NIC): **003540 Prevención de úlceras por presión**

003500 Manejo de presiones

003590 Vigilancia de la piel

Actividades: 11377 Utilizar herramientas de valoración de riesgo del individuo.

10394 Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.

11589 Vigilar estrechamente la zona enrojecida al menos una vez por turno.

11258 **Utilizar dispositivos** adecuados para mantener las prominencias óseas libres de presiones continuas.

06461 **Movilizar cada 1-2h** si procede, colocando el programa de giros a pie de cama.

05609 Evitar dar masajes en las zonas enrojecidas.

01115 Asegurar una nutrición adecuada.

02184 Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.

05751 Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.

08428 Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.

Resultado (NOC): 001101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indicadores: 110121 Eritema; 110113 Integridad de la piel; 110123 Necrosis; 110101 Tª de la piel

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia diaria el dispositivo ha demostrado ser eficaz en la prevención de UPP occipitales, aunque serán necesarias nuevas investigaciones, para determinar el coste-beneficio del dispositivo.