 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile" Neonatología</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b></p>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 1 de 10
		Vigencia: Abril 2024

Aprobado	Revisado	Elaborado
Abril 2019	Marzo 2019	Septiembre 2014
 <p>Dra. Midori Sawada T. Director Hospital San Juan de Dios – CDT.</p>	<p>Mat. Claudia Neira B. Jefa CR. Neonatología.</p> <p>Mat. Karina-Muñoz M. Jefa Administración de Cuidados de Matronería.</p> <p>EU. Miriam González B. Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.</p> <p>EU. Katherine Bustos M. Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.</p>	<p>Mat. Claudia Aguayo I. Neonatología.</p>
Rs. Exenta N° 1770 del 23 de Abril 2019.		

## 1. Objetivos:

### 1.1 Objetivo general:

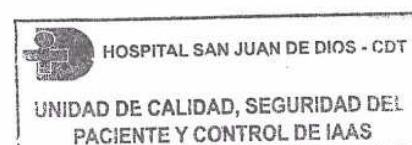
Estandarizar la evaluación y clasificación del riesgo de Lesiones por presión en los pacientes de la UPC Neonatal y determinar las medidas de prevención según el riesgo de cada paciente.


### 1.2 Objetivos específicos:

- Mantener la integridad de la piel en los pacientes hospitalizados en CR. Neonatología.
- Prevenir lesiones físicas en los pacientes hospitalizados en CR. Neonatología.
- Prevenir infecciones derivadas de la pérdida de indemnidad de la piel en los recién nacidos hospitalizados.

## 2. Alcance:

Dirigido a todos los funcionarios y estudiantes del Hospital San Juan de Dios que realicen atención de los pacientes hospitalizados en CR. Neonatología.




	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 2 de 10
		Vigencia: Abril 2024

### 3. Responsabilidades:

Responsables	Actividades
Administración de Cuidados de Matronería	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fomentar el cumplimiento del protocolo.</li> </ul>
Subdirección Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proveer a través de Unidad de Abastecimiento los insumos y artículos adecuados, idóneos y ajustados a los requerimientos clínicos para el cumplimiento al protocolo.</li> </ul>
Matrona/o Jefe de Servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación continua al equipo clínico responsable de cumplimiento de los procedimientos a través de difusión, aplicación y supervisión de cumplimiento del presente protocolo.</li> <li>Mantener dotación de insumos adecuados y almacenaje según norma para cumplimiento óptimo de este protocolo.</li> <li>Monitorización y formulación de planes de mejora relacionados al proceso de evaluación y prevención de Lesiones por Presión CR. Neonatología.</li> </ul>
Matronas/es Enfermeras/os clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confeccionar a cada paciente que ingresen a CR. de Neonatología la hoja de recolección de datos.</li> <li>Aplicar Escala de valoración de UPP NSRAS a todos los recién nacidos que ingresen a CR. Neonatología y en la periodicidad determinadas según riesgo de cada paciente.</li> <li>Cumplir y dar cumplimiento con las medidas de prevención respectivas según el riesgo de cada paciente.</li> <li>Delegar en caso necesario las actividades de prevención a los Técnicos Paramédicos.</li> </ul>
Técnicos Paramédicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecutar las medidas de prevención delegadas, según riesgo de cada paciente.</li> </ul>

### 4. Definiciones:

**4.1 Lesiones por Presión (LP) o Ulceras Por Presión (UPP):** Es el daño localizado de la piel y/o tejido subyacente, usualmente sobre una prominencia ósea, como resultado de presión, o presión en combinación con cizallamiento. Existe un número de factores contribuyentes asociados a la formación de las LP. Sin embargo, la influencia de estos factores aún debe ser dilucidada. La tolerancia de los tejidos blandos a la presión y el cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, comorbilidades y la condición de afección del tejido blando. (Panel Europeo, norteamericano y Pan Pacific 2014).

	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 3 de 10
		Vigencia: Abril 2024

**4.2 Etiopatogenia de las UPP:** El mecanismo de producción de las úlceras por presión se basa en la alteración de la irrigación sanguínea de la zona por una causa externa, la presión. Pueden distinguirse tres tipos de mecanismos:


<b>Presión directa</b>	Presión ejercida de forma perpendicular, entre la piel y las prominencias óseas. La presión capilar media oscila entre 6- 33 mmHg. Toda presión externa superior a 33 mmHg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. Dependiendo del estado de gravedad del paciente y factores de riesgo asociados, el daño tisular podría presentarse en un periodo menor a 2 horas, desde el inicio de la presión externa aplicada en un punto de la superficie corporal.
<b>Fricción</b>	Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
<b>Cizallamiento</b>	Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.
<b>Microclima</b>	El uso de superficies especializadas que entran en contacto con la piel puede ser capaz de alterar el microclima por el cambio de la tasa de evaporación de la humedad y la velocidad a la que el calor se disipa desde la piel.

**4.3 Escala de valoración de riesgo de Lesiones por Presión (UVRUPP):** Es una herramienta de cribaje que permite la correcta identificación de los pacientes con riesgo de padecer lesiones por presión, estandarizando los criterios por sobre el juicio clínico.

## 5. Desarrollo:

### 5.1 Evaluación de riesgo de Lesiones por Presión (LP):

- Se evaluará el riesgo de desarrollar lesiones por presión (LP) a todos los recién nacidos que ingresen a CR. Neonatología y con la periodicidad que se indique según su riesgo.
- Para su evaluación se utilizará la Escala de valoración de riesgo de Lesiones por presión NSRAS (*Neonatal Skin Risk Assessment Scale*) y se clasificarán en pacientes de bajo o alto riesgo de padecer LP, según el puntaje obtenido en su aplicación (Anexo 1).
- Se clasificará de alto riesgo de LP a los pacientes que obtengan un puntaje  $\leq$  a 13 en la sumatoria de la escala NSRAS y de bajo riesgo a los pacientes que obtengan un puntaje  $>$  de 13.
- Los pacientes que se clasifiquen de alto riesgo de desarrollar LP, se les aplicará la evaluación NSRAS diariamente y se registrará en la esquina superior derecha de la hoja de registro diario las letras **“AR”**, en color rojo, encerradas en un círculo del mismo color. Esto para hacer más fácil el reconocimiento del riesgo de los pacientes.


	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 4 de 10
		Vigencia: Abril 2024

- Aquellos que se clasifiquen en bajo riesgo de desarrollar LP se les aplicará la evaluación NSRAS una vez por semana, de preferencia los días lunes y se registrara en la esquina superior derecha de la hoja de registro diario las letras “BR”, en color rojo, encerradas en un círculo del mismo color.
- Aquellos pacientes que presenten un deterioro significativo en su condición o reingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se le deberá aplicar nuevamente la evaluación de riesgo de UPP.
- Cada paciente tendrá su hoja de recolección de datos (Anexo 3), en ella se registrará el puntaje obtenido en la evaluación, además de indicar el nombre del paciente, Ficha clínica, datos del parto y diagnóstico. Esta hoja deberá permanecer para su fácil acceso en la tabla de cada paciente, junto con la hoja de registro diario.
- Una vez que se complete la hoja de recolección de datos, esta se archivará al final de la Ficha Clínica y se confeccionará una nueva.

#### 5.2 Medidas de prevención:

Se adoptarán diferentes medidas de prevención según el riesgo evaluado en cada paciente.

<b>Pacientes Bajo Riesgo (BR) Lesión por Presión (LP)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de posición deben ser cada 3 a 4 hrs. (de acuerdo al horario de atención), dejando registrado el procedimiento para que en la siguiente atención no sea repetida la misma postura.</li> <li>• Rotar sensor de saturación en cada atención (cada 3 a 4 hrs.) cuidando de que este no ejerza demasiada presión sobre la piel del recién nacido.</li> <li>• Realizar cambio de ropa de la incubadora diariamente y en caso de que se moje o ensucie. Evitar que queden pliegues en la ropa de cama.</li> <li>• Despegar las telas de fijación de todos los dispositivos terapéuticos utilizados en el paciente (sondas de alimentación, electrodos, vías venosas, etc.) con removedor, evitando erosionar la piel del paciente.</li> <li>• Observación continua de las vías venosas periféricas que pueda tener el paciente.</li> </ul>
<b>Pacientes Alto Riesgo (AR) Lesión por Presión (LP)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar todas las medidas mencionadas en los pacientes con bajo riesgo de desarrollar LP y además:</li> <li>• Se debe utilizar hidrocoloide o apósito transparente, según sea el caso, como segunda piel en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona de fijación de tubo endotraqueal.</li> <li>- Sonda de alimentación.</li> <li>- Sensor de saturación.</li> <li>- Catéteres arteriales y venosos.</li> <li>- Cánula CPAP nasal.</li> <li>- Fijación de antifaz.</li> <li>- Zonas de apoyo (codos, occipucio, rodillas y zona escapular).</li> </ul> </li> </ul>

	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 5 de 10
		Vigencia: Abril 2024

- En todos los pacientes portadores de cánulas nasales se debe realizar masaje en forma rotatoria en zona de apoyo del dispositivo (columela) cada 12 horas.
- En los niños < de 1000 grs se debe evitar instalar vías venosas periféricas, de no ser posible estas deberán fijarse con Tegaderm transparente para poder visualizar el sitio de punción.

### 5.3 Notificación de LPP:

Cada vez que se detecta una LP, debe ser notificada a Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS a través de plataforma institucional de Notificación de Incidentes y Eventos adversos.

### **6. Flujograma: N/A.**

### **7. Indicadores y método de evaluación:**


Ver documento “Indicadores de Calidad Hospital San Juan de Dios - CDT”.

### **8. Distribución del documento:**

- 8.1 Administración de Cuidados de Matronería.
- 8.2 CR. Neonatología.
- 8.3 Unidad de Calidad, Seguridad del paciente. y Control de IAAS.

### **9. Referencias bibliográficas:**

- 9.1 Análisis de riesgo de úlceras por presión en neonatos hospitalizados, mediante una nueva escala de valoración. Investigador principal, Pablo García Molina, enfermero UCI pediátrica Hospital Clínico Universidad de Valencia, miembro de la comisión de seguridad clínica del paciente del Hospital Clínico Universidad de Valencia. Valencia 2012.
- 9.2 Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras con presión o riesgo de padecerlas. Comisión de valoración de actuación clínica de la conselleria de sanitat de Valencia. Valencia 2012.
- 9.3 Documentos técnicos GNEAUPP Nº XI. Escala e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar UPP, Octubre 2009.
- 9.4 Dispositivos terapéuticos como causa de úlceras por presión y otras lesiones en pediatría. Pablo Garcia de Molina enfermero UCI pediátrica Hospital Clínico Universidad de Valencia,


	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión  (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 6 de 10
		Vigencia: Abril 2024

miembro de la comisión de seguridad clínica del paciente del Hospital Clínico Universidad de Valencia.

#### 10. Anexos:


- 10.1 Escala valoración de riesgo de úlceras por presión NSRAS. (*Neonatal Skin Risk Assessment Scale*).
- 10.2 Estadio Lesiones por Presión.
- 10.3 Hoja de recolección de Datos de Valoración de UPP.

Documento Institucional No Modificable

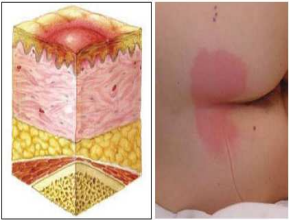

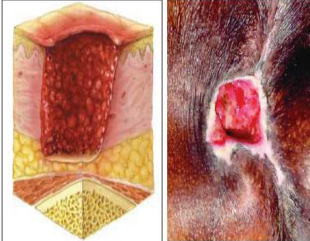

	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 7 de 10
		Vigencia: Abril 2024

**Anexo 1: Escala de valoración de riesgo de úlceras por presión NSRAS.**


Versión en Castellano de la Neonatal Skin Risk Assessment scale (NSRAS)				
Subescala	Definición operativa			
<b>Condición física General</b>	<b>1. Muy pobre</b> (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	<b>2. Edad gestacional</b> > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	<b>3. Edad gestacional</b> > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	<b>4. Edad gestacional</b> > 38 semanas hasta postérmino.
<b>Estado mental</b>	<b>1. Completamente limitado.</b> No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardiaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	<b>2. Muy limitado.</b> Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardiaca).	<b>3. Ligeramente limitado.</b>  Letárgico	<b>4. Sin limitaciones</b>  Alerta y activo.
<b>Movilidad</b>	<b>1. Completamente inmóvil.</b> No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. Relajante muscular).	<b>2. Muy limitada.</b> Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	<b>3. Ligeramente limitada.</b> Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	<b>4. Sin limitaciones.</b> Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (Ej. Girar la cabeza).
<b>Actividad</b>	<b>1. Completamente encamado/a.</b> En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	<b>2. Encamado/a.</b> En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	<b>3. Ligeramente limitada.</b> En una incubadora de pared simple o doble en Cuidados intermedios.	<b>4. Sin limitaciones.</b> En una cuna abierta.
<b>Nutrición</b>	<b>1. Muy deficiente.</b> En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)	<b>2. Inadecuada.</b> Recibe menos de la cantidad óptima de dieta liguéida para crecer (leche materna/lche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	<b>3. Adecuada.</b> Alimentación por sonda enteral que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	<b>4. Excelente.</b> Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
<b>Humedad</b>	<b>1. Piel constantemente húmeda.</b> La piel está mojada / húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	<b>2. Piel húmeda.</b> La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	<b>3. Piel ocasionalmente húmeda.</b> La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aprox. una vez al día.	<b>4. Piel rara vez húmeda.</b> La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 2 a 4 horas.

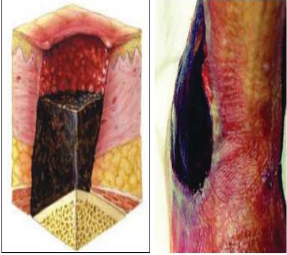
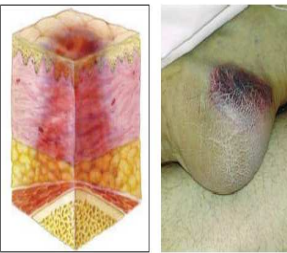
	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 8 de 10
		Vigencia: Abril 2024

## Anexo 2: Estadio Lesiones por Presión.


Categoría/ Estadio	Características
<b>Categoría I:</b> Eritema no blanqueable 	Piel intacta con eritema no blanqueable de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible.  Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar en personas con tonos oscuros de piel. Puede indicar personas "en riesgo" de desarrollar una úlcera por presión.
<b>Categoría II:</b> Úlcera de espesor parcial 	La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero  Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas*. Esta categoría / estadio no debería emplearse para describir desgarros de la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, la maceración o la excoriación. *El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.
<b>Categoría III:</b> Pérdida total del grosor de la piel 	Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.  Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.
<b>Categoría IV:</b> Pérdida total del espesor de los tejidos 	Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.  Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.



	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT  <b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b>	Código: DOC – NEO 3 GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 9 de 10
		Vigencia: Abril 2024

<p><b>No estadiable:</b> Profundidad desconocida</p> 	<p>Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida.</p> <p>Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.</p>
<p><b>Sospecha de lesión tejidos profundos - Profundidad desconocida</b></p> 	<p>Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes. La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.</p>

(\*) Sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP de las úlceras por presión. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Neonatología</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Valoración y Prevención de Lesiones por Presión (LP) en Neonatología</b></p>	Código: DOC – NEO 3
		GCL 2.2
		Edición: 2
		Elaboración: Septiembre 2014
		Página 10 de 10
		Vigencia: Abril 2024

**Anexo 3:** Hoja de recolección de Datos de Valoración de UPP.

**Hoja de recolección de Datos de Valoración de UPP**

<p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Edad gestacional: _____</p> <p>Edad gest. corregida: _____</p> <p>Ficha Clínica: _____</p> <p>Perímetro cefálico: _____</p> <p>Peso y talla nacimiento: _____</p> <p>Peso Actual: _____</p>	<p>HOJA RECOLECCIÓN DE DATOS VALORACIÓN UPP</p>	
FECHA (MES )		
ESCALA DE VALORACIÓN DERIESGO NEONATAL (NSRAS)		
ESTADO GENERAL		
ESTADO MENTAL		
MOVILIDAD		
ACTIVIDAD		
NUTRICIÓN		
HUMEDAD		
PUNTUACIÓN TOTAL		
MEDIDAS DE PREVENCIÓN		
CAMBIO POSICIÓN		
CAMBIO SENSOR		
CAMBIO ROPA		
USO HI DROCOLOIDE		

dificar

