


PROGRAMA PIEL SANA
GUÍA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN Y
CUIDADOS DE ULCERAS POR PRESIÓN



ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO

GERENTE GENERAL

BARRANQUILLA, ATLÁNTICO

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 2 de 51

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

PROGRAMA PIEL SANA

ELABORADO POR:

KELLY CALA CALA

REFERENTE DE CALIDAD CLINICA JALLER SAS

REVISADO POR:

EQUIPO DE CALIDAD

CLÍNICA JALLER SAS


APROBADO POR:

ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO

GERENTE GENERAL CLINICA JALLER SAS

FECHA EMISIÓN:

BARRANQUILLA, 28 SEPTIEMBRE 2015

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 3 de 51

Documento preparado por el Gerente General, con su grupo de profesionales de Apoyo a la Gestión de las áreas de Técnica científica, Jurídica, Sistemas de Información, Administrativa y Financiera con la asesoría de la Oficina de Garantía de la Calidad, para formular el Programa de Seguridad del Paciente.

EQUIPO DIRECTIVO

DR. ALFONSO JOSÉ JALLER CABALLERO

Gerente General y Director Científico

DRA. ODETTE CHAGUI

Directora Administrativa y Financiera

CLAUDIA PATRICIA MIRANDA

Coordinadora Talento Humano

ABAD NASSIB BENDECK QUINTERO

Coordinador Garantía de la Calidad


EQUIPO DE REDACCIÓN

ABAD NASSIB BENDECK QUINTERO ABAD

Coordinador Garantía de la Calidad


KELLY JOHANNA CALA CALA

Enfermera coordinadora uci
Referente de calidad

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 4 de 51

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	OBJETIVOS	7
3.	MARCO TEÓRICO.....	8
3.1	DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.....	8
3.2	ETIOPATOGENIA.....	8
3.3	OTROS FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	9
4.	CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	9
4.1	CUIDADOS DE LA PIEL.....	9
4.2	CONTROL DEL EXCESO DE LA HUMEDAD.....	11
4.3	MANEJO DE LA PRESIÓN	12
4.4	RELOJ DE CAMBIO DE POSICIONES:	15
4.5	PROTECCIÓN LOCAL Y USO DE SUPERFICIES DE APOYO	16
4.6	CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN.....	17
5.	CLASIFICACION DE ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESIÓN	17
6.	VALORACION DEL RIESGO DE ULCERA POR PRESION	18
6.1	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACUERDO A RESULTADO DE LA ESCALA DE BRADEN.....	18
6.2	RESUMEN DE MEDIDAS PREVENTIVAS:	22
7.	VALORACIÓN ULCERAS POR PRESION.....	22
7.1	VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE.....	22
7.2	VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS	23
7.3	VALORACIÓN DE LA LESIÓN (CUANDO EXISTA)	23
7.4	VALORACIÓN DEL DOLOR.....	26
8.	TÉCNICA DE CURACIÓN DE HERIDAS.....	30
8.1	PROCEDIMIENTO PARA HERIDAS LIMPIAS.....	30
8.2	PROCEDIMIENTO PARA HERIDAS INFECTADAS.....	31
8.3	DESBRIDAMIENTO	32
9.	TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ACUERDO AL ESTADÍO.....	40
10.	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 5 de 51

1. INTRODUCCIÓN

La Guía Clínica para la Prevención y Cuidado de Úlceras por Presión es creada a partir de la necesidad de proporcionar un cuidado integral a la piel de nuestros pacientes. De acuerdo con esto, dirigir nuestras acciones a la Prevención de Úlceras por Presión (UPP), Brindar un manejo adecuado a las UPP que presenten los pacientes hospitalizados, Curar las UPP existentes de forma adecuada haciendo uso de la tecnología en Cuidado avanzado de heridas para promover la cicatrización, al igual que evitar infecciones y complicaciones propias de la UPP (herida).


Cuando una persona permanece en cama, en una posición fija por largos periodos, o tiene dispositivos que hacen presión permanente sobre su piel, por alguna condición de salud o discapacidad, fácilmente puede empezar a padecer las llamadas úlceras por presión. Éstas son heridas que van lacerando la piel y que pueden ser cada vez más grandes y profundas, hasta afectar incluso tejido subcutáneo y en casos extremos músculo, tejido óseo y otros órganos, si no son prevenidas antes de que aparezcan o si no son tratadas oportuna y adecuadamente cuando ya se han presentado.

Las úlceras por presión son eventos adversos que se presentan frecuentemente en las instituciones hospitalarias y que alteran la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, generan mayor demanda de cuidados, costos elevados en la atención en salud debido a mayor estancia hospitalaria del paciente y/o tratamiento adicional, además de que deteriora la calidad asistencial del servicio prestado por la institución.

En la revisión estadística se evidencia que las úlceras por presión aparecen en el 3 a 10 % de los pacientes hospitalizados en un momento dado; que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva ulcera por presión oscila entre 7,7 y 26,9 %; que dos tercios de las úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años, sector creciente de nuestra población, por lo que se debe esperar un aumento de su incidencia en los próximos años; que ocurren también con mayor frecuencia en pacientes jóvenes lesionados medulares, entre los cuales la incidencia es del 5-8 % anualmente y del 25-85 % de ellos desarrolla una ulcera por presión alguna vez, la cual constituya la causa más frecuente de retraso en la rehabilitación de estos pacientes¹.

La úlcera por presión fue encontrada en 11 pacientes en una incidencia de 26.83%. La mayoría (57.1%) de las úlceras estaban en el estadio I. Los pacientes con úlceras por presión tienen puntajes más bajos que los que no las tenían, demostrando sensibilidad para predecir los riesgos para úlceras por presión. Se ha concluido que: la evidencia de la atención de enfermería fue demostrada por la densidad de 47,12% para los pacientes sin úlceras por presión; la incidencia de

¹ Don R. Revis, H. Hollis Caffee. Pressure sores, surgical treatment and principles. [en línea] 2005; Disponible en: <http://www.emedicine.com>

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 6 de 51

la úlcera por presión fue menor que las encontradas en otras unidades de cuidado intensivo; la atención preventiva de enfermería reduce las úlceras por presión².

Los estudios mostraron también un incremento de los costos de la atención sanitaria en pacientes que desarrollaron úlceras por presión. Un reciente estudio de costos europeo indica que estos asociados a las úlceras por presión suponen entre el 1% y el 4% de los gastos sanitarios³. Los costos anuales del tratamiento de las úlceras por presión en Estados Unidos oscilan entre los 9,1 y los 11,6 billones de dólares, con un costo por úlcera por presión que varía entre los 21.000 y los 152.000 dólares⁴.


Por otro lado, en cuanto al cuidado de las heridas en general, podemos analizar que éste depende principalmente de la observación clínica y la experiencia del profesional de Enfermería. Por este motivo, la buena formación y el conocimiento de los profesionales de la salud siempre serán factores imprescindibles en el cuidado de este tipo de heridas.

Teniendo en cuenta esta información, la Clinica Jaller, instaura la Guía Clínica para la Prevención y Cuidado de las Úlceras por Presión.

² Revista Brasileira de Enfermagem Print version ISSN 0034-7167 Rev. bras. enferm. vol.59 no.3 Brasília May/June 2006

³ Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. Age & Ageing, 2004, 33:230-235.

⁴ Zulkowski K, Langemo D, Post hauer ME. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Coming to consensus on deep tissue injury. Advances in Skin & Wound Care, 2005, 18 (1) 28-29.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 7 de 51

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Prevenir la aparición de úlceras por presión y establecer un tratamiento adecuado de las UPP que se presenten en los pacientes hospitalizados en la clinica Jaller.


2.2. Objetivo Específicos

Implementar en un programa estandarizado de medidas preventivas y cuidados para la prevención de úlceras por presión.

Dar a conocer al personal de enfermería la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión (Escala de Braden-Bergstrom) para aplicarlas a todos los pacientes al momento de su ingreso y durante su estadía en la institución.

Promover la valoración e identificación del nivel de riesgo de UPP de todos los pacientes de forma precoz, con el fin de realizar y ejecutar los planes de cuidados de prevención de úlceras por presión.

Plantear un cuidado adecuado para las Ulceras por Presión que se desarrollen durante la estadía o al momento de ingreso de los pacientes a la Clínica.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 8 de 51

3. MARCO TEÓRICO

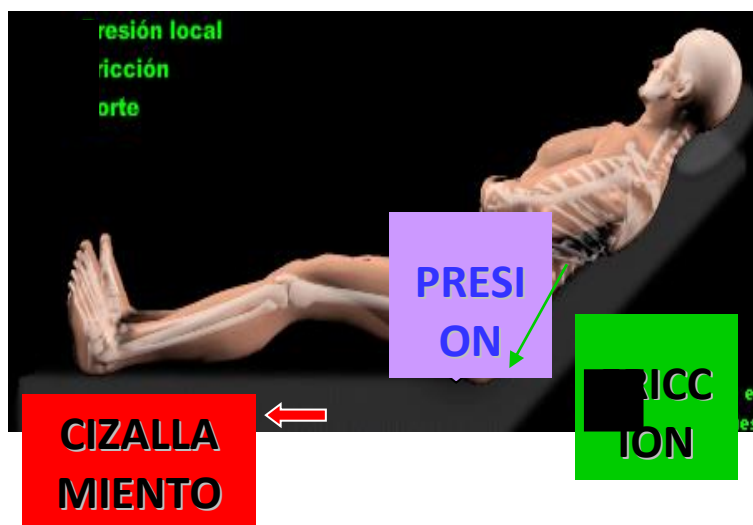
3.1 DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN


Una úlcera por presión es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, fricción, cizallamiento o una combinación de las mismas. Como resultado de la hipoxia tisular, en la zona aparece un deterioro de la piel, que puede ir desde un ligero enrojecimiento hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso.

3.2 ETIOPATOGENIA

La formación de las úlceras por presión está asociada a tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento, que se pueden considerar factores de riesgo primarios.

- ☞ **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.
- ☞ **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- ☞ **Cizallamiento:** Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.



	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 9 de 51

3.3 OTROS FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

3.3.1 *Fisiopatológicos:*

- ☞ Edad avanzada: (más de 75 años)
- ☞ Pérdida de elasticidad de la piel.
- ☞ Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de piel.
- ☞ Trastornos del transporte de oxígeno por patologías cardiovasculares, respiratorias y hematológicas.
- ☞ Alteraciones nutricionales por exceso o por defecto y metabólicas.
- ☞ Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones.
- ☞ Trastornos neurológicos: lesión medular, parestias, enfermedades cerebro vasculares (ictus), lesiones medulares.
- ☞ Alteraciones del estado de conciencia: Coma, estupor, confusión.
- ☞ Alteraciones de la eliminación: Incontinencia fecal y/o urinaria.


3.3.2 *Derivados del tratamiento*

- ☞ Tratamiento con inmunosupresores.
- ☞ Tratamiento con sedantes.
- ☞ Tratamiento con drogas vasoactivas.
- ☞ Otros: Cirugía de larga duración, cirugía cardiovascular, técnicas especiales (circulación extracorpórea, ventilación mecánica, terapia renal sustitutiva...), dispositivos o aparatos (sondas, tracciones, escayolas....)


4 CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESION

4.1 CUIDADOS DE LA PIEL

El objetivo de los cuidados de la piel es mantener su integridad, evitando la aparición de úlceras por presión y lesiones. Para ello se examinará la piel, en cada cambio de posición teniendo mayor cuidado en áreas de riesgo (sacro, tuberosidades isquiáticas, maléolos, calcáneo, y región occipital para detectar precozmente eritema, edema e induración.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 10 de 51

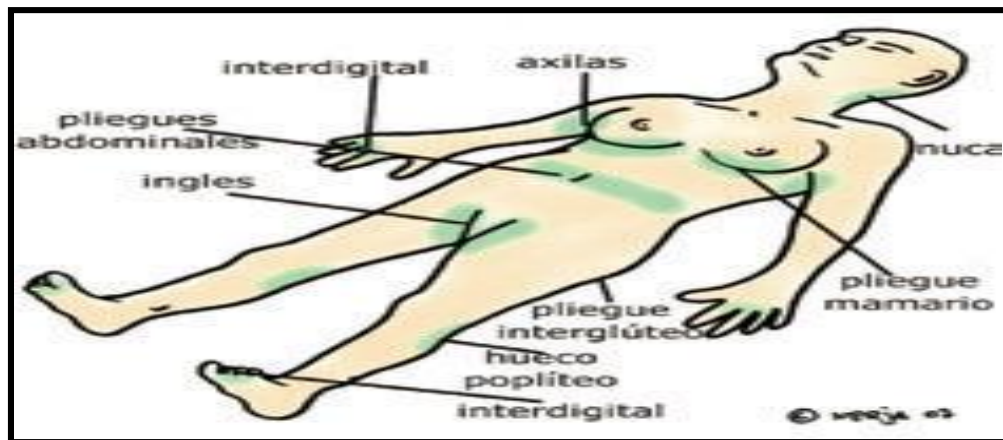
- ☞ Valorar todos los procesos que puedan originar un Exceso de humedad en la piel: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre **(nivel de la evidencia 2B.)**
- ☞ Inspeccionar la piel regularmente en busca de signos de enrojecimiento en los individuos que se detecten que están en riesgo de padecer úlceras por presión. Puede que necesite aumentarse la frecuencia de la inspección como respuesta a cualquier tipo de deterioro del estado general del individuo. **(nivel de evidencia 2B.)**
- ☞ La inspección de la piel debería incluir una evaluación de la existencia de cualquier tipo de calor localizado, edema o induración (dureza), especialmente en individuos de pigmentación oscura. **(nivel de evidencia III)**. Tanto el calor localizado, como el edema y la induración, han sido identificados como señales de advertencia del desarrollo de úlceras por presión. Como no resulta siempre posible ver las señales de enrojecimiento en las pieles oscuras estas señales adicionales deberían utilizarse para su evaluación.
- ☞ Observar la piel en busca de daños ocasionados por los dispositivos médicos **(nivel de la evidencia = 2B)**. Se ha comprobado que muchos tipos diferentes de dispositivos médicos han Causado daños por presión (por ejemplo: catéteres, tubos de oxígeno, tubos de Respiradores, collarines cervicales semirrígidos, etc.
- ☞ Utilizar jabones con un PH neutro y no irritativos. Lavar la piel con agua y jabón, y secar cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos, evitando la fricción. **(Grado de recomendación C)**
- ☞ No cambie al individuo sobre una superficie de su cuerpo que aún encuentre enrojecida debido a algún episodio previo de carga con presión siempre que sea posible. **(nivel de la evidencia 2B.)** El enrojecimiento indica que el cuerpo no se ha recuperado.
- ☞ No realice masajes en zonas de prominencias óseas **(Nivel de la Evidencia 1B.)** Los masajes están contraindicados al existir inflamación aguda y donde exista la posibilidad de encontrarse con vasos sanguíneos dañados o piel frágil. Los masajes no pueden recomendarse como estrategia para la prevención de las Úlceras por presión.
- ☞ No frote vigorosamente la piel que esté en riesgo de ulceración por presión. **(nivel de la evidencia 2B.)** A la vez que puede resultar doloroso, frotar la piel puede causar una ligera destrucción de los tejidos o provocar una reacción inflamatoria, especialmente en los frágiles ancianos.
- ☞ Utilizar emolientes de la piel para hidratar la piel seca y así reducir el riesgo De daños en la piel. **(nivel de la evidencia 1A.)** La piel seca parece constituir un factor de riesgo significativo e independiente para El desarrollo de úlceras por presión.
- ☞ Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga Alcohol (de romero, tanino...) No usar colonias, pues su compuesto fundamental es el alcohol **(nivel de evidencia c)**
- ☞ Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 11 de 51


- ☞ Proteger la piel de la exposición a una humedad excesiva con un producto de Barrera y así reducir el riesgo de daños por presión. (*nivel de la evidencia 2B.*) Las propiedades mecánicas del estrato córneo se alteran por la presencia de Humedad y en función de la temperatura.
- ☞ Utilizar apósitos hidrocoloide para manejar la fricción(grado de recomendación B)
- ☞ El cambio de ropa de cama se realizará moviendo al paciente sin arrastrarlo.

4.2 CONTROL DEL EXCESO DE LA 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



- ☞ Valorar la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso(*nivel de evidencia C*):
 - Incontinencia: Colectores, sondas vesicales, pañales absorbentes
 - Drenajes: Utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del drenaje
 - Sudoración profusa: Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario.
 - Exudado de heridas: Utilizar apósitos adecuados
- ☞ Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 12 de 51

- ✎ En sitios de la piel que inevitablemente queden expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar cremas a base de Zinc o productos de barrera no irritantes como lo son las películas cutáneas.


4.3 MANEJO DE LA PRESIÓN

Para el manejo de la presión se debe tener en cuenta:

- ✎ cambios de posición y movilización
- ✎ Protección local y uso superficies de apoyo para el manejo de la presión

4.3.1 Cambios de posición y movilización:

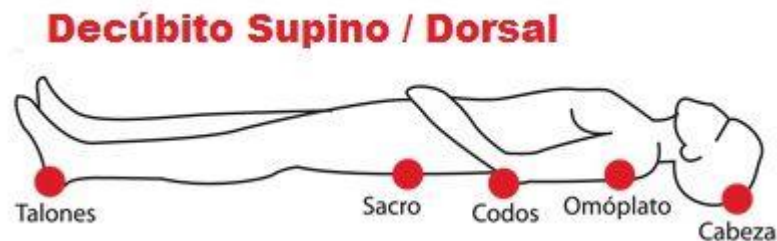
- ✎ Los cambios posturales deben llevarse a cabo para reducir duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables cuerpo **(Nivel de la evidencia 1A.)**
- ✎ Realizar cambios de posición cada dos horas según reloj de cambios de posición o de acuerdo a la condición del paciente y registrar en las notas de enfermería.
- ✎ Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí
- ✎ Evitar el arrastre. No debe hacerlo una sola persona, debe usar sabana de movimiento. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.
- ✎ Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el mínimo tiempo.
- ✎ Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
- ✎ La frecuencia de cambios posturales se verá influida por la superficie de Apoyo utilizada. **(nivel de la evidencia 1A.)**Debería cambiársele la postura a un individuo con una frecuencia mayor sobre un colchón que no redistribuya la presión que sobre los colchones de espuma visco-elástica
- ✎ Si es necesario que el paciente se siente en la cama, evitar la elevación de la cabecera de la cama y una posición de hombros caídos que provoque presión y cizalla en el sacro y el coxis. **(nivel de evidencia 2B).**
- ✎ Coloque los pies del individuo sobre un banquito para los pies o un reposapiés cuando los pies no alcancen el suelo. **(nivel de la evidencia 2B).** Cuando los pies no descansan sobre el suelo, el cuerpo se desliza hacia fuera de la silla. La altura del reposapiés debería escogerse para que se flexione la pelvis ligeramente hacia adelante mediante la colocación de los muslos en una posición algo por debajo de la horizontal.


	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 13 de 51

- ☞ Limitar el tiempo que un individuo pasa sentado en una silla sin alivio de la presión. **(nivel de la evidencia 1B).** Cuando un individuo está sentado en una silla, el peso del cuerpo causa mayor exposición a la presión que puede ejercerse sobre las tuberosidades isquiáticas. Ya que el área cargada es relativamente pequeña, la presión será alta, por lo tanto, sin alivio de la presión, se originará una úlcera por presión muy rápidamente.
- ☞ Asegurarse de que los talones queden libres de la superficie de la cama. **(nivel de la evidencia 2B.)**
- ☞ Los dispositivos de protección de los talones deberían elevar el talón completamente (librándolo de toda carga) de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin que se ejerza presión sobre el tendón de Aquiles. La rodilla debería estar ligeramente Flexionada. **(Nivel de la evidencia 2B).**
- ☞ Utilizar una almohada debajo de las pantorrillas para elevar los talones (Talones flotantes). **(Nivel de la evidencia 1B.)**
- ☞ Utilizar un cojín de asiento que redistribuya la presión para los Individuos sentados en una silla cuya movilidad está reducida y que, por lo tanto, se encuentran en peligro de desarrollar una úlcera por presión. **(Nivel de la evidencia 1B.)**
- ☞ No se deben usar flotadores porque estos producen edema y congestión venosa facilitando la aparición de úlceras.

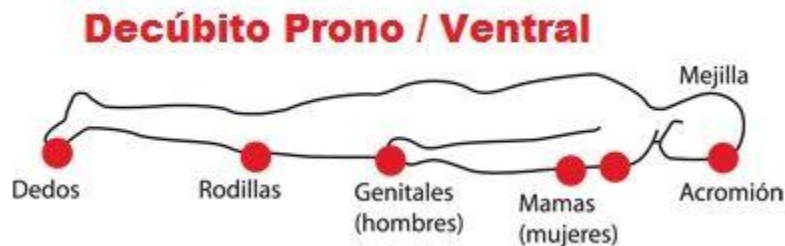
Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo, se deben realizar cambios de posición, manteniendo la más correcta posible la alineación del cuerpo y estudiando detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas de la siguiente manera:

- a. **Decúbito supino (Boca arriba):** Colocar almohadas debajo de la cabeza, de la cintura, de las piernas, una apoyando la planta del pie y dos opcionales debajo de los brazos. Deben quedar libres de presión los talones, glúteos y zona sacro-coxígea, escápulas y codos. Las piernas ligeramente separadas, los pies y las manos en posición funcional y evitar la rotación del trocánter. No se debe producir presión sobre: Talones, cóccix, sacro, escápulas y codos.




	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 14 de 51

- ✎ Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada (evitando la hiperextensión), codos estirados y manos en ligera flexión.
 - ✎ Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
 - ✎ Si la cabecera de la cama debe elevarse, procurar que no exceda de 30°. Evitar la rotación del trocánter.
 - ✎ Evitar la flexión plantar del pie.
- b. **Decúbito Prono (boca abajo):** Se usa en la prevención y tratamiento de úlceras sacrocoxígeas y trocantéreas, esta contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas y con respiración asistida (ventilación mecánica). Las almohadas se colocaran debajo de cabeza, abdomen, muslos piernas y opcional debajo de los brazos. Deben quedar libres de presión la cresta ilíaca, rodillas y primer dedo de los pies, el tórax debe quedar libre para respirar con comodidad.

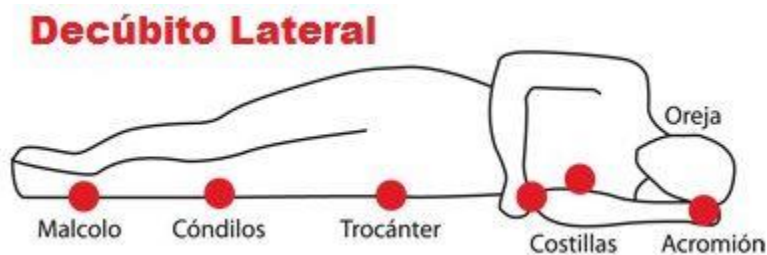


- c. **Sedestación (sentado):** Sentarse correctamente con la espalda recta, se colocaran almohadas detrás de la cabeza, espalda, debajo de cada brazo y pies. No se debe producir presión sobre: Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.



	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 15 de 51


- ✓ La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme.
 - ✓ No se permitirá la situación inestable del tórax.
 - ✓ En pacientes que pueden levantarse al sillón o realizar algún movimiento en la cama, se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes que faciliten su movilización.
 - ✓ Es importante que estén sentados correctamente.
 - ✓ Los pies y manos deben conservar una posición funcional
- d. **Decúbito Lateral:** Colocar una almohada debajo de la cabeza, una apoyando la espalda y una entre las piernas. No se debe producir presión sobre: Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos.

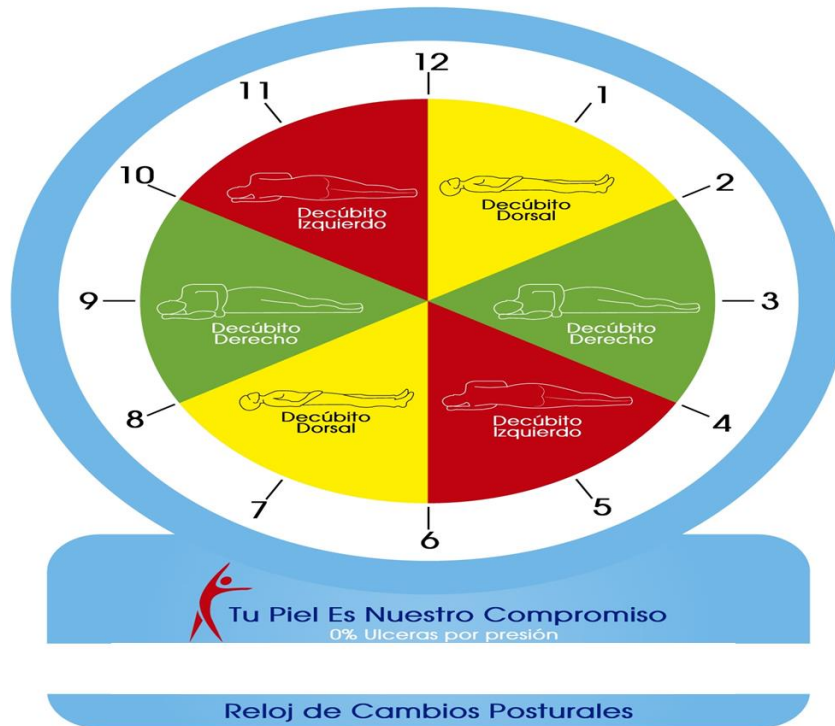


- ✓ la espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60º, las piernas en ligera flexión, los pies en ángulo recto con la pierna.
- ✓ Los pies y las manos en posición funcional.
- ✓ Si la cabecera de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30º

4.4 RELOJ DE CAMBIO DE POSICIONES:

- ✓ Los pacientes encamados se deben cambiar de posición de acuerdo al reloj de posiciones.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 16 de 51




- ☞ En cualquier posición:
- ☞ Siempre realizar un plan de cuidados individualizado y escrito.
- ☞ Aplicar el protocolo de prevención.

4.5 PROTECCIÓN LOCAL Y USO DE SUPERFICIES DE APOYO

- ☞ Se puede llevar a cabo en las zonas más vulnerables al roce y a la presión como trocánteres, zona sacra, occipital, codos y talones.
- ☞ Para reducir las posibles lesiones en las prominencias de riesgo usar apósitos de protección (hidrocoloides y espumas de poliuretano) **Grado de recomendación A**
- ☞ La elección de una superficie especial deberá basarse en el riesgo del paciente, según la escala elegida. **Grado de recomendación A.**

GRADOS DE RIESGO	TIPO DE SEMP
Bajo	Sistemas estáticos: colchón de espumas de alta densidad. Sistemas dinámicos: colchoneta de celdas pequeñas.
Medio	Sistemas dinámicos: colchoneta de celdas pequeñas o medianas (sobre colchón).
Alto	Sistemas dinámicos: colchones de celdas grandes o reemplazo.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 17 de 51

- ↙ **Superficies estáticas (de Baja tecnología):** Su objetivos es disminuir o reducir la presión sobre los tejidos, incrementando las superficies de contacto del paciente, provocando a su vez disminución de las presiones ejercidas por sí mismo. Las hay de diversos materiales: agua (bolsas de irrigación), aire, espumas de poliuretano especiales.
- ↙ **Superficies Dinámicas (de alta tecnología):** Producen alivio de presión temporal. Son presiones alternantes de aire o pulsátiles que pueden utilizarse en colchones o asientos para pacientes encamados o en sedestación. Están indicadas en pacientes de mediano y alto riesgo. Grado de recomendación B. Se deja a decisión de la familia conseguir este tipo de superficies.

4.6 CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN

- ↙ La desnutrición es un factor importante para la formación de úlceras por presión. **Grado de recomendación B**
- ↙ Una vez el enfermero valore el paciente utilizando la escala de Badén e identifique riesgo moderado o alto deberá informar al médico para solicitud de manejo nutricional; si el paciente viene siendo manejado por la nutricionista definir con ella plan de manejo y ajustes en los requerimientos nutricionales.
- ↙ Si existe déficit nutricional, procurar un aporte adecuado de vitaminas y suplementos minerales y proteicos (**grado de recomendación B**).

5 CLASIFICACION DE ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESION

5.1 Estadio I


Eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. En Pacientes de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.



5.2 Estadio II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 18 de 51

5.3 Estadio III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.



5.4 Estadio IV

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



6 VALORACION DEL RIESGO DE ULCERA POR PRESION


La utilización de la escala de Braden-Bergstrom nos facilitara la identificación del nivel de riesgo global y de los factores de riesgo presentes en cada paciente, orientando la planificación de los planes de prevención.

La escala de valoración es un complemento al juicio clínico y no debe usarse de manera aislada.

Se utilizara la escala de Braden - Bergstrom por diversos motivos:


- Está suficientemente validada a nivel internacional y es una de las de mayor relevancia e impacto a nivel nacional.
- Por la claridad y sencillez que demuestra en la presentación de los ítems, siendo menos susceptible a la subjetividad del evaluador.
- Por presentar mayor sensibilidad y especificidad en los pacientes de Cuidados Críticos. (Tiene en cuenta aspectos como la sedación, roce, ayunas.)

6.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACUERDO A RESULTADO DE LA ESCALA DE BRADEN.


	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 19 de 51

Se aplicarán determinadas medidas preventivas de acuerdo con la valoración de riesgo.


NIVELES DE RIESGO		ACCIONES
Bajo Riesgo	>14	<p>Aporte nutricional</p> <p>7 Controlar y registrar la ingesta de alimentos. Identificar carencias nutricionales.</p> <p>8 Estimular la ingesta de líquidos.</p> <p>Cuidados de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Higiene diaria 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, sobretodo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración, temperatura. ☞ Aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción. ☞ No utilizar ningún tipo de alcoholes. ☞ No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas. ☞ Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad. <p>Control del exceso de humedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 20 de 51

		<p>Cambios posturales</p> <p>(Vigilar por lo menos una vez por turno): Estimular Movimientos en Cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ En periodos de sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlos autónomamente, se le enseñará a hacer cambios posturales o ejercicios isométricos (contracción-relajación de un grupo muscular concreto). ☞ Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente. ☞ Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí colocando almohadas o bolsas de agua (cubiertas por fundas). ☞ Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. ☞ Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) teniendo en cuenta las indicaciones médicas. ☞ Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
<p>Riesgo Moderado</p>	<p>13 -14</p>	<p>Además de los cuidados planteados en Riesgo Bajo, se implementará lo siguiente:</p> <p>Cambios posturales</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Si el estado del paciente lo permite se realizaran cambios posturales: Cada 2-4 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada siguiendo el reloj de cambios de posición. <p>Protección Local</p>

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 21 de 51

		<ul style="list-style-type: none"> ☞ En zonas de especial riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro, se recomienda utilizar apósitos Hidrocoloides, de poliuretano y silicona o transparentes, y sistemas tipo bota-botín. ☞ Ante estas situaciones: sondas, mascarillas, tubos orotraqueales, máscaras de presión positiva (CPAP), catéteres, férulas, yesos, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización; se colocara esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch para protección de las zonas, evitando el contacto o roce directo del dispositivo con la piel.
Riesgo Alto	≤ 12	<p>Cambios posturales</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Si el estado del paciente lo permite (sin signos de inestabilidad hemodinámica) se realizaran cambios posturales: Cada 2 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada siguiendo el reloj de cambios de posición. ☞ Se aplicarán todas las medidas preventivas descritas para Riesgo bajo y moderado, además la utilización de Superficies especiales para el manejo de la presión. <p>Tipos de superficies Estáticas/ Dinámicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Colchones-colchonetas-cojines de aire alternante. ☞ Cojines- Colchonetas de fibras especiales. ☞ Camas fluidificadas. ☞ Camas que permiten el decúbito y la sedestación.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 22 de 51

6.2 RESUMEN DE MEDIDAS PREVENTIVAS:


CUIDADOS SEGÚN RIESGO DE UPP		
RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene cada 24 horas (o según necesidad del paciente). • Cambios posturales (Vigilar): Estimular Movimientos en Cama. • Protección Local en zonas de presión o de riesgo. • Hidratación diaria + Lubricación de la piel. • Cuidados habituales de sonda, drenajes, tubos, etcétera. • Medición del riesgo, según escala de Braden mínimo una vez semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene cada 24 h (o según necesidad del paciente). • Protección a zonas de presión o de riesgo + colchón anti escara. • Cambios posturales: cada 2- 4 horas (Asistido). • Cuidados habituales de sonda, drenaje, tubos, etcétera. • Hidratación + Lubricación de la piel cada 12 horas. • Medición de riesgo según escala de Braden c/3 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene diaria (o según necesidad del paciente). • Protección de la zona de presión o de riesgo + colchón antiescara. • Cambios posturales cada 2 horas (Asistido). • Hidratación + Lubricación de la piel por turno. • Cuidados habituales de sondas, drenajes, tubos, etcétera. • Medición del riesgo según escala de Braden diario.

7. VALORACIÓN ULCERAS POR PRESION

La valoración es el punto de partida para planificar la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en los pacientes. La valoración integral del paciente con riesgo de presentar úlceras por presión abarca tres dimensiones: estado del paciente, riesgo de lesión y el entorno de cuidados.

7.1 VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Al ingresar el paciente a cualquier servicio hospitalario, la enfermera debe valorar el Riesgo de aparición de UPP según la Escala de Braden, teniendo en cuenta el Examen Físico Completo, prestando especial atención a los factores de riesgo: enfermedad, tratamiento farmacológico, nutrición y factor psicosocial.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 23 de 51

1. **Estado general del paciente:** Toma de constantes vitales, estado del nivel de conciencia, permeabilidad de la vía aérea.
En ausencia de causas que obliguen a una actuación urgente, la valoración de la herida, se hace en función de la clasificación general.

2. **Antecedentes personales:** Influyen en la cicatrización de la herida y pronóstico del paciente: edad, alergias, enfermedades y tratamiento.

3. **Localización anatómica de la herida:** Las heridas situadas en zonas bien vascularizadas se infectan menos, las localizadas en zonas sujetas a movimiento o tensión, tardan en recuperarse.

4. **Características de la herida:** Limpia o contaminada, pérdida o no de sustancia, lesiones asociadas, tipo de tejido, características del exudado.

7.2 VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS

Valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno del cuidador.


7.3 VALORACIÓN DE LA LESIÓN (CUANDO EXISTA)

La valoración de la lesión debe ser descrita mediante unos parámetros unificados que faciliten la comunicación entre el equipo sanitario y permitir valorar adecuadamente la evolución y continuar el seguimiento de la misma.

Los parámetros a valorar en la lesión son:

a. Localización de la lesión:

- ☞ Derecho, izquierdo
- ☞ Proximal, distal

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 24 de 51

- ☞ Medial, lateral
- ☞ Anterior posterior
- ☞ Plantar, dorsal

b. Clasificación- Estadio:

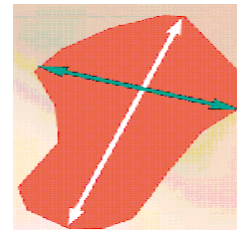
- ☞ Estadio I
- ☞ Estadio II
- ☞ Estadio III
- ☞ Estadio IV

c. Etiología:

- ☞ Identificar la causa de la lesión, teniendo en cuenta factores causales y características Ulcera por presión (En este caso).

d. Dimensiones:


- ☞ Largo
- ☞ Ancho
- ☞ Profundidad (Con sonda o hisopo estéril)
- ☞ diámetro mayor en centímetros.



e. Signos Locales y Sistémicos de Infección:

- ☞ Dolor, calor, edema, eritema.
- ☞ Cicatrización retardada.
- ☞ Exudado purulento fétido.
- ☞ Bordes inflamados.
- ☞ Fiebre.
- ☞ Recuento leucocitario alto.

f. Tipos de tejido presentes en el lecho de la lesión:

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 25 de 51

	Tejido Necrótico		Tejido Fibrinoide
	Tejido Granular		Tejido de Epitelización

g. Estado de la piel perilesional:

- ✓ Integra
- ✓ Lacerada
- ✓ Macerada
- ✓ Eccema, celulitis

h. Exudado:

Característica del Exudado

- ✓ *Seroso*: claro, acuoso, delgado.
- ✓ *Sanguinolento*: rojo rutilante, sangrado activo.
- ✓ *Sero-sanguinolento*: acuoso, rojo pálido- rosado.
- ✓ *Purulento fétido*: espeso, amarillo oscuro- verde con mal olor.


Cantidad del Exudado:

- ✓ Sin exudado
- ✓ Escaso o poco exudado
- ✓ Moderado exudado
- ✓ Abundante exudado

Usted puede utilizar el apósito como medio de verificación del exudado de la herida.

Observe el porcentaje de saturación con exudado de la herida para evaluar la recuperación o el retroceso de la misma.

Clasificación	Porcentaje
Sin exudado	0%
Mínimo exudado	Hasta 25%
Moderado exudado	25%- 75%
Abundante exudado	>75%

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 26 de 51

7.4 VALORACIÓN DEL DOLOR

Evaluar dolor rutinariamente con escala de Dolor.

- 0 = No dolor
- 2 = Un poco de dolor
- 4= Un poco más de dolor
- 6=Aun más dolor
- 8= Mucho dolor
- 10=Peor dolor posible (no tiene que estar llorando)



8. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CURACIÓN DE LAS HERIDAS

Para que se dé un adecuado cierre de las heridas, existen factores externos e internos que pueden acelerar o atrasar el proceso normal, estos pueden ser:


8.1 CONDICIÓN DE LA HERIDA

- ✓ **Tipo, profundidad y alcance de la lesión:** La curación secundaria siempre tarda más que la curación primaria.
- ✓ **Localización de la herida:** Los tejidos con un buen suministro de sangre sanan mejor que los tejidos con una vascularización deficiente.
- ✓ **Grado de contaminación:** Las heridas altamente contaminadas se curan con mayor dificultad y están sujetas a riesgo de infección.
- ✓ **Condición del tejido circundante:** La necrosis, al igual que el edema extensivo, bloquean el adecuado suministro de sangre al área de la herida. El tejido necrótico debe ser retirado de la herida.
- ✓ **Heridas húmedas o secas:** El tejido deshidratado se vuelve necrótico, la inflamación, proliferación y Epitelización se desarrollan más rápidamente en heridas que se mantienen húmedas.

8.2 EDAD DEL PACIENTE.

En las personas de edad avanzada la actividad de los fibroblastos y la síntesis del colágeno se reducen, y la cicatrización de la herida y la Epitelización se desarrollan más lentamente, las respuestas inmunológicas también son más lentas.

Las enfermedades de las personas de edad avanzadas tales como Diabetes o Arteriosclerosis involucran hipoxia que deteriora la curación de las heridas.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 27 de 51

8.3 CONDICIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE.

Las heridas generalmente sanan con mayor dificultad en pacientes caquéticos, pero un suministro deficiente solo de una sustancia esencial puede afectar adversamente todo el proceso de curación, es necesario un adecuado aporte de:


- ☞ **Proteínas:** Las proteínas y los aminoácidos se requieren para la formación del tejido y la síntesis de los anticuerpos. Las enzimas y los aminoácidos son importantes para catalizar ciertas respuestas metabólicas.
- ☞ **Carbohidratos (glúcidos):** Indispensable como fuente de Energía.
- ☞ **Grasas:** Al mismo tiempo que son valiosas como una reserva de energía, las sustancias grasas en forma de fosfolípidos son importantes constituyentes de la membrana basal
- ☞ **Vitaminas:** Juegan un papel importante como coenzimas:
- ☞ **Vitamina C:** En la síntesis del colágeno, factores complemento, gammaglobulinas y en la formación de la membrana basal; Vitamina A: En el eslabonamiento del colágeno, epitelización e Inflamación; Vitamina K: En la síntesis de los factores de la coagulación; Vitamina B: En la síntesis del colágeno y producción de anticuerpos; Vitamina E: Como una enzima protectora de las células.
- ☞ **Minerales y trazas de elementos:** Hierro, Cobre y Zinc son los más importantes.

8.4 ENFERMEDADES CONCOMITANTES

Las enfermedades que involucran hipoxia tisular, como la diabetes, la arteriosclerosis y la insuficiencia venosa crónica, tienen un impacto negativo en la curación de las heridas, un efecto directo que se ve en la diabetes, es la deficiencia en el transporte de vitamina C y la perturbación resultante de la síntesis del colágeno. Debilidades en el tejido conectivo, por ejemplo, el síndrome hereditario de Ehlers - Danlos que involucra desórdenes en la formación del colágeno tiene un impacto negativo en la curación de las heridas. En pacientes con problemas mentales con tendencias a la automutilación, se recomienda una fuerte protección sobre las heridas.

8.5 MEDICAMENTOS

La curación de las heridas se ve afectada principalmente por cuatro clases de fármacos: Los corticoides, quimioterápicos e inmunosupresores, alteran la normal respuesta de las células responsables de la fase inflamatoria de la cicatrización, causando una deficiencia en la reparación tisular. Los vasoconstrictores locales, alteran las defensas locales y potencian la infección. Por lo que deben evitarse en tejidos contaminados.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 28 de 51

8.6 CIGARRILLOS, DROGAS, NARCÓTICOS


En los pacientes dependientes de sustancias psicotrópicas, la condición general de deterioro y el deficiente suministro de nutrientes, dificultan la curación de las heridas. El abuso de la nicotina provoca perturbaciones de la circulación sanguínea periférica, que pueden comprometer el suministro adecuado de sangre al área de la herida. Los fumadores con frecuencia también sufren de una deficiencia de vitamina C, un cofactor importante en los procesos de reparación y regeneración.

9. PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA

La preparación del lecho de la herida ofrece oportunidades en el tratamiento de heridas crónicas. Éstas abarcan desde aspectos básicos, como el tratamiento de la infección, del tejido necrótico y del exudado, hasta aspectos más complejos, como cambios fenotípicos en las células de la herida. Esto se refiere a cuando las células del interior y de los bordes de la herida se vuelven senescentes (envejecen), no responden a ciertos tratamientos y se precisa una reconstrucción de la herida crónica mediante el empleo de tratamientos tales como agentes biológicos (p. ej., terapia celular) para así reconstituir de nuevo la estructura dérmica.

Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas. Estos componentes conforman un esquema que ofrece a los médicos o profesionales sanitarios un enfoque global del tratamiento de las heridas crónicas que es distinto de los utilizados para las lesiones agudas. Se ha acuñado un acrónimo (TIME) con el nombre de los componentes en inglés; TIME es un esquema basado en el trabajo de la International Wound Bed Preparation Advisory Board (Junta consultiva internacional sobre la preparación del lecho de heridas). Para maximizar su valor en las diferentes disciplinas y lenguas, la junta consultiva de la EWMA sobre publicaciones relacionadas con la preparación del lecho de herida ha seguido desarrollando los términos de TIME (véase la tabla 1)

El objetivo del esquema TIME es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, del exudado y de la carga bacteriana y, de forma no menos importante, mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización. Así se facilitaría el proceso endógeno normal de la

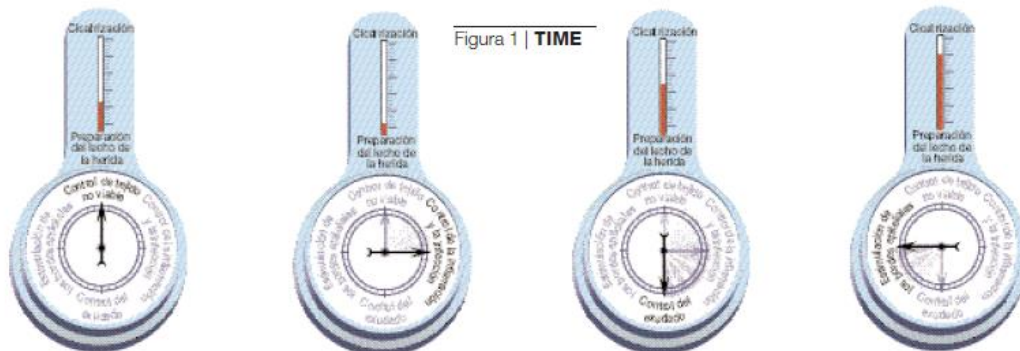
	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 29 de 51

cicatrización de heridas, siempre que también se tengan en cuenta los factores subyacentes intrínsecos y extrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse.

El esquema TIME no es lineal; durante el proceso de cicatrización, hay que prestar atención a los diferentes elementos del esquema. La figura 1 ilustra la puesta en práctica de TIME con un ejemplo de una herida abierta, crónica y de cicatrización lenta. Además, los médicos o profesionales sanitarios pueden usar el esquema TIME para evaluar el papel de las diferentes intervenciones terapéuticas. Una única intervención puede afectar a más de un elemento del esquema: el desbridamiento, por ejemplo, no sólo eliminará el tejido necrótico, sino que también reducirá la carga bacteriana.

Tabla 1 | **Evolución del esquema TIME**

Acrónimo TIME	Términos propuestos por la junta consultiva de la EWMA
T = Tejido, no viable o deficiente	Control de tejido no viable
I = Infección o inflamación	Control de la inflamación y la infección
M = Desequilibrio de la humedad (la M se refiere a moisture, humedad en inglés)	Control del exudado
E = Borde de la herida, que no mejora o está debilitado (la E hace referencia a edge, borde en inglés)	Estimulación de los bordes epiteliales




1a | Representa una herida abierta, crónica y de lenta cicatrización, cubierta de tejido necrótico, que precisa desbridamiento

1b | Esta herida ha sido colonizada o infectada críticamente y la recuperación es lenta. Se necesitan agentes antimicrobianos y más desbridamiento

1c | Debido a la infección o la inflamación, la herida produce más exudado, y ahora el enfoque se centra en el equilibrio de éste

1d | Cuando se resuelve la colonización o infección crítica y se equilibra la humedad, el enfoque debe centrarse en el avance de los bordes epiteliales

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 30 de 51

10. TÉCNICA DE CURACIÓN DE HERIDAS


Material Y Equipo

Carro de curación con:

- ☞ Solución Salina Normal Estéril.
- ☞ Guantes estériles.
- ☞ Gasas Estériles.
- ☞ Bata protectora.
- ☞ Tapabocas.
- ☞ Tijeras, esparadrapos.
- ☞ Guantes limpios.
- ☞ Apósitos, hidrogel, etc.
- ☞ Hoja de bisturí (Según necesidad).
- ☞ Recipiente estéril para toma de cultivo (Según necesidad).

10.1 PROCEDIMIENTO PARA HERIDAS LIMPIAS


- ☞ Prepare el material de curación
- ☞ Realice lavado de manos antiséptico previo al inicio de la curación.
- ☞ Colóquese guantes limpios
- ☞ Si hay riesgo de exposición a fluidos ó sangre utilice bata desechable
- ☞ Retire el material de curación en recipiente de riesgo biológico.
- ☞ Realice cambio de guantes por guantes estériles
- ☞ Proceda a la limpieza y/o lavado de la herida ó ulcera.
- ☞ Irrigue la herida con SSN estéril, preferiblemente a temperatura de (32-35°C), evite frotar con la gasa el lecho de la herida, preferible hacerlo con la yema de los dedos enguantados.
- ☞ Realice la curación utilizando la técnica de lo más limpio a lo contaminado ó dentro de la superficie de la herida del centro a la periferia.
- ☞ Cuando el paciente presenta varias heridas igualmente se inicia con la herida más limpia y finaliza con la herida infectada. Utilizando material diferente para cada una de ellas.
- ☞ Retire cuerpos extraños y/ó tejido necrótico usando técnica de desbridamiento conservador si es necesario.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 31 de 51

- ☞ Según los requerimientos y el tipo de tejido de la herida seleccione un apósito semioclusivo que mantenga las condiciones de humedad, absorba exudado, y cumpla con la función de barrera bacteriana, impermeable.
- ☞ Así mismo se protege la integridad de la piel circundante a la herida con un protector cutáneo.
- ☞ Recoja el material de curación y ropas húmedas ó impregnadas con fluidos ó sangre en BOLSA ROJA.
- ☞ Marque con fecha, hora y fecha de la próxima curación en un lugar visible. El cambio de curación deberá ser cada **4-5** días según lo requiera la herida.
- ☞ Retírese los guantes y desechos.
- ☞ Registre los hallazgos y tratamientos en la nota de enfermería.

10.2 PROCEDIMIENTO PARA HERIDAS INFECTADAS

- ☞ Administre analgésicos ordenados previos a la curación.
- ☞ Haga lavado antiséptico de manos.
- ☞ Colóquese tapabocas, bata desechable, guantes limpios.
- ☞ Retire los apósitos o vendajes encontrados con guantes limpios y deseché este material de curación en recipiente de riesgo biológico (bolsa roja).
- ☞ Realice cambio de guante por guantes estériles.
- ☞ Irrigue la herida con SSN estéril sin frotar, preferiblemente con presión controlada.
- ☞ Valore la cantidad y características del exudado. En caso de presentarse exudado seropurulento con olor fétido. Limpie la herida y tome muestra para Gram y cultivo del mismo.
- ☞ Retire cuerpos extraños y/ó tejido necrótico o esfacelado usando técnica de desbridamiento conservador.
- ☞ Coloque un Protector cutáneo en la piel circundante a la herida.
- ☞ Coloque un apósito Bactericida que controle el olor y maneje la infección local. *** Las heridas infectadas no se deben manejar por ningún motivo con apósitos oclusivos*.**
- ☞ Cubra con un apósito secundario altamente semioclusivo ó en su defecto apósito absorbente de algodón.
- ☞ Marque con fecha y hora en un lugar visible sobre la curación y mencione la fecha del siguiente cambio. *** Cada 3 a 5 días según la cantidad de exudado***
- ☞ Retire los guantes y desechos.
- ☞ Retire la blusa y mascarilla y deséchelas en bolsa plástica roja.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 32 de 51


- ☞ Registre los hallazgos encontrados y el procedimiento estableciendo el protocolo de curación y la justificación del tratamiento.

10.3 DESBRIDAMIENTO


Conjunto de mecanismos (fisiológicos ó externos), dirigido a la retirada de tejido necrótico, exudados, colecciones serosas o purulentas y/o cuerpos extraños asociados, es decir, todos los tejidos y materiales no viables presentes en lecho de la herida.

Imprescindible para:

- ☞ Eliminar el sustrato que permite el crecimiento de microorganismos que favorecen la infección, pudiendo evolucionar desde procesos de infección local a sistémico, con el resultado final de amputación o muerte.
- ☞ Aliviar la carga metabólica en la lesión y el estrés psicológico en el paciente.
- ☞ Facilitar la curación, acelerando las fases proliferativas y de remodelado tisular.
- ☞ Mejorar la restauración estructural y funcional de la piel.
- ☞ Desenmascarar posibles acúmulos de exudados o abscesos.
- ☞ Permitir la evaluación de la profundidad de la úlcera.
- ☞ Detener la pérdida de proteínas a través del drenaje.
- ☞ Controlar el olor de la herida.


	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 33 de 51

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
Quirúrgico	Es la retirada completa del tejido necrótico y desvitalizado. Normalmente son resecciones amplias que implican la retirada de tejido necrótico y parte del tejido sano, pudiendo provocar sangrado (Quirófano).
Cortante/Conservador	Normalmente realiza la enfermera a pie de cama, retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable. Se puede combinar con el desbridamiento autolítico y/o enzimático.
Autolítico	Ocurre de forma natural en todas las heridas. Los fagocitos presentes en el lecho de la lesión, junto a macrófagos y enzimas proteolíticas, licuan y separan los tejidos necróticos, estimulando la granulación del tejido. Es destacable el papel que ocupan en este proceso de detersión los hidrogeles.
Enzimático	<p>Está basado en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papaina-urea, etc.), que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina.</p> <p>La destrucción de leucocitos dentro del proceso de cicatrización, produce una liberación natural de enzimas proteolíticas (proteasas), que ayuda a la separación del tejido necrótico.</p> <p>Es recomendable proteger la piel periulceral cuando vaya a ser utilizada. por el riesgo de maceración y escoriación.</p>
Mecánico	<p>Son técnicas en desuso al existir alternativas con menor riesgo de afectación del lecho ulceral. Son traumáticas y no selectivas. Actúan sobre los tejidos de la herida utilizando la abrasión mecánica.</p> <p>En este grupo se incluyen distintos métodos, tales como los apósitos de húmedos a secos, la irrigación continua a presión, el baño de remolino y el frotamiento del lecho ulceral.</p>

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 34 de 51

10.4 RECOMENDACIONES GENERALES

1. La limpieza de la herida se debe realizar con solución salina a modo de irrigación, posteriormente se retiran coágulos, esfacelos, membranas, secreción, mediante frote delicado, utilizando la yema de los dedos con previa colocación de guantes estériles.
2. Para la curación de heridas se debe utilizar mascarilla limpia, guantes limpios, guantes estériles, solución salina nueva (bolsa por paciente), gasas estériles, bata, y demás elementos exclusivos para el uso del paciente según su estado.
3. Cuando la herida se encuentre en los miembros superiores o inferiores, la extremidad debe vendarse la extremidad de lo distal a lo proximal. Dichas vendas deben ser cambiadas a necesidad. Se debe tener en cuenta que en el caso de úlceras vasculares el manejo es diferente.
4. Los apósitos Semioclusivos transparentes como Leukomed T, se utilizarán en lesiones limpias muy superficiales de escaso exudado, en heridas quirúrgicas que tengan riesgo de dehiscencia ó que estén expuestas a contaminarse con fluidos corporales, en ellos también se puede cubrir la superficie con Fixomull Stretch.
5. En heridas de muy alto producido, utilizar sistemas de drenaje de ostomías. Otra alternativa es bordear la herida con barreras protectoras y colocar compresas estériles ó apósitos y ser cambiados según necesidad.
6. Barrera de piel (apósito transparente, Fixomull Stretch) Se puede utilizar para bordear heridas abiertas y sobre éste material colocar esparadrapo para afrontar las heridas.
7. Preferir la utilización de esparadrapos hipoalergénico (demora en desprenderse ante la presencia de exudado o secreción), además ocasiona menos daños a la piel, tales como. Fixomull Stretch o Leukopor.
8. El lavado de manos antes y después de cada procedimiento debe realizarse utilizando jabón líquido quirúrgico.
9. El plan de actividad física se establecerá según el estado clínico del paciente, para lo cual se realizará un trabajo coordinado paciente -familia y personal de salud.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 35 de 51

10. Todos los procedimientos deben quedar consignados en los registros clínicos respectivos.

10.5 CONTROL DEL TEJIDO NO VIABLE

La presencia de tejido necrótico o comprometido es habitual en las heridas crónicas que no evolucionan hacia la cicatrización, y su eliminación tiene muchos efectos beneficiosos. Se suprimen el tejido no vascularizado, las bacterias y las células que impiden el proceso de cicatrización (carga celular), obteniendo medio que estimula la formación de tejido sano.

Según estudios recientes sobre la senescencia de las células de la herida y su falta de respuesta a ciertas señales, es particularmente importante el hecho de que el desbridamiento elimine la carga celular y permita que se establezca un medio estimulante. Al contrario que las heridas agudas, que suelen precisar, como mucho, un desbridamiento, las crónicas pueden necesitar desbridamientos repetidos.


10.6 CONTROL DE LA INFLAMACIÓN Y LA INFECCIÓN

A menudo, las heridas crónicas presentan un alto nivel de colonización por parte de organismos bacterianos o fúngicos. Esto se debe, en parte, a que estas heridas permanecen abiertas durante períodos prolongados, aunque también influyen otros factores, como un flujo sanguíneo pobre, la hipoxia y el proceso de la enfermedad subyacente. No cabe duda de que hay que tratar de forma agresiva y rápida las infecciones clínicas que provoquen que no se complete la cicatrización. La evidencia demuestra que una carga bacteriana de 10⁶ organismos o más por gramo de tejido perjudica gravemente la cicatrización, aunque no se entiende bien se sabe bien por qué.

Recientemente ha aumentado el interés por la posible presencia de biopelículas en las heridas crónicas y su papel en el retraso de la cicatrización o en la recurrencia. Las biopelículas son colonias bacterianas rodeadas de un revestimiento protector a base de polisacáridos; estas colonias desarrollan una alta resistencia a los agentes antimicrobianos⁹. No obstante, es necesario investigar más exhaustivamente para poder determinar el papel de las biopelículas en el retraso de la cicatrización de las heridas crónicas.

10.7 CONTROL DEL EXUDADO

Las pruebas experimentales que indican que el mantenimiento de la humedad de las heridas acelera la reepitelización son uno de los mayores logros de los cincuenta últimos años que han conducido al desarrollo de una amplia variedad de apósitos que conservan la humedad y que

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 36 de 51

estimulan la “cicatrización de heridas en un ambiente húmedo”. La mayoría de las pruebas de la cicatrización de heridas en un ambiente húmedo se desarrolló mediante experimentos con heridas agudas, aunque sus resultados se extrapolaron rápidamente a las heridas crónicas. Al contrario de lo que se creía, mantener húmeda una herida no aumenta las tasas de infección.

No está claro si los apósitos que conservan la humedad actúan, sobre todo, manteniendo el exudado en contacto con la herida. Una razón de esta duda es que este exudado parece tener propiedades diferentes en heridas agudas y crónicas. Por ejemplo, el exudado obtenido de heridas agudas estimula la proliferación in vitro de fibroblastos, queratinocitos y células endoteliales. Por el contrario, el exudado procedente de heridas crónicas bloquea la proliferación celular y la angiogénesis¹⁷ y contiene cantidades excesivas de metaloproteinasas de matriz (MMP)^{18,19} capaces de dividir proteínas clave de la matriz extracelular, incluidas la fibronectina y la vitronectina¹⁹. No cabe duda de que algunas MMP desempeñan un papel clave en la cicatrización de las heridas; la colagenasa intersticial (MMP-1), por ejemplo, es importante para la migración de los queratinocitos²⁰. Sin embargo, se ha indicado que la actividad excesiva (o la mala distribución) de otros enzimas (MMP-2, MMP-9) dificulta cicatrización.


Un exceso de exudado de la herida no tiene que contener MMPs activadas anómalas o inapropiadas para resultar perjudicial. Los componentes normales del plasma, si están presentes continuamente, pueden conducir a lo que se ha formulado como la hipótesis del “atrapamiento de factores de crecimiento”. Esta teoría se desarrolló en el contexto de las úlceras venosas, pero puede aplicarse también a varios tipos de heridas crónicas.

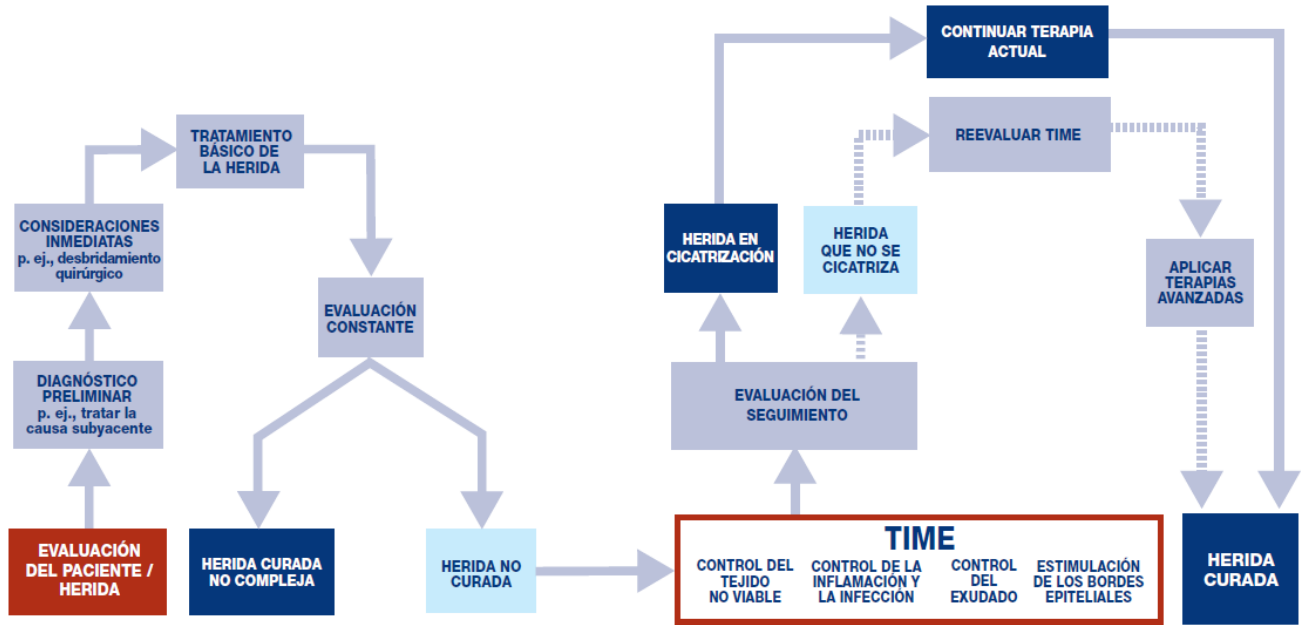
La hipótesis es que ciertas macromoléculas e incluso los factores de crecimiento están sujetos o “atrapados” en los tejidos, lo que podría conllevar una falta de disponibilidad o una mala distribución de mediadores críticos, incluidas las citoquinas²². El atrapamiento de factores de crecimiento y citoquinas, igual que el material de la matriz, aunque con límites, puede provocar una cascada de anomalías patogénicas, y los apósitos pueden desempeñar una función clave en la modulación de estos factores.


10.8 ESTIMULACIÓN DE LOS BORDES EPITELIALES

La cicatrización eficaz precisa el restablecimiento de un epitelio intacto y la recuperación de la funcionalidad de la piel. No obstante, el proceso de epitelización puede verse afectado de forma indirecta, como cuando los fallos en la matriz de la herida o la isquemia inhiben la migración de queratinocitos, o de forma directa debido a los defectos reguladores, la movilidad celular afectada o la adhesión dentro de los queratinocitos.⁵


⁵ European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 37 de 51




	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 38 de 51

PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS		
ESTADIO	PROCESO	EFFECTOS CLINICOS
Hemostasia	Vasoconstricción Activación de las células endoteliales , plaquetas y coagulación	Hemorragia controlada o reducida Formación de coagulo en la herida
Inflamación Liberación de mediadores Vasodilatación Aumento de la permeabilidad capilar Quimio taxis Fagocitosis Inicio de la reparación	Estimulación de las células Aumento del flujo sanguíneo Perdida de proteínas, células y liquido de los capilares Los mediadores atraen los fagocitos (primero los neutrofilos, después los macrófagos) Los neutrofilos y macrófagos hacen desaparecer bacterias y restos celulares Los macrófagos producen factor de crecimiento	Inicio del proceso inflamatorio. Dolor La piel enrojece y aumenta de temperatura Edema. Producción de exudado Contribuye al exudado y al edema Costras, pues o secreción Sin efectos clínicos visibles

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 39 de 51


Proliferación Granulación 11. Amilogénesis 12. Producción de colágeno Epitelización Contracción	Papilas endoteliales de los capilares marginales Los fibroblastos migran a la escena y segregan colágeno Multiplicación de las células epiteliales y migración hacia la superficie Posiblemente causada por la acción especializada de los fibroblastos	Un tejido rojizo y vascular aparece en la herida Zona marginal lisa o islotes de epitelio que se ven en la herida Reducción del tamaño del defecto
Maduración Remodelación de la colágena Regresión capilar	Conversión del colágeno tipo III a tipo I, aumentando la fuerza Reducción del número de vasos con reducción del flujo vascular	La cicatriz se aplana y se ablanda La cicatriz palidece el prurito desaparece

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 40 de 51

11. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ACUERDO AL ESTADÍO

Cuidado Avanzado de Heridas (Curaciones con tecnología)- Insumos de Curación


	ESTADÍO	SIGNOS	OPCIONES TERAPÉUTICAS
	PIEL INTEGRAL	Pre-úlceras, epidermis intacta, adherente, y eritema que desaparece al aliviar la presión.	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito Hidrocoloide (Cutimed Hydro). • Apósito espuma de poliuretano y silicona (Cutimed Siltec). • Apósito transparente estéril (Leukomed-T).
	UPP ESTADÍO I	Eritema de la piel íntegra enrojecida u oscurecida que no recupera su color después de 15 a 20 minutos de aliviar la presión, ni palidece a la digitopresión	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito Hidrocoloide (Cutimed Hydro). • Apósito espuma de poliuretano y silicona (Cutimed Siltec). • Apósito transparente estéril (Leukomed-T).
	UPP ESTADÍO II	Pérdida de la integridad de la piel de profundidad parcial, que involucra epidermis, dermis o ambas. Se presenta como una abrasión, ampolla o cráter. Son generalmente dolorosas.	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito Hidrocoloide (Cutimed Hydro). • Apósito espuma de poliuretano y silicona (Cutimed Siltec). • Gasa con Eucerit (Cuticell) + Apósito transparente Leukomed T.
	UPP ESTADÍO III	Involucra daño o necrosis de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo. Se presenta como un cráter profundo con o sin erosión del tejido adyacente. Poco o ningún dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito hidrofóbico + hidrogel (Cutimed Sorbact Gel). • Apósito hidrofóbico (Cutimed Sorbact). • Hidrogel (Cutimed gel). • Apósito Secundario: Apósito absorbente (Cutisorb ultra) o Apósito espuma de poliuretano y silicona (Cutimed Siltec). • Apósito hidrofóbico antimicrobiano + espuma de poliuretano absorbente (Cutimed Siltec Sorbact)
	UPP ESTADÍO IV	Úlceras por presión profunda y con exposición de músculo, hueso o tendón.	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito hidrofóbico + hidrogel (Cutimed Sorbact Gel). • Apósito hidrofóbico (Cutimed Sorbact). • Hidrogel (Cutimed gel). • Apósito Secundario: Apósito absorbente (Cutisorb ultra) o Apósito espuma de poliuretano y silicona (Cutimed Siltec). • Apósito hidrofóbico antimicrobiano + espuma de poliuretano absorbente (Cutimed Siltec Sorbact)

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 41 de 51


12.LOS APOSITOS Y SUS USOS

El apósito ideal debe mantener un ambiente húmedo fisiológico, ser una barrera aislante y protectora, permitir el intercambio gaseoso, permitir adecuada circulación sanguínea, remover secreciones, ser adaptable, flexible y de fácil manipulación, libre de contaminantes y tóxicos, tener un adhesivo que no lesione y permitir cambios sin trauma o dolor. Los apósitos se pueden clasificar según su localización en primarios (el que va en contacto directo con la herida) y secundarios (el que va sobre el primario para proteger y sostener). También se clasifican según su complejidad en pasivos (gasas, apósitos tradicionales, espumas), activos (tull o malla, apósitos transparentes, espumas Hidrocelulares, Hidrocoloides) y mixtos (combinación de los dos anteriores). Dentro de los más usados encontramos:

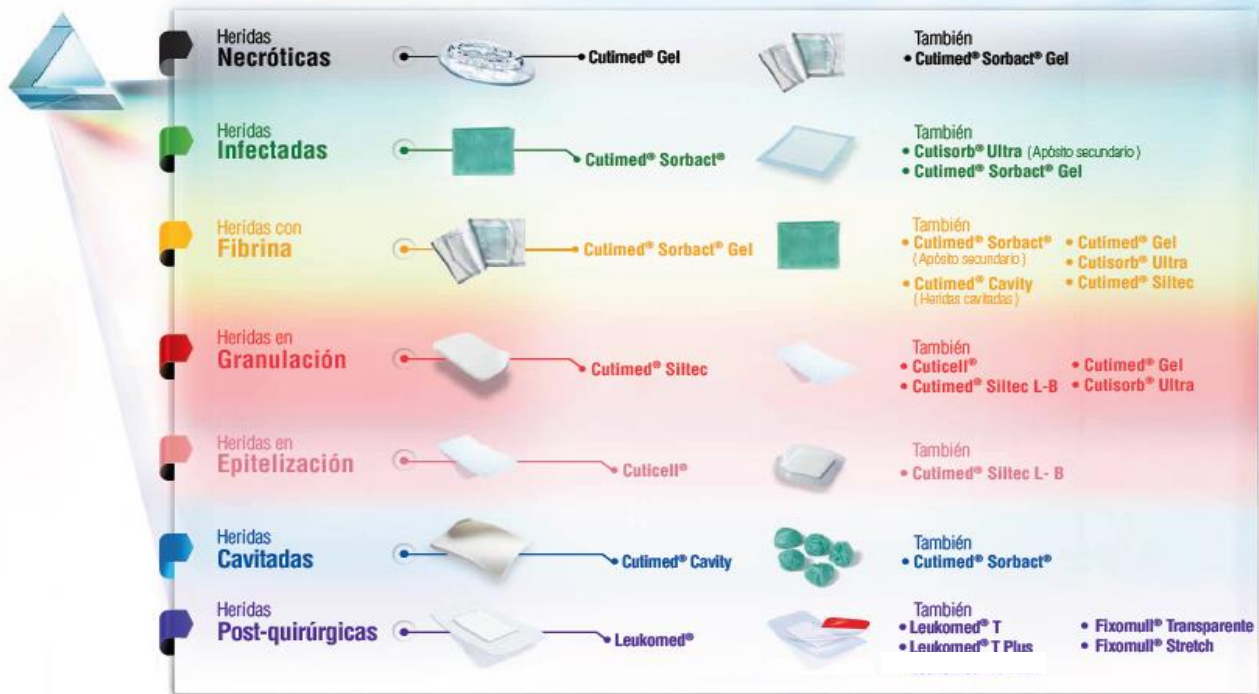
TOPICOS	INDICACIONES	OBSERVACIONES
APOSITO PRIMARIO		
APÓSITO HIDRÓFOBO ANTIMICROBIANO (CUTIMED SORBACT)	Control de infección local de la herida, favorece el crecimiento y el crecimiento del Tejido de Granulación. Heridas sucias, contaminadas e infectadas. Heridas de profundidad total o cavitadas.	Según necesidad.
APÓSITO HIDROCOLOIDE (CUTIMED HYDRO L Y/O B)	Promueve la curación manteniendo la herida en ambiente húmedo y temperatura óptima.	Cambio cada 4 ó 5 días.
TOPICOS	INDICACIONES	OBSERVACIONES
APÓSITO CELULAR DE CUTANEO (CUTIMED)	Mantiene la humedad necesaria para la cicatrización y epitelización. En herida cavitadas o heridas de abundante exudado.	Cambio cada 5 a 7 días
APÓSITO CELULAR DE CUTANEO Y CAPA DE CUTANEO (CUTIMED SILTEC)	Máxima absorción del exudado. Mantiene la humedad necesaria para la granulación y epitelización. Apósito primario en fase de granulación y como secundario en fase fibrinoide.	Cambio cada 5 o 7 días.
HIDROGELES		
HIDROGEL (CUTIMED)	Prepara la herida para un desbridamiento o. Proporciona humedad al tejido necrótico seco y	Curación cada tres días

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 42 de 51

	p. Tiene una acción limpiadora y regeneradora. En venosas, pie diabético, Úlceras por presión, úlceras de I y II Grado.	
APÓSITO HIDRÓFOTO + HIDROGEL (D SORBACT GEL)	Elimina bacterias y microorganismos. Facilita el desmenuamiento del tejido necrótico y fibrinoso. Humecta la herida promoviendo la granulación. En heridas crónicas, venosas, pie diabético, Úlceras por presión, herida de sutura, heridas traumáticas.	Curación cada tres días
APÓSITOS NO ADHESIVOS		
GASA IMPREGNADA (CUTICELL)	Favorece la epitelización. Permite al exudado pasar fácilmente a una segunda gasa absorbente. Está indicada en Quemaduras de I y II Grado, Cortes, abrasiones, laceraciones, quemaduras por radiación, zonas donantes y recipientes, heridas limpias (para evitar infección).	Curación cada 3 días.
TOPICOS	INDICACIONES	OBSERVACIONES
APOSITOS ADHESIVOS	Impermeables al agua y a las bacterias, permeables a los vapores de la herida, mantienen la temperatura, el PH, la humedad fisiológicas de los tejidos.	Deben permanecer adheridos a las heridas de 5 a 7 días.
APOSITO ADHESIVO SEMIOCLUSIVO (MED T)	Protector de apósitos primarios. Impermeable al agua y a las bacterias, permeable a la transpiración de la herida que lo hace Semioclusivos. Protector de catéteres.	Cambio cada 5 a 7 días.
HIDROCOLOIDE L (CUTIMED HYDRO L)	Heridas agudas secas o con bajo nivel de exudado. Indicado en el tratamiento de heridas postquirúrgicas. Indicado en quemaduras, abrasiones, quemaduras menores. También puede ser utilizado como apósito secundario.	Curación cada 5 a 7 días.
HIDROCOLOIDE L (CUTIMED HYDRO B)	Absorbe el exudado y lo transforma en gel. Está indicado en Úlceras venosas, arteriales, por Presión y quemaduras.	Curación cada 5 a 7 días

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 43 de 51

Cuidado avanzado de heridas **en manos de expertos.**



13.GUIAS DE MANEJO DE HERIDAS


13.1 HERIDAS SUTURADAS

13.1.1 TIPO DE HERIDA: HERIDA SUTURADA NO INFECTADA SECA



OBJETIVO: Proporcionar las condiciones adecuadas para garantizar un adecuado cierre primario de la herida.

MATERIAL: Esparadrapo hipoalergénico: Fixomull Stretch; Gasa parafinada: Cuticell; Películas estériles precortadas: Leukomed, Leukomed T plus o Leukomed T; Solución Salina Normal; gasas y

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 44 de 51

guantes estériles.

PROCEDIMIENTO:

1. Limpie la herida con gasas estériles impregnadas con Solución Salina Normal.
2. Seque la herida haciendo toques suaves con la gasa estéril.

OPCIONES DE TRATAMIENTO:

1. Cubra la herida con Apósito estéril (Leukomed) ó Gasas estériles fijadas con Fixomull Stretch.
2. Cubra la herida por 3 días con Cuticell y Apósito transparente estéril precortado: Leukomed T.

13.1.2 TIPO DE HERIDA: HERIDA SUTURADA NO INFECTADA HUMEDA



OBJETIVO: Mantener la herida seca para garantizar un adecuado cierre primario.

MATERIALES: Esparadrapo hipoalergénico: Fixomull Stretch; películas estériles precortadas: Leukomed, Leukomed T plus o Apósito siliconado absorbente: Cutimed Siltec; Solución Salina Normal; gasas y guantes estériles.

PROCEDIMIENTO:

1. Limpie la herida con gasas estériles impregnadas con Solución Salina Normal.
2. Seque la herida haciendo toques suaves con la gasa estéril.


OPCIONES DE TRATAMIENTO:

Cubrir por 3 o 5 días con:

- Cubrir con: Leukomed.

Cubrir por 24 a 48 horas con:

1. Gasas estériles fijadas con Fixomull Stretch (Cambiar las gasas según necesidad).

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 45 de 51

13.1.3 TIPO DE HERIDA: *HERIDA SUTURADA INFECTADA Y/O DEHISCENCIA DE SUTURA*



OBJETIVO: Disminuir la infección para proporcionar un cierre adecuado de la herida

MATERIALES: Esparadrapo hipoalergénico: Fixomull Stretch; Solución Salina Normal; gasas y guantes estériles; equipo de curaciones; Sonda Nelaton o hisopo estéril; medio para cultivo; aplicador; Apósito hidrofóbico adherente de bacterias: Cutimed Sorbact; Hidrogel: Cutimed Gel; Cutimed Sorbact Gel; Apósito Secundario absorbente: Cutimed Sorbact/ Cutimed Siltec.

PROCEDIMIENTO:

1. Irrigar la herida con Solución Salina Normal
2. Tomar el cultivo
3. Frote suave con técnica estéril de mano enguantada (Retirar esfacelos, membranas, etc.)
4. Secar bordes con toques suaves con Gasas estériles

TRATAMIENTO:


Cubrir por 48 a 72 horas con:

Apósito absorbente de bacterias: Cutimed Sorbact de 7 x 9 cm o con venda de gasa de 5 x 200cm o 2cm x 50cm (se puede cortar el apósito si no se requiere de todo el material) + Cutimed Gel, ó Cutimed Sorbact Gel, cubrir con Cutimed Siltec o Cutisorb Ultra y fijar con esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch.

NOTA: Evaluar la herida en cada curación para determinar el tiempo de cambio del apósito especial usado. Los absorbentes de bacterias: Cutimed Sorbact, se pueden dejar en la herida hasta 5 días si esta tiene moderado exudado.

Importante: - Valorar Dimensiones de la herida: Largo, ancho y profundidad en centímetros.

- Describir técnica y procedimiento de curación realizado.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 46 de 51

13.2 HERIDAS MÁS COMUNES

13.2.1 TIPO DE HERIDA: HERIDA NECROTICA SECA



OBJETIVO: Favorecer el desbridamiento autolítico para garantizar un proceso de cicatrización adecuado.

MATERIALES:

Hidrogel: Cutimed gel; Apósito Hidrocoloide: Cutimed Hydro o Apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; Fixomull Stretch. Solución Salina Normal; gasas y guantes estériles; equipo de curaciones; Sonda Nelaton o hisopo estéril; Hoja de Bisturí.


PROCEDIMIENTO:

- Irrigar la herida con solución salina
- Realizar desbridamiento conservador con hoja de bisturí o aguja hipodérmica, de tejido no viable
- Secar la herida con toques suaves con gasas estériles

TRATAMIENTO:

Curación cada 3 o 4 días:

- Cubrir la zona lesionada con hidrogel: Cutimed gel; colocar gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact ó gasa con ungüento Eucerit : Cuticell, cubrir con Cutimed Siltec o Cutisorb Ultra y fijar con esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch.
Cubrir la zona lesionada con hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel, Cubrir la zona lesionada con hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel, cubrir con Cutimed Siltec o Cutisorb Ultra y fijar con esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 47 de 51

13.2.2 TIPO DE HERIDA: HERIDAS CON TEJIDO NECROTICO HUMEDO (FIBRINA)



OBJETIVO: Favorecer desbridamiento autolítico para garantizar un proceso de cicatrización adecuado.

MATERIALES:

Apósito hidrofóbico absorbente: Cutimed Sorbact; Hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel; gasas, compresas o apósitos, esparadrapo: Fixomull Stretch; Solución Salina Normal; gasas y guantes estériles; equipo de curaciones; Sonda Nelaton o hisopo estéril; Hoja de Bisturí.


PROCEDIMIENTO:

- Irrigar la herida con solución salina
- Realizar incisiones verticales y horizontales en tejido fibrinoide con hoja de bisturí o aguja hipodérmica, controlando posible sangrado
- Secar la herida con toques suaves con gasas estériles

TRATAMIENTO:

Curación cada 3 o 4 días:

- Cubrir la zona lesionada con hidrogel: Cutimed gel; colocar gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact, cubrir con Cutimed Siltec, Cutimed Hydro o Cutisorb Ultra y fijar con esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch.
- Cubrir la zona lesionada con hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel, Cubrir la zona lesionada con hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel, cubrir con Cutimed Siltec, Cutimed Hydro o Cutisorb Ultra y fijar con esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 48 de 51

13.2.3 TIPO DE HERIDA: ULCERA ARTERIAL



OBJETIVO: Proporcionar los medios adecuados para garantizar epitelización y cicatrización.

MATERIALES:

Apósitos, gasas, solución salina, apósito hidrófobo absorbente: Cutimed Sorbact; hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel; Hidrogel: Cutimed Gel; gasa Eucerit: Cuticell; esparadrapo: Fixomull Stretch, Fixomull Transparente o apósito precortado: Leukomed T.

PROCEDIMIENTO:

1. Irrigar la herida con solución salina a presión, realizar frote suave mediante técnica estéril de mano enguantada.
2. Secar la región perilesional con gasas estériles.

OPCIONES DE TRATAMIENTO:

Ulceras arterial limpia:


Curación cada 3 a 5 días:

1. Cubrir la herida con apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; colocar encima compresas, fijar con Fixomull Stretch.
2. Cubrir la herida con gasa Eucerit: Cuticell; cubrir con compresas, fijar con, Fixomull Stretch o apósito precortado Leukomed T.

Ulceras arterial con membranas (tejido necrótico húmedo):

Curación cada 3 o 4 días:

1. Cubrir la herida con Hidrogel: Cutimed Gel + Apósito hidrófobo absorbente: Cutimed Sorbact o Cutimed Sorbact Gel; Apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; colocar encima gasas o

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 49 de 51

compresas, fijar con Fixomull Stretch.

Ulcera arterial con tejido necrótico seco:

Curación cada 2 a 4 días

1. Cubrir la zona necrosada con hidrogel: Cutimed Gel, + Apósito hidrófobo absorbente: Cutimed Sorbact o Cutimed Sorbact Gel; Apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; colocar encima gasas o compresas, fijar con Fixomull Stretch.

NOTA: Cuando la herida con membrana seca o húmeda este totalmente limpia se recomienda seguir tratando como ulcera arterial seca.

13.2.4 TIPO DE HERIDA: ULCERA VENOSA




OBJETIVO: Proporcionar los medios adecuados para garantizar epitelización y cicatrización.

RECOMENDACIONES:

- Cuando la herida se encuentre en los miembros, debe vendarse la extremidad.
- Se recomienda cambiar las vendas a necesidad.
- Usar venda elástica para úlceras por deficiencia vascular venosa, esto con el fin de mejorar la circulación sanguínea

MATERIALES:

Apósitos, gasas, solución salina, apósito hidrófobo absorbente: Cutimed Sorbact; hidrogel más gasa hidrófoba: Cutimed Sorbact Gel; Hidrogel: Cutimed Gel; Gasa con Eucerit: Cuticell; apósito ultra absorbente: Cutisorb Ultra; esparadrapo: Fixomull Stretch, Fixomull Transparente o apósito precortado: Leukomed T; venda elástica o venda elástica adhesiva: Tensoplast.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 50 de 51

PROCEDIMIENTO:

1. Irrigar la herida con solución salina a presión, realizar frote suave mediante técnica estéril de mano enguantada.
2. Secar la región perilesional con gasas estériles.

OPCIONES DE TRATAMIENTO:

Ulceras arterial limpia:

Curación cada 3 a 5 días:

1. Cubrir la herida con apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; colocar encima compresas, fijar con Fixomull Stretch.
2. Cubrir la herida con gasa Eucerit: Cuticell; cubrir con compresas, fijar con, Fixomull Stretch o apósito precortado Leukomed T.

Ulceras arterial con membranas (tejido necrótico húmedo):

Curación cada 3 o 4 días:


- 1. Cubrir la herida con Hidrogel: Cutimed Gel + Apósito hidrófobo absorbente: Cutimed Sorbact o Cutimed Sorbact Gel; Apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; colocar encima gasas o compresas, fijar con Fixomull Stretch. Posteriormente realizar vendaje compresivo con venda elástica o venda elástica adhesiva: Tensoplast, de lo distal a lo proximal.

Ulceras arterial con tejido necrótico seco:

Curación cada 2 a 4 días

- 1. Cubrir la zona necrosada con hidrogel: Cutimed Gel, + Apósito hidrófobo absorbente: Cutimed Sorbact o Cutimed Sorbact Gel; Apósito absorbente siliconado: Cutimed Siltec; colocar encima gasas o compresas, fijar con Fixomull Stretch. Posteriormente realizar vendaje compresivo con venda elástica o venda elástica adhesiva: Tensoplast, de lo distal a lo proximal.

NOTA: Cuando la herida con membrana seca o húmeda este totalmente limpia se recomienda seguir tratando como ulceras venosa limpia.

	SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD	CODIGO	DC-022-01
		VERSION	1.0
	PROGRAMA PIEL SANA GUIA CLINICA PARA LE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	AÑO	2015
		PAGINAS	Página 51 de 51

14.EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se plantea el estudio de la prevalencia puntual y de incidencia de período como indicadores de resultado.

14.1 PREVALENCIA PUNTUAL

Formula:

$$\text{N.º de pacientes con UPP en el periodo} / \text{Numero de pacientes hospitalizados en el periodo} \times 100$$

Existe un cierto consenso en cuanto a la no idoneidad de incluir a toda la población en los denominadores, o sea, no calcular tasas crudas, pues no tiene sentido incluir pacientes con muy bajo o nulo riesgo de desarrollar UPP.

De acuerdo con la Ficha Técnica Básica de Indicadores de Calidad y Alerta temprana de reporte mensual por parte de las IPS (Circular Externa Número 000009 de 2012), se constata como nuevo indicador de obligatorio reporte.