



Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú

GESTIÓN 2021-2024

GUÍA TÉCNICA

Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia (V2)

**“Para integrar y
avanzar, vamos
juntos”**

Mg. Ana María Cabello Lostaunau
Mg. Victoria Edda Cayotopa Fernández



Mg. Ana María Cabello Lostaunau

Licenciada de Enfermería de la Universidad San Martín de Porres / Especialidad en Cuidados Intensivos / Maestría en Administración / Diplomado en Auditoría / Monitor de Heridas por el Instituto Nacional de Heridas Chile / Past Miembro Directivo del Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú / Presidenta de la Sociedad Latinoamericana de Heridas y Ostomías / Gerente General de House Nursing / Enfermera fundadora de la Primera Unidad de Heridas en la Clínica Ricardo Palma (UNEH) / Actualmente Directora de Enfermería de la Clínica Ricardo Palma y Docente de Práctica de las Universidades: Norbert Wiener, César Vallejo.



CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

Gestión 2021 - 2024

Dra. Josefa Edith Vásquez Cevallos	Decana Nacional
Lic. Ana Mercedes Zúñiga Medina	Vicedecana
Lic. Silvia Ysabel Neyra Alfaro	Secretaria I
Mg. Rosa Casimira Tuse Medida	Secretaria II
Lic. Arminda Inés Gil Castañeda	Tesorera
Mg. Magdalena P. Rojas Ahumada	Vocal I
Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco	Vocal II
Mg. John David Paucar Orrego	Vocal III
Mg. Mercedes Morales Pérez	Vocal IV

GUÍA TÉCNICA

Prevención y cuidado de las lesiones
de piel relacionadas con la dependencia
(V2)

© Colegio de Enfermeros del Perú
Consejo Nacional
Pq. Santa Cruz 564, Jesús María
Telf.: (01) 208-5556
E-mail: colegiodeenfermeros@cep.org.pe
www.cep.org.pe

Primera edición: Noviembre 2023
Tiraje: 2000 ejemplares

Cuidado de edición: Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco
Corrección de estilo: Dra. Rocío Yvonne Taboada Pilco

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual pertenecen al Colegio de Enfermeros del Perú.

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite explícitamente su procedencia.

ISBN: 978-612-49486-0-2

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2023-11670

Se terminó de imprimir en Noviembre de 2023 en
Fotopress e.i.r.l.
Av. Andrés Aramburú 933 - San Isidro

Impreso en el Perú

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

GUÍA TÉCNICA

**Prevención y cuidado de las lesiones de piel
relacionadas con la dependencia (V2)**



Consejo Nacional

**Lima - Perú
2023**

PROLOGO

EL Colegio de Enfermeros del Perú, agradece a las autoras de la **Guía Técnica: “Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia (V2)”** por su contribución al engrandecimiento de nuestra profesión.

La Guía Técnica, se convierte así, en un documento normativo con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos y procedimientos basados en la mejor evidencia científica aplicable.

En este contexto, el Colegio de Enfermeros del Perú, promueve una vez más la intelectualidad e invita a los miembros de la orden a continuar creando ciencia basadas en evidencia que sirvan como sustento para la aplicación de mejores intervenciones en el cuidado de la salud.

Josefa Edith Vásquez Cevallos
Decana Nacional
Colegio de Enfermeros del Perú

AUTORAS:

Mg. Ana Maria Cabello Lostaunau	Directora de Enfermería de la Clínica Ricardo Palma
Mg. Victoria Edda Cayotopa Fernandez	Profesional de la Oficina de Calidad Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren_ ESSALUD

VALIDADORAS:

Lic. Ana Celeste Vega Ravello	Enfermera Jefa del Servicio de UCI Cardiovascular del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Lic. Marisol Juana Infantes Escapa	Enfermera Responsable de la Oficina de Planeamiento y Calidad del Hospital Edmundo Escomel. Red Asistencial Arequipa_ ESSALUD
Lic. Mirella Tatiana Gonzales Palma	Supervisora de Enfermería y Lider del Comité de Prevención y Control de Lesiones por Presión del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen_ ESSALUD
Mg. Patricia Soledad Obando Castro	Enfermera Jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos Médicos del Centro Médico Naval
Lic. Rosario Jane Guevara Mejía	Enfermera Asistencial Especialista en Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren_ ESSALUD
Mg. Vanessa del Rosario Rodríguez Banda	Enfermera Asistencial Especialista en Cuidados Intensivos 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins_ ESSALUD
Lic. Ysabel Juana Foweraker Margall	Enfermera Administrativa de la Dirección de Enfermería de la Clínica Ricardo Palma

APOYO:

Lic. María Estela Montalvan Zambrano
 Lic. Ruth María Bardón Matos

AGRADECIMIENTO

Expresar nuestro más sincero agradecimiento al Colegio de Enfermeros del Perú y a su Junta Directiva, en especial a la Decana Nacional Dra. Josefa Edith Vázques Cevallos por dar la oportunidad de realizar este documento que servirá como referencia para la Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia (v2). Esta Guía Técnica permitirá a las enfermeras/os y a los estudiantes de enfermería brindar cuidados oportunos, seguros y de calidad que mejorará la calidad de vida de las personas.

Asimismo, agradecer a las enfermeras que participaron en la validación de esta segunda versión de la Guía Técnica considerando que sus aportes han permitido viabilizar el presente documento, su dedicación y esmero en el cuidado de las personas que padecen de alguna lesión o está en riesgo de padecerla genera bienestar; se espera que este documento sea de utilidad para el cuidado profesional de enfermería.



N°261-23-CDN/CEP

COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ

DECRETO DE LEY N° 22315

Resolución

Jesús María, 17 de noviembre del 2023

VISTOS:

Vista el Acta N° 81 de sesión ordinaria de Consejo Directivo Nacional realizada el 16 de noviembre del 2023 en la que la Vocalía II presenta la propuesta de la publicación de la Guía Técnica "Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia - V.2" y desarrollo del Programa Educativo relacionado al tema, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 20° de la Constitución Política del Perú, establece que los Colegios Profesionales son instituciones autónomas con personalidad de derecho público. Se rigen por sus propios estatutos en el marco de la Constitución y de las leyes;

Que, mediante Decreto Ley 22315, modificado por Ley N° 28512, se crea el Colegio de Enfermeros del Perú, como una entidad Autónoma de Derecho Público Interno, representante de la profesión de Enfermería, en todo el territorio nacional;

Que, de acuerdo al artículo 1° de la Ley 29011, autoriza al Colegio de Enfermeros del Perú a modificar y aprobar sus estatutos y reglamento a través de sus órganos competentes, en estricto cumplimiento de la Ley de su creación,

Que, el Colegio de Enfermeros tiene previsto como misión en su Ley de creación y en su Estatuto el desarrollo de la profesión desde un ámbito científico, tecnológico y humanístico;

Que, el Colegio de Enfermeros del Perú auspicia, promueve y ejecuta el desarrollo de políticas de investigación y producción científica a fin de incentivar el desarrollo tecnológico y humanístico de la profesión en beneficio de los miembros de la orden, de la comunidad y del Estado;

Que, habiéndose convocado a miembros de la orden conformando un Comité experto en el manejo de la prevención y cuidado de las lesiones de la piel relacionadas con la dependencia, para la implementación de una Guía Técnica de intervención de Enfermería que norme a nivel nacional dicha intervención y siendo miembros de Sociedades de Enfermería reconocidas por el Colegio de Enfermeros del Perú y habiendo concretado la producción del documento;

Que, de conformidad a lo acordado en la 81ª sesión ordinaria de Consejo Directivo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú y en concordancia con el "Principio del Ejercicio Legítimo del Poder", contemplado en el numeral 1.17 del artículo IV, Principios del Procedimiento Administrativo, del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General; y en conformidad con lo establecido en el Estatuto del Colegio de Enfermeros del Perú, el Consejo Nacional de esta institución en uso de sus atribuciones, representada a través de la Decana Nacional;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la Guía Técnica "Prevención y cuidado de las lesiones de piel relacionadas con la dependencia V.2".

ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZAR la impresión de ejemplares para su distribución a nivel nacional.

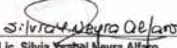
ARTÍCULO TERCERO.- Disponer la emisión, distribución y difusión de la Guía Técnica, para conocimiento y aplicación por todos los miembros de la orden

ARTÍCULO CUARTO.- DISPONER que la presente Resolución sea publicada en la página Web Institucional a fin de que todos los Consejos Regionales tomen conocimiento. (www.cep.org.pe)

Regístrese y comuníquese.


Dra. Josefina Vásquez Cevallos
Decana Nacional
Colegio de Enfermeros del Perú




Lic. Silvia Ysabel Neyra Alfaro
Secretaria I - CDN
Colegio de Enfermeros del Perú

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	11
II.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	12
III.	FINALIDAD	12
IV.	OBJETIVO	12
V.	BASE LEGAL	13
VI.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES	13
VII.	LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA	18
	7.1. CLASIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LAS LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA	18
VIII.	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	29
	8.1. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA	29
	8.2. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA	36
IX.	BIBLIOGRAFÍA	55
	ANEXOS	61

PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LAS LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA (V2)

I. INTRODUCCIÓN

Las Lesiones por presión (LPP) son un problema de salud que pueden presentarse en pacientes que se encuentran en el ámbito hospitalario como en el domiciliario, asimismo son las responsables de agravar el pronóstico de la enfermedad, disminuir la esperanza de vida y deteriorar la situación de salud de las personas que las padecen.

Este problema de salud pública afecta a millones de personas en todo el mundo, eleva los gastos en salud, lleva a implicancias éticas y legales a los enfermeros responsables del cuidado de la salud de las personas. Adquiere relevancia debido a que son evitables hasta en un 95%, para prevenir su aparición para lo cual debemos conocer el entorno del paciente, familiar acompañante y/o cuidador principal e impartirles conocimientos.

La OMS (en Patiño y col, 2020) menciona que la incidencia de LPP como uno de los indicadores que permiten determinar la calidad asistencial dispensada por la red hospitalaria, por tanto su cumplimiento a los profesionales de salud en especial a los enfermeros que brindan servicios en los diferentes instituciones de salud; el desarrollo de una LPP supone la precipitación de numerosos problemas adicionales, por lo cual su prevención es primordial. Los cuidados estandarizados de la piel, nos permitirá contar con una base de datos para la realización de estudios epidemiológicos y medir el impacto de las intervenciones.

En el año 2014, se desarrolló un nuevo modelo teórico que permite diferenciar las lesiones cuya etiología es la presión mantenida en el tiempo de las que se originan por fuerzas de fricción, cizalla o por la presencia mantenida de humedad (o la combinación entre ellas) dando explicación a tipos diferentes de lesiones crónicas que hasta ese momento se habían considerado como LPP. Así mismo, engloba estos tipos de lesiones dentro de una denominación común de lesiones de piel relacionadas con la dependencia, entendiendo el término dependencia como único elemento común a todos los pacientes que desarrollan esta afección.

Cabe mencionar que en el año 2016 la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) anuncio un cambio en la terminología de úlcera por presión a lesión por presión actualizando los estadios, el término de lesión por presión reemplaza la terminología y describe correctamente las lesiones por presión de la piel intacta y la piel ulcerada.

El Colegio de Enfermeros del Perú como institución representativa de los profesionales enfermeros del país, tiene como responsabilidad velar por la salud pública de la población en general, por tal motivo se actualizó la versión 1 del Documento Técnico “GUÍA TÉCNICA DE PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LAS LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA”, que servirá de referencia para los profesionales de enfermería que brindan cuidados a los pacientes en riesgo de desarrollar lesiones de piel relacionadas con dependencia, optimizando la calidad de la asistencia y del cuidado, logrando mejorar los indicadores de atención relacionados a estas lesiones.

II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento es de aplicación por el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización, ambulatorio y domiciliario donde se prestan servicios a fin de mejorar la calidad de vida de las personas vulnerables.

III. FINALIDAD

Contribuir a brindar cuidados de calidad a los pacientes con dependencia, quienes tienen riesgo de desarrollar lesiones de piel relacionadas con la dependencia: lesiones por presión, lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH), lesiones de la piel por adhesivo cutáneo (MARSI) y desgarros cutáneos con un enfoque integral, individualizado y social.

IV. OBJETIVO

Disponer de un documento técnico que permita estandarizar los procedimientos, intervenciones tempranas para la prevención y el abordaje de lesiones de la piel relacionadas con la dependencia.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o).
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución N° 237-08 CN/CEP Aprobar el Documento Técnico sobre “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero”.
- Resolución N° 366-15 CN/CEP, “Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado del Enfermero”.
- Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD DECRETO SUPREMO N° 031-2014-SA.
- Resolución de Gerencia General N° 983 -GG-ESSALUD-2013_ Directiva N° 010 -GG-ESSALUD-2013: “Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión”.
- Resolución Ministerial N° 676-2016/MINSA, que aprobó el “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA Documento Técnico Sistema de Gestión en la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Políticas de Calidad Nacional en Salud”. Dirección en Calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013 – 2006 – SA, Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud.

VI. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **Angiogénesis:** formación de vasos sanguíneos a partir de vasos preexistentes.
- **Autólisis:** proceso biológico por el cual una célula se autodestruye.
- **Apósito de alginato:** es un apósito derivado de las algas marinas que contiene sodio y calcio, indicado como apósito primario para heridas

crónicas y agudas con exudado de moderado a abundante y para heridas con sangrado menor. En contacto con el exudado el apósito forma gradualmente un gel húmedo, firme altamente absorbente.

- **Apósito de espuma multicapa con adhesivo de silicona multiperforado:** es un apósito de espuma multicapa, de 3, 4 o 5 capas con un film de silicona adhesiva suave, respetuosa con la piel, flexible y se adapta a cualquier zona anatómica.
- **Apósito hidrocoloide:** apósito hidrofílico compuesto por carboximetilcelulosa sódica, gelatina y pectina, que activan procesos biológicos (autólisis, angiogénesis, fibrinolisis). Se clasifican en hidrocoloide grueso, hidrocoloide extradelgado e hidrocoloide en gel.
- **Apósito de hidrofibra con plata iónica, EDTA y Cloruro de bencetonio:** apósito con tecnología Hydrofiber que absorbe y retiene el exceso de exudado para ayudar a crear un ambiente de cura ideal y una formulación exclusiva de EDTA y Cloruro de bencetonio con plata iónica que altera el biofilm, destruye a las bacterias causantes de la infección e impide que el biofilm se vuelva a formar.
- **Apósito de hidrogel:** apósito amorfo en forma de gel a base de agua y otros componentes que aporta humedad y ayuda al desbridamiento autolítico.
- **Apósito primario:** son una medida terapéutica, en contacto con la lesión que actúan como barrera e incluso como medida terapéutica ante gérmenes patógenos, absorben las secreciones y los gérmenes, mantienen la humedad, se conforman al lecho de la herida.
- **Apósito secundario:** no están en contacto directo con la lesión, recubren y fijan a los apósitos primarios, actúan como protección mecánica (acolchado) asimismo absorben eventuales filtraciones y protegen de infecciones.
- **Arrastre:** lavado o irrigación de la herida o lesión para eliminar los agentes contaminantes que pueden actuar como fuente de infección, preservar la presencia de tejido granulatorio y favorecer la formación del mismo.
- **Biofilm bacteriano:** comunidades de microorganismos que crecen protegidos o embebidos en una matriz de exopolisacáridos y adheridos a una superficie o un tejido vivo que dificultan la cicatrización de heridas.

- **Cambios posturales / Reposicionamiento:** variación en la posición del paciente en cama, para evitar las complicaciones de la falta de movilidad.
- **Cicatrización:** proceso dinámico mediado por proteínas solubles y células encargadas de la proliferación celular para el restablecimiento del tejido lesionado. Tipos de tejidos en el proceso de cicatrización:
 - **Esfacelo:** tejido (desvitalizado) blando, húmedo, no vascularizado; puede ser de color blanco amarillo, tostado o verde y puede estar desprendido o firmemente adherido.
 - **Tejido de granulación:** tejido normal que se produce en las primeras semanas de la cicatrización, rico en fibroblastos, vasos capilares y colágeno.
 - **Tejido epitelial:** tejido que tapiza y protege las superficies internas o externas de los organismos o estructuras derivadas de las superficies embrionarias.
 - **Tejido necrótico / escara:** tejido desvitalizado que contiene células muertas y detritos celulares.
- **Cizallamiento:** fricción entre una superficie dura y la piel, debida a una fuerza o presión deslizante aplicada en planos paralelos, lo que ocasiona una lesión en la dermis.
- **DAI:** dermatitis asociada a incontinencia
- **Decúbito prono:** posición corporal tendido boca abajo y la cabeza de lado, cuello en posición neutral, miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba.
- **Desbridamiento autolítico:** proceso natural por el que las células fagocitarias y las enzimas proteolíticas en el lecho de la herida separan el tejido desvitalizado del tejido sano.
- **Desgarro cutáneo:** herida provocada por cizalla, fricción o contusión que da lugar a la separación de capas de la piel y que puede ser de espesor parcial (separación de la epidermis de la dermis) o de espesor completo (separación de la epidermis y dermis de las estructuras subyacentes).
- **Dispositivo médico:** artículo, instrumento, aparato o máquina utilizado en la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o condición, o para detectar, medir, restaurar, corregir o modificar la estructura o función del cuerpo con fines de salud.

- **Escala de Braden:** escala que evalúa el riesgo de desarrollar LPP.
- **Escala de Braden Q:** desarrollada para la identificación del riesgo de desarrollar LPP en niños entre 1 mes y 14 años.
- **Exploración física:** examen físico que se practica a todo individuo, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad.
- **Equipo de protección personal:** dispositivos para proteger a los profesionales de salud de lesiones o enfermedades que puedan resultar del contacto con peligros químicos, físicos, biológicos u otros.
- **Fricción:** fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo rozaduras, por movimientos o arrastres.
- **Incidencia:** número de casos nuevos de un evento de salud que se producen durante un periodo específico, en una población dada.
- **Infección:** invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican.
- **Lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH):** son aquellas lesiones localizadas en la piel, presentadas como inflamación y/o erosión, causadas por exposición prolongada a fuentes de humedad con potencial irritativo.
- **Lesiones relacionadas con adhesivos (MARSI):** lesiones de la piel por adhesivos cutáneo, pueden ser eritemas o cualquier otra manifestación cutánea anormal persistente tras 30 minutos de haber colocado o retirado el apósito.
- **Lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD):** lesiones de causa no sistémica, que pueden aparecer en los pacientes que presentan algún grado de dependencia, bien sea temporal o permanente y al margen de su edad o estado físico.
- **Lesión por presión (LPP):** áreas en las que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado.
- **Microclima:** el concepto de microclima cutáneo típicamente refleja la combinación de temperatura, humedad y/o humedad y movimiento del aire en la interfaz piel-superficie de soporte.
- **Nutrición:** ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

- **Piel:** órgano más grande del cuerpo humano, también se le denomina tegumento el cual depende de la altura y el peso de la persona, representa el 15% del peso corporal.
 - Epidermis: capa más superficial de la piel que recubre la dermis.
 - Dermis: capa interna de la piel formada por tejido conjuntivo.
 - Hipodermis: capa más gruesa y profunda de la piel.
- **Presión:** 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 el.
- **Prevalencia:** número de personas que tienen una enfermedad en un período de tiempo específico.
- **Protector cutáneo / Barrera cutánea:** sustancias elaboradas a base de silicona y otros componentes que protegen la piel proporcionando seguridad, comodidad y evitando la irritación.
- **Removedor de adhesivos:** elimina rápidamente todos los restos adhesivos de la piel para una extracción fácil y rápida del adhesivo médico, reduce daños en la piel y el dolor causado por la retirada de adhesivos.
- **Sistema de manejo de incontinencia fecal:** dispositivo de contención temporal, indicado para pacientes con incontinencia fecal con heces líquidas o semi-líquidas que se encuentran postrados en la cama o inmovilizados.
- **Superficie especial para el manejo de la presión:** cualquier superficie sobre la que pueda apoyarse un individuo que abarque todo el cuerpo o una parte de este, la cual presente propiedades de reducción o alivio de la presión.
- **Valoración de enfermería:** proceso fundamental en la atención de pacientes que permite a los profesionales de enfermería recopilar información detallada y precisa sobre el estado de salud de un paciente. A través de la valoración, se pueden identificar problemas de salud, establecer diagnósticos de enfermería, planificar y proporcionar cuidados de calidad en el marco del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

VII. LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

La forma de describir las LPP ha evolucionado en los últimos años y su categorización ha cambiado, además toma fuerza dentro de los indicadores de calidad institucionales; hoy en día no solo podemos hablar de LPP si no de lesiones asociadas a la dependencia porque su mecanismo es diferente. Existen varios tipos de lesiones donde varía su mecanismo de producción, las cuales hasta mediados de 2014 estaban clasificadas como úlceras por presión.

El cuidado del paciente se debe enfocar en tres grandes factores:

- a. Valorar al paciente y el riesgo.
- b. Control de factores etiológicos.
- c. Valorar los factores coadyuvantes.

La valoración del riesgo se basa en identificar individuos que se encuentren en riesgo de presentar lesiones en la piel y necesitan medidas preventivas, además identificar los factores que ponen en situación de riesgo a los pacientes.

7.1. CLASIFICACIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE LAS LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA.

A. Lesiones Por Presión (LPP)	
B. Lesiones Cutáneas Asociadas a la Humedad (LESCAH)	
C. Lesiones Por Fricción	
D. Desgarros Cutáneos	
E. Lesiones mixtas o combinadas	• Lesiones combinadas de humedad-presión
	• Lesiones combinadas de presión-fricción
	• Lesiones combinadas de humedad-fricción
	• Lesiones combinadas presión-desgarro
	• Lesiones combinadas fricción-desgarro
	• Lesiones multicausales

Fuente: Serie Documentos Técnicos GNEAU/PP No II. Clasificación - Categorización de las Lesiones Cutáneas Relacionadas con la Dependencia (2021)

A. LESIONES POR PRESIÓN (LPP)

La LPP es un daño localizado en la piel y/o el tejido blando subyacente, generalmente sobre una prominencia ósea o relacionado con el uso de un dispositivo médico u otro artefacto. La lesión puede presentarse como piel intacta o como una úlcera abierta y puede ser dolorosa, se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada en combinación con el cizallamiento. La tolerancia de los tejidos blandos a la presión y al cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado clínico.

Clasificación de las LPP del NPUAP/EPUAP/PPIA (National pressure Ulcer Advisory/ European Pressure Ulcer Advisory Panel/ Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2014):

CATEGORIA I: Eritema no blanqueable.

Piel intacta con un área localizada de eritema que no se palidece con la presión de los dedos y puede tener un aspecto diferente en la piel de color oscuro.



CATEGORIA II: Lesión de espesor parcial.

Pérdida de espesor parcial de la piel con exposición de la dermis. El lecho de la herida es viable, rosado o rojo, húmedo y también puede presentarse como una ampolla intacta (llena de exudado seroso) o rota. Estas lesiones suelen ser consecuencia de un microclima inadecuado y del desprendimiento de la piel en la región de la pelvis y el calcáneo.



CATEGORIA III: Pérdida total del grosor de la piel.

Pérdida total de la piel en la que se ve tejido graso, tejido de granulación y/o esfácelo. La profundidad del daño tisular varía según la ubicación anatómica; las áreas con adiposidad significativa pueden desarrollar lesiones profundas. Pueden producirse desprendimientos y túneles.



CATEGORIA IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.

Pérdida del espesor total de la piel y pérdida de tejido con exposición o palpación directa de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso. La profundidad varía según la localización anatómica.



LESIÓN POR PRESIÓN NO CLASIFICABLE: Profundidad desconocida.

No se puede confirmar la extensión del daño porque está cubierto por esfacelo o escara. Cuando se elimine (esfacelo o escara), la lesión por presión de categoría 3 o categoría 4 será evidente.



LESIÓN POR PRESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS: Decoloración persistente, que no palidece, de color rojo oscuro, marrón o púrpura.

Piel intacta o no, con área localizada o separación epidérmica que muestra lesión con lecho oscurecido o ampolla con exudado sanguinolento. Esta lesión resulta de una presión y cizallamiento intensos y/o prolongados en la interfaz hueso-músculo. La herida puede evolucionar rápidamente y revelar la extensión actual del daño tisular o resolverse sin pérdida de tejido.



Definiciones Adicionales:

LESIÓN POR PRESIÓN RELACIONADA A DISPOSITIVO MÉDICO

Describe la etiología de la lesión, resulta del uso de dispositivos creados y aplicados con fines diagnósticos y terapéuticos. Vale la pena señalar que otros tipos de dispositivos utilizados durante la atención pueden generar riesgo de LPP, como las barandas de la cama o las camillas, en situaciones en las que el paciente está mal posicionado. La LPP resultante generalmente presenta el patrón o la forma del dispositivo. Esta lesión debe categorizarse utilizando el sistema de clasificación LPP.



LESIÓN POR PRESIÓN EN MEMBRANAS MUCOSAS

La LPP en las membranas mucosas se encuentra cuando hay antecedentes de uso de dispositivos médicos en el sitio del daño. Debido a la anatomía del tejido, estas lesiones no pueden categorizarse.



LOCALIZACIÓN

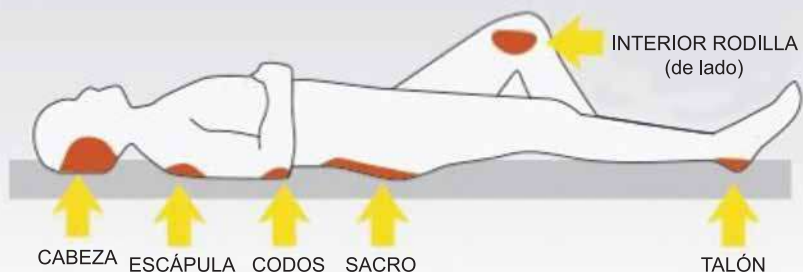
Las zonas más susceptibles de desarrollar LPP son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas o dispositivo médico) y otro externo (punto de apoyo).

Localizaciones más frecuentes son:

- Nariz: por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz
- Mucosa gástrica
- Mucosa rectal
- Cintura pelviana y zonas blandas
- Muñecas y codos
- Pabellón auricular
- Cuero cabelludo

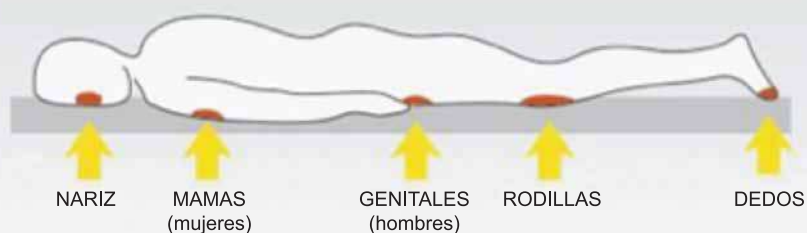


DECÚBITO DORSAL

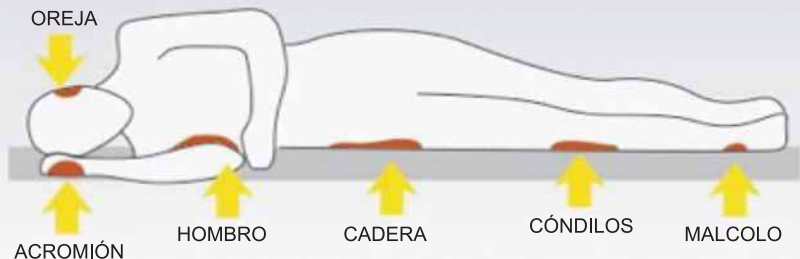


Posición decúbito dorsal. Imagen tomado del Centro sanitario para el Deterioro Cognitivo en Enfermedades Neurológicas. Sevilla.
Recuperado: <https://www.citeasevilla.es/>

DECÚBITO PRONO



DECÚBITO LATERAL



Posición decúbito lateral y prono. Imagen tomado del Centro Sanitario para el Deterioro Cognitivo en Enfermedades Neurológicas. Sevilla.
Recuperado: <https://www.citeasevilla.es/>

NOTA: TANTO EL GNEAUPP COMO EL NACIONAL PRESSURE ADVISORY PANEL (NPUAP) no recomiendan utilizar la reversión del estadiaje para monitorizar la evolución de una LPP. Ejemplo una LPP de categoría IV que está en proceso de cicatrización no pasa a ser categoría III, luego II y luego I, es una LPP categoría IV hasta que cicatriza.

García- Pliego González A, Soro Moratalla M, Carrilero López C et al. Guía de Prevención y Manejo de Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

B. LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH)

Localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fistulas, sudor, saliva o moco).

Tipos de lesiones cutáneas asociadas a la humedad

Tipos	Descripción <i>Diferentes niveles de afectación cutánea relacionadas con el contacto prolongado de</i>	Fuente de humedad	Otros factores implicados	Ejemplo
Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI)	<i>... los productos de incontinencia urinaria y/o fecal en la piel</i>	• Orina • Heces líquidas	• Heces sólidas • Absorbentes para la incontinencia • Productos de higiene y limpieza	
Dermatitis intertriginosa o dermatitis por transpiración	<i>... del sudor en zonas de pliegues cutáneos. Se define de una manera más concreta como una dermatosis inflamatoria causada por la humedad en superficies opuestas de la piel que contactan entre sí, frecuentemente entre pliegues de piel en las zonas inflamatorias, axilares, inguinales y debajo de abdómenes globulosos.</i>	• Sudor	• Presión y fricción ejercida por pliegues cutáneos prominentes. • Oclusión producida por pliegues cutáneos. • Roce. • Sobreinfección por flora (bacterias, levaduras y hongos). • Patologías y/o procesos asociados.	 
Dermatitis perilesional asociada al exudado	<i>... del exudado procedente de las heridas en la piel perilesional</i>	• Exudado procedente de heridas	• Adhesivos de apósitos • Tipo de apósito	
Dermatitis cutánea asociada al exudado	<i>... del exudado procedente de las extremidades en la piel intacta de las mismas</i>	• Exudado que no procede de heridas (en determinados procesos como insuficiencia cardíaca severa y el linfedema)	• Patologías de base • Medidas terapéuticas	
Dermatitis periestomal	<i>... de los efluentes procedentes del estoma</i>	• Efluentes procedentes de ostomías (saliva, efluente intestinal, orina)	• Adhesivos de dispositivos recolectores • Tipo de dispositivo	
Dermatitis por saliva o mucosidad	<i>... de la saliva o mucosidad procedente de la boca o fosas nasales</i>	• Saliva • Mucosidad	• Adhesivos de dispositivos terapéuticos. • Roce • Procesos asociados (neurológicos...)	

Fuente: Torra et al, 2013. REDEFINICIÓN DEL CONCEPTO Y EL ABORDAJE DE LAS LESIONES POR HUMEDAD. UNA PROPUESTA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA PARA MEJORAR EL CUIDADO DE LAS LESCAH. Disponible en https://scielo.iccii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200008

Clasificación-Categorización de la dermatitis asociada a la incontinencia:

Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea. Piel íntegra con enrojecimiento de un área localizada, generalmente sometida a humedad, pueden confundirse con frecuencia con las lesiones por presión o por fricción y en función del eritema puede clasificarse:



DAI 1A. Leve-Moderado (piel rosada)



DAI 1B. Intenso (piel rosa oscuro o rojo).

Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea. Pérdida parcial del espesor de la dermis con un lecho de la herida rojo-rosado, con bordes macerados presentando un color blanco-amarillento, pueden confundirse con otras lesiones como las relacionadas con la presión, la fricción o lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones y en función del grado de erosión puede clasificarse:



DAI 2A. Leve-Moderado
(erosión menor al 50% del total del eritema)



DAI 2B. Intenso
(erosión del 50% o más del tamaño del eritema).

C. LESIONES POR FRICCIÓN

Lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) provocada por las fuerzas derivadas del roce-fricción entre la piel del paciente y otra superficie paralela que, en contacto con él, se mueven ambas en sentido contrario.

Clasificación-Categorización: Sistema de clasificación de las lesiones por fricción del GNEAUPP (2021)

Categoría I: Eritema sin flictena. Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada. El área puede ser dolorosa, estar más caliente en comparación con los tejidos adyacentes y puede presentar edema. En esta fase puede confundirse con lesiones por presión categoría I.



Categoría II: Presencia de flictena. Flictena (vesícula o ampolla en función del tamaño de la misma) que se mantiene intacta, sin solución de continuidad y que está rellena de suero o líquido claro. La piel que forma la flictena, por lo general, es fina y fácil de retirar.



Categoría III: Lesión con pérdida de la integridad cutánea. Pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una úlcera abierta, poco profunda, con un lecho de la herida rojo-rosado.



D. DESGARROS CUTÁNEOS

Lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) de origen traumático causada por fuerzas mecánicas, incluidas las originadas por la retirada de adhesivos potentes. La gravedad puede variar según la profundidad, pero con carácter general no se extiende más allá de la dermis e hipodermis.



El origen de las lesiones es traumático sobre pieles extremadamente frágiles, con envejecimiento patológico de la piel (dermatoporosis) por lo que se presentan generalmente como un colgajo cutáneo, más o menos profundo, siguiendo el trayecto del traumatismo, en el que puede haber pérdida parcial o total de las capas más externas de la piel.

Con frecuencia el colgajo queda a modo “de solapa” que puede ser reposicionado para cubrir nuevamente el lecho de la herida, aunque también puede existir una pérdida total de la misma. En otras ocasiones puede presentarse como un hematoma cerrado (con una colección de sangre coagulada en su interior) o abierto con restos de coágulos que deben ser eliminados para una correcta cicatrización de la lesión.

Categorización: Sistema de clasificación de los desgarros cutáneos GNEAUPP (2021)

Categoría 1: sin pérdida de piel.

Desgarro lineal o colgajo donde la solapa de la piel puede reposicionarse para cubrir el lecho de la herida.



Categoría 2: pérdida parcial del colgajo.

El colgajo de piel no se puede volver a colocar para cubrir la totalidad del lecho de la herida.



Categoría 3: pérdida total del colgajo.

Pérdida total del colgajo de la piel que expone el lecho de la herida.



E. LESIONES MIXTAS O COMBINADAS

Se presentan en función de la combinación de los factores etiológicos que se han descrito anteriormente en este documento.

Tipos de lesiones mixtas o combinadas GNEAUPP (2021):

Lesiones combinadas de humedad-presión, presenta las características típicas de las lesiones por humedad, en espejo, con una lesión por presión en el centro localizada en zona sacra redondeada



Lesiones combinadas de presión-fricción, eritema que no palidece situado sobre talón, combinado con una lesión de fricción en la zona más externa donde presenta una vesícula con líquido seroso.



Lesiones combinadas de humedad-fricción, junto a la lesión por humedad se presentan lesiones lineales en paralelo en dos ángulos, propias de la fricción.



Lesiones combinadas presión-desgarro, junto a la lesión de tejidos profundos de la zona sacra se aprecian lesiones por traumatismo que provocan laceraciones y desgarros de la piel.



Lesiones combinadas fricción-desgarro, lesión con zonas de la piel con vesículas y otras zonas con presencia de vesículas.

Lesiones multicausales, en las que tres o más componentes (presión, cizalla, roce-fricción, humedad y/o trauma) pueden interactuar de manera conjunta).



LESIONES DE PIEL POR ADHESIVO CUTÁNEO (Medical Adhesive Related Skin Injury), (MARSI)

Daño en la piel relacionados con el uso de adhesivos médicos, productos o dispositivos como cintas, apósitos para heridas, productos para estoma, electrodos, parches de medicamentos y tiras para cerrar heridas. Pueden ser eritemas o cualquier otra manifestación cutánea anormal persistente tras 30 minutos de haber colocado o retirado el apósito.

Normalmente, se producen las lesiones cutáneas relacionadas con adhesivos médicos después de retirar un dispositivo médico con adhesivo en pacientes cuya piel es frágil o está perdiendo integridad. Sin embargo, cualquier persona a la que se le haya aplicado un adhesivo médico está en riesgo, y el riesgo aumenta con la frecuencia de exposición (aplicación y eliminación).

Categorías:

- MARSI origen mecánico: por retirada de la epidermis, epidermis arrancada por fuerza o fricción y separación entre epidermis y dermis.
- MARSI por dermatitis: alérgica, por contacto, foliculitis y maceración.

VIII. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

8.1. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA:

PASO 1:

EVALUACIÓN DE LA LESIÓN DE PIEL RELACIONADA CON LA DEPENDENCIA AL INGRESO

- Evaluación y valoración de la piel para detectar la existencia de lesiones cutáneas (aplicación de la escala validada por la institución).
- Registro fotográfico en presencia de lesión (previa autorización del paciente y/o familiar para toma fotográfica (Anexo 1).

La pronta identificación de pacientes en riesgo mediante el uso de una herramienta validada permite la adopción inmediata de medidas preventivas. La evaluación de riesgos debe incluir, como mínimo,

los siguientes factores percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligros de las lesiones cutáneas. Según el puntaje obtenido se aplicará la frecuencia de monitorización establecida.

PASO 2:

REVISIÓN PERIÓDICA DE RIESGO DE DESARROLLO DE LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

La reevaluación diaria, permite a los profesionales de la salud ajustar las estrategias preventivas según las necesidades del paciente. La evaluación de riesgos debe realizarse utilizando escalas de evaluación de riesgos, según la escala que corresponda. El profesional de enfermería debe contar con el registro.

PASO 3:

INSPECCIÓN DIARIA DE LA PIEL

Los pacientes con factores de riesgo necesitan una inspección diaria de toda la superficie de la piel, ya que pueden presentar cambios sobre la integridad de la piel en cuestión de horas. Para una correcta inspección de la piel, se debe prestar especial atención a las zonas corporales de mayor riesgo, como son el sacro, calcáneo, isquion, trocánter, occipital, escapular, maleolar y regiones corporales sometidas a dispositivos médicos tales como catéteres, tubos y drenajes.

PASO 4:

CONTROL DEL EXCESO DE LA HUMEDAD DE LA PIEL

Se debe tener cuidado para minimizar la exposición de la piel a la humedad de la incontinencia, la transpiración o el exudado de la herida, brindando medidas preventivas de higiene, hidratación, controlando la humedad y protegiendo la piel:

Limpieza e hidratación de la piel

- Mantener la piel limpia e hidratada. Se recomienda utilizar agua tibia y jabón con pH neutro, para reducir la irritación y sequedad de la piel. No hacer uso de productos que contengan alcohol, parabenos y sustancias irritantes.

- Utilizar cremas hidratantes sobre la piel y las zonas secas, especialmente después del baño, al menos una vez al día.
- No masajear áreas de prominencias óseas o hiperemia durante la hidratación de la piel.
- Aplicar cremas hidratantes con movimientos suaves y circulares.
- El masaje está contraindicado en presencia de inflamación aguda y donde exista la posibilidad de vasos sanguíneos dañados o piel frágil. No se recomienda el masaje como estrategia de prevención de lesión por presión.

Manejo de humedad

- Manejo de la incontinencia urinaria, evitando la saturación del pañal, realizar cambio periódico previa limpieza de la zona (previa higiene perineal) y asegurando un buen secado de la zona.
- Proteger la piel de la exposición a la humedad excesiva y de los efluentes como orina y heces con el uso de protectores cutáneos o barreras cutáneas, aplicar en las regiones a proteger (perianal y perineal) después del baño o cuando sea necesario. Se recomienda reaplicar cada 12 a 72 horas.
- Identificar y tratar las causas de la incontinencia para reducir o preferentemente eliminar el contacto de la piel con la orina y/o las heces.
- Establecer un programa de funcionamiento vesical y/o intestinal para pacientes con incontinencia.
- Evaluar la posibilidad de utilizar el sistema de manejo de incontinencia fecal en presencia de incontinencia fecal o diarrea grave.

PASO 5:

OPTIMIZACIÓN DE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Solicitar evaluación nutricional temprana para pacientes con factores de riesgo, de acuerdo con la escala de predicción de riesgo estandarizada en la institución.
- Los pacientes con déficit nutricional o deshidratación pueden experimentar pérdida de masa muscular y de peso, haciendo que los huesos sean más prominentes y dificulten la marcha.

- El edema y la disminución del flujo sanguíneo cutáneo suelen acompañar al déficit nutricional y la deshidratación, lo que resulta en lesiones isquémicas que contribuyen al desarrollo de lesiones cutáneas.
- Los pacientes desnutridos y deshidratados pueden tener el doble de probabilidades de desarrollar lesiones en la piel.
- Los líquidos, las proteínas y la ingesta calórica son aspectos importantes para mantener un estado nutricional adecuado.

PASO 6: MINIMIZAR LA PRESIÓN

- Es esencial mantener la circulación en áreas del cuerpo con riesgo de desarrollar lesión por presión en pacientes con movilidad limitada, ya que tienen un mayor riesgo.
- Cambiar la posición del paciente no más allá de 2 horas o según lo determinen las necesidades del paciente, para reducir la duración y la magnitud de la presión ejercida sobre las áreas vulnerables del cuerpo.
- Los apósitos de espuma multicapas con adhesivo de silicona multiperforado pueden ser utilizados como parte del conjunto de estrategias para el manejo de factores de riesgo extrínsecos para el desarrollo de lesión por presión.

A su vez se debe considerar lo siguientes aspectos para minimizar la presión:

PROTECCIÓN DE LA PIEL	• Considerar la aplicación de apósitos de espumas multicapas con adhesivo de silicona multiperforado en las prominencias óseas para prevenir LPP en zonas anatómicas frecuentemente sometidas a fricción o cizallamiento, en especial la zona de prominencia óseas (sacro, talón, etc.). • Los apósitos de espumas multicapas con adhesivo de silicona multiperforado contribuyen a disminuir la fricción, el cizallamiento,
---	---

	redistribuir la presión y mantener el microclima ideal para la piel; el apósito debe inspeccionarse al menos una vez al día para detectar signos de daño tisular. • El uso de apósitos para prevenir las LPP NO debe sustituir todos los demás cuidados necesarios.
CAMBIOS DE POSICIÓN / REPOSICIONAMIENTO	• Posicione al paciente de tal manera que la presión se alivie o se redistribuya. • Evitar someter la piel a presión o fricción y fuerzas de cizallamiento. • Evite colocar al paciente directamente sobre catéteres, tubos, drenajes y prominencias óseas con hiperemia no reactiva. • Reposicionar en 30ª al paciente cuando se encuentra en posición semi fowler y posiciones laterales (alternativamente lado derecho, dorsal y lado izquierdo), siempre que el paciente tolere estas posiciones y su estado clínico y/o hemodinámico lo permita. • Utilizar colchones o superficies especiales de movilización pasiva (SEMP) para el manejo de presión en lugar de colchones estándar hospitalarios en todos los pacientes con riesgo de desarrollar LPP. • Mantener los talones alejados de la superficie de la cama (sin presión, flotando), use un cojín o almohada debajo de las piernas (pantorrillas) para elevar los talones ó apósitos de espumas multicapas con adhesivo de silicona multiperforado. • Utilizar asiento de redistribución de presión (cojines de aire o espuma para redistribuir mejor la presión) para pacientes con movilidad reducida y que tienen riesgo de desarrollar LPP cuando están sentados en una silla. - Está contraindicado el uso de almohadas con diseño circular (rodete)

MANEJO DEL MICROCLIMA	• El término microclima se creó cuando se reconoció que el aumento de la temperatura de los tejidos y la humedad de la piel eran factores de riesgo para el desarrollo de LPP. • El aumento de la humedad puede estar relacionado con varias causas, como sudoración, incontinencia urinaria o fecal, exudado de heridas o superficies de apoyo no transpirables, que impiden la ventilación. La literatura muestra que el riesgo de rotura de la piel al 100 % de humedad es 4 veces mayor en comparación con la piel seca. • Utilizar apósitos de espumas multicapas con adhesivo de silicona multiperforado.
-------------------------------------	---

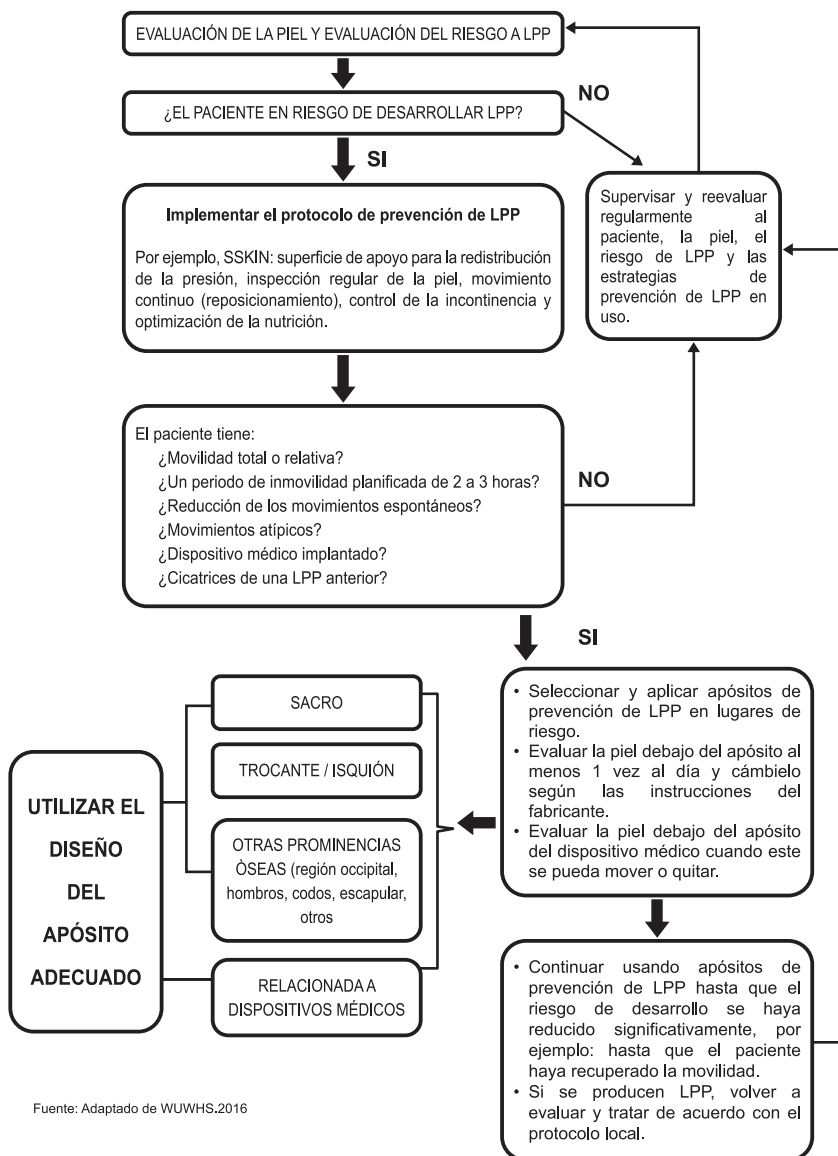
CARACTERÍSTICAS IDEALES DE LOS APÓSITOS EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

El uso adecuado de los apósitos para prevenir LPP pretende sumarse a las medidas ya existentes. Hay que tomar las medidas habituales de prevención de LPP y seguir con ellas incluso cuando se usa un apósito, a menudo también después de retirarlo. El uso de apósitos para prevenir las LPP no debe sustituir los protocolos estándares de prevención.

Según la Unión Mundial de Sociedades de Curación de Heridas (WUWHS) las características ideales de los apósitos son:

- Tener una superficie externa hecha de un material con bajo coeficiente de fricción para que 'deslice' sobre la superficie de apoyo, reduciendo la fricción.
- Ser capaz de reducir la humedad en la interfaz piel/apósito.
- Permitir el reposicionamiento para la inspección de la piel.
- Permitir la inspección de la piel y ser utilizado por varios días, manteniendo la adhesividad con remoción repetida.
- Ser impermeable a la humedad externa para ser resistente, por ejemplo al baño y/o incontinencia.
- Ser lo suficientemente grande para cubrir el área en riesgo.
- Ser fácil de aplicar y quitar para el personal clínico, sin causar trauma.
- Tener una alta tasa de absorción y/o transmisión de vapor de humedad para evitar la acumulación de humedad potencialmente dañina en la superficie de la piel, lo que ayuda a regular el microclima.

ALGORITMO SOBRE USO DE APÓSITOS PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN



Fuente: Adaptado de WUWHS.2016

PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN EN SALA DE OPERACIONES

La Sala de Operaciones es un espacio hospitalario en el que también puede ocurrir LPP, es esencial mantener la alineación del cuerpo con una tensión mínima. El tiempo de cirugía o inmovilidad planificada de dos a tres horas o más, dependiendo del nivel de riesgo individual del paciente se sugiere como criterio para el uso de apósitos multicapa para reducir los factores de riesgo extrínsecos.

La Escala de Evaluación de Riesgos para el Desarrollo de Lesiones Procedentes del Posicionamiento Quirúrgico del Paciente (ELPO_Anexo 2) tiene como objetivo evitar y reducir el riesgo de presentar LPP, asegurar la calidad de atención de enfermería, e incentivar el desarrollo de protocolos de atención dirigidos al posicionamiento quirúrgico del paciente.

Se recomienda aplicar ELPO al colocar al paciente en la mesa de operaciones. Si el paciente debe ser reposicionado durante el procedimiento quirúrgico, la escala debe ser aplicada nuevamente considerando el tiempo de cirugía correspondiente al tiempo que el paciente permanece en cada posición quirúrgica.

8.2. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LESIONES DE PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA

El abordaje es integral al paciente con lesiones sea cual sea la etiología de éstas, ha de abordar 4 grandes pasos:

PASO 1: VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

La valoración integral a la persona con lesiones en la piel se realiza en torno a tres dimensiones:

- a) Estado de la persona
- b) Entorno de cuidados
- c) Estado de la lesión

A. ESTADO DE LA PERSONA:

La valoración integral se puede agilizar mediante el uso de esquemas formales de valoración a través de la historia clínica (HC) y de los exámenes físicos se obtendrá la información necesaria para

establecer un juicio sobre la situación de la persona o valoración holística de la persona.

Es necesario disponer de información relevante de la historia clínica acerca de las patologías y situaciones especiales como las siguientes:

- Diabetes: retraso en la cicatrización en personas con diabetes.
- Coagulopatías: los déficits de proteínas C y S y los trastornos de coagulación en general son claramente un obstáculo para la cicatrización.
- Deficiencia inmunitaria.
- Trastorno del tejido conectivo.
- Neuropatías: presencia de úlceras en personas con problemas neurológicos, tanto centrales como periféricos.
- Estado mental.
- Estado neurológico.
- Tratamiento farmacológico: analgesia, corticoides, citotóxicos, sedantes, algunos antisépticos.

B. ENTORNO DEL CUIDADO:

- Mantener la piel limpia y seca.
- Utilizar jabón neutro y agua tibia.
- Secar sin friccionar, prestando especial cuidado en pliegues cutáneos y zonas interdigitales.
- Aplicar cremas hidratantes.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) ya que incrementan microvascularización favoreciendo la renovación celular.
- Valorar y tratar los procesos que originan un exceso de humedad en la piel como incontinencia, sudoración profusa, exudado de heridas.
- Utilizar las barreras cutáneas para proteger la piel frente al exceso de humedad.
- No utilizar alcohol o colonias sobre la piel.
- No realizar masaje sobre prominencias óseas y zonas enrojecidas.
- Evitar el uso de rodetes (cojines de forma circular).

C. ESTADO DE LA LESIÓN:

- Los parámetros en la valoración de la lesión se consideran:
- Localización anatómica
- Tipo de herida / Etiología

- Severidad (clasificación / estadio)
- Aguda o Crónica
- Medición (largo / ancho / profundidad)
- Cavitación / Túnel / Tracto sinuoso
- Tejido y porcentaje
- Exudado (cantidad / calidad)
- Olor (posterior a la limpieza)
- Piel perilesional
- Bordes / Márgenes
- Dolor
- Colonización / Infección / Biofilm
- Progreso hacia la cicatrización

Durante el proceso de cicatrización de una herida, una vez superada la primera fase (fase inflamatoria) mediante la limpieza y desbridamiento, se debe mantener un ambiente húmedo adecuado para favorecer dicho proceso hacia la fase proliferativa (de granulación, angiogénesis y fibroplasia), fase de epitelización y remodelación.

La fase proliferativa (asimilativa o anabólica) se caracteriza por la proliferación de neovascularización (angiogénesis) a partir de vasos sanguíneos adyacentes, aumento y acumulo de fibroblastos, colágeno y elastina, finalmente se produce la reepitelización, a partir de los queratinocitos de la superficie y del borde de la herida.

Se debe realizar una valoración para determinar el estado de la piel y la categoría de las lesiones, se recomienda el uso del sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP de las LPP, registrar la valoración de la evolución incluyendo las características de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que lo sugieran. También puede utilizarse la escala PUSH para valorar la evolución y pronóstico de la lesión de la piel.

PASO 2:

ALIVIO O CONTROL DE LA CAUSA QUE PRODUCE LA LESIÓN

El cuidado y tratamiento de las personas con lesiones en la piel ha de ser dinámico e interdisciplinario, ya que la etiología de éstas condiciona las actuaciones a realizar, con el objetivo de conseguir la cicatrización en el menor tiempo posible, evitando al máximo las posibles complicaciones y mejorar la eficiencia de los tratamientos.

Los profesionales que trabajen en el cuidado de las personas con lesiones de piel relacionadas con la dependencia han de tener presente que es muy importante detectar y tratar la causa subyacente de la lesión. El abordaje sobre el factor relacionado es necesario (aunque en ocasiones no evite la lesión) ya que, si no se eliminan o minimizan los efectos del factor etiológico, difícilmente se obtendrá una buena solución y, en caso de obtenerla, en poco tiempo se producirá una recurrencia de las lesiones.

PASO 3: **CUIDADOS GENERALES**

SOPORTE NUTRICIONAL

Evaluación por el área de nutrición

Asegurar la ingesta nutricional adecuada del paciente de acuerdo con su condición.

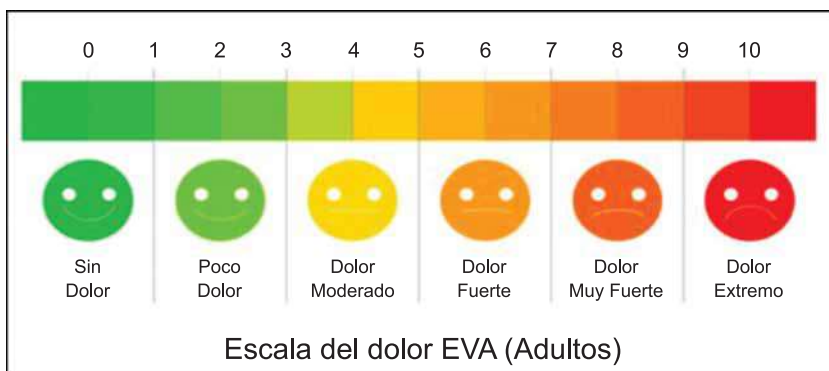
SOPORTE EMOCIONAL

El hecho de padecer una herida crónica puede influir en las actividades básicas de la vida diaria, debido a los problemas físicos, emocionales y/o socio-económicos derivados; en pacientes independientes en su autocuidado debemos implicarlos aumentando sus conocimientos sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición de lesiones e identificar los signos de alarma. En pacientes dependientes para su autocuidado será la familia y/o su entorno cuidador a quienes debemos transmitir estos conocimientos.

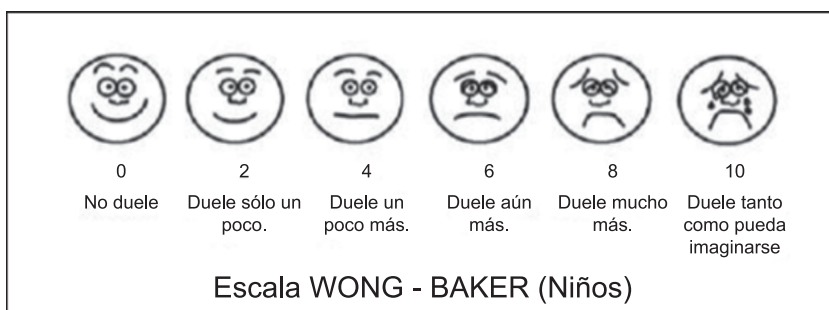
VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR:

- Para realizar una valoración del dolor debemos entender que el dolor procedente de las heridas es multidimensional y por tanto va a trascender a su calidad de vida a todas las áreas del ser humano.
- Se recomienda valorar el dolor en todas las personas con lesiones de piel relacionadas con la dependencia cuando sea posible o atendiendo al lenguaje corporal en individuos con alteración de la comunicación.
- Utilice escalas validadas, según grupo etario (EVA, Wong-Baker)
- Identifique los factores y circunstancias que aumentan o disminuyen el dolor de las lesiones de la piel.

- Compruebe el correcto cumplimiento terapéutico pautado en fármacos para el dolor.
- Evitar posturas y movimientos que incrementen el dolor. Mantener sábanas limpias y libres de arrugas. Libere la presión de la lesión, emplee elevadores o sábanas de transferencia en personas inmovilizadas.
- El dolor se minimiza manteniendo el lecho de la herida cubierta y húmeda, utilizando apósitos adecuados para disminuir las fricciones en la superficie de herida, reducir el número de cambios de apósito y minimizar el dolor y las agresiones durante el cambio de apósitos.



Fuente: <https://rfess.es/2020/10/escala-eva-valoracion-del-dolor/>



Fuente: https://wongbakerfaces.org/about-the-show/faces_spanishwe_adult-words_black-2/

Los analgésicos podrán reducir la intensidad o duración del dolor, pero únicamente un analgésico local que bloquee la región podría eliminarlo por completo. Resulta, por tanto, fundamental que los pacientes reciban apoyo mediante una combinación de técnicas las que les ayuden a superar el dolor durante los cambios de apósito.

- Manipular las heridas con suavidad, siendo consciente de que cualquier mero contacto puede producir dolor.
- Elegir un apósito que sea apropiado para el tipo de herida, que mantenga un medio ambiente húmedo a fin de poder reducir las fricciones en la superficie de la herida.

PASO 4: CUIDADOS LOCALES

La cura en ambiente húmedo (CAH) ha demostrado una mejor reparación de la integridad cutánea que el tratamiento en ambiente seco (cura con gasas) además de ser más costo - efectivos y gestionar mejor el exudado. Los apósitos son un componente fundamental en el tratamiento, la selección de los apósitos debe basarse en criterios como: tipo de tejido en el lecho ulceral, la condición de la piel perilesional y características de la persona.

Según Falanga (2002), los componentes individuales del acrónimo ofrecen unas pautas para ayudar a los profesionales de salud a desarrollar un enfoque integral mediante el cual, pueda aplicarse el conocimiento científico básico para desarrollar estrategias, que optimicen las condiciones de cicatrización de las heridas crónicas. Este concepto parte de una estrategia integral, coherente y continua del cuidado de las heridas, haciendo posible una reducción del coste económico sanitario.

Por ello debemos podemos utilizar acrónimos como ALGORITMO SOLUTION o TIMERS u otro acrónimo que se encuentre validado en la institución; se recomienda que una herida cuyo tamaño no se reduzca entre un 40% y un 50% en la cuarta semana debe derivarse a un especialista en el cuidado de heridas o a una Clínica de Heridas Complejas. Este periodo para ver la evolución antes de la derivación no va en contra de las estrategias de detección precoz de complicaciones. Si existen criterios que sugieren que el paciente está en riesgo debido a la herida, o que la

herida puede beneficiarse de un tratamiento especializado temprano, se debe activar una vía de derivación inmediata.

MEDIDAS GENERALES:

- Durante todo el proceso se deben mantener medidas de asepsia, gran número de infecciones se transmiten a través de las manos y el material utilizado en la cura por lo que es necesario el lavado de manos antes y después de la cura y el uso de material limpio (esparadrapo, malla, tijeras, guantes desechables) y estéril (pinzas, tijeras, apósitos, gasas, guantes) según necesidades.
- Los elementos sucios deben retirarse lo antes posible en los contenedores que correspondan.
- Se debe valorar la necesidad de utilizar EPPS, batas desechables, mascarillas e incluso gorro en determinadas lesiones: superficie extensa, lesión contaminada, etc.
- Se retirará el apósito con guantes desechables. Si está adherido a la lesión, se humedecerá hasta resolver el problema. Hay que tener presente que, el apósito que se adhiere es traumático y por lo tanto no es el adecuado.
- Se continuará el resto del procedimiento con guantes o equipo estériles.
- Se informará al paciente de la técnica a realizar y se le colocará en la posición más cómoda que nos permita mejor accesibilidad a la lesión.

CUIDADO LOCAL DE LAS LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA I

Aliviaremos la presión y /o fricción de la zona afectada mediante la utilización de diferentes dispositivos:

- Si existe fricción o roce:
 - Hidrocoloide extradelgado y/o apósitos de espumas multicapas con adhesivo de silicona multiperforado. El cambio se debe realizar máximo cada 7 días.

- Si es por presión:
 - Apósitos de espumas multicapas con adhesivo de silicona multiperforado. El cambio se debe realizar máximo cada 7 días.
 - Ácidos grasos hiperoxigenados.

Consideraciones:

En zonas sometidas a humedad e incontinencia se recomienda aplicar protectores cutáneos o barreras cutáneas.

CUIDADO LOCAL DE LAS LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA II, III, IV

Se basa en la preparación del lecho de la herida y comprende los siguientes aspectos:

- a) Limpieza.
- b) Desbridamiento.
- c) Manejo del exudado.
- d) Manejo de la carga bacteriana.
- e) Cuidado piel perilesional.
- f) Manejo del dolor.

A. LIMPIEZA:

- Se limpiará en cada cura y aplicará la técnica apropiada de limpieza ó esterilidad según las normas y las precauciones universales para el manejo de la herida: lavado de manos, el equipo de protección personal, eliminación del apósito y el aislamiento como se indica (Grado de recomendación C).
- Limpiar la piel situada a 10-20 cm alrededor de la herida, teniendo en cuenta la ubicación anatómica, cumpliendo con las directrices locales de limpieza de áreas «limpias» (más alejadas de la herida) y «sucias» (más cercanas a la herida o la herida misma).
- Humedecer la lesión favoreciendo la cicatrización, retirar restos adheridos y exudado disminuye las posibilidades de infección (Grado de recomendación C).

- Para limpiar la lesión hay que aplicar la presión suficiente en la irrigación, se puede utilizar una jeringa de 20cc. con una aguja de 0.9 mm. para conseguir la presión necesaria que elimine los restos de curas anteriores, exudado, detritus y bacterias, sin llegar a dañar los tejidos sanos (Grado de recomendación B).
- No utilizar antisépticos de manera rutinaria en la limpieza de lesiones crónicas. No se ha evidenciado disminución de bacterias y sí la posibilidad de afectación del tejido que está en fase de crecimiento, dermatitis de contacto y alteraciones sistémicas por absorción, no se recomienda el uso de soluciones altamente citotóxicas, como las que contienen povidona yodada y peróxido de hidrógeno.
- Como norma general limpiar las heridas con suero fisiológico o agua destilada, usar suero fisiológico a temperatura cercana a la corporal, el descenso de la temperatura durante la limpieza por debajo de 28° C altera la actividad de los leucocitos y enlentece la cicatrización (Grado de recomendación A).
- No es recomendable utilizar demasiada presión o fuerza mecánica (cepillos, gasas) ya que se podría dañar el tejido de granulación incipiente (Grado de recomendación B).
- Secado suave sin fricción, de hecho, sólo se aconseja secar zona periulceral, para evitar traumatismos por fricción. Conviene utilizar materiales de limpieza no rugosos, preferiblemente gasas y compresas sin tejér.
- En caso sea necesario, se puede hacer un arrastre de las secreciones con una gasa estéril húmeda desde el centro hacia la periferia.
- Campo y guantes estériles para cura, sobre todo en caso de desbridamiento cortante.
- Usar limpiadores seguros con agentes tensoactivos para el exudado abundante o material adherido (Grado de recomendación B).

B. DESBRIDAMIENTO

- Conjunto de mecanismos (fisiológicos o externos) dirigidos a retirar o eliminar tejidos necróticos, tejidos desvitalizado, exudados, colecciones serosas o purulentas y /o cuerpos extraños asociados, es decir todos los tejidos y materiales no viables presentes en el lecho de la lesión para evitar la proliferación bacteriana e infección, facilitar el crecimiento de células y tejido sano, asimismo permite valorar la profundidad de la lesión, control del olor de la lesión (Grado de recomendación A).
- Consideraciones antes de realizar un desbridamiento: Valorar paciente en su conjunto teniendo en cuenta su situación de salud, posibilidades de curación, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos (Grado de recomendación C).
- Valorar la vascularización del área lesional.
- Áreas anatómicas de especial atención, localizaciones como cara, manos, dedos, genitales, mamas, mucosas, tendones expuestos y capsulas articulares; asimismo localización especial de los talones.
- Al elegir un método de desbridamiento es importante que se valore los diferentes elementos como: rapidez en la eliminación de tejido desvitalizado, presencia de carga bacteriana (infección), características del tejido a desbridar, piel perilesional, profundidad, localización del tejido a desbridar, cantidad de exudado, dolor, alteraciones de la coagulación, selectividad del método de desbridamiento y coste del procedimiento.

OPCIONES DE DESBRIDAMIENTO:

Desbridamiento	Descripción
Quirúrgico	Procedimiento realizado en el quirófano, frecuentemente bajo anestesia general, regional o local, utilizando diversos instrumentos quirúrgicos para eliminar tejido.
Cortante	Se define como la eliminación de tejido desvitalizado, desvascularizado, calloso o hiperqueratósico con la ayuda de un bisturí, tijeras o una cureta por encima del nivel de tejido viable; es necesario para realizar instrumental y técnica estéril, esta técnica se combina con otros métodos como puede ser el desbridamiento enzimático o autolítico. Existen diferentes técnicas de desbridamiento cortante: - <u>Técnica Cover</u>, se empieza por los bordes del tejido necrótico, para visualizar las estructuras anatómicas subyacente y se continua separando y despegando toda la placa con bisturí o tijera, se retira en forma de tapa o cubierta; esta técnica es útil en zonas necróticas que se despegan fácilmente del lecho al que están adheridas. - <u>Técnica Slice</u>, es la más comúnmente utilizada. Se puede comenzar desde el centro o el lugar en donde se aprecia que el tejido necrótico este menos adherido al lecho; se pueden utilizar varias sesiones y el tejido se va eliminando como si fueran rebanadas. - <u>Técnica de Square</u>, en la placa necrótica se realizan diversos cortes de unos 0,5cm de espesor, en forma de rejilla, para que posteriormente se utilicen métodos enzimáticos o autolíticos. Necesita varias sesiones y se utiliza cuando se desconocen las estructuras anatómicas que nos vamos a encontrar debajo del tejido necrótico o la placa esta muy dura.
Enzimático	Es una alternativa eficaz para la eliminación de material necrótico en úlceras de diferentes etiologías, está basada en la aplicación local de enzimas proteolíticas (proteasa), exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, etc), que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando

	la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, siendo estos, unos de los principales factores que afectan negativamente el proceso de cicatrización.
Autolítico	Se produce por la conjunción de tres factores: la hidratación del lecho ulceral, la fibrinolisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Se trata de proporcionar a la lesión las condiciones óptimas de temperatura y humedad para favorecer el proceso de desbridamiento natural del organismo. Es el método más selectivo, atraumático, menos doloroso y de acción más lento, se fundamenta en los principios de CAH de mantenimiento de temperatura y humedad. En caso de precisar mayor humedad, se consigue mediante la aplicación de hidrogeles. Se puede combinar con desbridamiento cortante.
Osmótico	Se obtiene a través de un proceso de ósmosis fruto del intercambio de fluidos de distinta densidad, mediante la aplicación de diferentes productos como los apósitos de poliacrilato, productos a base de soluciones hiperosmolares, apósito de fibras hidrodetersivas de poliacrilato, hidrogeles salinos con concentraciones iónicas superiores al 12% o soluciones de Ringel Lactato con altas concentraciones de calcio y potasio.
Mecánico	Conjunto de diferentes técnicas traumáticas y no selectivas que eliminan los restos de la herida utilizando la abrasión mecánica. Existen diferentes sistemas para conseguirlo: - <u>Apósitos de húmedo a seco</u>, apósitos humedecidos generalmente en suero salino hipertónico (comúnmente gasas) que se dejan secar, adhiriéndose a los tejidos viables y no viables, induciendo la separación mecánica al retirar el apósito. - <u>Desbridamiento hidrodetersivo</u>, apósitos compuestos por fibras con capacidad de arrastre que se aplican irrigadas con soluciones de limpieza o antisépticos y requieren realizar una ligera fricción de forma circular durante 2 a 4 minutos para arrastrar los restos de tejido presentes en el lecho de la herida.

	- <u>Desbridamiento por ultrasonido</u>, aplicación directa a la base de la herida de energía de ondas acústicas desde un dispositivo, que altera el biofilm, provoca un sangrado leve para estimular el crecimiento y mejora la granulación y la perfusión local. Reducción estadísticamente significativa de la carga bacteriana en comparación con el desbridamiento quirúrgico a las 6 semanas de seguimiento.
Biológico-Terapia Larval	No es un procedimiento novedoso en la curación de heridas, es una alternativa no quirúrgica, en esta terapia se utilizan larva estériles de mosca de la especie <i>Lucilia Sericata</i> (mosca verde botella) en curas planificadas. Estas larvas producen potentes enzimas que permiten la licuación del tejido desvitalizado para su posterior ingestión y eliminación, respetando el tejido no dañado.

C. MANEJO DEL EXUDADO

El exudado está influido por un amplio espectro de factores locales y sistémicos, la valoración del mismo se realiza mediante el examen de su color, consistencia, olor y cantidad.

D. MANEJO DE LA CARGA BACTERIANA

Una de las funciones de la piel es la de actuar como barrera frente al medio exterior, una lesión rompe ese revestimiento y los tejidos expuestos al medio ambiente son propicios a la acumulación de múltiples microorganismos procedentes de la piel adyacente. Se considera contaminada cualquier lesión de más de 6 horas desde su inicio.

El aumento de la carga bacteriana (concentración de gérmenes por gramo de tejido) perjudica seriamente la cicatrización, en la mayor parte de los casos una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica.

Medidas generales para el manejo de la carga bacteriana

- Las curas se comenzarán por la menos contaminada para terminar por la más contaminada.

- Minimizar la contaminación y mejorar la curación mediante limpieza y desbridamiento efectivos para manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas. Los apósitos de hidrofibra con plata iónica hace aún más eficaz (Grado de recomendación A).
- Las lesiones sin signos aparentes de infección, pero que presenten signos como retraso en el crecimiento, aumento de exudado, del dolor, decoloración, son sugerentes de colonización crítica y deberían ser tratadas como infectadas (Grado de recomendación C) utilizando apósitos de hidrofibra con plata iónica.
- Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis, osteomielitis) deben administrarse bajo prescripción médica (Grado de recomendación A).
- Utilizar instrumentos estériles en el desbridamiento cortante (Grado de recomendación C).
- Los antisépticos no deben de utilizarse de manera rutinaria en la limpieza de lesiones (Grado de recomendación B).

Presencia de biofilm, tanto la colonización crítica como la infección local están producidas por un desequilibrio bacteriano. Las bacterias pueden estar presentes de forma libre u organizadas formando biofilm.

El Biofilm, se define como una comunidad microbiana englobadas en una matriz de exopolisacáridos, producida por las propias bacterias, y que se adhiere a la superficie de una estructura viva o inerte. Esta organización permite la supervivencia de bacterias en el lecho de la herida presentando una alta resistencia a los tratamientos convencionales, y por tanto son factores de cronicidad para ésta.

- Elegir un apósito que pueda eliminar el biofilm residual y que impida la contaminación y la recolonización y por tanto que evite la reformación del biofilm, también debería controlar el exudado eficazmente para favorecer la cicatrización, en cuyo caso el tratamiento ha de combinar varios aspectos:

Desbridamiento + apósitos locales con plata iónica (hidrofibra con plata iónica + cloruro de benzetonio + EDTA).

- Se realizará el cultivo microbiológico de una lesión si la infección persiste en el tiempo.

E. CUIDADO DE LA PIEL PERILESIONAL

La piel perilesional es aquella que rodea a la lesión, por la cercanía de esta, tiene un gran riesgo de sufrir lesiones que dependen del grado de afectación, de la localización o de la magnitud del problema del que participa.

- Las alteraciones más frecuentes de la piel perilesional son: maceración, eritema, excoriación, descamación, vesículas, edema y prurito.
- Observar la piel perilesional cada vez que se inspeccione una herida.
- Utilizar apósitos que gestionen adecuadamente el exudado, principalmente de absorción vertical, ajustando las frecuencias de las curas, en función de las características del lecho de la herida y de la piel perilesional.
- Aplicar una barrera cutánea para mantener la piel sana, evitando la maceración.

Es importante también evaluar y remodelar los bordes de la herida, retirar el tejido enroscado o enrollado, seco, calloso o hiperqueratósico, así como el tejido necrótico, para eliminar o reducir al mínimo cualquier biofilm que haya colonizado los bordes de la herida. El biofilm es más activo en los bordes de la lesión, donde estimula la senescencia celular (pérdida del poder de división y propagación de las células), evitando así el crecimiento de tejido nuevo y sano. Por lo tanto, acondicionar los bordes de la herida es una parte importante de la higiene de la herida.

CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN REUNIR LOS APÓSITOS

- Ser biocompatibles.
- Proteger la lesión de agresiones externas físicas, químicas y bacterianas (barrera frente a microorganismos).
- Mantener el lecho de la úlcera continuamente húmedo y la piel que la rodea seca.

- Controlar el exudado (absorber y retener) evitando la maceración de la piel y el agravamiento de la lesión.
- Favorecer la eliminación de tejido necrótico mediante absorción, dejando la mínima cantidad de residuos en la lesión.
- Permitir el paso de vapor de agua (evita la maceración de la piel).
- Mantener la temperatura y el pH adecuado para favorecer la cicatrización.
- Favorecer la formación de tejido cicatricial.
- Ser adaptable a localizaciones difíciles.
- Ser de fácil aplicación y retirada (sin lesionar la piel).
- Adecuada adherencia entre apósito y piel.
- Prolongada permanencia para reducir frecuencia de cambios y manipulación.

Recomendaciones

- La utilización de estos productos va a depender de las características de la lesión.
- En lesiones profundas y/o tunelizadas, se debe introducir adecuadamente el producto conveniente.
- No conviene rellenar en exceso la cavidad.
- La colocación deficiente de los apósitos de fijación (secundarios) pueden provocar alteraciones en la lesión y en su cicatrización.

FRECUENCIA EN LOS CAMBIOS DE APÓSITOS

- Va a depender de las características de la lesión y del apósito utilizado.
- Como norma general se deben cambiar lo menos posible. Esto propicia la recuperación del tejido de granulación y disminuye los costes.
- Cambiar el apósito cuando esté sucio o cuando presente filtraciones o se encuentre desprendido o aparezcan signos y síntomas de infección en la herida.
- En general se cambiarán con más frecuencia en heridas infectadas o con gran cantidad de exudado, normalmente hasta saturación del apósito. Según avance el tejido de granulación se irá distanciando los cambios. En lesiones con buena evolución y según el apósito, pueden estar hasta 7 días.

- Considerar también para el cambio de apósito la recomendación del fabricante.
- Se debe dar tiempo a que el apósito actúe, no recomendándose cambiar el tipo de cura en al menos dos semanas.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00046. Deterioro de la integridad cutánea Situación en que el paciente sufre un deterioro de la epidermis, la dermis, o de ambas.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
0840. Cambio de posición. 3500. Control de presiones. 3520. Cuidado de las úlceras por presión. 3590. Vigilancia de la piel.	1101. Integridad tisular, piel y membranas mucosas. 1908. Detección de riesgo. 1902. Control de Riesgo. 0407. Perfusión tisular: periférica

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Riesgo de que la piel se vea afectada negativamente.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
3540. Prevención de UPP.	1902. Control de Riesgo. 1908. Detección de riesgo. 1101. Integridad tisular, piel y membranas mucosas.

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00085. Deterioro de la movilidad física. Situación en que el paciente ve limitada su capacidad para mover de manera independiente e intencionada todo el cuerpo o alguna de las extremidades.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
0200. Fomento del ejercicio. 0840. Cambio postural. 1800. Ayuda para el autocuidado. 0740. Cuidados del paciente encamado.	0203. Posición corporal: autoiniciada. 0208. Movilidad. 0300. Autocuidados: actividades de la vida diaria.

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00001. Desequilibrio nutricional por defecto. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
1050. Alimentación. 1240. Ayuda para ganar peso. 1260. Manejo del peso. 1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1100. Manejo de la Nutrición.	1612. Control del peso. 1008. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 0303. Autocuidados: comer.

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00002. Desequilibrio nutricional por exceso. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
1050. Alimentación. 1280. Ayuda para disminuir de peso. 4360. Modificación de la conducta. 1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1100. Manejo de la Nutrición.	1612. Control del peso. 1008. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1802. Conocimientos: Dieta.

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00004. Riesgo de Infección. Aumento del riesgo a ser invadido por microorganismos patógenos.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
6540. Control de infecciones.	1609. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
6550. Protección contra las infecciones.	1807. Conocimiento: control de las infecciones.
6680. Monitorización de signos vitales.	0303. Autocuidados: higiene.

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00062. Riesgo de cansancio en el rol de cuidador. Situación en que el cuidador habitual de la familia tiene dificultad para seguir asumiendo su papel.	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
7040. Apoyo al Cuidador principal.	2506. Salud emocional del cuidador principal.
6610. Identificación de riesgos.	2507. Salud física del Cuidador principal.
7260. Cuidados intermitentes.	2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario.
5240. Asesoramiento.	

CÓDIGO / ETIQUETA / DEFINICIÓN	
00132. Dolor agudo / 00132 Dolor crónico. Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Asociación Internacional para el estudio del dolor); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses (dolor agudo) o mayor de 6 meses (dolor crónico).	
Intervención (NIC)	Resultados (NOC)
2210. Administración de analgésicos.	2102. Nivel del dolor.
1400. Manejo del dolor.	1605. Control del dolor.
6482. Manejo ambiental: confort.	2100. Nivel de comodidad.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Arriagada B., Araya P., Chaparro J., Gómez C., Leyton J., Molina - Chailán P., Verónica C., Rubilar M. J., Méndez P. (2022) .Documento de Consenso: Prevención de lesiones por presión en pacientes críticos adultos. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2016). Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales, ON: Registered Nurses' Association of Ontario. Tercera edición. Toronto.

Avsar P, Moore Z, Patton D. J. (2021). Apósitos para prevenir las úlceras por presión: ¿cómo funcionan? Cuidado de heridas. 30 (1): 33-39. Doi: 10.12968/jowc.2021.30.1.33. PMID: 33439083.

Cayotopa E, (2013). Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Colegio de Enfermeros. Consejo Nacional.

Centro sanitario para el Deterioro Cognitivo en Enfermedades Neurológicas. (2028). Sevilla. Recuperado: <https://www.citeasevilla.es/>

CIBLE, G. (2009). The european pressure ulcer advisory panel (epua-p)-classification system. Actualisation de la base de données BeST & Ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST, 148.

Cook L, Cutting K, Moffatt Ch, Conde E. (2019). Implementing TIMERS: The race against hard-to-heal wounds. Journal of Wound Care. Vol 28. March 2019

Cutimed (2023). ¿Qué es un desgarro cutáneo? <https://ulceras.net/articulo.php?id=188>

Dimitri B, Campbell K. E, Le Blanc K, et. al (2020). Estrategias Holísticas para Promover y Mantener la Integridad Cutánea Recomendaciones de las Mejores Prácticas. Wounds International.

Edsberg L, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. J Wound Ostomy Continence Nurs. (2016). Revised National Pressure

Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System.;43(6):585-597.

Emily, H. (2019). European pressure ulcer advisory Panel, national pressure injury advisory Panel and Pan pacific pressure injury alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Third ed.: EPUAP/ NPIAP/PPPIA.

Enfermería anual (2023). Valoración de enfermería. <https://enfermeriaactual.com/valoracion-de-enfermeria/>

Falanga, V. (2002). Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds*. 4(2):47-57.

Fumarola, S., Allaway, R., Callaghan, R., Collier, M., Downie, F., Geraghty, J., ... & Voegeli, D. (2020). Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. *Journal of wound care*, 29(Sup3c), S1-S24.

García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19(3), 136-144. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>

García-Fernández, F. P., Soldevilla Agreda, J. J., Pancorbo-Hidalgo, P. L., Verdú Soriano, J., López-Casanova, P., & Rodríguez-Palma, M. (2014). Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.

García-Pliego González A, Soro Moratalla M, Carrilero López C et al. (2015). Guía de Prevención y Manejo de Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

GNEAUPP (2021). Documento Técnico N° IX “Desbridamiento de las heridas crónicas”

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento de Posicionamiento N° 4. Identificación de los criterios de infección en heridas. En http://www.gneaupp.org/documentos/ewma/DOC_POS_4.pdf

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). (2023). Documento Técnico N° 8. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas. <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/antisepticos.pdf>

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). (2020). Lesiones Relacionadas con la Dependencia: Prevención, Clasificación y Categorización Documento Clínico.

HENAO, C. E. R., & GÓMEZ, S. R. Abordaje Integral del Paciente con Heridas. Herramienta el Pentágono más allá del triángulo de la herida.

ICICT (2015). Desarrollo de indicadores de seguridad para el seguimiento de la atención en hospitales brasileños para pacientes agudos. Gouvêa CSD. Proqualis.

Kelly-O'Flynn S, Mohamud L, Copson D. (2020). Medical adhesive-related skin Injury. Br J Nurs. 2020 Mar 26;29(6): S20-S26. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.6. S20.

Kottner J, Black J, Call E, Gefen A, Santamaria N. Clin Biomech (2018) Microclimate: una revisión crítica en el contexto de la prevención de úlceras por presión.; 59: 62–70

Lopes, C. M. D. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G. D., & Galvão, C. M. (2016). Escala de evaluación de riesgo para lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 24.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2023). Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención. Orientación Técnica Sobre

Prevención de Lesiones Por Presión. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA).

Murphy C, Atkin L, Swanson T et al. (2020). Wound Hygiene. Journal Wound Care.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia. vs. española.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016). Anuncia un cambio en la terminología de úlcera por presión a lesión por presión y actualiza la nomenclatura de las etapas del sistema de clasificación.

Ortiz, G. (2020). complicaciones cutáneas en el acceso vascular: las marsi <https://campusvygon.com/complcaciones-cutaneas-en-el-acceso-vascular-las-marsi/>

Patiño, O., Aguilar, H. y Belatti, A. (2020). Actualización en la prevención de las úlceras por presión. Rev. Argentina de Quemaduras. Vol 30 - N° 2. Argentina

Putruele, S, Quiroga C, Saenz Valiente A et al. (2022). Manual de Prevención y Tratamiento de Lesiones Por Presión. Dale la vuelta. Hospital Posadas.

Ramos, A., Ribeiro, A. S., Martín, A., Vázquez, M., Blanco, B., Corrales, J. M., ... & Dones, M. (2013). Prevalencia de úlceras por presión en un centro sociosanitario de media-larga estancia. Gerokomos, 24(1), 36-40.

Rivera, Andrea et al. (2017). Comportamiento y percepción del dolor en niños colombianos sometidos a electromiografía de superficie. Odontología Vital, n.26, pp.21-28. ISSN 1659-0775.

SALUSPLAY (2023). Herramientas para la valoración de lesiones y preparación del lecho de la herida. <https://www.salusplay.com/apuntes/heridas-cronicas-y-ulceras-por-presion/tema-4-herramientas-para-la-valoracion-de-lesiones-y-preparacion-del-lecho-de-la-herida/resumen>

Thayer, D., et al. (2015). WOCN Core Curriculum Wound Management. Chapter 17: “Top-Down” Injuries. Prevention and Management of MASD, MARSİ and Skin Tears. Pp. 290 – 301.

Torra et al, (2013) .Redefinición del concepto y el abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las LESCAH: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200008

Unión Mundial de Sociedades de Curación de Heridas (WUWHS). (2016). Documento de Consenso. Papel de los apósitos en la prevención de las úlceras por presión. Heridas Internacional.

Wounds International (2016). La función de los apósitos en la prevención de las úlceras por presión. Documento de consenso de la Unión Mundial de Sociedades de Cicatrización de Heridas (WUWHS).

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TOMA FOTOGRÁFICA DE LESIONES O ÚLCERAS			
A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN: Nombre del Paciente: Edad: DNI/Carné Extranjería: Teléfono: HC:			
B. INFORMACIÓN GENERAL: El registro fotográfico de las lesiones del paciente, tienen como objetivo valorar el estado actual de la piel y monitorear la evolución de la lesión o úlcera. La cual será curada, de acuerdo con el protocolo institucional, por un profesional de la salud calificado. Para tal efecto se tomarán fotografías durante el proceso de atención del paciente Habiendo comprendido el objetivo de la toma fotográfica de las lesiones o úlceras de la piel, doy consentimiento al presente procedimiento			
ASEGURADOR He informado sobre la naturaleza de lesión o úlcera y sus beneficios de la toma fotográfica del paciente y/o responsable	PACIENTE O RESPONSABLE He sido informado por parte del personal de salud, he comprendido el propósito y beneficio de la toma fotográfica, dando finalmente mi consentimiento LIBRE, VOLUNTARIO Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma del paciente o responsable </td> </tr> </table>		 Firma	 Firma del paciente o responsable
..... Firma	 Firma del paciente o responsable		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma del paciente o responsable </td> </tr> </table>		 Firma	 Firma del paciente o responsable
..... Firma	 Firma del paciente o responsable		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma del paciente o responsable </td> </tr> </table>		 Firma	 Firma del paciente o responsable
..... Firma	 Firma del paciente o responsable		
C. DENEGACIÓN O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO: Después de ser informado de la naturaleza, sus alternativas, riesgos y beneficios del procedimiento, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma del paciente o responsable </td> </tr> </table>		 Firma	 Firma del paciente o responsable
..... Firma	 Firma del paciente o responsable		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma del paciente o responsable </td> </tr> </table>		 Firma	 Firma del paciente o responsable
..... Firma	 Firma del paciente o responsable		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma </td> <td style="width: 50%; height: 80px; vertical-align: bottom; text-align: center;"> Firma del paciente o responsable </td> </tr> </table>		 Firma	 Firma del paciente o responsable
..... Firma	 Firma del paciente o responsable		

Fuente: Diseño utilizado en Clínica Ricardo Palma

ANEXO 2

Escala de Evaluación de Riesgos para el Desarrollo de Lesiones Procedentes del Posicionamiento Quirúrgico del Paciente (ELPO)

ITEMS	PUNTAJE	5	4	3	2	1
Tipo de posición quirúrgica		Litotómica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tiempo de cirugía		Superior a 6h	Superior a 4h hasta 6h	Superior a 2h y hasta 4h	Superior a 1h hasta 2h	Hasta 1h
Tipo de anestesia		General + Regional	General	Regional	Sedación	Local
Superficie de apoyo o soporte		Sin uso de superficie de soporte o soportes rígidos sin acolchado o pneras estrechas	Colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional) + cojinetes hechos de campos de algodón	Colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional) + cojinetes de espuma	Colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional) + cojinetes de viscoelástico	Colchón de la mesa quirúrgica de viscoelástico + cojinetes de viscoelásticos
Posición de las extremidades o miembros		Elevación de las rodillas >90° y apertura de los miembros inferiores >90° o apertura de los miembros superiores >90°	Elevación de las rodillas >90° o apertura de los miembros inferiores >90°	Elevación de las rodillas <90° y apertura de los miembros inferiores <90° o cuello sin alineación esternal	Apertura <90° de los miembros superiores	Posición anatómica
Comorbilidades		Úlcera por presión o neuropatía previamente diagnosticada o trombosis venosa profunda	Obesidad o desnutrición	Diabetes Mellitus	Enfermedad Vascular	Sin comorbilidades
Edad del paciente.		>80 años	Entre 70 y 79 años	Entre 60 y 69 años	Entre 40 y 59 años	Entre 18 y 39 años
RESULTADOS: BAJO RIESGO 7 a 19 y ALTO RIESGO 20 a 35						

Fuente: Mendonça C, Haas VJ, Spadoti RA, Gonçalves Ch, Galvão CM. Escala de evaluación de riesgo para lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Disponible en: <https://www.scielo.br/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfcC/?format=pdf&lang=es>

ANEXO 3

INDICADORES DE RESULTADO

Siguiendo las recomendaciones del GNEAUUP, para calcular la incidencia y la prevalencia es necesario:

- Que la base del cálculo sea el número de pacientes con LPP y no el número de LPP.
- Obtener la incidencia y la prevalencia utilizando como denominador el número total de pacientes que en el momento del estudio cumplen los criterios de inclusión.
- Calcular la incidencia y la prevalencia en los pacientes de riesgo utilizando como denominador el número de pacientes con un riesgo menor según la escala utilizada.
- En los centros de atención comunitaria, utilizar preferentemente como denominador la población incluida en el programa de atención domiciliaria.

¿QUÉ INFORMACIÓN SE NECESITA?	INDICADOR	¿QUÉ MEJORA PERMITE INTRODUCIR?
¿Cuántos pacientes presentan LPP en el momento del estudio? Prevalencia: porcentaje de pacientes que presentan LPP en el momento del estudio.	$\frac{\text{Nº DE PACIENTES QUE PRESENTAN LPP DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES CON RIESGO LPP}} \times 100$	Adecuación del proceso de prevención
¿Cuántos pacientes con riesgo de LPP presentan LPP? Prevalencia según el riesgo: porcentaje de pacientes de riesgo que presentan LPP en el momento del estudio.	$\frac{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES CON VALORACIÓN INICIAL DE RIESGO LPP}}{\text{Nº TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS EN EL PERIODO DE ESTUDIO}} \times 100$	Adecuación del proceso de prevención

ANEXO 4

Escala BRADEN (Adultos)

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HÚMEDA</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

Resultados	Reevaluación
Riesgo Bajo: 15 puntos o más	Cada 7 días
Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos	Cada 3 días
Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos	Diaria

Fuente: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n3/136helcos.pdf>

ANEXO 5

Escala BRADEN Q (Niños)

ESCALA BRADEN Q					PTOS
Intensidad y duración de la presión					
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil: No realiza ningún movimiento con el cuerpo o las extremidades sin ayuda.	2.- Muy limitada: Ocasionalmente realiza ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de realizar cambios frecuentes o significativos sin ayuda.	3.- Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	4.- Sin limitaciones: Realiza importantes y frecuentes cambios de posición sin ayuda.	
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1.- Encamado: Limitado/a a la cama.	2.- En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso y/o hay que ayudarle para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.	3.- Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.- Todos los pacientes jóvenes para caminar frecuentemente. Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante las horas de paseo.	
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión	1.- Completamente limitada: No responde a estímulos dolorosos (no gime, no se estremece ni se agarra) debido a un bajo nivel de conciencia o a sedación O capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2.- Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos; incapacidad para comunicar malestar, excepto gimiendo o mostrando inquietud O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	3.- Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de postura O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	4.- Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No tiene ninguna alteración sensorial que limite su capacidad de sentir o comunicar dolor o malestar.	
Tolerancia de la piel y la estructura de soporte					
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Piel constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi permanentemente debido a la transpiración, orina, drenaje, etc. La humedad es detectada cada vez que se gira o mueve al paciente.	2.- Piel muy húmeda: La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe ser cambiada al menos cada 8 horas.	3.- Piel ocasionalmente húmeda: La piel está húmeda de forma ocasional, necesitando cambio de la ropa de cama cada 12 horas.	4.- Piel raramente húmeda: La piel está casi siempre seca. Hay que cambiar los pañales de forma rutinaria; la ropa de cama sólo hay que cambiarla cada 24 horas.	
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO Fricción: ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo Cizallamiento: ocurre cuando la piel y la superficie desea adyacente rozan la una contra la otra	1.- Problema significativo: La espasticidad, contracturas, picores o agitación le llevan a un movimiento y fricción casi constantes.	2.- Problema: Requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un roce contra las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, necesitando recolocarle con la máxima ayuda.	3.- Problema potencial: Se mueve débilmente o necesita una ayuda mínima. Mientras se mueve, es posible que la piel roce de algún modo con las sábanas, la silla u otros dispositivos. La mayor parte del tiempo mantiene una posición relativamente buena en la silla o cama, aunque ocasionalmente se desliza hacia abajo.	4.- Sin problema aparente: Está poco débilmente o completamente durante un cambio de postura. Se mueve independientemente en la cama y en la silla, y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente mientras se mueve. Mantiene una buena postura en la cama o en la silla en todo momento.	
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	1.- Muy pobre: Está en ayunas; o a dieta líquida; o con sueroterapia más de 5 días O albúmina < 2.5 mg/dl O nunca come una comida completa. Raras veces come más de la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye 2 o menos raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido.	2.- Inadecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad inadecuada de calorías y minerales para su edad O albúmina < 3 mg/dl O raras veces come una comida completa y generalmente sólo come la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye sólo 3 raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	3.- Adecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad adecuada de calorías y minerales para su edad O come la mitad de la mayoría de las comidas. Como un total de 4 raciones de proteínas al día (carne, pescado, productos lácteos). Ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma un suplemento si se le ofrece.	4.- Excelente: Toma una dieta normal que le proporciona las calorías adecuadas para su edad. Por ejemplo: come/bébe la mayor parte de cada comida/toma. Nunca rechaza una comida. Normalmente come un total de 4 o más raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente come entre comidas. No necesita suplementos.	
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida: Hipotensión (TA ₀ < 50 mmHg; < 40 en recién nacidos) O el paciente no tolera fisiológicamente los cambios posturales.	2.- Comprometida: Normotenso; el pH sérico es < 7.40; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	3.- Adecuada: Normotenso; el pH de la sangre es normal; la saturación de oxígeno puede ser > 95% O la hemoglobina puede ser > 10 mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	4.- Excelente: Normotenso; la saturación de oxígeno es > 95%; hemoglobina normal; y el relleno capilar < 2 segundos.	
					TOTAL

© Quigley S & Curley M. 1996.

© Versión en castellano: Quesada C. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2009.

CON RIESGO ≤ 16 puntos

SIN RIESGO > 16 puntos

La escala de Branden Q, fue diseñada en 1985 en EE.UU., con el objetivo de uso en pacientes pediátricos, tiene garantía de validez como otras escalas conocidas. Es imprescindible utilizar las escalas en forma periódica y cada vez que exista una variación en cuanto a la salud del paciente o las condiciones de este, así como de su entorno; es decir si el paciente cambia de nivel asistencial, debe volverse a reevaluar.

Instrumento de Valoración de Riesgo de Lesión Por Presión Neonatal SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (e-NSRAS)

La escala refleja las necesidades físicas y de desarrollo del paciente neonatal y consta de seis subescalas, que fue diseñada aprobada su valides el 2011, en Valencia, con el objetivo de uso en ser utilizada en las unidades neonatales, ya sean estas de cuidados intensivos (UCIN) o en hospitalización (incubadoras, internados, sala con nido). A través de la valoración del riesgo con la escala NSRAS se llevará a cabo la distribución del material preventivo de LPP, así como el plan de cuidados del neonato, es imprescindible utilizar las escalas en forma periódica y cada vez que exista una variación en cuanto a la salud del neonato o las condiciones de este, así como de su entorno, es decir si el paciente cambia de nivel asistencial, debe volverse a reevaluar.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN
NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (e-NSRAS)

DIMENSIONES	1	2	3	4	PYE
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	May Pobre Edad gestacional < o = 28 semanas	Edad gestacional >28 semanas pero < o = 34 semanas	Edad gestacional >33semanas pero < o = 38 semanas	Edad gestacional > 38semanas hasta por término	
ESTADO MENTAL	Completamente limitado No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	Muy limitado. Solo responde a estímulos dolorosos, se estremece, aprieta los puños, se queja, aumenta la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca)	Ligeramente limitado létárgico	SIN LIMITACIONES: alerta y activo	
MOVILIDAD	NI siquiera hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin ayuda(ej. Mordiblanque como morderen)	Muy limitada: Ocasionalmente hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes de forma independiente	Ligeramente limitada: Con frecuencia hace ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades de forma independiente.	SIN LIMITACION: Con frecuencia hace cambios de posición importantes, sin ayuda(ej. Mover la cabeza)	
ACTIVIDAD	Completamente encamado: transparente	Encamado: cubierta de plástico transparente	Ligeramente Encamado: En una incubadora de doble pared	SIN LIMITACIONES: En una cuna abierta.	
NUTRICIÓN	Muy delicante: Dieta absoluta o líquidos intravenosos	Indicada: Recibe una cantidad menor de dieta líquida (preparado nutricional/ leche materna) al óptimo para el y tiene un suplemento con flúidos intravenosos	Adecuada: Nutrición por sonda que cubre las necesidades nutricionales para el crecimiento	EXCELENTE: Todas las temas de biberón/ lactancia materna cubren las necesidades nutricionales de crecimiento	
HUMEDAD	Piel constantemente húmeda: La piel está húmeda/ mojada cada vez que se mueve o gira el niño/a	Piel muy húmeda: La piel está húmeda/ mojada cada vez que se mueve o gira al niño/a	Piel ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda/ mojada, se necesita un cambio de posición cada 2-4 horas	PIEL PARALENTE: HÚMEDA, la piel está seca usualmente las veces que se mueven, se necesitan cambios cada 2-4 horas	

Escala e-NSRAS. Autor: Dr. Pablo García-Molina P. 2015. Adaptada de la original. Huffines & Logdons. 1997. Neonato CON riesgo >17 puntos. Neonato SIN Riesgo >17 puntos. Junto a la escala, se adjuntan el método para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS en una clasificación de 3 niveles

Clasificación eNSRAS		Puntuación
Neonato con riesgo ALTO de UPP		<13 puntos
Neonato con riesgo MODERADO de UPP		13 - 17 puntos
Neonato con riesgo BAJO de UPP		>17 puntos

Clasificación en tres niveles.
Autor: Dr. Pablo García-Molina y Evelyn Balaguer-López

Se terminó de imprimir en
Fotopress e.i.r.l.
Av. Andrés Aramburú 933 - San Isidro
✉ fotopresseirl@yahoo.com
☎ 01 221 5687
Noviembre 2023, Lima - Perú



Mg. Victoria Edda Cayotopa Fernández

Licenciada de Enfermería de la Universidad San Martín de Porres / Especialidad Instrumentación Quirúrgica / Maestría en Administración y Gestión de los Servicios de Salud / Estudios Doctorado en Salud Pública / Diplomado en Gestión Pública / Diplomado en Redes Integradas de Salud / Diplomado en Liderazgo de las Mujeres para la Gestión Pública / Monitor de Heridas por el Instituto Nacional de Heridas Chile / Past Jefe Departamento de Enfermería Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren / Past Supervisora Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins / Past Miembro Directivo del Consejo Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú / Presidente de la Asociación Peruana de Enfermeras en Heridas y Ostomías / Actualmente labora en la Oficina de Calidad del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.



GESTIÓN 2021-2024

“Para integrar y avanzar, vamos juntos”

**COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL**

Parque Santa Cruz 560, Jesús María

Página web: www.cep.org.pe

Todos los derechos reservados



Gentil colaboración de impresión ConvaTec Perú