



Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión.

Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002
Versión 040215

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento
Coordinación Nacional de Enfermería

2015



ELABORADO POR	Dra. Carmen Loaiza Madriz	Jefe Coordinación Nacional de Enfermería, ARSDT, DDSS.
	Dra. Jacqueline Monge Medina	Asistente Coordinación Nacional de Enfermería, ARSDT, DDSS.
	Dra. Maritza Solís Oviedo	Coordinación Nacional de Enfermería, ARSDT, DDSS.
	Dra. Marlene Álvarez Jaén	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Enfermera
	Dr. Harold A. Córdoba Segura	Hospital San Juan de Dios, Enfermero
	Dr. Alonso Moreno Ramírez	Hospital México, Enfermero
	Dra. Vanessa Sequeira Vásquez	Centro Nacional de Rehabilitación, Enfermera
	Dra. Yesenia Garita Chavarría	Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Enfermera
Dra. Susana Artiaga Acevedo	Enfermera Pensionada	
VALIDADO POR:	Dra. Yesenia Vílchez Pizarro Dr. José Pablo Bustos	Hospital Enrique Baltodano
	Dra. Virian Mejías Padilla	Hospital San Juan de Dios
	Dr. Limberg Menocal Moya Dra. Guiselle Molina Juárez Dra. Xinia Molina Juárez Dra. Mayela Monge Tenorio Dra. Georgina Domínguez	Hospital México
	Dra. Olga Gómez Alemán Dra. Marielos Salazar Dra. Jacqueline Alvarez	Hospital Monseñor Sanabria



	Dra. Karen Porras Padilla Dra. Alma Calvo Alegria	
	Dra. Montserrat Cedeño Dra. Cinthia Monge Dra. Yancy Beita	CENARE
	Dra. Beatriz Castro León Dra. Yessenia Chávez Dra. Margarita Hutchinson	Hospital Calderón Guardia
	Dra. Nelly Irías Carvajal Dra. Maritza Chevez Herra Dra. Silvia Salazar Sánchez Dra. Lidia Campos Quesada Dra. Ma. Del Rocío Hernández Arrollo	Clínica Marcial Fallas Jefe Regional D.R. Brunca Jefe Regional D.R. Central Norte
	Dra. Eva Román Zeledón Dra. Maria Lidieth Contreras Angulo Dra. Mayela Monge Hernández	Jefe Regional D.R. Huetar Atlántica Jefe Regional D.R. Pacífico Central Jefe Regional D.R. Huetar Norte
REVISADO POR:	Dr. Mario Mora Ulloa Dr. Raúl Sánchez Alfaro	Jefe ARSDT Director DDSS
APROBADO POR:	Dra. María Eugenia Villalta Bonilla	Gerente Médico
Fecha de emisión:		2015
Próxima revisión:		2020
Observaciones:	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.</p> <p>No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud</p> <p>Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ARSDT: Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento.• DDSS: Dirección Desarrollo Servicios de Salud.	



INDICE

	TEMA	PÁGINA
i	PORTADA	1
ii.	CONTRAPORTADA	2
iii.	INDICE	4
1.	INTRODUCCION	6
2.	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	7
3.	REFERENCIAS NORMATIVAS	11
4.	ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	18
5.	OBJETIVO GENERAL	18
6.	METODOLOGIA	18
7.	DESARROLLO DEL TEMA	19
7.1	MARCO DE REFERENCIA	19
7.1.1	LA PIEL	19
7.1.2	HERIDAS	23
7.1.3.	CICATRIZACIÓN	24
7.1.4	ÚLCERAS	29
7.1.5	DESBRIDAMIENTO	34
7.2	ELEMENTOS A OPERATIVIZAR	36
7.3	INTERVENCIONES Y ACCIONES	37
7.4	ACTIVIDADES PREVENTIVAS GENERALES	45
7.5	MEDIDAS GENERALES OBLIGATORIAS	46
7.6	ATENCION A USUARIOS CON RIESGO O QUE PRESENTEN UPP EN CENTROS DE SALUD	47
8.	HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD	52
8.1	ESCALA DE NORTON MODIFICADA	52
8.2	INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO VALORACION Y SEGUIMIENTO DE UPP	56
8.3	INSTRUMENTO PARA LA VALORACION Y SEGUIMIENTO DE LAS UPP	58
8.4	INFORME ANUAL DE “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN” DE USUARIOS HOSPITALIZADOS	60
8.4.1	INSTRUCTIVO PARA REALIZAR EL INFORME ANUAL DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP DE USUSARIOS HOSPITALIZADOS	60
8.4.2	INSTRUMENTO PARA REALIZAR EL INFORME ANUAL DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP DE USUARIOS HOSPITALIZADOS	63
9.	CONTACTOS PARA CONSULTAS	65
10.	ANEXOS	66
11.	BIBLIOGRAFIA	104
12.	VALIDACION	106

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 5 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

INDICE DE CUADROS

1	Referencia de las normas que se aplican en el documento	17
2	Clasificación universal de UPP según profundidad	31
3	Operacionalización de componentes teóricos definidos en el Manual Técnico de prevención y Tratamiento de UPP 2014	36
4	Prevención y control de las UPP en los centros hospitalarios.	52
5	Directrices para la puntuación numérica para la escala de Norton Modificada	53
6	Resumen de la Escala de Norton modificada	55
7	Instrumento para realizar el informe anual de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión de Usuarios Hospitalizados	63
8	Documentos anexos al Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de UPP	66
9	Diferentes dispositivos que alivian/ reducen la presión: colchones, botas protectoras, fundas tubulares	82

INDICE DE FIGURAS

1	Áreas anatómicas con mayor riesgo de desarrollar UPP	30
2	Escala del dolor	88

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 6 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

1-INTRODUCCIÓN

Históricamente las UPP han constituido un serio problema y todo un reto para el personal de salud. Estas afectan, principalmente, a personas de edad avanzada y a las que como consecuencia de enfermedades o traumas deben permanecer encamados durante períodos prolongados de tiempo.

Existen evidencias de que esta complicación es conocida desde épocas antiguas. La publicación científica más antigua sobre UPP data del año 1593 y su autor fue Fabricius Hildanus; él utilizó el término “gangrena” para referirse a las mismas.

Hasta el año 1850, muchos investigadores consideraron que las UPP eran causadas únicamente por la alta presión externa sobre la piel humana. Ya entonces, se describían los síntomas clínicos del proceso que seguían las UPP y se señalaba la importancia de la prevención. Se recomendaba el uso de la piel de cordero, colchones especiales y el cambio regular de posición de las personas encamadas.

Desde 1850 hasta la época de la I Guerra Mundial (1917) se consideró que las UPP eran el resultado indefectible en personas con lesiones del sistema nervioso y que no había prevención posible. Posteriormente, se le comenzó a prestar mayor atención a la prevención enfatizando la enorme importancia que tenía la higiene, pero, sobre todo, los cambios regulares de posición en las personas encamadas (término utilizado para la época).

También se demostró que el desarrollo de las UPP se debía al efecto combinado de factores propios del Ser Humano, tales como la presencia o ausencia de capacidad sensorial, el estado nutricional, hidratación, circulación, etc. (Factores intrínsecos), también como el calor, la temperatura de zona de la herida, incontinencia urinaria o fecal, medicamentos que ingiere, etc., (Factores extrínsecos) (Soldevilla, 2004).

En Costa Rica en el año 1999 algunos profesionales del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), entre ellos el Dr. Federico Montero Mejía y la enfermera Msc. Susana Arteaga Acevedo realizaron un taller para elaborar el diagnóstico situacional del abordaje en la prevención y el tratamiento de UPP, en los diferentes centros hospitalarios de la CCSS.

El 10 de mayo del año 2001, la Junta Directiva de la CCSS aprueba oficialmente el funcionamiento de la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. Dicha comisión estuvo integrada por los siguientes profesionales: MSc. Susana Arteaga, MSc. Amarilis Hernández, Lic. Teresa Vindas, Lic. Carmen Alvarado, Lic. Flory Fernández, Lic. Marlene Alvarez, Lic. Miriam Navarro, Lic. Beatriz Castro, Lic. Sara Badilla, Lic. Floribeth León, Lic. Silvia Umaña, Lic. Edgar Duarte, Lic. Leda Morales, Lic. María del Carmen Corella y Lic. William Mora, todos profesionales en Enfermería; y la Doctora Marta Vargas.

Gracias al valioso aporte de todos los miembros de la mencionada comisión, es que se logra en el año 2007 publicar el primer PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO O QUE PRESENTE ULCERAS POR PRESIÓN.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 7 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Preocupados por la frecuencia con que se presentaban las úlceras por presión y el incremento en los costos de hospitalización que esto conllevaba, se hicieron esfuerzos en el área de la salud para prevenir el alto impacto que tenía, por ejemplo, para el año 2012, un día de hospitalización le generaba a la Institución CCSS, un costo aproximado de 661000 colones, durante un promedio de hospitalización de 7 días, lo cual representa por persona 3.729.796 colones (datos dirección de cobros CCSS, 2013).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) las úlceras por presión son consideradas como un indicador de calidad asistencial (OMS, 2003).

Por estas razones los miembros que actualmente conforman la Comisión Nacional de UPP, se han dado la tarea de revisar y actualizar el Protocolo del 2007, con la finalidad de elaborar un manual que permita al personal de enfermería contar con una herramienta de trabajo para el abordaje de esta complicación.

Este manual se confecciona para que impacte de manera positiva, en las estrategias de prestación de servicios de salud, buscando destacar en nuestros equipos de atención:

- a. Lineamientos técnicos que permitan al personal profesional de enfermería la formulación de verdaderos planes de atención que prevengan y traten la UPP.
- b. Que la eficiencia en la atención sea mayor y que la calidad sea reconocida como una estrategia en el cuidado del paciente.
- c. Que el personal del equipo de enfermería, conozca de manera definida el lineamiento que asegura la prevención, la atención y la educación referente al tema de UPP.

2- DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

2.1 DEFINICIONES

2.1.1 Absceso. Colección purulenta cerrada bajo dermis o hipodermis. Son blandos, fluctuantes, aspecto inflamatorio con aumento de temperatura, y rubor.

2.1.2 Albothyl = (Policresuleno; gel vaginal) Antibiótico, desbridante.

2.1.3 Albúmina (lat. Albumen-inis= clara de huevo). Es una proteína hidrosoluble fijadora, acarreadora y reguladora osmótica, que se encuentra en el plasma. Reviste importancia particular en la conservación del volumen sanguíneo las paredes de los capilares son impermeables a esta proteína de modo que su presencia en el plasma crea una fuerza osmótica que mantiene el líquido en el espacio vascular.

2.1.4 Ampolla - Flictena (lat. Ámpula, vesícula pequeña). Es una vesícula de mayor tamaño lleno de líquido. Formación producida por la acumulación de un exudado seroso en el seno de una cavidad superficial formada entre la dermis y la epidermis o en el interior de ésta última.

2.1.5 Cataplasma. Masa húmeda (polvo medicamentoso) aplicada a un área de la piel para proporcionar humedad, compuesto por harina de lino o de féculas y que a menudo contiene sustancias medicinales. Se aplica sobre una zona dolorosa, nunca sobre heridas abiertas o infectadas, con el fin de calmar el dolor.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 8 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

2.1.6 Celulitis. Infección de la piel caracterizada por calor local enrojecimiento, dolor edema y en ocasiones por fiebre malestar general, escalofríos y cefaleas.

2.1.7 Colágeno (cola + gr. Gennán, producir). Proteína fibrosa, rica en aminoácidos como la glicina, la prolina, la alanina y la hidroxiprolina. Es la proteína más abundante de la dermis. El colágeno asegura la elasticidad, tonicidad y flexibilidad de la piel.

2.1.8 Costra. Capa externa y sólida formada por exudado o secreción proveniente de la lesión.

2.1.9 Dermatitis. Trastorno inflamatorio de la piel caracterizado por eritema dolor o prurito.

2.1.10 Edema (gr. Oideema, hinchazón). Aumento patológico del líquido intersticial. Produce hinchazón localizada o difusa, resultante del acumulo del componente extravascular del líquido extracelular. El edema es más pronunciado en las partes más declives y donde el tejido subcutáneo es más laxo.

2.1.11 Ejercicio activo. Movimiento repetitivo de una parte del cuerpo como resultado de la contracción y relajación voluntarias de los músculos, es decir, son efectuados por la propia persona.

2.1.12 Ejercicio pasivo. Movimiento repetitivo de una parte del organismo como resultado de una fuerza aplicada, o sea, el movimiento es realizado por otra persona.

2.1.13 Ejercicio activo asistido. Movimiento repetitivo de una parte del organismo como resultado de una contracción y relajación voluntarias y al mismo tiempo asistido de una fuerza aplicada externamente, o sea la persona externa asiste y sirve de guía para la realización del movimiento.

2.1.14 Emoliente. Sustancia que ablanda los tejidos especialmente la piel y las mucosas.

2.1.15 Endotelio. Capa de células epiteliales, escamosa que recubre cavidades de vasos sanguíneos y linfáticos, corazón y las cavidades del cuerpo. Está muy vascularizada y cicatriza rápidamente.

2.1.16 Eritema. Enrojecimiento o inflamación de la piel o las membranas mucosas como resultado de la dilatación y congestión de los capilares superficiales.

2.1.17 Erosión (lat. Erosio-onis). Ulcera superficial que sólo incluye la epidermis y cura sin formación de cicatriz. Desgaste o destrucción producida en la superficie de un cuerpo por el roce con otro.

2.1.18 Escara (gr. Eskhara). Costra dura y negruzca que se forma por la acción de un ácido, un álcali, una infección, inmovilización prolongado o por el calor. Puede infectarse con facilidad y tarda en cicatrizar.

2.1.19 Esfacelo. Tejido muerto que se desprende y elimina

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 9 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

2.1.20 Excema. Dermatitis superficial puede ser pruriginoso, eritematoso, edematoso y húmedo. Más tarde se convierte en costroso escamoso, engrasado

2.1.21 Exudado (lat. Sudare, sudor). Líquido seroso de origen inflamatorio que llena los espacios intersticiales de un tejido inflamado o que se vierte a una cavidad interna formando un derrame. Un exudado se compone de plasma, leucocitos polimorfonucleares, linfocitos, glóbulos rojos, células tisulares o productos de la degeneración de los tejidos inflamatorios o propios, que en conjunto se constituyen en pus.

2.1.22 Fibras elásticas. Estructura de tejido conjuntivo sintetizada por fibroblastos que ayudan a que la piel recupere su posición normal después de estirla.

2.1.23 Fibrina. Proteína filamentosa insoluble que proporciona su carácter semisólida al coágulo sanguíneo y está producida por la acción de la trombina sobre el fibrinógeno en el proceso de coagulación.

2.1.24 Fibroblastos. Célula mesenquimal a partir de la cual se desarrolla el tejido conectivo. Los fibroblastos se desarrollan en la parte más profunda de una herida. Comienzan a sintetizar pequeñas cantidades de colágeno, que sirven como un andamio para la migración de células y proliferación de nuevos fibroblastos.

2.1.25 Fibrinolisis. Proceso continuo de descomposición de la fibrina por la fibrinolisisina, que constituye el mecanismo normal para la eliminación de los pequeños coágulos de fibrina. Estimulado por la anoxia, las reacciones inflamatorias y otros tipos de estrés.

2.1.26 Fuerza de cizalla. Se presentan cuando el deslizamiento de las superficies próximas proporcionan un desplazamiento relativo, generalmente esto se produce cuando los pacientes se apoyan en la cama. Cuando se eleva la cabecera de la cama la fuerza de comprensión se concentra en el tejido sacro posterior y los talones.

2.1.27 Gel coloide. Transparente, tipo gelatina que suele contener solvente volátiles que evaporan con rapidez cuando se aplican a la piel.

2.1.28 Glomus. Pequeño grupo de arteriolas que se comunican directamente con las venas y poseen una inervación

2.1.29 Granulación. Proyecciones blandas, rosadas y carnosas, que se forman durante el proceso de cicatrización en las heridas que no se curan por primera intención; están constituidas por numerosos capilares rodeados de colágeno fibroso.

2.1.30 Hiperemia. Es una condición en la cual la sangre congestiona en un área particular del cuerpo por un aumento en la irrigación a un órgano o tejido. Generalmente va acompañada de aumento en la temperatura.

2.1.31 Hiperemia Blanca. Cuando se oprime la mancha roja con una espátula, el color desaparece y la piel vuelve a mostrar su color original.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 10 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

2.1.32 Hiperemia no blanqueada. La coloración roja no desaparece, aunque se oprima, debido a una inflamación aséptica del tejido circundante por acumulación de productos de desecho.

2.1.33 Hipergranulación. Crecimiento excesivo del tejido de granulación.

2.1.34 Histiocitos tisulares. Son partes del sistema fagocitario. Célula del tejido conectivo laxa que tiene actividad de fagocitosis.

2.1.35 Humectante. Sustancia que humedece. Son sustancias de aceite y agua poco después de aplicarse se evapora el agua y deja una película oclusiva de aceite residual que inhibe la evaporación posterior y permite la rehidratación gradual del estado corneo.

2.1.36 Lacerado. Tejido desgarrado (rotura)

2.1.37 Lisis. Desintegración o disolución, degradación o destrucción de las células

2.1.38 Macerado. Reblandecimiento de la piel por exposición prolongada a la humedad

2.1.39 Macrófago (macro gr. Pagos, devorador). Una gran célula que absorbe (ingiere) una vez que el sistema inmune los ha señalado para que sean destruidas. Son grandes glóbulos blancos que ingieren microbios antígenos y otras sustancias. Se adhieren a la membrana interna del endotelio por quimiotaxis, penetrando gran cantidad de ellos al lecho de la herida, para lograr la destrucción de bacterias y detritus mediante fagocitosis y proteólisis (degradación de proteínas intracelular).

2.1.40 Miofibroblasto: Los miofibroblastos representan una subpoblación de fibroblastos con un fenotipo similar al de las células del músculo liso, debido a que expresan actina de músculo liso en su citoesqueleto, aunque también como subpoblación exhiben diferencias fenotípicas entre sí en diferentes órganos, su fisiología es semejante en los diferentes tejidos y órganos en que se encuentren.

2.1.41 Necrosis. Muerte de una porción de tejido conjuntivo, enfermedad o lesión.

2.1.42 Osteomielitis. Infección local o general de huesos y médula ósea, que suele estar causada por bacterias introducidas por traumatismo o cirugía, por extensión directa de una infección próxima o transmitidas por vía hemática.

2.1.43 Perfusión. Paso de un líquido a través de un órgano o área determinada del cuerpo.

2.1.44 Pústula. Una ampolla que contiene pus (acumulación de glóbulos blancos)

2.1.45 Queloide. Crecimiento exagerado de tejido en la separación de una herida debido a la acumulación de colágeno.

2.1.46 Turgencia. Elasticidad de la piel debido a la presión celular y del líquido intersticial. La turgencia cutánea es un signo comúnmente utilizado por los profesionales de la salud para evaluar el grado de hidratación de la piel.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 11 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

2.2 ABREVIATURAS

- 2.2.1 CAIS:** Centros de atención integral en salud.
2.2.2 CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social
2.2.3 CC: centímetros cúbicos
2.2.4 CNPTUPP: Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de úlceras por presión.
2.2.5 CM: centímetros
2.2.6 EBAIS: Equipos básicos de atención integral en salud.
2.2.7 MMHG: milímetros de mercurio
2.2.8 PRN: Por razón necesaria.
2.2.9 TAM: técnica aséptica médica
2.2.10 UPP: úlcera por presión
2.2.11 VAC: Cicatrización asistida por vacío.

3- REFERENCIAS NORMATIVAS

El presente Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión, es una respuesta a la necesidad que experimenta la atención especializada de Enfermería, en los procesos de prevención y tratamiento de las UPP, fundamentado en la siguiente base legal.

3.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA.

3.1.1 TITULO I. Capítulo Único. Artículo 11.- Los funcionarios públicos son simples depositarios de la autoridad. Están obligados a cumplir los deberes que la ley les impone y no pueden arrogarse facultades no concedidas en ella. Deben prestar juramento de observar y cumplir esta Constitución y las leyes.

La acción para exigirles la responsabilidad penal por sus actos es pública. La Administración Pública en sentido amplio, estará sometida a un procedimiento de evaluación de resultados y rendición de cuentas, con la consecuente responsabilidad personal para los funcionarios en el cumplimiento de sus deberes. La ley señalará los medios para que este control de resultados y rendición de cuentas opere como un sistema que cubra todas las instituciones públicas. **REFORMADO POR LEY N° 8003 DEL 8 JUNIO DEL 2000 GACETA N° 126 DEL 30 DE JUNIO DEL 2000.**

3.1.2 TITULO V. DERECHOS Y GARANTIAS SOCIALES. Capítulo Único. Artículo 50.- El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza.

Toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado. Por ello, está legitimada para denunciar los actos que infrinjan ese derecho y para reclamar la reparación del daño causado.

El Estado garantizará, defenderá y preservará ese derecho. La ley determinará las responsabilidades y las sanciones correspondientes. Así reformado por Ley N° 7412 publicado en La Gaceta N° 111 del 10 de junio de 1994.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 12 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

3.2 LEY GENERAL DE SALUD N^o 5395

3.2.1 Disposiciones Generales. ARTÍCULO 1.- La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. **ARTÍCULO 3.-** Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad.

3.2.2 LIBRO I. De los derechos y deberes de los individuos concernientes a su salud personal y de las restricciones a que quedan sujetas todas las personas en consideración a la salud de terceros y de la conservación y mejoramiento del medio ambiente. TÍTULO I. Derechos y deberes concernientes a la salud personal. ARTÍCULO 9.- Toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes.

3.2.3 CAPITULO I. De los derechos y deberes relativos a la promoción y conservación de la salud personal y familiar. ARTÍCULO 10.- Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

3.2.4 CAPÍTULO II. De los derechos y deberes relativos a la recuperación de la salud personal

ARTÍCULO 20.- Las personas deben proveer al restablecimiento de su salud y la de los dependientes de su núcleo familiar y tienen derecho a recurrir a los servicios de salud estatales; para ello contribuir económicamente, en la forma fijada por las leyes y los reglamentos pertinentes. **(Así reformado por el artículo 74 de la Ley No. 7600 del 2 de mayo de 1996).** **ARTÍCULO 21.-** Podrán también conforme a disposiciones legales y reglamentarias recibir medicamentos, alimentos de uso terapéutico, elementos de uso médico y otros medios que fueren indispensables para el tratamiento de su enfermedad y para su rehabilitación personal o para las personas de su dependencia.

3.2.5 TÍTULO II. De los deberes y restricciones a que quedan sujetas las personas en consideración a la salud de terceros. CAPÍTULO I. Disposiciones Preliminares. ARTÍCULO 37.- Ninguna persona podrá actuar o ayudar en actos que signifiquen peligro, menoscabo o daño para la salud de terceros o de la población y deberá evitar toda omisión en tomar medidas o precauciones en favor de la salud de terceros.

3.2.6 TÍTULO III. De los deberes de las personas para la conservación y acondicionamiento del ambiente y de las restricciones a que quedan sujetas en sus actividades en beneficio de su preservación. CAPÍTULO IV. De los deberes y restricciones a que quedan sujetas las personas para evitar la contaminación del ambiente. ARTÍCULO 293. Toda persona natural o jurídica queda obligada a emplear el máximo de su diligencia en el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias o de los pedidos especiales que ordene la autoridad

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 13 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

competente, a fin de evitar o controlar la contaminación atmosférica y del ambiente de los lugares destinados a la vivienda, trabajo o recreación.¹

3.3 DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS. LEY N° 8239. ARTÍCULO 2.- Derechos. Las personas usuarios de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a. Recibir sin distinción alguna un trato digno de respeto, consideración y amabilidad.
- b. Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- c. Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos. **ARTÍCULO 4. Deberes.** Las personas usuarias de los servicios de salud tienen los siguientes deberes: Proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud.²

3.4 LEY GENERAL DE CONTROL INTERNO N° 8292.

3.4.1 CAPÍTULO III. LA ADMINISTRACIÓN ACTIVA. SECCIÓN I. DEBERES DEL JERARCA Y LOS TITULARES SUBORDINADOS. ARTÍCULO 14.- Valoración del riesgo.

En relación con la valoración del riesgo, serán deberes del jerarca y los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

- a) Identificar y analizar los riesgos relevantes asociados al logro de los objetivos y las metas institucionales, definidos tanto en los planes anuales operativos como en los planes de mediano y de largo plazos.
- b) Analizar el efecto posible de los riesgos identificados, su importancia y la probabilidad de que ocurran, y decidir las acciones que se tomarán para administrarlos.
- c) Adoptar las medidas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema de valoración del riesgo y para ubicarse por lo menos en un nivel de riesgo organizacional aceptable.
- d) Establecer los mecanismos operativos que minimicen el riesgo en las acciones por ejecutar.

ARTÍCULO 15.- Actividades de control. Respecto de las actividades de control, serán deberes del jerarca y de los titulares subordinados, entre otros, los siguientes:

- a) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente, las políticas, las normas y los procedimientos de control que garanticen el cumplimiento del sistema de control interno institucional y la prevención de todo aspecto que conlleve a desviar los objetivos y las metas trazados por la institución en el desempeño de sus funciones.
- b) Documentar, mantener actualizados y divulgar internamente tanto las políticas como los procedimientos que definan claramente, entre otros asuntos, los siguientes:
 - i. La autoridad y responsabilidad de los funcionarios encargados de autorizar y aprobar las operaciones de la institución.
 - ii. La protección y conservación de todos los activos institucionales.
 - iii. El diseño y uso de documentos y registros que coadyuven en la anotación adecuada de las transacciones y los hechos significativos que se realicen en la institución. Los documentos y registros deberán ser administrados y mantenidos apropiadamente.

¹ Ley General de Salud N° 5395. Publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 222 del 24 de noviembre de 1973. Pág. 1, 2, 4, 6 y 47. San José. Costa Rica.

² Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados. Ley N° 8239. Publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 75 del 19 de abril de 2002. Pág. 1 y 2. San José. Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 14 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- iv. La conciliación periódica de registros, para verificar su exactitud y determinar y enmendar errores u omisiones que puedan haberse cometido.
- v. Los controles generales comunes a todos los sistemas de información computarizados y los controles de aplicación específicos para el procesamiento de datos con software de aplicación.³

3.5 LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. LEY 7600. ARTÍCULO 32. Procedimientos de Coordinación y Supervisión.

La caja Costarricense de Seguro Social establecerá los procedimientos de coordinación y supervisión para los centros de salud públicos que brinden servicios especializados de rehabilitación, con el fin de facilitar el establecimiento de políticas congruentes con las necesidades reales de la población. **ARTÍCULO 34. Disponibilidad de los Servicios.** Las Instituciones públicas de salud responsables de suministrar servicios de rehabilitación, deberán garantizar que los servicios a su cargo estén disponibles en forma oportuna, en todos los niveles de atención, inclusive la provisión de servicios de apoyo y las ayudas técnicas que los usuarios requieren. **ARTÍCULO 39. Normas específicas.** Los centros de salud o servicios en los cuales se brinda atención de rehabilitación, deberán establecer para los usuarios y sus familias, normas específicas para promover y facilitar el proceso de rehabilitación. **ARTÍCULO 40. Medidas de seguridad, comodidad y privacidad.** Con el fin de no lesionar la dignidad y facilitar el logro de los objetivos establecidos, los servicios de rehabilitación deberán garantizar que sus instalaciones cuentan con las medidas de seguridad, comodidad y privacidad que los usuarios requieren.⁴

3.6 LEY INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR Y SU REGLAMENTO. LEY 7935. TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES. CAPÍTULO I. ARTÍCULO 1. Objetivos.

Los objetivos de la presente ley serán:

- a) Garantizar a las personas adultas mayores, igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.

TÍTULO II DERECHOS Y BENEFICIOS. CAPÍTULO II DERECHOS. ARTÍCULO 3. Derechos para mejorar la calidad de vida. Toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan:

- f) La atención hospitalaria inmediata, de emergencia, preventiva, clínica y de rehabilitación.

TÍTULO III. DEBERES DE LA SOCIEDAD. CAPÍTULO II SALUD. ARTÍCULO 17. Deberes Estatales. Para brindar servicios a favor de las personas adultas mayores, corresponderá al Estado, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar:

- a) La atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluyan como mínimo Odontología, Oftalmología, Audiología, Geriatria y Nutrición, para fomentar entre las personas adultas mayores estilos de vida saludables y autocuidado.
- b) La permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario, mediante la capacitación en todos los niveles.

³ Ley General de Control Interno N° 8292. Publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 169 del 04 de setiembre del 2002. Pág. 11 a la 13. San José. Costa Rica.

⁴ Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Ley N° 7600. Publicada en el Diario Oficial La Gaceta N° 112 del 29 de mayo de 1996. Pág. 9 y 10. San José. Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 15 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- c) Las medidas de apoyo para las personas adultas mayores con dependencia funcional, sus familiares y los voluntarios que las atienden.
- d) La creación de servicios de Geriatría en todos los hospitales generales nacionales públicos, así como la atención de geriatría en los hospitales regionales y las clínicas III y IV. Estos centros médicos deberán contar con personal especializado en la rama, recursos adecuados, físicos, humanos y financieros para garantizar una atención adecuada al usuario y deberán ser asesorados por el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes.

3.7 LEY GENERAL DE LA PERSONA JOVEN. LEY 8261. TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES. CAPÍTULO II DERECHOS. ARTÍCULO 4. Derechos de las personas jóvenes. La persona joven será sujeto de derechos; gozará de todos los inherentes a la persona humana garantizados en la Constitución Política de Costa Rica, en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos o en la legislación especial sobre el tema. Además, tendrá los siguientes:

- e) El derecho a la salud, la prevención y el acceso a servicios de salud que garanticen una vida sana.
- CAPÍTULO III. DEBERES DEL ESTADO. ARTÍCULO 6. Deberes del Estado.** Los deberes del Estado costarricense con las personas jóvenes, serán los siguientes: **Salud:**

- a) Brindar atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención tratamiento y rehabilitación que incluyan, como mínimo, fármacodependencia, nutrición y psicología.⁵

3.8 REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD. CAPÍTULO 1. PRINCIPIOS GENERALES Y CAMPO DE APLICACIÓN. ARTÍCULO 1. De la Universalidad del Seguro de Salud. De conformidad con lo que ordena el artículo 177 de la Constitución Política, el Seguro de Salud es universal y cubre a todos los habitantes del país, con sujeción a las disposiciones de este Reglamento y los que específicamente dictare en el futuro la Junta Directiva. La afiliación de quienes califiquen para ser asegurados voluntarios, se fomenta para lograr la concreción del principio de universalidad.

CAPÍTULO 3. COBERTURA Y PRESTACIONES. ARTÍCULO 17. De la Atención Integral a la Salud. La atención integral a la Salud comprende:

- a) Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- b) Asistencia médica especializada y quirúrgica.
- c) Asistencia ambulatoria y hospitalaria.
- d) Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos.
- e) Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete.
- f) Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
- g) Asistencia social, individual y familiar.

CAPÍTULO 6. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS (AS). ARTÍCULO 75. De los derechos de los asegurados. Los asegurados tienen derecho a:

- a) Ser atendidos en forma oportuna, dentro de las posibilidades de la Institución, con el máximo de respeto, sin discriminación alguna, bajo una relación que destaque su condición de ser humano.

ARTÍCULO 78. De las Obligaciones y responsabilidades de los asegurados. Los asegurados, independientemente de su condición, tendrán las siguientes responsabilidades y obligaciones:

⁵ Ley General de la Persona Joven. Ley N° 8261. Publicada en el Diario Oficial la Gaceta N° 95 del 20 de mayo de 2002. Pág. 3, 6 y 8. San José. Costa Rica

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 16 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- b) Conducirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios que le presten servicios como en relación con los otros pacientes y sus acompañantes.⁶

3.9 REGLAMENTO A LA LEY ORGÁNICA DEL COLEGIO DE ENFERMERAS DE COSTA RICA. DECRETO EJECUTIVO N° 33368-S. CAPÍTULO III. DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA. ARTÍCULO 9. Obligaciones de los Profesionales de Enfermería. Ningún Profesional de Enfermería puede alegar desconocimiento de sus obligaciones. Todo Profesional de Enfermería está obligado a conocer sus deberes y responsabilidades, tanto en su desempeño habitual como en situaciones de emergencia. Todos tienen la obligación de mantener al día sus conocimientos, y de observar tanto dentro como fuera de su ejercicio profesional, una conducta acorde con el honor, la dignidad de la profesión y otras normas y principios contenidos en el Código de Ética y Moral profesional. **ARTÍCULO 11. Anotaciones de Enfermería en el Expediente.** Todo Profesional de Enfermería dejará constancia en el Expediente Clínico de aquella información relevante para la persona sujeta de atención, los demás profesionales que intervienen en la atención y para salvar posibles responsabilidades.

En caso de emergencia, las personas profesionales de Enfermería deberán registrar las indicaciones verbales o que por cualquier otro medio haya recibido, una vez realizada la acción, anotando hora, fecha y persona que brinda la indicación, de ser posible procurará testigos. Corresponde a los Profesionales de Enfermería supervisar las anotaciones que el personal Auxiliar realiza en el Expediente.⁷

3.10 REGLAMENTO DEL EXPEDIENTE DE SALUD DE LA C.C.S.S. CAPÍTULO IV. UTILIZACIÓN DEL EXPEDIENTE. ARTÍCULO 32. Anotaciones en el expediente. Todo miembro del equipo de salud, con autorización expresa de la Dirección Médica respectiva para registrar información en el expediente esta en la obligación de hacerlo en los formularios oficiales, los cuales deberá identificar con el nombre y dos apellidos del paciente y el número correcto de identificación. Las anotaciones deben hacerse con tinta en forma legible y en estricto orden cronológico, con la fecha y hora de anotación. Las anotaciones deben quedar suscritas por el responsable con indicación del nombre, la firma y el código, si loo tuviera. En todo caso, no deberá quedar espacio entre anotaciones ni entre éstas y la firma del responsable evitando así la alteración posterior. Queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención del paciente o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.⁸

⁶ Reglamento del Seguro de Salud, Aprobado por Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Artículo 36 de la Sesión N° 8061 celebrada el 30 de mayo 2006. Pág. 01, 04, 05, 10,32 a la 36. San José. Costa Rica.

⁷ Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Decreto Ejecutivo N° 33368-S. Aprobado el 09 de mayo del 2006. Pág. 23 y 24. San José. Costa Rica.

⁸ Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS. Aprobado por Junta Directiva de la CCSS. Artículo 12 de la sesión N° 7364, celebrada el 31 de agosto de 1999. Pág. 7. San José. Costa Rica.



Cuadro 1. Referencia de las normas que se aplican en el documento.

<i>Número</i>	<i>Nombre de la normativa</i>	<i>Año</i>
Art.1 y 3. Título I art. 9 Cap I art. 10- Cap II art. 20 y 21 – Título II cap I art 37- Título III cap IV art 293	Ley General de Salud No. 5395	1973
Art. 2 y 4	Derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados. Ley 8239	2002
Cap. III art 14 y 15	Ley General de Control Interno No. 8292	2002
Art 32, 34, 39 y 40	Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Ley 7600	1996
Título I cap. II art 4 Cap III art 6	Ley General de la persona Joven. Ley 8261	2002
Título II Cap I art 3 Título III Cap II art 17 y 18	Ley integral para la persona adulta mayor. Ley 7935	2002
Cap I art 1 Cap 3 art 17 Cap 6 art 75	Reglamento del Seguro de Salud	2006
Cap III Art 9 y 11	Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Decreto Ejecutivo no. 33368-s	2006
Cap IV art 32	Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS	1999

Fuente: Referencias Normativas, capítulo 4. Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de UPP, págs. 11-17.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 18 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

4- ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

El presente manual está dirigido al personal de enfermería (profesional y auxiliar), en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Permitirá asesorar y direccionar las acciones del personal de salud en forma oportuna, accesible, segura y en tiempo real, promoviéndose así una estructura que pueda impactar positivamente en la prestación de servicios.

5- OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Proporcionar al personal de Enfermería de la Caja Costarricense del Seguro Social un Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión.

5.2 ESPECIFICOS

1. Ofrecer una herramienta que dirija las acciones de los cuidados de enfermería en la prevención y manejo de las úlceras por presión.
2. Unificar criterios en el registro y control de úlceras por presión, como parte de los indicadores de calidad de la atención de enfermería.
3. Ofrecer una herramienta que sirva para la capacitación del personal de enfermería y que apoye las actividades de educación dirigidas a estudiantes de enfermería, personas afectadas, familias y/o cuidadores en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

6- METODOLOGÍA

Se realizó revisión bibliográfica de libros, publicaciones, estudios randomizados y guías clínicas de otros países, además del aporte brindado por la experiencia de los integrantes actuales de la comisión, para la actualización del protocolo del año 2007.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 19 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

7- DESARROLLO DEL TEMA

7.1 MARCO REFERENCIA

7.1.1 LA PIEL:

Según Domonkos (1984), la piel se define como “una estructura indispensable para la vida humana, uno de los órganos más extensos del cuerpo”⁹, ya que representa aproximadamente el 15% del peso corporal, cubre cerca de 2.5 metros en el adulto promedio y posee una extraordinaria capacidad para renovarse a sí misma. Nos relaciona y al mismo tiempo nos protege del medio externo.

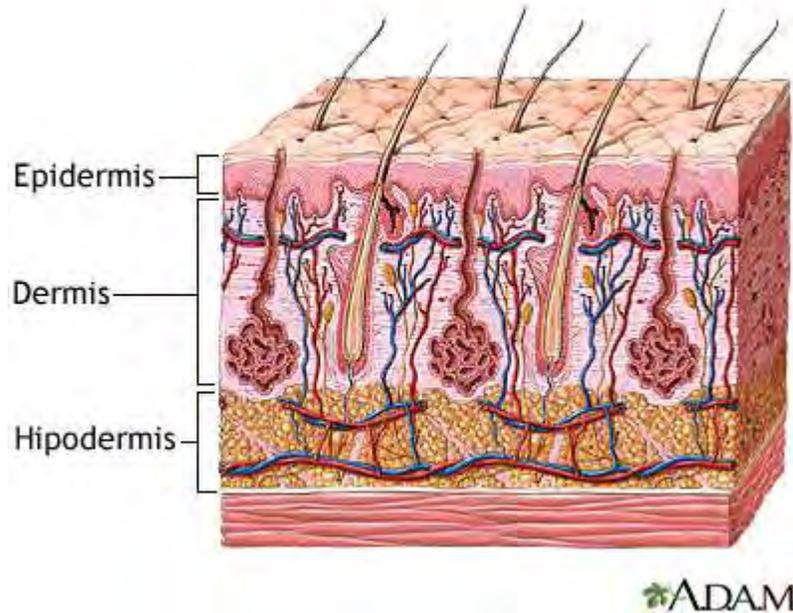
Desarrolla funciones de gran importancia tales como:

- Interfase: entre el cuerpo y el ambiente
- Recepción sensorial por medio del tacto: frío, calor, dolor, placer, entre otros.
- Regula el equilibrio hidroelectrolítico (ayuda a la excreción, al mismo tiempo que previene la pérdida excesiva de fluidos corporales)
- Colabora en las reacciones metabólicas y de tipo inmunológico:
- Ayuda a enfriar el organismo cuando la temperatura ambiente se eleva. Irradiando calor por medio del aumento del flujo sanguíneo en su superficie y potenciando la evaporación del sudor. Cuando la temperatura disminuye los vasos sanguíneos se contraen y la producción de sudor se frena.
- Con la luz solar, ayuda a la producción de vitamina D.

⁹ Domonkos, A. N. (1984). Tratado de dermatología de Andrews. Científico técnico, Habana



7.1.1.1 Estructuras que componen la piel.



Fuente: <https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images>

7.1.1.1.1 Epidermis

Es la capa más externa de la piel en contacto con el ambiente, y está constituida por tejido de protección que se caracteriza por su gran estabilidad estructural y resistencia química. Se extiende por todo el cuerpo con una cubierta aproximadamente 0.1 milímetro de espesor.

Está compuesta por células epiteliales, entre las cuales se encuentran células pigmentarias y terminaciones nerviosas. No contiene capilares y recibe sus aportes nutritivos por difusión a partir de la dermis.

La epidermis se renueva cada 28 días y está dividida en cinco capas celulares que de adentro hacia afuera se denominan:

- Estrato basal: capa más profunda se fija en las capas más superficiales de los tejidos subyacentes y da lugar a la formación de nuevas células que van sustituyendo a las que se pierden por abrasión en la capa más externa. Las células de cada una de las capas van emigrando a la superficie a la vez que maduran.
- Estrato espinoso. Formado por células poligonales que se aplanan a medida que se aproximan a la superficie. Están conectados entre sí por numerosos puentes intercelulares denominados “espinas”.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 21 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Estrato Granuloso: son células aplanadas algo mayores que las células espinosas. En el citoplasma de éstas células se encuentran las queratohialina.
- Estrato Lúcido (palmas de las manos y plantas de los pies): Se sitúan encima del estrato granuloso y por debajo de la capa córnea. Formado por una sola capa de células desprovistas de núcleo.
- Estrato Córneo: compuesta por placas escamosas de células muertas que contienen queratina, proteína fibrosa soluble que forma la barrera más externa del tejido.

Elementos celulares de la epidermis:

7.1.1.1.1 Queratinocitos:

La mayoría situada en el estrato basal, constituye el 80% de la epidermis, producen gran cantidad de sustancias, de la que se destacan las queratinosomas, la queratina está formada por restos de células muertas y protege la piel de sustancias nocivas y la queratohialina presente en el estrato granuloso.

7.1.1.1.2 Melanocitos

Ubicados en la capa o estrato basal; producen melanina, célula responsable del color de la piel que brinda protección contra las radiaciones ultravioleta.

Los llamados apéndices epidérmicos están representados por: el pelo, las glándulas apocrinas, exocrinas y sebáceas, las terminaciones nerviosas y las uñas.

7.1.1.1.2 Dermis o Corión

Es una gruesa capa de tejido conectivo denso que se extiende desde la epidermis hasta el tejido adiposo; da soporte y nutrición a la epidermis. Contiene vasos sanguíneos que proporcionan nutrientes y calor, nervios, glándulas sebáceas, folículos, cabello, glándulas sudoríparas. Compuestas de colágeno y fibra elástica que dan a la piel una fuerza mecánica; el colágeno es la proteína que da la fuerza y ayuda al estiramiento de la piel (Rook, 1986).

La Dermis está formada de:

- Sustancia fundamental producida por los fibroblastos, constituida por proteínas, glucosa, electrolitos y agua.
 - Colágeno: mantiene el tono cutáneo.
 - Elastina: determinan la extensibilidad cutánea
 - Reticulares: en forma de malla se disponen alrededor de anexos y vasos
- Fibra conjuntiva o tejido conectivo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 22 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Los elementos celulares de la Dermis son:

- Fibroblastos (componente celular para la reparación de heridas; producen colágeno)
- Histiocitos (células depuradoras anormales, a menudo causan la formación de cicatrices)
- Mastocitos (células productoras de histamina, que participan en las reacciones inmunes)

7.1.1.1.3 Hipodermis o Tejido Subcutáneo

Está compuesta por tejido conectivo laxo, fibras colágenas y los mismos elementos celulares descritos en la dermis, pero con una gran proporción de tejido adiposo (grasa)

Provee aislamiento térmico y amortiguamiento o absorción de golpes, cizallamiento y fricción; facilita la elasticidad de la piel.

7.1.1.1.3.1 Vascularización de la piel

Los vasos sanguíneos irrigan el tejido adiposo subcutáneo y la dermis por medio de tres plexos, formando una red profunda, estrechamente relacionada. Del plexo cutáneo, el más profundo ascienden vasos hacia la dermis superficial en la que se encuentran el plexo sub.-papilar; esta red de vasos profunda irrigan los lóbulos adiposos, glándulas sudoríparas, algunas glándulas sebáceas profundas y los bulbos de los folículos pilosos, un asa capilar asciende en la papila dérmica del pelo. Los vasos del plexo superficial irrigan las porciones más superficiales de los anexos cutáneos.

En ciertas regiones, como en la punta de los dedos de las manos y los pies, existen comunicaciones arteriovenosas (glomus) que regulan la temperatura derivando la sangre del lecho capilar periférico, donde se produce la pérdida de calor por radiación y por convección.

El estado de lecho vascular, así como la oxigenación de la hemoglobina, que contiene, es factor importante en la determinación del color de la piel.

La dermis también posee un sistema de colectores linfáticos que drenan en los ganglios regionales correspondientes.

7.1.1.1.3.2 Innervación de la piel

A la piel llegan alrededor de un millón de fibras nerviosas mielínicas siguiendo, en general, el trayecto de los vasos y conforme alcanzan la dermis superficial y límites con la epidermis se tornan amielínicas. Las sensaciones se perciben a través de receptores libres y corpusculares.

Además de las fibras sensitivas a la piel, llegan fibras motoras eferentes del sistema nervioso autónomo que activan los músculos lisos y paredes arteriolares y células mioepiteliales de las glándulas exocrinas y apocrinas.

Los glomus y glándulas sudoríparas exocrinas, están, además, inervados por fibras colinérgicas parasimpáticas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 23 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

7.1.2 HERIDAS

7.1.2.1 Definición: Una herida es toda lesión traumática de la piel.

7.1.2.2 Tipos de heridas

7.1.2.2.1 Heridas agudas: Pueden o no tener síntomas y signos severos, con o sin pérdida del tejido. Ejemplo: incisión quirúrgica.

Usualmente se cierran con suturas, grapas o cintas adhesivas. El cierre es por primera intención generalmente, excepto cuando se observa contaminación importante por períodos de seis horas (ambiente) o existe laceración extensa, en especial por mordedura humana o animal.

7.1.2.2.2 Heridas crónicas- abiertas: Son lesiones de varias semanas o meses de evolución. Tienen pérdida de tejido de dimensiones variadas (en ancho, largo y profundidad). Por ejemplo úlceras por presión, úlceras vasculares (venas, arterias) y heridas por quemaduras, pie diabético, cáncer y otros.

Las podemos clasificar de la siguiente forma:

A. Según aspecto de la herida.

1. Contusa: sin bordes netos.
2. Cortante: con bordes netos.
3. Contuso cortantes.
4. Punzante: arma blanca.
5. Atrición: aplastamiento de un segmento corporal, habitualmente una extremidad.
6. Avulsión, arrancamiento o amputación: extirpación de un segmento corporal como es el caso de la pérdida de una falange.
7. A colgajo: tangencial a piel y unida a ésta sólo por su base.
8. Abrasiva o erosiva: múltiples áreas sin epidermis, pero con conservación del resto de las capas de la piel.
9. Quemadura.

B. Según mecanismo de acción.

1. Por arma blanca.
2. Por arma de fuego.
3. Por objeto contuso.
4. Por mordedura de animal.
5. Por agente químico.
6. Por agente térmico.

C. Según si compromete otras estructuras no cutánea

1. Simples (sólo piel).
2. Complicadas (complejas): compromiso de vasos, nervios, cartílagos y/o músculos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 24 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

D. Según pérdida de sustancia.

1. Sin pérdida de sustancia.
2. Con pérdida de sustancia.

E. Según si penetra en alguna cavidad o compartimiento.

1. No penetrante.
2. Penetrante: cervical, torácica, abdominal, etc.

F. Según grado de contaminación

1. Limpias: menos de 6 h de evolución, con mínimo daño tisular y no penetrantes.
2. Sucias: más de 6 h de evolución, penetrantes o con mayor daño tisular.

G. Crónicas

En el caso de las heridas crónicas pueden clasificarse según su profundidad y compromiso de estructuras óseas y músculo aponeuróticas.

7.1.3 CICATRIZACIÓN

8.1.3.1 Definición: Es un proceso de reparación compleja de todas las heridas, que persigue la restitución y curación del tejido lesionado hasta conseguir que funcione normalmente (Hartman, 1999).

Muchos tipos de células están involucradas en el proceso de cicatrización tales como:

- **Plaquetas:** el menor de los elementos que forman la sangre, no contienen hemoglobina y es esencial para la coagulación de la sangre.
- **Macrófagos:** Son grandes células que absorben, ingieren microbios una vez que el sistema inmune los ha señalado para que sean destruidos.
- **Fibroblastos:** Son las células más numerosas, sintetizan la mayor parte del tejido conjuntivo. Suelen estar adheridas a las fibras (colágeno y elastina) que ellos mismos depositan, también se llaman células reticulares. Son activas en la reparación de heridas, se multiplican y depositan una matriz fibrosa que será invadida por numerosos vasos sanguíneos (tejido de granulación).

Las plaquetas son los primeros componentes celulares que invaden el sitio de la lesión e inician el proceso de cicatrización. Por medio de la liberación de factores de crecimiento. Estos regulan la ordenada migración proliferación de las células así como la síntesis y degradación de las proteínas de la matriz extracelular.

La matriz extracelular por su parte afecta los eventos celulares que modulan la respuesta celulares a los factores de crecimiento; se clasifican como citoquinas, las cuales son proteínas que actúan como señales intercelulares que permiten a las células “comunicarse” unas con otras.

Los factores de crecimiento son una subclase de citoquinas que específicamente, estimulan la migración y la proliferación de células y la síntesis de nuevos tejidos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 25 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

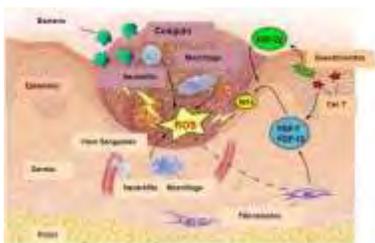
7.1.3.2 Fase de cicatrización

El proceso se divide en tres grandes fases: cicatrización, epitelización y maduración.

7.1.3.2.1 Cicatrización

Comprende los siguientes estados:

a) **Inflamación:** Cuando ocurre la lesión tisular inicialmente se produce una ruptura de los vasos sanguíneos que causa el sangrado de estos en el lugar de la lesión e inmediatamente entran en acción los mecanismos de coagulación. En este proceso, el aumento de la permeabilidad capilar origina tres signos característicos: rubor, calor y dolor.

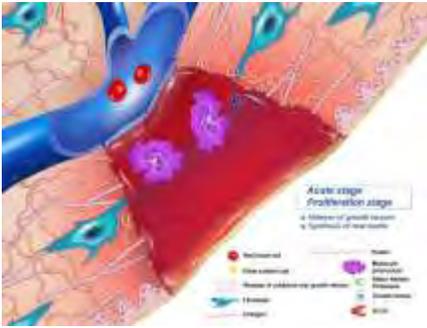


Fuente: <http://2.bp.blogspot.com/-GiBCp>

b) **Granulación:** Fase de “reconstrucción” donde participa activamente la fibrina en cuyo sustrato se van situando las distintas células necesarias para la reconstrucción. Todo el proceso se basa en la actividad miótica y migración de las células desde la capa basal, produciéndose la reconstrucción progresiva de la herida.

En la fase de granulación se pueden distinguir varias etapas:

- Neoformación vascular (neovascularización)
- Desarrollo de los fibroblastos
- Biosíntesis del colágeno
- Síntesis de la sustancia fundamental
- Organización y remodelado



Fuente: http://3.bp.blogspot.com/_59K4PPk0AuE/S65GkqYIWcI

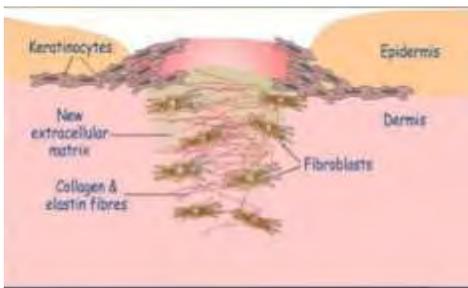
c. **Contracción:** Es la tracción de la piel normal que rodea la herida, para reducir el tamaño de su lesión. Esta tracción la realizan los miofibroblastos; éstos atraen los bordes de la herida hacia el nuevo tejido formado.



Fuente: <http://globedia.com/imagenes/usuarios/noticias/>

7.1.3.2 Epitelización

Es el proceso de formación de epitelio nuevo en la superficie de una herida que la tapiza y recubre lo antes posible. La cicatriz formada suele ser delgada y plana, con la superficie arrugada debido a la contracción (reducción del tamaño de la herida)



Fuente: <http://image.slidesharecdn.com/fasesdelacicatrizacionnormal>



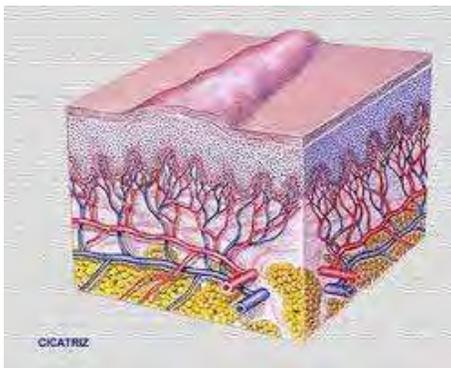
7.1.3.2.3 Maduración

Formación de la cicatriz con el máximo de tensión debido a la reorganización de las fibras y remodelación del colágeno.

Es el tercer y último estadio de la cicatrización. Puede durar meses o años mientras el tejido de la cicatriz se va remodelando.

Cuando la función vascular se normaliza se produce una mejora estética del proceso de cicatrización.

La cicatriz es avascular por lo que el riesgo a lesionarse nuevamente es mayor.



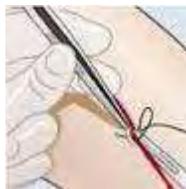
Fuente: <https://encrypted-tbn3.gstatic.com/images?>

7.1.3.3 Tipos de cicatrización

Según Hartman (1999) hay dos tipos de cicatrización. Estos son:

7.1.3.3.1 Primera intención: Uno de los ejemplos más simples de cicatrización es la reparación de una herida limpia, no infectada por medio de la aproximación quirúrgica de sus bordes.

La incisión no ocasiona lesiones severas de las capas tisulares. Lo que permite la regeneración de los tejidos de modo más acelerado, en la mayoría de los pacientes, excepto cuando aparecen complicaciones. Como resultado, la regeneración epitelial predomina sobre la fibrosis.



Fuente:

http://t3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTC2shmPxmO5Rm7DF3foD5zQr1s5uv9xsBnb1AJIIFM_ANWZyKk6Yw8K



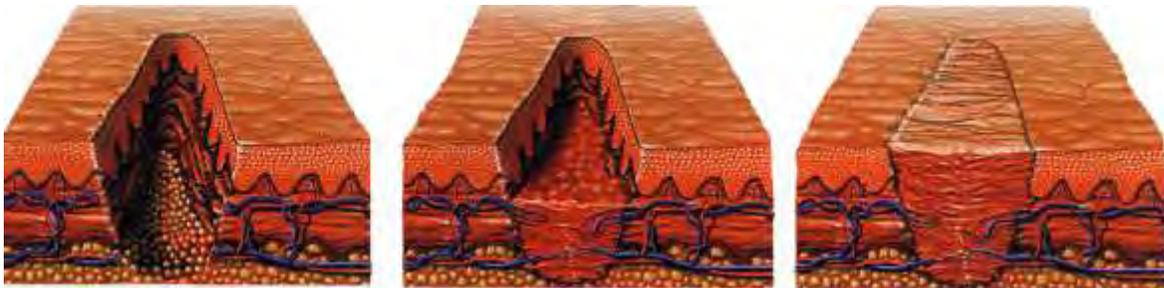
7.1.3.3.2 Segunda Intención: Cuando la pérdida de células o tejido es más extensa, como en el infarto, en las úlceras inflamatorias por presión. Abscesos o simplemente en heridas muy grandes. El proceso restaurativo es más complejo.

En estas condiciones, la regeneración de las células del parénquima no puede restaurar su arquitectura original. Como resultado, hay un extenso crecimiento desde los bordes de la herida del tejido de granulación seguido por acumulación de matriz extracelular y cicatrización.

La cicatrización por segunda intención difiere de la cicatrización por primera intención en varios aspectos:

- Defectos grandes de la piel, intrínsecamente tiene mayor volumen de tejido necrótico, exudado y fibrina que debe ser removido. Consecuentemente la reacción inflamatoria es más intensa y con un mayor potencial para producir inflamación secundaria mediado por medicamentos.
- Se forman mayores cantidades de tejido de granulación. Esto resulta en una mayor masa de tejido cicatrizal.

Cicatrización por segunda intención exhibe el fenómeno de contracción de la herida; en unas seis semanas, por ejemplo. Defectos muy grandes de la piel pueden reducirse a un 5% o 10% de su tamaño original por medio de contracción (Hartman, 1999). Este fenómeno ha sido atribuido a la presencia de miofibroblastos, que son fibroblastos modificados que presentan muchos de los hallazgos estructurales y funcionales de las células de músculo liso contráctil.



Pérdida de sustancia

La cavidad de la lesión se rellena con tejido de granulación

Fuente: <http://guiido46.files.wordpress.com/2014/02/3226b-segunda2bintencion.png?w=523&h=258>

7.1.3.4 Factores que afectan la cicatrización

La cicatrización puede afectarse por un determinado número de factores los cuales están relacionados con el estado general del paciente o factores sistémicos y los relacionados con la herida o los factores locales. Es por eso que el control de ambos tipos es necesario para una óptima cicatrización (Rodríguez, 2008).



LOCALES	SISTEMICOS
<ul style="list-style-type: none">➤ Irrigación➤ Daño tisular➤ Bacterias➤ Tipo de microorganismo patógeno➤ Cantidad de exudado➤ Técnica quirúrgica	<ul style="list-style-type: none">➤ Deficiencia proteica➤ Hipovolemia➤ Malnutrición – desnutrición➤ Enfermedades crónicas
<ul style="list-style-type: none">➤ Sutura: materiales y técnica➤ Presión continua➤ Humedad➤ Higiene	<ul style="list-style-type: none">➤ Deficiencia vitamínica➤ Deficiencias de minerales (zinc, selenio)➤ Fármacos➤ Estado mental➤ Deshidratación➤ Fiebre

7.1.4 ÚLCERAS

7.1.4.1 Definición de úlceras: Se definen como aquellas lesiones producidas por una presión mantenida entre un plano y prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel. El resultado de la isquemia en la zona es la degeneración de los tejidos. (Rodríguez, 2008).

7.1.4.2 Etiología: Fuerzas responsables en la aparición de las úlceras por presión:

7.1.4.2.1 Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno pertenece a la persona y otro externo a él (Ej. Cama, silla de ruedas, sonda, etc.) La presión no permitirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos ocasionando hipoxia y si no se corrige, produce necrosis de los mismos.

Los pacientes que presentan úlceras por presión durante el período agudo de la lesión o la enfermedad debido a que permanecen por mucho tiempo en la cama y no se les realiza cambios de posición regularmente, usualmente las desarrollan en regiones específicas: sacro, talones, trocánter y regiones isquiáticas.

Las úlceras en regiones isquiáticas se desarrollan frecuentemente en personas que permanecen sentadas por períodos muy largos de tiempo sin realizar elevaciones regularmente.

7.1.4.2.2 Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces: por movimientos o arrastres.

7.1.4.2.3 Fuerza externa de pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo una persona en posición fowler (posición dorsal a 90°) hace que se deslice el cuerpo, lo que puede provocar fricción en sacro y presión en la misma zona.



7.1.4.3 Localización

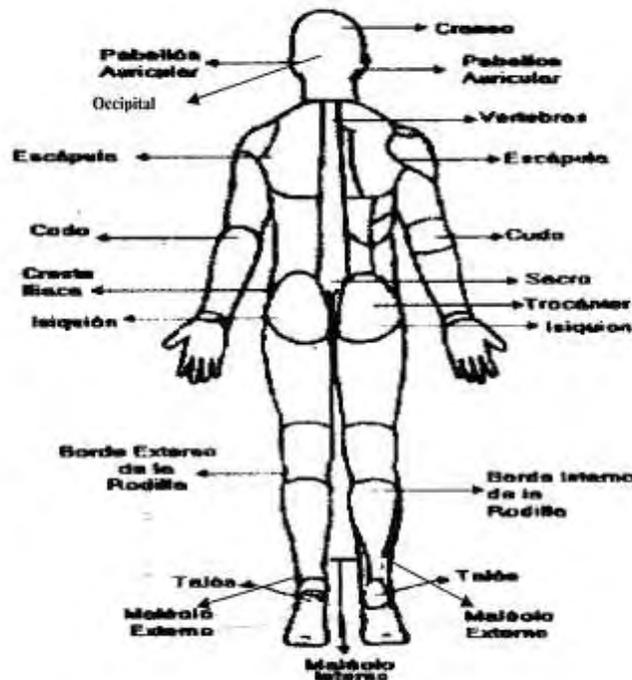
Las úlceras por presión, normalmente se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coincide con las prominencias o rebordes óseos.

Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por presión son:

- Sacro
- Talones
- Maléolos externos e internos
- Glúteos
- Trocánteres (caderas)
- Escápulas (espalda)
- Isquion (nalgas)
- Occipital (cabeza)
- Codos
- Cresta iliacas
- Pabellón auricular
- Apófisis espinosas
- Cara interna de rodillas
- Maléolos internos y externos
- Bordos laterales de los pies
- Bordos costales
- Fosas nasales

Figura N° 1

Áreas anatómicas con mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 31 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

7.1.4.4 Signos y Síntomas de las Úlceras por Presión

- El primer signo de una úlcera potencial es la aparición de eritema (enrojecimiento) de la piel que desaparece por presión digital. El enrojecimiento progresa hasta producir un área gris azulada cianótica o negruzca, resultado de la oclusión de los capilares y del debilitamiento del tejido subcutáneo.
- Luego aparecen: ampollas y desgarro de la piel.
- Seguido de las primeras etapas viene la necrosis proceso que puede afectar los tejidos blandos más profundos, bolsas, músculos, tendones e incluso huesos y articulaciones.

Si la úlcera es crónica, cicatriza y luego se recidiva y suele ocurrir induración secundaria o endurecimiento del tejido, lo que dificulta el transporte sanguíneo a la región para formar tejido cicatrizal subyacente. Con frecuencia se observan focos profundos de infección, en ocasiones cubiertos por una costra negra que también impide la cicatrización.

Cuando existe sensibilidad, el dolor es quemante y produce parestesia. Puede haber poca cooperación del usuario a la movilización para evitar el dolor. La fiebre nos ayudará a determinar la presencia de compromiso sistémico.

7.1.4.5

Cuadro N° 2

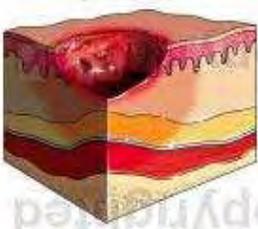
Clasificación Universal de Úlceras por Presión Según Profundidad

GRADO	FISIOPATOLOGÍA
I 	Eritema cutáneo. Piel enrojecida, íntegra, no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. En pacientes de piel oscura es más difícil de valorar. Puede haber otros indicadores como calor, decoloración, edema e induración cutánea.

Fuente:
<http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/>



II



Pérdida parcial del espesor de la piel que afecta la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como abrasión, una ampolla (flictena) o un cráter superficial.

Fuente:

<http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/>

III



Pérdida total del espesor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que a su vez puede profundizarse pero no atraviesa la fascia adyacente, la úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo. Con los tejidos adyacentes excavados o no.

Fuente:

<http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/>

IV



Pérdida total del espesor de la piel con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión del músculo, con compromiso óseo (hueso) infectándolo (osteomielitis) o de las estructuras de soporte (como tendón o la cápsula de la articulación). También puede haber signos y síntomas de excavación.

Fuente:

<http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/>

Fuente: www.gneaupp.org . Estadaje de las úlceras por presión, doc II, pág 1 y 2. (S.F).

En todos los casos que proceda deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera, se clasificará hasta que esté desbridada y anotar en el expediente el motivo por el cual no se desbridó con anterioridad.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 33 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

7.1.4.6 Factores que Inciden en el desarrollo de las Úlceras por Presión

7.1.4.6.1 Factores Intrínsecos

- Deficiencia circulatoria
- Pérdida parcial o total de la sensibilidad
- Inmovilidad o inactividad: (inmovilidad prolongada)
 1. Por pasar largo tiempo en una silla de ruedas o cama
 2. Al no poder moverse dentro de una cama o cambiar de posición con frecuencia, se aumenta la presión del cuerpo sobre un punto de la piel lesionándola.
- Desnutrición
 1. Pérdida de peso, déficit de vitaminas, proteínas y minerales.
 2. En el caso de prematuridad la condición nutricional es otro agravante por la mala perfusión tisular, la pérdida de peso asociada a la desnutrición proteico-calórica se traduce en la aceleración de la atrofia de los tejidos y en una disminución en el proceso de recuperación de los mismos.
- Obesidad mórbida
- Incontinencia urinaria y/o fecal
 1. Al tener dificultad para controlar los esfínteres, los fluidos corporales irritan la piel y aumenta su fragilidad (la maceran)
- Diabetes y otras enfermedades crónicas.
 1. Alteración de la micro circulación. La descompensación de la glicemia afecta los mecanismos de defensa y la movilidad de los leucocitos.
- Estado mental
 1. Al disminuir el estado de conciencia el usuario se moviliza menos, lo que afecta la circulación sanguínea y favorece la ulceración.
- Condición general
 1. La piel presenta cambios con la edad, aumentando su fragilidad con la vejez y ciertas enfermedades crónicas incrementan la vulnerabilidad.
 2. La prematuridad es una condición que favorece al desarrollo de las úlceras por la inmadurez de la piel. Además las complicaciones de salud que ellos desarrollan tales como el deterioro respiratorio y el desequilibrio hemodinámico, los hace más vulnerables.

7.1.4.6.2 Factores Extrínsecos

- Presión ejercida entre dos planos, uno externo y otro corporal produciendo isquemia.
- Fármacos
- Fricción frecuente de la piel
- Materiales usados como el colchón, sábanas, pijamas u otros materiales que producen fricción o roce.
- Equipos como: tracciones, sondas, nasocánulas, yesos, asientos inadecuados o mal utilizados.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 34 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Uso de alcohol, tabaco o drogas.

7.1.4.7 Aspectos Nutricionales

La terapia nutricional constituye una parte esencial del manejo integral de las úlceras por presión y es clave para promover la cicatrización. Este proceso estará notablemente retardado en aquellas personas en estado de malnutrición, aumentando no sólo la estancia hospitalaria sino también otras complicaciones y consecuentemente los costos de la atención.

La prevalencia de la malnutrición en usuarios hospitalizados se estima en un porcentaje considerable y por lo tanto, la valoración nutricional es un elemento clave para el manejo adecuado de las úlceras por presión.

La relación entre una cicatrización más lenta y el estado nutricional fue analizada en dos estudios realizados a mediados de los años 80's. En un estudio con 66 personas quirúrgicos adultos con desnutrición leve, la cicatrización fue significativamente más lenta que en los bien nutridos.

En forma similar un estudio con 41 personas hospitalizados por amputación de las extremidades inferiores, 94% de aquellos con parámetros nutricionales normales cicatrizaron sin dificultad, mientras que el 44 % de los pacientes desnutridos presentaron retardo significativo en los procesos de cicatrización (Kay, 1987)¹⁰

Cuando el usuario presente problemas nutricionales, el profesional de enfermería coordinará con nutrición o hará referencia al nutricionista del centro de salud que le corresponda para su valoración. Enfermería debe velar por que los usuarios ingieran los alimentos según la dieta correspondiente.

7.1.5 DESBRIDAMIENTO

7.1.5.1 Definición: Es la remoción de material foráneo y desvitalizado o de tejido contaminado de una lesión traumática o contaminada hasta que aparezca tejido sano.

Evaluación para aplicar el desbridamiento:

- Presencia o no de infección
- Cantidad y las características del tejido necrótico y tejido o fibrina
- Cantidad de humedad presente en la úlcera
- Estado general y nutricional de la persona afectada
- Tratamiento (anticoagulante)

7.1.5.2 Métodos de desbridamiento

7.1.5.2.1 Quirúrgico: Es la eliminación de tejido desvitalizado mediante la disección cortante; puede ser total o parcial. Este es realizado por el médico.

¹⁰ Kay (1987). Temas prácticos en Gerontología. Tomo I. EUNED, pag 61.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 35 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Ventajas. El desbridamiento quirúrgico es un procedimiento rápido y efectivo. Puede realizarse en la cama del usuario y puede ser altamente efectivo.

Desventajas: puede resultar costoso cuando el procedimiento debe realizarse en el quirófano. Es doloroso y en algunas ocasiones requiere transfusión de hemoderivados sanguíneos. (Riesgo de hemorragias).

Requiere de conocimiento y destreza. Cuando la úlcera contiene cavernas o túneles resulta imposible alcanzar esas zonas. Después del procedimiento aplique alginato de Calcio (ayuda a la coagulación o hemostasia) y apósito corriente.

7.1.5.2.2 Autolítico: La autólisis se define como la desintegración espontánea de tejidos o células por la acción de sus propias enzimas autógenas o por el suero del propio organismo. Se trata de un proceso natural que es potenciado al mantener una herida húmeda. Se considera que la hidratación de los tejidos, la fibrinólisis y las enzimas presentes en la úlcera tienen un papel destacado en este proceso.

El desbridamiento autolítico es promovido con el uso de: alginatos, hidrogeles, poliuretanos, hidrofibras u otras sustancias químicas. Algunas sustancias requieren el uso de apósitos hidrocoloides, como apósito secundario, para mejorar la efectividad.

7.1.5.2.3 Osmótico: La infección y la producción de exudado purulento se interrumpen porque las bacterias son “deshidratadas” por osmosis. Este proceso se ha logrado con el uso de sustancias tales como el Sulfato de Magnesio, productos derivados de miel procesados, alginatos de calcio y poliuretanos. Es importante considerar que el azúcar como la miel favorece la infección por cándida.

7.1.5.2.4 Enzimático: Se define como la extracción de tejido desvitalizado mediante la aplicación de una enzima no tóxica y no irritante que es capaz de disolver la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, sin destruir el tejido sano. Algunas de estas enzimas son: colagenasa, papaína, fibrinolisisina, tripsina, entre otras, los cuales serán de indicación médica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 36 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

7.2 ELEMENTOS A OPERATIVIZAR

Cuadro N°3

Operativización de componentes teóricos definidos en el Manual Técnico de prevención y Tratamiento de UPP 2014

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	OPERATIVIZACION
Unificación de criterios	Uso de un mismo conjunto de elementos y acciones.	Conjunto de acciones en el manejo de úlceras por presión.	Ver anexo: Clasificación de UPP según profundidad y signos.
Acciones de Prevención y de curación de las úlceras	Todas las acciones implementadas en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.	Intervenciones de enfermería en el proceso de atención de las úlceras por presión.	Escala de Norton modificada. Ver tablas: 4 y 5
Registros actualizados	Documentación oficial de los datos referentes a UPP.	Vaciado de los datos en el Instructivo para realizar Informe Anual del Comité local “Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión” de Usuarios Hospitalizados	Ver anexo Instructivo para realizar Informe Anual del Comité local UPP. Valoración de UPP Referencia y contrareferencia.
Capacitación	Toda actividad realizada en los centros de salud que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal	Desarrollo de actividades para el mejoramiento en la atención de los usuarios en riesgo y o UPP.	Realización de talleres, charlas, educación incidental y otras actividades educativas.

Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2014.

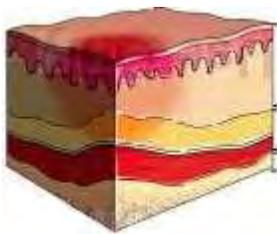


7.3 INTERVENCIONES Y ACCIONES

En las úlceras por presión se deben tomar en cuenta las siguientes acciones.

7.3.1 GRADO I

Valorar si existe eritema, calor, dolor en la zona afectada, si desaparecen cuando se elimina la presión y si la piel se conserva íntegra.



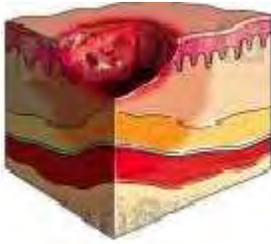
Fuente: <http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/search/label/%C3%9AQU%C3%A9%20SON>

- Aplicar actividades preventivas generales y obligatorias. (Ver páginas 45, 46)
- Aplicar apósito hidrocoloide preventivo y cambiar de 3 a 5 días (opcional), o por razón necesaria. Si el usuario es diabético, valorar apósito diariamente, dejándolo 48 horas como máximo.
- Medir diámetro de la úlcera.
- Aplicar gasa vaselinada en pieles muy frágiles.
- Cuando haya presencia de melena o diarrea, utilizar cremas lubricantes y sulfadiazina de plata.
- No utilizar apósito hidrocoloide en presencia micosis o diarrea.



7.3.2 GRADO II

Valorar si la lesión involucra la dermis, o si presenta flictena o ampolla.



Fuente: <http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/search/label/%C3%9AQU%C3%A9%20SON>

- Aplicar actividades preventivas generales y obligatorias. (Ver páginas 45, 46)
- Cuando hay pérdida de la continuidad de la piel, medir el diámetro y profundidad de la herida, siguiendo manecillas del reloj, cada semana. (ver anexo 6)
- En presencia de signos de infección en la primera curación se tomará cultivo después de limpiar con agua estéril y jabón (clorexidina)¹¹. Las siguientes curaciones sólo con agua estéril y utilizar jabón (clorexidina) en presencia de contaminación. (ver anexo 7)
- Si se contamina con materia fecal se debe limpiar con agua estéril y jabón cada vez que suceda.
- Si la úlcera no presenta signos de infección no usar jabón.
- En presencia de fibrina (tejido blanquecino-amarillo) se aplica gel desbridante, alginato de calcio, alginatos de calcio y sodio, cremas desbridantes, poliuretanos y policresuleno; según criterio del profesional de enfermería.
- Evitar la mezcla de productos, las mezclas no son recomendadas, en todo caso debe revisarse las especificaciones del fabricante de cada productos.
- En presencia de exudado aplicar Alginato de Calcio o con plata en lámina y apósito secundario. El Alginato o apósito secundario (gasa) se cambia dependiendo de la cantidad de exudado, diario o cada dos días.
- Cuando presente flictena (ampolla).
 - Clara: apósito hidrocoloide transparente para favorecer la reabsorción.
 - Oscura: drenar líquido previa desinfección. Aplicar hidrocoloide grueso. Curación cada tres días.

¹¹ Caja Costarricense del Seguro Social (2005). Manual para la recolección de muestras clínicas para análisis microbiológico.

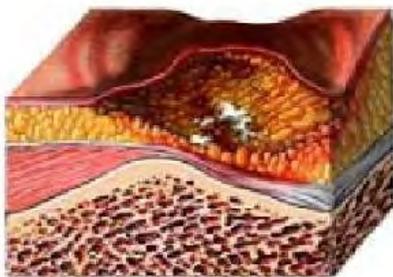
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 39 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

En caso de personas diabéticas se utilizará gasa vaselinada y apósito secundario.

- En personas diabéticas No utilizar policresuleno (albothyl) en talones, dado que por la disminución del flujo sanguíneo en estos usuarios, necrosa los tejidos, según experiencia del equipo de pie diabético del Hospital Calderón Guardia.
- En tendones expuestos NO utilizar policresuleno (albothyl), por el riesgo de necrosis.
- El desbridamiento se hará según criterio del equipo o médico tratante.

7.3.3 GRADO III

Valorar si la lesión se extiende al tejido celular (adiposo) subcutáneo pero NO incluye al músculo.



Fuente: <http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/search/label/¿QUÉ SON>

- Aplicar actividades preventivas generales y obligatorias. (Ver páginas 45, 46)
- Medición del diámetro y profundidad siguiendo las manecillas del reloj, cada semana. (ver anexo 6).
- En caso de presencia de un proceso infeccioso, en la primera curación se tomará frotis y cultivo previo lavado de la herida con agua estéril y jabón. (ver anexo 7).
- De acuerdo a la condición de la úlcera y según criterio del profesional de enfermería se determinará el tratamiento a seguir:
 - Desbridamiento autolítico o quirúrgico
 - Uso de apósitos hidrocoloide
 - Uso de apósitos a base de miel de grado médico.
 - Albothyl (antibiótico y desbridante).
 - Alginatos de calcio y sodio en: mecha, lámina o gel.



- Gel o crema desbridante
- Poliuretano
- Apósitos para cicatrización por presión negativa.

7.3.4 GRADO IV

Valorar si la lesión se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras adyacentes, tendones y nervios. Las úlceras pueden complicarse con graves infecciones que pueden provocar la muerte.



Fuente: <http://comocurarulcerasporpresion.blogspot.com/search/label/%C3%9AQU%C3%A9%20SON>

Acciones específicas:

- Verificar que el usuario que presenta una lesión grado IV, con signos y síntomas de infección y presenta tejido necrótico, tengan la valoración integral de su condición de salud, esto con el fin de que se disponga del criterio e intervenciones de los diferentes profesionales relacionados.
- Son las mismas acciones que se describen en las úlceras GRADO III, cultivo, limpieza, aplicar tratamiento según criterio del profesional.
- Generalmente este tipo de úlceras que se infecten, necesitarán tratamiento sistémico de antibioterapia.
- Aplicar actividades preventivas generales y obligatorias. (Ver páginas 45, 46)
- Es importante que el personal de enfermería realice la valoración integral del usuario, lo anterior por cuanto la sintomatología puede brindar elementos que permitan realizar intervenciones oportunas y sugerencias a los tratamientos administrados.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 41 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

7.3.5 VALORACION DE LA PIEL

7.3.5.1 Valoración general

- Inspección cuidadosa de la piel en busca de eritema o falta de integridad de la piel.
- Si se observan áreas enrojecidas:
 - Ejercer presión sobre ésta y verificar si desaparece el color.
 - Comprobar cuanto tiempo persiste la hiperemia después de eliminar la presión.
- Palpar en busca de calor; detectar si está aumentada la temperatura de la piel.
- Inspeccionar para identificar áreas de sequedad, humedad o desgarro de la piel.
- Palpar pulsos periféricos para valorar el estado circulatorio.
- Revisar los controles hematológicos y niveles de albúmina sérica.

7.3.5.2 Valoración específica (de la lesión)

Aspectos a considerar

- Descripción y localización de la lesión
 1. Extensión – tamaño (diámetro).
 2. Profundidad a 90° y túneles según manecillas del reloj.
 3. Coloración de los tejidos.
- Estudio de la piel y los tejidos circundantes
 1. Color: pigmentada, pálida, cianosis, sonrosada.
 2. Textura: ruda, gruesa, fina.
 3. Turgencia: buena, mala.
 4. Temperatura: seca, húmeda, normal.
 5. Edema: grado y localización
- Olor.
- Presencia de secreciones.
- Dolor: localización e irradiación.

7.3.6 POSICIONES TERAPÉUTICAS

Para eliminar la compresión de los puntos de apoyo es imprescindible realizar cambios posturales cada dos horas de manera cíclica las 24 horas del día. Dichos cambios posturales estarán planificados y registrados en el Plan de Acción de Enfermería. En el hogar, los cambios posturales deben realizarse cada 2 horas, evaluado el grado de inmovilización que presente la persona.

Personas en sedestación (sentados/as) se deberá realizar cambios posturales, sea reposicionamiento o elevaciones cada 15 minutos, con un tiempo máximo de permanencia en la silla de dos horas seguidas.



7.3.6.1 Decúbito supino (decúbito dorsal)

Las almohadas se colocan:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de la cintura
- Una debajo de los muslos
- Una debajo de las piernas
- Una apoyando la planta del pie (tope plantar)
- Dos debajo de los brazos (opcional)
- Una entre ambas piernas

Deben quedar libres de presión:

- Talones
- Glúteos
- Zona sacro-coxígea
- Escápulas
- Codos

Precauciones

- Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.
- Evitar la rotación del trocánter (cadera).





7.3.6.2 Decúbito prono (ventral)

Las almohadas se colocarán

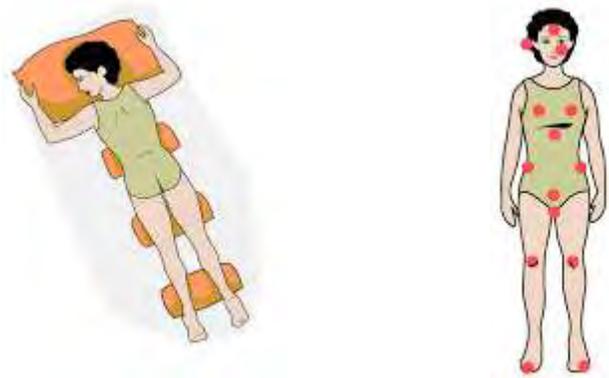
- Una debajo de la cabeza
- Una debajo del abdomen (si la persona es obesa se colocan dos almohadas)
- Una debajo de los muslos
- Una debajo de las piernas
- Una apoyando la planta del pie (tope plantar)
- Dos debajo de los brazos (opcional)
- Una entre ambas piernas

Deben quedar libres de presión

- Cresta iliaca
- Rodillas
- Primer dedo de los pies
- El pie a 90°

Precauciones

El tórax debe quedar libre para respirar con comodidad. Esta postura se utilizará preferentemente en la prevención y tratamiento de las úlceras sacro-coxígeas y trocantéricas. Esta postura está contraindicada en personas con lesiones torácicas y cardíacas.



Fuente: <http://25anivercentro.blogspot.com/2012/08/aliviando-la-presion-mantenida-sobre-la.html>

7.3.6.3 Decúbito lateral (derecho, izquierdo)

Las almohadas se colocarán

- Una debajo de la cabeza
- Una apoyando la espalda, hasta la cintura
- Dos entre las piernas
- Una debajo del muslo y otra en la pierna inferior

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 44 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Una debajo del antebrazo

Precauciones

- La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45-60 grados.
- Las piernas quedarán en ligera flexión, la pierna superior debe quedar con mayor flexión que la inferior.
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.
- Si la posición de la cama tiene que estar elevada, no excederá los 30 grados.
- En pacientes que pueden levantarse de la cama al sillón o realizar algún movimiento en la cama se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
- Los pies y manos deben conservar una posición funcional.
- El lóbulo de la oreja debe quedar perpendicular al trocánter.

Deben quedar libres de presión: El hombro inferior, trocánter inferior, glúteos, rodillas, maléolos externos e internos y talones.



Fuente: <http://25anivercentro.blogspot.com/2012/08/aliviando-la-presion-mantenida-sobre-la.html>

7.3.6.4 Sedestación (sentado)

Se presenta con frecuencia en personas que deben utilizar de continuo silla de ruedas o permanecer mucho tiempo sentado (a).

Las almohadas se colocarán

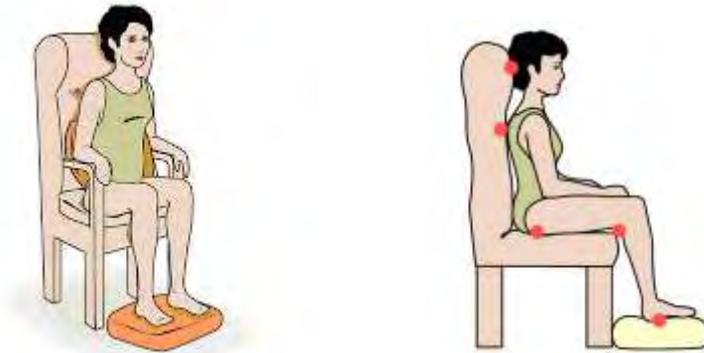
- Una debajo de los glúteos, lo ideal es que sea un cojín
- Una en la espalda, hasta la cintura
- Una debajo de cada brazo (pequeña)
- Una pequeña debajo de los pies.

Deben quedar libres de presión:

- Codos
- Región sacra



- Fosa poplítea (parte posterior de la rodilla)
- Talones
- Dedos



Fuente: <http://25anivercentro.blogspot.com/2012/08/aliviando-la-presion-mantenida-sobre-la.html>

Precauciones

Si no se cuenta con cojín, la almohada debe ser alta y suave

Usar calzado (zapato) cerrado, suave, con punta ancha, que cubra maléolos, esto previene la caída, deformidad y edema de los pies.

7.4 ACTIVIDADES PREVENTIVAS GENERALES

- Cambio de posición cada hora o máximo cada dos horas. En cada cambio postural valorar la piel de las prominencias óseas.
- Inspección diaria de la piel, en espalda, sacro y glúteos, ayudándose con un espejo, si fuera necesario.
- Al dar el cambio de posición no arrastrar, sino levantar a la persona para evitar la fricción.
- Mantener la piel limpia y seca. La higiene deficiente y la humedad aumenta el riesgo de infecciones.
- Realizar masaje evitando las prominencias óseas como sacro, espalda, glúteos, talones y caderas ya que aumenta la zona de isquemia.
- Lubricar la piel diariamente o cada vez que sea necesario con crema hidratante que no contengan alcohol.
- Verificar que la dieta del usuario corresponda a las indicaciones para el mismo y que el usuario ingiera los alimentos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 46 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Evitar la ropa ajustada y arrugada.
- Si utiliza silla de ruedas o se mantiene mucho tiempo sentado (a) haga elevaciones cada quince minutos, esto ayudará a la circulación de la sangre y utilice un cojín adecuado.
- Mantener el posicionamiento correcto en la silla de ruedas: rodillas, tobillos, caderas, espalda, talones, pies y otros.
- Los talones, son áreas muy sensibles a la aparición de úlceras por presión, utilice dispositivos que reduzcan la presión, como almohadas, botas protectoras y taloneras.
- El uso de taloneras nos disminuye la fricción, por lo que debe ser valorados los talones diariamente para realizar su respectiva higiene, estas pueden ser de gel, piel de cordero, espuma o hechas manualmente con algodón, apósito especial y venda kling.
- Revisar diariamente los pies, manteniendo las uñas cortas y limpias, buen secado interdígital. Si utiliza vendaje preventivo se debe quitar todos los días para su higiene y valoración.
- No utilizar posición fowler (90°), sino posición semi Fowler (a 30° máximo) para evitar el cizallamiento; siempre y cuando la patología lo permita.
- El colchón de aire u otros dispositivos para disminuir la presión son una buena alternativa, pero esto no reemplaza los cambios de posición cada 1 o 2 horas.
- No se recomienda el uso de dispositivos circulares (donas) para la zona sacra ya que aumenta la zona de isquemia periulceral.
- Cuando la persona está en cama utilice almohadas para la espalda, bajo las piernas y entre las rodillas dejando libre (sin apoyo) sacro, talones y pies.

7.5 MEDIDAS GENERALES OBLIGATORIAS

- A los usuarios en riesgo y/o con úlceras por presión se les debe valorar la condición de la piel y registrar ésta en la hoja “valoración y riesgo de las úlceras por presión, código 4-70-03-0570”.
- Educación a personal de Enfermería, familia o cuidadores sobre cuidados preventivos y curativos. Brindada por el Profesional de Enfermería.
- Las úlceras deben ser valoradas en forma periódica y registrar su condición (máximo cada 8 días) para controlar su evolución.
- Al realizar la valoración de la piel del usuario por primera, se deberá llenar el instrumento “valoración y seguimiento de las úlceras por presión”.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 47 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Colocar al pie de la cama o en lugar indicado el rótulo de cambios de posición.
- Valorar el riesgo que presenta el usuario aplicando la Escala de Norton Modificada.
- A la familia o cuidador del usuario que egrese, además de la educación preventiva y curativa debe entregársele: referencia dirigida a equipos encargados de visita domiciliar en los tres niveles de atención.

7.6 ATENCIÓN A USUARIOS CON RIESGO O QUE PRESENTEN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

7.6.1 Guía de Atención a usuarios con riesgo o con úlceras por presión en el primer nivel de atención:

7.6.1.1 Funciones del primer nivel de atención:

Deberá ofrecer los servicios básicos de salud que se enumeran posteriormente, cuyos proveedores serán los funcionarios que conforman el equipo básico de atención integral en salud.

Los servicios se ofrecerán a nivel domiciliar, comunitarios, en establecimientos educativos, en las consultas externas de medicina general de Clínicas, en puestos de visita periódica, en consultorios comunales públicos así como el centro de trabajo.

Los establecimientos típicos de este nivel de atención son: los E.B.A.I.S. los cuales deberán:

- Hacer un diagnóstico situacional de la población en riesgo o con úlcera por presión.
- Determinar el riesgo de úlceras por presión de acuerdo a la aplicación de la escala de Norton Modificada.

Medidas a tomar:

Se debe brindar educación a usuarios, familia - cuidador (a) de pacientes en riesgo o con úlceras por presión, sobre los siguientes aspectos:

1. Definición de úlceras por presión.
2. Grado de úlceras por presión.
3. Áreas del cuerpo que pueden lesionarse.
4. Prevención de lesiones, acciones a seguir (cambiar de posición cada 1 ó 2 horas, posicionamiento adecuado).
5. Uso de accesorios para prevenir lesiones (cremas, colchón, cojín, etc.).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 48 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

6. Importancia de una nutrición balanceada.
7. Entrega de material educativo impreso.
8. Seguimiento al hogar a personas inmovilizadas.
9. Curación en el EBAIS a usuarios que se movilizan.
10. Facilitar material para curación en el Hogar.
11. Heridas infectadas deben curarse en el domicilio, para prevenir infecciones cruzadas.
12. El centro de salud debe de contar con un área para llevar a cabo procedimientos sépticos.
13. Referencia a segundo nivel en caso de complicaciones que comprometan la vida de la persona afectada.
14. En heridas infectadas se deberá limpiar con agua estéril y jabón, tomar cultivo del fondo de la UPP, según lo descrito anteriormente y utilizar antibiótico según indicación médica.

Consideraciones generales:

- Úlceras en cualquier grado deben ser valoradas como mínimo cada siete (7) días en el EBAIS, domicilio y dar seguimiento
- En úlceras grado III y IV, se valorarán más seguido, según criterio del equipo de salud, ésta valoración se registra en el Instrumento de Valoración y Seguimiento de Úlceras por Presión (código 4-70-03-0570), para darle seguimiento a la evolución de la lesión y tratamiento brindado.
- A la valoración deben observarse el diámetro reducido (más pequeño) y coloración de roja intensa a rosa pálido. Si no es así, debe readecuarse el tratamiento.
- Al referir al usuario, se utiliza Hoja de Referencia oficializada por la institución.
- Si la persona es tratada de forma ambulatoria o en el domicilio, se brindará educación detallada de la curación y medidas preventivas generales y obligatorias a seguir. Además del material necesario para llevar a cabo las curaciones.
- Se recomienda, hacer énfasis y fomentar el autocuidado, y reducir al máximo la asistencia al EBAIS. (Previene infecciones cruzadas, estimula la autoestima de la persona – cuidador (a) – familia – comunidad).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 49 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

7.6.2 Guía de Atención a usuarios con úlceras por presión en el segundo nivel de atención:

7.6.2.1 Funciones del segundo nivel de atención:

El centro de salud del segundo nivel brinda atención y apoyo al primer nivel ofreciendo intervención a los usuarios con lesiones de piel grado tres y cuatro, entendiéndose como lesión grado tres la pérdida total del espesor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que a su vez puede profundizarse para atravesar la fascia adyacente, se presenta clínicamente como un cráter profundo con los tejidos adyacentes excavados o no; y la lesión grado cuatro como la pérdida total del espesor de la piel con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión del músculo, con compromiso óseo (hueso) infectado (osteomielitis) o de las estructuras de soporte, puede haber signos de excavación y compromiso sistémico de la persona.

El usuario ingresará al centro de salud previa valoración de consulta externa o del servicio de emergencia, donde se le aplicará el instrumento de valoración.

Si el usuario se ubica en área de encamados, se debe aplicar posterior a su ingreso el instrumento de valoración, si su ingreso no es por emergencia realizar plan de tratamiento de acuerdo a la valoración, medidas preventivas y coordinar con el responsable del manejo de la prevención y tratamiento de Úlceras por Presión para la notificación del caso y el seguimiento correspondiente.

- Describir lesión: determinar diámetro de la lesión, olor, color, profundidad tipo de bordes, presencia exudado, eritema, dolor local, tejido necrótico y fibrina.
- Limpiar con agua estéril y jabón la lesión y si tuviera signos de infección, proceder a tomar muestra de cultivo especialmente tejido del área más profunda de la lesión.

Consideraciones generales:

- Úlceras en cualquier grado deben ser valoradas como mínimo cada siete (7) días.
- En úlceras grado III y IV, se valorarán más seguido, según criterio del equipo de salud, ésta valoración se registra en el Instrumento de Valoración y Seguimiento de Úlceras por Presión (código 4-70-03-0570), para darle seguimiento a la evolución de la lesión y tratamiento brindado.
- Al referir al usuario, se utiliza Hoja de Referencia y Contra referencia oficializada por la institución.
- Seguir todas las medidas preventivas generales y obligatorias.

7.6.2.2 Guía de atención de usuarios de consulta externa.

El usuario con lesiones grado tres o cuatro es valorado por el médico del centro y referido al dermatólogo, Clínica de heridas, vascular periférico, fisiatra o geriatra de la institución, según su criterio.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 50 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

El Usuario es valorado en la clínica periférica por Médico correspondiente quien decide si el manejo es ambulatorio o se debe internar en el centro hospitalario.

Si el manejo es ambulatorio

1. El profesional de Enfermería realiza evaluación del caso, aplica instrumento y planifica el tratamiento a seguir, en coordinación con el médico tratante.
2. El profesional de Enfermería brindará educación al usuario, cuidador(a) o familiar sobre procedimiento de la curación, cuidados de la piel, cambios de posición, aplicación de superficies adecuadas, mecánica corporal y otras técnicas que ayudan al tratamiento y prevención de las lesiones.
3. Se coordina valoración con el especialista en Nutrición a efectos de que se emita criterio y de seguimiento sobre su estado nutricional del paciente.
4. De acuerdo a criterio del profesional de enfermería se determina si el caso se puede manejar en el programa de manejo domiciliario si existe esta figura en el establecimiento de salud.
5. El profesional de Enfermería facilitará el material necesario para la curación en el hogar; si pertenece al área de atracción, en caso contrario, realiza coordinaciones con la clínica a la que pertenece el usuario. Valorar la cantidad de úlceras para determinar la cantidad de material a entregar. Dentro del material necesario de entrega está: gasa 4x4, torundas de gasa, microporo, venda kling y producto de curación con que cuente la institución.

7.6.3 Guía de atención para usuarios atendidos en tercer nivel de atención con úlceras por presión

7.6.3.1 Definición del nivel III

Los establecimientos que integran este nivel son los Hospitales Nacionales Generales y Hospitales Especializados ya que brindan servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta tecnología y grado de Especialización. Provee servicios ambulatorios y de internamiento en especialidades como lo son:

Dermatología, Gastroenterología, Endocrinología, Alergología, Urología, Vascular periférica, Hepatología, Nefrología, Fisiatría, Hematología, Neumología, Neurología, Oftalmología, Ginecología entre otros.

Brindará servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico que se quiera de alta tecnología y grado de Especialización según condición del usuario.

En este nivel se brinda atención integral a usuarios que presentan úlceras por presión GRADO IV, la cual se define como aquella lesión de la piel que se extiende hasta el músculo, hueso o estructuras adyacentes, tendones y nervios; las úlceras pueden complicarse con procesos infecciosos que pueden provocar al paciente la muerte; referidas por otros centros de salud y las úlceras desarrolladas en la propia institución.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 51 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

7.6.3.2. Manejo y Tratamiento de usuarios con úlceras grado IV a nivel Hospitalario

Acciones:

- Verificar que el usuario disponga de la valoración integral por equipo multidisciplinario (Nutrición, Trabajo Social, Médico, Enfermera, Laboratorios).
- Valoración y Diagnóstico de la úlcera: “diámetro, profundidad, definición de bordes, presencia de necrosis, olor, color, exudados, presencia de exposición ósea.
- Aplicar medidas preventivas generales y obligatorias.
- Efectuar valoración y seguimiento de la piel utilizando el instrumento establecido e incluirla en el expediente de salud.
- Si se sospecha de infección, tomar frotis y cultivo previo lavado de la herida con agua estéril y jabón en el área de mayor profundidad.

Determinar el tratamiento a seguir:

- Desbridamiento por necrosis o fibrina (Quirúrgico o autolítico)
- Uso de productos para curación.
- Aplicar instrumento para medir riesgo (escala de Norton Modificada)
- Capacitación y educación a personal y familiares de usuarios externos.
- Valoración y seguimiento de los usuarios por lo menos una vez a la semana, realizando sus respectivos registros (Valoración y Seguimiento en la Prevención y tratamiento de UPP, Escala de Norton Modificada, nota de Enfermería).
- Al egreso se enviará con referencia a las clínicas de heridas o Clínicas Periféricas, C.A.I.S. y E.B.A.I.S según área de atracción; para su seguimiento.
- El Centro Hospitalario efectuará los trámites administrativos pertinentes para dotar de materiales para curación (gasas, torundas, gasa vaselinada, venda kling, microoporo) al menos para 1 mes, mientras éste es valorado y continúa su tratamiento en Clínica de atención que le corresponde.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 52 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Cuadro No. 4

Prevención y control de úlceras por presión en Centros Hospitalarios

Objetivo específico	Evaluar el cumplimiento de la normativa institucional en la evaluación control y tratamiento de las úlceras por presión.
Definición	Acciones directas efectuadas por los profesionales responsables de la Prevención y Tratamiento de UPP.
Componentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del Manual Técnico de Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión. • Implementación del instrumento de valoración. • Utilización de la referencia y contra referencia. • Porcentaje de incidencia en usuarios ambulatorios y hospitalizados. • Medidas correctivas propuestas y cronograma de implementación. • Evaluación de informes anuales de incidencia a la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión.
Evaluación	Informe anual. Prueba fidedignas de los informes (Evidencia). Plan de seguimiento con las estrategias de disminución de incidencia anual.
Observaciones	Mantener activa la educación continua, supervisión a los procedimientos y plan de acción de acuerdo hallazgos.

Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2013.

8. HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

8.1 ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Es uno de los instrumentos que facilita valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión; su objeto se centra en la detección del citado riesgo para establecer e iniciar un plan de cuidados preventivos.

Incluye cinco aspectos

- Valoración del estado físico general
- Valoración del estado mental

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 53 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Valoración de la actividad
- Valoración de movilidad
- Valoración de la incontinencia

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4 siendo “1” el que corresponde a un mayor deterioro y “4” el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se debe obtener oscila entre “5” (máximo riesgo) y “20” (mínimo riesgo). Se considera que una puntuación por debajo de “14” supone una situación de riesgo.

Clasificación de riesgo según la escala

- Índice de 5 a 11 muy alto riesgo
- Índice de 12 a 14 riesgo evidente
- Índice mayor a 14 riesgo mínimo / no riesgo

Se consideran usuarios en riesgo:

- Las que tienen parálisis cerebral o lesión medular debido a su extensa pérdida de función sensorial y motora;
- Las que tienen una disminución del nivel de conciencia por cualquier causa, dado que las percepciones normales que estimulan los cambios de postura están reducidas o ausentes;
- Las que tienen deficiencia del estado nutricional o dieta insuficiente de aporte proteico;
- Las que tienen más de 85 años, debido a la mayor frecuencia de problemas de movilidad, incontinencia, adelgazamiento y disminución de la capacidad del sistema circulatorio;
- Las que están encamadas o en silla de ruedas especialmente si dependen de los demás para moverse

La Escala debe utilizarse de forma continua.

Cuadro No.5 **Directrices para la Puntuación Numérica de la Escala de Norton Modificada**

Estado Físico	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Bueno: 4 Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas por día y 2000 Kcal. IMC entre 20% y 25%, estándar 90. Ingesta de Líquidos: 1500 – 2000cc/día (8 a 10 vasos). Temperatura corporal: de 36° a 37° C Hidratación: persona que tiene	Alerta: 4 Paciente orientado en tiempo, espacio y persona. Paciente responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles. Obedece órdenes.	Total: 4 Paciente totalmente capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria. Paciente capaz de cambiar de postura	Ambulatorio: 4 Paciente independiente totalmente. No necesita de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. Capaz de caminar por sus	Ninguna: 4 Paciente tiene control de esfínteres. Paciente con sonda vesical temporal o permanente, con control de esfínter anal. Paciente



<p>peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento.</p>		<p>corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.</p>	<p>propios medios, aunque se apoye de dispositivos de punto de apoyo o lleve prótesis.</p>	<p>ostomizado.</p>
<p>Mediano: 3 Nutrición: persona que realiza tres comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas por día y 2000 Kcal. IMC menor o igual a 20% y menor al 25%, estándar 80. Ingesta de Líquidos: 1000 – 1500cc/día (5 a 7 vasos). Temperatura corporal: de 37° a 37.5° C Hidratación: persona que tiene peso mantenido con relleno capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinzamiento.</p>	<p>Apático: 3 Paciente aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante un estímulo atiende sin dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo, espacio y/o persona; o en alguna de las tres esferas.</p>	<p>Parcial: 3 Paciente realiza movimientos voluntarios con frecuencia, pero requiere de ayuda o supervisión para realizar las mismas.</p>	<p>Deambula con ayuda: 3 Paciente capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona, o de ayuda de dispositivos que brinde más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andaderas, muletas)</p>	<p>Ocasional: 3 Paciente con control esporádico de esfínteres en 24 horas. Valorar la colocación adecuada de la sonda Foley, sin fugas, sin pinzamientos y los puntos de fijación.</p>
<p>Regular: 2 Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de una ración de proteínas por día. IMC igual a 50%, estándar 70. Ingesta de Líquidos: 500 – 1000cc/día (3 a 4 vasos). Temperatura corporal: de 37.5° a 38° C Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</p>	<p>Confuso: 2 Paciente inquieto, agresivo, irritable, dormido. Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. Cuando se despierta responde verbalmente pero con un discurso breve e inconexo. Intermitente desorientación en tiempo, espacio y/o persona</p>	<p>Limitada: 2 Paciente realiza movilización es voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos .</p>	<p>Sentado: 2 Paciente que no puede caminar, no puede mantenerse en pie, solo puede moverse en silla. El paciente precisa de ayuda humana y/o mecánica.</p>	<p>Urinaria o fecal: 2 No controla uno de los esfínteres permanente mente.</p>
<p>Malo: 1 Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de una ración de proteínas por día. IMC igual a 50%, estándar 60. Ingesta de Líquidos: menos de 500cc/día (menos de 3 vasos). Temperatura corporal: de 38°</p>	<p>Estuporoso y/o Comatoso: 1 Paciente desorientado en tiempo, espacio y persona. Responde a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta</p>	<p>Inmóvil: 1 Paciente es incapaz de realizar cambios de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o</p>	<p>Encamado: 1 Paciente es dependiente para todos sus movimientos. Paciente precisa de ayuda humana para realizar sus actividades de la</p>	<p>Urinaria y fecal: 1 Paciente no controla ninguno de los esfínteres.</p>



a 39.5° C o más. Hidratación: edema generalizado, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.	verbal. Nunca está totalmente despierto. Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.	sustentarla.	vida diaria	
--	---	--------------	-------------	--

Fuente: Instituto Nacional de la Salud, España, 1998¹²

Cuadro No.6 Resumen de la Escala de Norton Modificada

Para calcular el riesgo de desarrollar úlceras por presión

(Debe aplicarse al ingreso y al Egreso)

Nombre _____

Número de asegurado: _____

Edad _____ años

Fecha: _____

ESTADO FISICO	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA
Bueno:4	Alerta: 4	Deambular: 4	Total: 4	No presenta: 4
Mediano: 3	Apático: 3	Con ayuda: 3	Lig. Limitada: 3	Ocasionalmente: 3
Regular: 2	Confuso: 2	Silla de ruedas: 2	Muy Limitada: 2	Normalmente urinaria o fecal: 2
Muy Malo: 1	Estupor y/*o comatoso: 1	Encamado: 1	Inmovilizada: 1	Total (urinaria y fecal)

Puntuación:

Observaciones: _____

Clave del sistema de puntuación:

Si al momento de realizar la valoración la puntuación es de 14 o menos se considera RIESGO.

¹² INSALUD, (1996). Guía de cuidados enfermeros. ÚLCERAS por presión. Madrid, España.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 56 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

La valoración debe hacerla mínimo cada ocho días o según criterio del equipo de salud.

8.2 INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO ÚLCERAS POR PRESIÓN, CÓDIGO 470-03-0570.

Introducción

Este instrumento ha sido creado con finalidad de registrar la valoración de la piel del usuario al ingresar a la institución de salud, seguimiento y tratamiento durante su hospitalización, en consulta externa o servicio en el domicilio. Se incluirá en el expediente de todo usuario en riesgo de desarrollar o que ya presenten úlceras por presión.

Será llenado por el personal de enfermería que atienda al usuario.

Datos Personales

Es importante llenar cada cuadro tomando en cuenta la historia clínica del usuario, entrevista al mismo, si su condición no lo permita, a la familia.

Valoración Y Riesgo De Condición De La Piel

Valoración inicial de la piel. Al ingresar el usuario, haga una revisión general de la piel, con el fin de detectar úlceras en áreas de riesgo, utilice el diagrama y anote el sitio anatómico comprometido, incluyendo el grado de lesión. Si es un usuario en riesgo y no tiene lesión en la piel por presión se registrará la fecha de la valoración y cero (0) en todos los ítems.

Tratamiento

- Fecha de la curación o valoración. Se anotará la fecha en que se realiza
- Zona lesionada. Área anatómica ulcerada
- Grado: Registrar grado según escala de 1 al 4
- Diámetro: medir largo por ancho, si la úlcera es irregular utilizar el borde más largo para su correspondiente medida.
- Profundidad: con un aplicador medir de la parte más profunda al borde de la piel, en ángulo de 90°.
- Producto utilizado: Material utilizado para la curación. Seguir prescripción médica
- Responsables: Persona que llena el instrumento y la que realiza la curación
- Fecha de la próxima curación: Anotar día (lunes...), fecha (1,2...), año
- Observaciones: Características de la herida, condiciones emocionales (negatividad del usuario a los cambios de posición), desbridamiento quirúrgico, etc.
- Datos relevantes al entorno del usuario, y/o condición nutricional, resultado de laboratorio: hemograma, proteínas totales. (Albúmina)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 57 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

Condición de egreso

El egreso puede ser:

- Egreso de la institución
- Traslado de servicio
- Egreso del programa

El personal responsable anotará la fecha de su egreso, marcará si hay presencia o no de úlceras por presión, si esto es afirmativo, registrará el grado de las mismas.

En observaciones del egreso anótese la educación brindada a usuario y familia, motivos o barreras encontradas y educación brindada por otras disciplinas.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 60 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

8.4 INFORME ANUAL DE “PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN” DE USUARIOS HOSPITALIZADOS.

8.4.1 Instructivo para realizar Informe Anual de “Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión” de Usuarios Hospitalizados.

El profesional responsable de elaborar el informe “Prevención y Tratamiento de la úlceras por presión” de cada institución de salud de la CCSS presentará a la Comisión Nacional de Úlceras por Presión informes de las actividades de la institución que representa.

Es importante que la funcionaria (o) responsable del informe llene en forma adecuada y completa cada cuadro solicitado, y este sea presentado en el mes de enero de cada año en la Coordinación Nacional de Enfermería, ubicada en el piso 1 o Mezzanine del Edificio Laureano Echandi, teléfono 25390917 ó 25390918, correo electrónico secenfer@ccss.sa.cr.

Realizar el consolidado anual, el cual debe ser avalado por la Directora o Jefatura de Enfermería quién lo enviará a la Coordinación Nacional de Enfermería.

Los informes deben contener como mínimo lo siguiente:

Encabezado:

Centro de salud: Escribir nombre del Establecimiento de Salud.

Área de Hospitalización:

Fecha: (Anotar la fecha de elaboración)

Cuadro # 1:

- Total de usuarios (as) con riesgo de presentar y/o con úlcera por presión.

Anotar el total de usuarios (as) en riesgo y/o con úlceras por presión hospitalizados durante el año.

Cuadro # 2:

- Total de usuarios (as) con úlceras por presión.

Anotar el número total de pacientes con úlceras por presión hospitalizados en el período solicitado.

- Total de usuarios (as) con úlceras por presión desarrolladas en el servicio.

Anotar el número de usuarios (as) internos que presentaron úlceras por presión durante su estadía en la institución o Área de hospitalización en el período solicitado.

- Total de pacientes con úlceras por presión externos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 61 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Anotar el número de usuarios (as) que ingresaron a la institución que procedan del hogar, otro establecimiento (Hogar de Ancianos) u otro centro de CCSS con algún grado de úlceras por presión durante el período solicitado.

Cuadro #3:

- Por región anatómica intra hospitalaria.

Anotar por orden numérico (de mayor a menor) las cinco áreas anatómicas que presentaron úlceras por presión durante su estancia en el Centro Hospitalario, el número de lesiones según sexo y total de las mismas. Las otras áreas anatómicas se anotan como un consolidado en el apartado otros.

Cuadro #4:

- Por región anatómica extra hospitalaria.

Igual que el punto 3 pero tomando en cuenta, solo los usuarios (as) que ingresaron al área o institución con úlceras por presión en el período solicitado.

Cuadro #5:

- Por grupo etario en riesgo y o con úlcera por presión (población total).
- Total de usuarios (as) en riesgo y o con úlceras por presión con ingreso en el período solicitado (dato en cuadro #1) dividido en tres grupos:

Grupo #1, menores de 45 años.

Grupo #2, comprendidos entre la edad de 45 años hasta los 60 años.

Grupo #3, **61 años** y más

Cuadro #6:

- Total de úlceras por presión intra hospitalarias.

Anotar el número de úlceras por presión según grado y sexo que presentaron los usuarios (as) durante su estancia en el periodo solicitado.

Cuadro #7:

- Total de úlceras por presión externa.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 62 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Anotar el número de la úlceras por presión según grado y sexo de los usuarios (as) con ingreso de emergencias, del hogar u otro establecimiento ejemplo: Hogar de Ancianos, HRBC, CENARE, Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospitales Privados, etc.).

Cuadro #8.

➤ Incidencia

Anotar la incidencia por mes del periodo a reportar según la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Número de usuarios (as) con UPP INTRA HOSPITALARIAS} \times 100}{\text{Total de la población en riesgo con UPP}}$$

Cuadro #9.

➤ Observaciones

En este cuadro anotar: número de usuarios (as) con úlceras por presión con ingreso por traslado interno de otra área o unidades especializadas como ginecología, UCI, etc., usuario (as) con cambio de grado en las lesiones ya sea que empeore o mejore, u otro dato que se crea importante. También anotar la cantidad de usuarios que estuvieron en riesgo pero que no sufrieron ninguna lesión.

Cuadro #10.

➤ Estrategia de Solución

Anotar las medidas de atención directa, las medidas preventivas tomadas, educación a usuarios internos y externos, otras actividades e intervenciones realizadas.

Anotar el nombre completo y número de Licencia o código de la persona responsable de elaborar el informe.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página 63 de 106
	Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

8.4.2 Formulario Informe Anual de “Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión” de Usuarios Hospitalizados.

Cuadro No. 7

Instrumento para realizar Informe Anual de “Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión” de Usuarios Hospitalizados

Establecimiento de Salud=

Área de Hospitalización =

Fecha de elaboración=

	Hombres	Mujeres	Total
1 ❖ Total de Usuarios (as) con riesgo y/o con UPP			
2 ❖ Total de pacientes con úlceras por presión..... ❖ Total de pacientes con UPP desarrolladas en el servicio..... ❖ Total de pacientes con UPP desarrolladas fuera del servicio ...			
3 Por región anatómica Intra Hospitalaria 1. 2. 3. 4. 5. 6. otros.....			
4 Por región anatómico extra hospitalario 1. 2. 3. 4. 5. 6. Otros.....			
5 Por grupo etario en riesgo y/o con úlceras por presión (población total) Menores de 45 años..... 45 a 60 años..... 61 años y más.....			
6 Total de úlceras por presión intra hospitalarias por grado Grado 1..... Grado 2..... Grado 3..... Grado 4.....			



7 Total de úlceras de presión externas por grado Grado 1..... Grado 2..... Grado 3..... Grado 4.....			
8 Incidencia por mes Enero..... Febrero..... Marzo..... Etc..... <u>Número de usuarios (as) con UPP intra hospitalarias X 100</u> Total de la población en riesgo y/o con UPP			
9-Observaciones: Pacientes recibidos como traslado interno. Pacientes con UPP ya resueltas. Pacientes que presentaron riesgo de ulceración pero que no desarrollaron ninguna lesión.			
10-Estrategias de solución			

Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2009.

Nombre completo y número de Licencia o código de la persona responsable de elaborar el informe.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 65 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

9. CONTACTOS PARA CONSULTAS

Dra. Carmen Ma. Loaiza Madriz. Jefe Nacional de Enfermería CCSS Telef: 25390915 E-mail: secenf@ccss.sa.cr

Dra. Marlene Alvarez Jaén. Hospital Calderón Guardia tel. 22121039. E-mail: malj12@hotmail.com

Dra. Vanessa Sequeira Vásquez. Centro Nacional de Rehabilitación tel. 22328233 ext 443. E-mail: vaneseq@yahoo.com

Dr. Alonso Moreno Ramírez. Hospital México tel. 22426596. E-mail: almora59@gmail.com

Dra. Yesenia Garita Chavarría. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. tel. 25422100, ext 7890. E-mail: jgaritac@ccss.sa.cr

Dr. Harold Antonio Córdoba Segura. Hospital San Juan de Dios. tel. 25478247 E-mail: charoldantonio@hotmail.es

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 66 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

10. ANEXOS

Cuadro No.8

Documentos anexos del Manual Técnico de Prevención y tratamiento de UPP

No. Anexo	Nombre
1	Diarrea
2	Métodos de curación de las heridas
3	Algunos materiales usados en la curación de las heridas
4	Dispositivos que alivian/reducen la presión
5	Curación en casa
6	Cómo medir una úlcera de presión
7	Procedimiento toma de cultivo de heridas o úlceras
8	Dolor
9	Cambios de posición
10	Guía educativa a usuarios, sus familiares y cuidadores que presenten riesgos o tengan úlceras de presión
11	Manual de instructivo del expediente de salud formulario “REFERENCIA – CONTRA-REFERENCIA”
12	Formulario “REFERENCIA – CONTRA-REFERENCIA”

Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2014.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 67 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.1 ANEXO 1. DIARREA

La diarrea no es una enfermedad, sino un trastorno de un sistema cuya gravedad depende de la causa que lo origina. La diarrea se caracteriza por evacuación frecuente de heces acuosa (líquida), sin formar, lo que provoca una escasa absorción de agua y elementos nutrientes.

Puede ser aguda o crónica

- Diarrea aguda: De aparición repentina, suele durar uno o dos días, lo mismo con tratamiento o sin él.
- Diarrea crónica: Puede prolongarse durante bastante tiempo, suele ser resultado de muchos factores, como trastorno de origen en la dieta, intoxicación alimentaria, infecciones, medicamentos, enfermedades crónicas, stress emocional u otras.

La diarrea aguda o crónica suele causar: humedad, irritación en el área perianal y región sacra que pueden agravarse si no se toman las medidas preventivas y curativas.

10.1.1 Cuidados

- Mantener la piel seca.
- Uso de crema preventiva tipo emoliente.
- En presencia de lesiones grado II, aplicar crema emoliente y regenerativa como sulfadiazina u óxido de zinc.
- Reponer los líquidos y electrolitos eliminados por las heces, según indicación médica.
- Coordinación con el Departamento de dietética, (si esta hospitalizado (a), para la ingesta nutricional adecuada.
- Registros efectivos en la nota de enfermería. (si está hospitalizado).
- Ingesta y excreta (según prescripción médica).
- Si la persona es ambulatoria, brindar educación sobre: dieta, higiene, tratamiento preventivo de la lesión en la piel y apoyo emocional. Asegurarse que tenga prescrito tratamiento para la diarrea.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 68 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

10.2 ANEXO 2. MÉTODOS DE CURACIÓN DE HERIDAS

10.2.1 Curación en ambiente húmedo

El medio húmedo en el que se mantiene una herida favorece la migración celular necesaria para la reparación de los tejidos, lo que induce a una cicatrización más rápida sin dañar las nuevas células al retirar el apósito.

Existen los apósitos oclusivo y semi-oclusivo, la diferencia entre ambos se refiere a la mayor o menor permeabilidad de oxígeno atmosférico al interior de la lesión, desencadenando la creación de nuevos capilares en la zona, aportando oxígeno y nutrientes necesarios para la reparación del tejido dañado.

Con la semi-oclusividad se consiguen altas concentraciones de oxígeno, favoreciendo el crecimiento rápido del tejido de granulación, permite la evaporación de vapor de agua procedente del exceso de exudado de la lesión.

10.2.1.1. Ventajas de la curación en medio ambiente húmedo

Los productos para el tratamiento de UPP basados en el tratamiento de cura húmeda tienen mayor eficacia clínica que el tratamiento tradicional con gasa. No hay diferencias en la eficacia clínica de un tipo de productos de tratamiento en ambiente húmedo sobre los otros productos (García, 2007)¹⁴.

- Acelera el proceso de cicatrización al favorecer el desplazamiento de células nuevas.
- Rápida y eficaz cicatrización al proveer un ambiente húmedo.
- Absorbe el exceso de exudado
- El exudado acumulado actúa como agente desbridante eliminando los restos necróticos sin dañar el tejido de granulación.
- Es impermeable a bacterias y agua.
- Pueden permanecer hasta siete días, por lo que reduce el número de curaciones
- Permite la higiene habitual
- No necesita apósito secundario
- Al retirarlo no daña tejido de granulación

¹⁴ García, F (2007). Eficacia de los productos para el tratamiento de úlceras por presión: una revisión sistemática con meta análisis. Gerokomos 18(1): 36-51. España

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 69 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.3 ANEXO 3. ALGUNOS MATERIALES USADOS EN CURACIÓN DE HERIDAS.

10.3.1 Películas transparentes – apósitos transparentes: Constituidas por poliuretano y de una fina capa de polímero elastomérico, auto adhesivo con una permeabilidad variable al vapor de agua o al oxígeno, son impermeables al agua, no presentan propiedades de absorción, permite el control visual de la lesión (Sebern, 1986).¹⁵

Indicaciones: De protección a bacterias y virus, lesiones con exudado leve, heridas en fase de epitelización, protección en zonas de apoyo, como apósito secundario para otros productos (pomadas hidrogeles, etc.)

Cambio: Heridas con poco exudado de 3 a 5 días y como apósito secundario hasta 5 o más días

Presentación: Cajas con diez unidades según casa comercial

Almacenamiento y vencimiento: Posee fecha de vencimiento y debe mantenerse en lugar fresco y seco.

10.3.2 Hidrocoloides

Coloides compuestos de Carboximetilcelulosa sódica, gelatina y pectina (ésta última es la que al retirarlo expele un olor característico).

Cuando se aplica a una herida, la superficie que está en contacto directo absorbe el exudado y forma un gel que es absorbido por el apósito hasta que se satura, aumentando de tamaño (se forma un globo blanco).

La Carboximetilcelulosa al contacto con el lecho de la herida absorbe los exudados y los restos de necrosis convirtiéndose en un gel coloidal manteniendo la lesión en condiciones favorables para la revascularización y la formación de tejido de granulación y epitelización (Winter, 1963).¹⁶

La cara externa del apósito esta recubierta de poliuretano hidrofílico que protege la herida de las agresiones externas, de la contaminación y de la infección, la semioclusividad permite la entrada de oxígeno y la eliminación del anhídrido carbónico y vapor de agua.

Indicaciones

- Úlceras de poca profundidad
 - Heridas con poco exudado
- En úlceras grado I
 - Apósito preventivo

¹⁵ Sebern, M. (1986). Pressure ulcer management in home health care: efficacy and cost- effectiveness of moisture vapour permeable dressings. Arch Phys Med Rehabil. 67: 726-729.

¹⁶ Winter, G., & Scales, J.T, (1963). Effects of fair drying and dressings on wounds. Nature, 197,99

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 70 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- En úlceras grado II
 - Apósito fino
 - Apósito transparente
- En úlceras grado III
 - Apósito grueso combinado como apósito secundario.
 - Hidrogeles para remover tejido desvitalizado, necrótico.
 - Alginatos de calcio para controlar el exudado en heridas de fluido moderado.
 - Hidrocoloide en pasta para rellenar cavidades de poco exudado.
 - Hidrocoloide en gránulos para rellenar cavidades de abundante exudado.

No se recomienda su uso en heridas de abundante exudado y en heridas profundas.

Precauciones para prevenir complicaciones se recomienda:

- Se garantiza su esterilidad solo cuando el apósito está totalmente sellado.
- Evitar cortar el Hidrocoloide, en caso necesario, usar la técnica TAM y guardar el sobrante sellado para evitar contaminación.
- Su uso es individual
- Utilizar el apósito a la medida de la herida abarcando una pulgada (2.5 cm) del área periulceral.
- No se debe utilizar cuando las heridas están infectadas, quemaduras profundas y en exposición de hueso, músculo y tendón.
- Si el Hidrocoloide pierde su oclusión, o sea, sale exudado por algunos de sus bordes, debe ser cambiado de inmediato, aunque haya sido puesto horas o el día anterior.
- No se debe utilizar en heridas con áreas periulcerales frágiles.
- Cuando la bombita blanca está muy inflada o pase de 1.5 cm del diámetro de la herida, hay que cambiar el apósito Hidrocoloide.
- Cuando se utiliza como apósito preventivo, (UPP grado 1), se debe vigilar de cerca y valorar la condición de la piel antes de utilizarlos.
- Si se observa enrojecimiento periulceral, se debe retirar

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 71 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

- No utilizar en personas que presentan sensibilidad o reacción a algunos de sus componentes.

Cambio: El apósito Hidrocoloide puede permanecer de tres (3) a siete (7) días en la herida.

Presentación

- Láminas o parches
- Gel
- Gránulos
- Pasta

Las cuatro (4) presentaciones se pueden combinar.

Almacenamiento y vencimiento: todos los apósitos hidrocoloides poseen fecha de vencimiento y la temperatura ideal para almacenar los apósitos hidrocoloides es de 20° a 23° C en lugar ventilado.

10.3.2.1 Hidrocoloides extra absorbentes

Coloide compuesto de Carboximetilcelulosa sódica potenciada (la capa absorbente)

No tiene gelatina, ni pectina (no huele al retirarlo). Añade a su composición alginato de calcio; la lámina externa está constituida por poliuretano hidrofílico de permeabilidad selectiva.

Son apósitos que permiten la absorción total de exudado (400% más que el convencional) por la combinación sinérgica de dos acciones: la absorción instantánea y sostenida y la evaporación selectiva.

La absorción instantánea y sostenida permite reducir el tiempo en que comienza su acción y aumenta el tiempo en horas de permanencia del apósito.

La evaporación selectiva permite dejar la herida húmeda.

Indicaciones: se recomienda en heridas crónicas:

- Por presión
- Vasculares de cualquier etiología
- Quemaduras
- Heridas con exudado abundante – moderado
- Fase de limpieza de la herida
- Fase de granulación de la lesión próxima a epitelizar

Cambio: Pueden permanecer en la herida hasta 7 días valorando el exudado de la misma.

Precauciones: Cambiar el apósito cuando se observa fluidos de la herida en los bordes de la almohadilla. El exudado no debe acumularse debajo del refuerzo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 72 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Presentación: En unidades.

Almacenamiento y vencimiento: Posee fecha de vencimiento y debe cumplir con los requerimientos de almacenamiento, mantener en lugar ventilado a temperaturas que no superen los 23°C

10.3.2.2 Hidrocoloide liofilizado: (hidrofibras)

Son muy absorbentes, compuestos de Carboximetilcelulosa para que al contacto con la humedad se convierta en un gel. No son adherentes presentan un elevado poder de absorción de esfacelos y restos necróticos, al convertirse en un gel que mantiene en todo momento propiedades óptimas de humedad en la lesión. Por lo que al ser retirados reducen considerablemente el dolor ligado a la herida y a su vez aumenta el confort. (Cuesta, 2008)¹⁷.

Algunos incorporan plata iónica al 1.2%.

Pueden usarse en úlceras que sangran con facilidad.

Indicaciones

- Quemaduras de segundo grado (espesor parcial)
- Heridas crónicas esfaceladas
- En la fase de limpieza de una herida
- Heridas con alto exudado
- Heridas que sangran
- Heridas infectadas

Precauciones: Valorar la cantidad de exudado de la herida para realizar los cambios pertinentes y así prevenir que se macere la piel periulceral.

Cambio: De acuerdo al exudado que presente la herida y a la valoración diaria del apósito secundario.

Presentación: Apósitos no adhesivos, necesita apósito secundario

Almacenaje y vencimiento: Poseen vencimiento y se debe guardar en lugar ventilado, no superar los 23° C de temperatura.

10.3.2.3 Alginatos

Son polisacáridos naturales, que se encuentran en la pared celular y en los espacios inter-celulares de las algas pardas marinas, que se estabilizan con iones de calcio formándose fibra de alginato.

En contacto con la lesión, los Alginatos intercambian los iones de calcio del apósito por los iones de sodio procedentes del exudado de la lesión.

¹⁷ Cuesta, J (2008). Cura en el ambiente Húmedo en la patología de Dupuytren. Revista de enfermería, 31(5). País Vasco, España

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 73 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Tiene gran capacidad de absorción, (hasta 20 veces su peso en fluidos), el gel que genera es rico en proteínas naturales, aminoácidos y factores de crecimiento generados de forma natural en el lecho de la herida. Tienen amplio efecto desbridante y capacidad para estimular la replicación de fibroblastos. (Saya, 1996)¹⁸.

Indicaciones

- Heridas con moderado o grandes contenidos de fluidos (exudado)
- Heridas que requieren cambios frecuentes de apósitos
- Heridas exudativas cavitadas (túneles, conejeras) de difícil acceso (rellenan espacio muerto)
- Como hemostático en sangrado leve
- Proporcionan ambiente húmedo ideal para favorecer la cicatrización.

Utilizar con apósito secundario:

- Gasa corriente
- Apósito especial
- Hidrocoloide heridas con poco o moderado exudado

Precauciones

- No utilizar en heridas “secas”
- Alergias algunos de sus componentes
- No controla sangrado profuso (hemorragias)
- Cuando utiliza Alginato en mecha en una cavidad, la cantidad a introducir debe ser ligeramente menor de la dimensión de la herida. Suelte la mecha ligeramente y ceda en la herida sin presionarla que quede suelta. El alginato se va expandiendo a medida que absorbe el exudado.

Presentación

- Mecha o cuerda
- Láminas o parches
- Geles

Actualmente se encuentran también alginatos de sodio para aumentar o ayudar al organismo, si es que éste no lo aporta, en su efecto desbridante.

Almacenamiento y vencimiento: Los Alginatos poseen fecha de vencimiento y debe guardarse en un lugar fresco y seco.

¹⁸ Saya, J., Meaume, S., et al (1996). Healing properties of calcium alginate dressings. J Wound Care. 5(8): 357-362.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 74 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.3.2.4 Hidrogeles

10.3.2.4.1 Hidrogeles en placa:

Son polímeros de poliuretano y recubiertos de una película de poliuretano semipermeable, que interactúan con soluciones acuosas absorbiendo y reteniendo volúmenes significativos de agua. Se presentan en forma de una macro estructura tridimensional, manteniendo la herida aislada y en condiciones óptimas de humedad, poseen acción antiinflamatoria y mejora el dolor, no produce alergias ni irritación, su elasticidad permite adaptarse a zonas difíciles.

10.3.2.4.2 Hidrogeles líquidos:

Son productos formados por un copolímero de almidón propilénglicol y agua, que proporcionan un ambiente húmedo adecuado para lesiones secas y necróticas, favorecen un desbridamiento rápido por la hidratación, la absorción del exudado y la autólisis del tejido necrótico, permiten la desintegración del tejido esfacelado y no viable que impide el desarrollo normal del proceso de cicatrización. (Kaya, 2005).

Algunos hidrogeles traen incorporados una sección de alginato de calcio, fenitoina o cloruro de sodio en concentraciones elevadas, o la Carboximetilcelulosa a fin de incrementar sus propiedades de limpieza y desbridamiento de tejido necrótico y fibrina.

Presentación: Láminas, Gránulos, Gel

Indicaciones

- Úlceras secas con tejidos esfacelados o necróticos (ablanda las placas de necrosis y fibrina)
- Úlceras profundas con escaso exudado
- Úlceras en fase de granulación

Ventajas

- Proporcionan un medio húmedo que estimula los mecanismos autolíticos naturales.
- Hidratan los tejidos secos
- Favorecen el desbridamiento
- Tienen propiedades analgésicas

Precauciones

- No son útiles en caso de escaras negras duras
- Ni en presencia de abundante exudado
- Después de abierto el tubo dura 8 días por lo que se debe utilizar la medida de acuerdo a la herida.
- El tubo abierto no debe exponerse al sol porque se neutraliza la acción

Cambio: Heridas con poco tejido a desbridar de 1 a 2 veces por semana y heridas con abundante tejido a desbridar de 8 a 48 horas

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 75 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Almacenamiento – vencimiento: Hidrogeles poseen fecha de vencimiento y el almacenamiento debe hacerse en un lugar fresco, seco y no recibir luz solar.

10.3.2.5 Apósito supraborbente

Almohadillas formadas de un poliuretano súper absorbente empapados de una solución Ringer, el absorbente tiene una mayor afinidad por las proteínas que por las sales. En la almohadilla absorbente quedan atrapados los exudados de la lesión intercambiándose a la misma las características de la solución Ringer cediéndole calcio magnesio y potasio y manteniendo en todo momento la humedad de la lesión, facilita la autólisis y el tejido de granulación.

Indicaciones

- Heridas crónicas con esfacelos
- Heridas infectadas
- En fase de limpieza de la lesión

Cambio: Valoración diaria de acuerdo a evolución de limpieza de la herida

Precauciones:

- Cambiar si el apósito está muy saturado, puede lastimar área periulceral.
- Necesita apósito secundario
- Cuando la herida sobre pasa las medidas del apósito se emplean dos o más, siempre superpuestos.

Presentación: Apósitos, Parches, Láminas

Mantenimiento – vencimiento: Mantener en lugar fresco – seco y poseen fecha de vencimiento.

10.3.2.6 Viscosa / poliéster

- Apósitos impregnados de solución cloruro de sodio
- Absorbe las secreciones estimulando el desbridamiento y limpieza de la herida

Indicaciones

- Heridas contaminadas y crónicas
- Heridas infectadas
- En la fase de limpieza de la lesión
- Para estimular el desbridamiento

Precauciones: Para ser utilizados en la primera fase de limpieza, del proceso de cicatrización.

Cambio: Valoración, según evolución de la limpieza de la herida.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 76 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

Presentación: Parches o láminas. Se utiliza con apósitos secundarios

Almacenamiento y vencimiento: Guardar en lugar fresco y seco. Poseen fecha de vencimiento.

10.3.2.6 Hidropolimeros:

Son fibras hidrocélulas absorbentes encapsuladas en una película alveolar perforada. Presentan las mismas características de los hidrocoloides añade poliuretano hidrofílico una almohadilla de poliuretano altamente absorbente y glicerina como humectante.

No necesita limpiar la herida solo área periulceral, por lo que reduce el dolor y trauma en tejido de granulación.

Mantiene microclima en la lesión, permite el intercambio gaseoso, mantiene la lesión húmeda y son moldeables y adaptables anatómicamente.

Indicaciones

- Heridas crónicas con esfacelos
- Heridas infectadas
- En fase de limpieza de la lesión
- Para controlar el exceso de exudado

Precauciones: Si la herida está muy seca, aplicar un poquito de solución salina antes del apósito

Cambio:

- Si el apósito está mojado
- Según valoración individual, se puede dejar de 5 a 7 días
- Si el apósito es contaminado con orina, heces u otros contaminantes.
- Antes que el exudado alcance la periferia de la herida o el margen del apósito.

Presentación: Apósitos – láminas

Almacenamiento y vencimiento: Guardar en lugar fresco y seco. Posee fecha de vencimiento.

10.3.2.7 Apósitos bactericidas

Llevan incorporado a su tejido de red sin tejer partículas, o iones de carbón y plata, tienen propiedades antisépticas y bactericidas, además de la capacidad absorbente del carbón.

Indicaciones:

- Lesiones altamente exudativas
- Heridas infectadas
- Heridas que desprenden mal olor

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 77 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Precauciones: Valoración individual del exudado no debe alcanzar los bordes de la herida.

Cambio:

- Usar con apósito secundario
- Pueden permanecer puestos entre 3 a 7 días, máximo.
- Cuando el exudado ha saturado el 75% del apósito

Presentación: Apósitos, láminas

Mantenimiento – vencimiento: Guardar en lugar fresco – seco. Posee fecha de vencimiento.

10.3.2.7 Apósito de silicon

Formados por una red elástica y transparente de poliamida flexible muy adaptable. Entre su red se encuentran la silicona médica que no se adhiere a la herida pero sí a la piel periulceral, su estructura porosa permite el paso de los exudados de la lesión al mismo tiempo que evita la contaminación externa, son flexibles y adaptables a la anatomía.

Indicaciones:

- Heridas en fase de granulación y epitelización contracción.
- Heridas con pérdida de tejido superficial
- Para mejorar el dolor

Precauciones

- Necesita apósito secundario
- Presencia de infección en la lesión

Cambio: Valoración a cada persona, de acuerdo a evolución de la herida, de uno a cinco días.

Presentación: Apósito, lámina

Mantenimiento - vencimiento: Posee fecha de vencimiento, se guarda en lugar fresco y seco.

10.3.2.8 Apósito de colágeno

El colágeno tipo matriz extracelular ofrece fuerza y apoyo estructural, manteniendo un microambiente húmedo en la superficie de la herida que contribuye a la formación de tejido de granulación y a la epitelización, facilitando la cicatrización de las heridas. Es absorbente.

Indicaciones: En heridas en fase neoformación vascular en la etapa de fibroplasia o proliferativo del proceso de cicatrización, UPP grado II, limpias.

Precauciones

- Necesita apósito secundario

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 78 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- Presencia de infección en la lesión

Cambio: Valoración a cada persona, de acuerdo a evolución de la herida

Presentación: Apósito - lámina

Mantenimiento - vencimiento: Posee fecha de vencimiento, se guarda en lugar fresco y seco.

10.3.2.9 Terapia de presión negativa

Es un tratamiento no invasivo, usa una presión sub-atmosférica controlada y local para promover y acelerar la cicatrización en un ambiente húmedo.

Es de estricta indicación médica, el procedimiento lo puede realizar el profesional de enfermería. A excepción de la terapia de presión negativa utilizada en abdomen abierto donde el procedimiento es exclusivo del profesional médico.

Materiales requeridos para aplicación del sistema terapia de presión negativa

- Apósito o esponja de poliuretano, grado médico, porosa, interconectada 100%, inerte, apirógena, que incluye drape oclusor y conexión para drenaje, para ser usada con el sistema de presión negativa.
- Recolector para fluidos o exudados, completamente sellado, con conexión y conector para apósito de poliuretano, de plástico transparente con solución que gelatinice los fluidos, con capacidad para 300 cc aproximadamente, para ser usado con sistema presión negativa.

Indicaciones de la terapia de presión negativa:

- Dehiscencias de heridas quirúrgicas
- Heridas quirúrgicas infectadas
- Úlcera venosa crónica
- Úlceras por presión
- Úlceras arteriales
- Pie diabético
- Heridas agudas y traumáticas con pérdidas de sustancia
- Injertos cutáneos

Beneficios que se obtienen con la aplicación de la terapia de presión negativa:

- Acercar los bordes de las heridas o úlceras para un cierre terciario o facilitar un colgajo o injerto si fuese necesario.
- Aumentar la perfusión sanguínea local
- Aumentar la llegada de nutrientes a las úlceras o heridas
- Acelerar la tasa de formación de tejido de granulación



- Disminuir los niveles bacterianos en las úlceras o heridas
- Reducir el tiempo de recuperación del paciente
- Aumentar la tasa de sobre vida de injertos cutáneos
- Tratar pacientes con heridas o úlceras muy complejas por corto tiempo en hospitalización, para luego lograr hacer un injerto y/o egresarlos; y atenderlos ambulatoriamente
- En algunos casos, permite internar menos pacientes porque se podría manejar ambulatoriamente en el hogar, cuando las condiciones del paciente lo permitan

Contraindicaciones de la terapia de presión negativa:

- Presencia de escara necrótica, ésta debe retirarse antes de aplicarse la terapia.
- Osteomielitis sin tratamiento: En casos muy severos, debe aplicarse terapia de antibióticos al menos 2 semanas antes de poner el sistema, si la infección no es tan profunda, puede usarse concomitantemente con la antibioticoterapia
- Fístulas no conducidas

Precauciones con la terapia de presión negativa:

- Exposición de órganos, venas o arterias: deben cubrirse con tejidos viables del paciente o con materiales anti-adherentes para evitar el contacto directo del apósito con los mismos
- Sangrado: debe vigilarse el recolector para determinar que no se esté llenando con sangre del paciente, eso significaría hemorragia, es en ese caso debe suspenderse de inmediato la terapia
- Pacientes anticoagulados: Se puede usar, solo requiere vigilancia regular por recolección de sangre a nivel de recolector, signo de hemorragia, en este caso amerita suspensión inmediata.
- La terapia no debe de permanecer apagada por más de dos horas. En caso de ser necesario apagar la terapia por completo, se debe de retirar la terapia, realizar curación y valorar de nuevo la colocación.



Imagen 4. Tratamiento local con terapia de presión negativa

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 80 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002



10.3.2.10 Material para injerto para epitelización oasis

Características y especificaciones

Material de colágeno, tipo matriz extracelular, para epitelización de heridas que contenga al menos tres tipos de colágeno, con factores de crecimiento, con fibronectina y ácido hialurónico, extraído de la submucosa intestinal del intestino delgado del cerdo, que se integre o injerte al lecho de las heridas, empaque individual, esterilizado.

Indicaciones:

- Para lograr epitelización de úlceras o heridas que tengan al menos un 80 % de granulación
- Para úlceras por presión
- Úlceras venosas y arteriales
- Para heridas dehiscentes
- Para lesiones traumáticas con pérdida de sustancia

Contraindicaciones:

- Presencia de infección en la lesión
- Reacciones alérgicas al cerdo
- Factores culturales (Judíos u otros que no se relacionen con cerdo)

10.4 ANEXO 4. DISPOSITIVOS QUE ALIVIAN / REDUCEN LA PRESIÓN

Las superficies de apoyo constituyen parte del tratamiento total individualizado que recibe la persona; lo más adecuado es seleccionar superficies de apoyo que tengan la capacidad de reducir al máximo la presión.

Se recomienda seleccionar superficies de apoyo que mantienen la presión por debajo de 30 (treinta) mm Hg, debido a que el valor promedio de la presión capilar es de 30 mm Hg la escala de valores se sitúa entre 6 y 30 mm Hg.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 81 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Características que debe poseer una superficie de apoyo.

- Actuar como fuerza igualadora de la presión de distribución del dispositivo.
 1. Reducir al máximo el grado de presión en la piel y tejido subyacente.
 2. Proporcionar estabilidad adecuada y necesaria
 3. Permitir cambios de peso
 4. Permitir facilidad en el transporte
 5. Saber controlar la temperatura superficial de la piel
 6. Saber controlar la humedad superficial de la piel
 7. Pesar poco, portátil
 8. Su costo no sea muy alto.
 9. Fácil de limpiar y desinfectar
 10. Ser sólidos
 11. Flotación seca, fomenta la circulación sanguínea
 12. No debe contener látex
 13. Garantizar presión de interfase entre la piel y la superficie del dispositivo (silla de ruedas, colchón, cojín, botas protectoras, etc.), menor a 30 milímetros de mercurio (30mm Hg.) y así evitar el cierre capilar e isquemia causante del desarrollo de UPP.
 14. Flotación en aire y no en agua (ésta última promueve la proliferación de microorganismos patógenos y de infecciones respiratorias).



10.4.1 Anexo 4.1

Cuadro N° 9

Diferentes dispositivos que alivian / reducen presión: Colchones, almohadas, cojines, botas protectoras, fundas tubulares.

PRODUCTOS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Rellenos de aire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poco peso ➤ Fácil de limpiar ➤ Eficaces 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se pueden pinchar ➤ Dificiles de reparar ➤ Hay que controlar constantemente el aire ➤ No se recomiendan donas ni flotadores por que producen isquemia.
Rellenos de agua	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fácil de limpiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se pinchan fácilmente ➤ Pesados ➤ Agua se contaminan con pseudomona y otros microorganismos patógenos. ➤ Promueven, infecciones del aparato respiratorio (neumonías) sensación de mareos, hipotermia.
Rellenos de gel ➤ (visco elásticos)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se ajustan a los movimientos del cuerpo ➤ Fácil de limpiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesados ➤ Precios costosos. ➤ No absorben líquidos ni malos olores
Productos de espuma	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilidad ➤ Gran variedad ➤ Baratos ➤ Poco peso ➤ Fácilmente modificables 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vida útil corta ➤ No se limpian fácilmente ➤ Las propiedades cambian con el tiempo ➤ Soportan combustión (son inflamables)
Colchón celdas llana de microesferas de cerámica siliconaza puestas en fluidificación por una corriente de aire caliente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Persona permanece en estado de ingravidez ➤ Reduce puntos de presión. ➤ Fácil de limpiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Precios costosos.
Colchón cilindros de aire con válvulas automáticas que regulan la entrada y salida de aire de acuerdo al peso de la persona a la presión atmosférica y temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Previene el desarrollo de úlceras por presión. ➤ Antibacterial ➤ Alivio dinámico de presión. ➤ Fácil de limpiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Precios costosos. ➤ No se debe utilizar en personas con tracción cervical y fracturas de columna inestable.

Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2013.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 83 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.5 ANEXO 5. CURACIÓN EN CASA

La enfermera responsable, debe brindar las siguientes recomendaciones a los cuidadores de los usuarios que presentan lesiones a la integridad de la piel y que requieren curaciones en su domicilio.

Indicaciones para la persona que va a realizar la curación:

1. Preparar los materiales para curación.
2. Lavado de manos con agua y jabón antes de empezar la curación; el lavado de manos debe ser minucioso, con una duración de 30 segundos a lo mínimo. Lavando entre los dedos, uñas y palma. Secarse las manos con un extremo (punta) del paño.
3. Reunir todos los materiales que va a necesitar ANTES de la curación

Materiales básicos para la curación.

- Agua hervida a temperatura ambiente
- Torundas de gasa estériles (bolitas de gasa)
- Gasa estéril (cuadros de gasa)
- Vendas de gasa: si la enfermera o el médico se lo han indicado
- Producto para curación: la enfermera (o) o el médico se lo proporcionan
- Esparadrapo o micropore
- Bolsa plástica para depositar la basura
- Jabón: utilizar solo si la enfermera (o) lo indica.

Instrucciones

- 1- Lavado de manos antes de iniciar.
- 2- Quitar la gasa o apósito de la herida y depositarla en la bolsa plástica
- 3- Lavarse nuevamente las manos con agua y jabón. Secárselas con otro extremo (punta) del paño, el que está seco.
- 4- Tomar una torunda (bolita de gasa) mojarla con agua estéril o la solución que se la haya indicado para limpiar y pasarla en la herida SOLO UNA VEZ y desecharla en la bolsa plástica.
- 5- Esta acción se repite iniciando la limpieza desde el centro de la herida hacia fuera (los bordes) hasta que considere que está limpia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 84 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- 6- Si la curación es en una extremidad (pierna, pie, brazo, mano) puede echarle la solución indicada para curar desde una distancia aproximada de 10 a 15 centímetros de altura, esto hará la misma función de pasar la torunda, posteriormente seca el centro con una torunda y para secar los bordes debe utilizar OTRA torunda de gasa.
- 7- Observe la herida: debe estar rosada, más que la curación anterior y cada día más pequeña, no debe oler (excepto si puso membrana, cuando la quite huele pero es pasajero).
- 8- Aplique el producto que se le haya indicado que ponga en la úlcera.
- 9- Ponga gasa y/o vendaje indicado y esparadrapo o micropore
- 10- Recoja los materiales sucios en una bolsa plástica, amárrela y deséchela en el basurero.
- 11- Al terminar no olvide lavarse las manos con agua y jabón. Secárselas con el centro del paño
- 12- Para cada curación utilice un paño limpio.

Recomendaciones

- 1- El área o lado del material utilizado en la curación, que va a estar en contacto con la herida, (torunda de gasa, cuadros de gasa, aplicadores, membrana o parche, gel, bordes del orificio por donde sale el gel o solución que va aplicar) **NO DEBE** tocarse con las manos o contra alguna superficie, porque se contamina y si la lleva a la herida ésta se contamina e infecta.
- 2- Cuando ponga membrana o parche (apósito hidrocoloide) en la herida, debe observarla **CADA DIA**, si está despegada o sale exudado (secreción) por los bordes debe cambiarla, aunque la haya puesto el día anterior
- 3- La membrana o parche (apósito hidrocoloide) en la herida se forma una “bombita” de color blanco, si está **MUY** inflada debe cambiarla. Si por el contrario no sale exudado por los bordes ni está con globo, déjela los días que la enfermera la indicó.
- 4- Al poner la membrana o parche, (apósito hidrocoloide) fíjese que alrededor u orilla de la herida la piel está completamente **SECA**, por que si está húmeda la membrana **NO** pega.
- 5- Después de pegarla, sostenga con sus manos por lo menos un minuto, el calor de las manos ayuda a pegar mejor.
- 6- Cuando la herida está infectada **NO** debe usar membrana o parche (apósito hidrocoloide).
- 7- Cuando la piel alrededor de la úlcera está enrojecida **NO DEBE** usar membrana o parche (Apósito hidrocoloide)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 85 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- 8- Reporte al personal de salud (Clínica de ÚLCERAS), cualquier señal de enrojecimiento, hinchazón o dolor alrededor de la herida. Así mismo si observa pus en la herida.
- 9- Si la persona afectada presenta fiebre debe llevarla a la Clínica o EBAS que le corresponda.
- 10- Recuerde que es muy importante que asista a todas las citas en el Centro de Salud que le corresponda o en la Clínica de ÚLCERAS, para valorar la evolución de la herida
- 11- Si por algún motivo no va a asistir a la cita llame por teléfono y avise, para que en su lugar atiendan a otra persona.
- 12- Use almohadas o esponjas para que pueda posicionarse bien y prevenir complicaciones.
- 13- Al posicionarse en la cama o en silla de ruedas cuide que la o las heridas queden libres de contacto con cualquier superficie.
- 14- Tenga presente que para la pronta recuperación debe ingerir (comer) alimentos que contengan proteínas, vitaminas y minerales. Carne de res por lo menos una vez por semana, una vez al día verduras, frutas y tomar como mínimo 8 vasos de líquido al día (incluye agua, café, té, refrescos) leguminosas: fríjol, garbanzos, lentejas, cereales, huevos 1-2 por semana si no hay restricción para ingerirlas.
- 15- También es importante mantener limpia y seca la piel para evitar infecciones, hongos y que la herida se haga más grande.
- 16- Recuerde NO debe acostarse sobre la herida, ni friccionarse contra cualquier superficie.
- 17- Si está en la cama cambie de posición cada 1 o 2 horas.
- 18- Si usa silla de ruedas haga elevaciones cada 15 minutos, mínimo 10 cm. de alto y use un cojín adecuado, si usted no puede hacer elevaciones por sí mismo, pida a un familiar o cuidador (a) que se las haga.
- 19- Siga indicaciones del personal de salud, ellos se preocupan por SU SALUD pero NO OLVIDE: LA MAYOR PARTE “ DEPENDE DE USTED”

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 86 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.6 ANEXO 6. COMO MEDIR UNA ULCERA POR PRESIÓN

La medición periódica (mínimo cada 7 días) de una úlcera, constituye uno de los parámetros más evidentes del proceso de cicatrización o el estancamiento de ésta.

Para lograr una correcta medida tendremos como parámetro el reloj y una regla o centímetro.

Se debe medir el diámetro o superficie, la profundidad y túneles (cavidades, conejeras) si los hay.

DIÁMETRO: corresponde a la longitud y anchura de una úlcera o herida.

LONGITUD O LARGO: mide la úlcera desde las 12 hasta las 6 horas (12 corresponde a la cabeza y los pies a las 6 horas)

ANCHURA O ANCHO: mide la distancia desde las 3 hasta las 9 horas.

PROFUNDIDAD: inserte un aplicador estéril en el punto más profundo de la herida, apriételo en el nivel que ésta la piel (en ángulo recto: 90°). Médalo con regla o centímetro.

TUNELES (CONEJERAS, CAVIDADES): deslice un aplicador estéril hacia la posición de las 12 horas, siguiendo (las manecillas del reloj), a la 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 horas. Observe la profundidad del tejido comprometido en cada una de las posiciones.

También se aconseja medir el volumen de la úlcera, esto nos permitirá conocer cuánto tejido le falta y las medidas correctas a utilizar para su total regeneración tisular.

VOLUMEN: Se coloca un plástico transparente adhesivo encima de la úlcera, con una jeringa se le introduce agua estéril o suero fisiológico hasta llenarla midiendo lo que se introduce. Se recomienda realizar este procedimiento una vez al mes, a partir de la primera valoración.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 87 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.7 ANEXO 7. PROCEDIMIENTO TOMA DE CULTIVO DE HERIDAS O ÚLCERAS

Objetivo:

- 1- Obtener muestra de la herida o úlcera con técnica aséptica médica, para dirigir acciones en tratamiento de curaciones y recuperación.
- 2- Aportar datos complementarios para el diagnóstico
- 3- Identificar e instruir a la persona del procedimiento a realizar

Equipo

Azafate conteniendo:

- 1- Equipo de curación y tijera estéril
- 2- Tubo de ensayo con aplicadores
- 3- Guantes estériles
- 4- Agua estéril
- 5- Jabón
- 6- Recipiente de desecho (bolsa plástica o papel)

Procedimiento:

- 1- Limpiar con torunda húmeda con agua estéril y jabón clorhexidina la herida, incluyendo los bordes.
- 2- Pasar el aplicador en forma rotatoria, desde el borde interno al externo.
- 3- Con un aplicador frotar el fondo de la herida y/o las áreas que desee extraer muestra.
- 4- Si es posible extraiga tejido, el cual permite mayor confiabilidad de la muestra
- 5- Prosiga la curación según lo indicado.

Nota:

- Debe tener presente que la muestra debe ser procesada antes de las dos (2) horas después de este tiempo el resultado no es confiable.
- El transporte debe hacerse cuidando que el tubo permanezca cerrado, rotulado y llevado en recipiente adecuado.
- Lo recomendable sería solicitar una biopsia dado que todas las úlceras poseen gérmenes de la flora normal.
- En procesos osteomielíticos, la muestra ideal es hueso obtenido en forma quirúrgica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 88 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10.8 ANEXO 8. DOLOR

Definición: Sensación desagradable causada por estimulación de carácter masivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Es un síntoma cardinal de la inflamación y es valorable en el diagnóstico de gran número de trastornos y procesos.

Tipos de dolor: Leve o severo, crónico, agudo punzante, sordo o vivo, localizado o difuso, ardor, punzada, pulsaciones, quemante, rítmico.

La respuesta al dolor varía de una persona u otra, de acuerdo a los siguientes factores de riesgo:

- Psicológicos
- Enfermedades asociadas
- Lesiones específicas
- Estado de salud
- Umbral del dolor
- Miedo y ansiedad

Valoración del dolor:

- Expresiones verbales
- Expresiones no verbales: Gemidos- lamentos

Figura 2
Ilustración de las diferentes escalas para medir la intensidad del dolor

ESCALA DEL DOLOR



Fuente: ucief.blogspot.com/2011/02/eva-escala-simple-y-visual-valorar

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 89 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10. 9 ANEXO 9. CAMBIOS DE POSICIÓN

Cuando las personas están en reposo, los músculos tienen cierto grado de contracción; esto se conoce con el nombre de tono muscular. La contracción enérgica y prolongada de un músculo origina el estado de fatiga, es el resultado de incapacidad de los procesos contráctiles y metabólicos de las fibras musculares, por lo que el tono se debilita cada vez más, debida a la pérdida de líquidos de reserva (depleción) energética en las propias fibras musculares.

Además si un músculo no se utiliza o se emplea para efectuar contracciones, se produce atrofia muscular que puede llevar a la incapacidad parcial o permanente y promueve el desarrollo de úlceras por presión.

Objetivos

1. Mantener una correcta alineación del cuerpo.
2. Proporcionar comodidad y confort.
3. Prevenir las úlceras por presión.

Equipo- Material

- Sabana grande
- Sabana movable.
- Pañal o cruzado.
- Crema hidratantes.
- Almohadas grandes- pequeñas.
- Cuñas.
- Botas protectoras.

Procedimiento.

- a) Informar a la persona de lo que se le va a realizar, esto facilita su cooperación y reduce la tensión.
- b) Lavarse las manos antes de atender al usuario(a), disminuye el riesgo de contaminación e infección cruzada.
- c) Los cambios de posición es preferible hacerlos entre dos personas, se puede utilizar la ayuda del familiar (este se sentirá útil y puede aprender para el cuidado en el hogar) y sabanas movibles, que evita maltrato por que el peso, se distribuye podrá levantar a la persona con mayor facilidad.
- d) Posición decúbito lateral derecha o izquierda: emplear almohada o cuña en la espalda para impedir que gire sobre está. Dejar a la persona para que descanse sobre la cadera, flexionar la rodilla de la pierna inferior, se sentirá más cómodo, tener cuidado que se desplace demasiado una pierna, puede producir luxación de la articulación del coxo femoral. Colocar almohada pequeña debajo de la cabeza y en medio de las rodillas.
- e) Posición decúbito ventral o prono: la piel de la espalda y del lado posicionado puede estar enrojecida y mostrar muestras de marcas de arrugas de la ropa de cama. Cada vez que cambia de posición, friccionar la espalda y área de presión con crema humectante para prevenir resequedad en la piel. Esta posición facilita el drenaje de secreciones por cavidad oral. Tener cuidado que los dedos de los pies queden libres, sin presión.
- f) Posición decúbito dorsal o supino: acostarse sobre la espalda es la posición que menos se recomienda, si no existe prescripción médica, es la posición que presiona una mayor

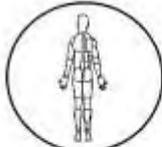
	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 90 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

cantidad de estructuras óseas por lo tanto, propicia o promueve el desarrollo de las úlceras por presión.

- g) Posición Fowler: la persona en posición supina o decúbito dorsal, levanta la cabeza en ángulo de 90 grados, apoyando las curvaturas de las piernas y los hombros sobre las almohadas para que se sienta comfortable. Antes de levantar la cabeza, se recomienda levantar los pies para evitar que se resbale y deslice hacia la parte inferior de la cama, lo que nos permite prevenir una complicación llamada cizallla o roce, debido a este deslizamiento quedando la piel sensible a desarrollar úlceras por presión.
- h) Posición semi Fowler: es igual a la posición Fowler, solo que con la cabeza a 45 grados. Estas posiciones son recomendadas a personas con dificultades respiratorias y problemas cardíacos.
- i) Los cambios de posición cada dos horas facilitan la capacidad vital y la asistencia a cada persona, se considera muy importante para mantener y/o recordar la independencia de la persona.
- j) Hacer ejercicios activos (los que le realiza la persona por sí mismo (a) y pasivos (los que le realiza otra persona por no poder hacerlos por sí mismo (a) en miembros superiores (brazos) e inferiores (piernas) cada vez que se cambia de posición según el arco de movimiento normal, previene la atrofia muscular, trastornos electrolitos, estimula la motilidad abdominal y circulación sanguínea.
- k) Colocar la almohada bajo las pierna, músculos gastrecnomios (gemelos), dejar talones libres (al aire) y pies en posición anatómica para prevenir la caída de este (pie de péndulo). Si la persona puede movilizar los pies debe ejercitarse en movimientos de flexión y extensión, inversión y eversión.
- l) Consideraciones especiales:
 - Cuando realice el cambio de posición cubra o cobije a la persona para evitar enfriamientos.
 - No hacer masajes en las estructuras óseas (huesos) propiamente, sino alrededor de esta, para estimular la circulación de la periferia ósea.
 - Utilizar siempre sabana movable para hacer los cambios de posición, da facilidad para levantar y no arrastrar a la persona en el movimiento, esto previene fricciones y roces de la piel y el colchón.
 - Para realizar el procedimiento es de vital importancia tener conocimiento de mecánica corporal, para hacer la movilización y prevenir lesiones en la persona que la realiza.



Horario de cambios de posición



Comisión Nacional para la Prevención
y Tratamiento de Úlceras por Presión

Horario de cambios de posición



7 a.m.
Lado izquierdo

LATERAL DERECHO

7 p.m.
Lado izquierdo

9 a.m.
Lado derecho



9 p.m.
Lado derecho

11 a.m.
boca arriba

LATERAL IZQUIERDO

11 p.m.
boca arriba

1 p.m.
Lado izquierdo



1 a.m.
Lado izquierdo

3 p.m.
Lado derecho

BOCA ARRIBA

3 a.m.
Lado derecho

5 p.m.
boca arriba



5 a.m.
boca arriba

R E C U E R D E

Elevar los talones y no colocarlos
sobre el área ulcerada



Horario de cambios de posición

Horario de cambios de posición

Decúbito Dorsal

- Cuando se alimenta
- Cuando va a terapia

Abreviaturas

DLD: Decúbito Lateral Derecho
DLI: Decúbito Lateral Izquierdo

H O R A R I O
1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23 horas

Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2007

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 93 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10. 10 ANEXO 10. Guía educativa a usuarios, sus familiares y cuidadores que presenten riesgos o tengan úlceras de presión.

¿Qué son Úlceras por Presión?

Son lesiones en la piel que se presentan en las personas que por diversas razones no pueden moverse normalmente y que permanecen en una misma posición por más de media hora.

Algunas causas como la desnutrición, edad avanzada, enfermedades como la Diabetes, el Cáncer, algunas fracturas, Accidente Vascular Cerebral (derrame), lesiones o enfermedades de la médula espinal, traumas de cráneo, entre otras, favorecen el desarrollo de estas lesiones.



RECUERDE:

El mejor tratamiento para evitar las úlceras por presión, es darle cambios de posición cada dos (2) horas y/o moverlo fuera de la cama cuando su estado de salud se lo permite.

Ayúdel@ a hacerlo tomando precauciones para evitar una caída.

"No es suficiente hacer, es necesario hacerlo de forma correcta y ser perseverante."
Susana

Dirección de Comunicación Organizacional
Departamento de Mercadeo Social




Caja Costarricense de Seguro Social
Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión



Guía educativa a usuari@s, sus familiares y cuidadores que presenten riesgos o tengan úlceras por presión.







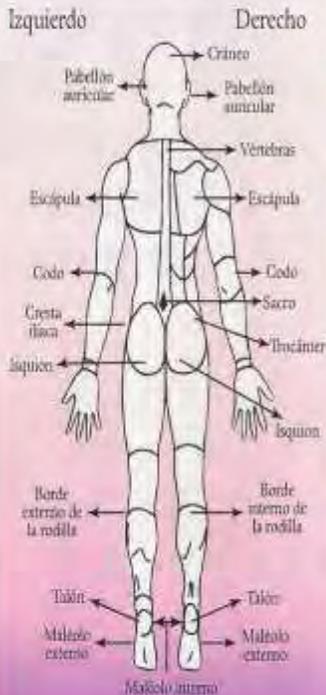
"Todo lo que hagais, hacedlo con amor"
1 Corintios 16:14




Fuente: Representantes de la Comisión Nacional para la Prevención y Tratamiento de UPP, CCSS, 2007

¿Cuáles son las áreas del cuerpo que pueden lesionarse?

En el siguiente dibujo podemos observar las áreas del cuerpo que tienden a ulcerarse cuando la movilidad de la persona se ve afectada por las condiciones y enfermedades mencionadas.



¿Cómo prevenir las lesiones?

Para evitar que la piel del enferm@ se ulcere debe cumplir estas recomendaciones:



1. Cambiar de posición cada dos horas o antes si fuera necesario, ya sea que esté en cama o sentado en silla.



2. Mantener la piel limpia y seca, sobre todo en el área genital.



3. La ropa de cama debe estar limpia, seca, sin arrugas y ser suave.



4. Hacer uso de almohadillas de diversos tamaños para proteger las zonas de riesgo, teniendo el cuidado de dejar al aire talones, tobillos, codos y otros.



5. Incluya en su alimentación: carne, verduras, frutas, huevos, leche y ocho (8) vasos de líquidos por día, para ayudar a mantener la piel sana.



6. Aprovechar todo momento en que se asiste y se acompaña al enferm@, para realizarle ejercicios de brazos y piernas.



7. Al realizar los cambios de posición, hacer masaje con alguna crema en áreas como la espalda, región sacra (colita), talones y otras zonas de riesgo.



8. Si observa áreas enrojecidas, inflamadas o muy pálidas debe comunicarse con el personal de Enfermería o con el médico tratante.



9. Los cuidados mencionados deben realizarse durante la estadía del enferm@ en el hospital y continuar con ellos cuando regrese al hogar.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 95 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

10. 11 ANEXO 11. MANUAL DE INSTRUCTIVO DEL EXPEDIENTE DE SALUD FORMULARIO “REFERENCIA – CONTRA-REFERENCIA”

Sistema: Estadísticas de salud

Formulario: 4-70-04-0140 “Referencia – Contra-rreferencia”

Revisión Técnica del Formulario: MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe Área de Estadística en Salud, MSc. Susana López Delgado, Subárea de Análisis Estadístico Bach. Leslie Vargas Vásquez, Subárea de Aseguramiento de la Calidad y Control Estadístico, Licda. Leda Alfaro Morales. Subárea de Normalización y Regulación Técnica. Área de Estadística en Salud.

Autor: Licda. Leda Alfaro Morales. Subárea de Normalización y Regulación Técnica. Área de Estadística en Salud. 14//02/2013

Revisado: Lic. Rodolfo Madrigal Saborío/Jefe Subárea de Normalización y Regulación Técnica. Área de Estadística en Salud. 25/02/2013

Oficializado: 27 /02/2013

El formulario de referencia y contrarreferencia de pacientes es el registro de salud mediante el cual se documenta el traslado de pacientes entre centros de un mismo nivel, centros de un nivel a centros de otro nivel de la misma red de servicios, centros de diferentes redes de servicios, o incluso, entre Instituciones, para efectos de continuidad de la atención, debiendo ser utilizado por los profesionales en salud facultados para referir o contrarreferir pacientes a los servicios de consulta externa y de urgencias.

Por tener este instrumento un doble uso, el profesional en salud deberá marcar con (x) a aplicación respectiva según sea el caso: () referencia o () contrarreferencia; en todo caso, el formulario debe ser completado utilizando bolígrafo con tinta color azul o negra, con letra clara y legible, debiendo omitirse el uso de marcadores fosforescentes para resaltar anotaciones, por sus efectos degradadores de la tina, ni sellos que interfieran con lectura de los datos.

Este instrumento deberá ser llenado en forma exhaustiva, conforme se instruye adelante, dado que cada dato incluido cumple una finalidad específica en el sistema de información institucional. El formulario original, una vez asignada la cita debe ser custodiada por el personal de citas, cuando el paciente no cuente con expediente abierto en el centro, caso contrario se remitirá mediante lista al archivo, para su inclusión en el expediente respectivo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 96 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Es importante mencionar que el proceso de revisión y actualización de este formulario participaron, miembros del equipo técnico de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud Dr. Raúl Sánchez Alfaro, Dr. José Miguel Angulo Castro, Dr. Hugo Chacón Ramírez, por parte el Hospital Monseñor Sanabria participó Dr. Randall Alvarez Juárez Director Médico y las Jefaturas de Servicio de este centro de salud.

Anverso:

1. Criterio de priorización. Conforme al área de atención, consulta externa o urgencia, selecciones la prioridad en la asignación de la cita o atención, según corresponda:

2. Consulta Externa. Marque la opción correspondiente, a saber:

1. Urgente. La atención debe ser brindada inmediatamente.

2. A cupo. La cita se otorgará conforme a la disponibilidad en agenda.

3. Servicio de Urgencias. Marque el color correspondiente, conforme a la clasificación de la OPS/OMS, a saber¹⁹:

Código Rojo (primera prioridad)

- ✓ Problemas respiratorios no corregibles en el mismo sitio.
- ✓ Paro cardíaco (Que se haya presenciado en ese momento).
- ✓ Pérdida apreciable de sangre (1 litro).
- ✓ Pérdida de conciencia.
- ✓ Perforaciones torácicas o heridas penetrantes abdominales.
- ✓ Algunas fracturas graves (pelvis, tórax, vértebras).
- ✓ Quemaduras complicadas por compromiso a nivel de la vía aérea.

Código amarillo (segunda prioridad). Paciente requiere cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad como para que sus vidas corran peligro.

¹⁹ OPS/OMS Sistema de categorización de ciertas patologías por colores para orientar la evaluación y priorización de pacientes para efectos de atención.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 97 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

- ✓ Quemaduras tipo AB con más del 30% de superficie corporal comprometida.
- ✓ Quemaduras tipo B con más del 10% de superficie corporal comprometida.
- ✓ Quemaduras complicadas por lesiones mayores o tejidos blandos o fracturas menores.
- ✓ Quemaduras tipo B que involucran áreas críticas como manos, pies, cara, sin problema de vía aérea.
- ✓ Pérdida de sangre moderada (500 cc).
- ✓ Lesiones dorsales con o sin daño de columna vertebral.
- ✓ Pacientes conscientes con daño cráneo-encefálico importante (confusión mental, hematoma subdural).

Los pacientes que presenten daño cráneo-encefálico pueden presentar los siguientes signos que ayuda a objetivarlo.

- ✓ Salida de LCR por oído o nariz.
- ✓ Aumento rápido de la presión sistólica.
- ✓ Vómitos biliosos.
- ✓ Cambio en la frecuencia respiratoria.
- ✓ Pulso menor de 60 por minuto.
- ✓ Hinchazón o amoratamiento por debajo de los ojos (Fascie mapache).
- ✓ Anisocoria.
- ✓ Reacción motora débil a la estimulación sensitiva.

Código verde (tercera prioridad) Esta se puede clasificar en lesiones menores y lesiones mortales. Se incluyen éstas últimas en tercera prioridad porque la posibilidad de sobrevida es baja y requieren demasiada atención médica que va en desmedro de la atención dirigida a pacientes con mejores posibilidades de sobrevida.

Lesiones menores: Sin riesgos para su vida

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 98 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

- ✓ Fracturas menores
- ✓ Abrasiones, contusiones
- ✓ Quemaduras menores.
- ✓ Quemaduras de tipo AB menores del 15% de superior corporal.
- ✓ Quemaduras tipo B menores del 2% de superior corporal.
- ✓ Quemaduras tipo A menores del 20% de superior corporal.

I. Paciente

4. Nombre. Anote el nombre y apellidos completos del paciente, tal y como aparecen en el documento de identificación. No utilice abreviaturas.

5. Fecha de Nacimiento. Registre la fecha de nacimiento utilizando el formato dd/mm/aaaa.

6. Sexo. Marque la casilla correspondiente indicando el sexo del paciente: *masculino o femenina*.

7. Tipo de identificación. Seleccione el tipo de identificación que porta el usuario al emitirse la referencia/contrarreferencia: *cédula de identidad en Registro Civil, identificación temporalmente interna o extranjero con identificación CCSS*.

8. Número de Identificación. Anote el número de identificación tal y como aparece la clasificación en el SIAC, registre un dígito por casilla, en orden de izquierda a derecha.

9. Tipo de consulta. Marque la opción correspondiente en la que fue atendido el paciente: *consulta presencial*, la brindada en forma directa y presencia, individual o grupal, por uno o varios profesionales en salud (multidisciplinaria); o *teleconsulta*, la impartida a una persona, por un especialista en salud en forma virtual, mediante el uso de la tecnología de “teleconferencia”.

10. Residencia habitual. Anote en el campo respectivo la provincia, el cantón y el distrito en que reside el paciente.

11. Dirección exacta. Describa la dirección exacta de residencia del paciente, utilizando calles y avenidas o puntos de referencia conocidos: negocios, centros educativos, iglesias, sitios públicos, etc.

12. Números de teléfono del paciente. Anote los números de teléfono del paciente o persona que tramita la cita.

13. Números de teléfono para mensajes y nombre de persona con quien dejarlo. Indique los números de teléfono y el nombre de la persona con quien pueda dejarse mensajes relacionados con la cita.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 99 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

14. Nombre del padre. Anote el nombre y apellidos completos del padre del paciente.

15. Nombre de la madre. Anote el nombre y apellidos completos de la madre del paciente.

II. Centro que refiere o contrarrefiere

16. Nombre del centro. Anote el nombre del centro de salud en que se efectuó la atención y se realiza la referencia o contrarreferencia.

17. Área de atención. Marque con una “X” el área de atención a la cual se refiere o contrarrefiere el paciente. Consulta Externa, Urgencias u Hospitalización.

18. Servicio. Seleccione con una “X” el nombre del servicio donde se origina la Referencia o contrarreferencia. Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría u Otro. La variable “Otro” se utilizara para servicios de apoyo y otras disciplinas.

19. Especialidad o disciplina. Identifique el nombre de la especialidad o disciplina no médica donde se da origen a la referencia o la contrarreferencia.

20. Nombre del profesional. Escriba con letra clara y legible el nombre completo del médico que da origen a la referencia o contrarreferencia.

21. Código. Anote con números claros y legibles el código del profesional en salud que firma la referencia o contrarreferencia.

22. Número de teléfono y extensión del profesional. Anote con números claros y legibles el número de teléfono del profesional, y cuando correspondiere, de la extensión, para efectos de localización, en caso de necesidad.

III. Centro al que se refiere o contrarrefiere

23. Nombre del centro. Anote el nombre del centro de salud al que se refiere el paciente.

24. Área de atención. Marque con X el área de atención donde debe ser atendido el paciente.

25. Servicio: Identifique con una x el nombre del servicio donde va a ser atendido el paciente.

26. Especialidad o disciplina. Indique el nombre de la especialidad o disciplina donde va a ser atendido el paciente.

27. Nombre del funcionario de REDES responsable de completar el formulario. Anote el nombre del funcionario de REDES que realiza el llenado del formulario de referencia a especialista o contrarreferencia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 100 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.002

IV. Cita

28. Fecha de la cita. Anote con números claros y legibles, el día que le corresponde la cita el paciente.

29. Hora de la cita. Indique con números claros y legibles, la hora que le corresponde la cita el paciente.

30. Especialidad o disciplina. Identifique la especialidad o la disciplina no médica en la que será atendido el paciente.

31. Nombre del funcionario de REDES que asigna la cita. Escriba el nombre del funcionario de REDES que asignó la cita en el sistema de información o en la agenda manual.

32. Fecha de asignación de la cita. Anote la fecha en que se asignó la cita (no la fecha en que será atendido).

V. Resumen de historia clínica

Los datos del profesional en salud incluirán un breve resumen de los antecedentes según la historia clínica del paciente, así como la descripción detallada de su padecimiento actual, examen físico, copias de los exámenes de laboratorio, rayos x, etc., el diagnóstico provisional o definitivo, como también; las observaciones y resultados de la terapéutica empleada.

El resumen del profesional en salud cuidadosamente completado agiliza la atención que el paciente ha de recibir y contribuye a que ésta sea continuada.

En el análisis y la impresión diagnóstica, se debe realizar la asociación de los síntomas y signos, para detallar mejor un diagnóstico probable o sospecha, dado que no existe un diagnóstico firme, sino una hipótesis que habrá de ser confirmada o no por el curso sucesivo de la enfermedad o la acción del tratamiento impuesto.

El profesional en salud deberá detallar con palabras comprensibles y buena letra la impresión diagnóstica con la que se envía al paciente para ser tratado en un nivel superior, por su padecimiento. Así como el plan de manejo utilizado.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 101 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

En el motivo de la referencia o la contra-referencia obedece al resumen del profesional en salud, que deberá contener la información sustantiva referente al padecimiento del paciente así como el por qué se envía una referencia a un nivel de mayor complejidad.

33. Antecedentes.

34. Incapacidad. Anote con números claros y legibles, sin tachones ni omisiones, las fechas en que el paciente va a estar incapacitado, cuando así corresponda. Ejemplo: *02 al 05 de enero* inclusive.

35. Alta. Marque con una X”, según corresponda si el paciente ha sido dado de alta por el profesional a cargo de la atención. A tal efecto “...se considera alta en la especialidad en la que ha sido atendida la persona, para los efectos de registro estadístico: La decisión facultativa del profesional en salud de dar por resuelto el o los problemas identificados en el paciente, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido”.

Finalmente, el profesional que prescribe la referencia debe estampar su nombre y número de código, cuando lo tuviere y la fecha en la que la emite. De requerirse conforme al procedimiento establecido, será necesario solicitar el Vº Bº del Director Médico o de la jefatura del profesional que prescribió la referencia o contrarreferencia.

10. 12 ANEXO 12. FORMULARIO “REFERENCIA – CONTRA-REFERENCIA”



Caja Costarricense de Seguro Social

1. Criterio de priorización	
2. Consulta Externa	3. Urgencias
<input type="radio"/> 1. Urgente	<input type="radio"/> Rojo
<input type="radio"/> 2. A cupo	<input type="radio"/> Amarillo
	<input type="radio"/> Verde

REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

4. Nombre		5. Fecha de nacimiento	
6. Sexo <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino		7. Tipo de identificación <input type="radio"/> 1. Cédula identidad Reg. Civil <input type="radio"/> 2. Identificación temporal interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con identif. CCSS	
8. Número de identificación		9. Tipo de consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta	
10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón)		(Distrito)	
11. Dirección exacta:			
12. Número de teléfono del paciente		13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre		15. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro		17. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
18. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro		19. Especialidad o disciplina	
20. Nombre del profesional		21. Código	
22. Número de teléfono y extensión del profesional			

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro		24. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
25. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> Otro		26. Especialidad o disciplina	
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

IV. Cita

28. Fecha de la cita		29. Hora de la Cita ¹		30. Especialidad	
31. Nombre funcionario de REDES asignó la cita				32. Fecha de asignación de la cita	

¹ El paciente debe presentarse con 15 minutos de anticipación a la hora fijada para la atención, transcurrido este tiempo, podrá reasignarse la cita para evitar la pérdida del cupo.



V. Resumen de historia clínica

33. Antecedentes	Problemas activos del paciente	
	Subjetivos (incluye resumen de historia clínica asociada al problema)	
	Objetivos (Incluye examen físico, resultados de laboratorio, apoyo al diagnóstico)	
	Análisis (incluye proceso diagnóstico e impresión diagnóstica)	
	Plan de manejo (incluye tratamiento)	
	Motivo de referencia o contra-referencia	

34. Incapacidad desde _____ hasta _____ Número de días _____	35. Alta ² <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
--	---

²Se considera alta en la especialidad, para los efectos de estadísticos: la decisión facultativa del profesional en dar por resuelto el o los problemas tratados durante el episodio de atención finalizado.

Firma y código del profesional

Fecha

VºBº del Director o Jefatura de Servicio

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 104 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

11. BIBLIOGRAFÍA

Agren, M, (1997). The cytocompatibility of hydrocolloid dressings. Journal of wound care, 6(6), 272.

Andrades,P., Selpúlveda, S; & González, J, (2004). Curación avanzada de heridas. Revista Chilena Cir, 56(4), 396-403.

Área 4. (2005). Guía de Prevención y Manejo de las úlceras de la piel. Madrid:

Baily, Ellen y otros, (1989). Consultor de enfermería clínica. Barcelona, España: Editorial Centrum.

Baily, Ellen y otros, (1990). Curso sobre el cuidado de la piel en enfermería. Alicante, España: Fundación Procavida.

Bustamante, E. (2001). Las úlceras de presión. San José, Costa Rica. Vol 43, No. 2: Acta Médica Costarricense.

Ceballos, J. C, (2009). Curación avanzada de heridas. Revista medicina, 4(3), 262-267.

Cuesta,J (2008). Cura en el ambiente Húmedo en la patología de Dupuytren. Revista de enfermería, 31(5). Pais Vasco, España.

Davis, Magery, (1994). El programa de las heridas. Singapur: Centre for Medical Education, University of Dundee, Scotland.

De Dulanto, (1981). Dermatología médico-quirúrgica. Granada: Editorial Anal.

Domonkos, A. N. (1984). Tratado de dermatología de Andrews. Científico técnico, Habana.

García, F (2007). Eficacia de los productos para el tratamiento de úlceras por presión: una revisión sistemática con metaanálisis. Gerokomos 18(1): 36-51. España

García, F, (2008). Protocolo de prevención y tratamiento ante úlceras por presión. , octubre, No.36: Nure Investigación.

Grupo Europeo de las úlceras por presión, (1999). Directrices para el tratamiento de úlceras por presión de la UPUA. Disponible en: <http://www.genaupp.org>

Grupo Nacional España, (2003). Para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Logroño, España: GNEAUPP.

Hartman, J, (1999). La cicatrización de las heridas. Ostomy Wound Managment, 45(4): 64-68, 70-72.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 105 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

Harting, Kirsten, (1992). Advanced Wound Healing Resorce Denmark.

HHUU Virgen del Rocío, (2004). Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. Andalucía, España.

INSALUD, (1996). Guía de cuidados enfermeros. ÚLCERAS por presión. Madrid, España.

Kay (1987). Temas prácticos en Gerontología. Tomo I. EUNED, pag 61.

Kaya AZ, Turani N, et al. (2005). The effectiveness of a hidrogel dressing compared with standard management of pressure ulcers. J Wound Care, 14(1): 42-44.

Lachapelle, JM, (2002). Guía para el cuidado de las heridas. Madrid.

López, C, (2005). Actuación de Enfermería ante las úlceras y heridas. Madrid: Smith and Nephew.

Milton, Howardt, (1991). Manual Moderno de Dermatología. México: Editorial El Manual Moderno S.A.

Montes, E. I.F, (2006). Manejo avanzado de heridas. Revista mexicana de enfermería cardiológica, 14(1), 24-28.

MsCloskey J, (2002). Clasificación de intervenciones en Enfermería. St Louis: 3ra edic., Mosby.

Nanda, (2003-2004). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Ginebra: Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/overview_es.pdf

Rodríguez, L., & Camacho, P. (2008). Enfermería ante el cuidado de las heridas Crónicas. En Boletín de Enfermería de Atención Primaria. 4 (4).

Romo, M, (1999). Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente Húmedo. Salamanca: Librería Cervantes.

Rook, A., Wilkinson, DS., et al. (1986). Tratado de dermatología. DOYMA, 4ta ed. Barcela.

Salas Herrera, Isaías, (2000). Manejo del dolor en el Cáncer. Universidad de Costa Rica: Red Mundial de Información.

Saya, J., Meaume, S., et al (1996). Healing properties of calcium alginate dressings. J Wound Care. 5(8): 357-362.

Sebern, M. (1986). Pressure ulcer management in home health care: efficacy and cost-effectiveness of moisture vapour permeable dressings. Arch Phys Med Rehabil. 67: 726-729.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 106 de 106
Manual Técnico	Manual Técnico de Úlceras por Presión.	Código MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.002

SESCAM, (2005). Manual de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. España.

Sol de Villa A, Torra i Bou J, (2004). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA; 2004.

Sol de Villa, J, Navarro, R, (2006). Aspectos Legales relacionados con las úlceras por presión. Vol 17, No. 4, 203-224: Revista Scielo.

Sol de Villa , A., Torra i Bou J; & Posnett, J, (2007). Una aproximación al impacto del costo económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos (Internet), citado 1 Feb 2012; 18(4):201-10.

Sunwoo, Peggy, (1998). Cuidado de heridas del Siglo 21. USA : De Royal Industries, Inc.

Torra J, (2001). Estudio Nacional de prevalencia y tendencia de prevención úlceras por presión. España: Gerokomos 2003 14(1): 37-47.

Valls, C; Sánchez, A y otros, (2004). Validez de la Escala de Norton para valorar el riesgo de presentar úlceras de presión en un hospital Terciario, comparación con la escala Emina: Vol 14, No 6. Enfermería Clínica.

Winter, G., & Scales, J.T, (1963). Effects of fair drying and dressings on wounds. Nature, 197,99.

12. VALIDACION

El manual se envió a las jefaturas de enfermería para revisión, corrección y recomendaciones.

Los integrantes de la comisión analizaron las recomendaciones enviadas por los diferentes centros de salud.

Se hizo convocatoria a los responsables del programa de prevención y tratamiento de úlceras por presión de los diferentes centros de salud y también a las jefaturas de áreas de salud, para la socialización y aplicación del método Delphi, el cual arrojó 34 encuestas que posteriormente fueron analizadas por la comisión central.

Finalmente se envió este manual para la lectura y validación a profesionales especialistas en dermatología, cirugía reconstructiva y geriatría.