	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 1 de 37

1. OBJETIVO

Prevenir el desarrollo de lesiones de piel en pacientes hospitalizados. Por medio de la unificación de criterios de prevención e intervenciones encaminadas a mantener la integridad de la piel para disminuir o controlar el riesgo de lesiones de piel asociadas al cuidado en pro de la seguridad de los pacientes.

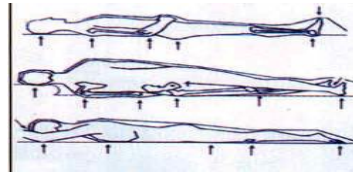
2. ALCANCE

Definir el cuidado y clasificación de las lesiones de piel asociadas al cuidado dirigido a todo el personal de Salud de las áreas asistenciales de la clínica Antioquia y de quienes están al cuidado de los pacientes e inician la valoración del riesgo de la piel y establecen medidas de prevención de las lesiones de la piel asociadas al cuidado.

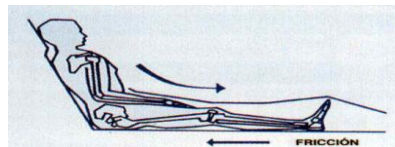
3. DEFINICIONES

- **Úlcera por presión:** Toda lesión ocasionada por una presión no reducida que produce daños en el tejido subyacente. Las úlceras por presión suelen producirse en una prominencia ósea y se clasifican según la categoría en el tejido observado.
- **Lesiones de la piel asociada al cuidado:** Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos e intrínsecos (externos e internos), entre los que se destacan las fuerzas de presión, tracción, fricción, estado nutricional; siendo determinante la relación presión – tiempo.
- **Lesiones cutáneas de baja complejidad:** son lesiones de espesor superficial (epidermis-dermis superficial) no infectadas, en fase de epitelización sin infección. Incluye cualquier localización corporal.
- **Lesiones cutáneas de mediana complejidad:** heridas extensas y profundas en fase de granulación, sin infección, incluye quemaduras cuya superficie corporal no supere el 20%, para cualquier edad. Incluye cualquier localización.
- **Lesiones cutáneas de alta complejidad:** heridas extensas y profundas en fase de granulación, infectadas, Escaras estadio IV o estadio III infectada. Cualquier localización. Pacientes con más de una herida, o una herida y una ostomía, o cualquier otra combinación de heridas y ostomías. Cualquier localización. Cualquier estadio de escara.

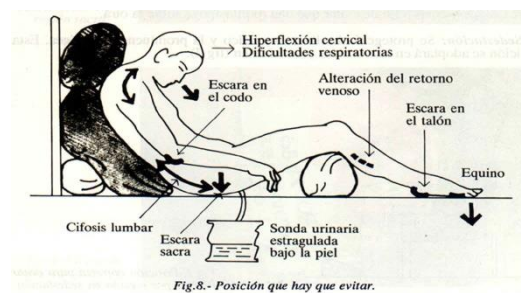
- **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. La presión capilar oscila entre 6 – 32 mm Hg. Una presión superior a 32 mm Hg, ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando Hipoxia y si no se alivia, necrosis de los mismos².




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



- **Cizallamiento:** Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona)⁴.



- **Maceración:** Provocada por exceso de humedad, por causas como incontinencia fecal o urinaria, sudoración profusa o mal secado de la piel tras el lavado. Produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

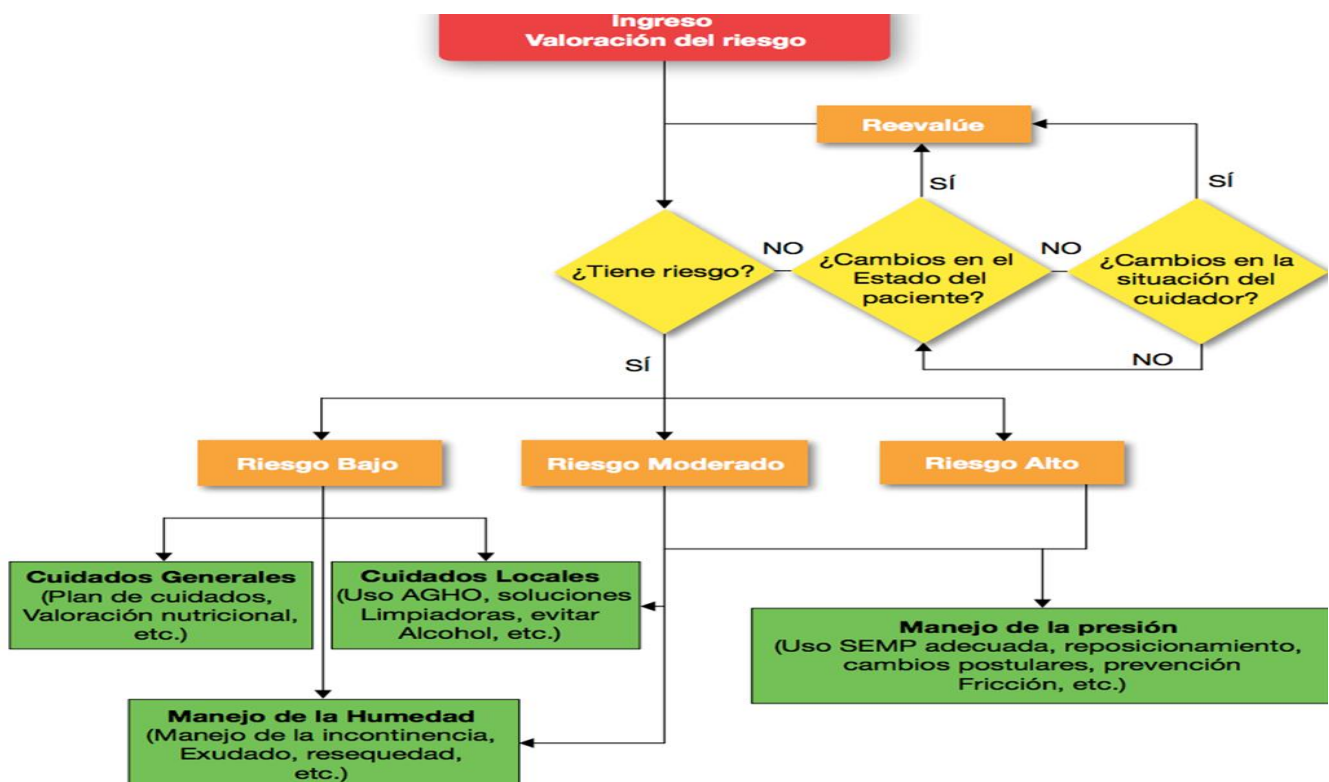
	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 3 de 37


4. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO O PROTOCOLO

- Valorar el estado de piel a todo paciente que ingrese a la Clínica Antioquia.
- Aplicar la escala Braden a todos los pacientes que ingrese a la Clínica Antioquia.
- A todo paciente clasificado con riesgo de presentar lesiones de piel se le deben implementar las intervenciones establecidas según el riesgo.
- Mantener la seguridad y la privacidad del paciente durante el procedimiento.
- Utilizar los elementos de protección personal. Gafas, guantes bata.
- Si detecta una lesión de piel asociada a la dependencia durante la hospitalización reportarla como evento adverso según el protocolo institucional <http://www.intranet.clinicantioquia.com.co/> eventos adversos.
- Todo dispositivo de uso terapéutico para evitar su desalojo debe fijarse siguiendo las recomendaciones de cuidados de piel, usar protectores cutáneos antes de colocar las cintas adhesivas.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

A continuación se define el flujograma que muestra el proceso de valoración, intervención y



	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 4 de 37

4.1 INDICACIONES

Pacientes con:

- Alteraciones circulatorias, trastorno en el transporte de oxígeno.

Pacientes adultos con:


- Desnutrición y alteraciones metabólicas.
- Alteraciones de la eliminación.
- Exposición prolongada a factores mecánicos y dispositivos externos(fuerza de Cizallamiento, fricción, presión, catéteres)
- Alteración del estado de conciencia (ACV)
- Alteración de la sensibilidad.
- Alteración motora: paresias, parálisis.
- Reposo en cama prolongado.
- Procedimiento quirúrgico mayor de tres horas.
- Trastornos inmunológicos(cáncer, infección, tumor maligno)
- Usuario que ingrese a las unidades de cuidados intensivo y/o que están bajo efectos de sedación y relajación.
- Cambios de situación del paciente: isquemia de cualquier origen, hipotensión prolongada o invasión del usuario.

4.2 CONTRAINDICACIONES

- Ninguna

4.3 MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS (INSUMOS)

- Formato de valoración de piel escala Braden de la historia clínica electrónica.
- Tablero de cambios de posición.
- Elementos de higiene: jabón neutro, agua, crema lubricante e hidratantes (**sin alcohol**), aceites minerales(oliva, almendras)
- Protectores de piel: Apósitos hidrocoloides, películas transparentes fixomull para evitar lesiones por fricción.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 5 de 37

- Cuñas para cambios de posición.(cojines o rollos)
- Elementos de protección personal: gafas, guantes, tapabocas, bata.
- Dispositivos de control de humedad: pañal, urochip, sonda rectal.

4.4 RECOMENDACIONES

- Informar en cada entrega de turno el riesgo encontrado según la escala Braden, el estado de la piel y las intervenciones implementadas en el paciente.
- En todas las actividades de ejecución y planeación de los cuidados de la piel promueva la máxima participación de la familia y el paciente.
- Garantizar que los pacientes y el personal tengan acceso a los recursos. Entre los que incluyen cremas hidratantes adecuadas, protectores de piel, consultores relevantes (jefe encargado de clínica de heridas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, ortopedia, nutrición).

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO/PROTOCOLO


N°	Actividades esenciales	Responsable
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el estado de la piel de todo el paciente que ingrese a la clínica Antioquia en el momento del ingreso al servicio, evaluando por sitio anatómico se debe prestar atención especial a prominencias óseas. Nivel de evidencia IV. ▪ Se debe realizar registros en la historia clínica electrónica sobre el estado de la piel. 	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar un plan de cuidados para el usuario adulto según el riesgo encontrado, teniendo en cuenta los datos de la valoración, los factores de riesgo identificados y los objetivos a lograr con el usuario. Nivel de evidencia IV ▪ Realizar las siguientes actividades según riesgo encontrado : > 16 = RIESGO BAJO ▪ Utilizar una superficie reductora de presión si el usuario permanece en la cama o sentado Nivel de evidencia 1a 	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería

N°	Actividades esenciales	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar cambios de posición cada 2 horas según protocolo de movilización, dejando en posiciones anatómicas funcionales. Nivel de evidencia IV ▪ Proteger talones utilizando, cojines o cuñas de espuma. ▪ Manejar la humedad, nutrición, fuerza de fricción y cizalla 	
3	<p>13 - 15 = RIESGO MEDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar almohada de herradura a nivel del cuello (protege región occipital y pabellón auricular) ▪ Proteger los codos, trocánteres, tobillos y talones utilizando, cojines o cuñas de espuma. ▪ Aplicar protector de piel (sencicare, cavilon) y coloque película transparente (fixomull) o hidrocoloide extra delgado; Si identifica zonas de presión. ▪ Evitar el posicionamiento en región sacra y trocánter, se recomienda un giro de 30° a cualquiera de los dos lados sostener el cuerpo con rollo de cobija en la región posterior, colocar almohada o cobija cubierta con funda entre las rodillas flejadas. Nivel de evidencia IV ▪ Manejar la humedad, nutrición, fuerza de fricción y cizalla 	Auxiliar de enfermería y/o Enfermera
4 continua	<p><12=RESGO ALTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Superficie Reductora De Presión: Utilice colchoneta y cojín antiescaras específico. Nivel de evidencia Ia. ▪ Realice cambio de posición cada 2 horas se recomienda un giro de 30° a cualquiera de los dos lados con cuñas de espuma. Nivel de evidencia IV ▪ Mantenga la alineación corporal, distribución del peso y equilibrio corporal. Nivel de evidencia IV 	Auxiliar de enfermería y/o Enfermera


N°	Actividades esenciales	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteja los codos, trocánteres, tobillos y talones utilizando acojinamiento con cojines o cuñas de espuma. Nivel de evidencia IV ▪ Evite colocar al individuo directamente sobre dispositivos médicos como tubos o sistemas de drenaje. ▪ Valore y maneje la humedad excesiva relacionada con los fluidos corporales. Nivel de evidencia IV ▪ Evitar emplear productos en forma de anillo, o aquellos que localicen la presión en otras zonas. Nivel de evidencia IV ▪ Monitorice grado de dolor e intervéngalo ▪ Maneje la humedad, nutrición, fuerza de fricción y cizalla Nivel de evidencia IV 	
5	<p>ACTIVIDADES ESPECIFICAS PARA EL MANEJO DE HUMEDAD, NUTRICION, FUERZAS DE FRICCION Y CIZALLA</p> <p>HUMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar barreras protectoras para proteger la piel de la humedad. Nivel de evidencia IV ▪ Utilizar agentes tópicos que bloqueen la humedad. Nivel de evidencia IV ▪ Hidratar la piel aplicando cremas no agresivas, con pH equilibrado, lubricantes. Nivel de evidencia IV ▪ Evitar el agua caliente, utilizar jabón con pH equilibrado y paños sin alcohol. Nivel de evidencia IV ▪ Utilizar pañales desechables que retengan la humedad. Nivel de evidencia IV ▪ Lubricar sin masajear zonas de enrojecimiento. Nivel de evidencia IIb. ▪ Utilizar otros dispositivos no invasivos para recolección de orina 	<p>Todo el equipo interdisciplinario Enfermera, medico, nutricionista, Auxiliar de enfermería</p>

N°	Actividades esenciales	Responsable
	<p>como urochip, sonda rectal Nivel de evidencia IV.</p> <p>NUTRICION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar el aumento de ingesta de proteínas , calorías o complemento vitamínicos según valoración nutricional e indicación médica Nivel de evidencia IV ▪ Coordinar con nutrición aceptación de dieta, tolerancia, y tipo de alimentación requerida Nivel de evidencia Ib. ▪ Vigilar la ingesta de líquidos para asegurar una hidratación adecuada (precaución con usuarios con restricción hídrica). Nivel de evidencia IV ▪ Asistir la alimentación. <p>FUERZAS DE FRICCIÓN Y CIZALLA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar sábana de movimiento para movilización del usuario. Nivel de evidencia IV ▪ Garantizar que la ropa de cama y del usuario quede libres de arrugas. ▪ Reducir la fuerza de cizalla manteniendo la cabecera de la cama con una elevación de 30° o inferior. Nivel de evidencia IV ▪ Aplicar protector de piel (sencicare, cavilon) y coloque película transparente (fixomull) o hidrocólido extra delgado; Si identifica zonas de presión. ▪ Mantener ropa de cama y del usuario limpia, seca y sin arrugas. ▪ No utilizar dispositivos en forma de anillo. Nivel de evidencia IV ▪ Utilizar sábanas de movimiento para desplazar al paciente. Nivel de evidencia IV ▪ Utilizar dispositivo como rodillo para la transferencia de pacientes. 	
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instructivo Higiene del Usuario y su Unidad 	Auxiliar de enfermería

N°	Actividades esenciales	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar higiene del usuario y su unidad según necesidad, evitar friccionar la piel al secarla así como usar ropa de cama de textura áspera con parches o remiendos, ▪ Identificar el grado de humedad en el usuario teniendo en cuenta que la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de las heridas y la incontinencia fecal o urinaria, aumenta el riesgo de lesiones en piel. ▪ Realizar cambios de posición durante el turno cada 2 horas, la frecuencia puede ser mayor o menor según el nivel de riesgo del usuario. Evite la movilización del usuario friccionando la piel sobre el colchón; movílcelo levantándolo con ayuda de la sábana de movimiento sin generar fricción. ▪ Identificar el grado de movilidad del usuario y cambie la posición cada dos horas según la estrategia del reloj: ▪ Posición de cúbito supino: se protegerá occipital, omoplatos, codos, sacro, coxis y talones ▪ Posición de decúbito lateral derecho e izquierdo: se protegerá orejas, escápulas, costillas, crestas iliacas, trocánteres, gemelos (gastrocnemios), tibias y maléolos. ▪ Posición sentada: se protegerá omoplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas. Evitar el uso de neumáticos o inflables en la zona sacra. <p>PERSONAS SENTADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular al usuario a cambiar la distribución del peso corporal cada 15 minutos Nivel de evidencia IV ▪ Cambio postural cada hora como máximo en ausencia de independencia. 	

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 10 de 37

N°	Actividades esenciales	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar dispositivos para disminuir la presión en el asiento (bolsas de agua y cojín) antiescaras Nivel de evidencia IV <p>Tener en cuenta la distribución del peso, el equilibrio, la estabilidad y el apoyo de los pies. Nivel de evidencia IV</p>	
7	<p>Realizar la educación al usuario y/o cuidador sobre estrategias de autocuidado y aplicar las medidas específicas al riesgo, para usuarios adultos.</p> <p>La educación a la familia debe contener los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores personales del riesgo de formación de úlceras ▪ Lugares del cuerpo de una persona más expuestos a las úlceras ▪ Cómo inspeccionar las lesiones y reconocer los cambios en la piel ▪ Informar sobre la implicaciones de una ulcera por presión y sus posibles complicaciones ▪ Educar al paciente y familia sobre forma de prevención de úlceras por presión. Métodos de alivio o reducción de la presión (Entrega y explicación del folleto informativo de familiares, cada 24 horas se les recordará dichas recomendaciones) 	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería
8	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejecutar las actividades de enfermería descritas en el Plan de Cuidados de Enfermería 	Auxiliar de enfermería
9	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar el cumplimiento del plan de cuidados de enfermería y realizar los ajustes al plan, teniendo en cuenta la evolución del usuario 	Enfermera
10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrar en la historia clínica electrónica en la plantilla de notas de enfermería las valoraciones y las actividades ejecutadas. (valoración del estado de la piel, cambios de posición y tolerancia a ellos, actividades para controlar la humedad, aceptación y tolerancia a la dieta) 	Auxiliar de enfermería

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 11 de 37

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN

<p>Percepción sensorial: Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Completamente limitada. No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal. 2. Muy limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfort excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort sobre la mitad del cuerpo. 3. Levemente limitada. Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfort o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfort en una o dos extremidades. 4. No alterada. Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifiesta dolor o disconfort.
<p>Exposición a la humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Constantemente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado. 2. Muy húmeda. La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas). 3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas). 4. Rara vez húmeda. La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).
<p>Actividad. Grado de actividad física.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En cama. Confinado a la cama 2. En silla. Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas. 3. Camina ocasionalmente. Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.

4. Camina con frecuencia. Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. Completamente inmóvil: No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.

2. Muy limitada. Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.

3. Ligeramente limitada. Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.

4. Sin limitaciones. Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario.

1. Muy pobre: Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida Clara o intravenosa por más de cinco días.

2. Probablemente inadecuada. Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.


3. Adecuada. Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.

4. Excelente. Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Fricción y deslizamiento

1. Es un problema: Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.

2. Es un problema potencial. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 13 de 37

movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.

3.Sin problema aparente. Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla.

<12 =	RIESGO ALTO
13 - 15 =	RIESGO MEDIO
> 16 =	RIESGO BAJO

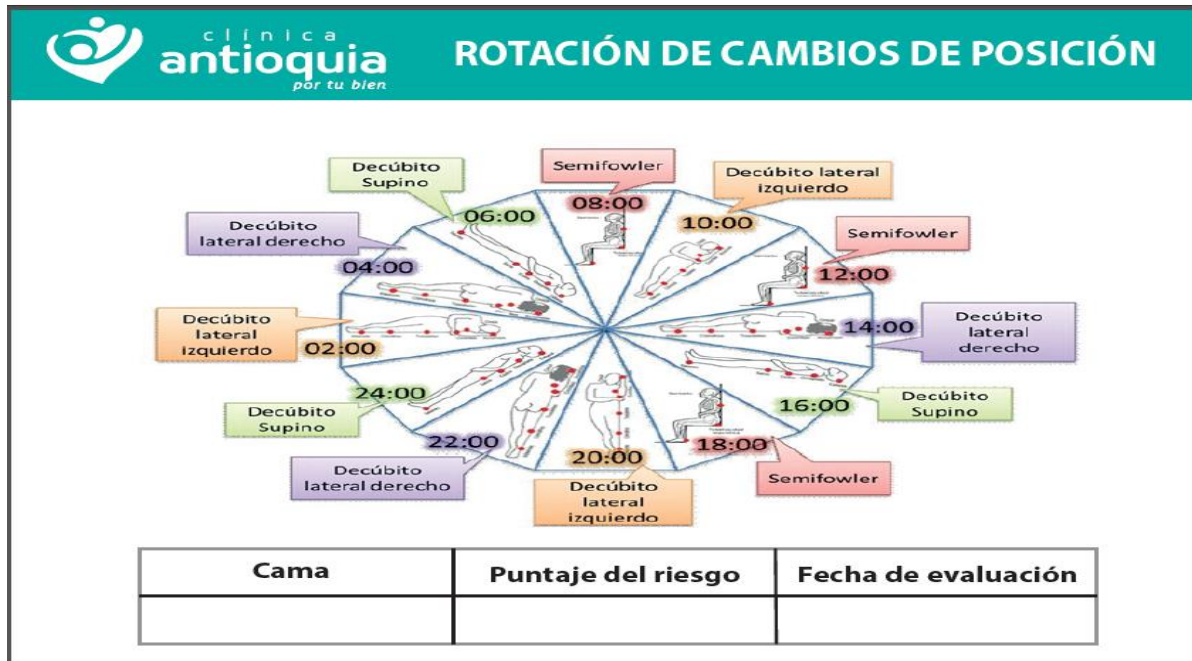
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

El personal de enfermería de la Institución debe tener un entrenamiento adecuado en la prevención de las lesiones de piel y cuidado de la piel, que permita detectar de manera oportuna los factores de riesgo y aplicar las medidas necesarias de prevención y cuidado, de acuerdo al puntaje de clasificación del riesgo de la escala de Braden y se realiza la nota de enfermería de acuerdo a la clasificación.

La escala de Braden se deberá realizar por parte del auxiliar de enfermería cada 12 horas en cada cambio de turno y será supervisada la labor por el jefe de enfermería, a su vez el auxiliar reportara en la entrega de turno el riesgo actual que presenta el paciente y las medidas preventivas realizadas según el puntaje presentado.

CAMBIOS POSTULARES.

La documentación proporciona un registro escrito de la prestación de cuidados y como tal, sirve como evidencia de que se hicieron los cambios posturales.



6. INDICACIONES AL USUARIO

EDUCACIÓN A PACIENTE Y FAMILIARES:

La educación a familiares y pacientes debe ser constante desde el ingreso del paciente al servicio de urgencias y durante la hospitalización manteniendo el cuidado del paciente con el apoyo de su familiares para brindar un alta temprana con familiares adherentes al cuidado de un paciente con estado de dependencia funcional total, se proceder a entregar el plegable de cuidados de las lesiones de la piel relacionadas con la dependencia.

QUÉ NO SE DEBE HACER

ESTÁ DESACONSEJADO



El uso de rodadores o cojines tipo rasco



El masaje en zonas de apoyo



Dejar la humedad en pliegues de la piel



El uso de alcohol, colonia, talco



La elevación de la cama más de 30°



¡MUY IMPORTANTE!

Nota: Siempre en el momento de la alimentación. Debe estar a 45°. Hasta dos horas después de consumir alimentos.

Bebes, niños y adultos inmovilizados o por dispositivos (sondas, mascarillas, etc) están expuestos a padecer úlceras.

CUIDADOS DE LAS LESIONES DE LA PIEL RELACIONADAS CON LA DEPENDENCIA



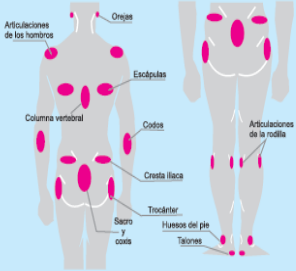

¿QUÉ ES UNA ÚLCERA?

Es una lesión localizada en la piel y/o tejido cercano, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación de cizalla, roce y humedad.

¿A QUIEN AFECTA?

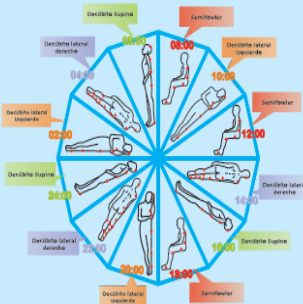
A toda persona incapaz de realizar cambios de posición cada dos horas y no tiene la sensibilidad conservada en sus tejidos, presenta alteración de su estado mental, circulatorio y nutricional, cambio de nivel de conciencia, y no tiene un control de esfínter. Depende del cuidado de otra persona para proteger su piel y poder realizar todas sus actividades diarias.

¿EN QUE LUGAR PUEDEN APARECER?



RECOMENDACIONES

Realizar cambios de posición cada **dos horas**.




Decúbito: acostado
Supino: acostado boca arriba.
Semifowler: posición sentado.
Decúbito Lateral: acostado de medio lado.

- Mantenga la piel de su familiar limpia y seca.
- Bríndele una cama cómoda, limpia y sin arrugas.
- Evite la humedad y realice el cambio de pañal periódicamente.
- Lubricación de piel con aceites suaves tales como: aceite de almendras, coco, no use cremas pastosas que impidan observar la piel constantemente.
- Mantenga una buena hidratación.
- Proporcione una dieta balanceada de acuerdo a las recomendaciones de su médico.

Yo te cuido con amor.

CLASIFICACIÓN DE LESIONES DE PIEL ASOCIADAS AL CUIDADO

DESCRIPCIÓN:	CATEGORÍA	IMAGEN	CUIDADOS
<p>PRESIÓN</p> <p>Son lesiones que tiene a ocurrir cuando el tejido blando es comprimido entre una prominencia ósea y una superficie externa por un periodo prolongado de tiempo.</p>	<p>Categoría 1: Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • No realizar masaje sobre la lesión o prominencias óseas. • Limpiar la zona con agua y jabón neutro • Humectar y lubricar la piel sana diariamente. • Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas. • Uso de sábana de movimiento y alivio de la presión. • Tendido de cama con sabana totalmente extendida • Colocar apósito de hidrocoloide extra delgado

Categoría 2:
Perdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una ulcera abierta poco profunda con un lecho de herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelos.



Lavado de la herida con cloruro de sodio al 09%
Humectar y lubricar la piel sana diariamente
Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas.

- Tendido de cama con sabana totalmente extendida y alivio de la presión.
- Interconsulta con clínica de heridas

Colocar apósito de hidrocloide.

Categoría 3:

Perdida completa del tejido dérmico, la gasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos tendones o músculos no están expuestos.





- Lavado de la herida con cloruro de sodio al 09%.
- Humectar y lubricar la piel sana diariamente.
- Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas.
- Tendido de cama con sabana totalmente extendida y alivio de la presión
- Interconsulta con clínica de heridas.
- Colocar Apósito de Hidrofibra.
- Colocar Hidrocoloide Gel en lecho de la herida para desbridamiento autolítico.


Categoría 4:


Perdida total del espesor total del tejido con hueso, tendón o musculo expuesto, pueden presentar esfacelos o tejido necrótico.




- Lavado de la herida con cloruro de sodio al 09%.
- Humectar y lubricar la piel sana diariamente
- Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas.
- Tendido de cama con sabana totalmente extendida y alivio de la presión
- Interconsulta con clínica de heridas
- Colocar Hidrocoloide Gel en lecho de la herida para desbridamiento autolítico.
- Colocar Apósito de Hidrofibra con plata iónica

	<p>CIZALLAMIENTO: Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos subyacentes por la presión o cizalla.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Redistribuir la presión con almohadas o cojines. • Humectar y lubricar la piel sana diariamente • Realizar cambios de posición cada 2 horas o antes. • Utilizar apósitos con espuma de poliuretano para disminuir presión en zona afectada. • Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas.
	<p>INESTADIALE: Pérdida total de los tejidos donde la profundidad de la ulcera está completamente escurecida por esfacelos o por escaras.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de la herida con cloruro de sodio al 0.9%. • Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas. • Cubrir herida con apósito impregnado de vaselina para evitar la adherencia del apósito al tejido o como medida de desbridamiento. • Interconsulta con clínica de heridas. • Interconsulta por

			<p>ortopedia posibilidad de escarectomia.</p>
<p>FRICCIÓN</p> <p>Lesión producida por la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Produciendo roces por movimiento o arrastre estas son ocasionadas la mayoría de veces en pacientes con dispositivos médicos, inmovilizaciones y fricción directa a piel en la limpieza.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Debe realizarse una protección especial de los talones. Considere el uso de apósitos de espuma de poliuretano. • Identifique los dispositivos clínicos de mayor riesgo y realice una revisión periódica en el turno para evitar humedad, presión o fricción.(férulas , cánulas nasales , sondas, drenes , Mascaras de VMNI ,inmovilizadores etc). • Cambiar la ubicación del dispositivo a intervalos de rutina y retirarlos cuando no se requieren. • Asegúrese de que los dispositivos clínicos están suficientemente

		<p>fijados para evitar su movilización accidental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilice apósito de hidocoloide extra delgado.
<p>HUMEDAD</p> <p>Lesiones por humedad como “la inflamación y/o erosión de la piel causada por la exposición prolongada/excesiva a la humedad, incluyendo orina, heces líquidas o exudado de las heridas”. Ver Dermatitis asociada a incontinencia (DAI).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Durante el procedimiento de lavado y eliminación de los restos orgánicos de la superficie de la piel utilice jabón neutro y en piel irritada solo agua, secado con topicación suave. • En el caso de pacientes en estado crítico y protocolo mínima manipulación se considera el uso de limpiadores especiales en seco (limpiadores de baño en seco en sprays, solución, cremas, espumas). • Utilice productos de barrera en la piel más expuesta a la


	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 23 de 37

		<p>humedad tipo Oxido de Zinc con especial precaución durante la remoción. En paciente muy sensibles o con exposición prolongada a la humedad considere el uso de barreras protectora de piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evite la exposición a sustancias irritantes (alcohol, antisépticos, jabones irritantes) • En pacientes con lesiones por humedad o con alto riesgo de pérdida de integridad de la piel proteja la piel con apósito barrera y considere el uso de Sonda rectal, urochip.
--	--	--

ÚLCERAS IATROGÉNICAS

Lesiones ocasionadas por dispositivos médicos son localizaciones más frecuentes son:

- Nariz: Por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 24 de 37


- Labios, lengua y encías: Por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: Por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: Por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: Por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: Por pliegues de las sábanas.
- Muñecas y codos: En personas con sujeción mecánica.

Recomendaciones para la selección y colocación de un dispositivo clínico

- Revise y seleccione los dispositivos clínicos disponibles en su centro en función de la capacidad de los mismos para inducir el menor grado de daño posible por las fuerzas de presión y / o cizalla.
- Las instituciones, con el apoyo de los profesionales de la salud, deben seleccionar dispositivos clínicos que reduzcan al mínimo el daño de la piel. Esto puede incluir la selección de los dispositivos más suaves, más flexibles.
- Asegúrese de que los dispositivos clínicos son del tamaño correcto y de forma adecuada para evitar la presión excesiva.
- Aplique todos los dispositivos clínicos siguiendo las especificaciones del fabricante.
- Si no se siguen instrucciones de aplicación del fabricante puede resultar perjudicial (por ejemplo, daños en la piel) para la persona y puede ser causa de responsabilidad.
- Asegúrese de que los dispositivos clínicos están suficientemente fijados para evitar su movilización accidental, pero sin crear presión adicional.
- En situaciones en las que simple cambio postural no alivia la presión, es importante no crear presión adicional mediante la colocación de excesivos apósitos debajo de dispositivos apretados.

Recomendaciones para la valoración de la piel y los dispositivos clínicos


- Inspeccione la piel debajo y alrededor de los dispositivos clínicos, al menos, dos veces al día para identificar los signos de presión en el tejido circundante.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 25 de 37

- Lleve a cabo valoraciones de la piel más frecuentes (más de dos veces al día) entre la piel-dispositivo de las personas vulnerables a cambios de balance de líquidos y / o que presenten signos de edema localizado o generalizado.
- El profesional de la salud debe aplicar cualquier tipo de dispositivo clínico siendo consciente del potencial daño a los tejidos y empeoramiento del edema. Dependiendo del tipo/propósito del dispositivo, aflojarlo, sustituirlo o quitarlo puede ser aconsejado.
- Clasifique las úlceras por presión relacionadas con los dispositivos clínicos utilizando el Sistema de Clasificación Internacional NPUAP / EPUAP, con la excepción de las úlceras por presión de la mucosa.
- Las úlceras por presión relacionadas con el uso de dispositivos clínicos no son una nueva categoría de las úlceras por presión, y deben clasificarse según el nivel de pérdida de tejido utilizando el Sistema de Clasificación de la úlcera de presión internacional NPUAP / EPUAP

Recomendaciones para la prevención las Úlceras por presión relacionadas con dispositivos clínicos.

- Retire los dispositivos clínicos que son fuentes potenciales de la presión tan pronto como sea clínicamente posible
- Mantenga la piel limpia y seca bajo los dispositivos clínicos. La humedad por debajo de un dispositivo clínico crea un ambiente en el que la piel que la hace más vulnerable a alteraciones en su integridad, incluyendo dermatitis irritante y ulceración.
- Realice cambios de posición en la persona y / o del dispositivo clínico para redistribuir la presión y disminuir las fuerzas de cizalla.
- No coloque a la persona directamente sobre un dispositivo clínico a menos que no se puede evitar Cambie de posición a la persona para redistribuir la presión y las fuerzas de cizallamiento creadas por el dispositivo clínico.
- Gire o cambie la posición de los dispositivos clínicos cuando sea posible. Precaución: compruebe siempre que la profundidad de un tubo ET no cambia con la manipulación del tubo.
- Proporcione apoyo para los dispositivos clínicos, según sea necesario para reducir la presión y las fuerzas de cizalla.
- Considere el uso de un apósito protector para prevenir las úlceras por presión relacionadas con los dispositivos clínicos.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 26 de 37

- Precaución: Evite que los vendajes protectores tengan demasiadas capas y que puedan aumentar la presión entre el dispositivo y la piel.
- Al seleccionar un apósito protector considerar:
- La capacidad del apósito para manejar la humedad y el microclima, especialmente cuando se utiliza con un
- dispositivo clínico que pueda estar en contacto con fluidos corporales / drenaje (por ejemplo sonda de gastrostomía percutánea, sonda vesical, tubo orotraqueal, etc.).

LESIONES DE PIEL OCASIONADAS POR LAS HUMEDAD (LESCAH)

El término lesión cutánea asociada a la humedad (LESCAH) es un concepto general que incluye en su definición el efecto de la humedad con otros agentes agresores y un efecto de la misma sobre la piel. Un deterioro de la integridad de la piel causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad, con irritación química o física asociada, caracterizada por un tipo de dermatitis y / o eczema con inflamación y eritema, con o sin excoriación de la epidermis y generalmente acompañada de maceración, que se localiza principalmente a nivel de pliegues tegumentarios, en tejido perilesional y / o periestomal, y en zona perianal o perigenital.

Dermatitis intertriginosa o dermatitis por transpiración: producida por el sudor en zonas de pliegues cutáneos. Se define de una manera más concreta como una dermatosis inflamatoria causada por la humedad en superficies opuestas de la piel que contactan entre sí, frecuente entre pliegues de piel en las zonas inframamarias, axilares, inguinales y debajo de abdómenes globulosos, cuello, etc. En estas lesiones, la sobreinfección por bacterias y hongos es frecuente.



Dermatitis perilesional: asociada al exudado procedente de las heridas en la piel perilesional y cuya localización está en relación con la lesión primaria.




Dermatitis cutánea asociada a exudado: en estas lesiones el exudado no procede de heridas sino de otros procesos como la insuficiencia cardíaca severa o el linfedema entre otros, y se suele localizar en las extremidades inferiores o en la zona afectada del linfedema.



Dermatitis periestomal: ocasionada por los efluentes procedentes de ostomias (saliva, efluente intestinal u orina).



	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 28 de 37

Dermatitis por saliva o mucosidad procedente de la boca o fosas nasales.




DIFERENCIACIÓN DE LA DAI DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI):

Daño cutáneo asociado a la exposición a la orina o las heces. La DAI es un tipo de dermatitis (inflamación de la piel) de contacto irritativa que se observa en pacientes con incontinencia fecal o urinaria. La DAI se conoce también como «dermatitis perineal», «dermatitis del pañal». Está incluida en un grupo más amplio de afecciones cutáneas que se conocen como «lesiones de la piel asociadas a la humedad». Se prefiere el término DAI porque distingue los problemas cutáneos que aparecen directamente a partir del contacto con la orina o las heces provocado por la incontinencia derivada de otras condiciones y porque reconoce que esta dolencia puede afectar zonas distintas de la zona perineal y a personas de cualquier edad.

Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea.

Piel íntegra con enrojecimiento, que puede ser no blanqueable, de un área localizada, generalmente sometida a humedad. A su vez y en función del eritema puede clasificarse como:

1A. Leve-Moderado (piel rosada). 1B. Intenso (piel rosa oscuro o rojo).

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 29 de 37



Lesiones por humedad de Categoría 1A (leve-moderada piel rosa) y 1B (intenso piel rosa oscuro o rojo)

El eritema puede ser especialmente difícil de detectar en individuos con tonos de piel oscura, y la inflamación puede manifestarse con un color distinto de la piel de los alrededores.

Las lesiones por humedad de esta categoría pueden confundirse con frecuencia con las lesiones por presión o por fricción.

Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea.

Pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una lesión abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado. Los bordes de la piel perilesional suelen estar macerados presentando un color blanco- amarillento. En lesiones extensas compuestas por multitud de lesiones satélites pueden entremezclarse ese color rojo-rosado con el blanco-amarillento.

A su vez, y en función del grado de erosión o denudación puede clasificarse como:

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



Lesión por humedad de Categoría 2A (erosión menor al 50% de la superficie del eritema)




Lesión por humedad de Categoría 2B (erosión del 50% o más del tamaño del eritema)

Pueden presentarse confusiones con otras lesiones como las relacionadas con la presión, la fricción o lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones.


El Daño a la Piel Relacionado con Adhesivos de Uso médico MARSI

Es un evento adverso en el cual eritema y/u otra manifestación de anormalidad cutánea (incluyendo, pero no limitándose a, vesículas, bulas, erosión, o rasgadura) persiste 30 minutos o más después de retirar el adhesivo, denominado como MARSI

Identificando MARSI

TIPO DE LESION	DESCRIPCIÓN	IMAGEN
Desprendimiento de la Epidermis	Pérdida de una o más capas del estrato córneo de la piel posterior a la retirada del adhesivo de uso sanitario; la piel desnuda puede tener apariencia brillante	

<p>Lesión por Tensión o flictena</p>	<p>Separación de la epidermis de la dermis como resultado de la piel bajo un adhesivo poco flexible; las ampollas o los vesículos (pequeños) generalmente se desarrollan en los bordes de la cinta o apósitos adhesivos</p>	
<p>Foliculitis</p>	<p>Reacción Inflamatoria del folículo piloso causada por rasurado o atrapamiento de bacterias; tiene la apariencia de pequeñas elevaciones inflamadas de la piel que rodea el folículo piloso</p>	
<p>Rasgadura de la Piel</p>	<p>Herida causada por fuerza de cizalla , fricción y/o fuerza contundente que tiene como resultado la separación de las capas de la piel; puede ser de grosor parcial o total</p>	
<p>Maceración</p>	<p>Ablandamiento y rotura de la piel como resultado de una exposición prolongada a la humedad; aumenta la susceptibilidad a los daños; la piel tiene apariencia arrugada y es de color blanco/grisáceo</p>	


	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 32 de 37

Dermatitis Alérgica por Contacto	Respuesta inmunológica celular poco frecuente al adhesivo o al soporte ; típicamente tiene la apariencia de un área con dermatitis eritematosa, vesicular, prurítica que persiste hasta por una semana	
Dermatitis Irritativa por Contacto	Reacción que abarca desde el eritema y descamación hasta quemaduras necróticas por daños no-inmunológicos causados por sustancias químicas en contacto con la piel; tiene apariencia enrojecida e inflamada.	

Diversos factores extrínsecos e intrínsecos influyen en el riesgo de lesiones de la piel: factores fisiológicos relacionados con la edad, raza/etnia condiciones patológicas de base, desnutrición y deshidratación, resequedad de la piel, exposición prolongada a la humedad, algunos medicamentos, radioterapia, daño por exposición solar, y uso previo d 4 e productos adhesivos.

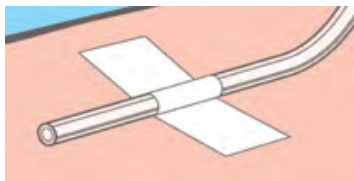
Consejo para el Registro

Cuando valore a sus pacientes, es importante registrar el tipo específico de MARSÍ que ocurre: desprendimiento de epidermis, flictena por tensión, rasgadura de la piel, dermatitis irritativa por contacto, dermatitis alérgica, maceración o foliculitis. Evite el **término “quemadura por cinta adhesiva”**

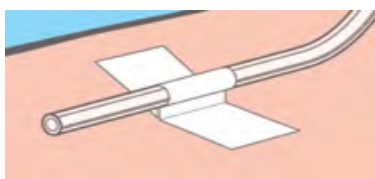
	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 33 de 37

Aseguramiento de Tubos:

Técnica Omega óptima de aseguramiento para reducir la presión potencial bajo los tubos.



Centre la cinta adhesiva sobre el tubo: rodee el tubo con cinta adhesiva.



Donde se encuentren ambos extremos de la cinta adhesiva, junte las dos caras adhesivas de la cinta.




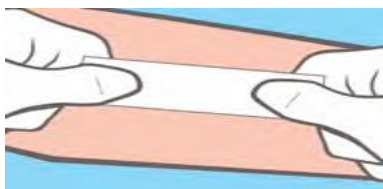
Asegure la cinta adhesiva restante a la piel.

Aplicación y Retiro Apropiado

Conciencia de, y entrenamiento sobre las técnicas más avanzadas de aplicación y retiro de productos adhesivos de uso médico pueden ayudar a minimizar los riesgos de Daño a la Piel Relacionado con Adhesivos de Uso Sanitario (MARSÍ) y aumentar la uniformidad de los cuidados en toda su institución. Lea las recomendaciones específicas del fabricante sobre el producto y las instrucciones adicionales en relación a la preparación, aplicación y retiro del mismo

- Aplique la cinta adhesiva sin estirla o tensarla.
- Aplique presión suave y sostenida para activar el adhesivo y lograr completo contacto con la piel.

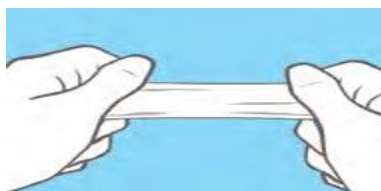
	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 34 de 37



Consejos de Aplicación

Minimice el contacto de sus dedos con la superficie del adhesivo para mantener los niveles de adhesión. Evite espacios y arrugas que puedan permitir la entrada de humedad entre la cinta adhesiva y la piel, tubos, o apósito. No rodee completamente una extremidad con cinta adhesiva

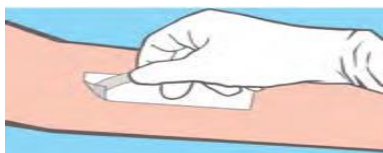
La cinta adhesiva no debe ser estirada durante su aplicación.




Retire la Cinta Adhesiva

La retirada apropiada de la cinta adhesiva es crítica en la reducción de la incidencia de MARSÍ.

- Afloje el borde de la cinta adhesiva: Para comenzar a desprender el borde, adhiera un pequeño pedazo de cinta adhesiva sobre una esquina del trozo a ser retirado. Este servirá para levantar el borde de la cinta adhesiva. Para cinta adhesiva que se encuentra firmemente adherida a la piel o al vello, considere el uso de un removedor de adhesivos de uso médico o crema hidratante para ablandar el adhesivo a lo largo de la línea de desprendimiento (borde de desprendimiento).



	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 35 de 37

Estabilice la piel con uno de sus dedos en la línea de desprendimiento. Retire la cinta adhesiva lentamente en la dirección del crecimiento del vello, manteniéndola cerca de (paralela a) la superficie de la piel plegándola sobre sí misma.




Mientras retira la cinta adhesiva, continúe sujetando la piel en la línea de desprendimiento.

Retirar la cinta adhesiva en un ángulo vertical (perpendicular) a la piel, desprenderá la epidermis, aumentando el riesgo de MARSÍ.



NIVELES DE EVIDENCIA	
CATEGORIA	NIVELES DE EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida a través del meta análisis o de la revisión sistemática de ensayos aleatorizados y controlados
IIb	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo controlado aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado
IIb	Evidencia obtenida a partir de al menos un tipo de estudio bien diseñado cuasi - experimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados , no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos
IV	Evidencia obtenida a partir de los informes u opiniones de un comité de expertos y/o autoridades clínicas respetables

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 36 de 37

7. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO:

N.A


8. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN: Se capacitará el personal de enfermería mediante la plataforma virtual, plataforma Almera, socialización en grupos primarios.

9. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA:

E-GCS-F-006- LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE CUIDADO DE PIEL

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- DOCUMENTO TECNICO GNEAUPP “Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia”. 2ª Edición. Mayo de 2014.
- DOCUMENTO TECNICO GNEAUPP “Escalas e instrumentos de valoración del riesgo a desarrollar úlceras por presión”. 1ª Edición. Oct de 2014.
- AVILES J. “Guía práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerla “.Generalitat Valencia. 2012 p. 15.
- Machado F. Úlceras por presión. Una experiencia interactiva de multimedia. ConvaTec. * Actualización en enfermería Vol. II No 4. Diciembre 1999 Fundación Santa fe de Bogotá.
- BELLON B, NIETO A. Úlceras por presión en niños. Evaluación del riesgo en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Fundación Hospital de la Misericordia. Colombia, junio 2004.
- García FP, Soldevilla JJ; Pancorbo PL, Verdu J, López P, Rodríguez M. Prevención de las Úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEUPP no I Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas . Logroño.2014.
- Canet C. Manual de prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla . 2003.

	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LAS LESIONES DE LA PIEL ASOCIADOS AL CUIDADO	Código: E- GCC-T-011
		Versión: 003
		Fecha: Julio 2018
		Página 37 de 37

- Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International 2015. Disponible para su descarga en www.woundsinternational.com

11. CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación del documento	Coordinadora de enfermería	Director médico	Director médico
002	Enero 2015	Actualización de documento	Coordinadora de enfermería	Director médico	Comité de Calidad
003	Julio 2018	Actualización del protocolo en cuanto a su estructura y contenido.	Jefe de Heridas	Coordinación de Enfermería	Coordinación tecnicocientífico