

AGOSTO DE 2020 | PARTE II

# PROTOCOLO DE MANEJO

DE LESIONES POR PRESIÓN

EN PACIENTES  
SARS-COV-2  
(COVID19)

EN UNIDADES DE  
CUIDADOS INTENSIVOS

**POR**

Maribel Patiño Jlimenez  
Juan Carlos Restrepo Medrano  
Claudia Patricia VásquezPosada



**Maribel Patiño Jiménez.** Enfermera U de A. Especialista y Magíster en heridas. U Panamericana de México. Diploma Heridas UdeA. Integrante GACIPH

**Juan Carlos Restrepo Medrano.** Enfermero U de A, Dr Salud pública - heridas crónicas, Universidad de Alicante, España, grupo GACIPH

**Claudia Patricia Vásquez Posada.** Enfermera U de A, Diplomado heridas UdeA, aspirante a Magister en educación superior en salud de la universidad de Antioquia, grupo GACIPH

# INTRODUCCIÓN

En la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) es imprescindible minimizar los riesgos a los que se expone el personal de la salud, además brindar una atención integral y digna a los pacientes en estado crítico, teniendo en cuenta las condiciones especiales a las que se someten los pacientes en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Esta eventual situación de los pacientes pronados debe realizarse integralmente ya que podrían quedar secuelas de por vida, afectando su autoestima.

Los pacientes con SARS-CoV-2 (COVID-19) en UCI presentan limitación en la movilidad por el protocolo de mínima manipulación por el distrés respiratorio. Reconocer de manera temprana la aparición de lesiones por presión (LPP) es primordial para disminuir las posibles complicaciones y secuelas que empeoren la condición general de la salud, comprometiendo aún más la vida del paciente. Debemos garantizar unos cuidados idóneos en el cuidado y tratamiento de las lesiones en la piel de los pacientes para así disminuir al máximo los efectos negativos y que éstos retornen a su hogar sin secuelas.

# OBJETIVOS PROTOCOLO LPP - COVID-19

El objetivo de este protocolo es, además de la detección temprana de lesiones por presión (LPP), un adecuado tratamiento si llegasen a aparecer en pacientes diagnosticados con COVID-19 pronados en UCI con ventilación mecánica. Reconocemos que a pesar de todas las medidas de prevención utilizadas en el protocolo parte I, la aparición de LPP es una complicación posible en este grupo de pacientes. La intención será evitar la progresión de las LPP, mediante un protocolo de tratamiento óptimo, oportuno y costo efectivo, teniendo en cuenta la limitación de recursos derivados de la pandemia. El diseño del protocolo está creado para facilitar su ejecución por parte del personal de la salud a cargo de los pacientes.



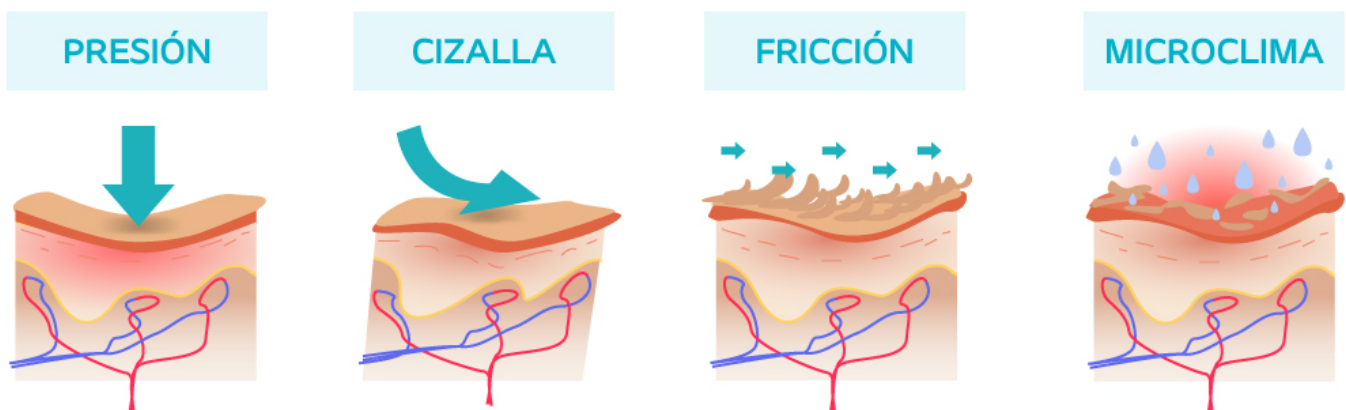
# LESION POR PRESIÓN (LPP)

Es una "Lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o combinación con las fuerzas de cizalla. También pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos médicos"

García-Fernández et al. GNEAUPP. 2009

La presencia de hiperemia reactiva supone desde ya la existencia de una LPP y por lo tanto una vez detectado, deberán tomarse medidas rápidas y efectivas para evitar la progresión de las lesiones. El eritema persistente en la piel después de realizar la maniobra de dígito-presión indica extravasación de eritrocitos y es un signo de hipoxia tisular.

## 1. MECANISMO LPP



FUENTE IMAGEN: [HTTPS://WWW.MENOSDIASCONHERIDAS.COM/ULCERAS-POR-PRESION-DIAGNOSTICO-DIFERENCIAL/](https://www.menosdiasconheridas.com/ulceras-por-presion-diagnostico-diferencial/)

Hay dos factores principales que favorecen la aparición de lesiones: la presión y la cizalla y factores contributivos como la fricción y el microclima que aumentan el riesgo de presentar dichas lesiones.

## 2. POSICIÓN EN DECUBITO PRONO

El decúbito prono es una estrategia capaz de mejorar la oxigenación en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) tratados con ventilación mecánica. Los pacientes con COVID-19 admitidos en la UCI permanecerán en esta posición por un período aproximadamente de 16 a 18 horas, con descansos entre 8 y 6 horas durante 16 días aproximadamente. La OMS en su recomendación #8 recomienda mínimo de 12 a 14 horas, teniendo en cuenta que esta posición será la mejor estrategia para su asistencia ventilatoria, las áreas de mayor riesgo para presentar LPP son:

- Cara: Frente, nariz, pómulos, mentón, pabellón auricular
- Tórax y miembros superiores: pectorales, glándulas mamarias, codos
- Crestas ilíacas
- Genitales masculinos
- Miembros inferiores: rodillas, dorso de pies, artejos



<https://www.ulceras.net/monografico/115/103/ulceras-por-presion%20tratamiento.html>

### 3. ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE LPP

Las escalas de valoración de riesgo de presentar una lesión por presión (EVRLPP) son la base de las guías de prevención, ya que identifican a los pacientes en riesgo de manera objetiva, optimizando los recursos preventivos.

Se propone el uso de la escala EMINA por tener una alta sensibilidad, especificidad y un buen valor predictivo. Además, es fácil de usar y posee criterios claros y definidos, siendo posible aplicarla en un contexto institucional; en la bibliografía existen varias escalas que permiten la valoración de estos pacientes, pero sus estudios de validación y demás características clínico-métricas son menos sensibles por lo que aunque validas la sensibilidad al cambio no es tan evidente, pero se deja a consideración de cada institución el uso de las mismas.

#### ESCALA EMINA:

E = Estado mental    M = Movilidad    I = Incontinencia - Humedad  
N = Nutrición    A = Actividad

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	ORIENTADO	COMPLETA	NO	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO O APÁTICO O PASIVO	LIGERAMENTE LIMITADA	URINARIA Y FECAL OCASIONALMENTE	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO O HIPERCINÉTICO	LIMITACIÓN IMPORTANTE	URINARIA Y FECAL HABITUAL	INCOMPLETA	SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMATOSO	INMÓVIL	URINARIA Y FECAL	NO INGESTA	NO DEAMBULA

**Puntuación total:**

Sin riesgo = 0 puntos;  
Medio riesgo = 4 a 7 puntos;

Bajo riesgo = 1 a 3 puntos;  
Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

## 4. DIAGNÓSTICO LPP

### Examen Físico

LEl diagnóstico de LPP se establecerá durante el examen físico realizado al ingreso a la UCI y cada 12 horas según lo establecido en el protocolo I.



**Categoría I:** Eritema no blanqueable, piel integra.

**Categoría II:** Pérdida parcial de la piel con exposición de la dermis.

**Categoría III:** Pérdida de piel de espesor total

**Categoría IV:** Pérdida del espesor total de la piel y tejidos blandos

**(+) Inestadiable/Sin Clasificar:** Lesión por presión no estadiable. Pérdida del espesor total de la piel y tejidos blandos de profundidad desconocida por los esfacelos (amarillo, canela, gris, verde o marrón) y/o tejido necrótico (beige, marrón o negro) en el lecho de la herida.

**(\*) Lesión de los tejidos profundos:** Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre: doble eritema, debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla.



# CARACTERÍSTICAS DE LPP

**Dimensiones:** cuando exista pérdida de la integridad de la piel se registrarán las dimensiones de la lesión así: Largo x ancho x profundidad ó con la regla de longitud: Largo x Ancho (LxA), tomando siempre la parte mas Larga por la más ancha de la lesión, ó la regla de superficie de Kudin: Largo(L)x Ancho (A) x Constante (K) que es  $LxA \times 0.78$  y se expresa en  $\text{cm}^2$  ó regla de volumen: Largo x Ancho x profundidad x la Constante que es  $LxA \times 0.327$  y se expresa en  $\text{cm}^3$ .

**Exudado:** se estimará la cantidad de acuerdo con la saturación del apósito y demás características relevantes que indiquen signos de infección.

**Tejido existente en el lecho de la lesión:** se describirá el tipo de tejido: tejido de granulación, esfacelo, necrótico, epitelización; además describir y medir tunelizaciones, cavitaciones o fístulas.

**Bordes:** Importante evaluarlos, describirlos y protegerlos, ya que toda lesión cicatriza de los bordes hacia el centro

**Estado de la piel perilesional:** se evaluará la presencia de dolor, calor y eritema. Es importante diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea a la mayoría de las heridas en vía de cicatrización.

**Dolor:** Presencia o ausencia relacionado con la lesión mediante la escala de valoración análoga EVA

## 5. TRATAMIENTO DE LAS LPP

Las lesiones por presión requieren un adecuado tratamiento que será determinado según la valoración clínica, categoría de la lesión, presencia o no de infección. La elección de tratamiento se basará en la evidencia científica y según los recursos con los que disponga la institución. En todos los casos de LPP, independiente de la categoría, se liberará la presión ejercida en la zona afectada, utilizando los cambios de posición, o al menos liberación de presión mediante almohadas o cojines viscoelásticos o memory foam cada 4 horas, teniendo en cuenta siempre conservar la posición anatómica del cuerpo, la movilización de la cabeza es primordial cada 2 horas, además de la aplicación de protector cutáneo transparente en las prominencias óseas expuestas a la presión antes de pronarlos y, en lo posible, repetir la aplicación cada 72 horas en las zonas de mayor riesgo, proteger con espumas con adhesivo de silicona y colocar almohadas en zonas de mayor riesgo de lesionarse, se continuará la higiene (baño en seco) e hidratación de la piel (aceite de oliva extra virgen) diariamente.

### LPP CATEGORÍA I

Lo más importante es aliviar la presión de la zona de mayor riesgo de lesionarse e hidratar la piel cada 12 horas con aceite de oliva ó ácidos grasos hiperoxigenados, coincidiendo con la manipulación del paciente. Aliviar la presión minimizará el efecto de la hipoxia tisular y neutralizará los radicales libres que se liberan con efecto de la hiperemia reactiva. Se protegerán las zonas de mayor presión con apósito espuma con adhesivo de silicona y se programarán cambios de posición cada 6 horas, liberando los puntos de apoyo.



# LPP CATEGORÍA II - IV

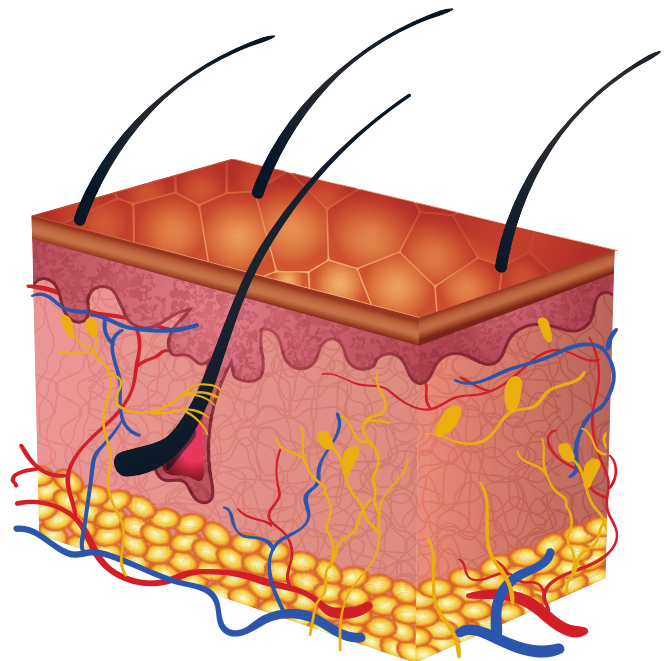
## INESTADIALE Y DE PROFUNDIDAD DESCONOCIDA

- **Desbridamiento de tejido desvitalizado y/o necrótico:**

Independiente de la profundidad de la lesión, cuando el paciente presente tejido necrótico o esfacelo deberá realizarse desbridamiento (teniendo en cuenta la enfermedad de base del paciente se elegirá el adecuado). El objetivo será eliminar el tejido desvitalizado para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación. Teniendo en cuenta la sobrecarga laboral, la falta de espacios, la inestabilidad de los pacientes y la experiencia vivida en otros países, desaconsejamos el desbridamiento quirúrgico y recomendamos el desbridamiento autolítico con hidrogel ó desbridamiento enzimático con colagenasa y cubrir con un apósito oclusivo que permita la acción de éstos, dejando actuar por mínimo 72 horas.

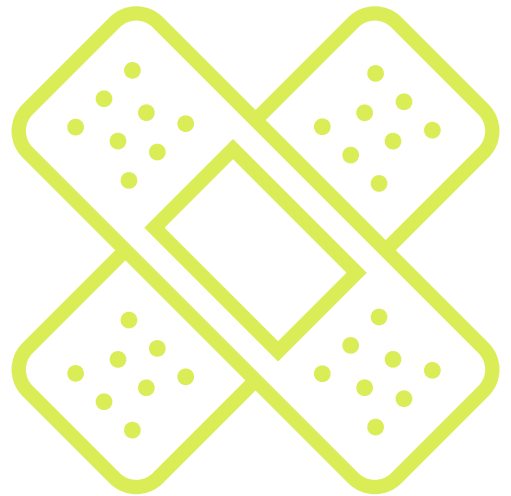
- **Cura húmeda**

Se realizará el procedimiento irrigando solución electrolizada de ácido hipocloroso y Ph neutro, dejando actuar mínimo 1 minutos para disminuir la carga bacteriana. Se dejará el lecho limpio y seco, posterior a la limpieza, se protegerá la piel perilesional con protector cutáneo transparente o, en su defecto, crema de óxido de zinc al 30-40%, se cubrirá con el apósito que requiera de acuerdo con la valoración y según el estado de la lesión, que favorezca el proceso de cicatrización mediante cura húmeda, esto se realizará cada 72 horas hasta lograr tejido vital o de granulación.



- **Manejo del exudado**

Se recomienda utilizar apósito o espuma de poliuretano con adhesivo de silicona. Las características de este adhesivo permiten la valoración de la herida las veces que sea necesario, aproximadamente pierde su adhesividad a las 100 veces entre despegar y pegar nuevamente. Es importante que mínimo durante un turno se valore el estado de la piel.



- **Tejido de granulación**

Cuando el lecho se encuentre limpio se procederá a favorecer el proceso de granulación a través del uso de apósitos de alginato de calcio con antimicrobiano o de hidro fibra con plata. Estos apósitos tienen la ventaja de poder recortarse, moldearse y adaptarse a la forma de la herida; además, pueden tunelizarse y cavitarse sin deformarse ni adherirse, y su retiro es atraumático. Favorecen el proceso de cicatrización conservando el microclima, propiciando la contracción y epitelización de la herida.

Se recomienda que este proceso se proteja mediante el uso de un apósito secundario, idealmente espuma de poliuretano con adhesivo de silicona, el cual además libera la presión sobre la herida, disminuyendo el riesgo que progrese, se profundice ó aumente de tamaño. Este apósito secundario deberá sobrepasar los 2 cm por fuera de los bordes de la lesión.

- **Tejido epitelizado**

Una vez la lesión haya cicatrizado, se protegerá el nuevo tejido con crema a base de dimeticona, para ayudar a madurar la cicatriz protegiendo el tejido nuevo. Se recomienda continuar la protección de prominencias óseas con apósitos de espuma de poliuretano con adhesivo de silicona.

## 6. EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LPP

Para evaluar la evolución de las LPP se utilizará la escala validada de RESVECH 2.0 para el control y seguimiento de las lesiones por presión, la única escala de validación del proceso de cicatrización que cuenta con validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio, con un Alpha de Crombach por encima de 0.8.

Este instrumento documenta la cicatrización de las LPP, observando cronológicamente su desarrollo. Sus ventajas son su alta sensibilidad, fácil aplicación y evaluación en un tiempo prolongado. Califica las LPP de 0 a 35 puntos según 6 ítems (dimensiones de la lesión, profundidad/tejidos afectados, bordes, tipo de tejido en el lecho de la herida, exudado, infección/inflamación). La puntuación que tienda a 0 corresponderá a lesiones que están en vía de cicatrización, mientras que las puntuaciones que se acerquen a 35 corresponderá a lesiones que están en las peores condiciones.

# RESVECH 2.0 - ESCALA VALORACIÓN PROCESO CICATRIZACIÓN

ÍTEMS	MEDIDA FECHA
<p><b>1. Dimensiones de la lesión:</b>            0. superficie = 0 cm<sup>2</sup>            1. superficie = &lt;4 cms<sup>2</sup>            2. superficie = 4 - &lt;16 cm<sup>2</sup>            3. superficie = 16 - &lt;36 cm<sup>2</sup>            4. superficie = 36 - &lt;64cm<sup>2</sup>            5. superficie = 64 - &lt;100 cm<sup>2</sup>            6. superficie &gt;100</p>	
<p><b>2. Profundidad/tejidos afectados</b>            0. Piel intacta cicatrizada            1. Afectación dela dermis - epidermis            2. Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a la fascia del musculo)            3. Afectación del musculo            4. Afectación del hueso y/o tejidos anexos (tendones ligamentos, capsula articular o escara negra que no permite ver los tejidos debajo de ella)</p>	
<p><b>3. Bordes</b>            0. No distinguibles (no hay bordes en la herida)            1. Difusos            2. Delimitados            3. Dañados            4. Engrosados ("envejecidos", "invertidos")</p>	

- 4. Tipo de tejido en el lecho de la herida
- 4. Necrótico (escara negra seca o húmeda)
- 3. Tejido necrótico y/o esfacelos en el lecho
- 2. Tejido de granulación
- 1. Tejido epitelial
- 0. cerrada/cicatrización

- 5. Exudado
- 3. Seco
- 0. Húmedo
- 1. Mojado
- 2. Saturado
- 3. Con fuga de exudado

- 6. Infección/ inflamación (signos de biofilm)
- 6.1. Dolor que va en aumento si= 1 no =0
- 6.2. Eritema en la perilesion si = 1 no =0
- 6.3. Edema en la perilesion si =1 no=0
- 6.4. Aumento de la temperatura si=1 no=0
- 6.5. Exudado que va en aumento si=1 no=0
- 6.6. Exudado purulento si= 1 no=0

- 6.7. Tejido friable o que sangra con facilidad si=1 no=0
- 6.8. Herida estancada que no progresa si=1 no=0
- 6.9. Tejido compatible con biofilm si=1 no=0
- 6.10. Olor si=1 no=0
- 6.11. Hipergranulacion si=1 no=0
- 6.12. Aumento del tamaño de la herida si=1 no=0
- 6.13. Lesiones satélites si=1 no=0
- 6.14. Palidez del tejido si=1 no=0

<b>¡SUME LA PUNTUACION DE CADA SUB ITEM!</b>	
<b>PUNTUACION TOTAL (Max. = 35, Min =0)</b>	

Las recomendaciones de esta guía están basadas en evidencia, desarrolladas sistemáticamente para ayudar a profesionales de la salud, para tomar decisiones sobre la atención médica adecuada para condiciones clínicas específicas. Las recomendaciones y buenas prácticas. Es claro que algunas de las recomendaciones que se plantea en esta guía se debe analizar de acuerdo con el entorno clínico capacidad institucional y necesidades del paciente.

Esta guía y cualquier recomendación. Dentro de ella, están destinados sólo con fines educativos e informativos. Se proporcionan nombres genéricos de productos. Nada en esta guía es destinado a respaldar un producto específico. Las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas presentadas a continuación son una guía general para la práctica clínica adecuada que se implementará por profesionales de la salud calificados sujetos a su juicio clínico de cada caso individual, y en consideración de los recursos disponibles. La directriz debe ser implementada de manera cultural, consciente y respetuosa de acuerdo con los principios de protección, participación y asociación.

La Guía de práctica clínica contiene resúmenes de evidencia, consideraciones de implementación y discusión de evidencia que proporciona contexto a estas recomendaciones.





## EVIDENCIA CIENTÍFICA:

Las siguientes recomendaciones sustentan las sugerencias dadas por los especialistas que participaron en la construcción de este trabajo para mejorar las condiciones de los pacientes y traducida al español, fue tomada textualmente de la European pressure ulcer advisor panel, national pressure injury advisory panel and pan pacific pressure injury alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Quick reference guide. Emily Haesler (Ed) EPUAP/NPIAP/PPPIA:2019; se tomaron los apartes que se ajustan a la situación vivida por los pacientes en estado crítico en prono con COVID-19.

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA POBLACIONES ESPECIALES: (1)

- Personas críticamente enfermas

### PERFUSIÓN, CIRCULACIÓN Y OXIGENACIÓN COMO FACTORES DE RIESGO PARA LESIONES POR PRESIÓN

1.8: Considere el impacto de los déficits de perfusión y circulación en el riesgo de lesiones por presión. (Fuerza de la evidencia = B1; Fuerza de la Recomendación = ↑)

1.9: Considere el impacto potencial de los déficits de oxigenación en el riesgo de lesiones por presión. (Fuerza de la evidencia C; Fuerza de la recomendación = ↑)

1.18: Considere los siguientes factores como factores de riesgo de lesiones por presión específicos de la población para individuos críticos:

- Duración de la estancia en la unidad de cuidados críticos
- Ventilación mecánica
- Uso de vasopresores
- Puntuación APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation). Declaración de buenas prácticas

# RECOMENDACIONES GENERALES DE PREVENCIÓN:

## Apósitos profilácticos

3.5: Use un apósito de espuma suave de silicona de múltiples capas para proteger la piel de las personas en riesgo de sufrir lesiones por presión. (Fuerza de evidencia = B1; Fuerza de recomendación = ↑)

-Continúe implementando otras medidas para evitar lesiones por presión cuando se usa un apósito profiláctico.

-Continúe evaluando la piel bajo un vendaje profiláctico al menos diariamente para evaluar la efectividad del régimen de atención preventiva

-Características que facilitan la evaluación regular de la piel, por ejemplo, transparencia, bordes de silicona, bordes no adhesivos.

-Beneficio potencial de usar un apósito de tamaño y diseño adecuado

-Capacidad para manejar microclima, facilidad de aplicación y retirada, buena fijación, preferencias del individuo, la comodidad, alergias, coeficiente de fricción y cizalla



# POSICIÓN PRONO:

Evitar en la medida de lo posible, de ser necesario redistribuir peso, dispositivos médicos, considere uso de apósito profiláctico, considere realizar el cambio si se daña, se desplaza, se despega o se encuentra excesivamente húmedo.

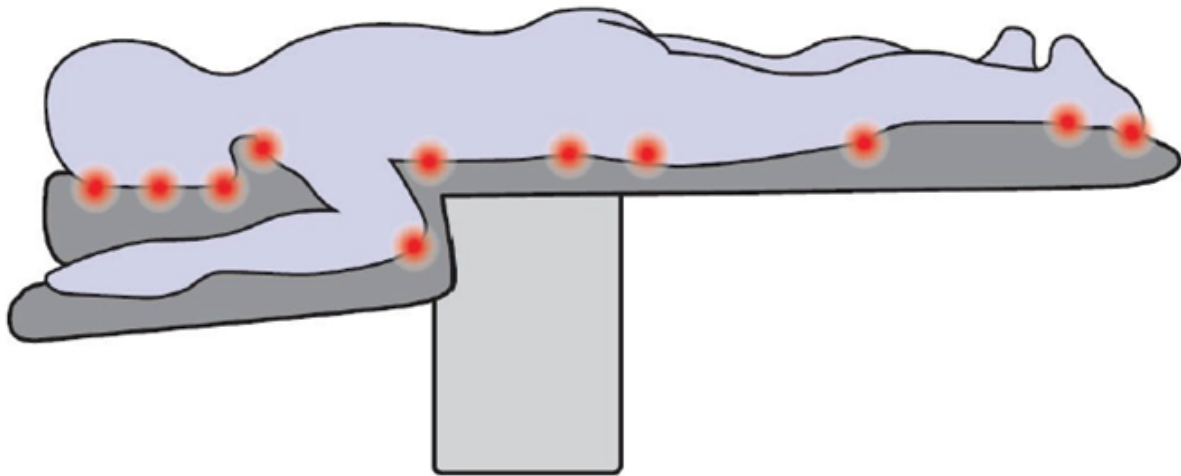
Puntos importantes a proteger (morfología del paciente, prominencias óseas)

Cara: Frente, pómulos, nariz, mentón, pabellón auricular

Tórax y miembros superiores: pectorales, glándulas mamarias, codos

Abdomen: crestas iliacas, genitales masculinos

Miembros inferiores: rodillas, dorso del pie, dedos



Entre los síntomas que presentan los pacientes con Covid 19 están las altas temperaturas corporales, posible soporte vasopresor, edad (adulto mayor) y presencia de comorbilidades como es la Diabetes Mellitus, situaciones que aumentan el riesgo de sufrir lesiones por presión a los pacientes en cuestión, por lo tanto se debe prestar especial atención a quienes cumplen estos factores de riesgo, brindar una valoración concienzuda y exhaustiva, de manera que se establezcan planes de atención y cuidado individualizados, realizar seguimiento a su cumplimiento y así lograr los resultados propuestos.

Se debe dar especial importancia a la rotación de la cabeza cada 2 horas como mínimo, igual tener en cuenta la rotación de la fijación de TET cada 24 horas, para evitar lesiones por presión causadas por el dispositivo médico específicamente en comisuras labiales. Es importante aplicar protector cutáneo antes de colocar cualquier adhesivo, para evitar las MARSI.



Si no se dispone de dispositivos médicos como los propuestos, utilice almohadas y cojines que proporcionen la redistribución del peso corporal del paciente, y ubíquelos en el abdomen, muslos y pantorrillas para liberar las prominencias óseas de la presión, tales como tórax, crestas ilíacas, rodillas y dedos de los pies. Estos implementos deben removerse cada dos horas para permitir la perfusión tisular y se debe verificar que el paciente mantiene una adecuada alineación corporal.

Coloque suavemente los brazos en una postura de nadador de modo que el brazo que se encuentra hacia arriba esté en una posición neutral sobre la cabeza y el otro brazo esté hacia abajo paralelo al cuerpo en una posición de confort (la cabeza debe estar alejada de la dirección de la parte superior del brazo) para prevenir el daño del plexo braquial.

Fuente imagen: <https://sites.google.com/site/misitiowebarga/posiciones-anatomicas/posicion-prono-o-ventral>

Alterne la posición del brazo cada 4 horas. Cuando el brazo esté en posición hacia arriba, mantenga el hombro en una posición neutral y el codo a 90 grados para evitar la hiperextensión del hombro.

La potencial lesión del pie existe y las piernas requieren apoyo para evitar la rotación externa o el acortamiento del tendón de Aquiles. Esto se puede lograr colocando una almohada para flexionar las rodillas y permitir que los pies cuelguen en un ángulo de 90 grados. El paciente debe colocarse de modo que la presión se minimice sobre el abdomen (Gibson y rutherford 1999). Esto permite el movimiento del diafragma y mejora la expansión basal de los pulmones. También debe evitarse la presión sobre el canal femoral. En la mujer, se debe considerar permitir una posición cómoda para los senos, y en los hombres para evitar la presión sobre los genitales. La posición en prono lateralizada es una buena opción que disminuye las descargas y el riesgo de presentar lesiones por presión, teniendo en cuenta que la parte que está en contacto con la superficie debe estar protegida con los dispositivos recomendados.

# KIT DE PRONACIÓN

Es importante tener en cuenta las superficies especiales para el manejo de la presión o SEMP, dotar las unidades de cuidados intensivos están importante un ventilador como un adecuado colchón para que cuando estos pacientes se recuperen no presenten lesiones en la piel, que causarían secuelas de por vida (cicatrices, deformidad, etc.).

El colchón ideal sería uno de aire alternante en su defecto se podría utilizar un colchón memory foam, y sobre este un sobre colchón de aire alternante con motor donde se pueda programar de acuerdo al peso del paciente, evitar mucha ropa de cama en lo posible una sábana y otra de movimiento, utilizar cojines de acuerdo al área a liberar o aliviar la presión que cuenten con forros de material PVC que es de alta resistencia, no aumenta la temperatura, es impermeable permite la desinfección inmediata para poder utilizarse nuevamente.

Las almohadas o cojines deben estar diseñados para facilitar la maniobra de forma más segura, el material de estos debe ser viscoelástico o memory foam con un tamaño y altura adecuada para despejar las zonas más sensibles del paciente.

La forma de estos debe garantizar mantener despejada la zona de la tráquea, el esternón, el abdomen y los genitales; facilitar la rotación del paciente y reducir la carga al movilizar al paciente por hemicuerpos; estabilizar la cintura escapular y pélvica del paciente, respetando la curvatura natural de la columna permitiendo, a su vez, mantener alineada la cabeza con el tronco; evitar la compresión de las vías centrales; disminuir el riesgo de extubación. Tener en cuenta que estos deben ir debajo de la cabeza, tórax, genitales, piernas y cojines más pequeños debajo de codos, manos, pies.

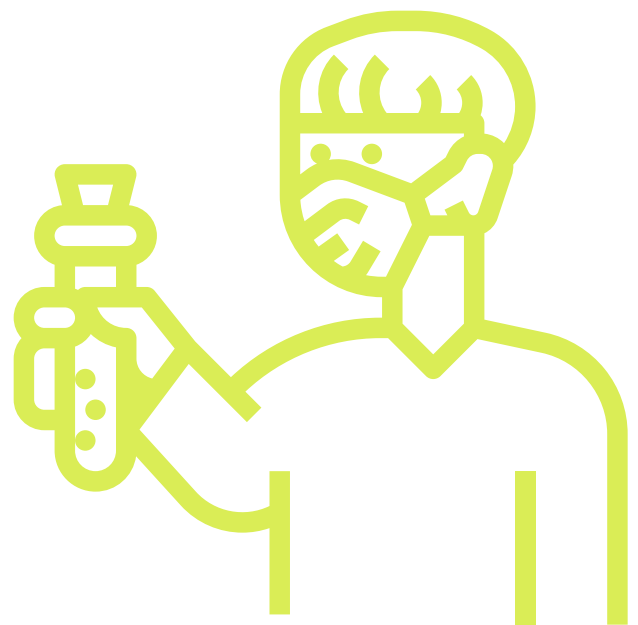


Imágenes tomadas de: <https://www.fcchi.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-Cuidados-de-enfermer%C3%ADa-en-el-Dec%C3%BAbito-Prono.pdf>

# PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR DISPOSITIVOS MÉDICOS en el personal de la salud:

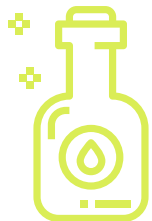
Ante la inminente crisis de salud a nivel mundial, nos estamos viendo enfrentados a situaciones poco o nada conocidas, dentro de las cuales se encuentran las lesiones en la piel sufridas por el personal de la salud que prestan sus servicios en la atención de pacientes con diagnóstico de Covid 19. Las recomendaciones instauradas por la OMS y organizaciones encargadas de la valoración, actuación, control, monitoreo de enfermedades, se encuentran las directrices del uso de Elementos de Protección Personal (EPP) por parte de los trabajadores de la salud, en atención directa con los pacientes con Covid 19, dentro de los cuales están las gafas protectoras, mascarilla con filtro y careta o escafandra, entre otros. El uso continuo y por tiempo prolongado de estos implementos, genera lesiones en la piel asociadas a los dispositivos que pueden llegar a afectar la condición de salud del mismo personal asistencial. Por ello, en esta guía se abre un espacio para recomendaciones en la prevención y disminución de la incidencia de estas lesiones.

Sabemos que las fuerzas de fricción y presión son unas de las principales causas de la aparición de las lesiones en la piel, en este caso las faciales, asociadas a un aumento de la humedad del ambiente y del mismo individuo por causa del sudor, éstos favorecen la fricción entre la piel y el material del dispositivo y, con ello, el riesgo a sufrir dichas lesiones, las cuales abren una puerta para la entrada de infecciones bacterianas, virales o fúngicas, empeorando la situación.





Según las experiencias por personal asistencial en países otros países como China y España, tomamos algunas recomendaciones que pueden disminuir la aparición de lesiones faciales, tales como:



- Aplicar antes de iniciar el turno, idealmente en casa aplicar un producto cosmético a base de aceite de oliva extra virgen o ácidos grasos hiperoxigenados para aumentar la resistencia de la piel a factores externos en este caso la mascarilla N95 y gafas de protección personal.

- Es de vital importancia que el personal de la salud prepare la piel aplicando un apósito hidrocélular o un hidrocoloide delgado que alivie la presión de los dispositivos de protección personal, después de pegarlos en la cara no deben tocarse para nada, esto con el fin de evitar contagios ya que la entrada de este virus puede ser ojos, fosas nasales y boca. Se puede aplicar protector cutáneo en spray antes de la aplicación de la espuma.



- Debe considerarse que el adhesivo de las espumas sea de silicona, para evitar traumas y desgarros en la piel en el momento de su retiro, que tenga capacidad de absorción, flexible y anatómico y que permita el sello necesario para evitar la entrada del virus por mucosas.

- Las zonas de mayor cuidado son: Frente, puente nasal, zona malar y pabellones auriculares. Si utiliza protector cutáneo, permita su completo secado antes de colocar el apósito, con 30 segundos es suficiente.

- Utilice EPP adecuados al tamaño de su cara, evitando ajustar de más contra la piel y así disminuir posibles fuerzas de fricción y presión.

- Asegúrese de utilizar las EPP requeridos, según el procedimiento a realizar y las directrices instauradas en la institución prestadora de salud, respetando siempre las recomendaciones del fabricante.

- Aplicación de aceite de oliva extra virgen, ácidos grasos hiperoxigenados, o cremas hidratantes no grasosas, después del uso de los EPP.
- Recorte el apósito a utilizar como superficie de apoyo, de acuerdo al área donde lo vaya a colocar, así:

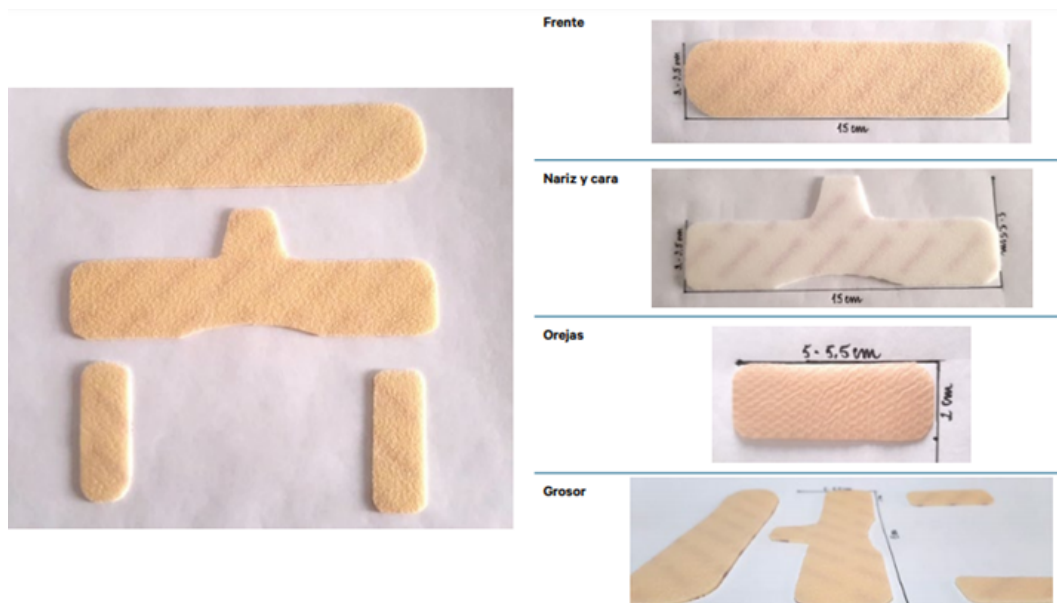
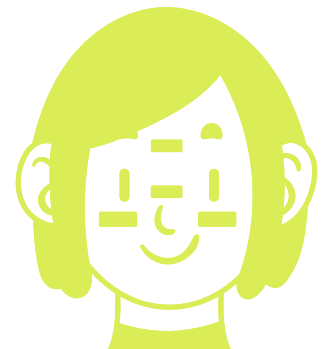
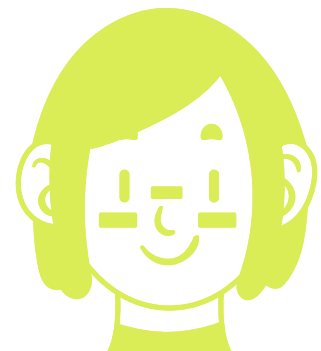


Imagen tomada: Alves, P.; Moura, A.; Vaz, A.; Ferreira, A.; Malcato, E.; Mota, F.; Afonso, G.; Ramos, P.; Dias, V.; Homem-Silva, P. PREPI | COVID19. Prevenção de lesões cutâneas causadas pelos Equipamentos de Proteção Individual (Máscaras faciais, respiradores, viseiras e óculos de proteção). Journal of Tissue Healing and Regeneration 2020. Suplemento da edição Outubro/Março XV.

- Luego de instalar los apósitos, verifique el sellado entre los EPP, el apósito y la piel, garantizando que tenga la máxima protección requerida.
- Si el apósito presenta excesiva humedad, debe ser retirado y cambiado por uno nuevo.
- Al finalizar el turno, retire con suavidad los apósitos, realice una limpieza adecuada de la cara y proceda a aplicar cremas humectantes.
- Si se utiliza espumas con adhesivo de silicona, este tiene mayor durabilidad, se recomienda conservar las pestañas y empaque, cuando termine el turno se despegan y si está en buen estado se guardan para ser reutilizado nuevamente. Ya que estaba protegida con la mascarilla y no hay riesgo de contaminación.



## BIBLIOGRAFIA

1. European pressure ulcer advisor panel, national pressure injury advisory panel and pan pacific pressure injury alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Quick reference guide. Emily Haesler (Ed) EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019 Consultado el 31/03/2020 en [https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2019/12/2019.EPUAP\\_.NPIAP\\_.PPIA\\_.INTERNATIONAL.GUIDELINE.PU\\_.pdf](https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2019/12/2019.EPUAP_.NPIAP_.PPIA_.INTERNATIONAL.GUIDELINE.PU_.pdf)
2. Restrepo J. Patiño M. Rojas J. Cuidado del paciente con heridas de lo básico a lo avanzado. Pag. 25-37. CIB Medellín. 2020
3. Sharin DeMarco, Geriatric workforce enhancement program/ Johns Hopkins medicine. Primer consenso de úlceras por presión /priCUPP 2017.
4. Boyko TV, Longaker MT. Review of the current management of pressure ulcers. Advances in wound care, volumen 7 , number 2
5. Documento Técnico Manejo Clínico del COVID-19: Unidades de Cuidados Intensivos. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Marzo 19 de 2020.
6. Pancorbo-Hidalgo, PL; García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP No. 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.
7. Bertoia, N., Buchanan, P., Las Heras, M., Carboni Bisso, I., Mancilla J. Protocolo para la Estandarización de los Cuidados de Enfermería en el Paciente con Decúbito Prono. Hospital Italiano de Buenos Aires. Octubre 2019. Disponible en: <https://www.fcchi.org.ar/wp-content/uploads/2019/11/Protocolo-Cuidados-de-enfermer%C3%ADa-en-el-Dec%C3%BAbito-Prono.pdf>
8. Alves, P; Moura, A.; Vaz, A.; Ferreira, A.; Malcato, E.; Mota, F.; Afonso, G.; Ramos, P.; Dias, V.; Homem-Silva, P. PREPI | COVID19. Prevenção de lesões cutâneas causadas pelos Equipamentos de Proteção Individual (Máscaras faciais, respiradores, viseiras e óculos de proteção). Journal of Tissue Healing and Regeneration 2020. Suplemento da edição Outubro/Março XV. [consultado Abril 2 de 2020]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/340292930\\_Lesion\\_por\\_presion\\_relacionada\\_a\\_un\\_dispositivo\\_medico\\_en\\_los\\_profesionales\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_epoca\\_de\\_pandemia](https://www.researchgate.net/publication/340292930_Lesion_por_presion_relacionada_a_un_dispositivo_medico_en_los_profesionales_de_la_salud_en_epoca_de_pandemia)
9. World Health Organization (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19): Interim guidance. Ginebra: WHO; 2020. [consultado Abril 2 de 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE\\_use-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf)
10. Lineamientos para Prevención Control y Reporte de Accidente Laboral por Exposición Ocupacional al SARS CoV-2 (COVID-19) en Instituciones de Salud. Ministerio de salud, 2020 Colombia

11. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Florence Congress, Position Document. Advances in wound care: the Triangle of Wound Assessment Wounds International, 2016

12. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Consensus Document. Role of dressings in pressure ulcer prevention. Wounds International, 2016

13. Davies P. Role of multi-layer foam dressings with Safetac in the prevention of pressure ulcers: a review of the clinical and scientific data. J Wound Care. 2016 Jan;25(1 Suppl):S1, S4-23

14. Pressure ulcers (pressure sores; bedsores; decubitus ulcers, decubiti). In: MSD manuals [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck and Co., Inc.; 2013 [cited 2020 Apr 3 8]. Available from: <http://www.msdmanuals.com/en-gb/professional/dermatologic-disorders/pressure-ulcers/pressure-ulcers>

15. Santamaria N, Liu W, Gerdtz M, Sage S, McCann J, Freeman A, et al. The cost-benefit of using soft silicone multilayered foam dressings to prevent sacral and heel pressure ulcers in trauma and critically ill patients: a within-trial analysis of the border trial. Int Wound J. 2015 Jun;12(3):344-50. [PubMed]

16. National Guideline Clearinghouse. Guideline summary: prevention of pressure ulcers. In: Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical guideline. In: National Guideline Clearinghouse [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [cited 2017 Mar 8]. Available from: <https://guideline.gov/summaries/summary/48864>

17. Restrepo Medrano, J. (2019). Validación para Colombia del índice RESVECH 2.0 para la valoración de cicatrización en heridas crónicas. Revista Avances En Salud, 3(1), 7-14. <https://doi.org/10.21897/25394622.1748>

# **PROTOCOLO DE MANEJO**

**DE LESIONES POR PRESIÓN**

**EN PACIENTES SARS-COV-2 (COVID19)  
EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**