



PROGRAMA
ENFERMERÍA

Cuidado de enfermería en heridas

Claudia Helena Baena Arcila
Enfermera – Esp. Gerencia en Salud
Mg. Educación



**Tejiendo
Universidad**
Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

FACULTAD DE
CIENCIAS PARA
LA SALUD



**Habita
tu programa**
Autoevaluación programa 2019-2026

HERIDAS CURACIONES



<https://images.app.goo.gl/bvbSDDphGkvkyPMN6>



Antecedentes

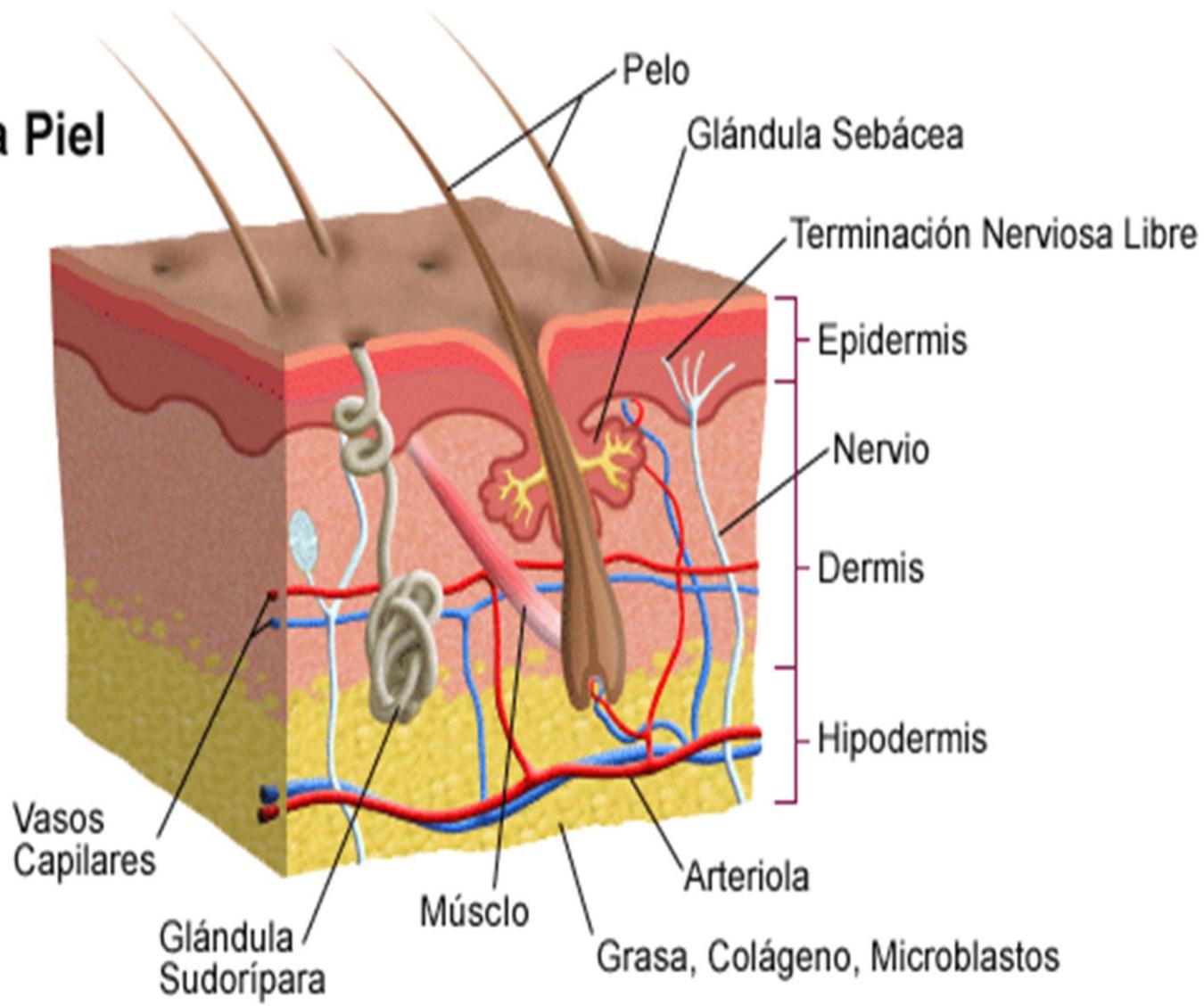
Las heridas constituyen un problema de salud de especial importancia, debido a que:

- Reducen la calidad de vida de los pacientes.
- Incrementan costos en sus cuidados.
- Prolongan la estancia hospitalaria.



<https://images.app.goo.gl/fbWzyKeN932xwVUVA>

La Piel



HERIDA

Se define como un estado patológico en el cual los tejidos están separados entre sí y/o destruidos, que se asocia con una pérdida de sustancia y deterioro de la función.



<https://images.app.goo.gl/Sc9W3PVFKzxonXkF6>

CLASIFICACION DE LAS HERIDAS

Heridas cerradas o contusas



Heridas abiertas



Heridas complicadas o avulsivas



Heridas simples o excoriaciones



Heridas cortante



Heridas punzante



Quemaduras



LPP



Úlcera venosa



Pie diabético



Según contacto con microorganismos

- **Herida limpia:** son heridas sin infección, generalmente las heridas quirúrgicas, no comprometen ningún órgano.
- **Herida limpia-contaminada:** son heridas que se transgrede la barrera conocidamente contaminada, ejemplo: heridas del tracto gastrointestinal, genitourinario, cavidad oral, nasal, vía biliar.



Herida contaminada: son las de origen traumático, como los accidentes automovilísticos, heridas de bala, cortopunzantes. Estas heridas suelen infectarse en un plazo de 6 horas, si se dejan sin tratamiento.



Herida sucia: son las que evidentemente están infectadas, contienen abundantes desechos, pus, tejido desvitalizado o entran en contacto con material contaminado.



Tipos de cicatrización

- **PRIMERA INTENSIÓN:** cuando la herida es aséptica, incisa, no complicada y permite la unión inmediata de los bordes, por medio de sutura.



- **SEGUNDA INSTENCIÓN:** cuando existe pérdida de piel que impide el cierre primario o la herida esta infectada y no es posible suturar. La cicatrización ocurre a partir del tejido de granulación y los bordes de la herida.



TERCERA INTENCIÓN: herida que se sutura y se pierden puntos por infección de herida o dehiscencia por lo que se espera a que granule y cierre la herida.



Complicaciones de las heridas quirúrgicas

- **DEHISCENCIA PARCIAL O TOTAL:** Separación de los bordes de la herida (piel + tejido subcutáneo).



- **EVISCERACIÓN:** Salida del contenido abdominal al exterior a través de la herida. Urgencia vital por riesgo de infección.
- Hemorragia y hematoma

Evisceración Abdominal

Los órganos abdominales internos protruyen a través de una herida abdominal abierta.



Gérmenes más frecuentes que causan infección

GRAMPOSITIVOS

- **Staphylococcus aureus.** Se encuentran en nariz, piel y las heces.
- **Streptococos hemolíticos alfa y beta.** Se encuentran en la nasofaringe.
- **Clostridios toxígenos.** Son bacilos que forman esporas. Se desarrollan en ambientes sin aire, se encuentran en animales, suelo, polvo. Clostridium tetani.

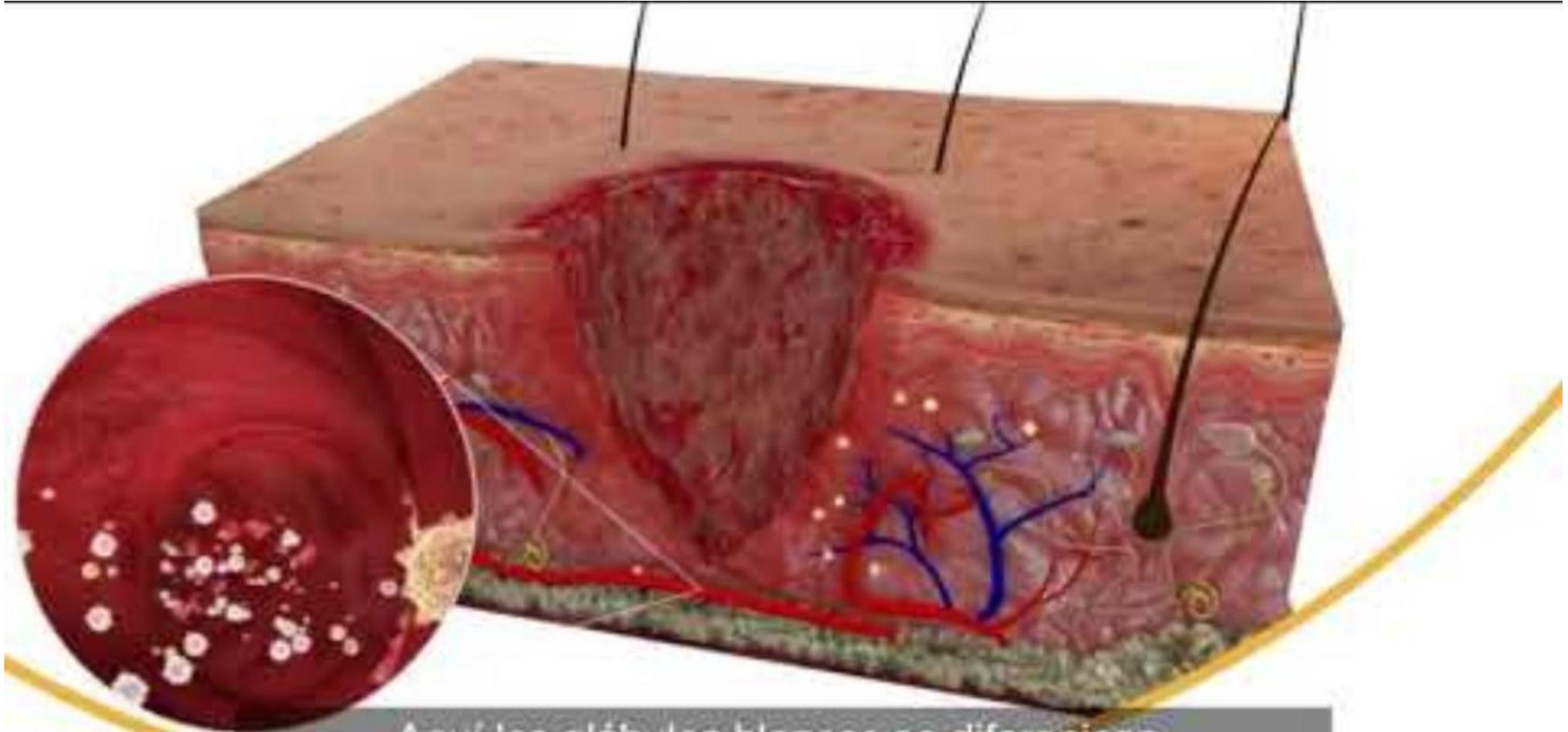
GRAMNEGATIVOS

- **Echerichia coli,** Proteus, Pseudomona, se encuentran en el área anogenital y son causa común de infecciones de las vías urinarias.



<https://images.app.goo.gl/vJiKXH2g2Yb6fknLA>

Fases de la cicatrización de la herida



Aquí los glóbulos blancos se diferencian en distintas células

PROCESO DE CICATRIZACIÓN

1. FASE INFLAMATORIA (0-3 días)

HEMOSTASIA

Vasoconstricción

Formación de un Coágulo:
fibrina y plaquetas

INFLAMACION

Dolor, edema, rubor, calor

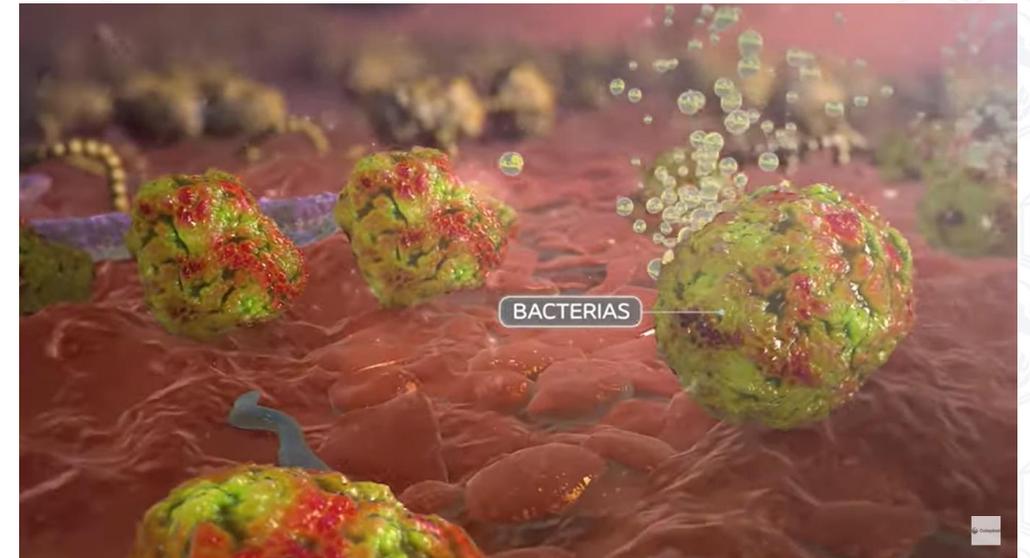
Vasodilatación

Histamina

Fx de crecimiento

Neutrófilos - Monocitos -

Macrófagos - Linfocitos



2. FASE DE PROLIFERACIÓN

Duración constante de 24 horas a 3 semanas

A.GRANULACIÓN

FIBROBLASTOS

(aparece las 24 hrs., pico máximo 72 hrs.)

Formación de Colágeno y aumento de resistencia a la separación de los bordes

Fibroblastos a la Herida

Inducen la producción de colágeno

Tropo COLÁGENO
(unidad básica del colágeno)

5 A 7 días pico máximo.

21 días máxima masa de colágeno y continúa hasta los 60 días.

ANGIOGENESIS:

Formación de nuevos vasos

3. FASE DE MADURACION Y REMODELACION

Inicio 72 horas duración 3-6semanas

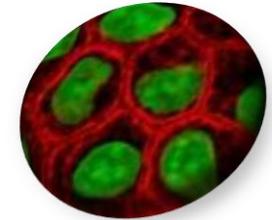
B. EPITELIZACIÓN.....

Fibroblastos y queratinocitos

Lecho de la herida contiene tejido de granulación rojo..

Hay disminución de fibroblastos y reducción de redes capilares

Remodelación del colágeno y regresión capilar



Cicatrización patológica

Desequilibrio de la síntesis y degradación de colágeno:

- Cicatrización queloide
- Cicatrización hipertrófica



Cicatrización queloide



Cicatrización patológica

- Diferencias:

Se manifiesta en las personas de raza negra

Hipertróficas

NO rebasan los límites de la herida y tienden a ser regresivas con el transcurso del tiempo.

Queloides

NO remiten y rebasan los límites de las heridas.

Ambas ocasionan prurito, ardor y dolor

Factores que modifican la cicatrización

- Generales

1. Nutrición
2. Hipovitaminosis C
3. Hipovitaminosis A
4. Edad
5. Alteraciones endocrinas
6. Obesidad
7. Citotóxicos: fármacos inmunosupresores

- Locales

1. Aporte sanguíneo
 2. Elementos corrosivos
- Isquemia
 - Infección
 - Cuerpo extraño
 - Radiación
 - Insf. venosa



VALORACION DEL PACIENTE

- Estado general del paciente
- Antecedentes personales
- Localización anatómica de la herida
- Características de la herida
- Profilaxis antitetánica



<https://images.app.goo.gl/ER8HVFRMBRBoDFgE9>

Local

- Ubicación anatómica de la herida
- Aspecto de la herida: color, olor, tamaño, forma, extensión y profundidad.
- Tipo de tejido: granulación, desvitalizado y/o necrótico.
- Exudado: cantidad y calidad
- Borde de la herida
- Presencia de infección

TIME

T

Control del tejido. Limpieza, descontaminación y desbridamiento

I

Control de la inflamación e infección: reducción de mediadores inflamatorios, reducción carga microbiana

M

Control de la humedad: gestión del exudado (proporcionar o reducir la humedad), mantener ambiente húmedo fisiológico

E

Control de bordes y piel perilesional: proteger bordes y piel perilesional de la maceración o desecación

T. *Tejido no viable*

Elementos de cuidado

- Identificar profundidad, localización anchura, profundidad y clasificar herida.
- Desbridamiento: quirúrgico, enzimático, autolítico o mecánico.
- Restauración de la base de la herida y las proteínas necesarias para lograr cicatrización.
- Cultivo.



Tejido de Granulación



Tejido de Esfacelado



Tejido Desvitalizado

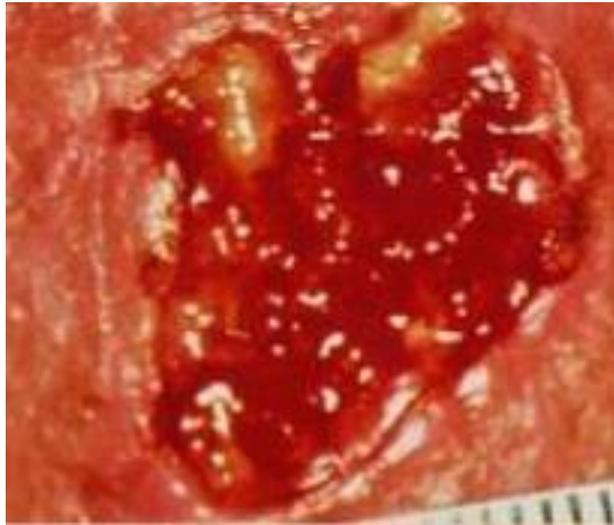


Tejido de Necrótico



TEJIDOS DE CICATRIZACIÓN

Tejidos viables



- Tejido de granulaci3n:
 - rojo color carne
 - h3medo
 - apariencia granulosa



- Tejido epitelial
 - rojo p3lido o blanqueado
 - fr3gil

TEJIDOS MUERTOS

Tejidos necróticos (no viables)



- Escara (necrosis seca)
 - puede ser dura o suave
 - negra, marrón o gris
- Esfacelo (necrosis húmeda con tejido fibroso)
 - puede estar adherido a la base de la herida o suelto.
 - firme o en hilos
 - amarillo o beige



4 DE LOS CINCO SENTIDOS

Observar



Palpar



Escuchar



Oler



I. *Infección – inflamación*

Elementos de cuidado

- Remover focos de infección sistémicos o locales.
- Utilización de antimicrobianos.
- Aplicación de productos especializados como cremas, apósitos, geles, etc.
- Valoración presencia de biofilm.



¿Por qué es importante controlar la infección ?

- En herida aguda la presencia de infección retrasa el proceso de cicatrización. Si no se controla, complica al paciente de manera local y sistémica.
- En herida crónica, la infección produce un flujo crónico de neutrófilos al sitio de la lesión que libera enzimas citolíticas, radicales libres inflamatorios, dañando aún más el tejido.



M. Control humedad (exudado)

Elementos de cuidado

Herida seca: dificulta migración celular.

Herida exudativa: favorece la infección y macera el área perilesional.

- Uso de geles, apósitos con tecnología antimicrobiana, terapia de presión negativa (VAC).
- Restauración de la migración celular, controlar el exudado y lograr el balance de la humedad.



Significado del color del exudado*

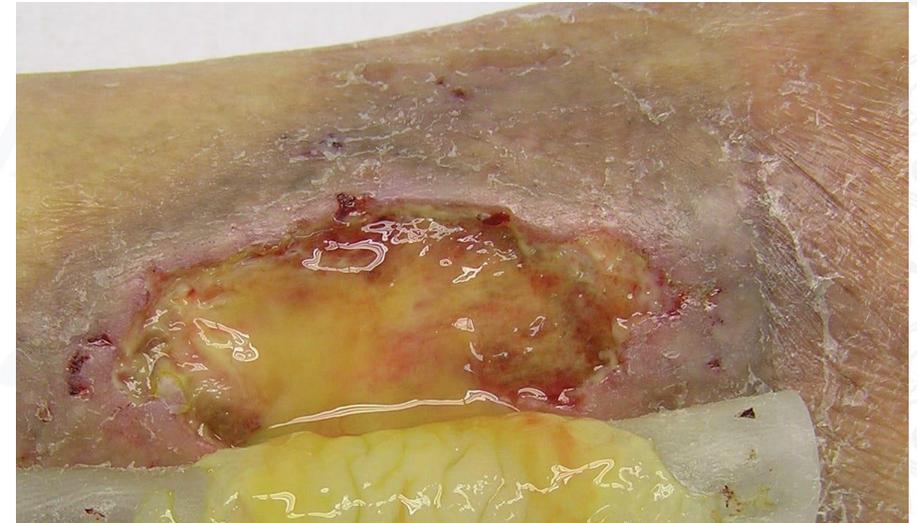
Característica	Posible causa
Claro, ambarino	■ Exudado seroso, que con frecuencia se considera 'normal', aunque puede asociarse a infección por bacterias productoras de fibrinolisisina como <i>Staphylococcus aureus</i> ; también puede deberse a líquido procedente de una fístula urinaria o linfática
Turbio, lechoso o cremoso	■ Puede indicar la presencia de hebras de fibrina (exudado fibrinoso, una respuesta a la inflamación) o infección (exudado purulento que contiene leucocitos y bacterias)
Rosado o rojizo	■ Debido a la presencia de eritrocitos, indica lesión capilar (exudado sanguinolento o hemorrágico)
Verdoso	■ Puede ser indicativo de una infección bacteriana, p. ej., <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Amarillento o marronoso	■ Puede deberse a la presencia de esfacelos en la herida o material procedente de una fístula entérica o urinaria
Gris o azulado	■ Puede relacionarse con el uso de apósitos que contienen plata

*Nota. Se sabe que algunos fármacos modifican el color de la orina, por lo que ha de tenerse en cuenta su participación como causa de un cambio en el color del exudado cuando se han excluido el resto de causas

¿Porqué debe controlarse el balance de humedad?

El exudado en heridas crónicas debe controlarse porque:

- Disminuye o bloquea la proliferación celular.
- Impide la adhesión celular.
- Aumenta la actividad proteolítica y la degradación de la matriz extracelular.



E. BORDE DE LA HERIDA

La cicatrización ocurre desde los bordes hacia el centro de la úlcera por migración de las células epiteliales. El manejo y la protección de los bordes y de la piel perilesional es esencial para contribuir con el proceso de cicatrización.

Problemas en los bordes y piel perilesional son muy frecuentes y causan retardo en el proceso de cicatrización, dolor, incrementan el tamaño de la herida y afecta enormemente la calidad de vida del paciente y su bienestar. La cantidad de exudado es el factor clave que incrementa el riesgo de lesión de los bordes y de la piel perilesional.



Granulación en el lecho de la herida con células epiteliales en los bordes



MEDIDAS CUALITATIVAS VS. CUANTITATIVAS

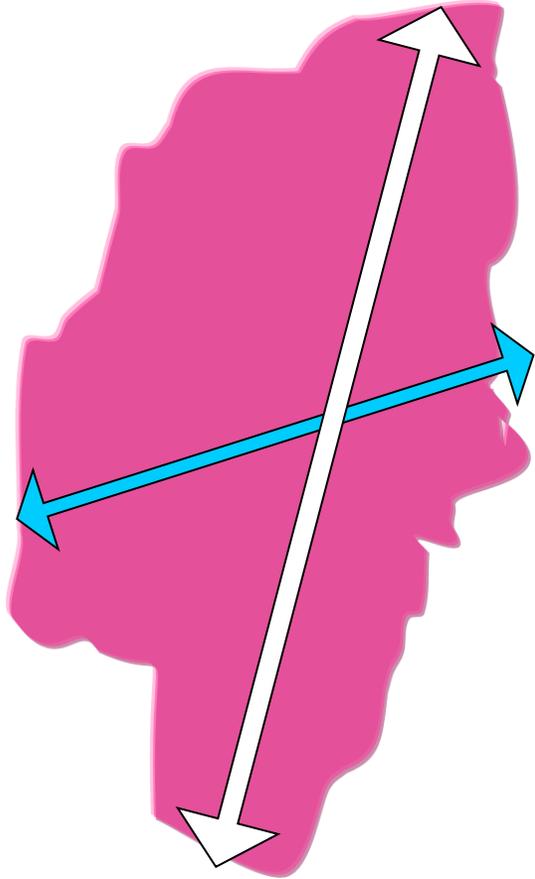
Cualitativas

- Describen el tipo de tejido en la herida.
- Describen los colores del tejido y exudado.
- Describen la consistencia del exudado.
- Describen cualquier olor.

Cuantitativas

- Miden las dimensiones de la herida en centímetros.
- Estiman los tipos de tejidos diferentes en relación con los demás (% en total).

DIMENSIONES DE LA HERIDA: LARGO Y ANCHO

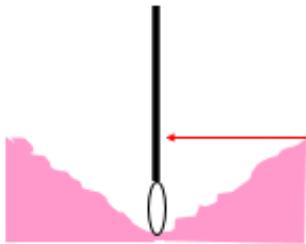
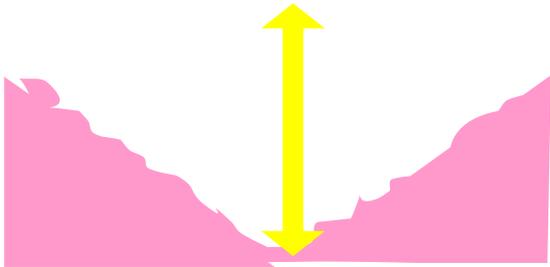


- Mida el eje más largo de la herida y úselo como largo.
- Luego mida el eje perpendicular más ancho de la herida y úselo como ancho.
- Mida en centímetros.
- Anote la posición del paciente.



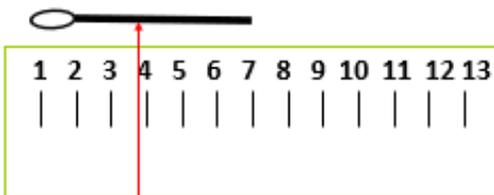
DIMENSIONES DE LA HERIDA: PROFUNDIDAD

- En las heridas de muy poca profundidad estímesese como 0,1 cm.
- Mida la porción más profunda de la herida con un hisopo de algodón estéril.



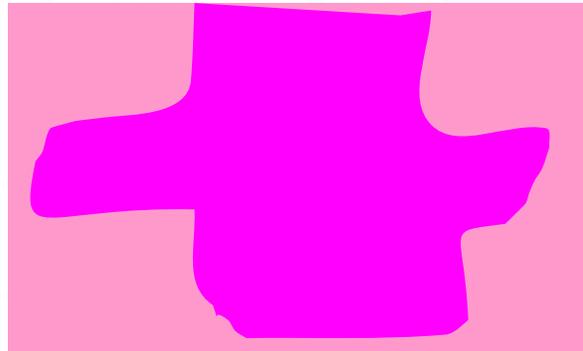
B.

A.

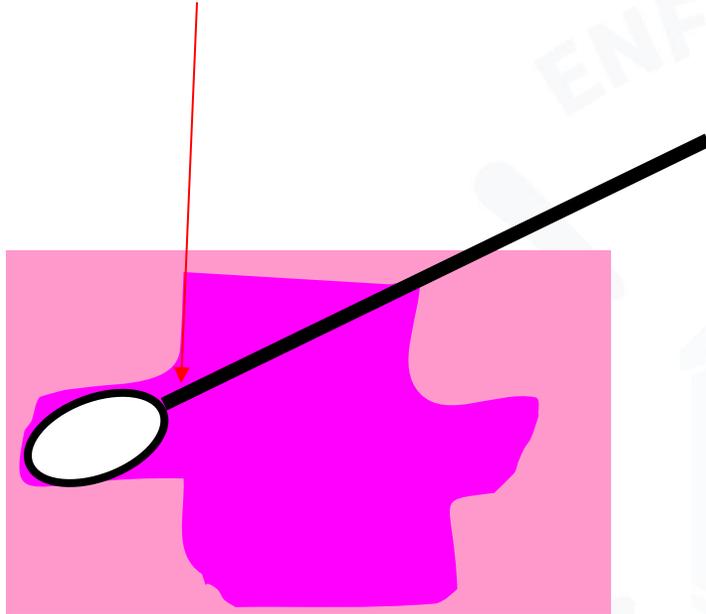


SOCAVAMIENTO Y TÚNEL

- Socavamiento: un área de tejido lastimado por debajo de la piel intacta alrededor de las márgenes de la herida.
- Túnel: un lóbulo o tracto de lesión que se extiende a partir de una herida por debajo de la piel intacta.



MIDIENDO SOCAVAMIENTOS Y TÚNELES



- Cuidadosamente explore los márgenes de la herida con la punta de algodón de un hisopo.
- En el lugar donde el aplicador se extiende debajo de la piel periférica intacta, anote la distancia como la extensión del socavamiento o túnel.

CURACIÓN DE LA HERIDA

Objetivo

- Conseguir y facilitar el proceso de cicatrización de la herida y prevenir la infección y/o contaminación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Cuidado de la herida y drenajes.
- Administración de medicamentos.
- Inmovilización
- Manejo de la nutrición.
- Manejo de líquidos.
- Precauciones circulatorias.
- Protección contra infecciones.
- Vigilancia de la piel.
- Cuidado de úlceras por presión.



EQUIPO

- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Campo estéril
- Suero fisiológico
- Antiséptico (clorexihidina, betaina)
- Pomadas, vaselina
- Apósitos/compresas estériles, gasas
- Micropore, Fixomull
- Equipo de curación (pinzas de disección)
- Tijeras
- Pinzas
- Drenajes
- Bolsa de desecho
- Recipientes plásticos
- Jeringas
- Aguja N° 18
- Tubo para cultivo
- Vaselina
- Productos de alta tecnología



<https://images.app.goo.gl/zDgoXphQimUf8eAr8>



<https://images.app.goo.gl/zDgoXphQimUf8eAr8>



PRECUAUCIONES

- Lavado de manos (OMS, 5 momentos, clínico)
- Técnica estéril
- Informar al paciente y garantizar su intimidad
- El orden de curaciones: primero las heridas no infectadas y luego las infectadas
- Administrar analgésicos antes de la curación (prescripción médica)

PROCEDIMIENTO:

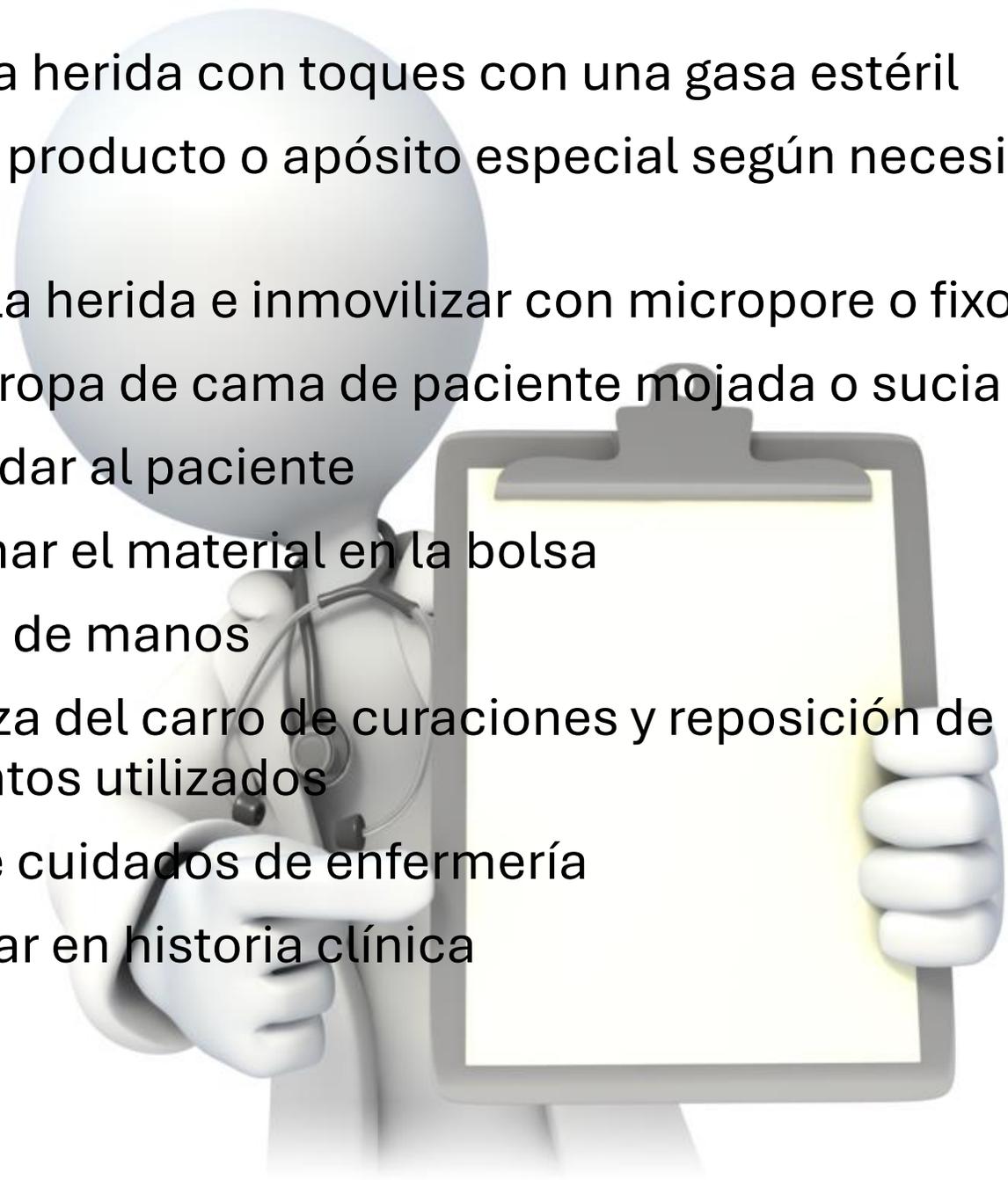
- Preparación del ambiente
- Preparación del paciente
- Preparación del material



Procedimiento

- Garantizar privacidad al paciente
- Administrar analgésicos (30 minutos antes de la curación)
- Mecánica corporal adecuada
- Descubrir las zonas necesarias
- Lavarse las manos, EPP y calzarse guantes limpios
- Caucho protector
- Bolsa de desechos
- Colocar el paño estéril
- Abrir paquetes de gasas, apósitos, compresas estériles y ubicarlas sobre el campo estéril
- Abrir solución salina e insertar aguja hipodérmica # 18
- Realizar lavado a presión de lo mas limpio a lo mas contaminado
- Utilizar antiséptico si es del caso

- Secar la herida con toques con una gasa estéril
- Aplicar producto o apósito especial según necesidad de la herida
- Cubrir la herida e inmovilizar con micropore o fixomull
- Retirar ropa de cama de paciente mojada o sucia
- Acomodar al paciente
- Desechar el material en la bolsa
- Lavado de manos
- Limpieza del carro de curaciones y reposición de elementos utilizados
- Plan de cuidados de enfermería
- Registrar en historia clínica



Neutroderm

- Principio activo: ácido hipocloroso al 0,046gr/Lt
- Solución antimicrobiana, no antibiótica de uso tópico.
- Estimula desbridamiento autolítico
- Estimula la angiogénesis
- Es un microbiocida
- Manejo de cualquier herida: infectadas, crónicas, superficiales, profundas, necróticas.
- Agente cicatrizante, proporciona humedad a la herida.
- Destruye BIOFILM, antiinflamatorio.



POLIHEXANIDA UNDECILENAMIDOPROPIL BETAINA

Y

La polihexanida consigue la eliminación de microorganismos gracias a un efecto fisicoquímico selectivo, de forma que los elimina sin interactuar con las células propias del organismo, siendo ésta, una técnica segura y efectiva para la limpieza y descontaminación de heridas.



Indicaciones:

- Lavado, descontaminación y mantenimiento de las condiciones óptimas para la correcta cicatrización.
- Retirada indolora de coberturas de fibrina.
- Eliminar malos olores.
- Excelente capacidad “detergente”.
- Buena tolerabilidad cutánea.
- No reseca la piel ni membranas mucosas.



DESBRIDAMIENTO

El desbridamiento es el procedimiento mediante el cual se retira el tejido no vascularizado, esfacelado o necrótico que dificulta el crecimiento espontáneo de tejido de granulación y por tanto, la cicatrización de la herida.

Métodos para desbridar:

- Quirúrgico
- Mecánico
- Enzimático
- Autolítico
- LARVAL



- **Desbridamiento quirúrgico:**

Técnica: El esfacelo o tejido necrótico se elimina con bisturí o tijeras.



Desbridamiento mecánico: consiste en la colocación de una gasa húmeda en la herida luego de la limpieza de esta y permitir que se adhiera al tejido esfacelado o necrótico, se retira después de 24 horas.

Desbridamiento enzimático: consiste en la aplicación de pomadas que contiene enzimas proteolíticas o agentes fibrinolíticos induce la hidrolisis del tejido necrótico y ablandan la escara. La aplicación se puede repetir varias veces en el día. COLAGENASA



Desbridamiento autolítico: consiste en colocar un apósito de hidrogel sobre la herida o úlcera, previo lavado de esta. La presencia de estos apósitos permite que el organismo sea capaz de eliminar el tejido esfacelado o necrótico a través de los siguientes mecanismos:

- La autodigestión.
- La activación de las enzimas proteolíticas del organismo.



CURACION

Curación tradicional:

- Ambiente seco
- Utilización de apósitos pasivos
- Uso de antisépticos y antimicrobianos
- Es de frecuencia diaria

Curación avanzada:

- Ambiente húmedo fisiológico
- Utilización de apósitos activos
- No uso de antisépticos y antimicrobianos
- La frecuencia varía de 3 a 5 días



Finalidad de los apósitos

1. Proporcionar un ambiente apropiado para la cicatrización de las heridas.
2. Controlar el exudado
3. Inmovilizar la herida
4. Proteger la herida y el nuevo tejido de granulación de lesiones mecánicas
5. Proteger la herida de contaminación bacteriana o de desechos orgánicos (orina, heces fecales u vómito)
6. Estimular la hemostasia
7. Proporcionar comodidad física y mental al paciente.



TERAPIAS MODERNAS

Apósitos especializados

- Hidrocoloides
- Alginatos
- Hidrogeles
- Apósitos de colágeno
- Hidropolímeros
- Películas no adherentes
- Espumas
- Apósitos de control de exudado

Técnica Avanzadas

- Ultrasonido
- Factores de crecimiento
- Apósitos biológicos
- Terapias con larvas
- Terapias de presión negativa (VAC)
- Presión hiperbárica

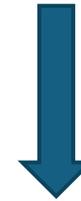
Clasificación de los Apósitos

Según su localización.



- **Primarios:** están en contacto directo con la herida.
- **Secundarios:** protegen al apósito primario o tienen funciones de absorción.

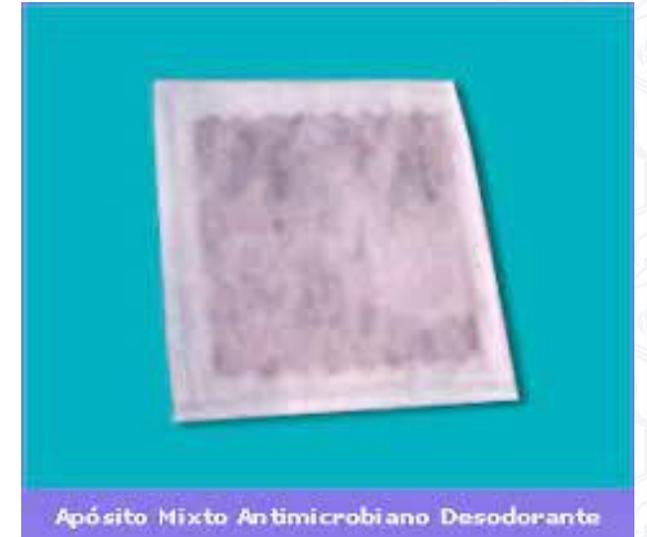
Según su modo de acción.



- **Pasivos:** no interactúan con la herida, tienen alta capacidad de desecación y poca absorción.
- **Activos:** interactúan con la herida favoreciendo el proceso de cicatrización.

Características de apósitos activos

- No son tóxicos ni alergénicos
- Tienen capacidad de absorción
- No dejan residuos en la herida
- Protegen contra la infección
- Son resistentes y costo-efectivos
- Proporcionan un ambiente húmedo
- No son adherentes
- Son fáciles de usar
- Disminuye el dolor y el olor
- Son estériles
- Se adaptan a los contornos anatómicos



Técnicas avanzadas en cuidado de heridas

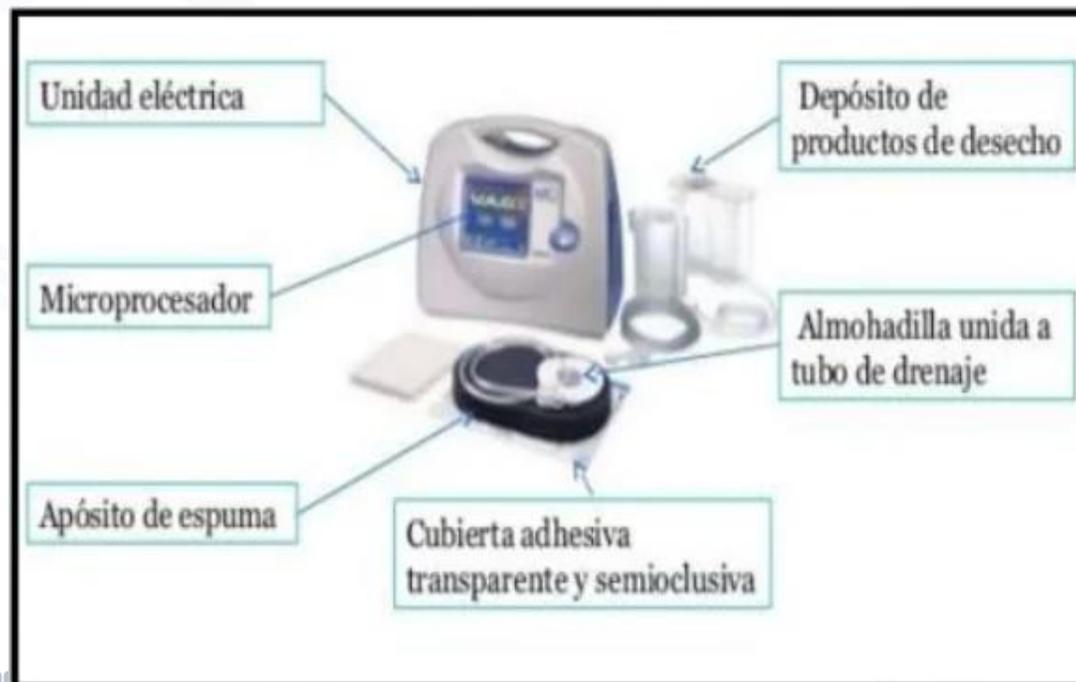
Constituyen todas tecnologías, diferentes apósitos especializados para el cierre de heridas agudas o crónicas de difícil manejo.



Sistema de presión negativa o VAC

Consiste en un adhesivo con un tubo conectado a un recipiente de recolección y una fuente de vacío.

El material de interfaz es una esponja de poliuretano de poro abierto, hidrófobo, que tienen que sellar adecuadamente para mantener el vacío o el aire se fuga causando desecación,.



La terapia de presión negativa se puede aplicar en cualquier tejido siempre y cuando esté bien vascularizado y que la herida esté libre de tejido necrótico.

Indicaciones

- Pie diabético
- Úlceras por presión
- Abdomen abierto
- Fístulas intestinales entero-cutáneas y heridas postraumáticas entre otras.
- Contraindicaciones: En pacientes con heridas con necrosis y alto grado de contaminación, heridas de origen tumoral, osteomielitis no tratada.

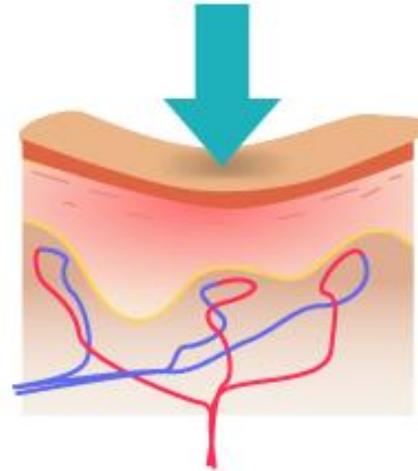


LESIONES POR PRESIÓN

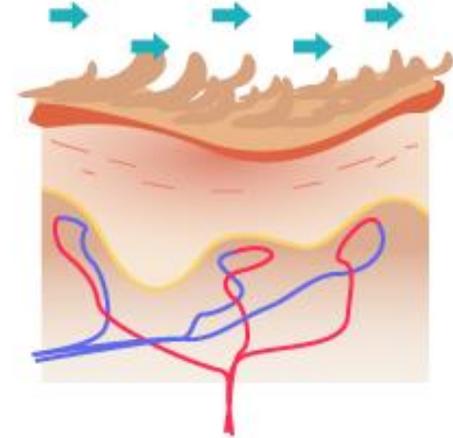


Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea

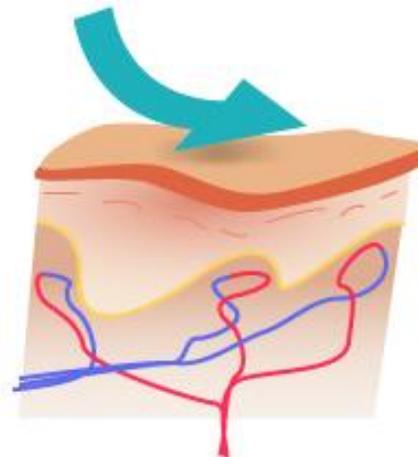
PRESIÓN



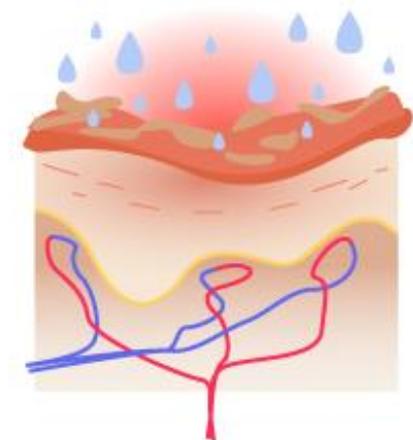
FRICCIÓN



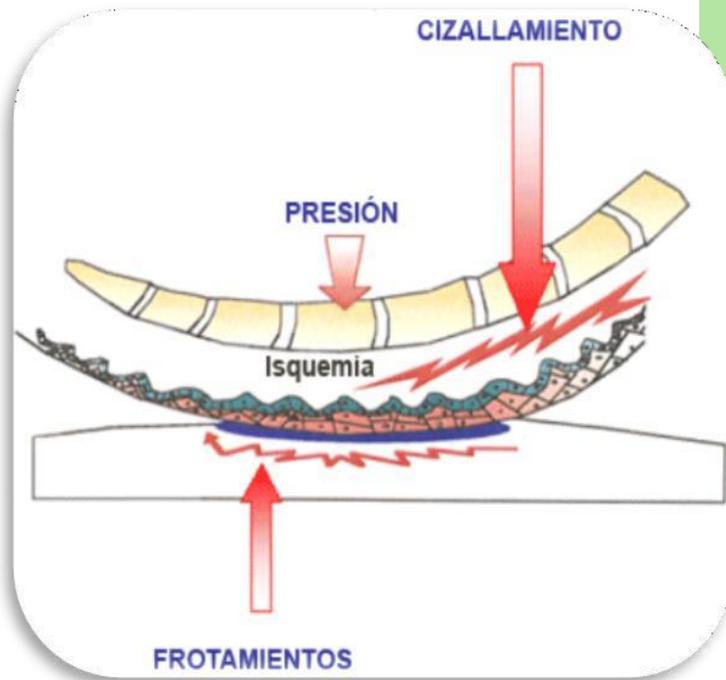
CIZALLA



MICROCLIMA



CAUSAS



Cizallamiento: fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos, lo que ocasiona una fricción que puede dar origen a lesiones en la dermis.

Presión: la presión y el tiempo necesarios para producir una isquemia varían de un paciente a otro; se considera que una presión superior a 15 y 20 mm/Hg (presión interna de los capilares y arteriolas) mantenida en un tiempo determinado puede provocar una lesión por presión.

Fricción: además de por presión directa se puede producir por presiones tangenciales que actúan paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre (paciente encamados en posición de Fowler sin obstáculo que los frene).

Factores de riesgo

INTRINSECOS

- Edad
- Enfermedades concomitantes
- Alteraciones motoras
- Alteraciones en la perfusión sanguínea

EXTRÍNSECOS

- Humedad de la piel
- Objetos extraños en la ropa
- Presencia de dispositivos clínicos
- Inmovilidad necesaria
- Calidad de los cuidados

Edema

Cambios de color o textura

Signos de advertencia

Áreas más sensibles

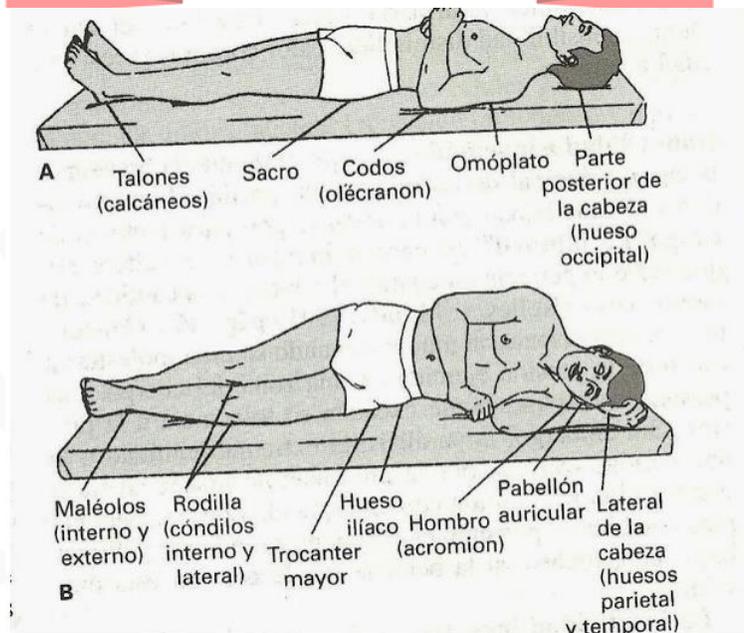
Drenaje similar al pus

Cambios de temperatura en áreas

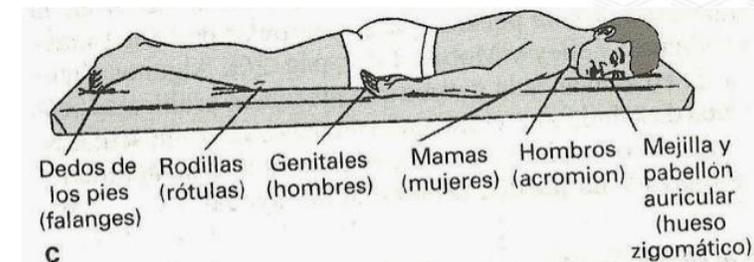
Zonas más comunes

Donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

Decúbito supino y lateral



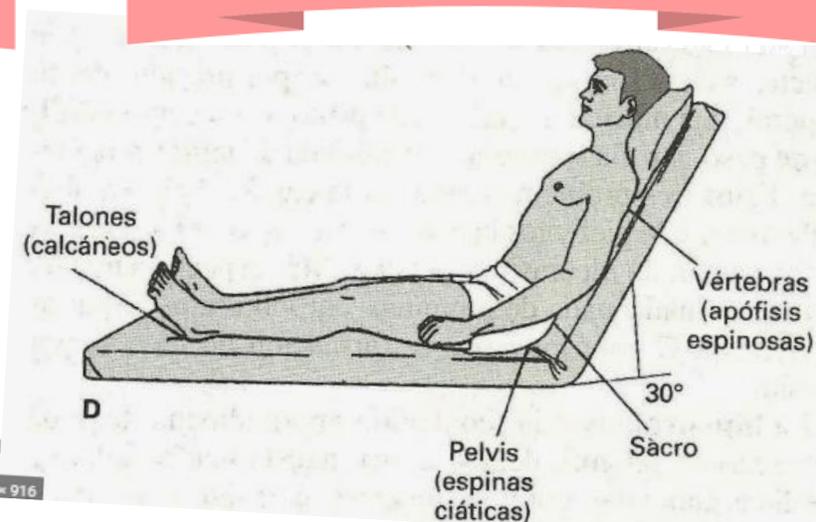
Decúbito prono



Silla de ruedas



Posición de Fowler



ESTADIOS

ESTADIO
01

ERITEMA



ESTADIO
02

PÉRDIDA PARCIAL



ESTADIO
03

PÉRDIDA TOTAL



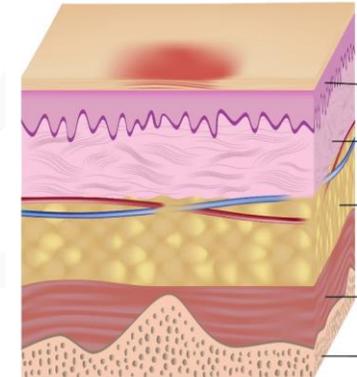
ESTADIO
04

NECROSIS

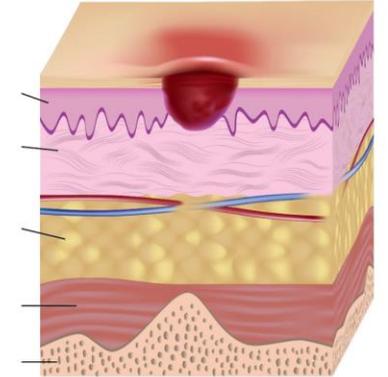


GRADOS

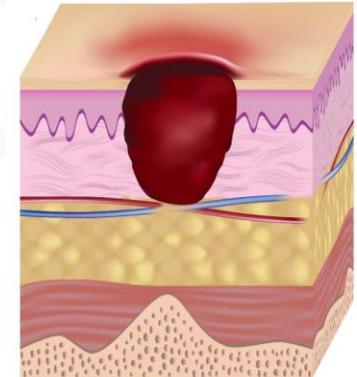
Grado I



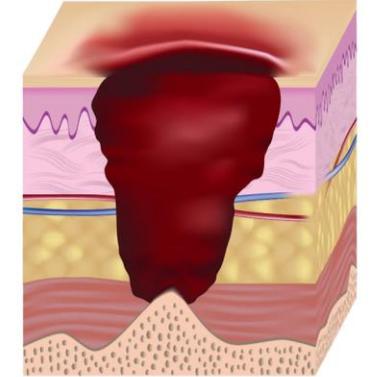
Grado II



Grado III



Grado IV



Clasificación

Etapa	Descripción
Etapa I	Eritema cutáneo, no presenta pérdida de la continuidad de la piel.
Etapa II	Perdida de la epidermis, dermis o ambas.
Etapa III	Perdida completa de la epidermis, dermis, y daño del tejido subcutáneo que puede llegar hasta la fascia.
Etapa IV	Perdida completa del espesor de la piel con destrucción, necrosis y daño muscular, tendinoso u óseo.

Factores modificables

Enseñar
al:



Paciente



Prevención/cuidados

Valoración de riesgos

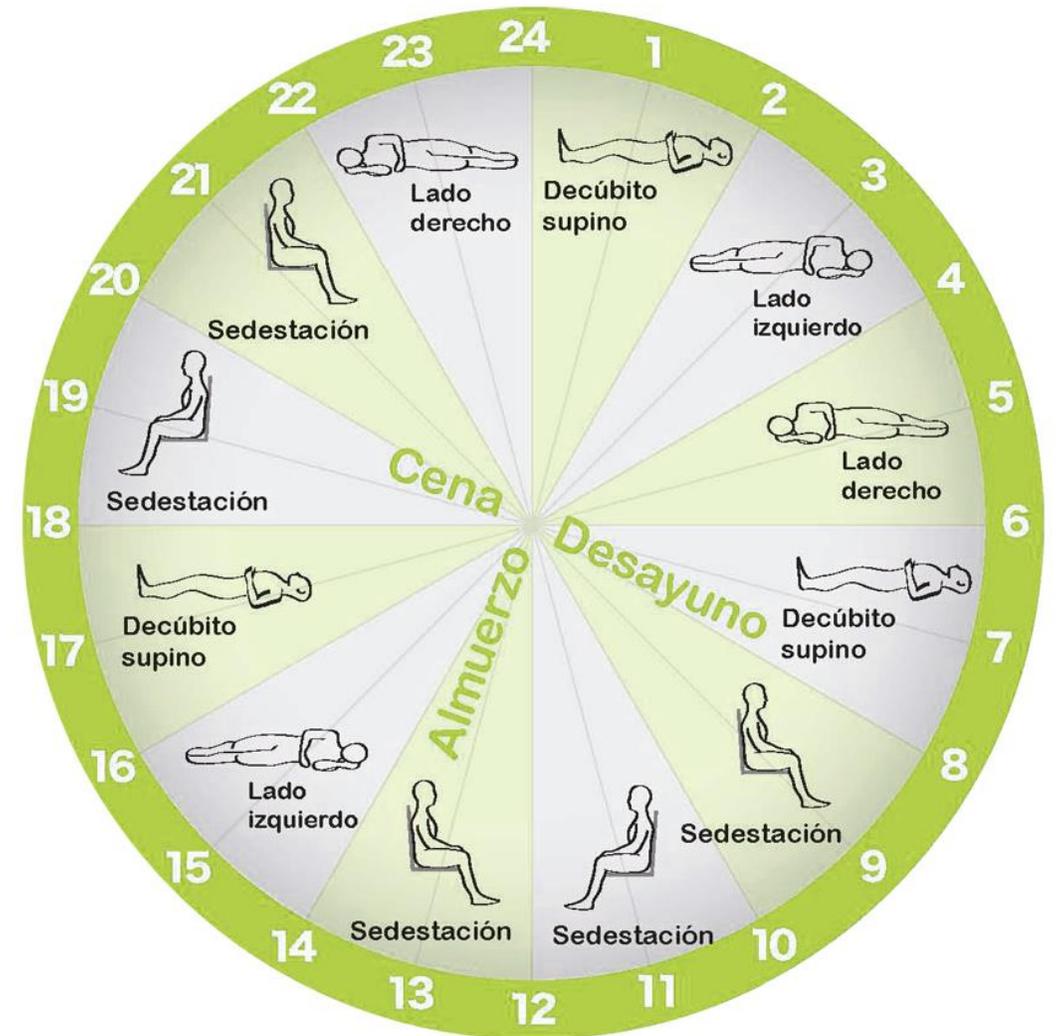
Valoración de la piel

Movilización

Evitar la humedad

Educación

Realizar cambios posturales



ANALISIS DE RIESGO

Escala de Norton

Estado	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

- De 5 a 9 riesgo muy alto
- De 10 a 12 riesgo alto
- De 13 a 14 riesgo medio
- Mayor de 14 riesgo mínimo/ no riesgo

Escala de Braden

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente e inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

- Índice < 12 → Riesgo alto
- Índice 13-15 → Riesgo medio
- Índice 16-18 → Riesgo bajo
- Índice > 19 → Sin riesgo

Cicatrización de la LPP

Depende del grado de profundidad de la úlcera, del estado general de salud del paciente y del tipo de cuidados que se le dedica.

ESTADO DE ÚLCERA	CURACIÓN
Estado I	En días
Estado II	En semanas
Estado III	En meses
Estado IV	En meses o años



Gracias



**Tejiendo
Universidad**
Autoevaluación Institucional 2018 - 2026

FACULTAD DE
CIENCIAS PARA
LA SALUD



**Habita
tu programa**
Autoevaluación programa 2019-2026