



Programa de
Seguridad del Paciente

**Guía rápida de
clasificación de lesiones
de piel asociadas a la
dependencia.**



COSMITET LTDA.

Lesiones por presión (LPP)



Programa de
Seguridad del Paciente

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	IMAGENES
CATEGORIA I: Eritema no blanqueable.	<ul style="list-style-type: none"> Enrojecimiento ligero y edema; no existe pérdida de la integridad de la piel. Eritema que no palidece tras la presión, en pacientes de piel oscura se observa edema, induración, decoloración y calor local. Eritema no desaparece después de 30 minutos de haber retirado la presión. 	
CATEGORIA II: ulcera de espesor parcial	Erosión epidérmica, ampollas o abrasión. Hay pérdida del espesor parcial de la dermis, se presenta como una úlcera abierta poco profunda, con un lecho de la herida normalmente rojo – rosáceo y sin la presencia de esfacelos.	
CATEGORIA III: pérdida total del espesor de la piel.	<ul style="list-style-type: none"> Hay pérdida total del grosor de la piel, dermis y tejido subcutáneo, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, con posible presencia de tejido de esfacelos y/o necrótico. La lesión aparece profunda y puede haber socavamiento en el tejido adyacente, pueden incluir tunelizaciones o cavitaciones. La profundidad de la úlcera por presión categoría III puede variar según la localización anatómica. En el puente de nariz, la oreja el occipital y el maléolo que no tiene tejido subcutáneo las lesiones pueden ser poco profundas. 	
CATEGORIA IV: pérdida total del espesor de los tejidos.	<ul style="list-style-type: none"> Destrucción del tejido subcutáneo, músculo, tendón e incluso hueso. Hay pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). También puede asociarse a socavamientos y tractos fistulosos en el tejido adyacente. 	

Lesiones por presión (LPP)



Programa de
Seguridad del Paciente

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	IMAGENES
Lesión de tejidos profundos	<ul style="list-style-type: none">Área localizada de la piel con forma más irregular (provocadas por la deformación irregular que causan las fuerzas de cizalla, y generalmente de forma no tan redondeada como el resto de las lesiones por presión) que presenta por lo general un doble eritema, el segundo más oscuro (de color púrpura o marrón) y dentro del primero, que pueden estar desplazadas entre 30-45° de las crestas óseas.El área puede ir circundada por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes.La lesión de tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura, por lo que es necesario valorar los cambios de temperatura, induración (>15 mm de diámetro) y edema de los tejidos.Su color puede diferir de la piel de los alrededores ya que puede no presentar palidez visible.	
Lesión indeterminada o no clasificable	<ul style="list-style-type: none">Pérdida total del espesor de los tejidos, donde la profundidad real de la úlcera es desconocida por estar completamente cubierta por esfacelos (amarillos, grises, verdes, marrones) y/o escaras (marrón, negra).Hasta que no son retirados del lecho para dejar expuesta la base de la lesión, no puede determinarse la profundidad real de la herida, generalmente suelen coincidir con categorías III o IV.	

Lesiones por presión de Dispositivos (LPD)



Programa de
Seguridad del Paciente

¿Qué son las lesiones por presión por dispositivos?

Una lesión por presión de dispositivo médico (LPD) se define como una lesión localizada en la piel o tejido subyacente como resultado de una presión sostenida y causada por un dispositivo médico, diagnóstico o terapéutico (mascarilla o tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía, sondas, catéteres, férulas y aparatos ortopédicos).



Ubicación anatómica	Dispositivos causantes
Nariz	Dispositivos de oxigenoterapia: mascarillas, gafas nasales, sondas, sistemas de ventilación no invasiva.
Boca	Tubos endotraqueales.
Cara	Sistemas de ventilación mecánica no invasiva (VMNI): CPAP y BIPAP
Cuello	Cánulas de traqueotomía y fijación.
Dedos	Sensores de pulsioximetría.
Meato Urinario	Sondas vesicales.
Tórax y abdomen	Fijación de tubos pleurales. Bolsas de colostomía y urostomía. Drenajes. Electrodos de ECG. Corsés.
Otras localizaciones	Accesos vasculares. Sujeciones mecánicas. Medias antiembólicas. Escayolas y férulas. Dispositivos de compresión secuencial.

Lesiones por fricción.



CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	IMAGEN
Categoría I: Eritema sin flictena.	<ul style="list-style-type: none"> • Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada, generalmente una zona sometida a fricción, donde el eritema presenta formas lineales, siguiendo los planos de deslizamiento. • El área puede ser dolorosa, estar más caliente en comparación con los tejidos adyacentes y puede presentar edema. • En esta fase puede confundirse con las úlceras por presión. • Puede ser difícil de detectar e identificar en personas con tonos de piel oscura; su color puede diferir de la piel circundante. 	
Categoría II: Presencia de flictena.	<ul style="list-style-type: none"> • Flictena que se mantiene intacta, sin solución de continuidad y que está rellena de suero o líquido claro, lo que indica sólo lesión a nivel de epidermis o de la dermis superficial. • La piel que forma la flictena, por lo general, es fina y fácil de retirar. • En ocasiones puede haber contenido hemático por lesión de la dermis profunda, aunque no se ven afectados los tejidos subyacentes. • En el caso de que el contenido sea hemático se pueden confundir con las lesiones combinadas de presión (cizalla) - fricción. • En estos casos es una lesión que afecta a tejidos profundos y la piel que recubre la misma suele ser mucho más dura por lo general. 	
Categoría III: Lesión con pérdida de la integridad cutánea.	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una úlcera abierta, poco profunda, con un lecho de la herida rojo-rosado (aunque también pueden existir restos de hematoma o sangre coagulada). • Pueden quedar en la zona perilesional restos de la piel que recubría la flictena y los bordes de la piel que rodea a la lesión pueden estar levantados y/o dentados. • En esta categoría pueden presentarse confusiones con otras lesiones, como las relacionadas con la humedad, la presión o lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones. 	

Lesiones por humedad (Lescah)



Programa de
Seguridad del Paciente

Tipos de Lescah:

- Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI): causada por contacto con orina y/o heces.
- Intertrigo o Dermatitis intertriginosa: causada por sudor en las zonas de pliegues cutáneos.
- 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 al exudado, en las que el exudado no procede de heridas en la piel perilesional y cuya localización está en relación con la lesión primaria.
- Dermatitis periestomal, debida a los efluentes de ostomías y/o fistulas.
- Dermatitis por saliva o mucosidad procedente de la boca o fosas nasales.

Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI)

Clasificación	Características	Imagen
Categoría I: Eritema sin pérdida de la integridad cutánea.	<p>Piel íntegra con enrojecimiento, que puede ser no blanqueable, de un área localizada, generalmente sometida a humedad.</p> <p>A su vez, y en función del eritema puede clasificarse como:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1A. Leve-Moderado (piel rosada).• 1B. Intenso (piel rosa oscuro o rojo). <p>El eritema puede ser especialmente difícil de detectar en pacientes con tonos de piel oscura, y la inflamación puede manifestarse con un color distinto de la piel de los alrededores.</p> <p>Las lesiones por humedad de esta categoría pueden confundirse con frecuencia con las lesiones por presión o por fricción.</p>	<p>1A. Leve-Moderado (piel rosada).</p> 
Categoría II: Eritema con pérdida de la integridad cutánea.	<p>Pérdida parcial del espesor de la dermis que se presenta como una lesión abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado.</p> <p>Los bordes de la piel perilesional suelen estar macerados presentando un color blanco-amarillento.</p> <p>En lesiones extensas compuestas por multitud de lesiones satélites pueden entremezclarse ese color rojo-rosado con el blanco-amarillento.</p> <p>A su vez y en función del grado de erosión o denudación puede clasificarse como:</p> <ul style="list-style-type: none">– 2A. Leve-Moderado (erosión menor al 50% del total del eritema).– 2B. Intenso (erosión del 50% o más del tamaño del eritema). <p>Puede presentarse confusiones con otras lesiones como las relacionadas con la presión, la fricción o lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones.</p>	<p>1B. Intenso (piel rosa oscuro o rojo).</p>  <p>– 2A. Leve-Moderado (erosión menor al 50% del total del eritema).</p>  <p>– 2B. Intenso (erosión del 50% o más del tamaño del eritema).</p> 

Lesiones por humedad (Lescah)



Programa de
Seguridad del Paciente

Intertrigo o Dermatitis intertriginosa (DI):



a). ¿Qué es Intertrigo o dermatitis intertriginosa?	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 si. Es frecuente encontrar sobreinfección por bacterias y hongos en estas lesiones
b). ¿En qué lugares anatómicos se produce?	Zona inframamaria, axilar, inguinal, debajo de abdomen globuloso, cuello, nuca, pliegues interdigitales, pliegue interglúteo, hueco poplítico, etc.
c). ¿Cómo se identifica el riesgo de sufrir intertrigo?	Por valoración del personal de enfermería. Se debe realizar una anamnesis, exploración visual de la piel y examen físico para poder determinar las posibles fuentes de lesiones de piel en el paciente. Especial atención en el apartado de Humedad de la escala de Braden. Factores de riesgo del paciente: <ul style="list-style-type: none">• Alteración de la tolerancia tejidos (edad, estado de salud, estado nutricional, alteración en oxigenación, alteración en perfusión, fiebre).• Sudoración profusa.• Hidratación excesiva del área.• Obesidad.
d) Cómo se previene?	<ul style="list-style-type: none">• Observación de zonas expuestas a humedad.• Usar productos no irritantes (pH 5.5, hipoalergénico).• Uso de agua potable a temperatura ambiente para el baño.• Correcto secado de la piel, con suavidad, sin friccionar.• Hidratación diaria.• Evitar el uso repetitivo de jabones = riesgo de alcalinización de la piel.
e) Cual es su tratamiento?	<ul style="list-style-type: none">• Siempre que se presentes están lesiones deben ser informadas al médico y valoradas para ser tratadas.• El tratamiento de la dermatitis intertriginosa contiene los mismos elementos que la prevención, adicionalmente puede requerir la aplicación de fungicidas, antifúngicos, productos antiinflamatorios tópicos (todo con formulación médica).• Si se presenta infección de las lesiones se debe tomar cultivo y antibiograma para realizar la formulación del tratamiento (médico).

Lesiones por humedad (Lescah)



Programa de
Seguridad del Paciente

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

a). ¿Qué es la dermatitis por contacto con saliva o mucosidad?	Dermatitis debida a la acción irritante directa de sustancias desencadenantes que provocan una reacción inflamatoria en la piel, sin que medien mecanismos inmunológicos.
b). ¿En qué lugares anatómicos se produce?	Peribucal, Perinasal, mejillas, cuello, orejas, cuero cabelludo.
c). ¿Cómo se identifican los factores de riesgo?	<ul style="list-style-type: none">Valoración diaria de piel por enfermería.Valoración de enfermería.
d). ¿Cuáles son los factores de riesgo para dermatitis por saliva, mucosidad?	<ul style="list-style-type: none">Paciente lactante o pediátrico.Déficit o alteraciones neurológicas.Patologías psiquiátricas.Paciente intubado.Paciente en decúbito lateral o decúbito prono.
e). ¿Cómo se previene la DSM?	<ul style="list-style-type: none">Mantener piel limpia y seca.Secar la piel a toques, sin fricción.Utilizar cremas protectoras.



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

a). ¿Qué es la Dermatitis perilesional, asociada al exudado?	<ul style="list-style-type: none">Dermatitis (irritación de la piel) asociada al exudado procedente de las heridas en la piel perilesional y cuya localización está en relación con la lesión primaria.
b). ¿En qué lugares anatómicos se produce?	<ul style="list-style-type: none">Rodeando una lesión primaria.Laceración.Herida quirúrgica.Lesión por presión.Quemadura.Etc.
c). ¿Cuáles son los factores de riesgo para Dermatitis perilesional, asociada al exudado?	<ul style="list-style-type: none">Producción de abundante exudado.Heridas u otras lesiones infectadas.Heridas con tratamiento inadecuado.Falencias en la observación de enfermería.
d). ¿Cómo se previene la Dermatitis perilesional, asociada al exudado?	<ul style="list-style-type: none">Observación frecuente de zonas expuestas a exudado.Tratamiento adecuado para cada tipo de herida (curaciones correctas, uso adecuado de la tecnología como parches, geles, etc).Cambio a necesidad de los apósitos que cubren la herida.Prevención de ISO e infecciones de tejidos blandos.



Lesiones por humedad (Lescah)



Programa de
Seguridad del Paciente

Dermatitis cutánea asociada a exudado, no perilesional

a). ¿Qué es la Dermatitis cutánea asociada a exudado, no perilesional?	Irritación de la piel por contacto con exudado, en las que el exudado no procede de heridas en la piel perilesional y cuya localización está en relación con la lesión primaria. Por ejemplo exudado por insuficiencia cardiaca (edema), linfedema.
b). ¿En qué lugares anatómicos se produce?	Suele ubicarse en miembros inferiores.
c). ¿Cuáles son los factores de riesgo para Dermatitis cutánea asociada a exudado, no perilesional?	<ul style="list-style-type: none">• Paciente diabético.• Insuficiencia cardiaca.• Insuficiencia renal.• Linfedema.
d). ¿Cómo se previene la Dermatitis cutánea asociada a exudado, no perilesional	<ul style="list-style-type: none">• Mantener piel limpia y seca.• Secar la piel a toques, sin fricción.• Cambiar apósticos a necesidad.• Tratamiento adecuado pie diabético.• Tratamiento adecuado del linfedema, medias compresivas, drenajes.



Dermatitis periestomal, debida a los efluentes de ostomías y/o fistulas.

a). ¿Qué es la Dermatitis periestomal?	<p><u>Químicas</u>: dermatitis por contacto con irritantes, lesiones pseudoverrugas. También causan irritación los jugos gástricos, mucus, solventes y materiales de limpieza. Clínicamente se caracteriza por eritema, erosiones y dolor.</p> <p><u>Mecánica</u>: dermatitis mecánica, separación mucocutánea, lesión por el adhesivo de la bolsa. Es la resultante de la abrasión física por movimientos de los sujetadores el estoma o los componentes plásticos rígidos del sistema de ostomía y, también, por los abrasivos de los sistemas de fijación (cinta adhesiva). La lesión se manifiesta como eritema en el área de presión y erosión.</p> <p><u>Infecciosas</u>: bacteriana, Candida, folliculitis</p> <p><u>Inmunológica</u>: dermatitis por contacto alérgica. Clínicamente se observa erupción únicamente en el área de exposición al alérgeno, eritema, prurito, erosión.</p>
b). ¿En qué lugares anatómicos se produce?	<ul style="list-style-type: none">• Alrededor de la ostomía.• Traqueostomía.• Ileostomía.• Yeyunostomía.• Gastrostomía.• Colostomía.• Urostomía.• Nefrostomía
c). ¿Cuáles son los factores de riesgo Dermatitis periestomal?	<ul style="list-style-type: none">• Ostomías.• Secreción por ostomías.• Exceso de humedad en piel periestomal.• Cuidados inadecuados de las ostomías.
d). ¿Cómo se previene la Dermatitis periestomal?	<ul style="list-style-type: none">• Valoración constante de la piel periestomal.• Cuidados adecuados de Ostomías.• Remoción delicada de adhesivos.<ul style="list-style-type: none">• Piel limpia y seca a necesidad.• Uso de protectores de piel.• Uso correcto del material apropiado para ostomías.



LESIONES DE PIEL POR ADHESIVO MÉDICO (MARI)



Programa de Seguridad del Paciente

Tipos.	Causas	Imagen
Pérdida de la epidermis	<ul style="list-style-type: none"> Adhesivo muy agresivo. Piel frágil. Uso de potenciadores de adhesivos. Re-aplicación de adhesivos en el mismo lugar. Técnica de remoción incorrecta. 	
Flictenas por tensión	<ul style="list-style-type: none"> Estiramiento de cinta adhesiva. Cinta adhesiva con memoria. Presencia de edema y uso de cintas no distensibles. 	
Dermatitis irritante por contacto	<ul style="list-style-type: none"> Contacto directo con irritantes químicos. Preparación inadecuada de la piel. El eritema y edema sólo aparece en las zonas de contacto con el adhesivo. 	
Dermatitis alérgica por contacto	<ul style="list-style-type: none"> Respuesta inmunológica al adhesivo. El edema, vesículas, prurito se extienden más allá del contacto con el adhesivo. 	
Maceración	<ul style="list-style-type: none"> Humedad atrapada por tiempo prolongado. Productos adhesivos oclusivos, o con poca capacidad de evaporación de agua. 	
Foliculitis	<ul style="list-style-type: none"> Edema alrededor del folículo piloso. Rasurado. Remoción traumática del folículo piloso. Atrapamiento de bacterias. Mala preparación de la piel. 	

ESCALA DE BRADEN –RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN



Programa de Seguridad del Paciente

PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar y responder con quejas a la presión.

Completamente limitada: 1 punto	Severamente limitada: 2 puntos	Un poco limitada: 3 puntos	Sin restricciones: 4 puntos
<ul style="list-style-type: none"> •No hay respuesta a estímulos dolorosos por posibles razones: Inconsciencia, sedación. •Trastorno de la sensación de dolor por parálisis, la mayor parte del cuerpo (por ejemplo, la sección transversal de altura). 	<ul style="list-style-type: none"> •La reacción sólo se da con estímulos fuertes para el dolor. •Las quejas son expresadas con dificultad (por ejemplo sólo por gemidos o inquietud). •Trastorno de la sensación de dolor por parálisis que afecta a parte del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> •Falta de respuesta. •Las quejas no se pueden expresar siempre (por ejemplo cuando se necesita un cambio de posición). •Trastorno de la sensación de dolor por parálisis de uno o dos miembros afectados. 	<ul style="list-style-type: none"> •Hay respuesta al dolor. •Se expresan las quejas. •No hay interferencia de la sensación de dolor.

HUMEDAD: Medida en que la piel está expuesta a la humedad.

Constantemente húmeda: 1 punto	A menudo húmeda: 2 puntos	Ocasionalmente húmeda: 3 puntos	Raramente húmeda: 4 puntos
<ul style="list-style-type: none"> •La piel está constantemente húmeda con orina, sudor o heces. •Cada vez que el paciente se gira está húmedo. 	<ul style="list-style-type: none"> •La piel está a menudo húmeda, pero no siempre. •La ropa de la cama o la del paciente tiene que ser cambiada al menos una vez por turno. 	<ul style="list-style-type: none"> •La piel está ocasionalmente húmeda. •Se requiere cambio de sábanas una vez al día. 	<ul style="list-style-type: none"> •La piel está generalmente seca. •Rara vez hay necesidad de cambiar la ropa de cama por fuera del protocolo diario.

ACTIVIDAD: Medida de la actividad física.

Postrado en cama: 1 punto	En silla: 2 puntos	Deambula ocasionalmente: 3 puntos	Deambula frecuentemente: 4 puntos
Confinado a la cama.	<ul style="list-style-type: none"> •Puede moverse pero con ayuda de otros. •No puede cargar su propio peso solo. •Necesita ayuda para sentarse (cama, silla, silla de ruedas) 	<ul style="list-style-type: none"> •De día se mueve sólo pero lo hace raras veces y sólo distancias cortas. •Necesita ayuda en largas distancias. •Pasa la mayor parte del tiempo en cama o en silla. 	<ul style="list-style-type: none"> •Regularmente camina, pasea, 2-3 veces por turno. •Se mueve regularmente.

MOVILIDAD: Capacidad para cambiar de posición y mantenerse

Completamente inmóvil: 1 punto	Movilidad severamente restringida: 2 puntos	Movilidad restringida: 3 puntos	Movilidad sin limitaciones: 4 puntos
<ul style="list-style-type: none"> •No se puede mover. •No puede cambiar de posición sin ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> •A veces se mueve ligeramente (cuerpo o extremidades) •No es capaz de realizar cambios significativos sólo. •No se puede asear solo. 	<ul style="list-style-type: none"> •Regularmente hace pequeños cambios de posición del cuerpo y las extremidades. 	<ul style="list-style-type: none"> •Puede cambiar su propia posición.

NUTRICIÓN: Hábitos nutricionales

Dieta muy pobre: 1 punto	Dieta moderada: 2 puntos	Nutrición adecuada: 3 puntos	Nutrición buena: 4 puntos
<ul style="list-style-type: none"> •Come porciones pequeñas nunca más 2/3. •Nunca come una comida completa. •Comer sólo 2 o menos porciones de proteína (Lácteos, pescado, carne) •Bebe muy poco. •No suplementar la dieta. •No se puede tomar una dieta oral. •Sólo toma líquidos claros. •Toma o más infusiones al día. •Está en ayunas y/o en dieta líquida o por SNG o LEV por más de 5 días. 	<ul style="list-style-type: none"> •Raramente come una porción normal de comida, en general alrededor de la mitad de la comida que se le ofrece. •Come alrededor de 3 porciones de proteínas •Toma irregular de un suplemento dietético. •Recibe muy pocos nutrientes. •Alimentación por sonda o infusión. •Recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica. 	<ul style="list-style-type: none"> •Come más de la mitad de las porciones normales de alimentos. •Toma 4 porciones de proteína. •De vez en cuando se niega a comer. •Se toma los suplementos alimenticios él mismo. •Puede probar o consumir de la mayoría de los nutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> •Siempre come lo que se le ofrece. •Toma 4 o más raciones de proteínas él mismo •Comer a veces entre comidas •No necesita un suplemento de dieta.

FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO: La fricción y cizalla

Es un problema: 1 punto	Es un problema potencial: 2 puntos	Sin problema aparente: 3 puntos
<ul style="list-style-type: none"> •Necesita muchos puntos de apoyo para cambiar de posición. •La elevación por sí mismo no es posible •Tiene contracturas espásticas. •Tiene contracturas espásticas •Es muy inquieto (sábanas hechas un ovillo) 	<ul style="list-style-type: none"> •Se mueve un poco solo o necesita un poco de ayuda. •Se puede levantar un poco sobre las sábanas. •Puede pasar mucho tiempo en una posición de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> •Se desplaza sólo hacia arriba de la cama a la silla. •Tiene la fuerza suficiente para poder elevarse. •Puede mantener una posición de mantenimiento sin deslizarse.

Resultados

RIESGO BAJO	≥19	Revalorar riesgo cada 120 horas
RIESGO MODERADO	15 a 18	Revalorar riesgo cada 72 horas
RIESGO ALTO	≤14	Revalorar riesgo cada 24 horas