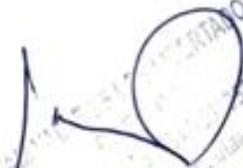


	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Vigencia: 2024-2029

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

<b>Elaborado por:</b>    Carla Urtubia Fuentes Enfermera Encargada de Clínica Fecha: Mayo 2024	<b>Revisado por:</b>     Cristóbal Mercedes Solari Encargado de Calidad Fecha: Mayo 2024	<b>Aprobado por:</b>    Juan Francisco Madariaga Muñoz Director Fecha: Mayo 2024
---	---	---

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

## Contenido

1.	OBJETIVO GENERAL: .....
2.	ALCANCE: .....
3.	DESARROLLO .....
4.	INTRODUCCIÓN .....
5.	CONTROL DE SIGNOS VITALES .....
	CONTROL DE TEMPERATURA .....
6.	CONTROL DE PULSO ARTERIAL .....
7.	CONTROL PRESIÓN ARTERIAL MANUAL .....
8.	ANTROPOMETRÍA .....
9.	TÉCNICA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS .....
	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO MÉDICO .....
	RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA .....
10.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÁNEA .....
11.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR .....
12.	PUNCIÓN VENOSA PERIFÉRICA .....
13.	TOMA DE HEMOGLUCOTEST .....
14.	ASEO GENITAL FEMENINO .....
15.	ASEO GENITAL MASCULINO .....
16.	CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE .....
17.	RETIRO DE PUNTOS .....
18.	LAVADO DE OIDOS .....
19.	CURACIONES .....
20.	CLASIFICACIÓN ÚLCERAS VENOSAS .....
21.	QUEMADURAS .....
22.	TECNICAS DE CURACIONES .....
23.	REGISTRO DE INFORMACION .....
24.	DISTRIBUCIÓN .....
25.	GLOSARIO .....
26.	RESPONSABLE DEL MONITOREO .....
27.	ANEXOS .....
28.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

## 1. OBJETIVO GENERAL:

Protocolizar las acciones que realiza el equipo de Enfermería tanto el profesional como las TENS, convirtiéndose en una guía, esto con el objetivo de unificar criterios, orientar al personal nuevo, aprovechar de mejor manera los recursos, de esta manera garantizamos la calidad de la práctica clínica de Enfermería y de las prestaciones brindadas, relacionadas con la seguridad en la atención del usuario.

## 2. ALCANCE:

El presente manual es de alcance de Enfermeras y TENS que realizan procedimientos y en general todas las áreas clínicas del CESFAM Valle de los Libertadores donde se realizan procedimientos.

## 3. DESARROLLO

## 4. INTRODUCCIÓN

La necesidad de garantizar una adecuada calidad asistencial en los procedimientos terapéuticos y diagnósticos de enfermería, hace imprescindible desarrollar un manual de procedimientos, que, a través de la protocolización, nos ayude a unificar técnicas y procedimientos y que sirva de guía para los nuevos profesionales y alumnos.

Este Manual de Procedimientos de Enfermería pretende ser una contribución al equipo de Enfermería, que apoye y oriente las intervenciones relacionadas con los procedimientos básicos a realizar en usuario adulto y pediátrico. Se proporciona información actualizada sobre los procedimientos básicos de enfermería de manera práctica, amigable y comprensible, con la finalidad de aunar los contenidos entregados desde una mirada profesional, integradora y acorde con las responsabilidades que le competen a la enfermera/o como a los TENS para la Gestión del Cuidado.



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

### 5. CONTROL DE SIGNOS VITALES

#### CONTROL DE TEMPERATURA

Objetivos:

- Cuantificar la temperatura axilar del usuario.
- Controlar evolución del usuario.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Termómetro digital.
- Tórula seca y con alcohol al 70%

Procedimiento Control de temperatura axilar:

- Informe al usuario de la actividad a realizar.
- Lavado de manos clínico.
- Coloque el termómetro en la axila del usuario (en forma perpendicular al brazo) cuidando que el bulbo quede en el hueco axilar, bien adosado a la piel, esperar a que el termómetro toque el bip y leer la temperatura axilar.
- Desinfecte termómetro con tórula con alcohol al 70%.
- Lávese las manos.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

Consideraciones Generales:

- Observe que la axila no esté húmeda.
- Compruebe que el termómetro esté en contacto con la piel.
- En niños recién nacidos y en pacientes muy enflaquecidos, colocar el termómetro en forma paralela a la línea media axilar.
- No utilice esta técnica en usuarios con lesiones de las axilas ni en usuarios caquéticos, ya que en estos últimos se forma una cavidad axilar que hace difícil el contacto de la piel con el termómetro. En este caso se puede utilizar el recto o pliegue inguinal.

Procedimiento Control de temperatura rectal:

- Informe al usuario de la actividad a realizar.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Lavado de manos clínico.
- Reúna el equipo a utilizar.
- Uso de guantes de procedimiento.
- Coloque el termómetro en el orificio rectal, esperar bip del termómetro digital y retirar suavemente, leer la temperatura y limpiar el bulbo con toalla desechable.
- Deje al usuario en posición cómoda.
- Desinfecte termómetro con tórcula con alcohol al 70%.
- Retire los guantes de Procedimiento.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

Consideraciones Generales:

- Debe existir termómetro exclusivo para toma de temperatura rectal.
- Utilice material limpio, respetando los principios de asepsia y antisepsia.
- El usuario deberá permanecer acostado en cama o camilla, en decúbito lateral izquierdo o derecho.
- Respete la privacidad del usuario.
- No utilice esta técnica en usuarios con diarreas, lesiones en el recto, ano o periné, post-operados de recto, ano o periné.

## 6. CONTROL DE PULSO ARTERIAL

Objetivos:

- Valorar la frecuencia, amplitud y características del pulso.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Un reloj con segundero.

Procedimiento:

- Lavado de manos clínico.
- Informe al usuario del procedimiento a realizar.
- Coloque al usuario en posición de descanso.
- Apoye el brazo en forma relajada.
- Presione la arteria carótida, femoral, braquial, poplítea, o pedia con los dedos índice y medio.
- Cuente las pulsaciones por un minuto.
- Tome nota del ritmo, amplitud y tensión.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

Consideraciones Generales:

- El usuario debe estar en reposo físico y psíquico.

## 7. CONTROL PRESIÓN ARTERIAL MANUAL

Objetivos:

- Valorar la presión arterial.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Lápiz.

Procedimiento:

- Lavado de manos clínico.
- Informe al usuario sobre el procedimiento a realizar.
- Para medición en posición sentada:
  - La extremidad superior deberá apoyarse en una mesa, a la altura del corazón.
- Para medición en posición acostada:
  - La extremidad superior deberá quedar en extensión sobre la cama camilla. Si procede, coloque almohada o similar bajo el codo, para mantener esta posición.
- Coloque el manómetro a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado y que permita leer la graduación del manómetro. Si usa manómetro manual portátil, colóquelo sobre una superficie lisa y dura.
- Ubique la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa antecubital).
- Coloque el manguito ajustado, firme y seleccionado de acuerdo a la circunferencia del brazo del examinado. La cámara de goma inflable al interior del manguito, debe rodear el 80% del brazo y su borde inferior, quedar 2,5 cm. (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.
- Determine el nivel máximo de insuflación. Para ello:
  - Ubique la arteria radial por palpación, sin dejar de presionar la arteria, infle lentamente el manguito hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica palpatoria).
  - Al valor de presión sistólica palpatoria identificado, súmele 30 mmHg.
- Desinfele totalmente el manguito y espere 30 segundos antes de inflar nuevamente.
- Coloque el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial y bajo el borde inferior del manguito, con una presión suave, asegurando que contacte la piel en todo momento.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Insufle el manguito en forma rápida y continua hasta el nivel máximo de insuflación ya calculado.
- Abra la válvula de la pera de insuflación de manera tal que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mmHg por segundo. Simultáneamente, observe el manómetro e identifique el nivel donde aparecen los 2 primeros ruidos audibles (presión sistólica) y la desaparición de los ruidos (presión diastólica).
- Registre en números pares en los formularios correspondientes como también el brazo en que se realizó la medición.
- Si es necesario una segunda medición en el mismo brazo, espere 1 a 2 minutos.
- En caso de que el esfigmomanómetro sea digital, debemos colocar el brazalete del esfigmomanómetro por encima del pliegue del brazo, a unos 2 3 cm, seguidamente colocar el codo apoyado en una mesa y la palma de la mano hacia arriba, conectar el aparato y esperar hasta que nos mida la presión arterial.

Consideraciones Generales:

- Compruebe el correcto funcionamiento del esfigmomanómetro y estetoscopio.
- Observe que el indicador del este en cero y que la válvula este cerrada.
- El usuario deberá estar en las mejores condiciones de reposo físico y psíquico.
- El usuario deberá permanecer sentado o acostado en camilla.
- Se deberá utilizar material limpio, respetando los principios de asepsia y antisepsia.

## 8. ANTROPOMETRÍA

Objetivos:

- La antropometría es una técnica que consiste en evaluar el tamaño y proporción del cuerpo humano. En el período infantil para supervisar el crecimiento y estado nutricional se mide la talla, peso, perímetro craneano y perímetro de cintura, según corresponda para la edad.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Podómetro para medir la talla en menores de 3 años, cuando la talla sea < 100 cm.
- Estatómetro o Tallímetro para medir la talla en mayores de 2 años.
- Balanza para lactantes hasta 16 kilos.
- Pesa de pie para infantes mayores.
- Huincha de medir inextensible para medir perímetro craneano y perímetro de cintura.

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

Procedimiento Medición de talla en Lactantes (cero a 18 Meses.)

- La talla debe ser medida con infantómetro (podómetro), hasta los tres años aproximadamente o cuando la talla sea < a 100 cm.
- El niño o niña debe estar en posición decúbito supino (acostado) y quedar totalmente paralelo al infantómetro con el vértice de su cabeza tocando un extremo, las extremidades extendidas y ambos pies en flexión de 90°, apoyados en el tope inferior.

Procedimiento Medición de talla Preescolares y escolares (2 a 9 años)

- La talla debe ser medida de pie, con el torso recto y la cabeza erguida, de espaldas a un estatímetro, idealmente de más de 23 cm de ancho. Es importante medir descalzo y sin pinches en el pelo o gorros que puedan alterar la estatura.
- Los pies deben estar paralelos con talones, nalgas, hombros en contacto posterior con el estatímetro.

Procedimiento Medición de peso

- El niño o niña siempre debe pesarse sin ropa, ni zapatos. Puede tener su ropa interior después de los dos años.
- En menores de dos años o hasta los 16 kilos debe pesarse en una pesa para lactantes.
- Se recomiendan pesas análogas más que digitales, pues suelen ser más exactas y fluctuar menos ante los movimientos. Sin embargo, en caso de visitas domiciliarias puede ser recomendable contar con una balanza digital, por su menor peso, portabilidad y menor riesgo de descalibración asociada al traslado.
- En mayores de dos años, debe pesarse en una balanza vertical, con los pies en el centro de la plataforma.
- En el caso de infantes con excesivo temor a la pesa, una estrategia puede ser pesarlos en brazos de la madre o cuidador y luego descontar su peso.
- Las pesas deben ser calibradas periódicamente y llevar un registro de su calibración.
- Cuando el niño o la niña no pueda mantenerse de pie, sea muy grande como para medir en balanza o no pueda sentarse en una balanza de silla, debe ser pesado en brazos de su cuidador o cuidadora, descontando luego el peso de este o esta.

Procedimiento Medición de perímetro craneano

- La medición del perímetro craneano es parte del examen físico, y debe realizarse al menos hasta los tres años de edad.
- Debe usarse una huincha inextensible o metálica, para evitar errores derivados de la elongación de ella.
- La huincha debe pasar por encima de las cejas del niño (reborde ciliar) y por la zona más pronunciada occipital (protuberancia occipital).

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

#### Consideraciones Generales:

Al evaluar la circunferencia craneana también es importante examinar el cráneo del menor de 2 años para evaluar el proceso de cierre de las fontanelas, especialmente en aquellos casos en el que el perímetro craneano no es concordante con la talla.

- La fontanela anterior (bregma) se encuentra entre los huesos parietales y el frontal, es blanda y pulsátil de tamaño de 1 a 4 cm, permanece blanda hasta alrededor de los dos años de edad.
- La fontanela posterior (lambda) se encuentra entre los huesos parietales y el occipital, es pequeña de forma triangular, habitualmente de menos de 1 cm, se cierra antes que la anterior, durante el primer y segundo mes de vida.
- Las suturas deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento y deben ser móviles hasta los 2 o 3 años.
- Las fontanelas y suturas deben ser evaluadas para descartar craneosinostosis, condición que se caracteriza por el cierre precoz de una o más suturas craneales, lo que produce un crecimiento y desarrollo anormal del cráneo. Ocasionalmente la sutura sagital puede tener algunos milímetros de separación.
- La sutura escamosa (sutura del cráneo entre el hueso parietal y el hueso temporal) nunca debe presentar separación, si la hay, debe descartarse hidrocefalia.

#### Procedimiento Medición de perímetro de cintura

- Solicitar al adulto responsable del niño/a que le saque la ropa, dejándolo en ropa interior.
- Estando de pie, colocar la cinta métrica alrededor de la cintura y ubicarla a continuación por sobre la cresta ilíaca, pasando por encima del ombligo.
- Solicitar que la persona tome aire y luego exhale. Tomar la medida al final de la exhalación con el abdomen relajado y registrar la medición.
- Es ideal realizar una segunda medición con las mismas indicaciones anteriormente descritas y registrarla.
- Promediar ambas medidas.

### 9. TÉCNICA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La administración de medicamentos es una función terapéutica de enfermería que depende principalmente de las instrucciones del médico.

- El personal que ejecuta dicha actividad debe conocer y respetar los principios básicos respecto a la administración de medicamentos, los 15 correctos: Higiene de manos, Alergias, Control de signos vitales, Medicamento correcto, Dosis correcta, Vía de administración correcta, Hora correcta, Paciente correcto, Técnica de administración correcta, Velocidad de infusión correcta, Verificar fecha de vencimiento, Preparar y administrar el medicamento uno mismo, Registrar el medicamento uno mismo, No administrar si la orden fue verbal, Educar al usuario y su familiar acerca del medicamento administrado.
- Identificar al usuario por su nombre. Si el usuario no puede contestar verificar registros.
- Conocer el medicamento, efectos esperados y efectos adversos.



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

- Preparar el medicamento de acuerdo a indicación del fabricante.
- Registrar nombre del fármaco, hora, dosis, vía de administración, identificación de la persona que lo administra.
- Explicar al receptor del medicamento que le está administrando, consultar si sufre antecedentes de alergia y además informar para que sirve.

### RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO MÉDICO

- Registros claros con indicación de medicamento, dosis, fraccionamiento en horas, vía de administración, en la ficha del usuario correspondiente.

### RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

- Programación de la administración de medicamento.
- Administración de fármaco según dosis y vía indicada.
- Verificación del cumplimiento del tratamiento efectuado.
- Identificación del responsable de la administración.
- Administrar los medicamentos solo por indicación médica.
- La persona que prepara el medicamento debe administrarlo.

## 10. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÁNEA

Objetivo:

- Administrar medicamentos o vacunas por vía subcutánea con fines terapéuticos.

Recursos Materiales:

- Riñón.
- Jeringa desechable de 1 a 3 ml.
- Aguja desechable 21 G x 11/2 para aspirar el fármaco.
- Aguja desechable 23 G x 11/2 para administrar el fármaco.
- Vacuna o medicamentos a inyectar.
- Torulas de algodón.
- Alcohol al 70%.
- Depósito para eliminar material cortopunzante.
- Depósito para desechos.
- Formulario de registro.

Procedimiento:

- Lea la indicación médica.
- Lavado de manos clínico.
- Explique el procedimiento al usuario.
- Reúna el material y prepare en la unidad del usuario.

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Si es ampolla aspire el líquido a inyectar, si es frasco ampolla desinfecte la tapa con alcohol al 70%.
- Aspire la cantidad de medicamento o vacuna a inyectar y cambie la aguja por una nueva.
- Elija el sitio de punción: brazo cara posterior 1/3 medio; muslo cara anterior y lateral 1/3 medio; abdomen zona periumbilical, flancos derecho e izquierdo y aplique alcohol al 70%.
- Técnica:
- Inserte la aguja en un ángulo de 45 grados
- Inyecte lentamente el fármaco y retire suavemente la aguja
- Sólo use algodón seco aplicando suave presión
- Deje cómodo al usuario
- Elimine material corto punzante.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

Consideraciones Generales:

- El volumen de solución no debe exceder los 2 ml.
- El largo de la aguja varía según la cantidad de grasa subcutánea del usuario, en general se utiliza aguja nº 23.
- El sitio de punción debe encontrarse en buen estado, sin irritaciones, prurito, o signos de infección.

Normas de prevención IAAS:

- Aplique precauciones estándar.

## 11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR

- El tejido muscular es más vascularizado y tiene más inervación que el tejido celular subcutáneo, por lo tanto, la absorción es más rápida. En general el riesgo de esta vía es el de puncionar un vaso sanguíneo, por lo tanto, al puncionar y antes de administrar el fármaco se debe aspirar para cerciorarse que se está en el tejido muscular y no en un vaso.

Objetivo:

- Administrar medicamentos por vía intramuscular.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Riñón.
- Torulas de algodón.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Alcohol al 70%.
- Jeringa.
- 2 agujas 21 G x 1 1/2, para aspirar.
- Fármaco indicado.
- Agua bidestilada o suero para diluir medicamento si corresponde.
- Receptáculo para la basura.
- Caja desecho cortopunzante.

Procedimiento:

- Lea la indicación médica.
- Explique el procedimiento al usuario.
- Lavado de manos clínico.
- Prepare el medicamento, si es ampolla, aspire con jeringa el líquido a administrar; si el envase es un frasco con tapón de goma, desinfecte la tapa con alcohol al 70%.
- Aspire la cantidad de solución a administrar.
- Cambie la aguja y deje la jeringa dentro de su envase en un riñón.
- Técnica:
  - Limpie la piel del sitio a puncionar con una tórula con alcohol 70% por arrastre y en un solo sentido.
  - Inserte la aguja en un ángulo de 90 grados.
  - Aspire antes de inyectar el medicamento.
  - Inyecte lentamente el medicamento.
  - Retire suavemente la aguja.
  - Comprima utilizando algodón seco por un par de minutos, sin masajear.
  - Deje cómodo al usuario.
  - Registrar.

Sitios de Punción:

- Brazos: Se inyecta en el músculo deltoides. En su parte más voluminosa, con distancia de 2 a 4 traveses de dedos del acromion en su cara externa. Pídale al usuario que flecte el brazo, apoyando el antebrazo, de esta forma el deltoides está relajado. La dosis máxima es de 2cc.
- Zona glútea: Se inyecta en músculo medio, esta zona suele resultar la más peligrosa, una inyección administrada demasiado baja o demasiado cerca del pliegue de los glúteos podría lesionar permanentemente el nervio ciático o puncionar la arteria glútea mayor. Se traza una línea horizontal entre la tercera y cuarta vértebra sacra hasta que corte la línea media axilar, aquí se levanta otra línea imaginaria perpendicular dividiendo el glúteo en dos regiones, una interna y la otra externa. Se inyecta en la línea superior externa del cuadrante exceptuando su ángulo interno. Pídale al paciente que se coloque en decúbito prono, con la punta de los pies hacia adentro. La dosis máxima a inyectar es de 5 cc. Aunque la recomendada es de 3 cc.
- Muslo: Se inyecta en el músculo vasto lateral en un tercio medio del muslo en su cara lateral externa. Esta zona no posee grandes vasos ni nervios, normalmente está bien desarrollado en adultos y niños que ya caminan, pero posee numerosas pequeñas terminaciones nerviosas, por lo que muchos pacientes se quejan de dolor tras la inyección. Solicite al usuario que los dedos del pie deben apuntar hacia dentro de modo

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

que la cadera esté en rotación interna.

Normas de IAAS:

- Aplique precauciones estándar.

## 12. PUNCIÓN VENOSA PERIFÉRICA

Objetivo:

- Canalizar un vaso sanguíneo con el fin de tomar muestra para exámenes de laboratorio.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Tubos de exámenes
- Torulas de algodón.
- Antiséptico: Alcohol 70%.
- Ligadura.
- Receptáculo para desecho y receptáculo para cortopunzante.
- Jeringa y aguja desechable o sistema al vacío.
- Guantes.

Procedimiento:

- Informe al usuario del procedimiento si las condiciones de éste lo permiten.
- Lavado de manos clínico.
- Elija sitio de punción.
- Colóquese los guantes.
- Coloque la ligadura a 5 cm. por sobre sitio de punción.
- Aplique solución antiséptica con movimiento circular hacia afuera.
- Espere el tiempo necesario para que el antiséptico actúe: Alcohol 70% (20 segundos).
- Puncione con el bisel de la aguja hacia arriba en ángulo de 45 grados y canalice la vena.
- Extraiga la cantidad de sangre necesaria o llene los tubos correspondientes si se utiliza sistema al vacío.
- Desligar al obtener la cantidad requerida y antes de sacar la aguja de la vena canalizada.
- Retire la aguja y ejerza presión firme con tórula seca en el sitio de punción.
- Vaciar sangre a los frascos correspondientes si utilizó jeringa.
- Elimine el material punzante.
- Sáquese los guantes.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

Consideraciones Generales:

- En todas las punciones venosas se debe utilizar guantes.

Normas de Prevención de IAAS:

- Aplique precauciones estándar.

### 13. TOMA DE HEMOGLUCOTEST

Objetivo:

- Determinar valor de glucosa en la sangre capilar mediante un dispositivo electrónico.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermero/a.

Recursos Materiales:

- Máquina para medir Hemoglucotest.
- Lanceta desechable con equipo de punción segura.
- Frasco con cinta de Hemoglucotest, compatible con la máquina.
- Guantes de procedimiento.
- Torulas de algodón.

Procedimiento:

- Explique el procedimiento al usuario.
- Lavado de manos clínico.
- Verifique que el código del frasco de cinta de HGT a utilizar corresponda al observado en la máquina.
- Saque del frasco una cinta reactiva y ciérrelo inmediatamente.
- En los primeros 30 segundos introduzca la cinta en máquina hasta que encaje; la zona de aplicación queda fuera del equipo.
- El medidor se encenderá automáticamente.
- Cuando el símbolo de la gota de sangre destelle, significa que el sistema está listo para efectuar el procedimiento.
- Colóquese los guantes de procedimientos.
- Limpie con tórula seca el dedo a utilizar y puncione el dedo con la lanceta.
- Acerque el dedo a la cinta reactiva de la manera más cómoda para el operador.
- Toque con el dedo puncionado el borde de la curva del lateral de la cinta, la sangre será aspirada automáticamente. Cuando la reacción empiece, el medidor emitirá un BIP.
- Lea el registro del glucómetro y registre inmediatamente con la hora de la toma.
- Retire la cinta reactiva usada del equipo y deséchela.
- Deseche la lanceta en caja de material cortopunzante.



# PROCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

- Retírese los guantes.
- Deje cómodo al usuario.
- Ordene equipo y guarde la máquina en su envase y lugar correspondiente.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

### Consideraciones Generales:

- Calibre siempre el equipo antes de utilizarlo con el chip correspondiente.
- Asegúrese que la zona de la cinta quede completamente llena de sangre.
- Si a la lectura aparece en el visor "LO", puede ser que el resultado de la Glicemia sea más bajo que el límite inferior del rango de lectura del sistema. Informe a médico.
- Si a la lectura aparece en el visor "HI", puede ser que el resultado de la Glicemia sea más alto que el límite superior del rango de lectura del sistema. Informe a médico.
- Si al efectuar la medición aparece en el visor la indicación error, significa que la gota de sangre utilizada es insuficiente, o la cinta no se insertó en el equipo en forma correcta.
- Esto es una referencia de toma de Hemoglucotest, siga las instrucciones del fabricante para utilizar los glucómetros.

### Normas de Prevención de IAAS:

- Aplique precauciones estándar.

## 14. ASEO GENITAL FEMENINO

### Objetivo:

- Disminuir la flora microbiana normal y eliminar la flora transitoria de la región genital externa.

### Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermera/o.

### Recursos Materiales:

- Torulas de algodón grandes.
- Jarro con agua.
- Chata.
- Depósito de desecho.
- Guantes limpios.
- Papel higiénico o toalla desechable.

### Procedimiento:

- Informe al paciente el procedimiento.
- Mantenga la privacidad del usuario.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Lavado de manos clínico.
- Lleve el equipo a la unidad.
- Prepare cama en dos.
- Coloque chata.
- Flecte las rodillas del usuario y sepárelas.
- Colóquese guantes limpios.
- Limpie con torulas pliegues inguinales de arriba hacia abajo, en un solo sentido y elimine la tórula (son de 1 solo uso).
- Separe labios mayores de la vulva, con el dedo pulgar e índice y limpie de la misma forma que paso anterior.
- Enjuague escurriendo agua, desde zona suprapúbica usando torulas limpias con mecanismo de arrastre, las torulas son de 1 solo uso, eliminar.
- Seque la zona suprapúbica, pliegues inguinales y vulva de la paciente con toalla de papel.
- Elimine torulas y papel en depósito de desechos a medida que lo vaya usando.
- Retire la chata.
- Acomode a la usuaria.
- Retire el material.
- Sáquese los guantes.
- Lavado de manos clínico.
- Registre el procedimiento en registro clínico electrónico.

Consideraciones Generales:

- La frecuencia será de acuerdo a la necesidad.
- Usuarios con catéter urinario a permanencia se debe realizar aseo genital externo mínimo 2 veces/día.
- El operador deberá lavarse las manos antes y después del procedimiento.

**15. ASEO GENITAL MASCULINO**

Objetivo:

- Disminuir la flora microbiana normal y eliminar la flora transitoria de región genital externa.

Responsables de Aplicación:

- TENS o Enfermera/o.

Recursos Materiales:

- Tórulas de algodón.
- Jarro con agua.
- Chata.
- Bolsa de desechos.



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

- Guantes limpios.
- Papel higiénico o toalla desechable.

### Procedimiento:

- Informe al usuario el procedimiento.
- Mantenga la privacidad del paciente.
- Lavado de manos clínico.
- Prepare cama en dos.
- Flecte las rodillas del usuario y sepárelas.
- Colóquese guantes limpios.
- Limpie con tórculas jabonosas los pliegues inguinales y bajo el escroto, de arriba hacia abajo, en un solo sentido y elimine tórculas.
- Lave parte posterior del pene.
- Retire prepucio hacia atrás y limpie con una tórcula el surco balano prepucial y glande.
- Enjuague con agua, usando tórculas limpias, con mecanismo de arrastre de arriba hacia abajo en un solo sentido. Las tórculas son de 1 sólo uso, eliminar.
- Seque zona suprapúbica, pliegues inguinales, escroto y pene con papel higiénico.
- Vuelva el prepucio a su posición normal.
- Retire la chata.
- Acomode al usuario.
- Retire el material.
- Sáquese los guantes.
- Lavado de manos clínico.
- Registre el procedimiento.

### Consideraciones Generales:

- La frecuencia será de acuerdo a la necesidad.
- Usuarios con catéter urinario a permanencia debe realizársele aseo genital externo mínimo 2 veces al día.
- El operador debe lavarse las manos antes y después del procedimiento.

## 16. CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

### Objetivos:

- Extracción de orina para toma de exámenes.
- Vaciar la vejiga a intervalos.

### Responsables de Aplicación:

- Enfermero/a.

### Recursos Materiales:

- Paño clínico Perforado.

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Guantes estériles.
- Sonda Nelaton (de uso único).
- Lubricante (Vaselina estéril).
- Frasco Graduado.
- Frasco examen de orina en caso necesario.

Procedimiento:

- Informe al usuario la técnica a realizar y solicitar colaboración si las condiciones de este lo permitan.
- Reúna el equipo.
- Mantenga la privacidad del usuario.
- Aseo genital según norma.
- Lavado de manos clínico.
- Lleve el material necesario a la Unidad.
- Abra la bandeja de cateterismo.
- Colóquese los guantes.
- Desinfección del área genital y colocación del campo estéril.
- Lubrique la punta del catéter con vaselina estéril.
- Introduzca el catéter hasta que salga orina.
- Vacíe toda la orina en bandeja estéril.
- Retire sonda Nelaton una vez evacuada vejiga.
- Retire equipo utilizado de la Unidad del usuario.
- Mida el volumen de orina y elimínela.
- Retírese los guantes.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico, (hora, tolerancia al procedimiento, calibre del catéter, cantidad y calidad de la orina).

Consideraciones Generales:

- Respete normas de asepsia y antisepsia.
- El catéter y el lubricante son estériles de uso único.
- Respete privacidad del usuario.
- No introducir la Sonda Nelaton en orificio uretral, si por error se introduce en orificio vaginal, debe cambiar sonda.

Normas de Prevención IAAS:

- Aplique precauciones estándar.
- Aplique técnica aséptica.

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

## 17. RETIRO DE PUNTOS

Objetivo:

- Es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada.

Responsable de la aplicación:

- TENS.

Recursos materiales:

- Equipo de curación.
- 1 Bisturí.
- Tijeras.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Guantes de procedimiento.
- Caja deshecho cortopunzante.

Procedimiento:

- Revisar la orden médica para verificar el retiro de puntos.
- Reunir el material.
- Explicar el procedimiento al usuario.
- Lavado de manos clínico.
- Retirar el apósito con el que acude el usuario si lo amerita.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Limpiar con suero fisiológico, desde el área limpia al área sucia.
- Valorar la cicatrización de la herida: comprobar que los márgenes de la herida se han cerrado perfectamente o en caso contrario, no retirar los puntos o quitarlos de forma alterna.
- Movilizar los puntos con pinzas y cortarlos con bisturí o tijera apropiada.
- Se retiran los puntos desde el centro de la herida.
- Retirar el equipo, ordenar y despejar el área.
- Desechar material, según normas de precaución universal.
- Sacarse los guantes.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

Consideraciones Generales

- Si se retiran los puntos cuando la herida aún no ha cicatrizado se puede causar dehiscencia de la herida o infección.

Normas de prevención IAAS:



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

- Aplique precauciones estándar.

### 18. LAVADO DE OIDOS

Objetivo:

- Procedimiento mediante el cual se pretende retirar un tapón de cerumen o de cera excesiva que se encuentra obstruyendo el canal auditivo externo. Este procedimiento debe realizarse solo bajo indicación médica y posterior a la preparación del usuario 3 días antes en los que deberá aplicarse 3 gotas de agua oxigenada de 10 vol. en el oído afectado.

Responsable de la aplicación:

- Tens.

Recursos materiales:

- Agua a temperatura tibia.
- Riñonera.
- Jeringa desechable de 60 cc con punta catéter o de 20 cc.
- Toalla que debe traer el usuario o de papel.
- Guantes de procedimiento.

Procedimiento:

- Revise orden médica.
- Explique el procedimiento, tranquilizando sobre posibles complicaciones.
- Reúna los materiales.
- Siente al usuario y póngale una toalla en el cuello.
- Lavado de manos clínico y uso de guantes.
- Compruebe la temperatura del agua.
- Cargue la jeringa con agua sin dejar aire.
- Pida al usuario que sujete la riñonera a nivel del hombro para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído.
- Traccione el pabellón auricular hacia arriba y atrás.
- Dirija el cono de la jeringa hacia la pared posterosuperior del conducto auditivo (nunca hacia la membrana) un centímetro aproximadamente.
- Controle la posición del cono de la jeringa para evitar su desplazamiento.
- Solicite al usuario que incline y sacuda la cabeza hacia el lado del procedimiento para sacar los restos de agua y cerumen.
- Informe al usuario sobre cuidados posteriores, signos de alarma ante los que debe acudir a consulta médica.
- Elimine el material según norma.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.
- Si el tapón no sale indíquelo que debe asistir al médico nuevamente.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

**Consideraciones generales:**

- Tener en cuenta las siguientes complicaciones: perforación timpánica, otitis externa o media, lesión del conducto, náuseas, vómitos, dolor mareos, vértigos y sangrado.

**Contraindicaciones:**

- Otitis Media y Externa.
- Dolor durante la entrada de agua.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Otorrea en los últimos tres meses.
- Historia de otitis crónica y supurada.
- Heridas recientes de tímpano y conducto auditivo externo.
- Presencia de cuerpos extraño.
- Cirugía del oído.
- Fisura palatina o paladar hendido.

**Normas de prevención IAAS:**

- Aplique precauciones estándar.

**19. CURACIONES**

- Técnica que favorece la formación de tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.

Objetivo:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios portadores de úlceras y/o heridas, disminuyendo el tiempo de cicatrización a través de técnicas tradicionales y no tradicionales en el manejo de éstas.

**CLASIFICACIÓN DE CURACIONES**

- Curación tradicional o simple: Curación que se realiza en ambiente seco, utiliza apósitos pasivos y usa tópicos. Procedimiento puede ser realizado por cualquier miembro del equipo de Enfermería.
- Curación no tradicional o compleja (avanzada, este tipo de procedimientos es realizado solamente por Enfermera/o.): Curación que se realiza en un ambiente húmedo fisiológico. Se utilizan coberturas pasivas, interactivas, bioactivas o mixtas. La frecuencia de la curación dependerá de las condiciones de la úlcera y del apósito a utilizar, en el caso de heridas infectadas es diaria. Procedimiento debe ser realizado por Enfermera/o de la unidad.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

## VALORACION DE ULCERAS Y/O HERIDAS:

Previo a la realización del procedimiento se debe realizar valoración de la herida o úlcera, a través diagramas de valoración, de acuerdo al cual se planifica el cuidado a entregar, permitiendo evaluar la evolución de la lesión desde su inicio hasta su cicatrización.

La aplicación del diagrama permite la Identificación y descripción de la lesión, que nos da información sobre tamaño, forma, aspecto, localización y su estado actual, clasificando y orientado para la técnica correcta según flujograma preestablecido.

Cada diagrama establece 10 parámetros de evaluación, cada uno de los cuales se valoriza en una escala de 1 a 4. Estos son:

Aspecto: Evalúa el color que predomine en la lesión en el momento que se retiran los apósitos. A igual porcentaje de color, se valoriza el más complejo.

- Tejido eritematoso o epitelial: Aspecto rosado, brillante, frágil en sus inicios, indica que se encuentra en la fase de remodelación o por compresión o quemadura que afecta a la epidermis sin pérdida de la integridad cutánea.
- Tejido enrojecido: Presencia de tejido de granulación vascularizado y frágil que indica que se encuentra en la fase proliferativa.
- Tejido pálido: Presencia de fibrina, es de color amarillo.
- Tejido necrótico: Presencia de tejido muerto, seco, duro y de color negro, aunque el tejido conectivo puede tener color gris y ser blando.

Mayor extensión: Está expresada en el diámetro de mayor extensión. Las herramientas de medición pueden ser una plantilla circular, plantilla cuadrículada de acetato o una regla flexible. También es útil el control fotográfico. En caso de coexistir dos úlceras separadas por más de tres centímetros, se miden independientemente.

Profundidad: En las heridas cavitadas puede haber compromiso muscular, tendinoso u óseo. Para su medición se utiliza un hisopo para la toma de cultivo, colocándolo en el punto más profundo y midiendo hasta el borde de la herida. Si la úlcera tiene tejido esfacelado o necrótico, se debe desbridar antes de realizar la medición. Cuando ésta tiene sacos o pliegues laterales, su medición se realiza de acuerdo a los punteros del reloj teniendo como base las 12, que corresponde a la cabeza de la persona que se está evaluando. Se le asignará máximo pontaje cuando el tejido no se pueda retirar y/o cuando exista compromiso de tejido óseo.

Exudado cantidad: Constituye una parte importante del mecanismo de defensa de la herida. Se forma en la superficie como resultado de la pérdida de líquido de los vasos sanguíneos, disminuye con la cicatrización.

- Ausente: el apósito primario está seco al retirarlo.
- Escaso: el apósito primario está 50% humedecido.
- Moderado: el apósito primario está 100% humedecido.
- Abundante: el apósito primario está totalmente húmedo, traspasando el exudado al

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

apósito secundario en un 50% a 75%.

Exudado calidad:

- Sin exudado: no existe presencia de líquido.
- Seroso: Líquido claro, transparente, amarillento o rosado.
- Turbio: Formado por la mezcla del exudado del proceso de cicatrización de la herida y detritus producto del desbridamiento.
- Purulento: Está formado por una mezcla de bacterias y de macrófagos muertos o desvitalizados. Puede tener mal olor y color característico del microorganismo que lo coloniza (por ejemplo: color verde producido por pseudomonas).

Tejido esfacelado o necrótico: Tejido pálido, hipóxico o isquémico. La presencia de tejido necrótico o esfacelado que se encuentra sobre la superficie de la herida se mide en porcentaje.

Tejido granulatorio: Tejido conectivo rojizo, húmedo y frágil que llena la herida durante la fase proliferativa de la curación. Se mide en porcentaje.

Edema: Exceso de líquidos en los tejidos subyacentes a la herida y se mide a través de la presión dactilar.

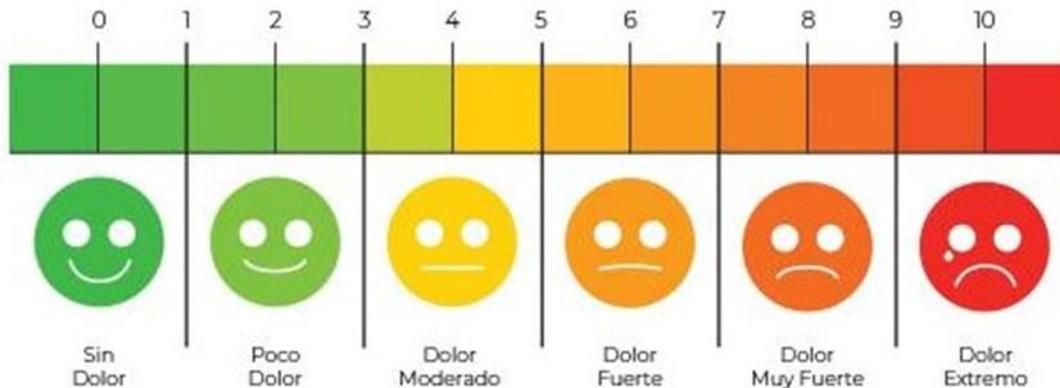
- Edema ausente.
- Edema (+): < 0,3 cm (A nivel Local)
- Edema (++) : 0,3 – 0,5 cm (Compromete la superficie circundante de la herida)
- Edema (+++) : > 0,5 cm (Compromete superficie extensa, por ejemplo, toda la extremidad superior)

Dolor: Es el resultado de la elaboración cerebral de los mensajes generados en el sitio de la herida por estimulación de las terminaciones nerviosas.

Sus causas pueden ser: inflamación, presión sobre la úlcera, cambios de cobertura, exposición atmosférica o complicaciones de la herida, las que aumentan con los estados emocionales.

La medición del dolor se puede realizar en una escala de uno a diez, utilizando la Escala Visual Análoga (EVA), o Método Visual Análogo de Scott-Huskinsson. La línea está numerada del 0 "sin dolor" al 10, "peor dolor que haya sentido", lo que permite a la persona que está realizando la evaluación asignar un valor numérico al grado de dolor evaluado. En pacientes pediátricos se puede utilizar la escala pictórica, que es un dibujo de una serie de caritas que expresan diferentes grados de dolor. En pacientes inconscientes, TEC (traumatismo encefalocraneano) y TRM (traumatismo raquimedular) el dolor se valorará con el puntaje máximo del Diagrama de Valoración de Heridas.

## Escala de dolor EVA



**Piel circundante:** La piel cercana a la úlcera puede sufrir alteraciones de la integridad cutánea por efectos mecánicos o relacionados con el proceso inflamatorio, las que pueden extender la lesión o dejar secuelas.

- **Piel Sana:** Piel indemne.
- **Piel descamada o pigmentada:** Exfoliación de células queratinizadas de tamaño variable, color plateado, blanco o tostado que indica sequedad de la piel.
- **Piel Eritematosa:** Epidermis enrojecida por acción mecánica, presión, fricción o dermatitis irritativa. Si se acompaña de calor local puede ser signo de infección.
- **Piel Macerada:** Presenta excoriaciones (lesiones cutáneas debidas pérdida de sustancia muy superficial que sólo afecta a la epidermis) descomposición de los tejidos al estar en contacto con un medio húmedo.

## Diagrama de valoración de heridas

	1	2	3	4
Aspecto	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico
Mayor extensión	0 – 1 cm	> 1 – 3 cm	> 3 – 6 cm	> 6cm
Profundidad	0	< 1cm	1 -3 cm	> 3 cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin Exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	< 25%	25 – 50%	> 50%
Tejido granulatorio	100 – 75 %	< 75 – 50%	< 50 – 25%	< 25%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0 -1	2 - 3	4 - 6	7 - 10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada



Tipo 1 = 10 a 15 puntos  
Tipo 2 = 16 a 21 puntos

Tipo 3 = 22 a 27 puntos  
Tipo 4 = 28 a 40 puntos



### Las heridas y úlceras se clasifican en 4 tipos:

- TIPO 1 (10 a 15 pts.): Eritema cutáneo que no presenta pérdida de continuidad de la piel. Hay cambios de coloración, temperatura, edema, sensibilidad, induración.
- TIPO 2 (16 a 21 pts.): Pérdida de epidermis, dermis o ambas. Se presenta como un orificio tapizado con tejido de granulación o fibrina, sin infección.
- TIPO 3 (22 a 27 pts.): Pérdida completa de la epidermis, dermis y daño del tejido subcutáneo, el que puede llegar hasta la fascia, provocando en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.
- TIPO 4 (28 a 40 pts.): Completa pérdida el espesor de la piel con extensa destrucción, necrosis de tejidos, daño muscular, óseo o estructuras de soporte y, en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

### CLASIFICACIÓN ÚLCERAS PIE DIABÉTICO

La valoración de la úlcera del pie diabético está dirigida a identificar y describir las características de la lesión de acuerdo a parámetros establecidos que permiten tipificarla y llevar un buen control de ésta. Para valorar las úlceras de pie diabético se utilizará el “Diagrama de Valoración de las Úlceras de Pie Diabético”, que otorga un puntaje de acuerdo al cual se planifica la atención de enfermería a entregar, permitiendo evaluar la evolución de la úlcera desde su inicio hasta su cicatrización. El diagrama establece 10 parámetros de evaluación, cada uno de los cuales se valoriza en una escala de 1 al 5.

Clasificación	1	2	3	4	5
Aspecto	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico grisáceo	Necrótico negruzco
Mayor extensión	0-1cm	>1 – 3 cm.	> 3- 6 cm.	> 6 cm-10	>10 cm
Profundidad	0	>0-1cm	> 1- 2 cm.	>2-3 cm.	>3 cm
Cantidad exudado	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante	Muy abundante
Calidad exudado	Sin exudado	Seroso	Turbio hemático	Purulento	Purulento gangrenoso
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	<25%	25 – 50 %	> 50- 75 %	> 75 %
Tejido granulatorio	100%	99- 75%	<75- 50 %	< 50 - 25 %	< 25 %
Edema	Ausente	+	++	+++	++++
Dolor	0 - 1	2 - 3	4- 6	7 – 8	9 – 10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada	Gangrena

Clasificación de las heridas o úlceras según puntuación:  
 Grado 1 = 10 a 14 puntos  
 Grado 2 = 15 a 23 puntos  
 Grado 3 = 24 a 32 puntos  
 Grado 4 = 33 a 41 puntos  
 Grado 5 = 42 a 50 puntos

*Nota: Para apreciar cambios significativos en la evaluación de las heridas o úlceras, es recomendable valorarlas cada 10 días, con un mínimo de 7.*

**ILUSTRACIÓN 2: ELEMENTOS MÍNIMOS A EVALUAR EN EL EXAMEN FÍSICO**



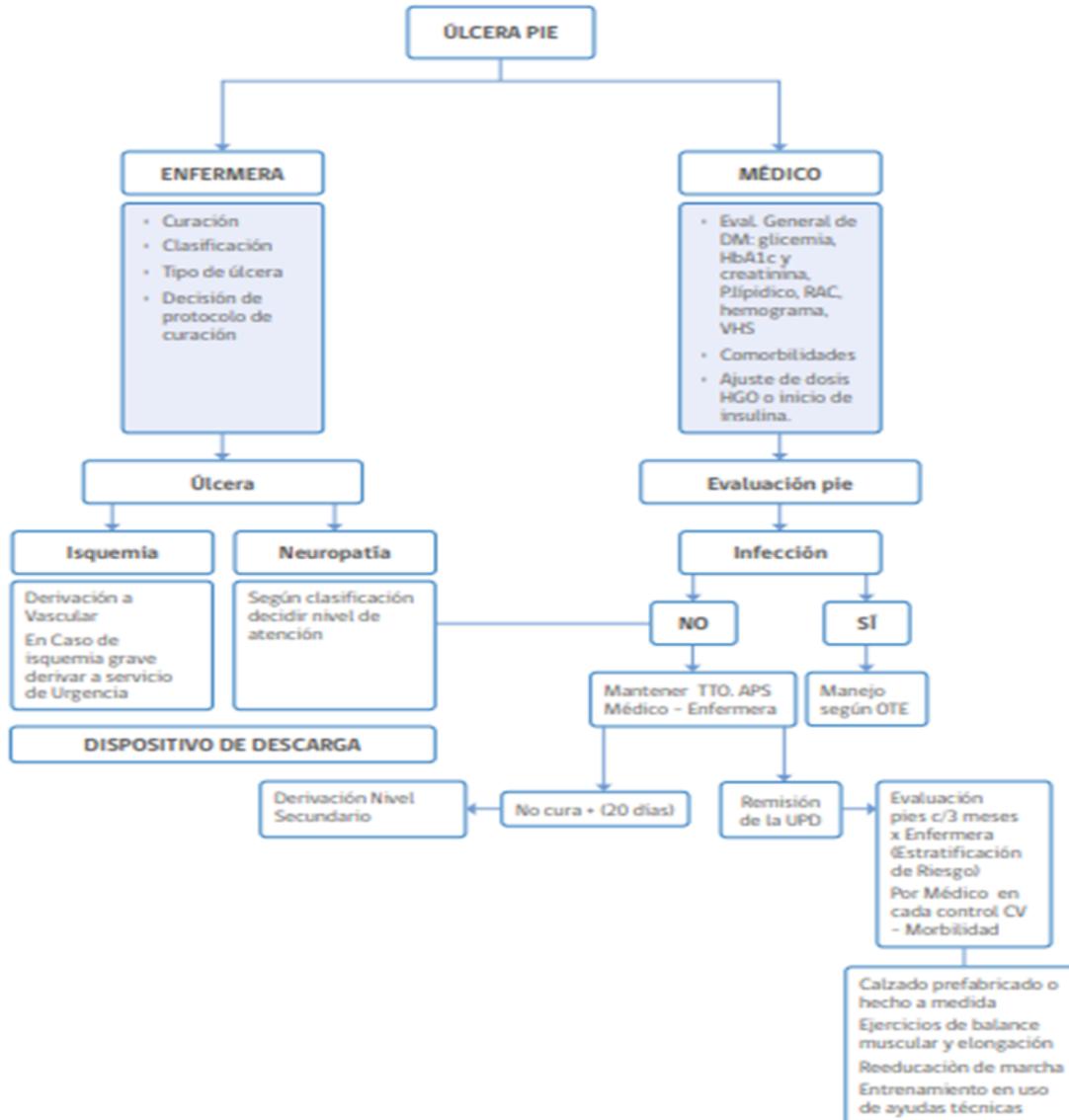
Nota: este examen físico debe ser realizado en ambos pies

Es importante que al momento de abordar una úlcera del Pie Diabético (UPD) se evalúe prolijamente si el usuario presenta o no signos de isquemia. Un conocimiento adecuado de la etiopatogenia de la lesión aportará las claves para comprender el diagnóstico y tratamiento de esta. Las Ulceras de Pie Diabético (UPD) se dividen en:

- UPD - Neuropático: Piel tibia, pulsos presentes, fanéreos presentes, es principalmente tejido esfacelado y granulación. Puede tener placa necrótica en infección. Se encuentra principalmente en metatarso y en ortejos.
- UPD - Neuroisquémico: Piel tibia, sin pulso/ débiles pedio o tibial, fanéreos comienzan a caer, heridas con puntos de apoyo necróticos. Se originan en talón, bordes, ortejos. Mezcla todos los tejidos.
- UPD - Isquémicos: Frio, sin pulso, sin fanéreos, sucede en ortejos. Se observa una placa necrótica.

CONCEPTOS	NEUROPATICO	NEUROISQUEMICO	ISQUÉMICO
PULSOS	PRESENTES	DÉBILES O AUSENTES	AUSENTES
PIEL	TIBIA	TIBIA	FRÍA
FANEREO	PRESENTES	DISMINUIDOS	AUSENTES
ITB	0,9-1,1	> 0,5 - < 09	< = 0,5
TIPO DE TEJIDO	GRANULACIÓN-ESFACELO	ESFACELO-NECRÓTICO	NECRÓTICO
LOCALIZACIÓN ÚLCERA	PLANTAR	TALÓN-ORTEJOS	ORTEJOS
DOLOR	AUSENTE	PRESENTE + ANALGESICO	PRESENTE ( - ) ANALGÉSICO
LUGAR DE ATENCIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	SECUNDARIA- TERCARIA

ILUSTRACIÓN 12. MANEJO APS



# CLASIFICACIÓN SAN ELIÁN

## FORMULARIO DE LA ESCALA SAN ELIAN PARA DETERMINAR SEVERIDAD DE FACTORES RELACIONADOS A LA HERIDA EN PIE DIABETICO

1 pto	2 ptos	3 ptos
<b>1.- Localización de la herida primaria</b>		
<input type="checkbox"/> Falanges	<input type="checkbox"/> Metatarsal	<input type="checkbox"/> Tarsal
<b>2.- Localización topográfica</b>		
<input type="checkbox"/> Dorsal o plantar	<input type="checkbox"/> Lateral o medial	<input type="checkbox"/> Dos o más
<b>3.- Número de zonas afectadas (ver 1)</b>		
<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Tres
<b>4.- Isquemia</b> <small>0 Sin isquemia, sin signos ni síntomas, Pulsos pedio y/o tibial posterior (TP) palpables, o ITB 0.90-1.2</small>		
<input type="checkbox"/> Pulsos palpables, levemente disminuidos ó ITB 0.89-0.7* ó IDB 0.74-0.6**	<input type="checkbox"/> Pulsos débiles, poco palpables ó ITB 0.69-0.5* ó IDB 0.59-0.3**	<input type="checkbox"/> Sin pulsos palpables ó ITB <0.5* ó IDB <0.3**
<b>5.- Infección</b> <small>0 Sin infección, sin signos de infección</small>		
<input type="checkbox"/> Eritema < 2cm, descarga purulenta, caliente, doloroso	<input type="checkbox"/> Eritema > 2cm, infección en músculo, tendón, articulación o hueso	<input type="checkbox"/> SIRS, hiperglicemia o hipoglicemia secundaria
<b>6.- Edema</b> <small>0 Sin edema</small>		
<input type="checkbox"/> Alrededor de la herida	<input type="checkbox"/> Un pie o una pierna	<input type="checkbox"/> Bilateral, secundaria a comorbilidades
<b>7.- Neuropatía</b> <small>0 Sin neuropatía</small>		
<input type="checkbox"/> Sensibilidad protectora disminuida	<input type="checkbox"/> Sensibilidad protectora ausente	<input type="checkbox"/> Pie de Charcot Neurosteoartropatía diabética
<b>8.- Área</b>		
<input type="checkbox"/> Pequeña (<10 cm <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> Mediana (10-40 cm <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> Grande (>40 cm <sup>2</sup> )
<b>9.- Profundidad</b>		
<input type="checkbox"/> Superficial (piel)	<input type="checkbox"/> Tendones, fascia, músculos	<input type="checkbox"/> Articular, huesos
<b>10.- Etapa de Cicatrización</b>		
<input type="checkbox"/> Epitelización	<input type="checkbox"/> Granulativa	<input type="checkbox"/> Inflamatoria

Puntaje total	Grado de severidad	Pronóstico	Nivel de Atención
≤10	I (Leve)	Buen pronóstico de cicatrización exitosa. Bajo riesgo de amputación de extremidad inferior. Posibilidad de curación 90%	Manejo en APS.
11-20	II (Moderado)	Amenaza parcial, resultado proporcional al esfuerzo terapéutico. Posibilidad de curación 70% (<30 % de riesgo de amputación).	Manejo en APS. Nivel secundario si presenta hueso expuesto con signos de infección de tejidos subyacentes a la úlcera.
21-30	III (Severo)	Amenaza a la extremidad y la vida, resultado no proporcional al esfuerzo terapéutico. Posibilidad de curación 30% (>70% de riesgo de amputación)	Derivación inmediata al nivel terciario, servicio de cirugía o SU

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

### **Manejo de usuario con UPD:**

Todo usuario que presente una UPD, debe ser considerado como un usuario descompensado poniendo énfasis en un manejo integral de su condición.

El objetivo principal del manejo integral del usuario con UPD es la cicatrización de la úlcera, prevenir la recidiva y evitar la amputación. Los principales focos y componentes esenciales del tratamiento de la UPD son:

- Tratar los procesos patológicos subyacentes: Isquemia grave, control metabólico y manejo de factores de riesgo tales como hipertensión, dislipidemia y tabaquismo, así como también tratar deficiencias nutricionales específicas.
- Garantizar irrigación sanguínea adecuada: Se debe evaluar y descartar Enfermedad Arterial periférica (EAP), realizar examen clínico para su evaluación y descarte.
- Manejo local de la úlcera: Donde se incluye curación avanzada (CA), lo cual implica desbridamiento del tejido necrótico o esfacelado, limpieza y protección de la piel, disminución de la carga bacteriana en la lesión, manejo de infección, equilibrio de la humedad (selección del apósito correcto), protección de los bordes epiteliales.
- Ayuda técnica y rehabilitación: En el caso de usuario ya ulcerado el uso de la descarga de la zona ulcerada es indispensable para el buen pronóstico en la evolución de la UPD y posterior cierre de ésta.

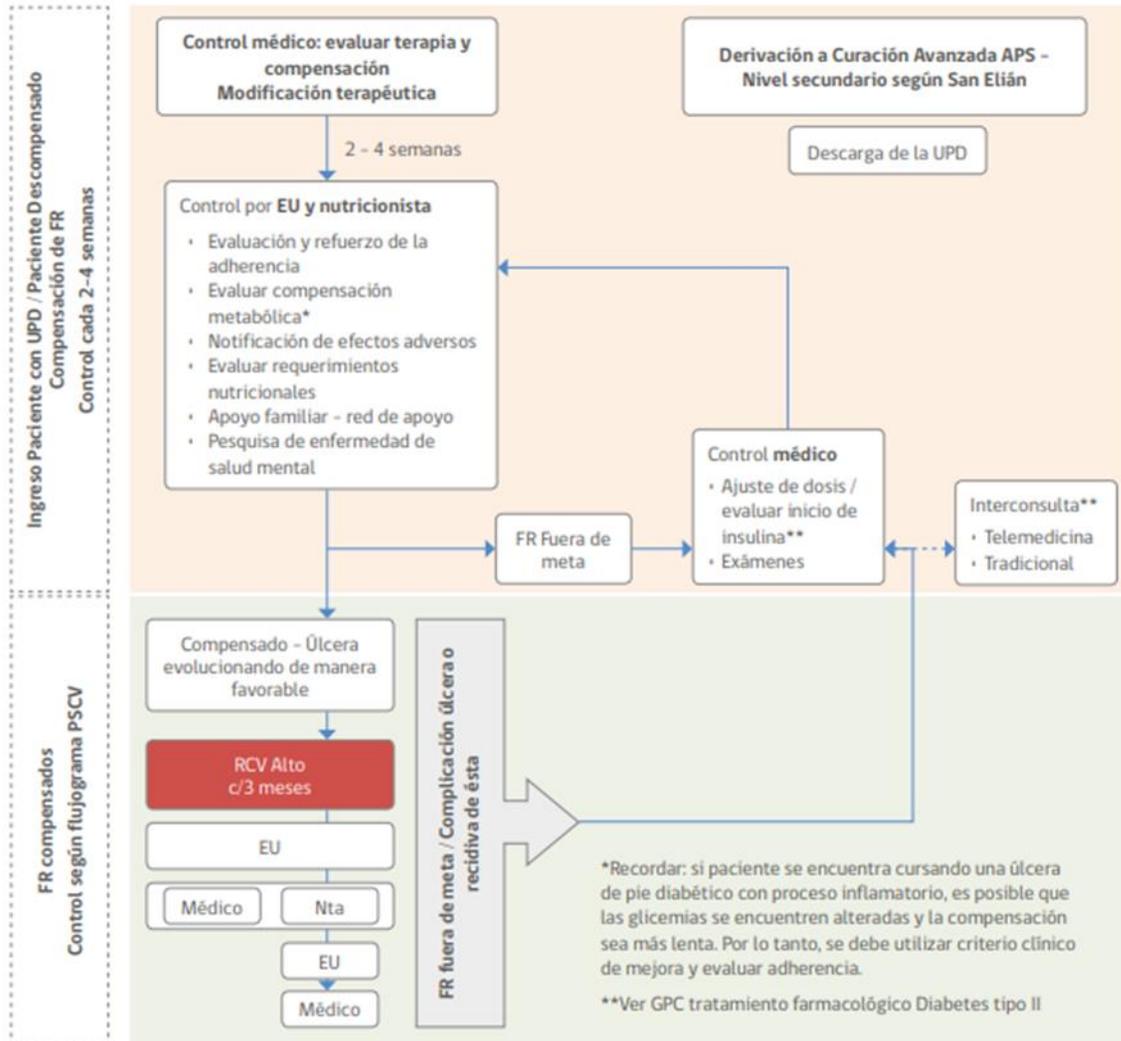
Al ingreso de un usuario con una UPD se recomienda lo siguiente:

- Determinar el grado de severidad y pronóstico de la úlcera aplicando Escala San Elián y seguir flujo de derivación según puntuación.
- Aplicar Instrumento de Valoración de carga bacteriana de heridas y úlceras según carga bacteriana de la Fundación Instituto Nacional de Heridas.
- Seleccionar protocolo de curación avanzada a utilizar dependiendo de si la úlcera de pie diabético se encuentra infectada o no.
- Aplicar Ayudas Técnicas: Uso de dispositivo de descarga en todos los casos acompañado de ayuda para la marcha (bastón, andador, silla de ruedas, etc.).

Desde el ingreso a curaciones, se debe valorar en el seguimiento posibles factores agravantes que pudiesen complicar el proceso de cicatrización, como sobreinfección, nivel socioeconómico (dificultad en el acceso, redes de apoyo escasas, etc.) y nutrición.

Se sugiere seguir flujograma de usuario descompensado de orientación técnica del PSCV con el objetivo de intensificar las intervenciones terapéuticas para lograr una adecuada compensación metabólica y del resto de los FR cardiovasculares.

**ILUSTRACIÓN 11: FLUJOGRAMA DE PACIENTE CURSANDO UPD**



## 20. CLASIFICACIÓN ÚLCERAS VENOSAS

El diagrama de Valoración de Úlcera Venosa permite planificar el cuidado a entregar según un puntaje asignado. Además, permite evaluar la evolución de la lesión desde su inicio hasta su cicatrización. En este diagrama se establecen 10 parámetros, cada uno de los cuales está en escala de 1 a 4. La aplicación del diagrama debe ser realizada en un lugar bien iluminado, cómo y tranquilo. Se debe aplicar cada 30 días con el fin de evaluar el proceso de cicatrización, y cada ítem debe ser evaluado durante el proceso de curación.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

### Diagrama Valoración Úlceras Venosas

<b>PUNTAJE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Aspecto</b>	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	<b>Necrótico</b>
<b>Mayor extensión</b>	0-1cm	>1-3cm	>3-6cm	<b>&gt;6cm</b>
<b>Profundidad</b>	0	<1cm	1-3cm	<b>&gt;3cm</b>
<b>Exudado cantidad</b>	Ausente	Escaso	Moderado	<b>Abundante</b>
<b>Exudado calidad</b>	Sin exudado	Seroso	Turbio	<b>Purulento</b>
<b>Tejido esfacelado o necrótico</b>	Ausente	<25%	25-50%	<b>&gt;50%</b>
<b>Tejido de granulación</b>	100 – 75%	<75-50%	<50-25%	<b>&lt;25%</b>
<b>Edema</b>	Ausente	+	++	<b>+++</b>
<b>Dolor</b>	0-1	2-3	4-6	<b>7-10</b>
<b>Piel circundante</b>	<b>Sana</b>	<b>Descamada</b>	<b>Eritematosa</b>	<b>Macerada</b>

- Tipo 1 (10 a 15 pts.): Lesión sin pérdida de la continuidad de la piel, pero con proceso inflamatorio. La piel comienza a cambiar de color y de aspecto, y la piel se pone frágil.
- Tipo 2 (16 a 21 pts.): Lesión con pérdida de la continuidad de las capas superiores de la piel, epidermis o dermis, con menos de 5 cm de extensión, con menos de 10% de esfacelo y puede presentar infección.
- Tipo 3 (22 a 27 pts.): Lesión cutánea que afecta al tejido celular subcutáneo o hipodermis, mide entre 5,1 y 10 cm de extensión, con exudado moderado, puede haber más de 10% de esfacelo y puede presentar infección.
- Tipo 4 (28 a 40 pts.): Lesión que afecta el tejido subcutáneo, mide más de 10 cm de extensión, con abundante exudado y con más de 10% de esfacelo, con mayor posibilidad de infección.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

### Clasificación CEAP de las úlceras venosas

Clasificación CEAP		
<b>C</b>	<b>Clínica</b>	C0: sin signos visibles ni palpables C1: telangiectasias o venas reticulares C2: varices C3: edema C4: cambios cutáneos sin úlcera C5: cambios cutáneos con úlcera cicatrizada C6: cambios cutáneos con úlcera activa A: asintomático S: sintomático
<b>E</b>	<b>Etiología</b>	Ec: congénita Ep: primaria Es: secundaria (postraumática o postrombótica)
<b>A</b>	<b>Anatomía</b>	As: venas del sistema superficial Ad: venas del sistema profundo Ap: venas perforantes
<b>P</b>	<b>Fisiopatología</b>	Pr: reflujo Po: obstrucción Pro: reflujo y obstrucción

### 21. QUEMADURAS

Frente a todo paciente quemado es esencial hacer un diagnóstico correcto de la lesión, el que incluye la profundidad, extensión, localización y agente etiológico.

#### CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS SEGÚN PROFUNDIDAD (según clasificación Benaim)

- Quemaduras tipo A: Afectan la epidermis y en ocasiones la dermis papilar, pudiendo dividirse en 2 tipos.  
 Quemaduras A eritematosas, en que hay vasodilatación del plexo dérmico superficial, observándose la piel enrojecida, seca y turgente. Hay irritación de las terminaciones nerviosas que producen ardor, prurito y dolor. La conservación de la capa germinativa permite la epitelización en 7 a 10 días. Es la típica quemadura

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

solar de playa.

Quemaduras A flictenulares en que, además de la vasodilatación, se produce un aumento de la permeabilidad del plexo dérmico superficial, con formación de flictenas y edema. Existe eritema cutáneo y la irritación de las terminaciones nerviosas hacen que sean muy dolorosas. Reepitelizan en 10 a 14 días.

- Quemaduras tipo AB: Existe destrucción de la epidermis y de la dermis papilar, conservándose la dermis reticular y las porciones profundas de los anexos cutáneos. El plexo dérmico superficial se trombosa y el profundo se encuentra vasodilatado y con aumento de la permeabilidad. Presenta un aspecto blanquecino, que al cabo de 10 días forma una escara intermedia. Las terminaciones nerviosas superficiales también se encuentran comprometidas, por lo que son poco dolorosas. Su evolución es dinámica y de acuerdo al potencial de regeneración de los anexos remanentes, pueden evolucionar a la epidermización (ABA) o a la profundización (ABB). Las que epidermizan lo hacen en plazos de 14 a 21 días, sin embargo, el epitelio es frágil y el resultado estético es regular.
- Quemaduras tipo B: Existe destrucción total de la piel incluyendo anexos, trombosis de los plexos dérmicos superficial y profundo y de las terminaciones nerviosas, por lo que son indoloras. La piel está acartonada, dura, sin turgor y tiene un color blanco grisáceo, originando una escara.

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS SEGÚN BENAIM F.</b>			
Características	TIPO A (superficial)	TIPO A-B (Intermedia)	TIPO B (Total)
Aspecto Clínico	Flictenas Color Rojo Turgor Normal	↔	Sin flictenas Color blanco grisáceo Sin turgor
Dolor	Intenso	↔	Indoloro
Evolución	Regeneración	↔	Escara
Curación por	Epidermización (espontánea)	↔	Cicatrización o injerto
Resultado estético	Excelente	↔	Deficiente

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

## **PROCEDIMIENTO CURACION TRADICIONAL Y COMPLEJA.**

Preparación de material a utilizar:

- Preparación psicológica y emocional de la o el usuario.
- Delimitación de áreas de trabajo.
- Mantener la privacidad del usuario en todo momento.
- El tipo de tela adhesiva a utilizar dependerá de la función que esta ejerza: se utilizará tela de rayón o microporosa (no plástica) en los casos que ésta vaya en contacto directo con la piel. La tela de plástico o macroporosa se utilizará cuando la fijación se realice directamente en la gasa o apósito.

EQUIPO:

- Equipo de curación estéril.
- 1 bandeja.
- Suero fisiológico 0.9% tibio.
- Jabón de Clorhexidina 2%.
- Apósitos estériles.
- Tela adhesiva.
- Gasas estériles.
- Vendas (gasa y/o apósito).
- Guantes de procedimientos y/o estériles.
- Sabanilla de papel desechable.
- Deposito para desechos (según normas de precauciones universales).
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

Procedimiento Curación:

- Lavado de manos clínico.
- Recolectar material necesario.
- Entibiar matraz de suero fisiológico.
- Explicar el procedimiento al usuario.
- Cubrir la zona de apoyo del usuario con sabanilla desechable.
- Colocarse guantes de procedimientos en el caso que el vendaje o apósito venga humedecido con fluido corporal.
- Retirar apósitos o vendaje del usuario de manera de no producir dolor ni daños a los tejidos, usar suero fisiológico si fuera necesario. Eliminar apósitos y guantes sucios según REAS.
- Lavado de manos clínico y colocarse nuevos guantes de acuerdo al tipo de herida.
- Realizar limpieza con duchoterapia y/o jeringa con aguja, con suero fisiológico.
- En heridas sucias con tierra, pus u otros elementos o infectadas, se debe efectuar un lavado con clorhexidina jabonosa al 2%, realizando movimientos rotatorios y produciendo espuma, posteriormente se elimina con abundante suero fisiológico. Esta técnica puede repetirse por un máximo de 3 días.
- Una vez limpia la zona, cubrir con gasa y/o apósito que corresponda de acuerdo a valoración y fijar con tela adhesiva y/o venda gasa.

	<b>PROCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Eliminar desechos de acuerdo a REAS.
- Depositar equipo de curación en área sucia para su posterior lavado.
- Lavado de manos clínico.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.
- Educación al usuario sobre los cuidados de la curación y citación día por medio en el caso de las heridas no infectadas y curación diaria en el caso de las heridas infectadas.

### **PROCEDIMIENTO CURACIÓN COMPLEJA O AVANZADA:**

Personal responsable:

- Enfermera.

Condiciones y recomendaciones previas:

- Preparación de material a utilizar.
- Preparación psicológica y emocional de la o el usuario.
- Mantener la privacidad del usuario en todo momento.
- El tipo de tela adhesiva a utilizar dependerá de la función que esta ejerza: se utilizará tela de rayón o microporosa (no plástica) en los casos que ésta vaya en contacto directo con la piel. La tela de plástico o macroporosa se utilizará cuando la fijación se realice directamente en la gasa o apósito.
- Limpiar matraz de suero fisiológico con alcohol al 70%.

Equipo:

- Equipo de curación estéril.
- 1 bandeja.
- Suero fisiológico 0,9%.
- Jabón de Clorhexidina 2%.
- Apósitos pasivos, interactivos, bioactivos y mixtos.
- Apósitos tradicionales
- Tela adhesiva.
- Gasas estériles.
- Guantes de procedimientos y/o estériles.
- Equipo para toma de cultivo.
- Pechera plástica.
- Gafas protectoras y mascarilla, si hubiese riesgo de aspersión.
- Deposito para desechos (según normas de precauciones universales)

Procedimiento curación:

- Lavado de manos clínico.
- Colocarse pechera.
- Recolectar material necesario.
- Entibiar matraz de suero fisiológico.
- Limpiar el matraz de suero fisiológico con alcohol 70% y realizar duchoterapia en matraz

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

rígido al que se le realizan al menos 10 - 20 orificios, con aguja N° 19 ó 21.

- Explicar el procedimiento al usuario.
- Cubrir la zona de apoyo del usuario con sabanilla desechable.
- Colocarse guantes de procedimientos.
- Retirar apósitos o vendaje del usuario de manera de no producir dolor ni daños a los tejidos, usar suero fisiológico si fuera necesario. Eliminar apósitos sucios y guantes utilizados, según REAS.
- Colocarse nuevos guantes de acuerdo al tipo de herida.
- Realizar limpieza con duchoterapia con suero fisiológico. Utilizar presionando el matraz a una distancia aproximada de 15 cm de la lesión.
- En heridas sucias con tierra, pus u otros elementos o infectadas, se debe efectuar un lavado con clorhexidina jabonosa al 2%, realizando movimientos rotatorios y produciendo espuma, dejando actuar por 3 minutos, posteriormente se elimina con abundante suero fisiológico. Esta técnica puede repetirse por un máximo de 3 curaciones consecutivas.
- Una vez limpia la zona, realizar desbridamiento quirúrgico en caso de ser necesario.
- Aplicar Diagrama de Valoración.
- Escoger y aplicar coberturas de acuerdo a las características de la lesión.
- Cubrir con apósito tradicional o gasa y fijar con tela.
- Eliminar desechos de acuerdo a REAS.
- Depositar equipo de curación en área sucia para su posterior lavado.
- Lavado de manos clínico.
- Educación al usuario sobre los cuidados de la curación y citación día por medio en el caso de las heridas no infectadas y curación diaria en el caso de las heridas infectadas.
- Realizar registro del procedimiento en registro clínico electrónico.

*NOTA: Se debe realizar valoración de la lesión al ingreso de la o el usuario y después cada 7 o 15 días según corresponda. (Diagramas de Valoración).*

## 22. TÉCNICAS DE CURACIONES

**Arrastre mecánico:** Es el lavado o irrigación de la herida o úlcera para eliminar los agentes contaminantes que pueden actuar como fuente de infección y preservar así la presencia de tejido granulatorio favoreciendo la formación del mismo. La solución a utilizar será el Suero Fisiológico, ya que tiene ventajas costo efectivas en comparación a otras soluciones como Ringer o agua bidestilada.

**Técnica de Arrastre Mecánico:**

- **Duchoterapia:** Es la técnica de elección que se utilizará para el lavado de heridas o úlceras. Lava a una presión de 3,5 kg/cm<sup>2</sup> (entre 15-25 orificios) para no destruir las células. Las soluciones deben estar tibias (a la temperatura corporal), cuando las soluciones están heladas se produce vasoconstricción de la zona de la herida se enfría perjudicando el proceso de cicatrización y produciendo dolor al usuario. El matraz de suero fisiológico debe permanecer siempre protegido en un envase con tapa, y rotulado con la fecha y hora en que se abrió. En estas condiciones el matraz puede permanecer abierto un máximo de 30 minutos.
- **Lavado con jeringa:** Se utiliza en heridas 1 y 2 y en cavidades profundas que necesitan ser lavadas a través de drenaje. La presión ejercida sobre la herida dependerá de la

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

fuerza de inyección que se aplique al émbolo ( $\pm 4,5 \text{ kg/cm}^2$ ). La solución se inyecta suavemente desde una jeringa de 20 cc colocada a 15-20 cm sobre la zona a lavar.

- Lavado con jeringa y aguja: Se utiliza en heridas tipo 2 y en quemaduras superficiales de pequeña extensión. Es ideal ocupar aguja del N°19 ya que entrega una presión de  $2,5 \text{ kg/cm}^2$ , esta permite limpiar y no daña el tejido de granulación. La solución se inyecta suavemente desde una jeringa de 20 cc con aguja N°19 colocada a 15 cm sobre la zona a lavar.

### DESBRIDAMIENTO

Es la eliminación de tejido necrótico o esfacelado, con el objeto de obtener un tejido limpio que permita la cicatrización. En usuarios terminales se recomienda no realizar.

- Quirúrgico: Es la eliminación de tejido esfacelado o necrótico utilizando bisturí, tijera u otro instrumento afilado, es el procedimiento de elección en úlceras infectadas o con alto riesgo de infección, o aquellas con un porcentaje de tejido esfacelado o necrótico igual o superior al 25%. Es semiselectivo, doloroso, tiene riesgo de infección por ser un procedimiento invasivo. Tiene riesgo de hemorragia, por lo que debe ser efectuado con especial precaución en pacientes que usan anticoagulantes o tienen plaquetas bajas. Este procedimiento SOLO debe ser realizado por Enfermera o Médico.
- Desbridamiento Médico: Se utiliza en usuarios con úlceras grados I, II y III sin infección, con tejido esfacelado o necrótico en un porcentaje menor a 25% de la úlcera.
- Desbridamiento Médico-Mecánico: Se usa en curación tradicional. Consiste en la colocación de una gasa húmeda en la herida luego de la limpieza de ésta y permitir que se adhiera al tejido esfacelado o necrótico, se retira después de 24 horas. Es el menos utilizado por ser muy doloroso, incómodo, lento y no selectivo.
- Desbridamiento Médico-Enzimático: Se usa en curación tradicional. Consiste en la utilización de enzimas proteolíticas o agentes desnaturalizantes sobre el tejido necrótico o esfacelado.
- Desbridamiento Médico-Autolítico: Se usa en curación avanzada. Consiste en colocar un apósito interactivo o bioactivo sobre la herida o úlcera, previo lavado de ésta. La presencia de estos apósitos permite que el organismo sea capaz de eliminar el tejido esfacelado o necrótico a través de los siguientes mecanismos: autodigestión y activación de las enzimas proteolíticas del organismo. Solo usar con exudado escaso. Los más utilizados son: Hidrogel, Apósito transparente adhesivo e Hidrocoloide.
- Desbridamiento Médico-Hiperosmótico: Los que encontramos con esta característica son los apósitos de cloruro de sodio, miel y ringer.

### USO DE COBERTURAS

Material de curación que se aplica directamente sobre la herida, quemadura o úlcera. La herida puede ser cubierta con uno o más apósitos, ya sean del mismo o de distintos tipos. El apósito ideal debiera mantener un ambiente húmedo fisiológico, ser una barrera aislante y protectora, permitir el intercambio gaseoso, permitir adecuada circulación sanguínea, remover secreciones, ser adaptable, flexible y de fácil manipulación, libre de contaminantes y tóxicos, tener un adhesivo que no lesione y permitir cambios sin trauma o dolor.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

Lamentablemente este apósito no existe por lo dinámico de los procesos biológicos involucrados, lo que hace necesario el conocimiento acabado de cada uno de ellos y sus indicaciones.

Los apósitos se pueden clasificar según su localización y según su complejidad. Según su localización se dividen en Primario (el que va en contacto directo con la herida) y Secundario (el que va sobre el primario para proteger y sostener). Según su complejidad se dividen en pasivos, interactivos, bioactivos y mixtos. Los apósitos pasivos se utilizarán exclusivamente como secundarios.

Apósitos Pasivos: Son apósitos simples y de bajo costo. Sirven principalmente para proteger, aislar, taponar y absorber. En esta categoría encontramos:

- **Gasas Tejidas:** Son 100% de algodón, útil para relleno de cavidades y desbridamiento mecánico, porque son más abrasivas que las no tejidas.
- **Gasas No Tejidas:** Son de material sintético, presentan una mejor absorción y no se adhieren a la herida, por lo que no está indicada para desbridamiento, se utiliza en heridas con escaso exudado.
- **Apósito Tradicional:** Algodón envuelto en gasa tejida. Alta adherencia y absorción heterogénea. Útil para proteger y taponar. Apósito secundario por excelencia. Se dispone envuelto en gasa prensada con menor adherencia y absorción algo más pareja.  
Deben sobrepasar 2-3 cms el tamaño de la herida o úlcera.
- **Espumas, Moltopren o Poliuretano de Malla Estrecha:** Alta adherencia y no permite oxigenación de tejidos. Útil para exudados abundantes por poco tiempo (<48 horas) y requiere de apósito secundario.

CLASIFICACIÓN APOSITOS PASIVOS	INDICACIONES	TIEMPO MAXIMO DE PERMANENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasa tejida: algodón</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desbridamiento mecánico y rellenar.</li> </ol>	Hasta 24 horas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasa no tejida</li> <li>• Poliéster + rayón</li> <li>• Poliéster + celulosa</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protección en piel indemne.</li> <li>2. Exudado escaso a moderado.</li> <li>3. Heridas tipo 1.</li> <li>4. Favorecer la cicatrización.</li> </ol>	Hasta 48 horas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apósito tradicional: Gasa tejida+ algodón</li> <li>• Apósito tradicional especial:</li> <li>• Gasa no tejida + algodón</li> <li>• Gasa no tejida + celulosa</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apósito secundario.</li> <li>2. Proteger.</li> <li>3. Aislar Taponar.</li> </ol>	Hasta 7 días.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espuma poliuretano</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exudado moderado a abundante.</li> </ol>	Hasta 48 horas.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

Apósitos interactivos: Sirven para mantener un ambiente fisiológico húmedo en la herida o ulcera. El uso de apósitos interactivos estimula las enzimas catalíticas, favoreciendo la autólisis y permite que el desbridamiento sea sin dolor. En esta categoría encontramos:

- **Tull o Mallas de Contacto:** Gasa tejida o prensada de malla ancha, uniforme y porosa embebida en petrolato, el cual permite el libre flujo de exudado de las heridas, lubrica y permite mantener la humedad. No se adhiere, protege el tejido de granulación y es adaptable. Cambiar cada 48 horas. Solo utilizar con exudado leve o ausente. Indicado para: Quemaduras tipo A, abrasiones, heridas tipo 1 y 2, úlceras venosas 1 al 2, Pie diabético grado 1, apósito secundario.
- **Apósitos transparentes:** Pueden ser adhesivos y no adhesivos. Protegen el tejido de granulación y desbridan tejido necrótico, permiten mantener un ambiente fisiológico húmedo. No utilizar en heridas infectadas y no usar cuando existe abundante exudado ya que son muy oclusivos. Favorecen la cicatrización y el normal funcionamiento de la piel.
- **Espumas Hidrofílicas:** También conocidas como Foams o Apósitos Hidropolímeros. Poliuretano por lo cual atraen el agua, de alta tecnología, no adherente y permeable a gases. Muy dinámicos, útiles en la protección del tejido de granulación y epitelización, se puede usar en heridas infectadas y manejan bien el exudado moderado a abundante.

CLASIFICACION APOSITOS INTERACTIVOS	TIPO DE APÓSITOS	INDICACIÓN	FRECUENCIA DE CAMBIO
TULL	1. Tull de petrolato sintético. 2. Tull de Silicona. 3. Tull de glicerina.	Epitelización y granulación	- 2 días - 10 días - 3 días
Espumas	1. Laminas no adhesivas 2. Laminas adhesivas 3. Cojincillos	-Absorber exudado moderado a abundante -Absorber exudado abundante	Cada 3 días
Transparente no adhesivo	1. Nylon 2. Poliéster 3. celulosa	Epitelización y granulación	Hasta 7 días

Apósitos bioactivos: Poseen la característica de interactuar con la herida. Están diseñados para mantener una humedad fisiológica en la herida o úlcera y permitir la oxigenación.

- **Hidrogel:** En gel amorfo o láminas. Compuesto de polímeros espesantes y humectantes más agua y absorbentes. Útil para desbridamiento autolítico, heridas infectadas y favorecer epitelización.
- **Hidrocoloides:** Les han dado la fama a los apósitos activos. Útil para desbridar, pero principalmente para epitelizar. No deben utilizarse en heridas con exudado abundante ni se deben usar en infección por ser altamente oclusivos. Producen una interface gelatinosa de mal olor con la herida que no debe confundirse con infección.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- **Alginatos:** Polisacáridos naturales derivados de algas marinas. Gran capacidad absorbente (hasta 20 veces su peso en agua). Indicados en heridas con abundante exudado, con o sin infección y también tienen efecto hemostático. No usar en heridas con exudado escaso porque las deseca.

CLASIFICACION APOSITOS BIOACTIVOS	TIPO DE APÓSITO	INDICACIÓN	FRECUENCIA DE CAMBIO
Hidrocoloides	Estándar	Epitelización y granulación	5 días
	Extrafino	Epitelización	3 días
Hidrogel	Amorfo o gel Laminas	Hidratar, desbridante autolítico	3 días
Alginatos	Laminas	Absorber exudado moderado a abundante	3 días
	Mechas	Absorber exudado moderado a abundante (ulceras profundas)	3 días

Apósitos Mixtos: Son apósitos con diferentes niveles de permeabilidad que combina las características de distintos tipos de apósitos: pasivos, interactivos y otros componentes.

Existen dos tipos:

- **Antimicrobiano Desodorante:** Están compuestos por carbón activado, lo cual favorece la absorción de microorganismos por lo tanto evita los malos olores, necesita de un apósito secundario para su fijación, la plata le da la característica de bactericida, no permitiendo que estas se unan al carbón activado.
- **Absorbentes:** Su composición es mixta. No se recomienda su uso en heridas infectadas, cavitadas y en heridas con exudado abundante.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

CLASIFICACION APOSITOS MIXTOS	TIPO DE APÓSITO	INDICACIÓN	FRECUENCIA DE CAMBIO
Antimicrobiano bactericida	1. Alginato con plata. 2. Carboximetilcelulosa con plata. 3. Carbón activado con plata. 4. Plata nanocristalina. 5. Gasas con plata. 6. Tull con plata.	Infección Riesgo de infección	Diario Cada 2 a 3 días
Antimicrobiano bacteriostático	1. Gasa con polihexametileno biguanida (prontosan) 2. Gasa con cloruro de dialkilcarbamoil (DACC)	Riesgo de infección	Cada 3 días
Hiperosmótico	1. Gasa con sodio al 20 % 2. Apósito de miel 3. Apósito con Ringer	desbridamiento	Diaria Cada 3 días Diario
Regeneradores	1. Apósitos con colágenos (Hyalogran, hyalofilm) 2. Apósitos inhibidores de la metaloproteasa	Regenerar	Cada 3 a 4 días.

Todos los apósitos:

1. Deben llevar su fecha de vencimiento.
2. Deben ser guardadas en bolsas con cierre hermético.
3. Se deben conservar a menos de 22°C.
4. Una vez abiertos ya no son estériles.

### ELECCIÓN DEL APÓSITO

La elección del apósito va a depender de otros factores, pero siempre siguiendo los principios anteriormente mencionados.

#### Clasificación de los apósitos según su función:

- **Bactericidas:** destruyen las bacterias, pueden ser apósitos con plata (iónicas o metálicas), donde existen en formato de sulfato de plata (menos inestables, y se liberan dependiendo de la cantidad de exudado) y el formato de nanopartículas de plata (más estables y se liberan más lentamente), las platas se utilizan en infección o colonización crítica (solo en tejido esfacelado o necrótico), estos apósitos duran 24 a 48hrs máximo.

#### Apósitos con plata metálica:

- Plata nanocristalina: compuesto de capas de gasa no tejida de rayón y poliéster, cubierta por ambos lados con una malla de polietileno de poca adherencia y recubierta con plata nanocristalina. La plata iónica se activa con agua bidestilada o hidrogel que se coloca encima del apósito, nunca activar con suero fisiológico porque precipita.
- Tull con plata: malla de poliamida, recubierta de plata metálica impregnada con ácidos grasos de diglicéridos y triglicéridos, el exudado de la herida cambia la plata metálica a

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

iónica.

- Carbón activado con plata: el carbón activado contenido en el apósito permite absorber microorganismos y otras partículas indeseables y a su vez neutraliza el mal olor. Por ser plata se ioniza en contacto con el exudado efectuando la acción bactericida que destruye las bacterias adheridas al carbón activado por lo que su acción la efectuaría en el apósito, se utiliza en heridas con escaso exudado, contiene 0.3 mgrs de plata disponible, no activar con suero fisiológico, no sobrepasar los límites de la herida porque tiñe la piel.

#### Apósitos con plata iónica:

- Alginato con plata: compuesto por fibras no tejidas de alginato de calcio recubiertas de plata iónica, contiene 1-1.2mgrs de plata disponible, sirve para absorber, se utiliza en heridas infectadas de exudado moderado a abundante, no utilizar en úlceras venosas ya que el exudado de esta lesión es rico en sodio y en contacto con el alginato tiende a teñir la herida de color negro (el apósito contiene grandes cantidades de sodio) o sea tiñe el esfacelo de color negro.
- Carboximetilcelulosa con plata: compuesta por carboximetil más celulosa sólida y plata iónica, polisacárido sintético, se utiliza en usuarios con infección y exudado moderado a abundante, contiene 1-1.2mgrs de plata disponible.
- Gasa con plata: gasa no tejida de algodón de baja adherencia, cuyas fibras están recubiertas por una solución de sulfatos de plata de alta solubilidad, contiene 0.8mgrs de plata disponible.
- Tull de plata: malla de poliamida repelente de agua, recubierta de plata iónica impregnada en ácidos grasos diglicéridos y triglicéridos, sirve en caso de exudado escaso a moderado y contiene 0.5mgrs de plata disponible.
- Espuma con plata: apósito de 2 capas: externa de poliuretano que absorbe el exudado de la lesión y una interna que va en contacto con la lesión, contiene 1.6mgrs de plata disponible.
- Hidrogel con plata: apósito compuesto por 75% de agua, plata iónica, polisacáridos, aceites y un 5% de alginato, indicado en lesiones infectadas con exudado escaso o para proteger huesos expuestos, contiene 1.2-1.6 mgrs de plata disponible.

#### Apósitos bactericidas: >1mgr /gr de plata disponible:

- Carboximetilcelulosa.
- Alginato con plata.
- Espuma con plata.
- Plata nanocristalina.
- Hidrogel con plata.

#### Apósitos bactericidas: < 1mgr/gr de plata disponible:

- Tull con plata.
- Gasa con plata.
- Carbón activado con plata.

#### Recomendaciones para apósitos bactericidas:

- Aplicar en herida o úlcera infectada.
- Aplicación con cambio diario en etapa aguda.
- Todos se pueden cortar menos el carbón activado.
- En resonancias magnéticas, retirar plata de la zona porque distorsiona el resultado del examen.



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

- No deben entrar en contacto con electrodos o geles conductores durante mediciones electrónicas (EKG, EEG), porque pueden interferir con las señales eléctricas.
- En úlceras venosas infectadas no utilizar alginato con plata o carboximetilcelulosa con plata por la tinción y la transformación en polisacárido.
- No aplicar apósitos con plata en tejido granuladorio.

**Bacteriostáticos:** se utilizan para colonización crítica, inhiben las bacterias.

- PHMB: polihexametileno biguanadina, contiene 0.3% de biguanadina, por lo tanto, es bacteriostático, un apósito que contenga más de 1% de biguanadina no es bactericida, es un polímero de acción antimicrobiana, su frecuencia de cambio es cada 3-4 días y sus formatos son los siguientes:
  - Celulosa + PHMB: exudado escaso-moderado.
  - Poliéster + PHMB: exudado escaso-moderado.
  - Espuma + PHMB: exudado moderado-abundante.
  - Gasas tejidas + PHMB exudado moderado-abundante.
- DACC: gasa con cloruro de dialquilcarbamoilo, formado por una gasa tejida o de acetato impregnada en la sustancia hidrófoba (repele el agua), el dialquilcarbamoilo que le da el color verde es un derivado de un ácido graso natural con una potente capacidad de absorción física de microorganismos, las presentaciones son:
  - DACC + poliéster: exudado escaso-moderado.
  - DACC + gasa tejida: exudado abundante.
- Miel grado medico: se coloca cuando hay < 25% de tejido esfacelado, dura máx. 3 días desde su apertura, contiene ácido ascórbico (vitamina C), siempre aplicar en conjunto con protector cutáneo.
- Ringer + PHMB: apósito en forma de almohadilla de varias capas saturado de solución ringer que es su componente central y unas esferas de polímero muy absorbentes, la capa de contacto con la lesión está compuesta de siliconas evitando que el apósito se adhiera a la lesión, dura entre 3-4 días desde su apertura, contrala carga bacteriana, no se puede cortar, para que no se desplace se puede colocar tull de petrolato como apósito secundario o tela en partes sin problemas circulatorios.

**Absorbentes:** se utilizan en colonización baja para heridas con exudado moderado-abundante.

- Alginatos polisacáridos naturales biodegradables de fibra no tejida, derivados de la sal de calcio del ciclo alginico, todos están compuestos por iones de sodio y calcio, duran como máx. 3 días, el calcio sirve para la homeostasia y el sodio para absorber, sirve también para rellenar cavidades y se degrade si es que quedan residuos por su acción biodegradable.
- Carboximetilcelulosa: polisacárido de alto peso molecular que al contacto con el agua o exudado confiere en un Ph a la solución, posee alta capacidad de absorción y forma un gel viscoso, dura 3 días máx. desde su apertura.
- Espuma hidrofílica: poliuretano sintético que atare el agua, tiene presentación en forma de láminas y cojincillos estériles, una de sus características es sacar el exudado al exterior, se utiliza para la prevención de cizallamientos, las que tiene lamina de poliestireno no sirven para tratar úlceras, existen también de triple malla que rellena cavidades, dura 3 días máx. desde su apertura.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

- Absorbentes mixtos: mezcla de celulosa con apósito transparente o celulosa con gasa no tejida, son estéticos y duran 5 días máx. desde su apertura.

**Hidratantes:** Se utilizan cuando el exudado es escaso y la colonización es baja, existen los siguientes tipos:

- **Hidrogel:** Cuando existe exudado escaso, contiene agua en un 68-98%, propilenglicol que le da una composición más viscosa y atrae el agua, dura máx. 3 días abierto, colocar como secundario un tull transparente adherido o no adherido para que el apósito pasivo no absorba el exudado.
- **Tull de silicona:** Polímero sintético compuesto de silicio y oxígeno, la silicona mantiene la hidratación de la herida sin afectar los fibroblastos, sirve en caso de exudado escaso y tiene una película de polietileno que la protege y se retira al aplicarla en la lesión, dura máx. 7 días desde su apertura y cuando hay piel macerada, solo poner en la herida no sobrepasar a la piel circundante.
- **Tull de petrolato:** Tull derivado del petróleo que impide la oxigenación y hace que no se activen los fibroblastos, se utilizan solo como secundario y duran máx. 3 días desde su apertura, se puede recortar.
- **Hidrocoloides:** Apósito autoadhesivo, semioclusivo a oclusivo, compuesto por carboximetilcelulosa, gelatina y pectina y otros tipos de polisacáridos como alginato, caucho, resina, aceite mineral entre otros, dura 7 días máx. desde su apertura, la carboximetilcelulosa posee alta capacidad de absorción y forma un gel viscoso, se usa solo cuando el usuario se va de alta o si tiene hiperqueratosis plantar y no se usa para cuando hay presencia de cizallamiento.
- **Transparente adhesivos:** Apósitos semipermeables a base de una película de poliuretano, el mecanismo de acción es mantener un ambiente húmedo fisiológico al dejar pasar vapor de agua y la oxigenación e impedir el paso del agua, bacterias y virus, indicados para fijar o proteger zonas de fricción, también se utilizan como desbridamiento autolítico con exudado escaso y son útiles para la fase proliferativa cuando se forma la dermis, no tienen capacidad de absorción, duran 7 días máx. desde su apertura.
- **Transparentes no adheridos:** Fabricados de nylon o poliéster, la telfa, por ejemplo, tiene una parte suave que va en contacto directo con la herida, dura 3 días máx. desde su apertura.

**Recomendaciones para los hidratantes:**

- Hidrogel y transparente adhesivo también son desbridantes autolíticos.
- Usar pinza para manipular los tulls.
- No usar transparentes adhesivos o hidrocoloides en usuarios isquémicos.
- Los transparentes adhesivos son excelentes como apósitos secundarios.

**Algoritmo apósitos:**

Colonización crítica: (UPD NO INFECTADO)

**Apósito primario:**

- DACC.
- PHMB.
- Ringer + PHMB.



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

### Apósito secundario:

- Tradicional o tradicional especial.

### Frecuencia de cambio:

- 3 – 4 días.

Colonización baja con exudado moderado-abundante:

### Apósito primario:

- Alginato.
- Carboximetilcelulosa.
- Espuma hidrofílica.

### Apósito secundario:

- Tradicional o tradicional especial.

### Frecuencia de cambio:

- 3 – 4 días.

Colonización baja con exudado escaso:

### Apósito primario:

- Hidrogel.
- Inhibidor de la metaproteasa (IMP).
- Colágeno.

### Apósito secundario:

- Tradicional o tradicional especial.

### Frecuencia de cambio:

- 3-4 días.

Colonización baja con exudado escaso:

### Apósito primario:

- Tull de silicona.
- Transparente no adhesivo (nylon, poliéster).

### Apósito secundario:

- Tradicional o tradicional especial.

### Frecuencia de cambio:

- 7 días.



# PROTOCOLO

## CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES

Código: PRO\_GC\_28

Edición: 01

Fecha: MAYO 2024

Página: 1 de 52

Vigencia: 2024-2029

### UPD INFECTADO

Con exudado moderado-abundante:

#### Apósito primario:

- Plata nanocrystalina.
- Alginato de plata.
- Carboximetilcelulosa con plata
- Espuma con plata.

#### Apósito secundario:

- Tradicional o tradicional especial.

#### Frecuencia de cambio:

- 24 horas.

Con exudado escaso:

#### Apósito primario:

- Gasa con plata.
- Hidrogel con plata.
- Tull con plata.

#### Apósito secundario:

- Tradicional o tradicional especial.

#### Frecuencia de cambio:

- 24 horas.

Reguladores:

Se usan en úlceras con exudado escaso-moderado-abundante con colonización crítica o baja presencia de infección.

- Antioxidantes: estos apósitos permiten neutralizar el exceso de radicales libres en la herida o úlcera para permitir que avance hacia el proceso de cicatrización, se recomienda utilizar en fase inflamatoria, dura 3-4 días máx. desde su apertura.
- Inhibidores MMPS: matriz liofilizada, estéril, porosa y absorbente que está compuesta de 55% colágeno y 45% de celulosa oxidada reguladora (COR) o también a base de nano-oligosacáridos (NOSF) o de etilendiamintetracético (EDTA), tiene la capacidad de alterar el entorno de la úlcera de manera positiva para facilitar la cicatrización lo que puede ayudar a mejorar los resultados en los usuarios con úlceras estancadas o difíciles de cicatrizar, aplicar el apósito solo donde haya tejido granulatorio, dura 3-4 días máx. desde su apertura.
- Colágenos: El que más se utiliza es el colágeno tipo 1 que se puede aislar a partir de la piel de animales o de tendones, su función es ayudar a mejorar el depósito nuevo de

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Vigencia: 2024-2029

colágeno y reducir la contracción de la úlcera, el tiempo máx. de duración después de su apertura son de 3-4 días.

Recomendaciones de los reguladores:

- No utilizar antioxidantes cuando hay colonización crítica.
- No utilizar antioxidantes cuando exista infección.
- No guardar antioxidantes por mas de 72 horas una vez abiertos.
- Utilizar inhibidores MMPS cuando exista colonización baja con exudado escaso o moderado.
- Usar primero MMPS y luego colágeno.

	<b>PROTOCOLO</b>  <b>CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES</b>	Código: PRO_GC_28
		Edición: 01
		Fecha: MAYO 2024
		Página: 1 de 52
		Vigencia: 2024-2029

### 23. REGISTRO DE INFORMACION

Todos los procedimientos realizados serán registrados en la ficha clínica del usuario, con hora del procedimiento, algún incidente que amerite registro.

### 24. DISTRIBUCIÓN

Se distribuirá a todas las unidades clínicas del CESFAM Valle de Los Libertadores.

- Dirección del Establecimiento
- Enfermera/o Coordinadora
- Enfermeras/os asistenciales
- Enfermera/o encargada/o PAD
- Sala de procedimientos

### 25. GLOSARIO

No aplica

### 26. RESPONSABLE DEL MONITOREO

N/A

### 27. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Enfermería Médico – Quirúrgica, Bárbara C. Long.
- Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS. Programa Nacional de salud de la Infancia. Minsal.
- Fundación Instituto Nacional de Heridas, (FINH), 2018. Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras “Tratamiento Integral Avanzado de la Úlcera del Pie Diabético”.
- Fundación Instituto Nacional de Heridas, (FINH), 2018. Serie Guías Clínicas: Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras “Tratamiento Integral Avanzado de la Úlcera Venosa”.
- MINSAL, Programa Salud del Adulto, 2000, Serie Guías Clínicas “Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras, Valoración y diagnóstico”.

