

APLICACION DE UN PROTOCOLO EN CICATRIZACION DE ULCERAS POR DECUBITO

Dolly de Camargo*
Janeth Porras**

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Las úlceras por decúbito han constituido un problema de Enfermería que ha trascendido a lo largo de la historia. Para su solución se han aplicado diversos y variados tratamientos que han evolucionado desde la utilización de medidas caseras, hasta sofisticados materiales, productos y protocolos cuidadosamente investigados en Canadá, Estados Unidos, Inglaterra y otros.

En Colombia, la experiencia en el manejo de estos, ha sido el uso indiscriminado y poco sistematizado a medida que van invadiendo el mercado.

Existen múltiples factores concurrentes y predisponentes en la formación de las úlceras los cuales han persistido a pesar de las reiteradas alternativas de solución, mediante la aplicación de protocolos de atención que no han logrado su comprobación en el campo clínico.

La aplicación de protocolos, con el fin de evaluar por una parte su impacto sobre la solución parcial o definitiva del problema y por otra parte, ver aspectos relacionados con costo-beneficio para el paciente, su

* Profesora Asociada, Facultad de Enfermería. Magíster en Investigación y Docencia Universitaria, Universidad Santo Tomás.

** Profesora Asociada, especialista en Enfermería Cardiorespiratoria, Universidad Nacional de Colombia.

familia y la institución, es de especial importancia en la praxis de Enfermería, si tenemos en cuenta que el proceso de profesionalización no avanza sin ampliar la base científica, lo cual va a permitir integrar conocimientos acumulados en sistemas teóricos que conduzcan a un lenguaje común de elementos conceptuales y de procedimiento que a su vez contribuyan al seguimiento y/o perfeccionamiento de metodologías y tecnologías base para el desarrollo de una disciplina.

Con el fin de evaluar la respuesta de la aplicación de un protocolo de atención de enfermería sobre el proceso de cicatrización de úlceras por decúbito se seleccionó una muestra de pacientes con alteraciones de los patrones de actividad y ejercicio, nutricional metabólico, cognocitivo perceptual, eliminación, autopercepción y autoconcepto, manejo y enfrentamiento al stress, en dos instituciones hospitalarias de Santafé de Bogotá, con un total de 45 úlceras por decúbito en 17 pacientes a quienes se les aplicó el protocolo. Se incluyó un grupo control de úlceras en 3 pacientes.

Se utilizaron como instrumentos para la recolección de datos, lista de chequeo, anecdotario y el formato de valoración tanto en el grupo protocolo como en el grupo control, previa prueba y ajuste de los mismos con la participación de estudiantes de IV semestre de la carrera de Enfermería.

MARCO TEORICO

Para el estudio se definió la úlcera por decúbito como una pérdida de cualquier superficie epitelial del organismo, debida a un proceso histológico que se caracteriza por su escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

Dentro de los factores predisponentes para su formación, se han descrito:

Factores intrínsecos

Alteraciones nutricionales: Todos los tejidos son constantemente remodelados o reparados. Esto depende de las proteínas disponibles mientras que los carbohidratos se encargan de proveer energía.

Los minerales y vitaminas que ejercen mayor influencia en el proceso de cicatrización son:

Vitamina A: Indispensable para la restitución del tejido, facilita la acción de los macrófagos en la herida, contribuye a la síntesis del colágeno y en la epitelización.

Vitaminas del Complejo B: Tiamina, ácido nicotínico y rivoftabina, son necesarios para procesos enzimáticos celulares que transofrman carbohidratos en glucosa.

Vitamina C: Ejerce influencia directa en la conservación de sustancias intracelulares y en la síntesis de sustancias de unión de tejido conectivo, especialmente de colágeno. Fortalece los vasos sanguíneos y favorece la cicatrización.

Vitamina E: Estimula la cicatrización y evita formación de queloides.

Vitamina K: Estimula la producción de fibrinógeno ayudando a la cicatrización de la úlcera.

Alteraciones neuromusculares: Pacientes con hemiplejías, paraplejías, cuadriplejías, desorientados y en quienes indebidamente son sujetos por su confusión mental, presentan lesiones de piel, por fricción, fuerza o corte y presión; cuando hay lesión medular se presenta vasoplejía, estasis sanguíneo y por consiguiente disminución del flujo.

Alteraciones vasculares: La más común, la arterioesclerosis, en la cual se disminuye la perfusión tisular.

Edad: A mayor edad, mayor pérdida de elasticidad de la piel.

Alteraciones psicológicas y/o emocionales: La depresión, estados emocionales derivados de una determinada situación clínica, disminuyen el grado de actividad y los mecanismos inmunológicos de defensa.

Incontinencia urinaria y fecal: Los componentes de la orina poseen PH ácido, sales orgánicas, urea, amonio y depósitos de cristales, los cuales son abrasivos y forman eritema epidérmico.

Los componentes de las heces, poseen enzimas proteolíticas corrosivas, las cuales abren la piel y producen infección.

Estados hipermetabólicos: Pacientes en sepsis, desnutrición severa, trauma, síndrome de dificultad respiratoria, prolongado reposo en cama, incrementa el metabolismo celular aumentando el consumo de oxígeno y nutrientes disminuyendo la disponibilidad de los mismos para la cicatrización.

FACTORES EXTRINSECOS

Presión: Se han descrito las posiciones generadoras de presión (Figura 1) las cuales causan úlceras como consecuencia del aplastamiento de los tejidos por encontrarse en dos planos de resistencia: las áreas de presión del paciente y las superficies de la cama o la silla. En estas posiciones influyen 3 factores: Duración, intensidad y continuidad de la presión, la piel puede soportar una gran presión pero solo durante lapsos cortos y suficientemente espaciados.

EVOLUCION DE LOS PUNTOS DE PRESION DE ACUERDO A LAS POSICIONES

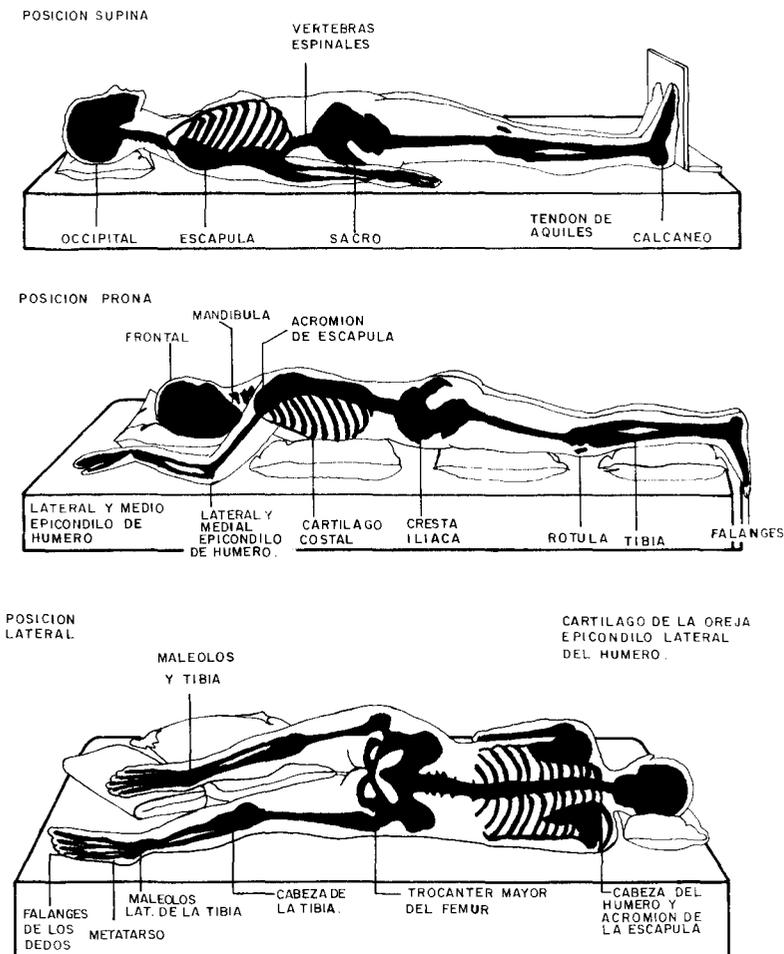


FIG. 2 POSICIONES GENERADORAS DE PRESION

Se ha demostrado que para provocar la úlcera es más importante la continuidad que la intensidad de la presión y hasta para ello una presión suave y continua durante períodos de dos horas. La presión que normalmente se ejerce sobre las zonas de presión es de 25-32 mmHg por cm^2 de superficie corporal. Cuando hay postración es mayor de 10 mm Hg por cm^2 de superficie y en estado crítico asciende a 300 mm Hg por cm^2 . Con una presión de 25 mm Hg por cm^2 ocluye el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos y provocará hipoxia y si no se alivia la presión habra necrosis.

Fuerza de corte y fricción: Cuando la presión es aplicada en un ángulo de la superficie de la piel, las capas se mueven unas sobre otras causando distorsión del tejido. Esta fuerza se llama corte. Diferentes áreas de la piel tienen variados grados de tolerancia al corte. La deformación conduce al corte y este ocurre cuando hay fricción por las sábanas de la cama.

La fuerza de fricción obliga a las capas superficiales de la piel a permanecer en forma estacionaria mientras que las más profundas se mueven cruzándose unas sobre otras oprimiendo los capilares dérmicos conduciendo a la isquemia del tejido, cierre de las válvulas linfáticas acelerando la necrosis.

CLASIFICACION

Para el estudio se seleccionó la siguiente, descrita por diferentes autores y en la que se basa la aplicación del protocolo propuesto por los investigadores.

- Grado I Pérdida de la continuidad de la piel en epidermis y dermis.
- Grado II Se rompen las capas de la piel y el tejido celular subcutáneo.
- Grado III Úlcera necrótica, con compromiso de la capa muscular.
- Grado IV Úlcera necrótica que se extiende hasta la fascia, músculo hueso y articulaciones.

VARIABLES

1. *Aplicación de un protocolo:* Plan detallado de pasos que se aplicaron secuencial y sistemáticamente en el seguimiento de pacientes con úlceras por decúbito seleccionadas con anterioridad (hoja No. 10).
2. *Proceso de cicatrización:* Respuesta dinámica integral de muchos tipos de células la cual resulta de la restitución de la continuidad de una superficie epitelial, endotelial o mesotelial.

Presentación y análisis de resultados.

CUADRO N° 1
CARACTERISTICAS DEL GRUPO PROTOCOLO

EXTENSION EN Cm ²	N° DE ULCERAS	LOCALIZACION																CONTAMINACION		PROFUNDIDAD POR GRADOS			
		SACRA	TROCANT. IZQ.	TROCANT. DER.	GLU I	GLUD	CAL I	CALD	RCI	RCD	CII	CID	GEI	GED	BEPD	MALI	MALD	SI	NO	GI	GII	GIII	GIV
1.1-20	19	5	1	3	1	1	2	2	1	-	-	-	-	-	1	1	1	X	-	4	10	-	5
20.1-40	7	-	2	1	1	1	-	1				1						X		2	2	-	3
40.1-60	5	2	2		1		1											X		1	1	-	3
60.1-80	6	3		4								1	1					X			1		5
80.1-100	4	2	1	1														X			2	1	1
100.1-120	1	1																X			1		
120.1-140	1																	X					1
140.1-160	1	1																X					1
160.1-180	1	1																X			1		
SUB TOTAL		15	6	9	3	2	3	3	1	0	0	1	1	1	1	1	1			7	18	1	19
TOTAL	45																						

CONVENCIONES-LOCALIZACION

TROC : TROCANTER
 GLU I : GLUTEO IZQUIERDO
 GLUD : GLUTEO DERECHO
 CAL I : CALCAUZO IZQUIERDO
 CAL D : CALCAUZO DERECHO
 GED : GEMELO DERECHO
 GEI : GEMELO IZQUIERDO

BEPD : BORDE EXTERNO DE PIE DERECHO
 RCI : REJA COSTAL DERECHA
 CII : CRESTA ILIACA IZQUIERDA
 CID : CRESTA ILIACA DERECHA
 GEI : GEMELO IZQUIERDO
 MALI : MALEOLO IZQUIERDO
 MALD : MALEOLO DERECHO

COMENTARIO :

EN EL RANGO DE MENOR EXTENSION SE ENCONTRARON 19 ULCERAS Y EN EL DE MAYOR UNA ULCERA. LOS SITIOS DE MAYOR LOCALIZACION FUERON LAS REGIONES SACRA Y TROCANTERICA.
 EL GRADO DE PROFUNDIDAD DE MAYOR FRECUENCIA FUE EL IV.

CUADRO Nº 2

CARACTERISTICAS DEL GRUPO CONTROL

EXTENSION Cg ² RANGO 20	Nº DE ULCERAS	LOCALIZACION															CONTA- MINACION		PROFUNDIDAD POR GRADOS				
		SACRA	TROC. I	TROC. D	GLU. I	GLU. D	CAL. I	CAL. D	RC. I	RC. D	FI. I	FI. D	GE. I	GE. D	BEP. D	MAL. I	MAL. D	SI	NO	G.I	G.II	G.III	G.IV
1.1- 20	3						2	1										X					3
20.1-40	1					1												X					1
40.1-60	2	1	3	2														X					2
60.1-80	1	1																X					1
SUBTOTAL		2	3	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	7
TOTAL		7																					

COMENTARIO :

EN EL RANGO DE MENOR EXTENSION SE ENCONTRARON 3 ULCERAS Y EN EL MAYOR EXTENSION 1 ULCERA.
EL SITIO DE MAYOR LOCALIZACION FUE TAMBIEN LA REGION TROCANTERICA

CUADRO N° 3
SINTESIS DE LA RELACION DE ULCERAS
CONTAMINADAS CON SUSTANCIAS
UTILIZADAS EN EL GRUPO PROTOCOLO

FASE INICIAL							FASE FINAL							
MICRO ORGA-NISMOS	N° ULCERA	SUSTANCIAS					MICRO ORGA-NISMOS	N° ULCERA	SUSTANCIAS					
		Aseptico Jabón Enjuague Suero F	Bactigras Melolin	Gel Opsite	Intra Cavity Melolin	Opsite			Aseptico Jabón Enjuague Suero F	Bactigras Melolin	Gel Opsite	Intra Cavity Melolin	Opsite	
PS	21	X	X	X			PS	20	X	X	X			
PM	20	X				X	PM	15	X					X
KB	17	X	X	X			KB	11	X	X	X			
SP	0						SP	10	X	X	X	X		
EN	15	X	X	X	X		EN	15	X	X		X		
STAFA	6	X	X	X	X		STAFA	0	X	X				
CA	4	X			X		CA	2	X					X
SPP	3	X	X	X			SPP	1	X	X	X			
KBN	3	X	X		X	X	KBN	0						
EB	3	X	X		X	X	EB	0						
SER	1	X	X	X	X		SER	0						
MFF	1	X	X	X	X		MFF	1	X	X				
EC	1	X	X	X			EC	5	X	X	X			

COMENTARIO : EL MICROORGANISMO MAS FRECUENTE Y MAS RESISTENTE AL TRATAMIENTO LOCAL Y SISTEMATICO FUE LA PSEUDOMONA.

EL 100% DE LAS ULCERAS FUERON TRATADAS CON ANTIBIOTICOS EN LA FASE INICIAL Y EL 40% EN LA FASE FINAL, LOS GERMESES ERRADICADOS TOTALMENTE FUERON: *Stafilococo*, *Aureus*, *Kleibselia Neumonie*, *Enterobacter* y *Serratia*.

CONVENCIONES :

SPP	: ESTAFILOCOCO PROTEUS
EC	: ESCHERICHIA COLI
KB	: KLEIBSELLA
PS	: PSEUDOMONA
PSA	: PSEUDOMONA AUROGINOSA
PM	: PROTEUS MURABILIS
SP	: STAFILOCOCO
EN	: ESTREPTOCOCO NEUMONIE
STAFA	: STAFILOCOCO AUREUS
EE	: ESTREPTOCOCO EPICTERMOIDE
CA	: CANDIDA ALBICANS
SER	: SERRATIA
KBN	: KLEIBSELLA NEUMONIE
EB	: ENTERONACTER

CUADRO Nº 4

RELACION DE ULCERAS CONTAMINADAS CON SUSTANCIAS
UTILIZADAS EN EL GRUPO CONTROL

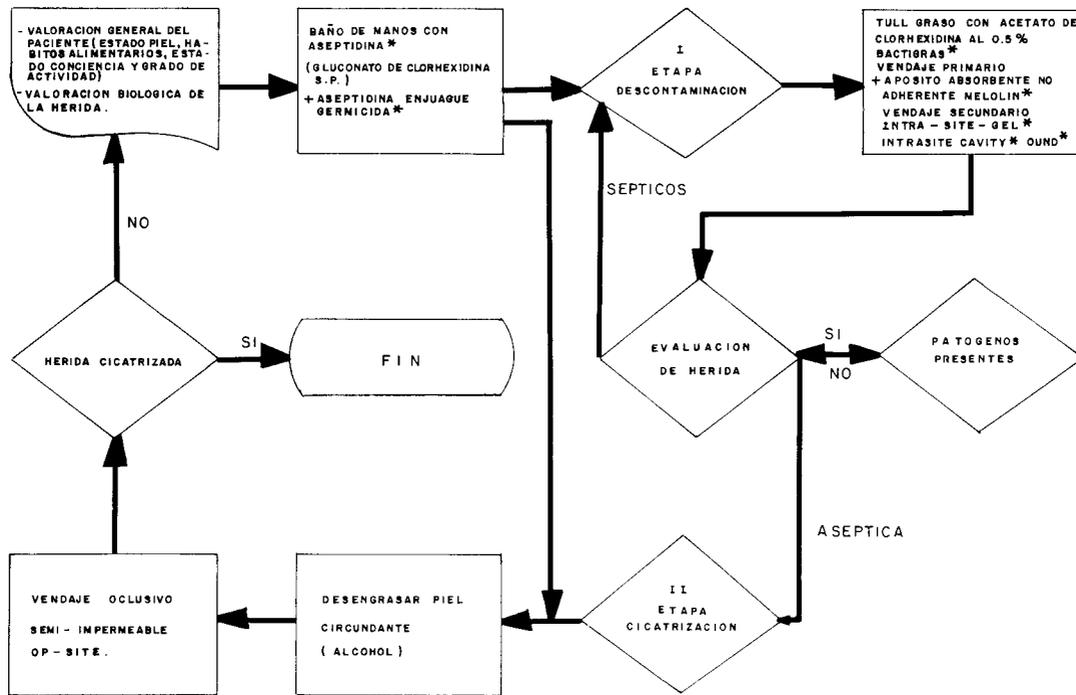
Nº ULCERAS	ANTIBIOTICOS		MICRO ORGANISMOS FASE INICIAL	SUSTANCIAS				MICRO ORGANISMOS FASE FINAL	ANTIBIOTICOS	
	SI	NO		SUERO ISODINE ESPUMA	ISODINE SOLUCION	APOSITOS GASAS	PANELA		SI	NO
2	X		COCOS GRAM STREPTOCOCOS EC - EN	X	X	X	X	COCOS GRAM EC - PM - EN STREPTOCOCO	X	
3	X		COCOS GRAM + STREPTOCOCOS PS	X	X	X	X	Kb - PM	X	
2	X		PS	X	X	X	X	PS	X	

COMENTARIO :

EL 100 % DE LA MUESTRA FUE TRATADA CON ANTIBIOTICOS SISTEMICOS.
EN CUATRO (4) ULCERAS SE MANTUVO LA CONTAMINACION CON EN, EC, PM, Y PS.

CUADRO Nº 5

SISTEMA DE CICATRIZACION DE ULCERAS POR DECUBITO (PROTOCOLO)



* MARCA REGISTRADA

CUADRO Nº 6

**CATEGORIZACION DE LAS FRECUENCIAS DE LOS
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL GRUPO PROTOCOLO**

Nº CASOS	DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA
1	ALTERACION EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.	17
2	DEFICIT EN EL AUTOCUIDADO	17
3	ALTERACION EN LA ELIMINACION VESICAL E INTESTINAL.	17
4	DETERIORO EN LA MOVILIDAD	16
5	ALTERACION EN LA NUTRICION	8
6	ALTERACION EN LA COMUNICACION VERBAL.	6
7	ALTERACION SENSORIOPERCEPTUAL	4
8	ANSIEDAD	2
9	ALTERACION EN LA TOLERANCIA Y ENFRENTAMIENTO.	2
10	DOLOR	2
11	ALTERACION EN LA FUNCION RESPIRATORIA.	2
12	PERTURBACION EN LA IMAGEN CORPORAL.	1

COMENTARIO :

LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE MAYOR FRECUENCIA FUERON EL DE ALTERACION EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL, DEFICIT EN EL AUTOCUIDADO Y ALTERACION EN LA ELIMINACION VESICAL E INTESTINAL.

CUADRO Nº 7
CATEGORIZACION DE FRECUENCIAS DE LOS
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN EL GRUPO CONTROL

Nº ULCERAS	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA
1	ALTERACION DE LA INTEGRIDA DE LA PIEL.	3
2	DEFICIT EN EL AUTOCUIDADO	3
3	DETERIORO EN LA MOTILIDAD	3
4	ALTERACION EN LA ELIMINACION VESICAL E INTESTINAL.	3
5	ALTERACION SENSORIO PERCEPTUAL	3
6	ALTERACION EN LA COMUNICACION VERBAL.	1
7	ALTERACION EN LA NUTRICION	1

COMENTARIO :

LOS DIAGNOSTICOS DE MAYOR FRECUENCIA EN ESTE GRUPO FUERON LOS MISMOS QUE EN EL GRUPO PROTOCOLO.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ROMAN, Maite y Col. *Ulceras de piel reto para enfermería*. Revista Rol de Enfermería. Vol. 136, pp. 31-40, 1989.
- GUTIERREZ, Aldana G. *Introducción a la dermatología*. Ediciones Vertice, pp. 15-25, 1982.
- A.N. Exton Smith, CBE MD, FRCP. Pressure sores. Pathogenesis prevention and treatment Development of a Pressure Sore. Smith and Nephew, pp. 3-4.
- WINTER, G. *Epidermal Regeneration Studies in the domestic pig*. In maibach HI, Rovee DT (Es) Epidermal Woun Healing. Chicago Year Book, 1972.
- CELIA Fairbrother Insight on Op Site the Treatment of Sores Special Suplement Sp. 1983.
- CLINICAL Research Department. Iaci Unites States Inc., Clorhexidine Gluconate Investigatinal Drug Brochure, 1976.
- LOWBURY, E. J. L. and Lilly, H. A. The effect of Blood on Desinfection of Surgeon's Hands. Brit. H. Surg. 61: pp. 19-21, 1974.
- SCOPES, J. W., Eykyns, S. and Phillips, I. Staphylococ cal infection on the newborn. Lancet, 2: 1392, 1974.
- O'NEILL, J. Hosmer. M., Challop, R. and others. Percutaneous absorption potential of Clorhexidine in neonates. Current Therapeutic Research, 3:31, 1982.
- LILLY, H. A. and Lowburry, E. J. Desinfection of the skin; an assess ment of some new preparations. Br. Med. J. 3:674, 1971.
- SMITH, and Nephew 11775 Starkey Road P. O. Box, 1990.

FE DE ERRATAS: APLICACION DE UN PROTOCOLO...

CONCLUSIONES

Los sitios de mayor localización de las úlceras tanto para el grupo protocolo como para el grupo control fueron las regiones sacras y trocantéricas, las cuales corresponden a las posiciones decúbito dorsal y lateral, siendo éstas las mayormente adoptadas por los pacientes.

Lo anterior confirma lo descrito en el marco teórico en cuanto a que "La persistencia en el tiempo en una misma posición es más influyente que la intensidad de la presión aplicada en la zona".

La contaminación por pseudomona demostró ser el germen más frecuente en la muestra estudiada y para su erradicación, la aplicación de sustancias del protocolo no fue suficiente. Fue necesario utilizar simultáneamente antibióticos del grupo de las cefalosporinas y aminoglucósidos.

Los vendajes medicados con acetato de clorhexidina cubiertos con apósito absorbente no adherente influyeron significativamente en la evolución del grado de profundidad de las úlceras del grupo protocolo ya que 16 (35.5./.) que iniciaron en grado IV evolucionaron a grado II. Esto demuestra su acción antiséptica, desinfectante, fungicida y bactericida lo que favorece la proliferación de tejido de granulación y por consiguiente, la cicatrización.

De la muestra seleccionada para la aplicación de protocolo (45), 21 úlceras ingresaron al estudio en grado II, de las cuales 10, (48./.) cicatrizaron, siendo tratadas tanto en la etapa inicial como final con opsit flexigril, lo que demuestra que el ambiente húmedo dado por el vendaje, favorece significativamente la migración epitelial por tener un alto número de neutrófilos, un nivel alto de lisozimas, concentración de proteínas y electrolitos del plasma, lo que unido a sus propiedades bactericidas constituyen condiciones que promueven rápidamente la cicatrización.

Del total de úlceras del grupo protocolo, 14 lograron excelente cicatrización. Estas ingresaron al estudio en grados de profundidad I y II y algunas de éstas (11), fueron tratadas con opsit flexigril, tanto en su etapa inicial como final. Las otras (3) fueron tratadas en su etapa inicial con bactigras y melolin y en su etapa final con opsit flexigril.

En 20 úlceras del grupo protocolo se utilizó en su etapa inicial intrasite gel. Solamente en 2, se continuó su aplicación, pues se observó en las restantes (18), destrucción de tejido, agudización de la infección y aumento importante de la extensión.

Trece úlceras del grupo protocolo las cuales ingresaron al estudio en grado IV de profundidad, quedaron preparadas para injerto siendo tratadas con bactigras, melolin e intrasite cavity.

La aplicación del protocolo en la muestra estudiada (45), mostró resultados positivos en 27 úlceras (60./.). La positividad de los resultados está representada en 14 úlceras que lograron excelente cicatrización y en 13 úlceras que lograron una adecuada preparación de las mismas para la colocación del injerto.

En las úlceras del grupo control se observó disminución importante en su extensión, pero comportamiento estacionario en su profundidad, la cual inició y terminó en grado IV en la mayoría de las úlceras.

En las úlceras del grupo protocolo se observó disminución y evolución favorable en el grado de profundidad, pero disminución poco significativa de su extensión inicial.

El comportamiento general observado de las sustancias utilizadas en el protocolo fue altamente favorable para el progreso de las úlceras en cuanto a grado de profundidad, pero no muy favorable para la reducción de la extensión de las mismas.

Las alteraciones neurológicas de los pacientes con úlceras, objeto del estudio, constituyeron factor definitivo en la evolución poco favorable del grado de profundidad y extensión de las mismas.

La alteración en la integridad de la piel constituye el diagnóstico de enfermería más frecuente tanto en los 17 casos del grupo protocolo, como en los 3 casos del grupo control. Características del mismo tales como inmovilidad, déficit en el autocuidado, incontinencia vesical e intestinal, falta de sensibilidad, desnutrición, stres y sobrecarga sensorial influyeron significativamente tanto para la gravedad de la alteración como para la alta frecuencia de la misma.

La evolución de las úlceras en cuanto a grado de profundidad y extensión, demostró que hay una estrecha relación entre las condiciones de las mismas y los diagnósticos de enfermería presentes en los pacientes.

Esto sugiere que no hay protocolo, ni método eficiente de curación que logre la epitelización, si hay factores predisponentes presentes que retardan notoriamente el proceso de cicatrización.

RECOMENDACIONES

En la literatura revisada no se encontraron estudios a nivel nacional donde se describa el comportamiento de las sustancias utilizadas en el protocolo objeto de este trabajo, frente al uso de antibióticos sistémicos. Por lo tanto, se sugiere realizar un trabajo de investigación donde se manejen estas variables.

La utilización de opsite flexigril tanto para la prevención de úlceras por decúbito como para el tratamiento de las que se encuentren en grado I y II de profundidad, constituye una alternativa importante dentro del conjunto de acciones de enfermería planeadas para el paciente.

La utilización de bactigras y melolin en úlceras contaminadas con pseudomona debe ir acompañada de antibioticoterapia sistémica.

El plan de intervención de enfermería para pacientes con úlceras por decúbito, debe ir orientado no solamente a la aplicación de protocolos para el tratamiento local de la úlcera, sino a un cuidado integral donde se incluyen protocolos para incontinencia vesical e intestinal, déficit en el estado nutricional y alteración del estado de conciencia, entre otros.

Al establecer las prioridades en las acciones de enfermería para el cuidado integral del paciente con úlceras por decúbito se debe dar especial importancia a las acciones tendientes a erradicar o minimizar los factores predisponentes de formación de las mismas.

Organizar grupos multidisciplinarios a nivel institucional que se responsabilicen de la elaboración y aplicación de protocolos de prevención y control de úlceras por decúbito. Estos grupos deben estar liderados por enfermeras y deben a su vez elaborar normas de cuidado basadas en las características propias de cada institución.

Los grupos multidisciplinarios institucionales deben constituir la infraestructura para la creación de programas de prevención y control de úlceras por decúbito, los cuales operarán dentro del grupo de programas especiales a nivel de la organización del Sistema Nacional de Salud.

Dichos programas se encargarán del seguimiento de los pacientes que egresen de los servicios hospitalarios sin que sus úlceras por decúbito hayan logrado completa cicatrización y de los pacientes que por diversas alteraciones neurológicas y crónicas que no ameriten hospitalización, pero si un cuidado integral y continuado al hogar, constituyen un grupo vulnerable y de alto riesgo para la formación de úlceras por decúbito.