



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
EJM/SP/DR/7/1b



RESOLUCIÓN EXENTA N°

3385 12.09.2023

SAN ANTONIO,

VISTOS: El Manual del Estándar General de Acreditación Para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 ; D.S. N° 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta N° 1600 / 2008 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta N° 3416 25-05-2006 y Resolución Exenta N° 709 09-02-2023 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

CONSIDERANDO:

Dar cumplimiento a la característica GCL 2.2 "Se aplican medidas de prevención de los eventos adversos (EA) asociados a la atención: Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales."

RESUELVO:

APRUEBESE; "Protocolo Prevención de Ulceras por Presión", en su quinta edición.

Notifíquese y difúndase

**Dr. ENRIQUE JIMENEZ MIRA
DIRECTOR(S)
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA**

DISTRIBUCIÓN:

Dirección
SDM
Oficina de Partes
Unidad Control de Gestión
Of. De Calidad y Seg del Paciente
Nutrición Clínica

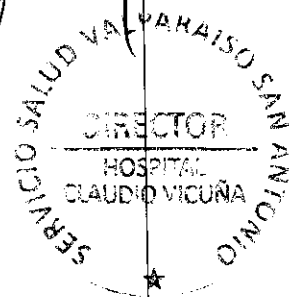
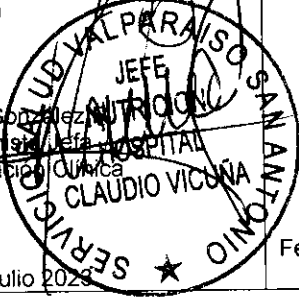
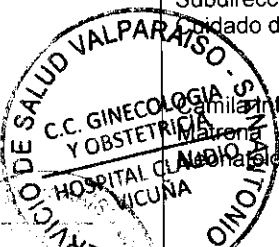
Aislamiento
Pediatría
UTI
Medicina
Cirugía
Sub Dirección Gestión de Enfermería


Auditoría Interna
Gineco Obstetricia
Neonatología
UCM
Bloque Medico Quirúrgico
Urgencia Adulto-Infantil y Gineco Obstetra

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
Página 1 de 31		
Fecha: julio 2023		

Protocolo Prevención de Lesiones por Presión


<p>Modificado por: Verónica Amaza J. <i>[Signature]</i> Subdirección de Gestión del Cuidado de Enfermería</p> <p><i>[Signature]</i> Camila Infante A. <i>[Signature]</i> Supervisora de Ginecología y Obstetricia y Maternidad</p> <p><i>[Signature]</i> Sergio Reyes V. <i>[Signature]</i> Enfermero Supervisor de Pabellón</p> <p><i>[Signature]</i> Karina González <i>[Signature]</i> Nutricionista Jefe CC Nutrición Clínica</p> <p>Fecha: julio 2023</p>	<p>Revisado y Autorizado por: Ximena Núñez G. <i>[Signature]</i> Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Fecha: agosto 2023</p>	<p>Aprobado por: Enrique Jimenez M. <i>[Signature]</i> Director (S) Hospital Claudio Vicuña</p> <p>Fecha: agosto 2023</p>
---	--	--



	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 2 de 31
		Fecha: julio 2023

Índice

Ítem	Contenido	Página
1	Objetivos	2
2	Alcance	2
3	Documentos relacionados	2
4	Responsables	2
5	Definiciones	2
6	Desarrollo	4
6.1	Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de LPP	4
6.2	Etapas de LPP	6
6.3	Escala de valoración de riesgo de LPP	7
6.4	Nivel de riesgo y reevaluación	10
6.5	Medidas de prevención LPP	11
6.5.1	Descripción de Medidas Preventivas Generales: Para Población General	11
6.5.2	Medidas Preventivas Específicas por Población Especial	13
6.5.3	Recomendaciones de indicación y uso de colchón anti escaras	15
6.5.4	Técnicas de reposicionamiento	16
6.6	Consideraciones	17
6.7	Registros	17
7	Criterios de Calidad	18
8	Flujograma	18
9	Distribución	18
10	Anexos	19
11	Formulario Control de Cambios	31

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
		Página 3 de 31
		Fecha: julio 2023

1. Objetivos

- Prevenir la aparición de lesiones por presión (LPP) en pacientes durante su hospitalización.
- Establecer un sistema de valoración de riesgo y medidas de prevención de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
- Estandarizar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de LPP, según riesgo.

2. Alcance

Se aplicará a todo paciente que se encuentre hospitalizado en el establecimiento, independiente del servicio o unidad, antes de completar las 48 horas de su ingreso.

3. Documentos relacionados

- Escalas de evaluación Braden, Braden Q y NSRAS.
- Norma N°6 sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: prevención de úlceras o lesiones por presión en pacientes hospitalizados. MINSAL 2012.
- Orientaciones Técnicas sobre prevención de Lesiones Por Presión, MINSAL, 2023.


4. Responsables

Responsables	Actividades
Enfermeras/ Matronas supervisora	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir el protocolo a los funcionarios de su servicio. • Supervisar la aplicación del protocolo. • Disponer de material necesario para los registros.
Enfermeras/ Matronas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar instrumento de valoración de riesgo de LPP en todos los pacientes hospitalizados. • Indicar en el Plan de Cuidados de enfermería las medidas preventivas de LPP. • Supervisar la ejecución de los cuidados indicados.
Técnicos Paramédicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar las indicaciones de Enfermería y aplicar las medidas preventivas indicadas. • Registrar los cuidados efectuados.

5. Definiciones

• Lesiones por presión (LPP):

La denominación "ulcera por presión" ha sido comúnmente aceptada a partir de la década de 1990, sin embargo a partir del año 2015-2016, y dentro del marco conceptual de las denominadas lesiones relacionadas con la dependencia (LRD), se han desarrollado, nuevas propuestas acerca de la etiopatogenia de las LPP y se ha empezado a asumir el término "lesión" frente al de "ulcera", ya que existen lesiones por presión (LPP) en las que la piel, estando dañada, sigue intacta, lo que será poco compatible con el concepto ulcera. Sumado a lo anterior, la exposición al riesgo se amplía frente a los factores extrínsecos derivados de cada proceso de atención específica (ejemplo: uso y manejo de dispositivos médicos, tiempo de atención y manejo en unidades de emergencia, tiempo y condiciones en proceso Quirúrgico).

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
		Página 4 de 31
		Fecha: julio 2023

- **LPP relacionada a dispositivos sanitarios (LPP-DS):** Se define como una lesión localizada en la piel o tejido subyacente como resultado de una presión sostenida y causada por un dispositivo sanitario diagnóstico o terapéutico (mascarilla o tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía, sondas, catéteres, férulas y aparatos ortopédicos).
- **Escala Valoración de Riesgo:** instrumento de evaluación semicuantitativo validado, que mide el riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
- **Anoxia:** falta o disminución de oxígeno en las células, los órganos o la sangre.
- **Superficies Especiales de Manejo de Presión (SEMP):** Superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima, y que abarca el cuerpo de un paciente o una parte de este, conforme las diferentes posturas funcionales posibles.
- **Protector cutáneo o producto de barrera:** Producto cuyo objetivo principal es evitar el deterioro de la piel, proporcionando una barrera impermeable o semipermeable, e impidiendo así la penetración del agua y los irritantes biológicos (que por ejemplo se encuentran en las deposiciones y orina)


6. Desarrollo

6.1 Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de LPP

6.1.1 Factores de riesgos primarios o desencadenantes

En la formación de las LPP participan tres tipos de fuerzas: presión, fricción y cizallamiento.

- **Presión:** la fuerza primaria que favorece la formación de lesiones es la presión directa. La presión induce anoxia, isquemia y muerte celular. Es una fuerza que actúa de manera perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad y que provoca el aplastamiento tisular entre dos planos, uno relativo al paciente (plano esquelético, prominencias óseas) y otro externo (sillón, cama, sonda, etc.). La ecuación «presión + tiempo = úlcera» define claramente el concepto de LPP (**Anexo N° 1**).
- **Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente (generalmente los codos, el sacro y los tobillos) roza contra una superficie áspera como la sábana. Este roce causa la descamación de las células epidérmicas y reduce la resistencia del tejido. La fricción minimiza la relación presión-tiempo que determina la aparición de isquemia cutánea.
- **Cizallamiento:** combina los efectos de la presión y de la fricción. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre la otra. Estas fuerzas se producen al deslizarse la persona cuando está mal sentada y/o el cabecero de la cama se eleva más de 30°. En esta situación, los tejidos externos (piel, fascias superficiales) permanecen fijados contra las sábanas mientras que los tejidos

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
		Página 5 de 31
		Fecha: julio 2023

profundos (fascias profundas, esqueleto) se deslizan, y los vasos sanguíneos se retuercen y se comprimen, lo cual priva de oxígeno y nutrientes a la piel. Debido a este efecto, la presión que se necesita para que disminuya la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.


- **Microclima:** humedad, temperatura, higiene.

6.1.2 Factores de riesgos predisponentes

Aunque la principal causa de las LPP es la presión, existen una serie de elementos que en presencia de la misma pueden desencadenar o acentuar la susceptibilidad de desarrollarlas. Son factores que contribuyen a la producción de lesiones, los cuales pueden ser dependientes del paciente (tipo intrínsecos) o derivados del entorno y/o relacionados con la atención de salud (tipo extrínsecos). Se agrupan de la siguiente forma:

Factores intrínsecos	Factores extrínsecos
Deficiencias Nutricionales (por defecto o por exceso): Delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemias, deshidratación.	Déficit de Higiene, humedad no controlada.
Alteraciones Cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad, dermatitis atópicas, lesiones de piel previas (LPP, quemaduras, dermatitis de contacto y de pañal) entre otras.	Uso de dispositivos médicos en contacto directo con la piel sin protección o vigilancia.
Deficiencias Motoras: Paresia, parálisis.	Condiciones de vida (personales, ambientales, hábitos, etc.).
Alteraciones de la sensibilidad: Pérdida o disminución de la sensación dolorosa.	Arrugas en ropa de cama o vestuario.
Trastorno en el Transporte de Oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.	Medicación tales como: vasoconstrictores, inmunosupresores, corticoides, citotóxicos, sedantes, entre otros.
Movimientos involuntarios (lesiones por esfuerzos repetitivos).	Mecanismos de presión sobre puntos de apoyo.
Alteración del estado de conciencia: Agitación psicomotora, estupor, confusión, coma, Delirium, entre otros.	Fuerzas de cizalla y fricción al movilizar. Incumplimiento a protocolo de contención física en pacientes con delirio y agitación psicomotora
Alteración de la Eliminación: Urinaria, intestinal y tegumentaria, por ejemplo: incontinencia urinaria, incontinencia intestinal y Diaforesis.	Ausencia de sistemas de protección o uso de sistemas de apoyo inadecuados para proteger la piel o aliviar la presión.
Edad (Recién nacidos, lactantes y adultos mayores).	Factores condicionantes derivados del acto quirúrgico (Ej. Tiempo de intervención, posición, temperatura de quirófano)
Trastornos inmunológicos: -	Estadía hospitalaria prolongada especialmente en paciente crítico (UCI)
Condición clínica compleja.	

Fuente: Orientaciones Técnicas sobre Prevención de Lesiones Por Presión, MINSAL, 2023

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta Página 6 de 31 Fecha: julio 2023

6.1.3 Factores de riesgos nutricionales


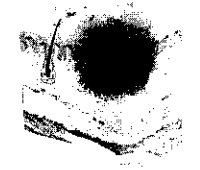


El estado nutricional al ingreso y la ingesta diaria de alimentos, serán determinantes en la aparición de LPP. Pérdidas de peso >5%, ingerir menos del 50% de los requerimientos de energía, consumo de dos comidas al día o negarse a comer durante más de tres días. Son condiciones que aumentan el riesgo de compromiso nutricional. También se considerará riesgosa una ingesta menor a 1500ml de líquido al día en los últimos siete días.


Es por esto que la desnutrición debe identificarse de forma oportuna como factor de riesgo, debido a que ocasiona las siguientes alteraciones:




- Adelgazamiento de la piel.
- Inmunosupresión.
- Disminución de la proliferación de fibroblastos.
- Disminución de la síntesis de colágeno.
- Retrasos en la cicatrización.

Por otra parte, los pacientes con obesidad presentan tres veces más riesgo de desarrollar estas afecciones en comparación con pacientes con estado nutricional dentro de los rangos de normalidad. Por lo que el no manejo de lo anterior incrementaría el riesgo de lesiones e infección de las mismas.

6.2 Etapas de LPP:

Estadio	Hallazgo	Imagen
Categoría 0	Paciente con alto riesgo de presentar LPP y que al examen físico pueden presentar eritema blanqueante.	
Categoría I	Piel indemne y presencia de eritema no blanqueable.	
Categoría II	Hay exposición de dermis. El lecho de la herida es viable, rosado o rojo, húmedo. Puede presentarse como una ampolla intacta o rota. El tejido adiposo u otros más profundos no son visibles.	
Categoría III	Pérdida total de la piel. Hay tejido adiposo visible, y suele haber tejido granulador y epíbola. Esfuerzo y/o escara pueden ser visibles, y pueden ocurrir socavamiento o túneles. La fascia, el músculo, el tendón, el ligamento, el cartilago y/o el hueso no están expuestos.	

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
		Página 7 de 31
		Fecha: julio 2023

Categoría IV	Tejido con fascia, musculo, tendón, ligamento, cartílago o hueso expuestos o directamente palpables. Esfacelo/ escara, epíboles, socavamientos o túneles pueden ser visibles.	
Lesiones inclasificables	Pérdida total de piel y tejido en la que no se puede confirmar la extensión del daño tisular dentro de la ulcera porque esta oscurecida por esfacelo o escara. Si se elimina el esfacelo o la escara se relevará una LPP de etapa 3 o 4.	
LPP en tejidos profundos	Piel intacta o no intacta con un área localizada de decoloración persistente de color rojo intenso, granate o púrpura que no palidece o separación epidérmica que revela un lecho oscuro de la herida o una ampolla con contenido hemático.	

6.3 Escala de valoración de riesgo de LPP

La valoración del Riesgo de LPP deberá ser realizada por Enfermera o Matrona dentro de las primeras 48hrs desde el ingreso del usuario a Hospitalización.

Las escalas de valoración de riesgo a utilizar son:


- a) Escala de **Braden** para usuarios adultos
- b) Escala de **Braden Q** para usuarios pediátricos menores de 15 años
- c) Escala **NSRAS** (Neonatal Skin Risk Assessment Scale) para usuarios Neonatos
- d) Escala **ELPO** (Evolución de Riesgo para el desarrollo de Lesiones Debidas al Posicionamiento Quirúrgico) para usuarios mayores de 18 años.

Para aplicar las escalas debe valorar al usuario, asignar puntaje en cada variable, sumar el total de puntos obtenidos y clasificar riesgo según resultado.

Una vez aplicada la escala Enfermera o Matrona deberá registrar resultado obtenido en Hoja diaria de Enfermería del usuario. Luego de haber identificado el riesgo, la enfermera o matrona deberá indicar las medidas de prevención que se aplicarán de acuerdo al nivel de riesgo correspondiente.

La Escala de Braden mide las siguientes variables:

- Percepción sensorial: valora si el paciente reacciona ante una molestia.
- Exposición a la humedad: cuanto tiempo está la piel expuesta a la humedad.
- Actividad: nivel de actividad física.
- Movilidad: si el paciente es capaz de cambiar de posición.
- Nutrición: cantidad de ingesta de alimentos que recibe.
- Roce y peligro de lesiones cutáneas.

	Hospital Claudio Vicuña		Código: GCL 2.2
			Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión		Página 9 de 31
			Fecha: julio 2023

Escala NSRAS mide las siguientes variables:

- Condición física general
- Estado Mental
- Movilidad
- Actividad
- Nutrición
- Humedad

La descripción de cada variable se encuentra disponible en el **Anexo N°4**


Escala NSRAS						
	Condición física generales	Estado Mental	Movilidad	Actividad	Nutrición	Humedad
1	Muy pobre	Completamente limitado	Completamente inmóvil	Completamente encamado/a	Muy deficiente	Piel constantemente húmeda
2	Edad Gestacional	Muy limitado	Muy limitada	Encamado/a	Inadecuada	Piel húmeda
3	Edad Gestacional	Ligeramente limitado	Ligeramente limitada	Ligeramente limitada	Adecuada	Piel ocasionalmente húmeda
4	Edad Gestacional	Sin limitaciones	Sin limitaciones	Sin limitaciones	Excelente	Piel rara vez húmeda
Resultado: <i>Riesgo Alto: <13ptos</i> <i>Riesgo Moderado: 13-17ptos</i> <i>Riesgo Bajo: >17 pts</i>						

Escala ELPO mide las siguientes variables:

- Tipo de posición quirúrgica
- Tiempo de cirugía
- Tipo de anestesia
- Superficie de soporte
- Posición de los miembros
- Comorbilidades
- Edad del paciente

La descripción de la técnica de aplicación se encuentra disponible en el **Anexo N°5**

Escala ELPO							
	Tipo de posición quirúrgica	Tiempo de cirugía	Tipo de anestesia	Superficie de soporte	Posición de los miembros	Comorbilidades	Edad del Paciente
1	Litotómica	Superior a 6 hrs.	General + regional	Sin uso de soporte o soportes rígidos sin acolchado o	Elevación de las rodillas >90° y apertura de los	LPP o neuropatía previamente diagnosticada o	>80 año

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>1950-2023</small>	Hospital Claudio Vicuña		Código: GCL 2.2
			Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión		Página 10 de 31
			Fecha: julio 2023

				piernas estrechas	miembros inferiores >90° o apertura de los miembros superiores >90°	trombosis venosa profunda	
2	Prona	Superior a 6 hrs	General	Colchón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes hechos de algodón	Elevación de las rodillas >90° o apertura de los miembros inferiores >90°	Obesidad o Desnutrición	Entre 70 y 79 años
3	Trendelemburg	Superior a 2 hrs hasta 4 hrs	Regional	Colchón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de espuma	Elevación de las rodillas	Diabetes Mellitus	Entre 60 y 69 años
4	Lateral	Superior a 1 hrs hasta 2 hrs	Sedación	Colchón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de viscoelástico/gel	Apertura	Enfermedad vascular	Entre 40 y 59 años
5	Supina	Hasta 1 hora	Local	colchón de la mesa quirúrgica de viscoelástico + cojinetes de viscoelástico/gel	Posición anatómica	Sin comorbilidades	Entre 18 y 39 años
Resultado: <i>Riesgo Alto: ≥ 20ptos Riesgo Bajo: 7-19ptos</i>							

Estas escalas están inserta en los "Instrumento de valoración de riesgo de LPP" las que además incluyen datos relevantes como identificación del paciente y presencia de LPP al ingreso de la hospitalización (**Anexos N° 6, 7, 8 y 9**).


6.4 Nivel de riesgo y reevaluación

Pacientes adultos (≥ 15 años)

Puntaje obtenido escala de Valoración de Braden	Riesgo de LPP	Reevaluación
Mayor o igual a 16 puntos	Bajo riesgo	A los 7 días
13 a 15 puntos	Mediano riesgo	A los 3 días
Menor o igual a 12 puntos	Alto riesgo	Diaria
Se deberá reevaluar el riesgo según condiciones descritas en ítem consideraciones de este protocolo.		

Pacientes pediátricos (≤ 14 años)

Puntaje obtenido escala de Valoración de Braden - Q	Riesgo de LPP	Reevaluación
Mayor 16 puntos	Bajo riesgo	A los 7 días
Menor o igual a 16 puntos	Alto riesgo	Diaria

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 11 de 31
		Fecha: julio 2023

Se deberá reevaluar el riesgo según condiciones descritas en ítem **consideraciones** de este protocolo.

Pacientes Neonatos

Puntaje obtenido escala de Valoración de Braden - Q	Riesgo de LPP	Reevaluación
Mayor 17 puntos	Bajo riesgo	A los 7 días
Entre 13 y 17 pts	Riesgo Modera	A los 3 días
Menor o igual a 13 puntos	Alto riesgo	Diaria
Se deberá reevaluar el riesgo según condiciones descritas en ítem consideraciones de este protocolo.		

6.5 Medidas de prevención LPP

Una vez realizada la valoración del riesgo se realiza la clasificación, y luego se programan las medidas de prevención según riesgo. Las medidas de prevención son generales para población general y específicas para población especial.

Sin embargo, las **2 medidas de prevención obligatorias** para usuarios con valoración mediano o alto riesgo son:

- **Uso de SEMP, en este caso uso de Colchón Anti escara**
- **Cambios de posición**

Las medidas preventivas generales y específicas, se deben aplicar de acuerdo a la siguiente tabla:


6.5.1 Descripción de Medidas Preventivas Generales: Para Población General

- **Valoración integral del paciente:** antecedentes mórbidos, tratamiento farmacológico, etc.
- **Valoración del estado de la piel:** Examen físico acucioso dirigido y dirigido en las zonas de mayor riesgo de aparición de LPP. Examinar en la piel su coloración, presencia de dolor, eritema, inflamación edema, discontinuidad.
- **Eliminación de humedad excesiva:** Si el paciente presenta incontinencia usar pañales absorbentes, muda frecuente. No usar alcoholes, colonias, etc. directamente sobre la piel ya que la reseca.
- **Cambios de posición:** De manera espontánea. Favorecer la levantada y deambulación del paciente según las condiciones del paciente, así como la movilización en cama, estimulando el autocuidado.
- **Revisión, cambio y rotación:** Vigilar piel de zona adyacente a sondas, mascarillas, gafas nasales, drenajes, vías centrales, vendajes, saturómetro, etc., evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir LPP.

Rotar sitio de fijación de dispositivos como sondas, drenajes, catéteres, etc.

Evitar que los dispositivos o el peso de estos recaiga directamente sobre la piel del paciente: dispositivos que estén en contacto directo con la piel, como sondas, deben cambiarse de posición y acolcharse con apósitos de espuma fijados con tela de papel.

En aquellos equipos que cuelgan hacia el paciente, como cables de monitores o tubos corrugados de ventiladores mecánicos, deben utilizarse piezas que permitan anclar las

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 12 de 31
		Fecha: julio 2023

piezas, para que el peso no recaiga en el paciente.

- **Hidratación de la piel:** Mantenga la piel limpia y seca. Aseo diario con agua y jabón neutro (idealmente) para la piel. Secado de la piel por contacto y sin fricción, haciendo hincapié en las zonas de pliegue.

Aplique cremas hidratantes si el usuario tiene la piel seca.

Emplear cremas de barrera para proteger las zonas expuestas a la humedad, aplicando en cada muda en caso de pacientes con pañales.

Se recomienda uso de cremas Ph ácido (ideal 5.5), libre de alcohol y perfumes, en especial en puntos de apoyo o de contactos con dispositivos. También es recomendable el uso de Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO) que mejoran la oxigenación tisular y evitan la deshidratación de la piel.

- **SEMP:** Adecuados al riesgo del paciente. Se recomienda el uso de colchón de espuma de alta especificación (viscoelástico) desde pacientes con bajo.
- **Proteger con apósitos puntos de apoyo:** Apósitos de espuma multicapa (idealmente con adhesivo de silicona que permite el retiro para inspección de la piel y su reinstalación); pueden ser utilizados en pieles sanas y superficie aptas, como codos, rodillas, mentones y ortijos, considerar que deben cambiarse cada 72 horas.

En zonas más delicadas y sensibles como genitales y pechos se pueden usar protectores cutáneos que formen una película protectora contra la humedad y que no contengan alcohol.

Usar dispositivos que amortigüen las zonas de presión: Cojines, Almohadas, Posicionadores

- **Medidas Nutricionales Preventivas:**

Una vez valorizado el riesgo de LPP en la unidad donde se encuentre el usuario, obteniendo una categorización de riesgo mediano o riesgo alto, e incluso si paciente presenta una LPP activa, equipo de la unidad clínica deberá informar a Unidad de Nutrición Clínica, la condición y gravedad de la herida, para iniciar con la intervención nutricional.


Para ellos se aplicará herramientas de tamizaje nutricional en usuario con mediano y alto riesgo:

Para usuarios pediátricos se utilizará "Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth" (STRONG KIDS).

Mientras que para pacientes adultos y adultos mayores se aplicarán las herramientas de valoración Nutritional Risk Screening (NRS) y Mini Nutritional Assessment (MNA) respectivamente.

En aquellos pacientes con resultado de riesgo de desnutrición, se iniciará el soporte nutricional, bajo las siguientes condiciones:

- ✓ La suplementación de proteínas deberá ser distribuida en al menos tres tiempos de comida, oscilando entre 0,75 a 1,6 g/kg/día. Provenientes de suplementos o módulos calórico-proteicos disponibles en C.C. Nutrición.
- ✓ En presencia y etapa de daño renal, el profesional nutricionista debe evaluar la restricción hídrica y proteica según corresponda, con el fin de indicar los requerimientos calórico-proteicos atingentes al caso.
- ✓ Se entregará 2 litros/día de agua en pacientes con mediano riesgo de LPP y 2.5 litros/día de agua en aquellos pacientes con alto riesgo o LPP presente.
- ✓ En caso de que el paciente no tenga disponible la vía oral o enteral, o estas sean insuficientes para cubrir los requerimientos, será de vital importancia iniciar alimentación por vía parenteral. Medida que deberá ser gestionada en conjunto con

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>19070001</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 13 de 31
		Fecha: julio 2023

el médico tratante.

Riesgo de LPP	Resultado tamizaje nutricional y estado nutricional	Manejo nutricional
Mediano riesgo	MNA: Riesgo de malnutrición y malnutrición. NRS: Riesgo moderado, riesgo alto. STRONGKIDS: Riesgo moderado, riesgo alto.	Adecuación de requerimientos a través de la alimentación e inicio de soporte nutricional con fórmulas completas por vía oral, enteral o ambas.
	Estado nutricional: Enflaquecido	
Alto riesgo	MNA: Riesgo de malnutrición y malnutrición. NRS: Riesgo moderado, riesgo alto. STRONGKIDS: Riesgo moderado, riesgo alto.	Adecuación de requerimientos a través de alimentación e inicio de soporte nutricional con fórmulas completas y modulares por vía oral, enteral o ambas.
LPP existente	Estado nutricional: Enflaquecido	Adecuación de requerimientos a través de alimentación e inicio de soporte nutricional con fórmulas completas, modulares y suplementos de L-Arginina y L-Glutamina (Avintra, Argiment o similar) por vía oral, enteral o ambas. Hasta 15 días posteriores a la regeneración de la lesión.
	Se inicia intervención nutricional independiente del resultado del tamizaje	

Otras consideraciones


- No masajear sobre las prominencias óseas.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí.
- Si es necesario elevar la cabeza de la cama, en lo posible no pasar de 30° ya que favorece la fuerza de cizallamiento, y se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de LPP.
- No usar flotadores (picarones). El uso de flotadores, como superficie de asiento. En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de LPP.
- No se debe sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse.
- No arrastrar a la persona sobre la cama sin levantar manifiestamente el cuerpo.

6.5.2 Medidas Preventivas Específicas por Población Especial

Las dos medidas específicas a implementar en usuarios en condiciones especiales con mediano y alto riesgo de LPP son:

1. Uso de superficies de apoyo que alivien la presión (colchón antiescaras disponible en la institución).
2. Cambios posturales programados (cada 4 horas).

Las excepciones a este protocolo están dadas por imposibilidad de efectuar cambios posturales en pacientes con: Lesión de columna y tracción trans esquelética, TEP-TVP- Fracturas, HEC, Inestabilidad Hemodinámica, etc. En los que se deberá aplicar reposicionamiento alternativo

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 14 de 31
		Fecha: julio 2023

a) Paciente con dispositivos médicos en contacto directo con la piel o mucosas:

Todo paciente en esta condición tiene riesgo de desarrollar LPP, por lo que las medidas de prevención en estos usuarios, dependerán del tipo de dispositivo:

- Escoger tamaño y características del dispositivo adecuado para el usuario
- Cambiar la ubicación o reposicionar el dispositivo a intervalos rutinarios establecidos
- Aplicar un apósito protector de barrera entre el dispositivo y la piel
- Manejar la humedad
- Inspeccionar la piel bajo el dispositivo siempre que sea clínicamente factible

b) Pacientes quirúrgicos:

Los pacientes quirúrgicos corren el riesgo de desarrollar LPP debido a factores extrínsecos e intrínsecos. La valoración de posibles factores contribuyentes durante el proceso quirúrgico facilita el reconocimiento de los pacientes en riesgos asociados al posicionamiento quirúrgico y por lo tanto a la planificación de la asistencia de enfermería preoperatoria en el proceso de prevención de LPP.

Como medidas preventivas se encuentran:


- Valoración de la piel antes y después de la cirugía
- Registro respecto de los dispositivos o elementos de sujeción usados en posicionamiento quirúrgico y los tiempos de aplicación, para comparar e identificar cualquier cambio en la piel sugerente de lesión.
- Evaluar la presencia de dispositivos médicos in situ en pacientes que ingresan al entorno perioperatorio.
- Alivios de puntos de presión durante e inmediatamente después de la permanencia del paciente en mesa quirúrgica.
- Evitar posicionar a paciente directamente sobre un dispositivo médico a menos que sea estrictamente necesario.
- Siempre que sea posible, cambiar la posición del paciente durante la cirugía. Esto no necesita incluir un movimiento de cuerpo completo. Esto no siempre será posible y estará determinado por el tipo de cirugía, la posición quirúrgica, la duración de la cirugía y la condición clínica del paciente.
- Registrar la posición en la que se colocó al paciente durante la cirugía para disponerlo como referencia en la evaluación y vigilancia de LPP
- Considerar el uso de apósitos profilácticos para proteger las prominencias óseas cuando se estime necesario

Toda lesión en zonas de apoyo sometidas a presión durante el procedimiento quirúrgico y pesquisada dentro de las 72 horas post operatorias, es atribuible a dicho proceso de atención.

c) Paciente neonato y lactantes:

En recién nacidos y lactantes, la presencia de dispositivos médicos con fines diagnósticos o terapéuticos es común, y constituye uno de los factores de riesgo de LPP. Por lo que las medidas preventivas son:

- Inspeccionar, evaluar y proteger la piel especialmente en contacto con dispositivos médicos, como también la zona occipital.
- Establecer cambios de posición o movilización y rotar la cabeza en forma frecuente, especialmente en usuarios sedados o conectados a ventilación asistida. Cambios de posición cada 3-4hrs.
- Establecer plan de cuidados nutricionales individualizado
- Manejo de la humedad: Incluye aseo y curación

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 15 de 31
		Fecha: julio 2023

- Alivios de puntos de presión, mediante el uso de apósitos especiales.
- Mejorar oxigenación tisular mediante la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados.

d) Paciente en estado crítico

Dentro de las medidas estudiadas y con impacto en la prevención de LPP se encuentran:

- Uso de apósitos de espuma de poliuretano con silicona de varias capas
- Uso de una SEMP adecuado al nivel de riesgo del paciente
- Régimen estructurado de higiene y manejo de humedad
- Cambios de posición y/o alivio de los puntos de presión en zonas de apoyo según tolerancia hemodinámica del paciente, y medidas específicas de prevención en pacientes que por necesidad quirúrgica o soporte vital deben estar en posición prono.

e) Paciente en Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH):


Usuarios en las Unidades de Urgencia, se encuentran con mayor predisposición a desarrollar LPP, por una mayor complejidad de la condición del paciente, combinada con una estadía prolongada. Pacientes que ya tienen factores de riesgo, como el no poder reposicionarse por sí solos o con exposición frecuente a la humedad por incontinencia, pueden enfrentar otros riesgos durante la atención en la UEH, incluyendo un posicionamiento prolongado en superficies no ideales para redistribución de la presión como tableros o camillas y el uso de dispositivos médicos como collares cervicales, inmovilizadores de cabeza y tableros en los casos en que se sospeche una lesión de columna.

Las medidas preventivas estarán enfocadas a minimizar la exposición a la presión, el cizallamiento y la humedad:

- Reposicionamiento cada 3hrs.
- Protección de la piel de la humedad
- Retiro de dispositivos de inmovilización de columna y/o de extremidades (férulas) tan pronto como se confirme la ausencia de lesión en la columna o extremidad
- Elevación del talón y el uso de apósitos preventivos en zonas de riesgo.

6.5.3 Recomendaciones de indicación y uso de colchón anti escaras:

- El establecimiento dispone de colchón antiescara a motor y viscoelástico.
- Se debe priorizar el uso del colchón viscoelástico en paciente con alto riesgo de LPP por sobre los de mediano riesgo. Entre los pacientes de alto riesgo, se debe dar prioridad a aquel paciente con LPP activa y/o con menor puntaje obtenido en la escala de valoración.
- En caso que el paciente al ingreso al servicio cuente con aislamiento por *Clostridium difficile* y corresponda indicar colchón antiescara, se debe instalar colchón a motor.
- El colchón antiescara a motor debe instalarse sobre el colchón básico del catre, debe ser cubierto sólo por la sábana de la cama y se debe instalar una sábana extra en función de sabanilla (sábana doblada en su largo a la mitad) para efectuar los cambios posturales.
- El colchón antiescara viscoelástico reemplaza al colchón básico del catre, y debe ser cubierto sólo por la sábana de la cama e instalar una sábana extra en función de sabanilla (sábana doblada en su largo a la mitad) para efectuar los cambios posturales.
- Para la limpieza y control de infecciones del colchón viscoelástico, siga las recomendaciones del fabricante descritas en **Anexo N° 11**.

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>1960-2023</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 16 de 31
		Fecha: julio 2023

6.5.4 Técnicas de reposicionamiento:

Sedente en silla sillón o cama:

Es fundamental permitir que los pacientes puedan incorporarse al medio que los rodea, sin embargo, debe tenerse en cuenta que cuanto más se eleva el extremo de la cabeza, más pequeña es la superficie de contacto y más aumenta la presión sobre los isquiones. La presión es mayor en la posición de sentados erguido a 90°, porque la superficie de presión es la más pequeña. Por lo anterior se debe poner límite al tiempo que permanece sentado. Se recomienda contar con apoyabrazos para aumentar la superficie de apoyo, además de un cojín SEMP para su asiento. Si es posible preferir posiciones con inclinación y con los pies apoyados, para evitar la exposición a cizalla por deslizamiento y presión excesiva en la zona poplítea. Si paciente se encuentra sedente en cama se debe instalar almohadones para apoyar brazos.

Decúbito supino:

- Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado. No debe sentarse a más de 30°. Utilizar cojines para eliminar la presión sobre los trocánteres, los tobillos y talones.
- No coloque almohadas bajo las rodillas, en el hueco poplíteo, ya que dificulta la circulación de retorno y no previene las LPP.
- Para liberar la presión de los talones del contacto con la cama, coloque bajo los tobillos un cojín pequeño, de no más de 5 cm de alto y 10-15 cm de ancho (una anchura mayor aumenta la presión en la zona de los gemelos). Otra opción es colocar debajo de cada pierna, a lo largo, una almohada doblándola justo antes del talón; además mejora el retorno venoso.


Decúbito lateral:

- Las laterizaciones no deben hacerse a más de 30° para evitar úlceras en trocánteres.
- Coloque al paciente en la posición de decúbito lateral girándolo en bloque para mantener la alineación corporal.
- Coloque una almohada debajo de la cabeza y del cuello.
- Coloque paralela a la espalda una almohada que mantenga la alineación corporal y libere el hombro sobre el que se apoya el paciente desplazándolo hacia delante.
- Coloque entre las piernas una almohada desde la ingle hasta el pie. Así se consigue una posición oblicua de 30 ° o de decúbito lateral parcial, lo cual evita la presión sobre el trocánter que se apoya en la cama.
- Los brazos, flexionados ligeramente, apoyando el brazo y la mano superiores sobre una almohada y los inferiores (que se apoyan en la cama) sobre la almohada de la cabeza.



Cambio de posición en prono:

La posición recomendada es la del nadador, es decir la extremidad superior extendida hacia adelante, la cabeza lateralizada en contra de la extremidad extendida y la extremidad inferior del mismo lado elevada por sobre la superficie de la cama. Se alternará la extensión de la extremidad superior, la cara de lateralización de la cabeza y la elevación de la extremidad inferior, evitando colocar al individuo sobre un área con eritema siempre que sea posible.

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA 1960-2013	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 17 de 31
		Fecha: julio 2023

Dicha actividad debe realizarse al menos cada dos horas y debe contar siempre con el apoyo de personal suficiente para garantizar que la acción no perjudique otros aspectos de la atención de estos pacientes, como puede ser la extubación involuntaria o el retiro accidental de dispositivos. Instalación de almohadas o trazos de esponjas cubiertas con material lavable adaptadas para alternar los puntos de apoyo, que aún con el cambio de posiciones se mantienen con presión permanente: se instala una almohada en la frente del paciente, para liberar presión sobre ojos, nariz y orejas. Una segunda almohada en el tórax superior lo que favorece el giro de la cabeza y de los dispositivos. Una tercera almohada irá a nivel de la cadera, lo que permite liberar genitales. Por último, se instala una almohada en los pies, permitiendo liberar la presión sobre ortijos. Estas almohadas deben ser instaladas alternadamente cada dos horas.

Reposicionamiento neonatal


- Mantener en todo momento una posición de línea media, flexionada, contenida y cómoda, utilizando elementos o dispositivos de apoyo para el posicionamiento.
- La postura nunca deberá tener una contención restrictiva, pues eso impide los movimientos y sensaciones táctiles. Siempre debe dejar libre sus manos para que puedan estar cerca de su cara y boca.
- Realizar cambios de posición por horario según norma, asegurando liberar especialmente la presión en la zona occipital.
- Independiente de la postura, el ángulo de inclinación de la cabecera, de incubadora o cuna deberá ser elevada unos 30°. Además, debe darse apoyo a la planta de los pies en una superficie firme pero flexible, para permitir un estímulo sensible positivo o que proporcione una sensación de seguridad.
- Mantener la superficie sobre la que descansa el RN, libre de objetos que pudieran causar daño.
- Vigilar la presión que ejercen los dispositivos en la piel del RN al momento de reposicionar

Reposicionamiento en casos en especiales:

En pacientes críticos inestables o aquellos que por su patología no puedan o no toleren los cambios posturales o como complemento de cambios posturales habituales, se debe utilizar la técnica de **reposicionamiento alternativo** para alivios de puntos de presión, que implica una descarga que redistribuye y alivia la presión directa sobre las prominencias óseas, se realiza utilizando técnicas de manipulación manual y equipos que reduzcan la fricción y el cizallamiento. esta técnica se puede coadyuvar con la aplicación de otras medidas preventivas asociadas al cuidado de la piel como el uso de los ácidos grasos hiperoxigenados.

6.6 Consideraciones

1. Se deberá re-evaluar el riesgo de LPP del paciente frente al cambio de situación, independiente de la periodicidad establecida según riesgo, como:
 - Isquemia de cualquier origen.
 - Pérdida de sensibilidad o movilidad por patología.
 - Post operados de Cirugía de > de 2 horas o pacientes post operados con indicación de reposo absoluto por 24 horas.
 - Pacientes sometidos a pruebas diagnósticas o terapéuticas con indicación de reposo en cama por 24 horas o más.

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA FUNDACIÓN	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 18 de 31
		Fecha: julio 2023

- Alteración de conciencia.
2. A todo paciente trasladado dentro de la misma institución a otro servicio se le deberá revisar el “Instrumento de Valoración de Riesgo de Úlceras Por Presión” y seguir con las medidas de prevención indicadas, reevaluar de acuerdo a protocolo.
 3. Frente a la sospecha de infección, las guías internacionales recomiendan determinar la carga microbiana de la LPP mediante biopsia tisular o frotis para cultivo semicuantitativo y microscopía. Se sospechará infección cuando se observen los siguientes elementos clínicos: cicatrización retrasada, rotura/dehiscencia de lesiones, aumento de tamaño y/o profundidad, tejido necrótico, tejido de granulación friable, tunelizaciones o puentes en el lecho de la herida, aumento del dolor, mal olor, aumento o cambio en la naturaleza del exudado, aumento del calor en el tejido alrededor de la ulcera

6.7 Registros

La aplicación de cada Escala se registrará en hoja “Instrumento de Valoración de Riesgo de Lesiones Por Presión”. Esta quedará archivada en la ficha clínica del paciente (**Anexo N° 6, 7, 8 y 9**).

El resultado de la valoración del riesgo se traspasará a la hoja diaria de enfermería, y las medidas preventivas se planificarán en la hoja diaria de enfermería.

En el caso de la Escala ELPO quedará registrada en la misma Escala, el nivel de riesgo y las medidas preventivas.

7. Criterios de Calidad:

Para fines de evaluación de calidad, se medirá la aplicación de medidas específicas de prevención de LPP, es decir:

- Uso de superficies de apoyo que alivien la presión (colchón antiescaras disponible en la institución).
- Cambios posturales cada 3 horas.
- En pacientes considerados de mediano y alto riesgo de LPP a través de pauta de supervisión (**Anexo N° 10**).


Para aplicar la pauta de supervisión se evaluará la presencia de colchón antiescara en el paciente y de los registros de cambios posturales efectuados. Se considera que se cumple con la aplicación de medidas de prevención específicas cuando se cumple con todos los ítems de la pauta, en caso contrario no cumple.

8. Flujograma

N/A

9. Distribución

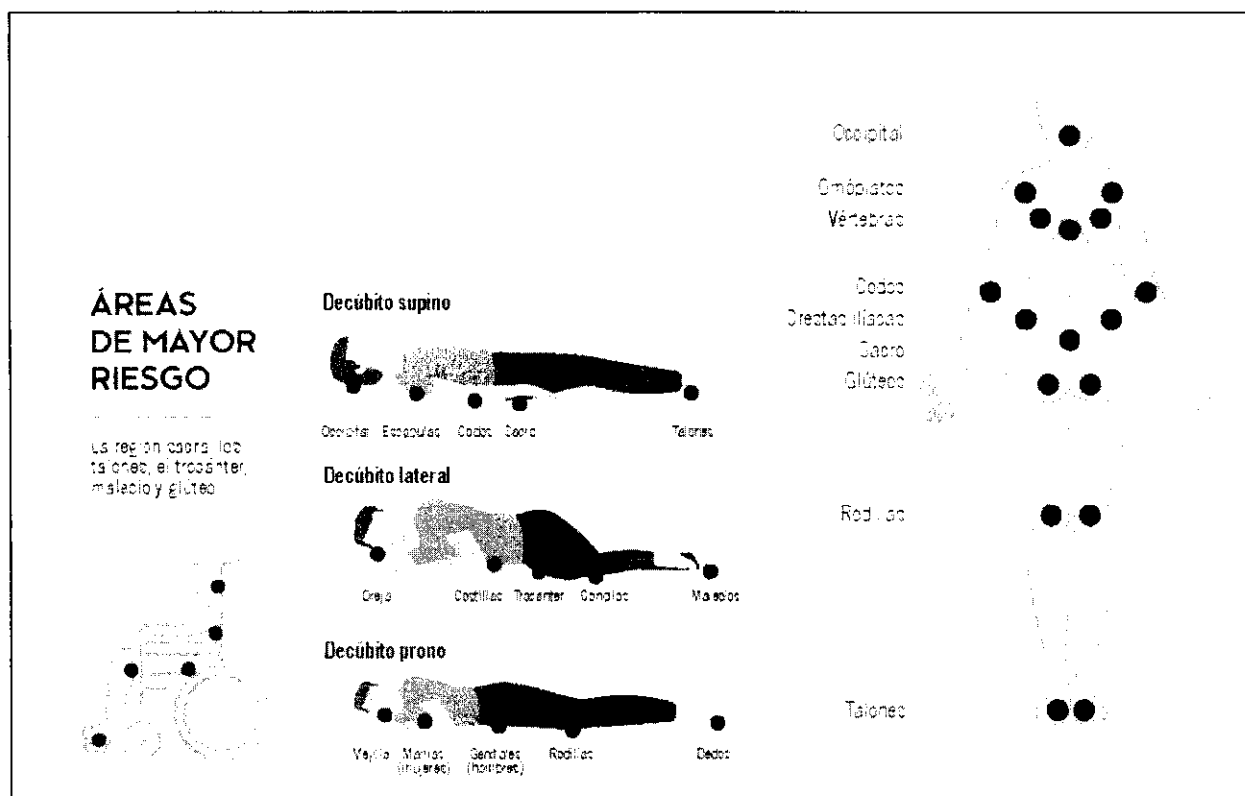
- Dirección
- CC Bloque Médico Quirúrgico
- CC Unidad de Tratamientos Intermedios
- CC Unidad de Cuidados Medios
- CC Pediatría
- CC Obstetricia
- CC Neonatología
- CC Emergencia Adulto Infantil
- CC Nutrición Clínica
- Subdirección de Gestión del Cuidado de Enfermería


	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
		Página 19 de 31
		Fecha: julio 2023

- Gestión de Matronería
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Oficina calidad y seguridad del paciente

10. Anexos

Anexo Nº 1 Áreas de mayor presión según posición



 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña		Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión		Edición: quinta
			Página 20 de 31
		Fecha: julio 2023	

Anexo N° 2: ESCALA DE VALORACION DE BRADEN (adultos)


Escala de Significación

<p>PERCEPCION SENSORIAL Capacidad de reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. Completamente limitada Al tener disminuidos el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agitándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>2. Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante gemidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestia en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p>4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p>HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a humedad por sudoración, orina; etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</p>	<p>2. A menudo húmeda La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa se debe cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>
<p>ACTIVIDAD Nivel de actividad física</p>	<p>1. Encamando Paciente constantemente encamado.</p>	<p>2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y o necesita ayuda para pasar a una silla, o una silla de ruedas.</p>	<p>3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda durante el día, pero en distancias cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en la silla.</p>	<p>4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo</p>
<p>MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p>1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de una extremidad.</p>	<p>2. Muy limitada Ocasionalmente efectuó ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.</p>	<p>3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.</p>	<p>4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>

NUTRICION Patrón usual de ingesta de alimentos	<p>1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente como dos comidas o menos con aporte proteico (come productos lácteos). Bebé pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o están ayunas y o en dieta líquida o sueros más de 5 días.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrece. La ingesta proteica incluye solo tres comidas con carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro comidas al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de las necesidades nutricionales.</p>	<p>4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más comidas de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTANEAS	<p>1. Problemas Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p>2. Problemas potenciales Se mueve muy lentamente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra partes de las sábanas, silla, sistema de sujeción y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>3. No existe problemas aparentemente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

NIVELES DE RIESGO


ALTO RIESGO	Menor o igual a 12 puntos
RIESGO MOEDRADO	13 – 15 puntos
RIESGO BAJO	Mayor o igual a 16 puntos

	Hospital Claudio Vicuña		Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión		Edición: quinta
			Página 22 de 31
			Fecha: julio 2023

Anexo N° 3: ESCALA DE BRADEN Q (para menores de 15 años):

Escala de Significación


		INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LA PRESIÓN			
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo		1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de una extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectuó ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
		ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamando Paciente constantemente encamado.	3. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y o necesita ayuda para pasar a una silla, o una silla de ruedas.	4. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda durante el día, pero en distancias cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en la silla.
PERCEPCION SENSORIAL Capacidad de reaccionar ante una molestia relacionada con la presión		1. Completamente limitada Al tener disminuidos el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agitando) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante gemidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestia en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante gemidos o agitación. O presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
		HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel está constantemente expuesta a humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se debe cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

	Hospital Claudio Vicuña		Código: GCL_2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión		Edición: quinta Página 23 de 31 Fecha: julio 2023

NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	1. Muy Pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos comidas o menos con aporte proteico (como productos lácteos). Bebé pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y o en dieta líquida o sueros más de 5 días. O Albumina <2.5mg/dl.	2. Inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrece. La ingesta proteica incluye solo tres comidas con carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida, o por administración de Nutrición Enteral (SNG) o Nutrición Parenteral (IV).	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro raciones de proteínas al día (carne, pescados o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de las necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de 4 o más comidas de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
	1. Problemas graves La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen una fricción constante sobre la piel.	2. Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda.	3. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra partes de las sábanas, silla, sistema de sujeción y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	4. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.
PERFUSION TISULAR Relleno capilar y oxigenación de los tejidos	1. Extremadamente comprometida Hipotensión (PAM < 50 mmHg., < 40 mmHg en RN) o el paciente no tolera fisiológicamente cambios de posición.	2. Comprometida <ul style="list-style-type: none"> • Normotenso. • Saturación de oxígeno < 95%. • Hemoglobina < 10 mg/dl. • Relleno capilar > 2 segundos • pH sanguíneo < 7.40 	3. Adecuada. <ul style="list-style-type: none"> • Normotenso. • Saturación de oxígeno < 95%. • Hemoglobina < 10 mg/dl. • Relleno capilar 2 segundos • pH normal 	4. Excelente <ul style="list-style-type: none"> • Normotenso. • Saturación de oxígeno > 95%. • Hemoglobina normal • Relleno capilar > 2 segundos • pH sanguíneo normal


NIVELES DE RIESGO

ALTO RIESGO	Puntuación total menor o igual a 16 puntos
RIESGO BAJO	Puntuación de 17 puntos-21 puntos
BAJO RIESGO	Puntaje mayor a 22 puntos

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña		Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión		Edición: quinta Página 24 de 31 Fecha: julio 2023

Anexo N° 4: Escala NSRAS

Condición física generales	Estado Mental	Movilidad	Actividad	Nutrición	Humedad
Muy pobre Edad gestacional ≤ a 28 semanas	1. Completamente limitado No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, no aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de conciencia o sedación	2. Completamente inmóvil No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej.: relajante muscular).	3. Completamente encamado/a En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos	4. Muy deficiente En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	5. Piel constantemente húmeda La piel esta mojada / húmeda cada vez que se mueve o gira el neonato.
Edad Gestacional > a 28 semanas y ≤ a 33 semanas	1. Muy limitado Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca)	2. Muy limitada Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	3. Encamado/a En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	4. Inadecuada Recibe menos de la cantidad optima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos endovenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	5. Piel húmeda La piel esta húmeda con frecuencia, pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos 3 veces al día.
Edad Gestacional > a 33 semanas y ≤ de 38 semanas	1. Ligeramente limitado Letárgico.	2. Ligeramente limitada Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	3. Ligeramente limitada En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Adecuada Alimentación por sonda enteral que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	5. Piel ocasionalmente húmeda La piel esta húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.
Edad Gestacional > a 38 semanas hasta posttérmino.	1. Sin limitaciones Alerta y activo.	2. Sin limitaciones Realizar cambios en la posición del cuerpo, importantes con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).	3. Sin limitaciones En una cuna abierta.	4. Excelente Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.	5. Piel rara vez húmeda La piel esta habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.
Resultado: Riesgo Alto: <13ptos Riesgo Moderado: 13-17ptos Riesgo Bajo: >17ptos					

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>DESARROLLA</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 25 de 31
		Fecha: julio 2023

Anexo Nº 5: Técnica de Aplicación Escala ELPO

- ✓ Para su utilización, el profesional de Enfermería/Matronería debe conocer sus ítems y subítems para agilizar el registro de los scores durante su aplicación en el período intraoperatorio.
- ✓ Se recomienda que la ELPO sea aplicada previo al posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica con la finalidad de facilitar la programación de los recursos preventivos necesarios (en etapa prequirúrgica o en etapa pre anestésica).
- ✓ En la delimitación del score de cada ítem, debe ser considerado el mayor score correspondiente al ítem, por ejemplo, si el paciente fue sometido a anestesia local y sedación, se recomienda clasificarlo en sedación, con puntuación 2 en la escala. Si se requiere posición mixta (Litotomía + Trendelemburg) se debe clasificar con score 5.
- ✓ El ítem tiempo de cirugía debe ser estimado desde el ingreso del paciente al área quirúrgica hasta la indicación de salida (tiempo total de exposición quirúrgica) momento en que se deberá reevaluar y clasificar correctamente (condición de salida).
- ✓ La ELPO debe ser aplicada cada vez que se requiera reposicionar al paciente durante la cirugía (más de un tiempo). En cada oportunidad se debe considerar el tiempo quirúrgico correspondiente a cada posición quirúrgica

H C V	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>ALCALDÍA DE VALDIVIA</small>		Código: GCL 2.2
	Hospital Claudio Vicuña		Edición: quinta
Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión			Página 29 de 31
			Fecha: julio 2023

Anexo N° 9: Instrumento de valoración de LPP por ELPO



"Instrumento de Valoración de Riesgo de LPP" ELPO

Nombre y apellido del Paciente: _____ Fecha de ingreso: _____
 Servicio de Origen: _____ Servicio Traslado: _____ Fecha Traslado: _____


Presencia LPP a ingreso		Eje		A	B	C	D	E	F	G
Si	No	Tipo de posición quirúrgica		Tiempo de cirugía	Tipo de anestesia	Superficie de soporte	Posición de los miembros	Comorbilidades	Edad del Paciente	
		1	Litómica	Superior a 6 hrs	General + regional	En uso de soporte o soportes rígidos sin acolchado o pielemas estrechas	Elevación de las rodillas >90° y apertura de los miembros inferiores >90° o apertura de los miembros superiores >90°	LPP o neuropatía previamente diagnosticada o trombosis venosa profunda	>50 año	
		2	Prona	Superior a 6 hrs	General	Cochón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes hechos de algodón	Elevación de las rodillas >90° o apertura de los miembros inferiores >90°	Obesidad o Desnutrición	Entre 70 y 79 años	
		3	Trendelenburg	Superior a 2 hrs hasta 4 hrs	Regional	Cochón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de espuma	Elevación de las rodillas	Diabetes Mellitus	Entre 60 y 69 años	
		4	Lateral	Superior a 1 hrs hasta 2 hrs	Sedación	Cochón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de viscoelástico/gel	Apertura	Enfermedad vascular	Entre 40 y 59 años	
		5	Supina	Hasta 1 hora	Local	Cochón de la mesa quirúrgica de viscoelástico + cojinetes de viscoelástico/gel	Posición anatómica	Sin comorbilidades	Entre 18 y 39 años	

Resultado: Riesgo Alto: ≥ 20puntos Riesgo Bajo: 7-19puntos

Aplicación Escala de ELPO

A	B	C	D	E	F	G	Total
Nivel de Riesgo							
Nombre Evaluator							

Medidas Preventivas Indicadas:


 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Edición: quinta
		Página 30 de 31
		Fecha: julio 2023

Anexo N° 10

PROCESO: Cumplimiento de medidas de prevención de UPP			
Nombre y Apellido Observador:			
Servicio Clínico:		Fecha	

N°	Criterios a evaluar	Se constata cumplimiento de medidas de prevención			
		Efectúa cambios posturales cada 3 horas		Uso de colchón Antiescara	
		SI	NO	SI	NO
1	Nombre y apellido paciente				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Comentarios: _____

 HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	Hospital Claudio Vicuña	Código: GCL 2.2
		Edición: quinta
	Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión	Página 31 de 31
		Fecha: julio 2023

Anexo N° 11

RECOMENDACIONES DE ASEO Y DESINFECCIÓN DE COLCHÓN ANTIESCARAS VISCOELÁSTICO

Cuidados en su uso diario:

- El colchón debe mantenerse siempre con su funda original, herméticamente cerrada.
- La cara suave y acolchada es la que va hacia el paciente.
- Para que el colchón mantenga su funcionamiento óptimo no debe sufrir pinchazos ni cortes, de lo contrario pierde la hermeticidad.

Aseo y desinfección:

- El aseo debe realizarse con amonio cuaternario Quick Fill según protocolo local. Limpiar con solución y luego enjuagar con agua. Siempre se debe enjuagar con agua, de lo contrario la funda pierde su función aislante.
- En caso de aseo terminal por *Clostridium difficile*, se debe realizar aseo con cloro en dilución hasta 5 mil partes por millón, según protocolo local. Siempre enjuagar con abundante agua para eliminar los residuos de cloro.

11. Formulario de Control de Cambio

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma