

EJÉRCITO DE CHILE
COMANDO DE SALUD
Hospital Militar de Santiago



PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADOS

2018 – 2023

Departamento de Enfermería

Ámbito:
Gestión Clínica

Verificador:

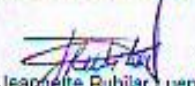
GCL 2.2 Prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales. Lesión por presión.

Elaborado por:

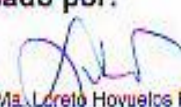

Regina Mella Escobar
Enfermera Clínico Adm. Cirugía


Ana Ortega Hernández
Enfermera Jefe Pediatría


Carolina Becerra Ramírez
Enfermera Jefe Pabellón


Jeannette Rubilar Luengo
Enfermera Jefe UPC

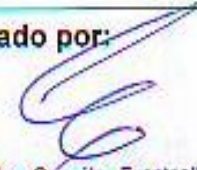
Revisado por:


Ma. Loreto Hoyuelos Parra
Matrona Jefe
Ginecología y Obstetricia


Ma Paz Masafiero González
Enfermera
Jefe Departamento Enfermería


Dr. Mario Queda Meneses
Jefe Departamento de Calidad

Aprobado por:


Jaime González Fuentealba
Coronel (OSS)
Director Médico


Juan Eduardo Durruty Ortúzar
General de Brigada
Director General

Fecha: 16 MAY 2018

Fecha: 16 MAY 2018

Fecha: 16 MAY 2018

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	1/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

1. Índice

Objetivo, alcance, referencias	Pág. 2
Desarrollo:	
Prevención de LPP en Pacientes Adultos y Pediátricos Hospitalizados	Pág. 6
Medidas generales.	
Medidas para pacientes Adultos y Pediátricos de “Bajo Riesgo”	Pág. 8
Medidas para pacientes Adultos y Pediátricos de “Riesgo Moderado” y “Alto riesgo”	Pág. 8
Educación	Pág. 9
En resumen	Pág. 9
Prevención de LPP en Pacientes Neonatos Hospitalizados	Pág. 10
Medidas Generales.	
Medidas para Pacientes Neonatos en “Riesgo Bajo”	Pág. 10
Medidas para Pacientes Neonatos en “Riesgo Medio”	Pág. 10
Medidas para Pacientes Neonatos en “Riesgo Alto”	Pág. 11
Prevención de LPP en Pacientes en Pabellón Quirúrgico	Pág. 11
Material necesario	Pág. 12
Procedimiento	Pág. 12
Escala evaluación BRADEN Servicio de Pabellón adulto	Pág. 13
Escala evaluación NORTON Servicio de Pabellón pediátrico	Pág. 14
Recomendaciones	Pág. 14
Vigilancia de Eventos Adversos	Pág. 14
Responsabilidades	Pág. 14
Distribución	Pág. 15
ANEXOS	
Nº 1 Distinción entre DAI y LPP	Pág. 16
Nº 2 Flujograma de las LLP	Pág. 17
Nº 3 Escala de Braden por Trak	Pág. 18
Nº 4 Escala de Braden	Pág. 19
Nº 5 Definición de términos escala de Braden	Pág. 20
Nº 6 Notificación de LPP en Trak	Pág. 22
Nº 7 Escala de NORTON por sistema Trak	Pág. 23
Nº 8 Escala de Norton	Pág. 24
Nº 9 Pauta de Valoración Riesgo LPP Pacientes Neonatales	Pág. 25
Nº 10 Escala de Braden Q aplicada en Neonatología	Pág. 26

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	2/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

2. Objetivo:

Establecer criterios de acción en la prevención de lesiones por presión, en pacientes adultos, pediátricos y neonatos, hospitalizados en el Hospital Militar de Santiago.

3. Alcance:

Este protocolo se aplicará en todos los pacientes adultos, pediátricos y neonatos, que ingresen a las diferentes unidades de hospitalización del HMS.

4. Referencias:

- Documento Preliminar PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADOS. HMS, 2013-2017, ed. 2. Cód. 50002/10/02.
- Protocolo de Prevención y Manejo de Úlceras por Presión (UPP) Mayo, 2009. Complejo Hospitalario Dr. Sótero de Río, Chile. <http://www.supersalud.gob.cl>
- Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería, 3ª Edición, 2003 Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
- Protocolo de Cuidados en Úlceras por Presión. Dirección de Enfermería. Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, 1999.
- Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Subdirección Asistencial de Enfermería, Servei de Salut de les illes Balears. 2007. España. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). <http://www.gneuapp.es>.
- Úlceras por presión: Etiopatogenia. <https://www.ulceras.net/monografico/109/97/ulceras-por-presion-etipatogenia.html>
- Ministerio de Salud. Úlceras por presión: Prevención, tratamiento y cuidados de enfermería. Santiago, MINSAL; 2015.
- Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. MINSAL, Marzo 2009.
- www.woundsinternational.com/media/other-resources/_/1154/.../iad_es_finalweb.pdf
- http://www.valledellili.org/sites/default/files/files/11_LESIONESPORDISPOSITIVOSUNPROBLEMADESALUDENELSIGLOXXIQUEREEXIGESOLUCIONESDELSIGLOXXI.pdf
- woundsinternational. PRINCIPIOS PARA LAS MEJORES PRÁCTICAS. "Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) Avanzando en prevención.
- (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne & Ruby, 1988; Braden and Bergstrom, 1994; García-Fernández, Pancorbo-Hidalgo, & Agreda, 2014; Kring, 2007).

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	3/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

- Protocolo de Estandarización de Registros Clínicos. HMS. 2018–2023. Ed. 3, cód. REG-02/CMED/01.

5. Glosario de términos:

- **Lesión o Ulceras por Presión (LPP/UPP):** Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes, producida por presión prolongada o por fricción entre una superficie externa y un plano óseo o cartilaginoso. **Se usará preferentemente el termino Lesión por Presión (LPP).**
- **LPP Estadio I:** Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración) y/o sensaciones (dolor, escozor).
- **LPP Estadio II:** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- **LPP Estadio III:** Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.
- **LPP Estadio IV:** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.
- **Skin Tears:** Herida causada por cizallamiento, fricción, y/o golpe que da como resultado una separación de las capas de la piel. Se forma un colgajo/desgarro de piel debido a que se separan las distintas capas que conforman la piel, principalmente se puede observar en pacientes de edades extremas, de piel seca y frágil, y con equímosis.
- **DAI:** Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) describe el daño cutáneo asociado a la exposición a la orina o las heces. Provoca molestias considerables y puede resultar difícil y laboriosa de tratar. La DAI se conoce también como «dermatitis perineal», «dermatitis del pañal» y está incluida en un grupo más amplio de afecciones cutáneas que se conocen como «lesiones de la piel asociadas a la humedad», distingue los problemas cutáneos que aparecen directamente a partir del contacto con la orina o las heces provocado por la incontinencia derivada de otras condiciones y porque reconoce que esta dolencia puede afectar zonas distintas de la zona perineal y a personas de cualquier

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	4/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

edad. La DAI supone una alteración de la función de barrera normal de la piel que desencadena la inflamación. Los principales mecanismos implicados son la hidratación excesiva de la piel y el aumento del pH.

Las intervenciones fundamentales para prevenir y manejar las DAI son:

- Manejo de la incontinencia.
 - Aplicar régimen estructurado para el cuidado de la piel (limpiar y proteger)
- **Fricción:** (fuerza de fricción): “Resistencia al movimiento en dirección paralela con relación al límite común entre dos superficies, como cuando se arrastra la piel sobre una superficie” (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).
 - **Cizallamiento:** El término se refiere a una fuerza paralela a la superficie de la piel, combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente. (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, p. 18)
 - **Lesión por dispositivos:** Lesión localizada en la piel o tejidos subyacentes asociada a la presión sostenida que ejerce un dispositivo médico (diagnóstico o terapéutico) directamente debajo del dispositivo diagnóstico o terapéutico o en las zonas de inserción de los dispositivos. Generalmente ocurren en zonas sin o con poco tejido adiposo. Tienden a evolucionar rápidamente y suelen verse agravadas por exudado, secreciones, diaforesis, adhesivos, rigidez e inelasticidad de los dispositivos, sistemas de inmovilización/fijación, retirada de los sistemas de fijación.
 - **Superficies de Alivio de Presión:** Consiste en la disminución o eliminación de los niveles de presión en los puntos de contacto del paciente con la superficie de apoyo. Estos mecanismos de alivio de la presión reducen el nivel de presión en los tejidos blandos por debajo de la presión de oclusión capilar, eliminando en algunos casos, la fuerza de fricción y cizallamiento. Tales como colchones de aire, espuma viscoelástica, posicionadores de gel y almohadas de espuma.
 - **Escala de Valoración de Riesgo de LPP:** Es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. En el presente protocolo, se utilizan las siguientes:
 - **Escala de Norton:** desarrollada en 1962 en Reino Unido, por Norton y colaboradores, en el curso de una investigación sobre pacientes geriátricos. Es una escala validada que

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	5/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

considera 5 parámetros, estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico (Anexo nº 6).

- **Escala de Braden:** Desarrollada en 1985, en EE.UU, en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitario, como intento de dar respuesta a algunas limitaciones de la Escala de Norton. Es una escala validada que consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas (Anexos Nº 3 y 4).
- **Escala de Braden Q:** Es una escala desarrollada en 1996, por Quigley y Curley, EEUU, para pacientes pediátricos, a partir de la escala de Braden de adulto. Mantiene los seis factores de la escala de Braden de adulto, y añade otro factor: oxigenación y perfusión tisular con cuatro estados posibles (Anexo Nº 9).
- **Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO):** Moléculas de naturaleza lipídica que forman parte de fosfolípidos y glucolípidos e intervienen en diversas funciones biológicas. Algunos ácidos grasos desarrollan una función reguladora, ya que son precursores de las prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos, moléculas con una gran actividad biológica que intervienen en la regulación y el control de numerosos procesos vitales, como son la respuesta inflamatoria, la regulación de la temperatura corporal y los procesos de coagulación sanguínea. Esta función reguladora hace que participen de manera directa en las cuatro fases del proceso de cicatrización cutánea: coagulación sanguínea, inflamación, formación de nuevo tejido y remodelación tisular
- **Espuma Hidrofílica:** Considerado parche de espuma de poliuretano moldeable cubierta de una película altamente transpirable a modo de protección de la piel, ya que establece un equilibrio entre la absorción y evaporación. No contiene látex.
- **Colchón de prevención de LPP:** Dispositivos de alivio de presión con superficie especial conformada por celdas de aire que se inflan y desinflan secuencialmente y alivian la presión en diferentes sitios anatómicos durante periodos cortos; pueden incorporar o no, un sensor de presión. Al igual que los colchones de flotación o visco elásticos, colchón cuyo núcleo está formado por un bloque inferior de una espumación de alta resistencia combinado en su parte superior con una plancha de visco elástico.
- **Evaluación Nutricional:** Acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo, según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	6/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales.

6. Desarrollo:

Consideraciones Generales

- Todo paciente que ingresa a hospitalización, por el servicio de urgencia, adulto o pediátrico, será evaluado y registrado en el respectivo ingreso de enfermería, el estado de la piel. En caso de presentar LPP, se realizará la notificación correspondiente.
- Toda valoración y ejecución de alguna tarea realizada, deberá quedar registrada en ficha clínica del paciente, de acuerdo a protocolo de Estandarización de Registros Clínicos del HMS, independiente desde donde ingrese.

6.1 Prevención de LPP en Pacientes Adultos y Pediátricos Hospitalizados Medidas generales

E.U. = Enfermera/Matrona AE = Auxiliar de Enfermería

Responsable	Acción
EU	Mediante observación clínica e inspección visual del paciente, valorar condiciones de la piel al ingreso a la unidad y posteriormente en cada turno, respecto a: - Riesgo o presencia de DAI - Riesgo o presencia de lesiones por dispositivos clínicos - Riesgo o presencia de LPP, a través de las escalas: • En Adulto: Utilizando la "Escala de Braden" disponible en TRAK (Anexo N° 2). • En Pediatría: Utilizando la "Escala de Norton" disponible en TRAK (Anexo N° 6). - Riesgo o presencia de lesiones cutáneas laceradas (Skin Tears)
AE	Pesar y medir al paciente a su ingreso, de acuerdo a condiciones físicas y/o clínicas.
Nutricionista	Evaluar el riesgo de presentar Malnutrición aplicando tamizaje nutricional según "Método de Tamizaje de Ferguson" (MTF). Dentro de las primeras 48 hrs. hábiles de la fecha de ingreso del paciente. Registrar resultado de tamizaje de MTF en Registro Clínico Electrónico Adulto/Infantil (RCE) en ficha electrónica TRAK.
EU	Cada vez que las condiciones médicas del paciente varíen , ejemplo, intervención quirúrgica prolongada > de 6 horas, y/o cambios en condición neurológica, se deberá reevaluar el nivel de riesgo , registrar y aplicar las medidas correspondientes. - Si al ingreso a la Unidad, el paciente presenta una LPP, la Enfermera clasificará

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	7/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

	la LPP según estadio, y notificará la lesión en formulario de notificación de LPP disponible por sistema TRAK (Anexo N° 5). Clasificando al paciente como de alto riesgo por ingresar con a lo menos una LPP. - En este caso, se debe: - Realizar valoración de la herida en cuestionario de TRAK. - Tomar conocimiento del paciente y/o familiar responsable (tutor), bajo firma. - LPP grado III y IV, en lo posible serán curadas por enfermera clínico-administrativa, de manera de mantener seguimiento y continuidad en la evolución de esta.
--	---

En el contexto de lo anteriormente descrito y sin distinguir del riesgo en que ha sido categorizado el paciente, se deberán aplicar las siguientes **Medidas Generales de Prevención**:

Responsable	Acción						
EU - AE	- Diariamente y en cada turno, evaluar el estado de la piel, en especial prominencias óseas, zonas expuestas a la humedad, zonas muy secas, zonas en contacto con dispositivos, etc. Especialmente de pacientes con mediano y alto riesgo de LPP. Dejar registro de la evaluación en ficha clínica. - Favorecer la levantada precoz y, si las condiciones del paciente lo permiten, estimular la actividad y movilidad. - Mantener el alineamiento corporal, la distribución de peso y el equilibrio del paciente, ya sea sentado o acostado. En decúbito lateral, posicionar al paciente en un ángulo que no sobrepase los 30°, cuando su condición lo permita, para evitar apoyar directamente el trocánter y evitar cizallamiento al movilizarlo. En posición supina dejar cabecera en 30 grados y talones en alto, evitando pie equino y manteniendo rodillas levemente flexionadas. - Valorar y proteger la piel de lesiones por dispositivos médicos o exudados, con elementos que alivien los puntos de presión o sirvan como barrera cutánea. - Rotar zonas de fijación de los dispositivos médicos a lo menos cada 12 horas. Use espumas para proteger la piel bajo los dispositivos médicos como sondas de oxígeno, sonda nasogástrica, drenajes, tubo endotraqueal y traqueostomías. Usando protectores cutáneos previos a la instalación de cintas adhesivas en pacientes con piel frágil o bien uso de coloides, procurando una adecuada técnica al retirarlas.						
	<table> <tr> <th></th><th>SI realizar</th><th>NO realizar</th></tr> <tr> <td>Movilización del paciente</td><td> • La movilización debe hacerse usando sábana auxiliar de soporte, colocándola a nivel del tercio medio del paciente. Según diagrama de rotación </td><td> • No Movilización por arrastre. • No recostar sobre una lesión que no cede. </td></tr> </table>		SI realizar	NO realizar	Movilización del paciente	• La movilización debe hacerse usando sábana auxiliar de soporte, colocándola a nivel del tercio medio del paciente. Según diagrama de rotación	• No Movilización por arrastre. • No recostar sobre una lesión que no cede.
	SI realizar	NO realizar					
Movilización del paciente	• La movilización debe hacerse usando sábana auxiliar de soporte, colocándola a nivel del tercio medio del paciente. Según diagrama de rotación	• No Movilización por arrastre. • No recostar sobre una lesión que no cede.					

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	8/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

		(reloj de cambio de posición), cada 2 horas en paciente de alto y mediano riesgo de LPP	
	Prominencias óseas	Proteger prominencias óseas, se recomienda el uso de superficies de alivio de presión como cojines, almohadas y espumas hidrofílicas.	- No permitir contacto directo entre prominencias óseas. - No usar guantes rellenos con agua.
	Prohibido - Uso de dispositivos tipo anillo (picarones), por el alto riesgo de úlceras en corona circular. - Masajes en prominencias óseas - Friegas con alcohol sobre la piel (colonias, perfumes).		
AE	- Lavar la piel con agua tibia y jabón Ph 5.5. Secar sin friccionar y tener especial cuidado en los pliegues. Aplicar lociones humectantes, de forma programada, de manera de mantener intacta la barrera cutánea. Dejando registro en TRAK. - Realice cambio de pañal cada 4 horas o las veces que sea necesario usando barreras cutáneas, en pacientes con riesgo de desarrollar DAI. - Mantener ropa de cama limpia, seca y sin pliegues. En Pediatría, además, sugerir a los padres traer pijamas y ropa interior de algodón para los niños. - Asistir en la alimentación del paciente que lo requiere. - Rotar sensor de saturación en cada control.		

6.1.1 Medidas para pacientes Adultos y Pediátricos de “Bajo Riesgo”

Se aplican las medidas generales más:

Responsable	Acción
EU.	Reevaluar y registrar el riesgo de LPP cada 7 días.
AE	- Asistir baño en caso necesario cada 24 horas y SOS. - Utilice jabón pH 5.5 - Realizar cambio ropa de cama según necesidad.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	9/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

6.1.2 Medidas para pacientes Adultos y Pediátricos de “Riesgo Moderado” y “Alto Riesgo”

Se aplicarán las medidas generales más:

Responsable	Acción
AE	- Realizar baño y/o asistir cada 24 horas y SOS. - Diagrama de rotación (reloj de cambio de posición), y estirar ropa de cama cada 2 horas. (Ajustar tabla). - Cambiar ropa de cama según necesidad del paciente, incluyendo secado de colchón en caso necesario. - En pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal, revisar pañal cada 2 horas y cambiar cada vez que sea necesario. - Utilice Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO) en zonas de riesgo como codos y talones cada 8 horas en paciente de alto riesgo y cada 12 en pacientes de mediano riesgo. En pediatría las actividades de prevención de LPP, pueden ser realizadas por el adulto que acompaña al niño, bajo supervisión del auxiliar de enfermería.
EU – AE	- Uso de colchón anti escaras o superficies de alivio de la presión según programación. - Verificar acolchado de férulas - Valorar y registrar el estado de la piel, una vez por cada turno. - Levantar a sillón, a pacientes de Alto Riesgo entre 1 a 2 horas con uso de cojín en zonas de apoyo. En pacientes de Riesgo Moderado mantener levantado entre 2 y 4 horas.
EU.	- Supervisar los cambios de posición y registros, según lo planificado. - Reevaluar y registrar el riesgo de LPP cada 4 días.

6.1.3 Educación:

Educar al paciente y/o familia desde el ingreso al HMS, para lograr prevención efectiva y asegurar la continuidad de los cuidados en el hogar.

- Valorar la capacidad del paciente para participar en autocuidado.
- Involucrar en los cuidados a la familia desde el ingreso al hospital

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	10/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

6.1.4 En resumen:

Las principales tareas asociadas a la prevención de LPP en paciente adulto y pediátrico según la evaluación del riesgo, se presentan en el siguiente cuadro:

	PACIENTE	CLASIFICACION	BAÑO	CAMBIO ROPA CAMA	CAMBIO de POSICION o ALIVIO PUNTOS APOYO	CAMBIO PAÑAL	COLCHÓN ANTIESCARAS o SUPERFICIE ALIVIO PRESIÓN	REEVALUACION del RIESGO
1	ADULTO	BAJO RIESGO	CADA 24 HRS.	Según necesidad				CADA 7 DÍAS Y PRN
		MEDIANO y ALTO RIESGO	CADA 24 HRS Y SOS	Según necesidad	CADA 2 HRS.	CADA 4 HRS.Y SOS	SI	CADA 4 DIAS
2	PEDIATRIA	BAJO RIESGO	CADA 24 HRS.	Según necesidad				CADA 7 DÍAS Y PRN
		MEDIANO y ALTO RIESGO	CADA 24 HRS Y SOS	Según necesidad	CADA 2 HRS.	CADA 4 HRS. Y SOS	SI	CADA 4 DIAS

6.2 Prevención de LPP en Pacientes Neonatos Hospitalizados: Medidas Generales.

En el Servicio de Neonatología, se evaluará a todos los pacientes que ingresen al Servicio, haciendo uso de la pauta de “Valoración Riesgo LPP Pacientes Neonatales” (Anexo N° 7), la cual está basada en la escala de BRADEN Q (Anexo N° 8).

La matrona de Neonatología será responsable de aplicar la pauta al neonato y programar las actividades que correspondan, según el riesgo evaluado.

La reevaluación del riesgo se realizará cada vez que las condiciones del neonato varíen o según programación asociada al riesgo evaluado.

6.2.1 Medidas para Pacientes Neonatos en “Riesgo Bajo”

AE: Auxiliar de Enfermería MAT: Matrona

Responsable	Acción
AE	- Realizar aseo corporal y lubricación de piel cada 24 horas. - Cambio de ropa de cama cada 24 horas. - Cambio de posición y estirar ropa de cama cada 6 horas. - Cambio de pañal cada 4 horas. y SOS
MAT - AE	- Diariamente y en cada turno evaluar y registrar el estado de la piel.
MAT	Reevaluar y registrar el riesgo cada 7 días.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	11/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

6.2.2 Medidas para Pacientes Neonatos en “Riesgo Medio”

Responsable	Acción
AE	- Realizar aseo corporal y lubricación de piel cada 12 horas. - Cambio de ropa de cama cada 12 horas o antes según necesidad.
AE	- Realizar aseo corporal y lubricación de piel cada 12 horas. - Cambio de ropa de cama cada 12 horas o antes según necesidad. - Cambio de posición y estirar ropa de cama cada 3 o 4 horas, según horario de atención indicada por el médico. - Cambio de pañal cada 3-4 horas o antes según necesidad.
MAT - AE	Evaluación continua (en cada atención) y registro del estado de la piel cada 12 horas.
MAT	- Cambio de posición del sensor de oximetría cada 3-4 horas. - Evaluar uso de coloides antes de usar cintas adhesivas. - Evaluar uso de coloides o Tegaderm en zona expuesta a presión. - Reevaluar y registrar el riesgo cada 4 días.

6.2.3 Medidas para Pacientes Neonatos en “Riesgo Alto”

Responsable	Acción
MAT	- Realizar aseo corporal y lubricación de piel cada 12 horas. - Cambio de ropa de cama cada 12 horas o antes según necesidad. - Cambio de posición y estirar ropa de cama cada 3-4 horas, según horario de atención. - Cambio de pañal cada 3-4 horas o antes según necesidad. - Cambio de posición del sensor de oximetría cada 3-4 horas.
MAT - AE	Evaluación continua y registro del estado de la piel mínimo cada 12 horas.
MAT	- Colocar colchón de agua en paciente prematuro extremo y/o neurológico. - Colocar picarón de algodón en cabeza. - Evitar contacto de la piel con drenajes, conectores, bajadas de suero, sondas, llaves de tres pasos y otros elementos. - Uso de coloides antes de usar cintas adhesivas. - Uso de coloides o Tegaderm en zonas expuestas a presión. - Reevaluar y registrar el riesgo cada 24 horas.

6.3 Prevención de LPP en Pacientes en PABELLÓN QUIRÚRGICO:

Todos los pacientes en el intra operatorio cumplen con a lo menos uno de los siguientes criterios:

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	12/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

- Percepción sensorial alterada durante el proceso de anestesia.
- Inmovilidad o disminución motora.
- Condición de ayuno prolongado (considerar paciente DM entre otros)
- Alteración de la eliminación urinaria y fecal.
- Posicionamiento único prolongado.
- Presión mantenida en sitios establecidos según posición quirúrgica por periodos prolongados.

Es por los antecedentes ya descritos, que las escalas de evaluación conocidas universalmente no cumplen en su totalidad con los criterios a evaluar en un Pabellón. Ante esta necesidad, se agrega a las escalas de evaluación en uso en el HMS, **Escala de Braden en pacientes adultos y Norton en pacientes pediátricos**, el tiempo quirúrgico como factor de riesgo. Cada paciente ingresa al Pabellón evaluado previamente en unidad de origen asociándose los criterios a considerar del Pabellón (PA).

(**BRA**: Evaluación en escala de Braden **PA**: Evaluación asociada en pabellón)

- **Tiempo de intervención quirúrgica (PA)**: Este factor nos entregará las horas aproximadas en que el paciente se mantendrá en una misma posición y sus sitios de apoyos a proteger.
- **Edad del paciente (BRA)**: La calidad de la piel de los pacientes está asociada generalmente a su edad, en edades extremas la calidad de la piel de los pacientes es más frágil y por lo tanto con mayor riesgo de lesionarse.
- **Estado nutricional (BRA)**: Esta variable nos ayudara a identificar en paciente con estado nutricional alterados lugares de eventual riesgo de ulcerarse más fácilmente, por ejemplo, pacientes bajo peso o desnutridos, identificar prominencias óseas con mayor exposición; y pacientes obesos que, a través de la sudoración, pliegues y/o posición quirúrgica, puedan producirle alguna lesión durante la intervención.
- **Incontinencia (BRA- PA)**: Durante el proceso de anestesia los pacientes pueden pasar a ser automáticamente incontinentes, considerar que el uso de dispositivos urinarios puede llegar a lesionar la piel tanto por su fijación, tracción o manejo dentro del pabellón.
- **Regulación de temperatura (PA)**: La temperatura en la piel es un factor importante a considerar al momento de evaluar el riesgo de ulceración, ya sea por fricción por roce o simplemente por presión. Al aplicar fuerza en una piel fría el riesgo de ruptura de fibras capilares aumenta al igual que en pieles húmedas, las que por sudoración tienden a macerarse y producir lesiones. La temperatura ambiente en un pabellón es importante al igual que los cuidados con los calefactores externos o mantas térmicas, cuando estos se requiera.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	13/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

6.3.1 Material necesario:

- Posicionadores de gel.
- Apósito protector.
- Colchón prevención de LPP.
- Ácidos grasos hiperoxigenados:

6.3.2 Procedimiento:

Las actividades a realizar dentro del pabellón en beneficio de la prevención de lesiones de piel en los pacientes, son responsabilidad de la Enfermera clínica de cada pabellón, con la asistencia del personal Técnico (Pabellonera y Aux de anestesia) y Aux de Servicio.

AE: Auxiliar de Enfermería (Pabellonera) **EU:** Enfermería Universitaria **ANE:** Anestesta **AS:** Auxiliar de servicio

Responsable	Acciones
EU	- Aplicar escala de prevención de LPP en pacientes en pre anestesia según características de cada cirugía, identificando riesgos para definir las actividades preventivas a realizar en cada paciente.
EU - AE	- Solicitar insumos para efectuar prevención de LPP de acuerdo a evaluación.
EU – AE – AS	- Aplicar las actividades e implementar dispositivos definidos para cada paciente según evaluación.
EU – AE	- Supervisar el cumplimiento de actividades programadas al inicio y durante el acto quirúrgico. - Registrar estado de la piel al inicio y al finalizar la intervención, así como los insumos preventivos utilizados.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	14/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

6.3.3 Escala de evaluación Servicio de Pabellón Adulto. TIEMPO QUIRURGICO

EVALUACION ESCALA DE BRADEN		< 2 horas Bajo riesgo	2-4 horas Mediano Riesgo	> 4 horas Alto riesgo
	Bajo riesgo > 14 puntos	☐ Posicionadores de gel. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono).	☐ Posicionadores de gel. ☐ Apósito de protección. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono) .	☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono)
	Mediano Riesgo 13 – 14 puntos	☐ Posicionadores de gel. ☐ Apósito de protección. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono)	☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono) .	☐ Ácidos grasos hiperoxigenados. ☐ Apósitos de protección. ☐ Colchón prevención de LPP.
	Alto Riesgo < 13 puntos	☐ Posicionadores de gel. ☐ Apósitos de protección . ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono) .	☐ Ácidos grasos hiperoxigenados. ☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP.	☐ Ácidos grasos hiperoxigenados. ☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP. ☐ Masajes en zonas accesibles.

6.3.4 Escala de evaluación Servicio de Pabellón Pediátrico.

TIEMPO QUIRURGICO

EVALUACION ESCALA DE NORTON		< 2 horas Bajo riesgo	2-4 horas Mediano Riesgo	> 4 horas Alto riesgo
	Bajo riesgo > 14 puntos	☐ Posicionadores de gel. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono).	☐ Posicionadores de gel. ☐ Apósito de protección. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono) .	☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono)
	Mediano Riesgo 12 – 14 puntos	☐ Posicionadores de gel. ☐ Apósito de protección. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono)	☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP. ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono) .	☐ Ácidos grasos hiperoxigenados. ☐ Apósitos de protección. ☐ Colchón prevención de LPP.
	Alto Riesgo 5 - 11 puntos	☐ Posicionadores de gel. ☐ Apósitos de protección . ☐ Evaluación tiempo quirúrgico y posición (Decúbito prono) .	☐ Ácidos grasos hiperoxigenados. ☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP.	☐ Ácidos grasos hiperoxigenados. ☐ Apósito de protección. ☐ Colchón prevención de LPP. ☐ Masajes en zonas accesibles.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	15/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

6.3.5 Recomendaciones:

- La aplicación y cumplimiento de las medidas preventivas será responsabilidad de la Enfermera que realiza la evaluación.
- El manejo de los insumos preventivos y su difusión será responsabilidad de la Enfermera.

7. Vigilancia de Eventos Adversos:

Se lleva a cabo según normativa vigente del HMS "Programa de Vigilancia de Eventos Adversos".

8. Asignación de Responsabilidades:

Auxiliar de Enfermería: Es responsable de conocer el protocolo, ejecutar las actividades de prevención indicadas por el profesional y realizar los registros correspondientes.

Enfermera(o)/Matrona Clínica: Es responsable de conocer y aplicar el protocolo velando por el cumplimiento las medidas generales de prevención dispuestas en este.

Nutricionista Clínico: Es responsable de conocer y aplicar el protocolo velando en lo que respecta a su ámbito de acción.

Enfermera(os)/Matrona Clínica-Administrativa: Es responsable de solicitar los artículos necesarios para realizar la correcta aplicación de la norma y velar por la mantención de éstos.

Nutricionista jefe: Es responsable de dar a conocer y velar por el cumplimiento del protocolo.

Enfermera(o)/Matrona Jefe de Servicio: Es responsable de dar a conocer y velar por el cumplimiento del protocolo, mediante el seguimiento de indicadores disponibles en el Plan de Monitoreo del Servicio e implementación de las mejoras que sean pertinentes. Canalizar la solicitud de los artículos necesarios para la correcta aplicación de la norma. Entregar informe trimestral a la Enfermera Jefe Del Departamento de Enfermería, con el reporte de LPP.

Enfermera/Matrona Jefe de Departamento: Es responsable de velar por el estricto cumplimiento de esta norma, actualizar las modificaciones que en la práctica se precise y gestionar las solicitudes de los artículos necesarios para la correcta aplicación de la norma.

Director Médico:

Es responsable de aprobar las modificaciones al presente protocolo.

Departamento de Calidad: Actúa como organismo rector (orientador, facilitador y contralor), responsable de revisar los documentos normativos y efectuar las coordinaciones pertinentes, a fin de que se apruebe y mantenga vigente una norma consensuada, operativa y ajustada a la reglamentación vigente.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	16/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

9. Distribución:

- Dirección Médica
- Departamento de Calidad
- Departamento de Enfermería (Copia Controlada)
- Depto. Gineco – Obstetricia
- Nutrición
- Intranet

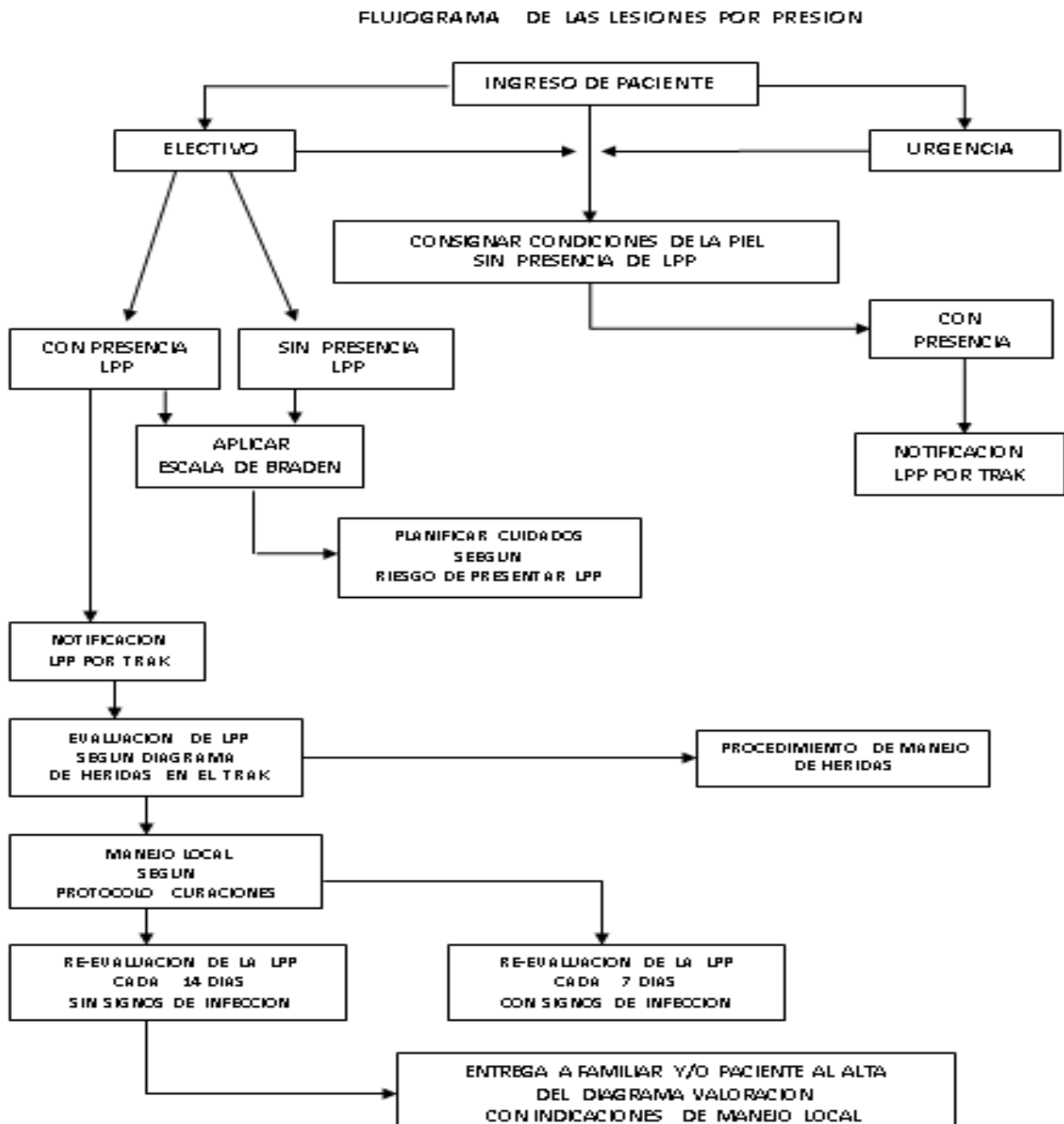
	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	17/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N°1: Distinción entre DAI y LPP.

Parámetro	DAI	LPP
Historia	Incontinencia urinaria o fecal.	Exposición a presión/ cizallamiento.
Síntomas	Dolor, escozar, prurito, hormigueo.	Dolor.
Localización	Afecta al perineo, la zona perigenital, las nalgas, el pliegue interglúteo, las caras interna y posterior de la parte superior de los muslos y la parte inferior de la espalda; se puede extender a las prominencias óseas.	Normalmente en una prominencia ósea o asociada a la colocación de un dispositivo médico.
Formas/ bordes	La zona afectada es difusa con bordes poco definidos/ puede presentar manchas.	O márgenes bien diferenciados.
Presentación/ profundidad	Piel intacta con eritema (blanqueable o no blanqueable), con /sin pérdida superficial y parcial de la piel.	La presentación oscila entre piel intacta con eritema no blanqueable y pérdida total de la piel. La base de la herida puede contener tejido no viable.
Otros	Puede presentar infección cutánea secundaria superficial (ej. candidiasis).	Puede presentar infección secundaria del tejido blando.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	18/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N° 2: FLUJOGRAMA DE LPP



	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	19/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo Nº 3: Escala de BRADEN por sistema TRAK

	Protocolo UPP	Escala de Norton	Valoración Herida
Enfermería	☐ Cuestionario: <u>Escala de Braden</u> ☐ Nuevo		
Enfermería Crítica	ESCALA DE BRADEN		
Ingreso Enfermería	Servicio		
Pediatría Crítica	Percepción Sensorial		
Pediatría M-Q	Movilidad		
Cuestionarios	Actividad		
	Humedad (Sudor - Orina)		
	Nutrición		
Evaluación Piel	Fricción por Roce		
	Puntaje		
Ev. Neurológica...	Riesgo UPP	Reevaluación	
Matrona	Bajo Riesgo: > 14	Cada 7 días	
	Moderado Riesgo: 13 - 14	Cada 3 días	
	Alto Riesgo: < 13	Cada 24 horas	
	Valoración del estado nutricional		
Rehab Cardiovascular	Valoración (EN)		
Documentos / Esquemas	Información a Familia		
Notificación Incidentes	UPP al Ingreso	☐ Si	☐ No
	Notificación	☐ Si	☐ No
Evaluación Riesgo	Información a familiar (Primer Contacto)	☐ Si	☐ No
MANIOBRAS RCP	Nombre del Familiar		
	Nombre Enfermera(o)		
Diálisis Peritoneal	Usuario	cvasquez	
	Contraseña		
Supervisión Invasores	Historial de Edición	Actualizar Aplicar	
Entrega de Turno		Imprimir	

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	20/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N°4: Escala de BRADEN

EJERCITO DE CHILE
COMANDO DE SALUD
Hospital Militar de Santiago

ESCALA DE BRADEN

Rev. Junio 2017

Percepción sensorial	Valor	Movilidad	Valor
No responde a estímulos. Capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	1	Paciente incapaz de cambiar de posición	1
Responde sólo al dolor. Presenta déficit sensorial, que limita la percepción del dolor en más de la mitad del cuerpo.	2	Paciente tiene limitación para cambiar de posición	2
Responde órdenes. Presenta alguna deficiencia que limita la percepción dolorosa en al menos una de las extremidades.	3	Paciente se cambia ocasionalmente de posición	3
No presenta déficit sensorial que limite su capacidad de expresar dolor.	4	Paciente se cambia frecuentemente de posición	4
Actividad	Valor	Humedad (sudor-orina)	Valor
Encamado	1	Piel constantemente húmeda	1
Se levanta a sillón c/ayuda.	2	Piel frecuentemente húmeda	2
Ocasionalmente camina con o sin ayuda	3	Piel ocasionalmente húmeda	3
Frecuentemente camina	4	Piel raramente húmeda	4
Nutrición	Valor	Fricción por roce	Valor
Muy pobre. Rara vez come más de un 1/3 del alimento.	1	No controla sus movimientos, se desliza hacia abajo en la cama o silla.	1
Probablemente inadecuada. Generalmente come sólo la mitad de los alimentos.	2	Se mueve tímidamente o requiere mínima asistencia. Generalmente mantiene buena postura en silla o cama.	2
Adecuada, toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Recibe NPT o enteral.	3	Mantiene en todo momento una buena posición en la silla o en la cama. Se mueve con independencia.	3
Excelente o come toda la comida.	4		

Riesgo L.P.P.	Reevaluación
Bajo Riesgo: > 14	Cada 7 días
Moderado, Alto Riesgo: 14 y menos	Cada 4 días.

NOTA: Se deberá reevaluar igualmente a todo paciente, cada vez que las condiciones médicas del paciente varíen.

PUNTAJE INGRESO: _____

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	21/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N°5:

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS ESCALA DE BRADEN

Percepción Sensorial: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

1. **Completamente Limitada:** Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.
2. **Muy Limitada:** Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.
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 su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.
4. **Sin Limitaciones:** Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial, que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

Exposición a la Humedad: Nivel de exposición de la piel a la humedad.

1. **Constantemente Húmeda:** La piel se encuentra constantemente expuesta a la 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 ha de 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.
4. **Raramente Húmeda:** La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

Actividad: Nivel de Actividad Física.

1. **Encamado/a:** Paciente constantemente encamado/a.
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 a una silla de ruedas.
3. **Deambula Ocasionalmente:** Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.
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.

Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. **Completamente Inmóvil:** Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	22/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

2. **Muy Limitada:** Ocasionalmente efectúa 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/a.
4. **Sin Limitaciones:** Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

Nutrición: Patrón usual 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 servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de 5 días.
2. **Probablemente Inadecuada:** Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.
3. **Adecuada:** Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios 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 sus necesidades nutricionales.
4. **Excelente:** Ingiere la mayor parte de la comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

Roce y Peligro de Lesiones:

1. **Problema:** Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente, sin que se produzca un deslizamiento entre sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuente reposicionamiento con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.
2. **Problema Potencial:** Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u 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.
3. **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 buena posición en la cama o en la silla.

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	23/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N° 6: Notificación de LPP en TRAK.







Caidas : **UPP** : Error de Medicación : Otros Eventos :

Cuestionario: **UPP** 

ULCERAS POR PRESION

SERVICIO/UNIDAD: SALA:
 DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
 FECHA DEL EVENTO: HORA DEL EVENTO:
 AVISO A PROFESIONAL MEDICO: ☐ SI ☐ NO
 NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: Esta información, no será difundida por ningún medio, sólo es relevante para recavar mayores antecedentes del incidente en caso de ser necesario y para elaborar un plan de mejora.
 PERSONAL IMPLICADO: ☐ MEDICO ☐ ENFERMERA ☐ AUXILIAR ☐ TECNICO MEDICO ☐ MATRONA
☐ KINESIOLOGO ☐ INTERNO ☐ ALUMNO ☐ OTRO
 FECHA INGRESO: FECHA PESQUISA:
 PUNTAJE RIESGO AL INGRESO:
 PUNTAJE RIESGO ACTUAL:
 PROCEDENCIA DEL PACIENTE: ☐ Domicilio particular ☐ Otros centros asistenciales ☐ Casa de reposo ☐ Otro servicio HMS

UPP AL INGRESO

Edit	GRADO	LOCALIZACION	Eliminar
☒ Agregar			

UPP ACTUALES

Edit	GRADO	LOCALIZACION	Eliminar
☒ Agregar			

MEDIDAS INMEDIATAS: ☐ Lubricación ☐ Protección de puntos de apoyo ☐ Curación ☐ Cambios de posición programada ☐ Otros
 PACIENTE O FAMILIAR NOTIFICADO: ☐ SI ☐ NO
 REGISTRO FICHA CLINICA: ☐ SI ☐ NO
 CAUSAS PROBABLES:
 Usuario: marcata
 Contraseña:
[Historial de Edición](#)

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	24/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N° 7: Escala de NORTON por sistema TRAK

	Escala de Braden	Escala de Norton	Valoración Herida
Enfermería			
Pediatría M-Q	☐ Cuestionario: Escala de Norton Nuevo		
Ingreso Enfermería	Evaluación de UPP Paciente Pediátrico		
Ev. Neurológica...	A. Estado General		
	B. Estado Mental		
	C. Actividad		
	D. Movilidad		
	E. Incontinencia		
Cuestionarios	Puntaje		
Pediatría Crítica	Riesgo UPP Muy Alto Riesgo Riesgo Evidente / Mediano Riesgo Mínimo / No Riesgo	Escala 5 - 11 puntos 12 - 14 puntos Mayor a 14 puntos	
Documentos / Esquemas	Valoración del Estado Nutricional		
Notificación Incidentes	Valoración (EN)		
Evaluación Riesgo	Usuario	cvasquez	
Vista Resumen	Contraseña		
	Historial de Edición	Actualizar Aplicar	
		Imprimir	
Diálisis Peritoneal			
Supervisión Invasores			
Entrega de Turno			
Alerta Residente			

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	25/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N°8: Escala de Norton

EJERCITO DE CHILE
COMANDO DE SALUD
Hospital Militar de Santiago

ESCALA DE NORTON

Rev. Mayo 2013

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO: eutrófico e hidratado. Normotérmico	4. ALERTA: Orientación en tiempo y espacio, respuesta a todos los estímulos y comprensión de la información.	4. CAMINANDO: Camina o se mueve de manera autónoma aunque sea con ayuda de aparatos de un solo punto de apoyo.	4. TOTAL: Actividad apropiada para su edad, hace cambios de posición amplios y frecuentes sin ayuda. Autónomo.	4. NINGUNA: Controla esfínter urinario y fecal. Instalado catéter urinario permanente.
3. DEBIL: Hidratación límite. Perfusión distal disminuida. Ingesta oral incompleta e ingesta de líquidos escasa.	3. APÁTICO: Aletargado, somnoliento y/o bajo efectos de medicación, trastornos emocionales o conductuales.	3. CON AYUDA: Camina o se mueve con apoyo, con aparatos de más de un punto de apoyo. Realiza movimientos voluntarios con frecuencia pero requiere ayuda.	3. DISMINUIDA: Con frecuencia hace pequeños cambios de posición, pasa el mayor tiempo en cama. Requiere ayuda para realizar o mantener movimientos.	3. OCASIONAL: No controla esfínter esporádicamente (urinario y/o fecal)
2. MALO: Mal nutrición, deshidratación leve a moderada, fiebre o hipotermia, sudoración.	2. CONFUSO: Desorientado en tiempo y espacio, agitación psicomotora, agresivo.	2. SENTADO: No puede caminar ni mantenerse de pie, capaz de mantenerse sentado o levantarse a sillón. Es dependiente.	2. MUY LIMITADA: En ocasiones hace ligeros cambios de posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de postura importante de forma independiente. Capacidad de andar muy limitada. No puede sostener su propio peso o necesita ayuda en el sillón o en silla de ruedas.	2. URINARIA O FECAL: No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.
1.MUY MALO: Desnutrido, deshidratación severa, febril o hipotermia, sudoración profusa.	1. ESTUPOROSO: Respuesta solamente a estímulos dolorosos, inconsciente.	1. EN CAMA: Reposo absoluto, dependiente total.	1. INMOVIL: No hace ningún cambio de posición sin ayuda. Confinado en cama. Dependiente para todas sus funciones.	1. DOBLE INCONTINENCIA: Incontinencia urinaria y fecal. La piel húmeda casi constantemente debido a la orina o heces.

Riesgo U.P.P.	Reevaluación
Riesgo Mínimo/no riesgo: > 14	Cada 7 días
Riesgo Mediano/ Alto Riesgo: 5 – 14	Cada 4 días

NOTA: Se deberá reevaluar igualmente a todo paciente, cuando presente algún cambio en su condición médica.

PUNTAJE INGRESO: _____

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	26/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N° 9: Pauta de Valoración Riesgo LPP Pacientes Neonatales

EJÉRCITO DE CHILE
COMANDO DE SALUD
Hospital Militar de Santiago

VALORACIÓN RIESGO LPP PACIENTES NEONATALES

Nombre Paciente :

Fecha de Ingreso :

ESCALA DE BRADEN Q.

	PRIMERA EVALUACIÓN FECHA:	REEVALUACIÓN FECHA:	REEVALUACIÓN FECHA:	REEVALUACIÓN FECHA:
ACTIVIDAD				
MOVILIDAD				
NUTRICIÓN				
PERCEPCIÓN SENSORIAL				
HUMEDAD				
FRICCIÓN/ DESLIZAMIENTO				
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN				
PUNTAJE TOTAL OBTENIDO:				
CLASIFICACIÓN DE RIESGO:				
NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR				
VALORACIÓN NUTRICIONAL				

	Departamento de Enfermería Protocolo	Código	GCL-02/DENF/10
		Edición	03
		Fecha	ABR.2018
		Vigencia	2018 - 2023
		Página	27/28
PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN			

Anexo N° 10

EJÉRCITO DE CHILE
COMANDO DE SALUD
Hospital Militar de Santiago

ESCALA DE BRADEN Q APLICADA EN NEONATOLOGÍA

	1	2	3	4
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Totalmente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Totalmente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
HUMEDAD	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
FRICCIÓN/ DESLIZAMIENTO	Problema significativo	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	Muy comprometida	Comprometida	Adecuada	Excelente

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

Puntuación menor a 12	:	RIESGO ALTO
Puntuación de 13 a 14	:	RIESGO MEDIO
Puntuación mayor a 14	:	RIESGO BAJO



Departamento de
Enfermería

Protocollo

Código	GCL-02/DENF/10
--------	----------------

Edición 03

Fecha	ABR.2018
-------	----------

Vigencia	2018 - 2023
----------	-------------

Página 28/28

PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE ADULTO, PEDIÁTRICO Y DE NEONATOLOGÍA HOSPITALIZADO Y EN PABELLÓN

Control de cambios del documento

[illegible]