



HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de Elaboración:

Junio, 2024

Fecha Próxima Revisión:

Junio, 2029

Versión: 01

Total de Páginas: 69

GCL 2.2

PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
EU. Marisol PÉREZ C. Presidente Comité de Prevención De LPP y Manejo integral de Heridas EU. Carolina ROJAS G. Coordinadora Unidad de Calidad	CF SN Patricia ARIAS M. Subdirector Clínico	CN Fernando REYES C. Director
Firmas:  Marisol Pérez Cuyul Enfermera Supervisora Especialidades Quirúrgicas Hospital Naval  Carolina Rojas Giglio Enfermera Coordinadora Unidad de Calidad Hospital Naval	Firma:  PATRICIA ARIAS MATIZ CAPITAN DE FRAGATA SN SUBDIRECTOR CLINICO HOSPITAL NAVAL "A.N."	Firma:  

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

CAMBIOS REALIZADOS A LA ÚLTIMA VERSIÓN DEL PROTOCOLO:

PÁGINA	CONTENIDO	EFFECTUADO POR:
	NO APLICA	

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

INDICE

CORRELATIVO	MATERIA	PÁG.
1	INTRODUCCIÓN	5
2	OBJETIVOS	5
3	ALCANCE	5
4	DOCUMENTO DE REFERENCIA	6
5	RESPONSABILIDADES	8
6	DEFINICIONES	8
7	ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE L.P.P.	11
8	ETIOPATOGENIA DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	12
9	VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR UNA L.P.P.	15
	9.1 Aplicación de la Evaluación de Riesgo L.P.P. en Servicios Clínicos: Pacientes Adultos Hospitalizados en Torre Médico Quirúrgica, Gineco-Obstetricia, UPC y Observación y Reposo.	16
	9.2 Aplicación de la Evaluación de Riesgo de L.P.P. en Pabellón	19
	9.3 Aplicación de la Evaluación de Riesgo de L.P.P. en Paciente Hospitalizado Pediátrico	21
	9.4 Aplicación de la Evaluación de Riesgo de L.P.P. en Neonato	27
10	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DESARROLLAR UNA L.P.P.	29
	10.1 Cambio de Posición	29
	10.2 Manejo de Humedad	30
	10.3 Dermatitis Asociada a Incontinencia es un Factor de Riesgos de las LPP.	30
	10.3.1 Medidas para la prevención y tratamiento de las DAI	31
	10.3.2 Productos para Prevención de LPP y DAI, disponibles en nuestro hospital	32
	10.4 Acciones para Prevención de LPP en Paciente Adulto en Torre Médico Quirúrgico -UPC	34
	10.5 Acciones para Prevención de LPP en Paciente Adulto en Servicio de Urgencia	36
	10.5.1 Flujograma Resumen de Prevención de LPP	39
	10.6 Acciones para Prevención de LPP en Pabellón	40
	10.6.1 Flujograma de Prevención de LPP en pabellón	41
	10.7 Acciones para Prevención de LPP en Paciente Pediátrico	42
	10.7.1 Flujograma de Prevención LPP en Paciente Pediátrico	43
	10.8 Acciones para Prevención de LPP en Paciente Neonato	44
	10.8.1 Flujograma Prevención de LPP en Neonatología/UCI Neo	46



GCL 2.2

11	ACCIONES PARA PREVENCIÓN DE LPP, NUTRICIONAL Y KINESICO	47
	11.1 Intervención Nutricional	47
	11.2 Intervención kinésica	47
ANEXOS	Nº1 ESCALA DE BRADEN – BERGSTROM	50
	Nº2 ESCALA ELPO	53
	Nº3 ESCALA NSRAS	54
	Nº4 ESCALA BRADEN Q	55
	Nº5 INFORMACIÓN KINESIOTERAPIA A FAMILIARES/RED DE APOYO	56
	Nº6 GUÍA KINESIOTERAPIA MOTORA PARA PACIENTES	57
	Nº7 ESCALA DE FRAGILIDAD CLÍNICA	66
	Nº8 LETREROS CABECERA PACIENTES AR Y MR	67
	Nº9 REGISTRO ESCALA BRADEN	69

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

- Dirección.
- Subdirección Clínica.
- Departamento Enfermería.
- Servicios Clínicos de Hospitalización.
- Servicios y Secciones de Apoyo Clínico.

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un tema relevante para las instituciones de salud, es así como el despliegue de estrategias destinadas a la prevención de eventos adversos asociados a la atención, ocupan un lugar preponderante en la gestión hospitalaria.

Dentro de estos eventos adversos, destacan las lesiones por presión (LPP), las que constituyen uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrentan día a día los servicios de enfermería. Su incidencia es un indicador sensitivo que representa la calidad de los cuidados de enfermería que recibe un paciente hospitalizado, siendo evitables en un 95 % de los casos (Hibbs, 1996), por lo que su prevención ha de ser un importante objetivo de la gestión del cuidado.

La aparición de lesiones por presión tiene diversas implicancias, tanto para el paciente como para el sistema de salud y el personal de salud.

Para el paciente, implica un deterioro en su calidad de vida, la reducción de su autoestima y autovalencia. Son fuente de dolor y sufrimiento, aumentan la morbilidad asociada e incrementan del riesgo de mortalidad ya que a pesar que la enfermedad primaria del paciente suele ser la causa de la muerte, las úlceras por presión pueden ser un factor contribuyente.

Para el personal de salud significa un aumento en la carga laboral y su aparición puede causar sentimientos de culpa, desaliento por la labor realizada e insatisfacción. Finalmente, para las instituciones de salud implican un aumento en los costos ocasionados tanto por su tratamiento como por la prolongación de estadías hospitalarias, sin sumar a esto, los costos asociados a la pérdida de prestigio y a la posibilidad de enfrentar demandas judiciales.

Esta norma pretende resumir las mejores prácticas validadas por la evidencia científica y colocarlas a disposición del cuerpo de profesionales de enfermería de nuestro Hospital para liderar un cuidado más seguro que permita disminuir el riesgo de ocurrencia de LPP.

2. OBJETIVOS

- Estandarizar los cuidados de enfermería destinados prevenir lesiones por presión, acorde a la evidencia científica disponible y Norma técnica n° 234 sobre seguridad del paciente y calidad de la atención: respecto de prevención de lesiones por presión en establecimientos de atención cerrada.
- Reducir la incidencia de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados.

3. ALCANCE

Esta guía aplica a todos los pacientes hospitalizados en el Hospital Naval "Almirante Nef".

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact. Clin Geriatr Med 1997;13:421-36.
- Ayello, E.A., Predicting Pressure Ulcer Risk. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, Issue Number 5, 2007.
- Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 1987; 36 (4): 205-10.
- European Wound Management Association (EWMA), Position Document: Management of Wound infection. London: MEP Ltd, 2006.
- European Pressure Ulcers Advisory Panel. Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP Review 1999; 1 (2): 31-3.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.
- Grupo Europeo de Úlceras por Presión. Directrices sobre la prevención de las Úlceras por Presión del Grupo Europeo de Úlceras por Presión (1998). Gerokomos 1999; 10 (1): 30-3.
- Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de salud y Servicios Sanitarios. Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión., España, 2008.
- Gupta S, Baharestani MM, Baranoski S, et al. Guidelines for managing pressure ulcers with negative pressure wound therapy. Adv Skin Wound Care 2005; 17(Suppl 2).
- Hinman CD, Maibach H. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. Nature 1963; 200: 377-8.
- MINSAL, "Manejo y Tratamiento de las Heridas y Úlceras", marzo 2000.
- MINSAL, "Norma técnica nº 234 sobre seguridad del paciente y calidad de la atención: respecto de prevención de lesiones por presión en establecimientos de atención cerrada", diciembre 2023.
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, López Medina IM y Álvarez Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2006; 54 (1): 94-110.
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Uso clínico en España y meta-análisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos 2008; 19 (2): 135-139.
- Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D. Risk assessment scales for pressure ulcers: a methodological review. Int J Nurs Stud 2007; 44 (2): 285- 96.
- Rosenthal D., Murphy F., Gottschalk R., Baxter M., Lycka B., Nevin K. (2001) Using a topical anaesthetic cream to reduce pain during sharp debridement of leg ulcers. Journal of Wound Care, 10; 1: 503-505.
- Torra i Bou J.E. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. Revista Rol de Enfermería 1997; 20(224): 23–30.
- Torra i Bou JE, Rueda J, Segovia T, Bermejo M. Aplicación tópica de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados. Rev ROL Enf. 2003; 26 (1): 54-61.
- Winter G. Formation of the scab and rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. Nature 1962; 193: 293-4.
- World Union of Wound Healing Societies Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

- Documento de consenso. GNEAUPP no 8 - mayo 2007.
- Xakellis G, Frantz RA. Pressure ulcer healing. What is it? What influences it? How is it measured?. *Adv Wound Care* 1997; 10(5): 20-269.
- Gray M. Wich pressure ulcer risk scales are valid and reliable in a pediatric population?. *J WOCN*. 2004 July/Aug; 31 (4): 157-160.
- Curley MA, Razmus IS, Roberts KE, Wypig D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nurs Res*. 2003 Jan-Feb; 52 (1): 22-33.
- Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF). "Validação da escala de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em população pediátrica- Baby Braden- em dois hospitais pediátricos do país" [en línea]. En: GAIF (Portugal). Gaif: quem somos: projectos futuros. Portugal:2004. <http://www.gaif.net/quem-proj.html> [Consulta: 22 jun. 2004.
- 3M, Programa Combatiendo la Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI), 18-20.
- 3M, Comprendiendo y previniendo MARSÍ, 2015: 4-11.
- Gray M, Beeckman D, Bliss D, Fader M, Logan S, Junkin J, Slekof J, Doughty D, Peter K, Incontinence- Associated Dermatitis, January/February 2012, 61-72.
- Beeckman D et al. Proceedings of the Global IAD Expert Panel, Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward, *Wounds International* 2015.
- Orientación técnica sobre prevención de lesiones por presión, 2023, Ministerio de Salud.
- Norma técnica sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de prevención de lesiones por presión en establecimientos de atención cerrada, 2023, Ministerio de Salud.

- **Formato Documento Electrónico (ISO)**
GARCIA-FERNANDEZ, Francisco Pedro; PANCORBO-HIDALGO, Pedro Luis y VERDUSORIANO, José. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. *Gerokomos* [online]. 2009, vol.20, n.1 (citado 2016-02-18), pp. 29-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1134-928X.

- **Formato Documento Electrónico (ABNT)**
GARCIA-FERNANDEZ, Francisco Pedro; PANCORBO-HIDALGO, Pedro Luis; VERDUSORIANO, José. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. **Gerokomos**, Madrid, v. 20, n. 1, marzo 2009. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 feb. 2016.

- **Formato Documento Electrónico (Vancouver)**
García-Fernández Francisco Pedro, Pancorbo-Hidalgo Pedro Luis, Verdú-Soriano José. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Feb 18] ; 20(1): 29-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100005&lng=es.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

5. RESPONSABLES

Responsables de la Supervisión

- Enfermera Jefe.
- Profesionales Supervisores de Enfermería.
- Matrona Jefe.
- Matronas Supervisoras.
- Coordinadores Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

Responsables de la Ejecución

- Profesionales de Enfermería Clínicos: Aplicación y ejecución de medición preventiva de LPP.
- Matronas Clínicas: Aplicación y ejecución de escalas de valoración de riesgo de LPP.
- Personal de Sanidad/TENS: Ejecución de medidas de prevención de LPP.
- Nutricionistas: Evaluación nutricional e intervención.
- Kinesiólogos: Evaluación kinésica e intervención.

6. DEFINICIONES

Alivio de puntos de presión: consiste en la aplicación de técnicas de reposicionamiento alternativo, para cuando no es posible realizar cambios posturales tradicionales, por ej.: en pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica, pacientes en posición prono. Su objetivo es aliviar o redistribuir la presión en los puntos de apoyo y mejorar el confort y bienestar del paciente, mediante estrategias tales como pequeños cambios de peso, cambios de posición de las extremidades, rotación de la cabeza, descarga del talón y giros de ángulo de cadera. Puede ser aplicada con apoyo de posicionadores.

Cambios posturales/cambios de posición: técnica de reposicionamiento que consiste en la rotación o giro programado de un paciente a intervalos regulares, con el propósito de reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo y mejorar el confort del paciente (comodidad y bienestar). La frecuencia de los cambios posturales dependerá del nivel de riesgo valorado y de la superficie de apoyo que se esté utilizando (características de la redistribución de la presión). Las de superficies especiales para manejo de presión (SEMP) no sustituye los cambios posturales.

Cizalla: Es la combinación de los efectos de presión y fricción. Las fuerzas de cizalla son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra. Por ejemplo, entre los músculos y hueso cuando se arrastra un paciente en la cama.

Dispositivo médico: es cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, implante, material u otro artículo similar o relacionado, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, monitoreo o tratamiento. Algunos ejemplos son: dispositivos de oxigenoterapia (Tubo endotraqueal, tubo orotraqueal, mascarillas, cánula nasal), sondas (vesicales, y enterales), drenajes, órtesis, contenciones, mango de esfigmomanómetro, medias antiembólicas, etc.

Eritema no blanqueable: enrojecimiento de la piel que persiste después de la aplicación de presión, generalmente sobre una prominencia ósea. Este es un signo de una lesión por presión de Categoría/Etapa I. Indica daño estructural al lecho capilar/microcirculación. La piel de pigmentación oscura puede no tener un blanqueamiento visible.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Fricción: resistencia al movimiento en dirección paralela con relación al límite común entre dos superficies, como cuando se arrastra la piel sobre una superficie.

Lesión por Presión (LPP): daño localizado en la piel y/o en el tejido subyacente, habitualmente sobre una prominencia ósea o derivado de un dispositivo médico o de otro tipo, que se puede presentar como piel intacta o como una úlcera abierta y puede ser dolorosa. La lesión ocurre como resultado de una presión intensa y/o prolongada en combinación con las fuerzas de cizalla. La tolerancia de los tejidos blandos para la presión y la cizalla también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado del tejido blando.

Lesión por presión relacionada con dispositivos: son el resultado del uso de dispositivos médicos diseñados y aplicados con fines diagnósticos o terapéuticos, o del contacto inadvertido de la piel del paciente con otros dispositivos de uso no médico, como equipos, muebles y objetos cotidianos (por ejemplo: lentes, celular, lápiz, juguetes, entre otros). La lesión resultante generalmente se ajusta al patrón o forma del dispositivo. Las LPP por dispositivos médicos pueden presentarse en piel y/o mucosa según tipo y ubicación del dispositivo. Si la lesión ocurre en piel, ésta debe clasificarse utilizando el sistema de categorización de las LPP.

Lesión por presión en membrana mucosa: Es aquella lesión que se encuentra en las membranas húmedas que recubren los tractos respiratorio, gastrointestinal y genitourinario. Las LPP en membrana mucosa están relacionadas principalmente por dispositivos médicos (generalmente, tubos, sondas y/o sus equipos de estabilización/fijación) que ejercen fuerzas de compresión y cizallamiento sostenidas sobre la mucosa. Debido a la anatomía del tejido, estas lesiones no se pueden estadificar o clasificarse utilizando el sistema de categorización de LPP, no obstante, lo anterior se deben notificar como “LPP en membrana mucosa”.

Superficies Especiales para el Manejo de la 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. Según la GNEAUPP existen 2 tipos de superficies de apoyo:

- **Superficies reactivas:** Superficie de apoyo motorizada o no motorizada con la capacidad de cambiar sus propiedades de distribución de carga solo en respuesta a una carga aplicada.
- **Superficies activas:** Superficie de apoyo motorizada que tiene la capacidad de cambiar sus propiedades de distribución de carga con o sin carga aplicada.

Valoración del riesgo de LPP: estimación cualitativa y cuantitativa, con un enfoque estructurado que incluye la valoración completa de la piel, la aplicación de una escala de valoración del riesgo (que considere factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de LPP) y el juicio clínico. El objetivo de esta valoración es la identificación de las personas que necesiten medidas de prevención y la identificación de factores específicos que los ponen en una situación de riesgo. El nivel de riesgo de LPP de una persona puede cambiar con las alteraciones en el estado de salud, por lo que este riesgo debe ser evaluado según la normativa expuesta en este documento.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Valoración de la piel: es un componente esencial de la valoración del riesgo de LPP, que consiste en una evaluación céfalo-caudal completa de la piel y los tejidos blandos con un enfoque particular en las zonas vulnerables, como las prominencias óseas y piel y/o mucosas en contacto con dispositivos médicos. Esta valoración debe incluir una inspección visual en conjunto con otras técnicas de evaluación de la piel como el tacto y la palpación, para detectar diferencias en la temperatura y en la consistencia del tejido, por lo que todo hallazgo debe quedar documentado. Además, se deben valorar signos de alarma como eritema, cambios en la temperatura de la piel, edema, maceración, sequedad de la piel o cambios de coloración. En pacientes con piel de pigmentación oscura resulta más difícil identificar el eritema, por lo que se debe observar decoloración, calor localizado, edema y/o cambio en la consistencia del tejido en relación con el tejido circundante (como induración o dureza), como indicadores de daño por presión.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

7. ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES PARA LA PREVENCIÓN DE L.P.P.

- a) Creación y mantención del Comité de Heridas HNV, con representantes de los distintos servicios clínicos, responsables de la capacitación en HNV, actualización de normativa y supervisión sistemática de la prevención del evento adverso, en coordinación con profesional supervisor del servicio clínico.

Responsables:

- Enfermera Jefe.
- Comité de Heridas HNV.

- b) Capacitaciones anuales (al menos dos veces en el año) al personal de Enfermería, en cuanto a conceptos relevantes sobre L.P.P., medidas de prevención y manejo multidisciplinario (nutricional, kinesiológico, etc.).

Responsables:

- Enfermera Jefe.
- Enfermera Docencia.
- Comité de Heridas.
- Nutricionista Jefe.
- Kinesiólogo Jefe.

- c) Aplicación de pautas de supervisión de prevención de L.P.P., por parte de Supervisores de Servicios clínicos, con feedback al comité de heridas con resultados mensual, a través de mail, con copia a Unidad de Calidad (ucal_hnv@sanidadnaval.cl)

Responsables:

- Profesionales Supervisores.
- Comité Heridas.

- d) Estudio de prevalencia trimestral por parte del Comité de Heridas, en todos los servicios clínicos definidos por la normativa ministerial e institucional.

Responsables:

- Unidad de Calidad y Seguridad del paciente.
- Comité de Heridas.

- e) Plan de mantención de elementos de prevención de L.P.P., como son los SEMP, cojines de gel, cojines de espuma, etc., para el cumplimiento de la normativa ministerial e institucional.

Responsables:

- Enfermera Jefe.
- Subdirector Logístico.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Profesionales supervisores.



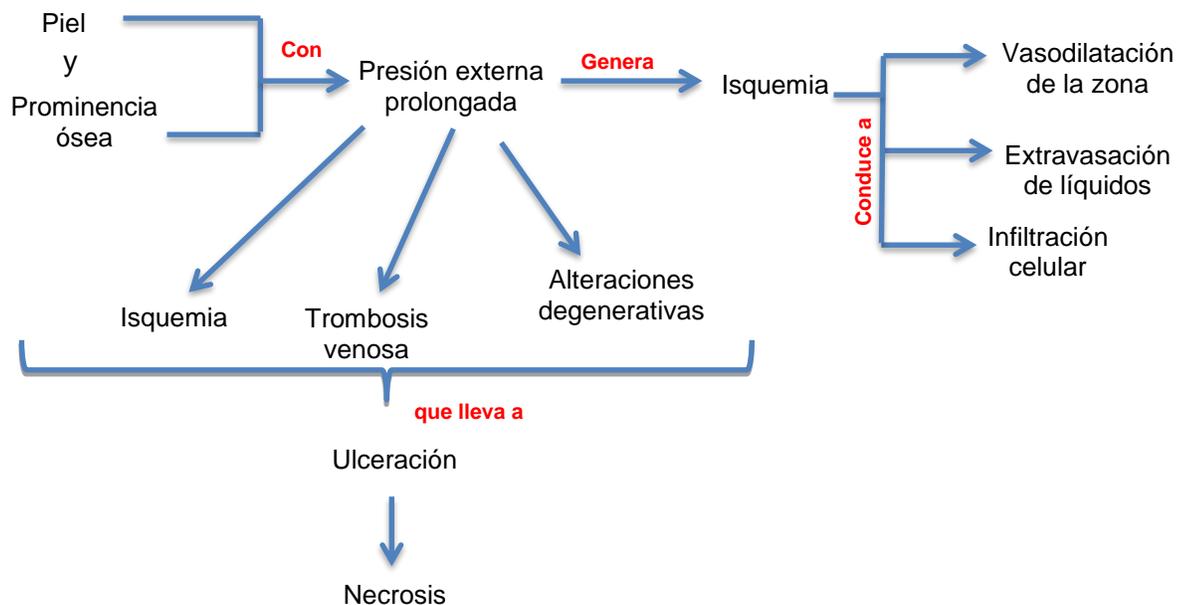
GCL 2.2

- f) Actualización anualmente de insumos en la prevención y manejo de L.P.P. y heridas, para difusión en personal de enfermería sobre los tipos, usos y precauciones que deben tener en cuenta sobre su uso.

Responsables:

- Jefe de insumos clínicos.
- Comité de Heridas HNV.

8. ETIOPATOGENIA DE LAS LESIONES POR PRESIÓN:



8.1 Fuerzas responsables del desarrollo de Lesión por Presión:

Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). **La presión capilar oscila entre 6 – 32 mmHg. Una presión superior a 32 mmHg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.**

Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

Cizallamiento: 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).

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

8.2. Otros factores que influyen en la formación de Lesión por Presión:

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 sicomotora
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.	

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

8.3 Localizaciones

Las más frecuentes son:

- Zona Occipital.
- Pabellón auricular.
- Nariz.
- Comisura labial.
- Zonas escapulares.
- Codos.
- Zona sacra.
- Glúteos.
- Tuberosidades isquiáticas.
- Caderas.
- Talones.
- Maléolos.
- Dedos de los pies.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

9. VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR L.P.P.

Su propósito es identificar a los pacientes que requieren medidas de prevención y a los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Lo anterior se logra a través de escalas de evaluación de riesgo cuyos objetivos de aplicación son:

- Identificar en forma precoz los pacientes que pueden presentar L.P.P. en base a la presencia de factores de riesgo.
- Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
- Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o efectividad.

Papanicolaou y Lane (2007), describen cinco ventajas adicionales del uso de escalas de valoración:

- Asegura la asignación eficiente y efectiva de recursos preventivos limitados.
- Sirve de soporte para decisiones clínicas.
- Permite el ajuste de casos en función del riesgo en estudios epidemiológicos.
- Facilita el desarrollo de protocolos de valoración de riesgo.
- Sirve como prueba en caso de demandas judiciales.

En nuestra institución se aplicarán las siguientes escalas de evaluación de riesgo:

- 1) Paciente Adulto en Torre Médico-Quirúrgica, Ginecología y Obstetricia, UPC y Urgencia (paciente más de 6 horas en Observación y Reposo):
Escala Braden-Bergstrom.
- 2) Paciente mayor 18 años que ingresa a pabellón: **Escala ELPO.**
- 3) Paciente Pediátrico hospitalizado: **Escala Braden Q.**
- 4) Paciente Neonato y UCI Neo: **Escala NSRAS.**

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

9.1. **Aplicación de la Evaluación de Riesgo de L.P.P. en Servicios Clínicos: Pacientes Adultos Hospitalizados en Torre Médico Quirúrgica, Gineco-Obstetricia, UPC y Urgencia Adulto**

Para todos los pacientes hospitalizados en TMQ, Ginecología y Obstetricia, Urgencia Adulto y UPC, realizar **Evaluación de Riesgo Braden- Bergstrom** (Anexo N°1) al ingreso, traslado y cada vez que se produzca un cambio en la situación del paciente.

En nuestro Hospital, se aplicará la Escala de Braden, al ingreso al servicio clínico **con un tiempo máximo de 6 horas** (Anexo N°9).

Se deberá aplicar la escala de Braden-Bergstrom, con evaluación de la piel del paciente y su registro en hoja ad hoc, con al menos, la siguiente frecuencia.

- Riesgo Alto: cada 24 horas
- Riesgo Moderado: cada 72 horas
- Riesgo Bajo: cada 7 días

Escala Braden- Bergstrom

Para Servicios con pacientes Adultos, la escala de Braden es aquella con mejores parámetros de validación, con una sensibilidad entre 83-100% y especificidad entre 64-77%.

Al aplicar la escala, se categorizará a los pacientes en **Bajo, Mediano y Alto Riesgo, en hoja registro carpeta de Enfermería** (Anexo N°9). Una vez clasificado el paciente, se instalará en cabecera de la cama un letrero plastificado con el color del riesgo (AR y MR) (Anexo N°8), y las principales acciones preventivas según éste, para conocimiento de todo el personal, paciente y sus familiares. Este letrero se modificará según la clasificación de Braden en la que se encuentre el paciente, diariamente, resultado de la aplicación del protocolo descrito anteriormente.

Tabla puntaje: ≤ 12: Alto Riesgo = Letrero rojo
13 -15: Mediano Riesgo = Letrero amarillo
≥ 16: Bajo Riesgo = No Aplica Letrero

Esta escala evalúa 6 parámetros:

- 1) Percepción sensorial.
- 2) Exposición a la humedad.
- 3) Actividad.
- 4) Movilidad.
- 5) Nutrición.
- 6) Fuerzas de fricción y cizalla.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Definición de términos Escala Braden – Bergstrom:

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

Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o presenta una capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

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.

Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que lo cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en, al menos, una de las extremidades.

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.

Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o se gira al paciente.

A menudo húmedo: La piel está, a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar, al menos, una vez en cada turno.

Ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda y se requiere un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

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.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

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.
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 veces 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 cinco 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 que 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 porciones 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 cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente, come un total de cuatro o más porciones de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente, come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.

Fuerzas de fricción y cizalla:

1. Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente, se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación produce 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 una buena posición en la cama o en la silla.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

9.2. Aplicación de la Evaluación de Riesgo L.P.P. en Pabellón

En nuestra institución se utilizará la escala de ELPO (Anexo N°2) para valorar y medir el riesgo de L.P.P. en pacientes en pabellón.

Escala ELPO:

La escala de evaluación de riesgo para el desarrollo de L.P.P. debidas al posicionamiento quirúrgico para pacientes mayores de 18 años ELPO, es una escala específica que considera factores extrínsecos e intrínsecos del paciente, desarrollada el 2016 en Brasil, con una validación a través de índice de contenido (0,88) y verificación de la confiabilidad interobservadores (opinión de expertos) mediante el coeficiente de correlación intraclase, cuyo valor alcanzado fue 0,99 ($p < 0,001$). La escala posee 7 ítems, con cinco subítems, y a mayor puntuación, mayor riesgo de L.P.P.

Aplicación Escala:

La aplicación de esta escala será al inicio de la cirugía, por Enfermera o TENS capacitado, previo a la etapa de inducción anestésica y posicionamiento quirúrgico. Posterior a la curación de la herida operatoria y de la acomodación del paciente en la cama o camilla de recuperación previo a la salida del pabellón, se evaluará el estado de la piel nuevamente, dejando registrado lo observado en lista de chequeo de enfermería en paciente quirúrgico.

Si en la re-evaluación de la piel, se detecta la aparición de LPP en el intra-operatorio, este hallazgo será informado a la profesional de enfermería de Sala de Recuperación, piso o UPC, según corresponda. Paralelamente se procederá a la notificación del evento en formulario respectivo para su envío a la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

El registro de la Escala ELPO se anexará a la Lista de chequeo de Enfermería del paciente quirúrgico

Ítems a evaluar:

- **Tipo de posición quirúrgica:** Litotómica, Prona, Trendelemburg, Lateral y Supina.
- **Tiempo de cirugía:** Superior a 6 hrs., entre 4 a 6 hrs., entre 1 a 2 hrs y hasta 1 hrs. (RECORDAR QUE CUALQUIER CIRUGÍA QUE EXCEDA O IGUALE 2 HORAS, SERÁ CONSIDERADA AUTOMÁTICAMENTE ALTO RIESGO EN NUESTRA INSTITUCIÓN).
- **Tipo de Anestesia:** General + Regional, General, Regional, Sedación y Local.
- **Superficie de Soporte:** Sin uso de soportes o soportes rígidos sin acolchado o pierneras estrechas, colchón de mesa quirúrgica de espuma convencional más cojinetes de algodón, colchón de mesa quirúrgica de espuma tradicional más cojinetes de espuma, colchón de mesa quirúrgica de espuma convencional más cojinetes de viscolástico/gel, colchón de mesa quirúrgica viscolástico más cojinetes viscolástico/gel.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

- **Posición de los miembros:**
 - Elevación de las rodillas > 90° y apertura de los miembros inferiores >90° o apertura de los miembros superiores >90°.
 - Elevación de las rodillas >90° o apertura de los miembros inferiores >90°.
 - Elevación de las rodillas <90° y apertura de los miembros inferiores <90° o cuello sin alineación esternal.
 - Apertura <90° de los miembros superiores y posición anatómica.

- **Comorbilidades:**
 - LPP o neuropatía previamente diagnosticada o trombosis venosa profunda.
 - Obesidad o desnutrición.
 - Diabetes mellitus.
 - Enfermedad vascular.
 - Sin comorbilidades.

- **Edad del paciente:**
 - >80 años.
 - Entre 70 y 79 años.
 - Entre 60 y 69 años.
 - Entre 40 y 59 años.
 - Entre 18 y 39 años.

Riesgo Alto: ≥20 ptos.

Riesgo Bajo: desde 7 a 19 ptos.

Criterios Inclusión aplicación ELPO:

- Todo paciente mayor de 18 años antes del inicio de la cirugía: evaluando su puntaje, registrándolo en hoja de chequeo enfermería preoperatorio acápite escala ELPO y según esto, se tomarán las medidas preventivas correspondientes.
- Paciente evaluado en hospitalizados como MR y BR o sin clasificación previa.
- Paciente cuya cirugía dure menos de 2 horas.

Criterios de Exclusión:

- Paciente menor de 18 años*.
- Paciente clasificado como AR en escala Braden aplicada en su hospitalización, ya que este paciente se clasificará inmediatamente como AR en escala ELPO.
- Paciente cuya cirugía posea un tiempo quirúrgico (desde la inducción anestésica y posicionamiento en la mesa quirúrgica hasta el término de la cirugía) mayor a 2 horas, ya que inmediatamente se clasificará como AR en escala ELPO.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Consideraciones Especiales:

Se debe valorar la piel del paciente antes del comienzo de la cirugía y vigilar aparición de L.P.P. al término de ésta y **al menos 72 hrs. post operatorias siguientes, ya que TODA lesión en zonas de apoyo sometidas a presión durante el procedimiento quirúrgico que se pesquise, es atribuible a dicho proceso de atención.**

*Pacientes menores de 18 años, se aplicarán apoyadores rectos y se cubren superficies de apoyo, ya que no se aplica escala y cirugías en su mayoría son menores a 2 horas.

9.3. **Aplicación de la Evaluación de Riesgo de L.P.P. en Paciente Hospitalizado Pediátrico**

Hay factores como la inmovilidad y la inestabilidad fisiológica en la piel de los pacientes que no distinguen edad o nivel de desarrollo y que los predisponen a sufrir lesiones por presión, pero a diferencia de los adultos, los niños tienen características especiales que están asociadas a:

- Prematuros, más que neonatos pre-término los cuales, a pesar de que su piel es inmadura y delicada, tienen relativa facilidad para reposicionarse.
- Niños críticamente enfermos.
- Menores con daño neurológico.
- Niños con déficit nutricional de base.
- Pacientes con pobre perfusión tisular u oxigenación.
- Menores sometidos a algún tipo de dispositivo terapéutico con puntos de fijación a la piel.
- Por las características antropométricas de los niños, principalmente por el occipucio más grande en relación a su cuerpo, los estudios muestran que las LPP en niños ingresados en UCIP se localizan en: cabeza, oreja, pecho y sacro.

Documentación internacional analiza incidencias de LPP entre 4,5 y 26 % en unidades de cuidados especiales e intensivos pediátricos (Pressure ulcers risk assessment scales for children Cantabria 2010).

Las escalas de valoración del riesgo más conocidas no son aplicables a los niños. La mejor opción es la escala **Braden Q** (Anexo N°4) para pacientes pediátricos.

La escala **Braden Q**, consta de 7 apartados:

- 1) Movilidad.
- 2) Actividad.
- 3) Percepción sensorial.
- 4) Humedad.
- 5) Fricción y deslizamiento.
- 6) Nutrición.
- 7) Perfusión tisular y oxigenación.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Cada uno de ellos se valora con una puntuación de 1 a 4 puntos. Ha sido diseñada para aplicarla a pacientes pediátricos menores de 5 años. **En mayores de 5 años se recomienda la utilización de la escala Braden para adultos.**

En ambas escalas, cuanto más baja es la puntuación, mayor es el riesgo de desarrollar LPP:

El esquema para valorar el riesgo dependerá de la intensidad y duración de la presión y la tolerancia de la piel y la estructura de soporte que tenga el menor como se presenta en la tabla siguiente:

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Tabla N° 1: Valoración de riesgo de LPP en niños: ESCALA BRADEN Q

INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LA PRESION				
Movilidad	1 completamente inmóvil	2 muy limitada	3 ligeramente limitada	4 sin limitaciones
Actividad: Nivel de actividad física	1 encamado	2 en silla	3 camina ocasionalmente	4 camina frecuentemente
Percepción sensorial	1 completamente limitada	2 muy limitada	3 ligeramente limitada	4 sin limitaciones
TOLERANCIA DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE				
Humedad	1 piel constantemente húmeda	2 piel muy húmeda	3 piel ocasionalmente húmeda	4 piel raramente húmeda
Fricción y deslizamiento	1 problema significativo	2 problema	3 problema potencial	4 sin problema aparente
Nutrición	1 muy pobre	2 probablemente inadecuada	3 adecuada	4 excelente
Perfusión tisular y oxigenación	1 muy comprometida	2 inadecuada	3 adecuada	4 excelente

RIESGO ALTO ≤ 16 PTOS
RIESGO MODERADO DE 17 HASTA 21 PTOS
RIESGO BAJO ≥ 22 PTOS



GCL 2.2

Definición de Términos Escala Braden Q para Niños menores de 5 años

ESCALA DE BRADEN Q	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	<ol style="list-style-type: none">1. <u>Completamente inmóvil</u>. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.2. <u>Muy limitada</u>. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.3. <u>Ligeramente limitada</u>. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.4. <u>Sin limitaciones</u>. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	<ol style="list-style-type: none">1. <u>Encamado</u>. Paciente constantemente encamado.2. <u>En silla</u>. 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. <u>Deambula ocasionalmente</u>. 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 una silla.4. <u>Deambula frecuentemente</u>. 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.
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	<ol style="list-style-type: none">1. <u>Completamente limitada</u>. 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 dolor en la mayor parte de su cuerpo.2. <u>Muy limitada</u>. Reacciona sólo 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.3. <u>Ligeramente limitada</u>. Reacciona sólo 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. <u>Sin limitaciones</u>. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.



GCL 2.2

<p>HUMEDAD</p> <p>Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<ol style="list-style-type: none">1. <u>Constantemente húmeda</u>. La piel está constantemente expuesta a la humedad por: Sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.2. <u>A menudo húmeda</u>. 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. <u>Ocasionalmente húmeda</u>. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente dos veces al día.4. <u>Raramente húmeda</u>. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Cambios de cama una vez al día.
<p>FRICCIÓN</p> <p>Roce de la piel con superficies de contacto</p> <p>DESLIZAMIENTO</p> <p>Contacto de la piel con prominencias óseas</p>	<ol style="list-style-type: none">1. <u>Problema significativo</u>. Requiere máxima asistencia para ser movido. Existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.2. <u>Problema</u>. Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente 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. <u>Problema potencial</u>. 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.4. <u>No existe problema aparente</u>. 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>NUTRICIÓN</p> <p>Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<ol style="list-style-type: none">1. <u>Muy pobre</u>. 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 cinco días.2. <u>Probablemente inadecuada</u>. 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 que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda, nasogástrica.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

	<p>3. <u>Adecuada</u>. Toma más de la mitad de la mayoría de 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.</p> <p>2. <u>Excelente</u>. Ingiere la mayor parte de cada 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 de suplementos dietéticos</p>
--	--

Para efectos de elección del tipo de superficie en la cama o cuna, todo paciente que presente una o varias LPP se le considera paciente de alto riesgo y debe ser posicionado en una **superficie dinámica para el manejo de la presión**.

Aplicación de la Escala de Valoración LPP en Pediatría:

La clasificación del riesgo de LPP debe quedar registrada en la Hoja diaria de enfermería en el ítem destinado para ello y la intervención de acuerdo al Flujograma de Prevención de LPP en Pediatría.

Corresponde la valoración de los pacientes al Servicio de Pediatría:

Al momento del ingreso:

- Todo niño que ingrese a la unidad, menores de 5 años, se aplicará Escala Braden Q, y a mayores de 5 años, se aplicará Escala de Braden adulto.

Reevaluación durante la hospitalización:

- **A diario:** los pacientes cuya evaluación no sea diferente a las condiciones de ingreso descritas en el punto anterior y clasifique como **alto o mediano riesgo**.
- **Cada 48 horas:** debe ser realizada como medida preventiva por la enfermera que planifica la atención cada mañana, de acuerdo a evolución de las condiciones descritas al momento del ingreso a los pacientes que clasifican como **bajo riesgo**.



GCL 2.2

9.4. Aplicación de la Evaluación de Riesgo de L.P.P. en Neonato

Al paciente neonato se le aplicará la Escala de NSRAS (Anexo N°3) descrita a continuación.

ESCALA NSRAS

NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (NSRAS)				
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	1. Muy pobre (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	2. Edad gestacional > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	3. Edad gestacional > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	4. Edad gestacional > 38 semanas hasta postérmino.
ESTADO MENTAL	1. Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. Muy limitado. Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	3. Ligeramente limitado. Letárgico.	4. Sin limitaciones. Alerta y activo.
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil. No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	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. Ligeramente limitada. Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4. Sin limitaciones. Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
ACTIVIDAD	1. Completamente encamado/a. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	2. Encamado/a. En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones. En una cuna abierta.
NUTRICIÓN	1. Muy deficiente. En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	2. Inadecuada. Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	3. Adecuada. Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente. Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
HUMEDAD	1. Piel constantemente húmeda. La piel está mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	2. Piel húmeda. La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda. La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	4. Piel rara vez húmeda. La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Los **puntajes** nos indican que:

- a) **Alto riesgo** de L.P.P.: Menor a 13 puntos.
- b) **Moderado riesgo** de L.P.P.: Entre 13 y 17 puntos.
- c) **Bajo riesgo** de L.P.P.: Mayor a 17 puntos.

Según el riesgo, se deberá aplicar la escala en la siguiente **frecuencia** con registro en ficha de enfermería:

- a) **Alto riesgo**: aplicación de escala cada 12 horas.
- b) **Moderado riesgo**: aplicar escala cada 24 horas.
- c) **Bajo riesgo**: aplicar escala cada 48 horas.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE DESARROLLAR L.P.P.

Su propósito es prevenir mediante acciones concretas seleccionadas de acuerdo al riesgo de cada paciente y cuidados especializados. Asignando de manera eficiente y efectiva de recursos preventivos.

En nuestra institución se aplicarán las siguientes acciones relacionadas con la evaluación de riesgo a los siguientes pacientes:

- Paciente Adulto en Torre Médico-Quirúrgica, Ginecología y Obstetricia, UPC y Urgencia.
- Paciente Pediátrico hospitalizado.
- Paciente Neonato y UCI Neo.
- Paciente mayor 18 años que ingresa a pabellón.

De acuerdo a la evidencia científica, las intervenciones de enfermería y su grado de efectividad acorde a la clasificación del NICE (*National Institute of Health and Clinical Excellence*) se describen las siguientes **Intervenciones para la prevención de las LPP:**

10.1. Cambios de Posición:

Los cambios posturales de los pacientes en riesgo reducen la presión en los puntos de apoyo, disminuyendo el riesgo de L.P.P.

Se deberán **utilizar almohadas/posicionadores** para elevar los talones y alejarlos de la superficie de la cama.

Utilizar cojines, almohadas y/o posicionadores en distintas zonas del cuerpo y espumas hidrofílicas, asegurando mantener el alineamiento y previniendo la presión sobre las prominencias óseas, **evitando movimientos que generen cizallamiento al movilizar al paciente con apoyo de elementos para la movilización.**

Consideraciones a tener presente respecto de los cambios posturales:

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Evitar el contacto directo entre prominencias óseas.
- Evitar apoyar al paciente sobre sus lesiones o dispositivos médicos como tubos o drenajes.
- Movilizar al paciente encamado, utilizando sabanilla de género por debajo de él, ésta debe ser una sábana lisa, doblada por la mitad (**debe abarcar desde hombros hasta cadera del paciente, para otorgar mayor efectividad en la movilización y evitar movimiento de cizallamiento**).
- Los cambios posturales deberían llevarse a cabo utilizando la posición semi Fowler de 30° o la posición decúbito supino y la posición lateral con una inclinación de 30° (alternando el estar lateral derecho, decúbito supino y lateral izquierdo) si el individuo puede tolerar esta posición y sus condiciones médicas lo permiten. Evitar las posturas que incrementan la presión, como la de Fowler de más de 30° o la posición semi-recostado.
- Mantener manos y pies en posición fisiológica y funcional.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

- Cuando un paciente de manera excepcional, posea contraindicación de cambios posturales (por condición de gravedad, dolor, etc.), el médico a cargo DEBE dejarlo explícitamente registrado en la ficha clínica del paciente y el equipo de enfermería debe aplicar medidas de liberación de puntos de presión.

La programación del cambio de posición es responsabilidad de la Enfermera Clínica quien indicará la frecuencia según el riesgo del paciente y la utilización o no de SEMP. El cambio de posición siempre debe ser registrado en la ficha de enfermería correspondiente en la planificación y/o como evolución clínica, indicando la posición y lateralidad del paciente.

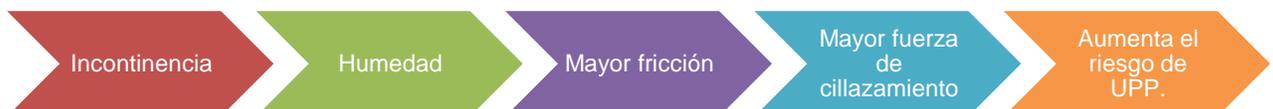
10.2. Manejo de la Humedad:

Dado que la incontinencia ha demostrado que aumenta considerablemente el riesgo de aparición de L.P.P. (Evidencia Moderada), se hace necesario extremar la limpieza, enjuague y secado meticuloso en cada aseo genital del paciente, observando y aplicando estos cuidados a las siguientes áreas:

- Área genital.
- Pliegues inguinales.
- Parte inferior del abdomen y zona suprapúbica.
- Zona interna de los muslos.
- Zona perianal.
- Pliegue interglúteo.
- Glúteos.
- Zona posterior de muslos.

10.3. Dermatitis Asociada a Incontinencia como un factor de riesgo de las LPP

La Dermatitis Asociada a Incontinencia (DAI) es una dolorosa y problemática lesión de la piel que resulta de la exposición a la orina y/o heces, donde la humedad y los irritantes desencadenan inflamación y daño desde las capas externas hacia las más profundas de la piel.



 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.3.1. Medidas para la Prevención y tratamiento de la D.A.I.

Paso 1: Identificar la condición	Paso 2: Implementar el régimen de cuidado de la piel apropiado		
	Limpiar	Proteger pacientes SIN deposiciones líquidas (Bajo riesgo).	Proteger pacientes CON deposiciones líquidas (Alto riesgo).
Piel en Riesgo: La piel es normal comparada con el resto del cuerpo. Sin signos de DAI.	Limpie área post-aseo genital con jabón neutro 5.5, luego enjuagar y secar bien a toques.	Aplicar Crema protectora por Ej.: Cavilón crema.	Aplicar protector cutáneo por Ej.: Cavilón spray.
DAI Categoría 1 (leve): La piel está enrojecida pero aún intacta.		Aplicar Crema protectora por Ej.: Cavilón crema.	Aplicar protector cutáneo por Ej.: Cavilón spray.
DAI Categoría 2 (moderada/severa): La piel está enrojecida y lesionada. Puede haber pérdida de continuidad de la piel.		Aplicar protector cutáneo por Ej.: Cavilón spray. *Use técnica Crusting en los casos que sean necesarios.	Aplicar protector cutáneo por Ej.: Cavilón spray. *Use técnica Crusting en los casos que sean necesarios.

- Técnica Crusting o Costra: 1° Aplicación de carboximetilcelulosa u Óxido de Zinc (en polvo) sobre la piel con pérdida de continuidad y luego protector cutáneo en spray.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.3.2. Productos para prevención de LPP y DAI, disponibles en nuestro hospital

PRODUCTO	USO/ INDICACIÓN	
Ácidos Grasos Hiperoxigenados	<p><u>Descripción:</u> Solución tópica compuesta por ácidos grasos hiperoxigenados de ácidos grasos esenciales en un 98% y un 2% compuesto por: Aloe Vera, Centella Asiática y esencia de romero. Los ácidos grasos hiper-oxigenados presentes en su formulación, facilitan la renovación de células epidérmicas, incrementando la resistencia capilar. El Aloe Vera y Centella asiática, actúan como restauradores capilares, restauradores de la circulación capilar y contrarrestan el efecto de los radicales libres. Evitan la deshidratación cutánea y restauran el film hidrolipídico. Aumentan la resistencia al rozamiento.</p>	
	<p><u>Indicaciones:</u> Prevención de LPP. Tratamiento de LPP. Grado/Estadio 1.</p>	<p><u>Modo de aplicación:</u> Pulverizar 1 vez el producto sobre la zona deseada y extender con la yema de los dedos, facilitando la distribución homogénea.</p>
Protector cutáneo	<p><u>Descripción:</u> Película líquida transparente, transpirable y sin ardor, que forma una barrera de protección persistente sobre la piel a base de polímeros y plastificante.</p>	
	<p><u>Indicaciones:</u> Prevención y tratamiento en pacientes con alto riesgo de D.A.I. Prevención de LPP.</p>	<p><u>Modo de aplicación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulverizar el producto sobre la zona deseada, sin extenderlo, dejar secar durante 30 segundos. - Duración de 72 horas en pacientes con bajo riesgo de D.A.I. y 24 horas en paciente con alto riesgo de D.A.I. - No requiere ser removida ya que se elimina con la descamación natural de la piel. - No se remueve con los lavados ni obstruye el funcionamiento del pañal - Libre de alcohol, fragancia y látex. - Compatible con Gluconato de Cloherxidina - Facilita adhesión de adhesivos.



GCL 2.2

Protector cutáneo crema	<u>Descripción:</u> Es una crema barrera concentrada compuesta por: Un terpolímero acrilato que proporciona protección a la piel y hace que la crema sea muy concentrada y duradera. El copolímero ácido acrílico es el ingrediente que permite que los productos adhesivos, se puedan adherir a la piel previamente protegida con la crema. Además contiene dimeticona (otro polímero de la silicona y reconocido protector cutáneo) que contribuye al efecto barrera. Los ingredientes emolientes y humectantes acondicionan e hidratan la piel.
	<u>Indicaciones:</u> Prevención de la D.A.I. Protección de la piel en pacientes con incontinencia urinaria y fecal, con deposiciones formadas.



GCL 2.2

10.4. Acciones para Prevención de lesiones por presión en Paciente Adulto en Torre Médico-Quirúrgica y UPC.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN GENERALES		
Actividades Generales	Frecuencia	Responsable de ejecución
Valoración del riesgo.	Al ingreso (máximo 6 horas), luego se reevalúa según el riesgo y cada vez que cambie la condición del paciente.	Enfermera Clínica.
Valoración y registro de la piel y zonas de apoyo.	1 vez en el turno de 12 horas, y cada vez que cambie la condición del paciente.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Higiene de la piel con agua tibia, jabón neutro pH 5,5 (Evidencia Moderada).	En el baño diario y en cada aseo genital.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Secar piel cuidadosamente (a toques), sin friccionar. Colocar especial hincapié en los pliegues.	En el baño diario y en cada aseo genital.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Utilizar cremas hidratantes fluidas, confirmando su absorción total.(contraindicado emulsionados)	Luego del baño diario y en SOS.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Utilizar ropa interior de algodón o pañales adecuados para control de humedad.	Diariamente y en cada aseo genital.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Control de la humedad y prevención de DAI.	En el baño diario, en cada acomodo, aseo genital con cambio frecuente de pañal.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Fomentar la movilidad y actividad del paciente, proporcionando la asistencia correspondiente (deambulacion asistida, uso de andadores, muletas, barandas) (Evidencia Moderada).	En toda oportunidad.	Médico Tratante Enfermera Clínica. Kinesiólogo. Técnico en Enfermería.
Prevención de fricción y cizallamiento	Evitar en baño diario, en cada acomodo, cambio de posición y aseo genital.	Médico Tratante Enfermera Clínica. Kinesiólogo. Técnico en Enfermería.



GCL 2.2

<p>Educación al paciente, familia o cuidador, otorgando los conocimientos y habilidades necesarias que les permitan prevenir las LPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Factores de riesgo de lesiones por presión. ○ Valoración de los signos de lesiones por presión. ○ Importancia y aplicación de los cambios posturales. ○ Importancia de la nutrición adecuada. ○ Importancia de la movilización precoz y acompañamiento. 	<p>Al ingreso de la hospitalización.</p> <p>En toda oportunidad.</p> <p>*Con énfasis en pacientes de mediano y alto riesgo.</p>	<p>Médico Tratante Enfermera Clínica. Kinesiólogo. Nutricionista. Técnico en Enfermería.</p>
--	---	--

*Aplicar todas las medidas generales a pacientes bajo, mediano y alto riesgo.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN MEDIANO Y RIESGO		
Actividades específicas en pacientes de Mediano y Alto riesgo	Frecuencia	Responsable de ejecución
Cambio de posición según superficie:		
<ul style="list-style-type: none"> • Alto Riesgo y Mediano Riesgo sin SEMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos cada 2 horas. 	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
<ul style="list-style-type: none"> • Mediano Riesgo con SEMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos cada 4 horas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo con SEMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos cada 3 horas. 	
Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sana sometida a presión, (Evidencia Alta). (Torra i Bou, 2006).	Cada 12 Horas.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Descarga de talones.	Mantener en baño diario, en cada acomodo y cambio de posición.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.



GCL 2.2

Limitar el tiempo que el paciente este sentado en una silla o sillón.	Máximo 2 horas continuas.	Enfermera Clínica. Kinesiólogo. Técnico en Enfermería.
Utilización de apósitos de espuma de poliuretano en prominencias óseas. (Evidencia Alta).	Evaluar ubicación y condición en baño, acomodo, cambio de posición y aseo genital.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería. Kinesiólogo.
Cuidados de presión ante dispositivos médicos con: <ul style="list-style-type: none"> • Espumas. • Ácidos grasos hiperoxigenados. • Giro y reposicionamiento del dispositivo para redistribuir la presión, a intervalos rutinarios. 	Al menos cada 12 hrs. y en SOS.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.

10.5. Acciones para Prevención de lesiones por presión en Paciente Adulto en Urgencia

El Servicio de Urgencia Adultos cuenta con 2 áreas principales de atención de pacientes, Box de atención y Sala de Observación y Reposo.

En relación al sector de Observación y Reposo, se categorizará al paciente aplicando escala de Braden y de acuerdo a puntaje, se aplicarán las medidas de prevención contenidas en el punto 10.1 de este documento.

Si bien, el objetivo en el servicio de Urgencias, es atender a los pacientes en el menor tiempo posible, hay circunstancias especiales que generan tiempos de permanencia mayor a 6 horas en los box de atención, por lo cual, en esos pacientes se implementarán las siguientes medidas:

Actividades Generales	Frecuencia	Responsable de ejecución
Valoración del riesgo.	En todo paciente con una permanencia en el servicio igual a 6 horas desde su ingreso se aplicará escala Braden.	Enfermera Clínica.
Valoración y registro de la piel y zonas de apoyo.	1 vez en el turno de 12 horas, y cada vez que cambie la condición del paciente en caso de permanecer en el sector de box.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Utilizar pañales adecuados para control de humedad en pacientes con incontinencia urinaria.	En cada aseo genital.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Control de la humedad y prevención de DAI.	En cada acomodo y /o aseo genital con cambio frecuente de pañal.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Prevención de fricción y cizallamiento	Evitar el deslizamiento del paciente en la camilla de urgencia	Médico Tratante Enfermera Clínica. Kinesiólogo. Técnico en Enfermería.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN MEDIANO Y ALTO RIESGO EN BOX		
Actividades específicas en pacientes de Mediano y Alto riesgo	Frecuencia	Responsable de ejecución
Cambio de posición	Al menos cada 2 horas.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Descarga de talones.	Mantener durante la atención en box.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.
Limitar el tiempo que el paciente este sentado en una silla o sillón.	Máximo 2 horas continuas.	Enfermera Clínica. Kinesiólogo. Técnico en Enfermería.
Cuidados de presión ante dispositivos médicos con: <ul style="list-style-type: none"> • Espumas. • Ácidos grasos hiperoxigenados. 	Durante la atención en box.	Enfermera Clínica. Técnico en Enfermería.

* En el sector de box no existe a disposición SEMP, por lo que, el cambio de posición, se realizará cada 2 horas.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

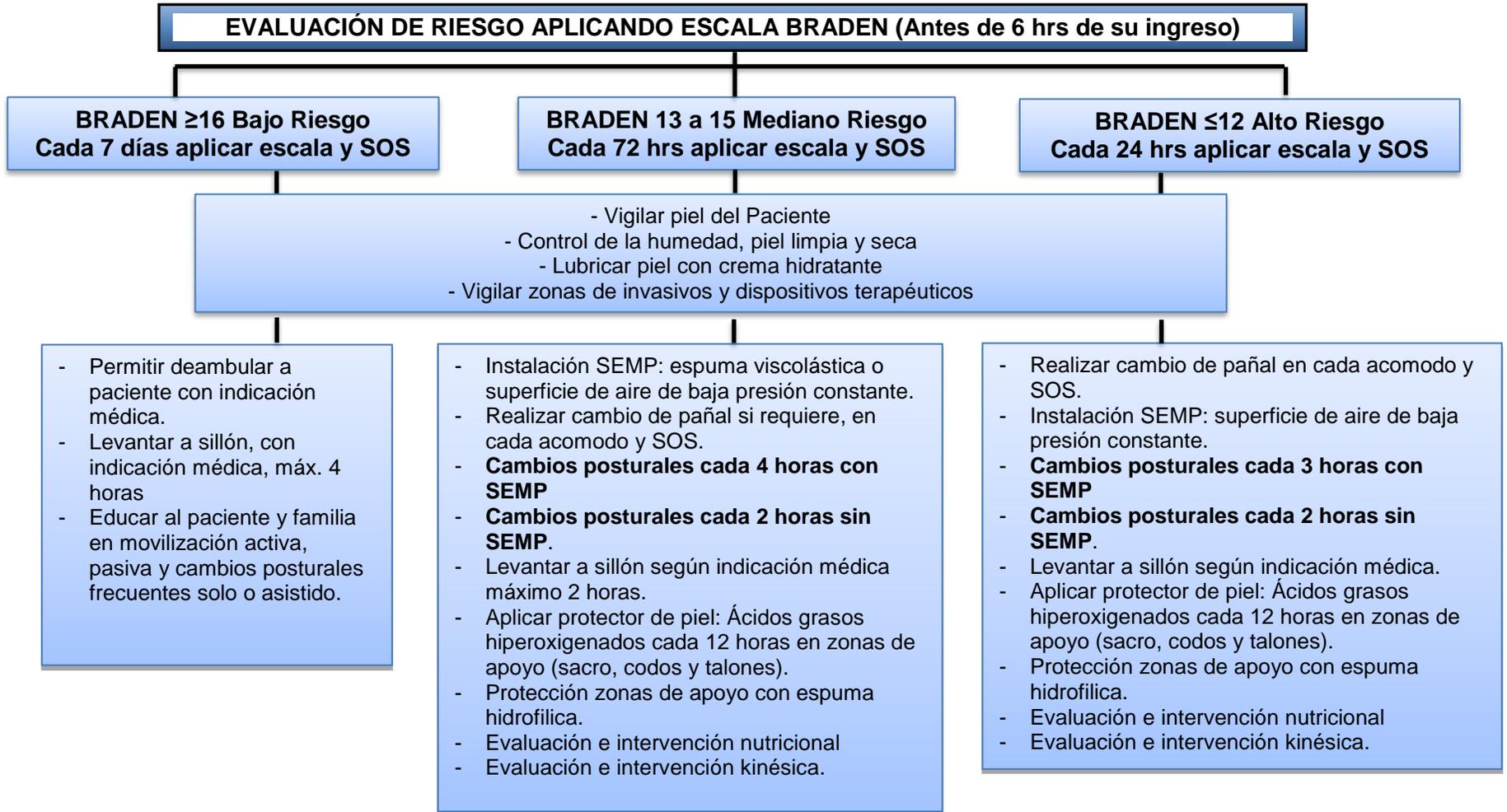
Intervenciones Iatrogénicas:

Se caracterizan por su alto arraigo en la práctica clínica, pero que el actual conocimiento científico ha demostrado que corresponden a intervenciones contraindicadas. Entre ellas se cuentan:

- Uso de picarones como superficie de asiento (Evidencia Moderada).
- Uso de alcohol o colonia para fricción de la piel.
- Masajes de las prominencias óseas.
- Sentar pacientes que no tienen capacidad de reposicionarse y sin utilizar SEMP.
- Sobrepasar los 30° de inclinación en cabecera de cama y decúbito lateral.
- Arrastre del paciente para movilizarlo.

 <p>HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.5.1. FLUJOGRAMA RESUMEN DE PREVENCIÓN DE LPP EN TMQ, UPC Y URGENCIA ADULTO



 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

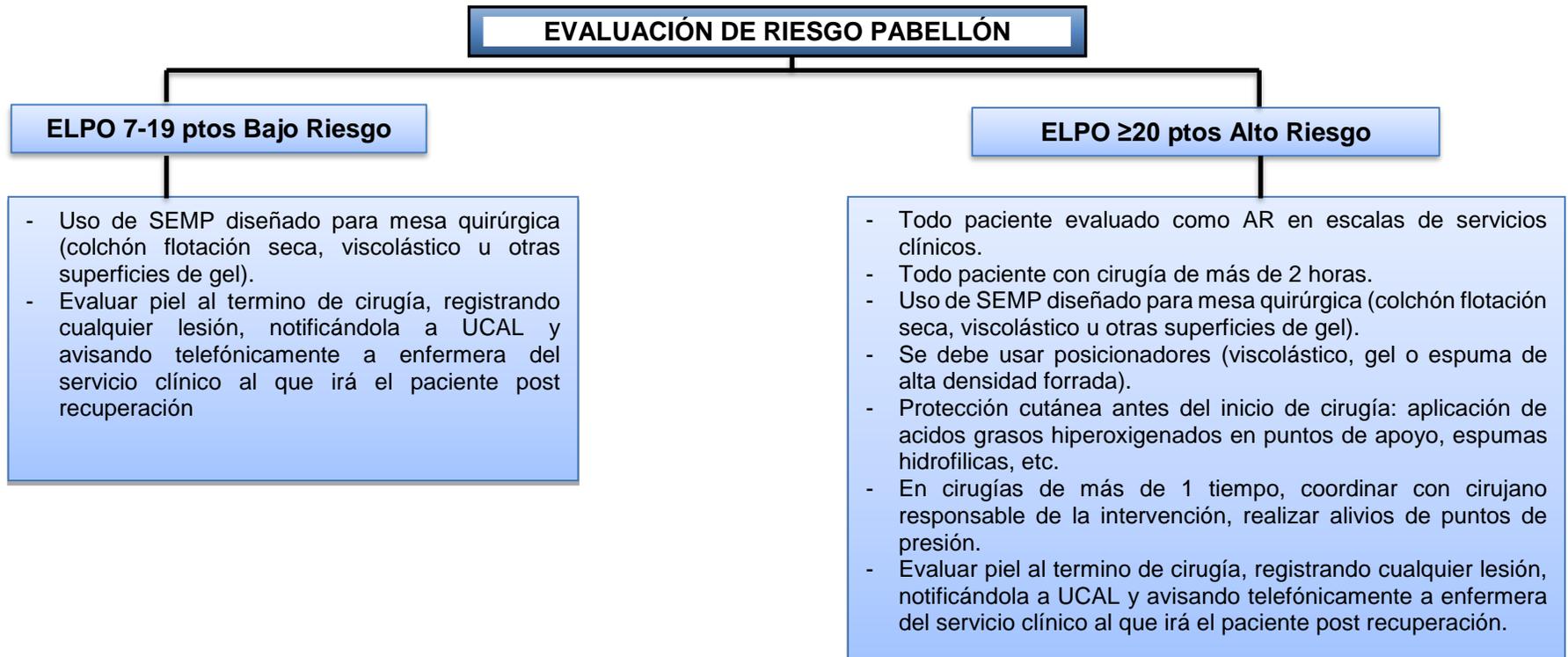
10.6. ACCIONES PARA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PABELLÓN

- Utilizar un **colchón que redistribuya la presión en la mesa de operaciones** para todos los individuos que se ha comprobado que corren el riesgo de desarrollar lesiones por presión. Se han desarrollado varios tipos de superficie de apoyo para quirófanos que redistribuyan la presión.
- **Posicionar al paciente** de modo que se reduzca el riesgo de desarrollo de lesiones por presión durante la cirugía.
- **Elevar los talones completamente** (libre de cargas) de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin dejar caer toda la presión sobre el tendón de Aquiles. **La rodilla debería estar ligeramente flexionada**, ya que la hiperextensión de ésta puede causar la obstrucción de la vena poplítea y esto podría predisponer a una trombosis profunda en la vena. Además, al elevar los talones se reduce el riesgo de lesiones por presión en este lugar.
- Prestar atención a la **redistribución de la presión antes y después de la intervención quirúrgica.**
- **Colocar a los individuos sobre un colchón que redistribuya la presión tanto antes como después** de la intervención quirúrgica.
- **Colocar apósitos preventivos** (espumas hidrofílicas) en talón y sacro en cirugías de 2 horas o más.
- **Posicionar al individuo en una postura diferente a la mantenida durante la cirugía** antes de la operación y después de la misma.

De esta clasificación se derivarán los cuidados descritos en el siguiente flujograma:

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.6.1. FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN DE LPP EN PABELLÓN



 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

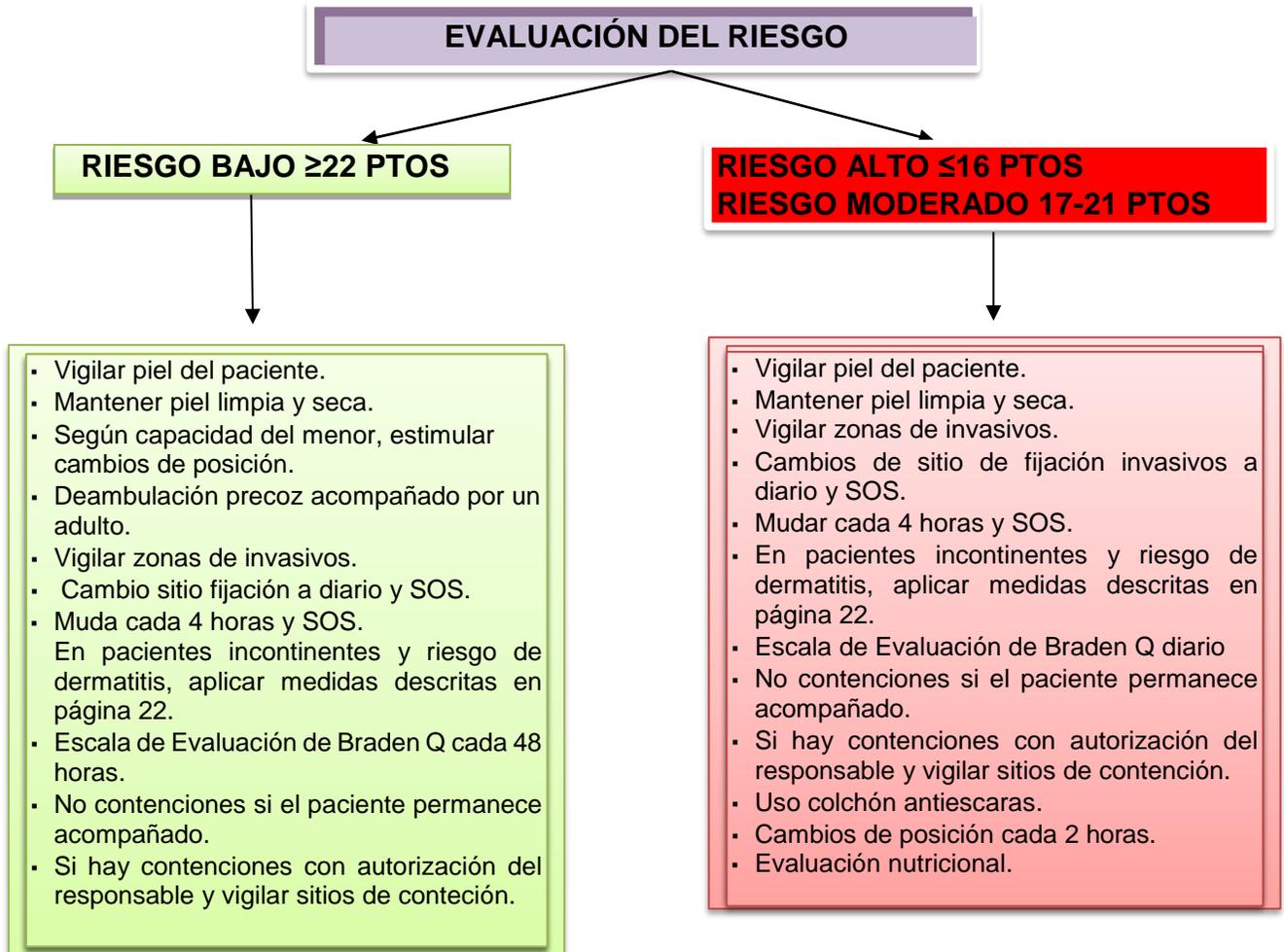
10.7. ACCIONES PARA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Las medidas generales de prevención y tratamiento de las LPP en los pacientes pediátricos no difiere del manejo del adulto en el contexto de la lesión propiamente tal, con énfasis en:

- Productos de barrera o colonias para la piel que no contengan alcohol.
- No utilizar sistemas tipo "corona" para fijar o sostener la cabeza.
- No utilizar vendas que impidan visualizar sitios de punción o conexiones fijas en la piel.
- Control de dietas complementarias con suplementos nutricionales pediátrico.
- Aplicación de barreras o protecciones en dispositivos médicos, como V.V.P., C.V.C, catéter urinario, oxigenoterapia, etc.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.7.1. FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN LPP EN PACIENTE PEDIATRICO



RIESGO ALTO ≤ 16 PTOS
RIESGO MODERADO DE 17 HASTA 21 PTOS
RIESGO BAJO ≥ 22 PTOS

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.8. ACCIONES PARA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN EN PACIENTE NEONATO

Este proceso es constante y dinámico e individualizado, por lo tanto, la valoración, programación y reevaluación es continua.

Consideraciones en los cuidados de enfermería:

- Inspeccionar piel diariamente, especialmente en prominencias óseas.
- Frente a cambios posturales, considerar estabilidad clínica, y la tolerancia del recién nacido.
- No cambiar rutinariamente los electrodos.
- Evitar uso de cintas fijadoras, encima de la piel, para fijación de sondas. Preferir apósitos de silicona o microfoam.
- La remoción de apósitos se debe hacer lentamente e idealmente con removedores de adhesivos.
- No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas.

Consideraciones Especiales en RN prematuro:

Especialmente en neonatos <28 semanas de gestación, se debe favorecer:

1. La maduración epitelial.
2. Mantener la estabilidad térmica y conservar el calor.
3. Mantener balance de líquidos y electrolitos.
4. Prevenir infecciones y lesiones.
5. Disminuir la morbilidad asociada con la inmadurez de la barrera cutánea.

Para esto, en neonatos < 28 semanas, se tendrán estandarizados los siguientes cuidados:

- Uso incubadoras cerradas de doble pared.
- Mantener humedad entre 70-80% la primera semana de vida.
- Cambios posición cada 3 horas.
- Uso SEMP.

Cuidados Aseo piel RN inmediato:

Luego de nacimiento se debe limpiar y secar al RN con una compresa entibiada, evitando el frotado vigoroso. En el caso de suciedad importante se puede usar agua.

Se recomienda dejar **el unto sebáceo** (vérnix caseoso) residual permitiendo que se vaya eliminando sólo con el cuidado y manejo cotidiano. Si el RN tiene un exceso de unto, este se debe reducir con un limpiado suave, sin uso de vaselina. El baño con agua tibia y soluciones limpiadoras no alteran la flora bacteriana de la piel.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

El primer baño se debe retrasar para permitir que el RN haga una transición adecuada; térmica y cardiopulmonar, con énfasis en el vínculo materno-infantil. Es adecuado bañar al **recién nacido de término y casi término** (34 a 36 semanas más 6 días y peso >1500g) cuando sus signos vitales y temperatura corporal se han mantenido estables (36,7°C o más) durante al menos **4-6 horas**, y se tome el cuidado apropiado para la estabilidad térmica. El retraso del primer baño de 12 a 24 h en recién nacidos sanos apoya el inicio de una lactancia exitosa. En prematuros **menores de 34 semanas** se hará aseo por partes hasta que su condición clínica permita el baño. En prematuros de < 32 semanas durante la primera semana incluso el jabón puede ser irritante, usar sólo agua tibia.

Hay circunstancias, tales como impregnación importante con meconio, con sangre materna, corioamnionitis (RN con mal olor), en caso de inmunodeficiencia humana materna (VIH) o infección por hepatitis B, requieren un **baño precoz** una vez que se consiga la estabilidad fisiológica, debido al riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

Cuidados Aseo piel RN Hospitalizados:

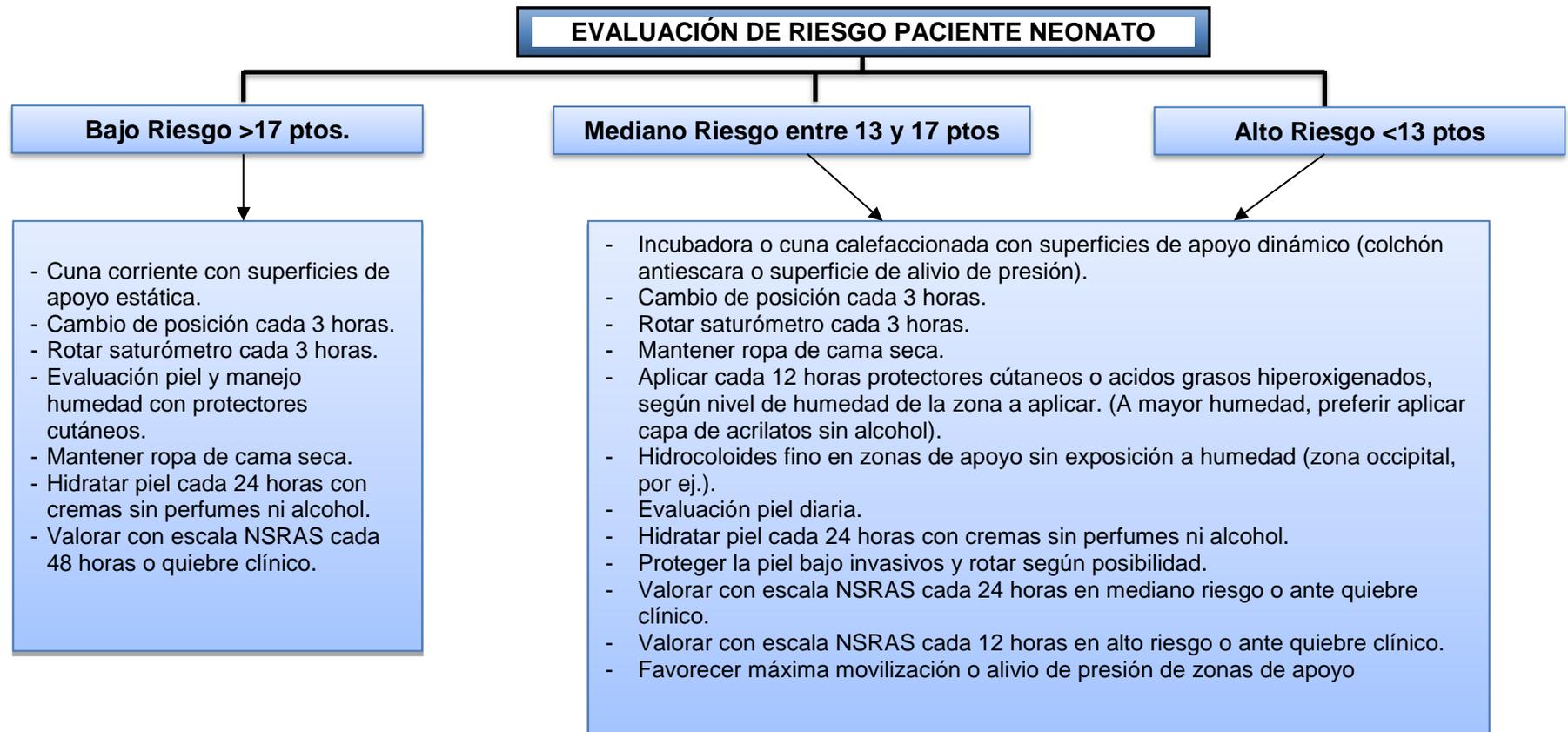
En los **RN hospitalizados**, el aseo de la piel puede producir stress y alteraciones de sus signos vitales. En ellos si están en Cuna radiante o Incubadora, si tienen vías intravasculares y según su enfermedad, se le hará **aseo por partes en la atención de las 21 horas, día por medio** y se indicará el baño cuando su condición de salud lo permita. En prematuros pequeños si hay áreas de descamación o fisuras de la piel se debe utilizar agua bidestilada tibia.

Diariamente se debe lavar cuello y cara por la alimentación.

Los RN que se bajan de Cuna radiante o Incubadora a cuna, sin vías intravasculares, se bañaran de acuerdo su capacidad de termorregular.

 HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

10.8.1. FLUJOGRAMA DE PREVENCIÓN DE LPP EN NEONATOLOGÍA/UCI NEO



 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

11. ACCIONES PARA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN, NUTRICIONAL Y KINÉSICO

No obstante, la intervención de enfermería, es importante considerar la participación de un equipo multidisciplinario, ofreciendo al paciente y familiar apoyo nutricional, kinésico y emocional.

11.1. Intervención Nutricional

Dado que la malnutrición es un factor de riesgo reversible para el desarrollo de las L.P.P., su detección temprana y tratamiento resultan relevantes. Los individuos en peligro de desarrollar LPP pueden también correr el riesgo de desnutrición y por eso debería examinarse su estado nutricional (EPUAP/NPUAP, 2009).

Por lo tanto, la nutrición y la hidratación ejercen un rol clave en la prevención y cicatrización de las L.P.P., es por esto que debemos asegurar una adecuada ingesta calórico-proteica para prevenir la malnutrición tomando en cuenta las preferencias y la condición de salud del paciente (Evidencia Moderada).

La alimentación por vía oral constituye la vía de elección para la nutrición y debería favorecerse siempre que sea posible. El uso de los suplementos nutricionales resulta válido como apoyo a un requerimiento calórico-proteico aumentado y/o a una ingesta insuficiente en especial a los pacientes propensos a L.P.P. lo que permitiría con una reducción significativa en el desarrollo de LPP.

Como norma se deberá:

- En todo paciente (adulto, pediátrico) **con moderado o alto riesgo de L.P.P.**, se deberá realizar al menos una valoración Nutricional a las 72 hrs. del ingreso del paciente.
- En todo paciente (adulto, pediátrico) **con moderado o alto riesgo de L.P.P.** se le realizará **intervención nutricional a las 72 hrs del ingreso del paciente** y si es posible, cuando cambie su condición, registrando en ficha clínica del paciente.
- La **intervención Nutricional** contempla control de ingesta, cálculo requerimientos, adecuación de régimen.
- En todo paciente que presenten L.P.P. previas o generadas en la hospitalización, independiente de su valoración de riesgo, se deben aplicar las mismas medidas anteriormente descritas.

11.2. INTERVENCIÓN KINÉSICA

La intervención kinésica es fundamental para la prevención de LPP, ya que está orientada a favorecer la movilidad precoz en el paciente hospitalizado con el objetivo de disminuir el tiempo que está en cama o sillón favoreciendo así, la independencia de los pacientes.

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

Intervenciones:

- Médico tratante realizará interconsulta para evaluación kinésica en todo **paciente AR y MR en escala Braden, excepto en los servicios de Pediatría, Neonatología, UPC Neonatológica, Recuperación y UPC adultos, por las condiciones clínicas y etarias de estos pacientes.**

Se realizará una evaluación inicial **dentro de las primeras 48 hrs. de hospitalizado, una vez recibida la interconsulta**, a todos los pacientes con **alto y mediano** riesgo de desarrollar LLP según **escala Braden** desarrollada por personal de enfermería.

- Esta evaluación clasificará al paciente según la **escala de fragilidad clínica (CFS)**, que otorga una puntuación de 1 al 9, donde 1 hace referencia a pacientes que se encuentran muy en forma y 9 a pacientes con enfermedad terminal, estableciendo la siguiente clasificación:

Puntos	Acciones	Intervención kinésica
1 y 2 puntos	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega a los pacientes una pauta de ejercicios para desarrollar de forma independiente (Anexo N°7) durante la hospitalización. - Entrega tríptico con información relevante a los familiares o red de apoyo del paciente para que contribuyan en el proceso de mantener la funcionalidad durante la hospitalización 	No requieren intervención kinésica
3 a 6 puntos	- Entrega tríptico a los familiares.	Fundamental la intervención kinésica para evitar el deterioro funcional asociado a la hospitalización y potenciar la rehabilitación.
7 a 9 puntos	- Evaluación Kinésica integral, para plan de atención.	Evaluación kinésica integral , donde, según la evaluación, se determinará que pacientes necesitarán intervención kinésica y quiénes no. Debemos tener en consideración que aquellos pacientes que presenten dismovilidad severa asociado a posturas viciosas (ej: patrón de triple flexión que no cedan a la movilización) no serán beneficiarios de intervención kinesica , ya que no existe en éste recuperabilidad, y la prevención de LPP va asociado a cambios de posición, SEMP e intervenciones de enfermería, más no a la terapia kinésica.

 <p>HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

ANEXOS

 <p>HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

**ANEXO N°1
ESCALA DE BRADEN - BERGSTROM**

Puntaje	1	2	3	4
<p>Percepción Sensorial Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.</p>	<p>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 molestias en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>Muy limitada Reacciona sólo a ante estímulos dolorosos. No puede comunicar 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.</p>	<p>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.</p>	<p>Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p>Exposición a la humedad Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: Requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambio de rutina o actividad.</p>



GCL 2.2

<p>Nivel de actividad física</p>	<p>Encamado Paciente constantemente encamado/a</p>	<p>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.</p>	<p>Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas o silla de ruedas.</p>	<p>Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos 2 horas durante las horas de paseo.</p>
<p>Movilidad Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p>	<p>Completamente limitada Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p>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 (a).</p>	<p>Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo(a).</p>	<p>Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p>Nutrición Patrón usual de Ingesta de alimentos</p>	<p>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)</p>	<p>Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come solo La mitad de los alimentos que le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carnes o productos lácteos por</p>	<p>Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día en proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o</p>	<p>Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas.</p>



GCL 2.2

	<p>Bebe poco líquido No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días</p>	<p>día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>por sonda nasogástrica.</p>	<p>No requiere suplementos dietéticos.</p>
<p>Roce y peligro de lesiones</p>	<p>Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda La existencia de espasticidad, contracturas o agitación, producen un roce casi diario</p>	<p>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.</p>	<p>No es 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 silla.</p>	<p>Riesgo Alto: <12 Riesgo Medio: 13-15 Riesgo Bajo: >16 puntos</p>

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

ANEXO N°2 ESCALA ELPO

SCORE ITEMS	5	4	3	2	1
Tipo de posición quirúrgica	Litotómica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
Tiempo de cirugía	Superior a 6 hrs	Superior a 4 hrs hasta 6 hrs	Superior a 2 hrs hasta 4 hrs	Superior a 1 hora hasta 2 hrs	Hasta 1 hora
Tipo de anestesia	General + regional	General	Regional	Sedación	Local
Superficie de soporte	Sin uso de soporte o soportes rígidos sin acolchado o piñeras estrechas	Colchón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes hechos de algodón	Colchón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de espuma	Colchón de mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de viscoelástico/gel	colchón de la mesa quirúrgica de viscoelástico + cojinetes de viscoelástico/gel
Posición de los miembros	Elevación de las rodillas >90º y apertura de los miembros inferiores >90º o apertura de los miembros superiores >90º	Elevación de las rodillas >90º o apertura de los miembros inferiores >90º	Elevación de las rodillas <90º y apertura de los miembros inferiores <90º o cuello sin alineación esternal	Apertura <90º de los miembros superiores	Posición anatómica
Comorbilidades	úlceras por presión o neuropatía previamente diagnosticada o trombosis venosa profunda	obesidad o desnutrición	diabetes mellitus	enfermedad vascular	sin comorbilidades
Edad del paciente	>80 años	entre 70 y 79 años	entre 60 y 69 años	entre 40 y 59 años	entre 18 y 39 años

Riesgo Alto :≥ 20 pts

Riesgo Bajo: Desde 7 a 19 pts

 HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

ANEXO N°3 ESCALA NSRAS

Crterios	1	2	3	4
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	Muy pobre: Edad gestacional ≤ a 28 semanas	Edad Gestacional: > a 28 semanas y ≤ a 33 semanas	Edad Gestacional: > a 33 semanas y ≤ de 38 semanas	Edad Gestacional. > a 38 semanas hasta postérmino.
ESTADO MENTAL	Completamente limitado: No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, no aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardiaca) debido a una disminución del nivel de conciencia o sedación.	Muy limitado: Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardiaca).	Ligeramente limitado: Letárgico.	Sin limitaciones: Alerta y activo.
MOVILIDAD	Completamente inmóvil: No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej.: relajante muscular).	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.	Ligeramente limitada: Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	Sin limitaciones: Realizar cambios en la posición del cuerpo, importantes con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
ACTIVIDAD	Completamente encamado/a: En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	Encamado/a: En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	Ligeramente limitada: En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	Sin limitaciones: En una cuna abierta.



HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de Elaboración:

Junio, 2024

Fecha Próxima Revisión:

Junio, 2029

Versión: 01

Total de Páginas: 69

GCL 2.2

ANEXO N°4
ESCALA BRADEN Q

<i>Intensidad y duración de la presión</i>					PTOS
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil: No realiza ningún movimiento con el cuerpo o las extremidades sin ayuda.	2.- Muy limitada: Ocasionalmente realiza ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de realizar cambios frecuentes o significativos sin ayuda.	3.- Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	4.- Sin limitaciones: Realiza importantes y frecuentes cambios de posición sin ayuda.	
	1.- Encamado: Limitado/a a la cama.	2.- En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso y/o hay que ayudarlo para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.	3.- Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.- Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar O camina frecuentemente. Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante las horas de paseo.	
ACTIVIDAD Nivel de actividad física					
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión	1.- Completamente limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos (no gime, no se estremece ni se agarra) debido a un bajo nivel de conciencia o a sedación. O capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2.- Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos. Incapacidad para comunicar malestar, excepto gimiendo o mostrando inquietud. O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	3.- Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de postura. O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	4.- Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No tiene ninguna alteración sensorial que limite su capacidad de sentir o comunicar dolor o malestar.	
<i>Tolerancia de la piel y la estructura de soporte</i>					
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Piel constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi permanentemente debido a la transpiración, orina, drenaje, etc. La humedad es detectada cada vez que se gira o mueve al paciente.	2.- Piel muy húmeda: La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe ser cambiada al menos cada 8 horas.	3.- Piel ocasionalmente húmeda: La piel está húmeda de forma ocasional, necesitando cambio de la ropa de cama cada 12 horas.	4.- Piel raramente húmeda: La piel está casi siempre seca. Hay que cambiar los pañales de forma rutinaria; la ropa de cama solo hay que cambiarla cada 24 horas.	
	FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO Fricción: ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo. Cizallamiento: ocurre cuando la piel y la superficie ósea adyacente rozan la una contra la otra.	1.- Problema significativo: La espasticidad, contracturas, picores o agitación le llevan a un movimiento y fricción casi constantes.	2.- Problema: Requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un roce contra las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, necesitando recolocarle con la máxima ayuda.	3.- Problema potencial: Se mueve débilmente o necesita una ayuda mínima. Mientras se mueve, es posible que la piel roce de algún modo con las sábanas, la silla u otros dispositivos. La mayor parte del tiempo mantiene una posición relativamente buena en la silla o cama, aunque ocasionalmente se desliza hacia abajo.	
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	1.- Muy pobre: Está en ayunas; o a dieta líquida; o con sueroterapia más de 5 días. O albúmina < 2.5 mg/dl. O nunca come una comida completa. Raras veces come más de la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye 2 o menos raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido.	2.- Inadecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad inadecuada de calorías y minerales para su edad. O albúmina < 3 mg/dl. O raras veces come una comida completa y generalmente sólo come la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye sólo 3 raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	3.- Adecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad adecuada de calorías y minerales para su edad. O come la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 raciones de proteínas al día (carne, pescado, productos lácteos). Ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma un suplemento si se le ofrece.	4.- Excelente: Toma una dieta normal que le proporciona las calorías adecuadas para su edad. Por ejemplo: come/bebe la mayor parte de cada comida/toma. Nunca rechaza una comida. Normalmente come un total de 4 o más raciones de carne, pescados o productos lácteos al día. Ocasionalmente come entre comidas. No necesita suplementos.	
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida: Hipotenso (TA _o < 50 mmHg; < 40 en recién nacidos). O el paciente no tolera fisiológicamente los cambios posturales.	2.- Comprometida: Normotenso; el pH sérico es < 7.40; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	3.- Adecuada: Normotenso; el pH de la sangre es normal; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	4.- Excelente: Normotenso; la saturación de oxígeno es > 95%; hemoglobina normal; y el relleno capilar < 2 segundos.	



ANEXO N°5
INFORMACIÓN KINESIOTERAPIA A FAMILIARES/RED DE APOYO

AYUDANOS A MOVER

HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

Sabía usted que una persona hospitalizada pasa cerca del 80% del día en cama generando una gran pérdida de masa y fuerza muscular.

Es por esto que necesitamos su ayuda!

Si su familiar y/o amigo se encuentra en buenas condiciones de salud, usted puede acompañarlo a caminar por el pasillo durante el horario de visitas

Para esto es necesario tener las siguientes consideraciones:

- Solicitar autorización a personal de enfermería
- y
- Pedir que desconecten sueros, sondas o vías.

Otras consideraciones

Recuerda siempre traer calzado adecuado (idealmente zapatillas) y ayudas técnicas usadas previo a la hospitalización (bastón, andador, lentes y/o audífonos)

Servicio de medicina física y rehabilitación
Kiga. N° Fernanda Bravo

SCAN ME

 <p>HOSPITAL NAVAL “ALMIRANTE NEF” DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

**ANEXO N°6
GUIA KINESIOTERAPIA MOTORA PARA PACIENTE**



Pauta de Ejercicios

Hospital Naval Almirante Nef
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Klga. M° Fernanda Bravo





Recomendaciones generales

Realizar los ejercicios al menos 3 veces a la semana

Usar todos los
necesarios para la realización del
ejercicio

Utilizar

calzado cómodo (de
preferencia zapatillas)

En caso de que algún ejercicio
genere dolor, suspender
Solo haz los ejercicios que puedas
realizar



GCL 2.2

Escala de borg

	Escala de Borg	
0	Reposo	
1	Muy muy Suave	
2	Muy Suave	
3	Suave	
4	Algo Duro	
5	Duro	
6	Más Duro	
7	Muy Duro	
8	Muy muy Duro	
9	Máximo	
10	Extremadamente Máximo	

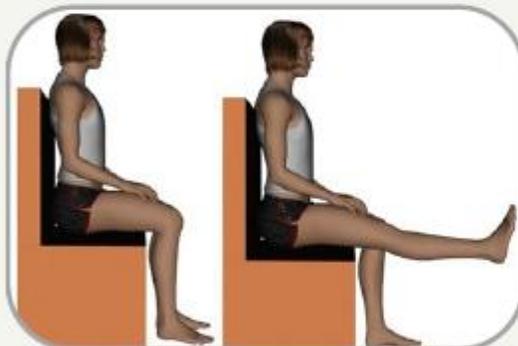
Durante la realización del ejercicio mantener nivel 4 de percepción del esfuerzo



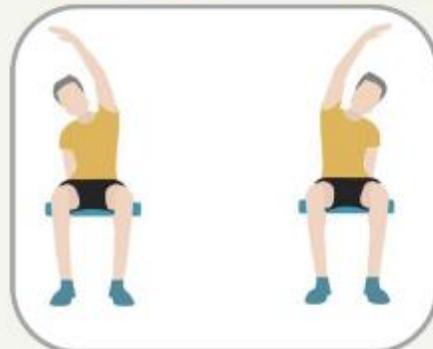
Elongaciones



Con las manos detras de la cabeza inhalar y exhalar a medida que flexiona la cabeza, mantener 10 segundos
Repetir 5 veces



Sentado en una silla, estirar una pierna llevando la punta del pie hacia su cuerpo mientras flexiona el cuello mantener 10 segundos
Repetir 5 veces por lado



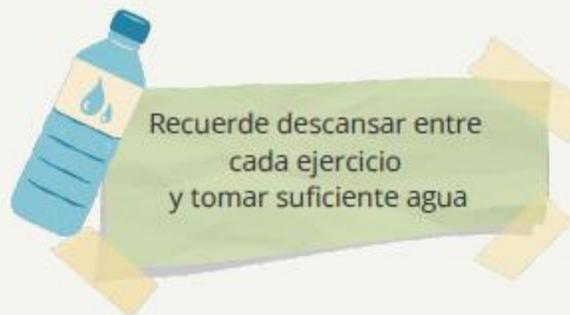
Sentado en una silla, llevar un brazo hacia el lado contrario, mantener 10 segundos
Repetir 5 veces por lado



GCL 2.2



Sentado en una silla, cruzar una pierna e inclinarse hacia abajo, mantener 10 segundos
Repetir 5 veces por lado



Recuerde descansar entre cada ejercicio y tomar suficiente agua





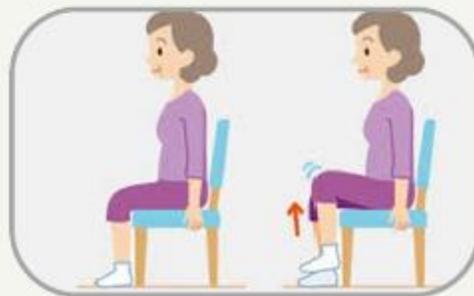
Activación muscular



Sentado en una silla,
estirar una rodilla 10
veces por pierna



Sentado en una silla,
levantar los talones y
las puntas de pie,
repetir 10 veces



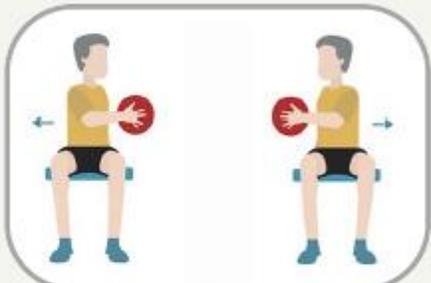
Sentado en una silla,
levantar una rodilla 10
veces por cada pierna



GCL 2.2



Recuerde descansar entre cada ejercicio y tomar suficiente agua



Sentado en una silla, con un balón (o cojín) girar 10 veces a la derecha y luego 10 veces a la izquierda



Sentado en una silla, con una mancuerna (o botella de agua) doblar y estirar los codos 10 veces



Sentado en una silla, con un palo de escoba o con los brazos juntos, subir y bajar los brazos 10 veces





GCL 2.2





Ejercicios de equilibrio



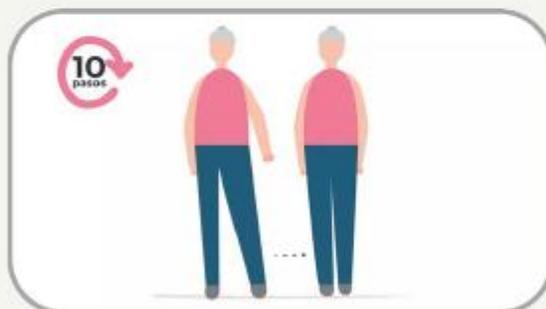
Estos ejercicios deben ser realizados
con un acompañante



Caminar en línea
recta levantando
las rodillas 20
pasos ida y vuelta



Caminar hacia
atrás 20 pasos
ida y vuelta



Caminar de lado
10 pasos ida y
vuelta





ANEXO N°7
ESCALA DE FRAGILIDAD CLINICA

CLINICAL FRAILITY SCALE-ESPAÑA

	1	Muy en forma	Personas que están fuertes, activas, enérgicas y motivadas. Son personas que suelen practicar ejercicio con regularidad. Son los que más en forma están para su edad.		7	Fragilidad grave	Personas completamente dependientes para el cuidado personal, por cualquier causa (física o cognitiva). Aun así, parecen estables y sin gran riesgo de fallecer en los siguientes 6 meses.
	2	En forma	Personas que no tienen síntomas de enfermedad activa, pero están menos en forma que las de la categoría 1. Suelen practicar ejercicio o son muy activas de forma esporádica. Por ejemplo, según la estación del año.		8	Fragilidad muy grave	Personas totalmente dependientes y acercándose al final de la vida. En general, no podrían recuperarse ni de una enfermedad leve.
	3	En buen estado	Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero que no practican actividad física de forma regular más allá de los paseos habituales.		9	Enfermo terminal	Llegando al final de la vida. Esta categoría es para personas con esperanza de vida menor de 6 meses, tengan o no tengan signos evidentes de fragilidad.
	4	Vulnerable	Personas no dependientes para actividades de la vida diaria, pero a menudo los síntomas limitan algunas actividades. Suelen quejarse de "ser lento" y/o estar cansado durante el día.	<p>Puntuación de fragilidad en personas con demencia.</p> <p>Todo paciente con demencia se considera un paciente frágil y el grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia leve (5. fragilidad leve): síntomas comunes en demencia leve incluyen olvidar detalles de acontecimientos recientes, aunque recuerden el acontecimiento en sí, repetir la misma pregunta/historia y aislamiento social. - Demencia moderada (6. fragilidad moderada): la memoria reciente está muy deteriorada, aunque parezca que recuerdan bien los acontecimientos del pasado. Con indicaciones, pueden realizar solos sus cuidados personales. - Demencia grave (7. fragilidad grave): los cuidados personales no son posibles sin ayuda. 			
	5	Fragilidad leve	Personas que a menudo tienen un enlentecimiento más evidente y necesitan ayuda en actividades instrumentales de la vida diaria (economía, transporte, labores domésticas que requieren esfuerzo, medicación). Por lo general, la fragilidad leve incapacita progresivamente para salir solos de compras o a pasear, hacer la comida y las tareas domésticas.				
	6	Fragilidad moderada	Personas que necesitan ayuda en todas las actividades realizadas fuera de casa y las tareas domésticas. En casa, a menudo tienen dificultad con las escaleras, necesitan ayuda para bañarse y podrían necesitar asistencia mínima (estimulación, acompañamiento) para vestirse.				

 <p style="text-align: center;">HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	Fecha de Elaboración: Junio, 2024
	Fecha Próxima Revisión: Junio, 2029
GCL 2.2	Versión: 01
	Total de Páginas: 69

ANEXO N°8
LETREROS CABECERA PACIENTES AR Y MR



Prevención Lesión por Presión Alto Riesgo



Cuidados Enfermería

- Lubricacion piel con crema lubricante neutra
- Deambulacion/Caminata según indicación médica
- Levantar a sillón según indicación médica
- Movilización en cama
- Aplicación protectores cutáneos y zonas apoyo
- Apoyo familiar: es fundamental su colaboración durante la visita, ayudando en cambios de posición y Lubricacion de la piel del paciente

Apoyo Kinesico

- Se realizará una evaluación kinesica integral, con un plan de atención para el paciente
- Pacientes con problemas en la movilidad severos (con postura viciosa o anquilosada), no son aptos a terapia motora, ya que genera dolor en el paciente, sin mejoría de su movilidad
- Entrega tríptico a los familiares para potenciar la rehabilitación. (Información en código QR)




Necesidades Nutricionales

- Paciente recibirá una evaluación nutricional
- Si paciente presenta lesiones por presión durante la hospitalizacion, o trae desde su domicilio, se evaluará administración de suplementos alimenticios que favorecen el cierre de heridas



SCAN ME



Prevención Lesión por Presión Mediano Riesgo



Cuidados Enfermería

- Lubricación piel con crema lubricante neutra
- Deambulacion/Caminata según indicación médica
- Levantar a sillón según indicación médica
- Movilización en cama
- Aplicación protectores cutáneos y zonas apoyo
- Apoyo familiar: es fundamental su colaboración durante la visita, ayudando en cambios de posición y Lubricación de la piel del paciente



Apoyo Kinesico

- Se realizará una evaluación kinesica integral, con un plan de atención para el paciente
- Pacientes con problemas en la movilidad severos (con postura viciosa o anquilosada), no son aptos a terapia motora, ya que genera dolor en el paciente, sin mejoría de su movilidad
- Entrega tríptico a los familiares para potenciar la rehabilitación. (Información en código QR)



SCAN ME

Necesidades Nutricionales

- Paciente recibirá una evaluación nutricional
- Si paciente presenta lesiones por presión durante la hospitalización, o trae desde su domicilio, se evaluará administración de suplementos alimenticios que favorecen el cierre de heridas



HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Fecha de Elaboración:

Junio, 2024

Fecha Próxima Revisión:

Junio, 2029

Versión: 01

Total de Páginas: 69

GCL 2.2

ANEXO N°9
REGISTRO ESCALA BRADEN



HOSPITAL NAVAL "ALMTE NEF" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ESCALA DE BRADEN PARA LA CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DE LPP Y VALORACIÓN PIEL		FECHA CREACION: FEB 2003	FECHA REVISION: FEB 2028	VERSION 2
NOMBRE PAC.:		FECHA/HORA INGRESO SERVICIO:		FECHA/HORA INICIO REGISTRO:
RUT:	EDAD:	DIAGNÓSTICO		

Puntaje	1	2	3	4
Percepción Sensorial: Capacidad para reaccionar ante molestias relacionadas con la presión	Completamente limitada (No reacciona a calor , doloroso, calambres o a sentir molestias en la mayor parte del cuerpo)	Muy limitada (reacciona ante órdenes verbales pero no puede comunicar su malestar excepto sólo ante calor , dolorosa mediana (quejidos o agitación)	Ligeramente limitada (Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias)	Sin limitaciones (Responde a órdenes verbales, no presenta déficit sensorial)
Exposición a la humedad: Nivel de exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda (Por sudor, orina, se detecta humedad cada vez que se lo mueve)	Frecuentemente húmeda (a menudo, pero no siempre la piel está húmeda)	Ocasionalmente húmeda (requiere sólo de un cambio suplementario de ropa al día)	Raramente húmeda (Piel generalmente seca)
Nivel de actividad física	Encamado/a (Pacients constantemente en cama)	En silla (No puede andar, no sostiene su propio peso, deambula limitada)	Deambula ocasionalmente (con o sin ayuda distancias cortas)	Deambula frecuentemente (fuera de la habitación al menos 2 días, no necesita ayuda)
Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posición cuerpo	Completamente inmóvil (Sin ayuda no puede cambiarse de posición)	Muy limitada (Ocasionalmente efectúa ligeros cambios de posición por sí sólo)	Ligeramente limitada (Con frecuencia efectúa cambios de posición por sí sólo)	Sin limitaciones (Efectúa frecuentemente y sin ayuda importantes los cambios de posición)
Nutrición: Patrón usual de ingesta de alimentos	May pobre (Nunca ingiere comida completa, bebe poco líquido, ayuna, suero o dieta líquida por más de 5 días)	Probablemente inadecuada (Raramente come comida completa, recibe menos que la cal óptima de una dieta o por SNG)	Adecuada (Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas, 4 veces por día. Come entre horas. SNE o NPCT)	Excelente (Ingiere la mayor parte de las 4 comidas al día, nunca náusea, come entre horas)
Roca y peligro de lesiones	Problema (Requiere moderada o máxima asistencia para ser movido. Requiere de ropa, posicionamientos con máxima ayuda)	Problema potencial (Se mueve muy débilmente o requiere de máxima asistencia)	No es problema aparente (Se mueve en cama y silla con independencia e tiene adecuada fuerza muscular)	

≤ 12: Alto Riesgo = Letrero rojo = cada 24 horas 13 -15: Mediano Riesgo = Letrero amarillo = cada 72 horas ≥ 16: Bajo Riesgo = Letrero verde = cada 7 días

Estadios LPP
 0 Sana / I Enrojecimiento piel inderme / II Pérdida parcial, epidermis-dermis, abrasión o cráter superficial / III Pérdida total del espesor de la piel hasta subcutáneo, con o sin necrosis
 IV Pérdida total de espesor de la piel y tejidos, con exposición de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartilago o hueso ya sea en forma directa o palpable en la úlcera, con o sin necrosis / V Sospecha de daño tisular (ej. flictena violácea)
 VI No clasificable (Placa neurótica seca)

INTERVENCION KINESICA

FECHA								
PUNTAJE EFC:								
INDICACION								
RESPONSABLE:								

Valoración piel	Servicio:							
	Fecha:							
	Hora:							
	Pje. Braden:							
	Riesgo:							
	Notificada:							
Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	Ev. Nutric:	
ZONA SACRA								
TROCANTER D°								
TROCANTER I°								
TALÓN D°								
TALÓN I°								
MALEOLO D°								
MALEOLO I°								
NOMBRE ENFERMERO								