

	 Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN				
		CÓDIGO GCL 2.2-3	VERSIÓN 06	FECHA 04/2024	VIGENCIA 5 años	Nº PÁGINAS 53



Revisado Por:	Aprobado Por:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 2 de 53

ÍNDICE

I.- Introducción:.....	3
II.- Objetivos	5
III.- Alcance	6
IV.- Definiciones	10
V.- Responsables	7
VI.- Desarrollo del Proceso.....	13
VI.- Distribución	30
VII.- Referencias Bibliográfica	30
VIII.- Anexos.....	38



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 3 de 53

I.- Introducción:

En el ámbito de la atención cerrada, existe un gran interés por conocer y mantener el control de todos aquellos aspectos relativos al proceso de desarrollo y manejo de las lesiones por presión (LPP), que se producen durante la atención de salud. (Su causa, frecuencia, características, prevención, factores favorecedores, consecuencias, etc.)

* Interés al cual no puede permanecer ajena ninguna unidad o institución.

Desde la perspectiva de la seguridad clínica, los sistemas de salud van aumentando el grado de importancia otorgado al problema de las lesiones por presión (LPP) como efecto adverso de la atención clínica y asumiendo algo que el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) venía reclamando desde su creación en 1994, “*Que las úlceras por presión (UPP), lejos de ser un proceso banal, inevitable o silente, son un problema de salud de primer orden a nivel mundial*”. (Pancorbo-Hidalgo, 2013).

Las LPP son consideradas actualmente como un problema importante de salud a nivel mundial, con consecuencias que impactan en los ámbitos sociales, de salud y económicos, lo que afecta directamente la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia. En España entre un 3-11% de los pacientes que ingresan a servicios hospitalarios desarrollan LPP, afirmando que *cerca del 70% de estas se producen durante las primeras dos semanas de hospitalización*.

Se conoce que el 95% de las LPP son evitables, razón por la cual toma relevancia el conocimiento del perfil epidemiológico de las instituciones sanitarias para identificar aquellos factores de la literatura que se encuentran presentes en la práctica y como consecuencia plantear intervenciones preventivas específicas y efectivas (Arango Salazar C, 2019).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 4 de 53

El GNEAUPP consideró de vital interés, para rescatar y mantener el valor real del problema, realizar estudios de Prevalencia permanentes lo que permitirá seguir la evolución de estas lesiones y nuevos factores predisponentes a la aparición de la lesión.

En marzo del año 2023, el equipo de continuidad, considerando la importancia de este ámbito, toma la iniciativa de realizar un estudio de prevalencia de lesiones por presión en las unidades de cuidados críticos del HUAP, pudiendo así determinar el impacto de las mismas en nuestros pacientes.

En dicha prevalencia destaca que la edad promedio de hospitalización es de 51 años, siendo el 66% correspondiente al género masculino. Dentro de las zonas con mayor prevalencia de LPP destaca Sacra 25%, pabellón auricular 23% y talones 15% respectivamente (Gonzalez D, 2021).

Considerando que las lesiones por presión es uno de los indicadores de calidad medibles trimestralmente por exigencia ministerial, según Noma técnica N°234 (RE 73/2023), es que se hace necesario describir los siguientes puntos en el cuerpo del presente documento:

1. Una correcta valoración del riesgo de LPP.
2. La formación y capacitación continua sobre prevención de LPP.
3. La participación interdisciplinaria en la prevención de LPP con definición de responsables y funciones.
4. La valoración de la piel programada.
5. La definición de las escalas de valoración de riesgo de LPP a aplicar en pacientes adultos.
6. La supervisión sistemática sobre la adherencia a prácticas preventivas.
7. Notificación oportuna de LPP.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 5 de 53

Dado lo anterior, es que se deben analizar los datos actuales y crear estrategias de abordaje para estandarizar los cuidados y optimizar aquellas medidas que logren prevenir las lesiones por presión, con un abordaje temprano y así evitar la profundización de las mismas, en base a los factores de riesgo detectados en diferentes servicios de la institución.

II.- Objetivos

Objetivo General:

Estandarizar la atención del equipo de salud en relación a la prevención y tratamiento de la lesión por presión en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Objetivos Específicos:

1. Integrar a la atención clínica la valoración y aplicación de escalas de evaluación para la prevención de lesiones por presión en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
2. Identificar factores de riesgo potenciales para prevenir la incidencia de una lesión por presión en pacientes hospitalizados tanto en urgencias como en unidad clínica en un periodo > 6 horas.
3. Establecer el cumplimiento de la gestión clínica en relación a la prevención, tratamiento y seguimiento de las lesiones por presión en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 6 de 53

4. Disminuir la incidencia de las LPP como indicador de calidad ministerial en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, a través de una participación interdisciplinaria en la prevención de LPP con definición de responsables y sus funciones.
5. Establecer flujogramas y lineamientos en relación a la prevención y tratamiento de lesiones por presión en pacientes hospitalizados en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
6. Establecer y Promover la formación y capacitación continua sobre la prevención de las LPP a nivel institucional.
7. Registrar oportunamente la valoración de la piel al momento de evaluar riesgo de LPP, en ficha clínica del paciente.
8. Pesquisar precozmente una LPP y realizar su notificación oportuna según norma local.

III.- Alcance

Dirigido a todo el personal médico, no médico y pacientes dentro de las Unidades del Hospital de Urgencia Asistencia Pública:

- Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH, con tiempo de duración de la atención y/o tratamiento igual o mayor a 6 hrs u otros pacientes con permanencia en UEH con indicación de hospitalización en espera de cama de hospitalización).
- Unidades de Cuidados Medios Médico – Quirúrgico
- Unidad de Paciente Crítico (UCI Valech – UPC Quemados – UPC Respiratoria - UTI).
- Clínica Asistencial Posta Central.
- Pabellones Quirúrgicos y Recuperación de anestesia.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 7 de 53

IV.- Definiciones

Lesión por presión (LPP)	Lesión localizada en la piel o tejidos subyacentes, de origen isquémico ya sea en piel intacta o como una úlcera abierta. La lesión se desarrolla como resultado de la acción de presión, fricción o cizallamiento, ya sea sobre una prominencia ósea o relacionada con un dispositivo. Se clasifican de acuerdo a su estadio (I-II-III-IV- sospecha de lesión profunda (SLP) e No clasificable).
Lesión por presión (LPP) relacionado 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. Si la lesión ocurre en la piel, esta debe clasificarse utilizando el sistema de categorización de las LPP.
Lesión por presión (LPP) en membrana mucosa	Es aquella lesión que se encuentra en las membranas húmedas que recubren los tractos respiratorio, gastrointestinal y genitourinario. Debido a la anatomía del tejido, estas lesiones no se pueden estadificar o clasificar utilizando el sistema de categorización de LPP, sin embargo, deben ser notificados como "LPP en membrana mucosa".
SEMP (Dispositivo de alivio de presión)	Superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión. Existen dos tipos de superficies de apoyo: 1.- 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. 2.- Superficies activas: Superficie de apoyo motorizada que tiene la capacidad de cambiar sus propiedades de distribución de carga con y sin carga aplicada. Superficies de ejemplo según definición anterior: 3.- Colchón Anti lesión: Dispositivos de alivio de presión con superficie especial conformada por celdas de aire que se inflan y desinflan secuencialmente y alivian la presión. 4.- Colchón visco elástico: Posee un núcleo está formado por un bloque inferior de espuma de alta resistencia.
Valoración de la piel	Es un componente esencial de la valoración del riesgo de LPP, que consiste en una evaluación cefalocaudal completa de la piel y los tejidos blandos con un enfoque particular en



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 8 de 53

	<p>zonas vulnerables, como las prominencias óseas y piel y/o mucosas en contacto con dispositivos médicos. Esta valoración incluye inspección visual, tacto y palpación de la piel para detectar diferencias de temperatura, la consistencia del tejido, edema, maceración, sequedad de la piel o cambios de coloración.</p> <p>En pacientes de pigmentación oscura se debe observar decoloración de la piel.</p>
Valoración Escala de Braden - Bergstrom	<p>Escala internacional utilizada para la valoración del riesgo (que considera factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de LPP) a desarrollar una LPP, considerando estimación cualitativa y cuantitativa, con un enfoque estructurado que incluye la valoración completa de la piel. Se clasifica en: Riesgo Alto, moderado y bajo riesgo según la puntuación obtenida.</p>
Prevención de Lesiones Por Presión	<p>Conjunto de actividades clínicas que destaca los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificación del riesgo de LPP a través de una escala de valoración de riesgo definida institucionalmente. Valoración del paciente, con énfasis en su piel. Uso de SEMP. Cambios de posición programado según riesgo del LPP. Realizar alivio de puntos de presión del paciente. Realizar planificación, ejecución y registro de los cuidados en forma individual, en ficha clínica del paciente. <p>Con el Objetivo de evitar o disminuir los eventos de daño o lesiones.</p>
Alivio de puntos de presión	<p>Consiste en la aplicación de técnicas de reposicionamiento alternativo, para cuando no es posible realizar cambios posturales tradicionales, tales como pequeños cambios de peso, cambios de posición de las extremidades, rotación de la cabeza, descarga del talón y giros de ángulo de la cadera. Puede ser aplicada con apoyo de posicionadores.</p>
Cambios posturales/cambios de posición	<p>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 magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo y mejorar el confort del paciente.</p> <p>Tal definición considera utilizar la posición de lateralización con un máximo de 30°.</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 9 de 53

Lesiones cutáneas asociadas a humedad (LESCAH)	Lesiones localizadas en la piel (no suele afectar el tejido subyacente) que se presentan como inflamación y /o erosión de esta, relacionada con exposición prolongado a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (orinas, heces, efluentes de estomas, exudados de heridas, etc.) Es importante la evaluación continua (Cambio de pañales, presencia de otras lesiones.
Eritema no blanqueable	Enrojecimiento de la piel que persiste después de la aplicación de presión, generalmente sobre una prominencia ósea. La piel de pigmentación oscura puede no tener un blanqueamiento visible.
Fricción	Se define como resistencia al movimiento en dirección paralela con relación al límite común entre dos superficies, como cuando se arrastra la piel sobre una superficie.
Cizallamiento	Fuerza paralela a la superficie de la piel, combina los efectos de presión y fricción. Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.
Lesiones por Dispositivos médicos	Lesión localizada en la piel o tejidos subyacentes asociada a la presión sostenida que ejerce un dispositivo médico.
Prevención de LPP asociada a dispositivos médicos	Conjunto de actividades clínicas que destaca los siguientes componentes: 1. Giro y reposicionamiento del dispositivo según intervalos rutinarios definidos. 2. Protección de la piel en contacto con el dispositivo que actúe como barrera entre el dispositivo y la piel.
Protector cutáneo o producto de barrera	Producto cuyo objetivo principal es evitar el deterioro de la piel, proporcionando una barrera impermeable o semipermeable e impidiendo así la penetración del agua y los irritantes biológicos (depositiones y orina).
Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO)	Solución compuesta por ácidos grasos esenciales que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación pudiendo: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la microcirculación sanguínea. • Facilitar la renovación celular de la epidermis. • Potenciar la cohesión celular de la epidermis.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 10 de 53

	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la resistencia de la piel. • Evitar la deshidratación. • Proteger de la fricción. • Disminuir el efecto de los radicales libres.
Película de barrera no irritable (PBNI)	Es una sustancia de polímeros que cuando se aplica sobre la piel sana o dañada, forma una película uniforme, transpirable e impermeable a líquidos y que actúa como barrera protectora frente a fluidos irritantes.
HUAP	Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
CUP	Catéter Urinario Permanente.
TO	Terapia Ocupacional.
TOT	Tubo Oro Traqueal.
SNG	Sonda Nasogástrica.
UEH	Unidad de Emergencia Hospitalaria.

V.- Responsables

La responsabilidad de ejecución corresponde a:

Profesional Responsable	Funciones
Director	Velar por el cumplimiento de la seguridad asistencial del establecimiento.
Subdirección de Gestión Clínica	Velar por el cumplimiento del protocolo según Norma técnica



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 11 de 53

	Nº234.
Subdirección Administrativa	<p>Velar por la planificación presupuestaria de recursos necesarios para la aplicación de los objetivos contemplados en el presente protocolo.</p>
Equipo de Calidad y Seguridad	<p>Liderar la actualización y control del presente documento institucional.</p> <p>Vigilar el cumplimiento de la evaluación periódica de los indicadores asociados (Monitoreo, análisis y plan de intervención).</p> <p>Participar en evaluación y estudios de necesidades prioritarias de acuerdo a recursos físicos para la aplicación del presente protocolo, conforme a realidad local en forma conjunto con otros niveles de gestión clínica dentro de la estructura organizacional.</p>
Subdirección de Gestión del Cuidado	<p>Velar por la adherencia de la práctica clínica por parte del equipo a su cargo a través de la supervisión periódica, evaluación de indicadores y análisis de sus resultados e intervención sobre brechas.</p>
Enfermero Supervisor	<p>Velar por el cumplimiento de la formación y capacitación continua sobre prevención de LPP.</p> <p>Supervisión sistemática sobre la adherencia a prácticas preventivas descritas en dicho protocolo.</p> <p>Evaluación técnica en estudio de necesidades prioritarias en relación a adquisición o reposición de implementos (Equipos o insumos) para su aplicación conforme a realidad local.</p>
Enfermero (a) Continuidad	<p>Supervisión, seguimiento, capacitación y apoyo de Protocolo Institucional, con revisión periódica de este.</p>
Enfermero Clínico	<p>Valoración programada de la piel descrito en este protocolo, además del correcto registro de sus hallazgos.</p> <p>Programación de los cuidados, supervisión y aplicación del Protocolo Institucional.</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 12 de 53

	Solicitar asistencia médica en caso de paciente con inestabilidad hemodinámica.
Técnico en Enfermería	Cumplimiento de la programación de los cuidados y aplicación de las medidas propuestas por el enfermero clínico con el paciente en particular.
Equipo Nutrición	Realizar al menos una valoración e intervención nutricional al ingreso del paciente al HUAP y a cada unidad clínica y, si es posible, cada vez que cambie su condición. Tal evaluación también debe ser aplicada a pacientes que presenten LPP previas o generadas durante la hospitalización. Identificar Diagnóstico nutricional, evaluación y tamizaje para ajuste metabólico de acuerdo con la lesión y estado clínico del paciente.
Médico	Indicar la prescripción farmacológica específica y la asociada al manejo del dolor. Prescribir indicaciones dietéticas en conjunto con equipo de nutrición.
Equipo de Cirugía Plástica	Identificación y valoración de lesiones en estadios mayores a III, que requieran intervenciones quirúrgicas específicas
Equipo de Medicina física y Rehabilitación.	Creación y modificación de aditamentos u ortesis (ayudas técnicas), por terapia ocupacional para favorecer posicionamiento de paciente.
Equipo de Kinesiología Intensiva y Soporte Ventilatorio.	Colaboración en los cambios de posición de los pacientes, favoreciendo la mantención fisiológica, evaluando rangos de movilidad y favorecer el aumento de este.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 13 de 53

VI.- Desarrollo del Proceso

1.- Valoración del Riesgo de LPP:

Evaluación del riesgo (Aplicación de escala de Braden) se realizará diariamente y cada vez que ingrese un paciente o se traslade a otro servicio.

Debe quedar registrado en ficha clínica (Hoja de ingreso, registro en DAU, entre otros) los siguientes datos: puntaje (puntaje y subfactores), nivel de riesgo identificado, oportunidad de aplicación (fecha y hora) y responsable de la aplicación. Además, se debe registrar la planificación de cuidados respectivos.

La escala de valoración de riesgo inicial debe ser aplicada por profesional de enfermería, con la siguiente oportunidad, conforme a la unidad de hospitalización o permanencia en que se encuentre el paciente:

Hospitalizados en UPC, UCM: Aplicación de escala de valoración al momento del ingreso a la unidad y con un tiempo máximo de 6 hrs.

- Pacientes ingresados en UEH: Pacientes con tiempo de duración de la atención y/o de tratamiento igual o mayor a 6 hrs. La aplicación de la escala de realizara al momento de cumplir las 6 hrs. Desde su ingreso a la atención médica.
- Pacientes con permanencia en UEH con indicación de hospitalización en espera de cama de hospitalización: Aplicación de escala de valoración de riesgo dentro de las primeras 6 horas desde la indicación de hospitalización.

1.1.- Valoración de riesgo de LPP en UEH.

El impacto social y económico que puede generar la producción de una lesión por presión es alto. Es por eso que las estrategias de prevención deben garantizar un seguimiento de la misma, desde su hospitalización en la UEH hasta su alta hospitalaria.

Es por eso que las nuevas orientaciones técnicas en el manejo de la LPP, recomienda que en la UEH la valoración de la piel debe ser al primer contacto con el paciente (TRIAGE / Primera atención clínica o box de atención).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 14 de 53

Actividades:

1. Pacientes con tiempo de duración de la atención y/o de tratamiento igual o mayor a 6 horas. La aplicación de la escala de riesgo se realizará al momento de cumplir las 6 horas desde su ingreso a la atención médica.
2. Otros pacientes con permanencia en UEH con indicación de hospitalización en espera de cama de hospitalización: aplicación de escala de valoración de riesgo correspondiente a su grupo etario dentro de las primeras 6 horas desde la indicación de hospitalización.
3. Pacientes categorizados como ESI 1 y ESI 2 según escala de TRIAGE utilizada: Considerar como paciente de alto riesgo desde el momento del ingreso, sin necesidad de aplicar escala de valoración.
4. La aplicación de escala de valoración de LPP se aplicará a todo paciente hospitalizado al ingreso de la UEH según los criterios definidos previamente y se acompañará de una valoración completa de la piel, prestando atención especial a las zonas vulnerables, como prominencias Oseas y piel en contacto con dispositivos.
5. En los pacientes categorizados con moderado y alto riesgo LPP la valoración de la piel se realizará diariamente.
6. La revaloración del riesgo de LPP mediante escala, se realizará a todo paciente.
7. Todos los Registros asociados a la valoración del riesgo de LPP (inicial o revaloración) deben estar disponibles en hoja de indicaciones.
8. La supervisión de la correcta aplicación, seguimiento y registros del riesgo de LPP (tipo de riesgo, planificación y cumplimiento del plan diario de enfermería), será responsabilidad del gestor de proceso, jefe técnico y/o enfermera de continuidad, según sea el horario.
9. El Enfermero clínico de la UEH debe realizar diariamente la planificación de los cuidados del paciente, fomentar cambios de posición o liberación de presión en zonas de apoyo e indicar o aplicar películas de barrera no irritable (ácidos grasos hiperoxigenados) y supervisar el correcto registro del TENS de la realización de los cuidados.
10. Es responsabilidad del Gestor de proceso, jefe técnico y/o enfermeras de continuidad gestionar a través del jefe de turno de enfermería un catre clínico según la disponibilidad del HUAP, para los pacientes que lo requieran según su riesgo.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 15 de 53

11. Todo paciente con riesgo alto o moderado, debe contar con la indicación de aplicación de medidas de prevención.

1.2.- Valoración de riesgo de LPP en Pabellón Quirúrgico y Recuperación de Anestesia.

Se debe considerar que todo paciente que es sometido a una intervención quirúrgica tiene el riesgo de desarrollar una lesión.

Esto está determinado por múltiples factores que podrían favorecer la aparición de la lesión, como, por ejemplo: Comorbilidades, duración de la intervención, temperatura en la cual se encuentra el pabellón y duración de la posición quirúrgica. De acuerdo a la revisión bibliográfica se identifica que, al aumentar cada 1 hora la intervención, existe el riesgo de 1,07 veces el riesgo de desarrollar una LPP.

Ya que en la Unidad de Pabellón los procesos clínicos son distintos, es que para la valoración de la piel se debe ocupar la escala de Evaluación del Riesgo para el desarrollo de lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico (Dicha escala permite medir factores tanto intrínsecos como extrínsecos).

Actividades:

1. Valoración del estado de la piel del paciente tanto el pre y post quirúrgico.
2. Todo paciente con riesgo alto o moderado, debe contar con la indicación y aplicación de medidas de prevención intraoperatorias.
3. Realizar planificación de enfermería y supervisión en relación a medidas de prevención de LPP.
4. Registro de resultado de valoración de la piel, tanto al inicio como término de la cirugía, entregando esos resultados al (la) Enfermero (a) a cargo del paciente.
5. Considerar el uso de posicionadores (visco elástico, gel o de espuma de alta densidad, película protectora no irritante) en las zonas con mayor riesgo de lesión.
6. Aquellos pacientes que no tengan valoración de riesgo o haya sido categorizado como moderado o bajo riesgo, serán identificados con riesgo alto, si el tiempo de la cirugía se estima > o = a 2 horas (Desde el posicionamiento en la mesa quirúrgica hasta egreso del pabellón).
7. Zonas de apoyo a considerar durante el proceso quirúrgico:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

Código: GCL 2.2-3

SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO

Versión: 06

UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

Fecha: 04/2024
Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN

Página 16 de 53

Posición y puntos de presión de interés específico	Ilustración que señala los puntos de presión.
SUPINO <ul style="list-style-type: none">• Occipital• Escápula• Codos• Sacro• Coxis• Glúteos	
TRENDELENBURG INVERSO Según la posición supina MÁS: <ul style="list-style-type: none">• Plantas de los pies	
LATERAL <ul style="list-style-type: none">• Cara lateral y oreja• Codo• Hombro• Axila• Brazos superiores y dependientes• Costillas• Caderas (trocánter)• Maléolos• Parte inferior de la pierna doblada• Rodillas• Tobillos	
PRONO <ul style="list-style-type: none">• Frente• Mentón• Mejillas• Hombro (anterior)• Codo• Pecho (pechos)• Genitales• Huesos pélvicos anteriores (crestas iliacas e isquion)• Rodillas (rótula)• Pies y dedos dorsales• Nariz (si está colocada incorrectamente)	
TRENDELENBURG Según la posición supina MÁS: <ul style="list-style-type: none">• Espalda	

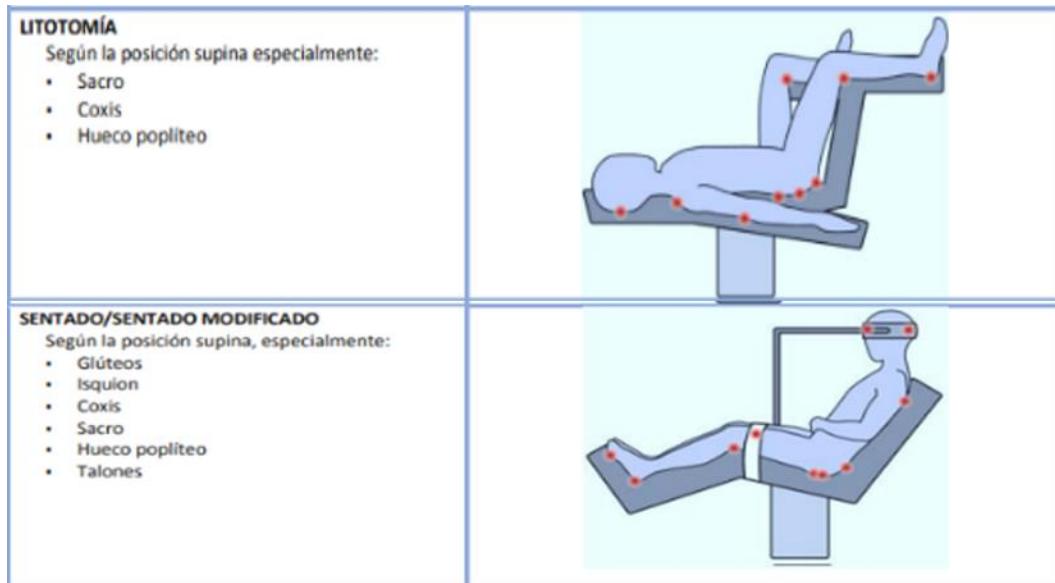


Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 17 de 53



2.- Medidas de Prevención de LPP.

2.1 Medidas preventivas generales: Serán aplicadas las siguientes medidas a todos los pacientes que se encuentre con estadía mayor o igual a 6 horas:

1. Aseo diario (Baño en cama y/o parcial).
2. Evaluar y mantener libres de humedad zonas de apoyo y/o puntos de presión.
3. Aplicar AGHO cada 12 hrs y/o espumas en zonas de apoyo o puntos de presión.
4. Pacientes en Sas1-2 o con inmovilización prolongada que cuenten con kit de posicionamiento correspondiente:
 - Kit supino cuñas anti edema, más topes anti equinos.
 - Cuña lateralizadora.
5. Nunca deslizar al paciente para realizar los cambios posturales (Evitar fricción y cizallamiento).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 18 de 53

2.2. Medidas Específicas en el Cuidado de la Piel (De acuerdo a Riesgo valorado).

Evaluación de Riesgo	Intervenciones de Enfermería				
Bajo Riesgo	Evaluación y Valoración Cada 7 días	Aplicación Medidas Generales	Sin necesidad de colchón Valoración Habitual de la Piel	Fomentar movilización autónoma; valorar zonas de apoyo cada 4 hrs en usuarios con órtesis.	Control de ingesta y evaluación Equipo nutrición.
Mediano Riesgo	Evaluación y Revaloración Cada 72 Hrs.	Aplicación Medidas Generales	Utilización de SEMP adecuado al riesgo.	Cambio de Posición: 4 horas c/SEMP o, de lo contrario, cada 2 hrs.	Valoración, evaluación y Seguimiento Equipo Nutrición.
Alto Riesgo	Evaluación y Revaloración Cada 24 Hrs.	Aplicación Medidas Generales	Utilización de SEMP adecuado al riesgo.	Cambio de Posición: 3 horas c/SEMP o, de lo contrario, cada 2 hrs.	Valoración, evaluación y Seguimiento Equipo Nutrición.

- Considerar en el Alto Riesgo que todas las unidades clínicas (UCM y UPC), que, durante la noche, realizaran cambios de posición cada 4 Horas, para así favorecer el ciclo vigilia – sueño.

2.3. Medidas preventivas de LPP asociada a dispositivos médicos.

Dispositivos	Zonas a Evaluar	Intervenciones
Collar Cervical	Apoyo cervical y mentón	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión del estado de la piel cada 8 horas. - Mantener la piel bajo el collar, limpia y seca. - Colocar espuma o apósitos en sitios de apoyo según necesidad. - Ante uso sostenido: solicitar cojín cervical a TO.
Cánula Nasal y Mascara Venturi	Zonas de apoyo en la cara, pabellón auricular, occipital y región cervical. Zona peribucal, ojos y pabellón auricular.	<ul style="list-style-type: none"> - Acomodar la banda de la máscara a nivel del puente nasal. - Evaluar el estado de la piel de la cara y orejas del paciente. - Iniciar con uso de AGHO y según evolución de la lesión Instalar espumas o apósito transparente en mejillas y/o pabellón auricular en caso de eritema.
VMNI	Zonas de apoyo, frente, puente nasal. Mejillas. Mentón, mandíbula, orejas y cuero cabelludo.	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar protector cutáneo en zonas de contacto. - Instalar hidrocoloide fino en sitios de apoyo.
Tubo	Evitar la compresión en la comisura labial, labio, lengua	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar que el sistema de sujeción comprima labios, cara y mejillas del paciente. Aplicar



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 19 de 53

Orotraqueal (TOT)	y encías.	<ul style="list-style-type: none"> - técnica de fijación de doble cinta. - Consideraciones especiales en paciente desdentados o con quemadura facial. - Alternar zonas de apoyo cada 12 horas, entre comisura derecha, izquierda y centro. - Se debe considerar sistema de sujeción del TOT que evite compresión en zonas sujeción. En caso de movilizar, debe ser realizado por enfermero clínico.
Traqueotomía (TQT)	Compresión de las aletas de la cánula sobre la piel de la estoma LESCAH en zona posterior de cuello	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la cinta del cuello limpia y seca. - Revisar el sistema de sujeción cada 12 horas e inspeccionar a piel del cuello; cambiar si es necesario. - Uso de protector cutáneo en pacientes con exceso de humedad. - Pasar un dedo entre la cinta y la piel del paciente. - Evitar compresión, tracción, humedad, fricción y restos de fluidos en la estoma y alrededor de la cánula.
Inmovilizador de extremidades, Faja de contención y Férulas	Compresión sobre la piel del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener piel limpia y seca. - Proteger la piel con vendas de algodón o apósito. - Fijar la contención de tal modo que permita introducir la palma de la mano entre ésta y la piel del paciente. - Revisión cada 4 Horas.
CUP	Evitar compresión sobre muslo y meato urinario.	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar sistema de fijación al muslo, pasar un dedo entre el sujetador y la piel del paciente. - Rotar fijación de sonda en cada cambio de posición.

2.4 Medidas preventivas de LPP de pacientes en Pabellón:

Aquellos pacientes que no tengan valoración de riesgo o este haya sido categorizado como moderado o bajo riesgo, serán identificados como riesgo alto si el tiempo de la cirugía (desde el posicionamiento en la mesa quirúrgica hasta su egreso del pabellón) se estima mayor o igual a 2 hrs.

Aquellos pacientes que estén categorizados como riesgo alto, se mantendrán como tal, aplicando las medidas que corresponde a esa categoría.

Todos los pacientes, independiente del riesgo valorado, deben ocupar SEMP diseñados específicamente para la mesa quirúrgica (colchón viscoelástico).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 20 de 53

Los pacientes calificados con riesgo alto deben usar al menos posicionadores (viscoelástico, gel o de espuma de alta densidad forrada) junto con las SEMP.

Se debe valorar la piel antes del comienzo de la cirugía y al término de esta. Se debe vigilar la aparición de LPP al menos durante las 72 hrs. Post operatorias siguientes.

3.- Valoración de la Piel.

Dicha valoración se debe realizar céfalo - caudal tanto de la piel y los tejidos blandos, con un enfoque particular en zonas vulnerables (Prominencias óseas, piel y/o mucosas en contacto con dispositivos médicos).

Esta valoración debe incluir:

- Inspección visual exhaustiva.
- Utilizar técnica de tacto y palpación, para detectar diferencias en la temperatura y consistencia del tejido.
- Valorar signos de alarma (eritema, cambios de temperatura de la piel, edema, maceración, hidratación o cambios de coloración).
- Aplicación de escala de valoración y correcto registro en ficha clínica.

***Dicha valoración también debe ser aplicada en Pabellón, al inicio y al término del procedimiento quirúrgico.**

Se debe considerar al momento de la valoración, los siguientes puntos de importancia:

1. Valva de yeso y ótesis.
2. Vendaje.
3. Medias Anti Embolica.
4. Dispositivos invasivos y médicos utilizado en el paciente, tales como TOT, línea arterial, vía venosa periférica, SNG, etc.
5. Piel bajo contenciones.
6. Dispositivos de prevención de LPP.

Tener consideración que en aquellos pacientes que **NO** sean posibles de valorar o revisar la zona, por la condición clínica del paciente dejar registrado en evolución de enfermería dentro de la ficha clínica.

3.1.- Valoración de la piel en pacientes con piel oscura:

El color de la piel humana varía entre casi negro (debido a la alta concentración del pigmento oscuro melanina) a casi blanco (por la falta de melanina).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 21 de 53

El daño tisular en este tipo de pieles requiere de un examen exhaustivo ya que a menudo no es tan visible y fácil de distinguir.

Dentro de la **evaluación los signos clásicos de inicio de una lesión** encontramos:

1. Decoloración violácea / azulada en áreas localizadas de la piel.
2. Calor localizado que, si el tejido se daña, se reemplaza por frialdad.
3. Edema localizado.
4. Induración localizada (cambio en la consistencia del tejido con el tejido circundante).

Aquella área de la piel sobre un punto dañado por la presión **puede parecer más oscura que el entorno de la piel** y puede sentirse más caliente al tacto, tensa, brillante y/o indurada, el paciente puede quejarse de incomodidad o dolor en esa área (Arango Salazar C, 2019).

Cuando se observa una alteración en la piel intacta relacionada con la presión, en comparación con un área adyacente u opuesta en el cuerpo, puede incluir consistencia del tejido (sensación firme o pantanosa) y sensación de dolor y picazón.

Las úlceras púrpuras parecen ser tratadas menos seriamente de lo que deberían ser, especialmente en pacientes con piel pigmentada oscura donde son clínicamente difíciles de identificar, es la etapa final del eritema no blanqueable y significa una pérdida de piel de espesor total (Pancorbo-Hidalgo, 2013).

4.- Cambios de Posición/Alivio de puntos de presión:

Registro de planificación, atención y valoración en hoja de enfermería para prevención de LPP. (Ver Anexo 2). Además, considerar las siguientes medidas:

- a) Uso de SEMP: Seleccionar la más adecuada según nivel de riesgo.
- b) Cambios de Posición: Se debe programar a intervalos regulares, considerando el nivel de riesgo según escala de valoración y presencia o no de SEMP adecuada:
 - a. **Alto Riesgo:** La frecuencia de cambios debe ser cada 3 horas con SEMP, o de lo contrario, cada 2 horas.
 - b. **Moderado Riesgo:** La frecuencia de cambios debe ser cada 4 horas con SEMP, o de lo contrario, cada 2 horas.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 22 de 53

Al momento de cambios de posición o posicionamiento de este, se debe tener en consideración las siguientes observaciones:

1. Utilizar la posición de lateralización con un máximo de 30°.
2. **Realizar alivio de puntos de presión, con igual frecuencia horaria antes definida, cuando por condición clínica, no sea posible efectuar cambios de posición.**
3. Aplicar descarga de talón en todo paciente con riesgo de presentar LPP en dichas zonas, logrando la suspensión de talones por medio de dispositivos específicos.
4. Registrar en la ficha Clínica correspondiente:
 - a. Posición y lateralidad en el que el paciente es dejado al realizar el cambio de posición programado.
5. Al presentar alguna condición Clínica que **impida ejecutar el cambio de posición**, el Médico a cargo del paciente deberá registrarlo claramente en la ficha clínica.

5.- Recomendaciones frente a compromiso hemodinámico:

Tomando en consideración el nivel de gravedad o algún compromiso que pueda influir al momento de la movilización del paciente, es que se recomiendan los siguientes puntos:

1. Debe ser en presencia de Enfermería.
2. Siempre considerar hacerlo lento y seguro.
3. Movilización con al menos tres a cuatro personas (De acuerdo a características de cada paciente).
4. Movilizarlo 20°, esperar unos segundos y verificar el monitor por si se presenta algún compromiso.
5. Continuar la lateralización progresivamente 20°, esperar 10 segundos, verificar el monitor.
6. Evaluar estabilización de los parámetros hemodinámicos a los 10 minutos.
7. Si el paciente tolera este cambio de posición; y se estabilizan sus parámetros luego de 10 minutos, mantenerlo (Epuap, 2017).
8. En caso que gravedad clínica de paciente, por ejemplo, drogas vasoactivas en dosis altas, el profesional médico coordinado con enfermera, podrá exceptuar movilizaciones.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 23 de 53

6.- Recomendaciones en pacientes Neurocríticos:

Considerar en conjunto al equipo médico, la indicación de la movilización, frente a las siguientes variables clínicas:

1. PIC sobre 20mmhg.
2. Inestabilidad hemodinámica con PAM bajo 60mmhg, pese a aporte de volumen y DVA.
3. Inestabilidad respiratoria con Fio2 sobre 80% y/o PEEP sobre 20.
4. Inestabilidad electrocardiográfica aguda.

7.- Recomendaciones frente a compromiso en pacientes en Decúbito Prono:

Tener en consideración que la técnica de decúbito prono es una acción realizada por el equipo de salud como medida de rescate del Síndrome distress respiratorio y/o por intervenciones quirúrgicas.

- Utilizar kit de posicionamiento en prono confeccionado por Terapeuta Ocupacional (TO).
- Protección de las siguientes zonas de apoyo;
 - Frente, Pómulos, Mentón.
 - Tórax, Mamas.
 - Cresta iliaca
 - Zona genital masculina.
 - Rodillas y Ortejos.
 - Zonas con prominencias óseas.
- Determinar con TO ayudas técnicas de posicionamiento.
- Instalar electrodos y transductor de línea arterial en zona dorsal.
- Aplicación de AGHO en: frente, pómulos, mentón y ortejos.
- Aplicación de película protectora e instalación de transparente adhesivo en: tórax, cresta iliaca y rodillas.
- Protección en los pies y así evitar roces.
- Verificar que los genitales masculinos (pene y testículos) estén libres de presión.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 24 de 53

- En ambos sexos, en caso de presentar CUP, esta **NO** debe quedar apoyada presionando la piel del paciente (E., 2014).



Decúbito prono, posición del nadador.

8.- Recomendaciones frente a compromiso en pacientes Grandes Quemados:

En pacientes con quemaduras extensas, considerar lo siguiente al momento de la evaluación:

- Utilizar SEMP y kit de posicionamiento correspondiente a zonas comprometidas, considerando indicación de cirugía plástica (Indicación de Manejo de LPP por Enfermería).
- Evaluar fijación de TOT al diente (Quemadura Facial), debe ser realizada con presencia médica y con todas las precauciones en caso de requerir intubación de emergencia.
- Uso de AGHO en zonas sin lesión.
- **En caso de pacientes quemados el Decúbito prono quirúrgico**, la movilización y los cambios de posición deben ser con indicación de Cirugía Plástica en el caso de gravedad de este, **EVALUAR** descomprimir sitios de apoyo.
- Destacar como prioridad es la protección de la zona quirúrgica (Ej.: IDE, Colgajo, entre otros).
- Evaluar sitios de apoyo (Si se encuentra vendado, determinar el descubrimiento de este en caso de que la zona de presión bajo el vendaje pueda ser evaluado).

Las medidas asociadas a revisión de traqueostomías y TOT, debe ser realizada bajo supervisión de enfermería estricta con todas las precauciones, por existir riesgo de decanulación o extubación accidental.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 25 de 53

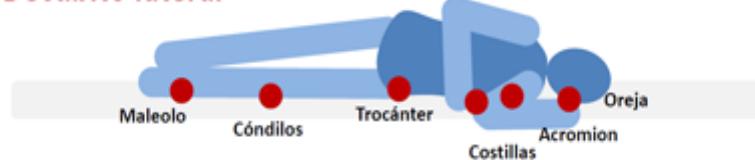
1. Realizar este procedimiento entre dos a tres personas idealmente (Obesidad).
2. Revisar **TODAS** las zonas de apoyo.
3. Nunca deslizar al paciente para realizar los cambios posturales (Evitar fricción y cizallamiento).
4. Siempre debe evitar el contacto directo sobre las prominencias óseas.
5. Uso de cuña lateralizadora ante pacientes que no sostengan posición independiente.

9.- Ubicación de las Lesiones por presión Pacientes Hospitalizados o Tránsito:

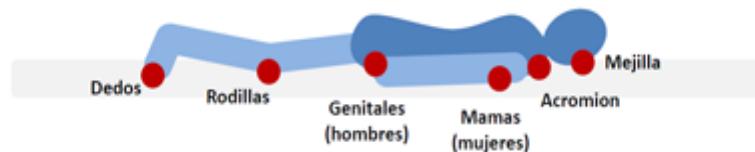
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



10.-Consideraciones de Enfermería en prevención de LPP:

- 1.- Valoración del Riesgo de Lesiones por Presión, se realizará a **TODOS** los pacientes en los servicios clínicos del HUAP, que tengan estadía mayor o igual a 6 hrs.
- 2.- Evaluación deberá ser dentro de las **PRIMERAS 24 Hrs.** de hospitalización (UEH con indicación de hospitalización o en atención/tratamiento igual o > 6 horas).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 26 de 53

- 3.- La Evaluación y valoración es de responsabilidad del Enfermero Clínico.
- 4.- La supervisión y seguimiento de la evolución de la lesión es de responsabilidad del Enfermero Continuidad.
- 5.- Realizar valoración y revaloración en turno día, máximo hasta las 11 am, de forma diaria. Dejar registro de oportunidad (fecha y hora), puntaje, riesgo asociado y responsable.

11.- Enfoque Nutricional:

Las lesiones por presión (LPP) son frecuentes en adultos y adultos mayores. La terapia nutricional establece administrar adecuada cantidad de calorías, proteínas, micronutrientes cuando se presente déficit y suplementación cuando la ingesta o el aporte nutricional sean insuficientes.

11.1. Factores de riego nutricionales involucrados en la incidencia y tratamiento de las LPP:

- ✓ Malnutrición calórico-proteica (IMC bajo o pérdida de peso involuntaria >5% con deterioro de masa proteica y/o grasa).
- ✓ Exceso de peso corporal (IMC mayor a 30 y mayor a 40, aumenta en 1 a 3 veces más el riesgo).

Por lo tanto, el estado nutricional es un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones por presión y tiene directa relación con la evolución de estas.

11.2. Screening Nutricional al Ingreso:

Se llevará a cabo un screening nutricional a todos los pacientes al momento de su ingreso, con el fin de determinar el riesgo nutricional asociado y según el resultado, la intervención nutricional a realizar y/o soporte nutricional.

Misma valoración e intervención nutricional se debe aplicar en pacientes que presenten LPP previas o generadas durante la hospitalización.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 27 de 53

11.3. Determinación del Riesgo Nutricional del paciente mediante screening de ingreso:

Screening Nutricional	SI/NO
1. Paciente UPC, gran quemado, PLT grave y/o con LPP desde Grado 3.	
Si la respuesta es SI, paciente con riesgo nutricional y requiere inicio de soporte.	
Si la respuesta es NO, continuar con siguientes preguntas:	
SI/NO	
1. Baja de peso involuntaria.	
2. Disminución de ingesta en la última semana.	
3. Patología de base o actual hipercatabólica.	
4. Paciente en reposo absoluto Y con proyección de larga estadía intrahospitalaria.	

Si respuestas **SI son 2 o más**, paciente con riesgo nutricional y requiere intervención e inicio de soporte nutricional según protocolo.

11.4. Soporte nutricional

Se iniciará soporte nutricional en los casos en que el paciente no cubra requerimientos nutricionales, en pacientes con riesgo nutricional según screening de ingreso y en pacientes con LPP desde grado II.

El régimen debe ser un **régimen Hipercalórico e hiperproteico** ajustado a sus requerimientos nutricionales.

Pacientes con LPP el régimen debe ser hipercalórico e hiperproteico, en conjunto a una fórmula enteral o suplemento oral rico en proteínas, con aporte de micronutrientes provenientes de polivitamínicos y suplementación de glutamina, arginina y antioxidantes según **Tabla de Intervención Nutricional en pacientes con LPP**.

El tipo de soporte nutricional se decidirá en base al **Anexo 4: Algoritmo Soporte nutricional**.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 28 de 53

11.5. Intervención nutricional en pacientes con LPP según el grado de lesión:

GRADO	Tabla Intervención Nutricional en pacientes con LPP
I	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento según factores de riesgo nutricionales del paciente. - Sugerir a médico tratante inicio de polivitamínicos 2 comprimidos/día.
II	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación nutricional. - Registro de control de ingesta en pacientes con régimen oral. - Continuar con polivitamínicos 2 comprimidos/día. - Si paciente no logra metas nutricionales iniciar soporte nutricional. - En pacientes de UPC (UCI, UTI y Quemados) si logra metas nutricionales, se sugiere inicio de ciclo de suplemento rico en glutamina, arginina y antioxidantes 1 sobre al día por 7 días.
III y IV	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación nutricional y ajuste de requerimientos nutricionales. - Solicitar NUU en 24 hrs para cálculo y ajuste de requerimientos proteicos. - Continuar con polivitamínicos 2 comprimidos/día. - Registro de control de ingesta en pacientes con régimen oral. - Seguimiento activo por equipo de nutrición, cálculo de aporte calórico y proteico diario y evaluación de cumplimiento de metas nutricionales a diario. - Si paciente cubre requerimientos, iniciar suplementación con suplemento de glutamina, arginina y antioxidantes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ciclo inicial: de 1 sobre x 15 días. Reevaluar junto a equipo necesidad de repetición de ciclo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Segundo ciclo: 1 sobre x 15 días. - Seguimiento visual de la lesión para evaluar junto a equipo. - Considerar la proyección de estadía hospitalaria del paciente y reposo. - No todos los pacientes presentan beneficios en la cicatrización con la suplementación de arginina y glutamina. - Si paciente no cubre requerimientos nutricionales por más de 3 días, suspender ciclo de suplementación de glutamina y arginina.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 29 de 53

11.6. Cálculo de Requerimientos Nutricionales:

Las Directrices de European Pressure Ulcer Advisory, entregan la recomendación de estimación de macronutrientes:

Calorías: Se recomienda un aporte de **30 a 35 kcal/Kg de peso** real, ajustado o promedio, según estado nutricional del paciente. (Directrices del European Pressure Ulcer Advisory Panel y NPUAP de Estados Unidos).

Proteínas: Son necesarias para lograr balance nitrogenado positivo, su aporte oscila entre **1,2 g/kg/día a 1,5 g/kg/día (hasta 2 gramos en algunos casos)**, según condición y gravedad de la herida, estimándose que: a mayor área y volumen de la herida, es mayor también el catabolismo muscular. Se debe tener precaución en pacientes con patologías renales.

Lípidos: Requerimientos normales, por diferencia de molécula calórica, de los cuales se recomienda selección de ácidos grasos omega 3 por su efecto antiinflamatorio.

Hidratos de Carbono: Requerimientos normales, por diferencia de molécula calórica. No se recomienda hidratos de carbono simples, ya que se ha documentado que la glicolización avanzada está relacionada con una disminución del recambio de colágeno tipo I, lo cual afectaría de manera negativa la fase de granulación.

Micronutrientes críticos:

- ✓ Vitamina C: primordial para la cicatrización, se recomiendan 500 mg/día.
- ✓ Vitamina A: primordial para mantener la integridad del epitelio, se recomienda 700 a 900 ug/día.
- ✓ Zinc: regula función inmunológica y regeneración celular. 8 – 11 mg/día recomendados por la RDA, sin embargo, pacientes con lesiones por presión, tienen requerimientos mayores.
- ✓ Selenio: promueve crecimiento celular. RDA 45- 55 ug/día.
- ✓ Cobre: funciones catalíticas y su déficit está relacionado con defectos en la generación de tejidos. *RDA cobre 900 ug/día.
- ✓ Se recomiendan ingestas de micronutrientes de al menos la RDA como mínimo en estos pacientes.

*RDA: Recommended Dietary Allowances o ingesta diaria recomendada.

Hidratación: Se recomienda 1 ml de agua por kcal o 30 ml/kg/día.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 30 de 53

12.- Notificación oportuna de LPP:

La notificación de evento se debe realizar, en plataforma digital, cada vez que el paciente se encuentre con una LPP mayor o igual a grado 2 (ver Anexo 10), lo que permitirá una pesquisa precoz a través del reporte oportuno. El instrumento de reporte se encuentra visible en todos los computadores del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, al cual también se puede ingresar a través de la siguiente página web: <https://redcap.huap.online/surveys/?s=99PNYYFKYH3498YE>. Es de responsabilidad de todo funcionario notificar cada vez que presencie tal condición.

VI.- Distribución

1. Dirección.
2. Subdirección Gestión del Cuidado.
3. Subdirección Administrativa.
4. Subdirección Gestión Clínica.
5. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
6. Unidad de Asesoría Jurídica.
7. Unidad de IAAS.

VII.- Referencias Bibliográfica

1. Arango Salazar C, F. D. (2019). *Tratado de geriatría para Residentes*. Obtenido de <https://www.segg.es/tratadogeriatrica/main.html>.
2. Cabrera, C. V. (2020). *Comp. Profesionales en la Instalación y mantencion de Linea arterial*. Bolivia
3. E., H. (2014). *3 National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory*. Obtenido de Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of pressure ulcer: <http://www.npuap.org/wpcontent>
4. Epuap. (2017). *4.7 European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory*. Obtenido de [http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf](http://www.epuap.org: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Spanish.pdf)
5. Gonzalez D, L. E. (2021). *Estudio de Prevalencia Lesiones Por Presión UPC HUAP*. Santiago.
6. Ochagavía, A. e. (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. *Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos*



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 31 de 53

Cardiológicos y RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, crítica y Unidades Coronarias. Medicina Intensiva, 154 - 169.

7. Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2013). *Epidemiología de las úlceras por presión España*. España.
8. Isabel Aburto T., (2016). *Manejo integral de la ulceración por presión*. Instituto Nacional de Heridas.
9. Departamento de Seguridad y Calidad de la atención, DIGERA, 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.

I. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR DIRECTOR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
01	10/2013	Inicio Protocolo	E.U. Cristian Cáceres E.U. Paola Salgado E.U. Ximena Soto	Dirección
02	05/2014	Actualización	E.U. Paulina Figueroa Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Mario Henríquez Director
03	05/2019	Actualización	EU. Carolina Herrera Corrado. Supervisora (S) Servicio M-Q Indiferenciado. E.U. Betty Aedo Torres. Unidad de Paciente	Dr. Pedro Belaunde Bernal. Director



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 32 de 53

			Crítico. E.U. Angelo Spinelli Pereira de Castro. Apoyo Torre Valech y Urgencia.	
04	04/2022	<p>Se eliminan los antecedentes históricos y epidemiológicos de versión anterior.</p> <p>Se modifican objetivos del documento, pág. 4.</p> <p>Se modifica el alcance del documento, específicamente las unidades clínicas, pág. 5.</p> <p>Se agregan definiciones, entre ellas se modifica concepto de UPP a LPP, pág. 6.</p> <p>Se eliminan los factores de riesgo de la versión anterior.</p> <p>Se agregan responsables del documento: Participación interdisciplinaria. Pág. 8.</p>	<p>E.U. Danilo González D. Enfermero de continuidad Unidad de Paciente Crítico.</p> <p>E.U. Evelyn Lara L. Enfermera de continuidad Unidad de Paciente Crítico.</p>	Dr. Valentín López F. Director (s).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 33 de 53

		<p>Se modifica el desarrollo del documento: Se agrega valoración de la piel (incluye pacientes con piel oscura), medidas de prevención de la piel, frecuencia de valoración, zonas de evaluación por dispositivos y cambios de posición (registro de planificación, atención y valoración). Pág. 8 – 12.</p> <p>Se agregan recomendaciones frente a compromiso hemodinámico, neurocríticos y en pacientes en decúbito prono. Pág. 12.</p> <p>Se agregan consideraciones de enfermería en prevención de LPP. Pág. 12.</p> <p>Se incorpora el enfoque nutricional. Pág. 15.</p> <p>Se modifica escala de valoración del riesgo. Pág. 19.</p>		
--	--	--	--	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 34 de 53

		<p>Se agregan anexos: flujogramas relacionados con necesidades nutricionales, cuidado clínicos en LPP. Además, se agregan recomendaciones de GNEAUPP y hojas de registro de prevención en pacientes con moderado y alto riesgo de LPP. Pág. 20 – 27.</p>		
05	10/2023	<p>Se agregan directrices según Norma Minsal N°006. Pág. 20.</p> <p>Manejo en UCM. Pág. 9 – 10</p> <p>Se incorpora evaluación nutricional. Pág. 16</p> <p>Se determina puntos a considerar para manejo quirúrgico. Pág. 18.</p>	<p>E.U. Danilo González D. Enfermero supervisor UCI Valech.</p> <p>E.U. Evelyn Lara L. Enfermera de continuidad UTI 5° piso.</p> <p>Paulina Gonzalez A. Enfermera de continuidad UCM 1° piso.</p> <p>Nta. Camila Chávez. Unidad Nutricional y Alimentación.</p>	<p>Dr. Valentín López F. Director (s)</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 35 de 53

06	04/2024	<p>Se agregan directrices según Norma Minsal N°234.</p> <p>Se incorpora la supervisión sistemática sobre la adherencia a prácticas preventivas de LPP. Pág. 4 y pág. 11.</p> <p>Se modifica alcance del documento: Se agregan pacientes con tiempo de duración de la atención y/o tratamiento mayor o igual a 6 hrs. en unidad de emergencia hospitalaria. Pág. 6.</p> <p>Se agrega en valoración del riesgo de LPP, el registro en ficha clínica, considerando los siguientes datos: puntaje nivel de riesgo identificado, oportunidad de aplicación y responsable de la aplicación. Pág. 13.</p>	<p>E.U. Danilo González D. Enfermero supervisor UCI Valech.</p>	<p>Dr. Patricio Barría A. Director</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 36 de 53

	<p>Valoración de riesgo de LPP en Pabellón Quirúrgico y Recuperación de Anestesia: Se agrega valoración de la piel en Pabellón, al inicio y término del procedimiento quirúrgico. Pág. 15.</p> <p>Se modifica la frecuencia de revaloración del riesgo de LPP mediante escala. Pág. 18.</p> <p>Se agrega en las medidas preventivas de LPP los alivios de puntos de presión según normativa. Pág. 21.</p> <p>Se modifica evaluación nutricional: Se agrega valoración e intervención nutricional al ingreso. Pág. 26.</p> <p>Se agrega la notificación oportuna de LPP. Pág. 29.</p> <p>Se modifica instrumento evaluativo “Escala de Braden”.Pág. 36.</p> <p>Se agrega valoración de la piel programada,</p>	Nta. Camila Chávez. Unidad Nutricional y Alimentación.	
--	---	---	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 37 de 53

	<p>considerando su registro. Pág. 38 – 39.</p> <p>Se agrega registro seguimiento de LPP. Pág. 47.</p> <p>Se agrega la formación y capacitación continua sobre prevención de LPP. Pág. 48.</p>		
--	---	--	--



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 38 de 53

VIII.- Anexos

Anexo 1: Escala de Braden.

Criterios	1	2	3	4
Percepción sensorial: Capacidad de responder de manera significativa a molestias relacionadas con la presión.	Componente limitado: respuesta nula ante estímulos dolorosos, debido a un grado de conciencia reducida o sedación, o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	Muy limitado: responde solamente a los estímulos dolorosos. No puede comunicar el malestar salvo con gemidos o inquietud. Sufre deficiencias sensitivas que limitan su capacidad de sentir dolor o malestar en media parte del cuerpo.	Ligeramente limitado: responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar su malestar o la necesidad de que se le gire, o sufre alguna deficiencia sensorial que limita su capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	No limitado: responde a las órdenes verbales. No sufre ninguna deficiencia sensorial que limite su capacidad de sentir o expresar dolor o malestar.
Humedad: grado en que la piel está expuesta a humedad.	Constantemente húmeda: la piel permanece húmeda casi constantemente, por la transpiración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o cambia de postura al paciente.	Muy húmeda: la piel esta húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama se cambia por lo menos una vez cada turno.	Ocasionalmente húmeda: la piel esta húmeda ocasionalmente, por lo que requiere un cambio de ropa de cama adicional aproximadamente una vez al día.	Raramente húmeda: la piel suele estar seca, solo hace falta cambiar la ropa de cama con frecuencia habitual.
Actividad: grado de actividad física.	Postrado en cama: la piel permanece húmeda casi constantemente, por la transpiración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o cambia de postura al paciente. Debe permanecer en cama constantemente.	En silla de ruedas: capacidad de andar gravemente limitada o nula. No soporta su propio peso y necesita ayuda para sentarse en una silla de ruedas.	Anda ocasionalmente: camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas con o sin ayuda. Pasa la mayor parte del turno en cama o en silla.	Anda con frecuencia: sale del cuarto al menos dos veces al día y camina dentro del cuarto al menos cada 2 horas excepto durante el sueño.
Movilidad: Capacidad de cambiar y controlar la posición corporal.	Completamente inmóvil: no hace el más mínimo cambio de posición corporal sin ayuda.	Muy limitado: ocasionalmente hace pequeños cambios de posición del cuerpo o de las extremidades, pero no puede hacer cambios frecuentes o grandes independientemente.	Ligeramente limitado: hace cambios frecuentes, aunque ligeros de posición corporal o de las extremidades sin ayuda.	Sin limitación: hace cambios frecuentes y grandes de posición sin ayuda.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 39 de 53

Nutrición: ingesta de alimentos habitual.	Muy deficiente: nunca termina una comida completa. Rara vez ingiere más de un tercio de cualquier comida que se le ofrezca. Come dos porciones o menos de proteínas al día. Ingiere volumen insuficiente de líquidos, no toma suplementos dietéticos líquidos o no toma nada por vía oral o sustentado con líquidos claros o IV durante más de 5 días.	Probablemente inadecuada: rara vez termina una comida completa. Solo suele ingerir más o menos la mitad de cualquier comida que se le ofrezca. Come 3 raciones o menos de proteínas al día. Toma suplementos dietéticos ocasionalmente o recibe menos de la cantidad óptima de la alimentación por sonda.	Adecuado: come más de la mitad de las comidas. Consumo un total de 4 raciones de proteínas al día, ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma suplementos si se le ofrece o se alimenta por SNG o nutrición parenteral total, lo cual satisface la mayoría de las necesidades nutricionales.	Excelente: come la mayoría de las comidas. Nunca rechaza una comida. Suele comer un total de 4 raciones o más de proteínas al día. Ocasionalmente comer entre las comidas. No necesita suplementos.
Fuerzas de fricción y cizalla.	Problema: requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. La elevación completa sin deslizamiento sobre las sábanas es imposible. Suele deslizarse hacia abajo en cama o en silla, requiere reposicionamiento frecuente con una ayuda máxima. La espasticidad contracturas o agitación derivan en una fricción casi constante.	Posibles problemas: se mueve con debilidad o requiere ayuda mínima. Durante un desplazamiento, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistema de sujeción u otros objetos. Mantiene una posición relativamente adecuada en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero a veces se desliza hacia abajo.	Sin problemas aparente: se mueve en la cama y en la silla sin ayuda y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente durante el desplazamiento. Mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Riesgo Alto: ≤ 12 puntos; Riesgo Moderado: desde 13 hasta 15 puntos; Riesgo Bajo: ≥ a 16 puntos

- Escala Modificada de acuerdo a norma ministerial de MINSAL.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 40 de 53

Anexo 2: Planificación Prevención de Lesiones Por Presión.

1.1- Registro prevención pacientes de alto y mediano riesgo de LPP.

CAMBIOS DE POSICIÓN SEGÚN RIESGO							ALTO / MEDIANO				
Movilización	9	11	13	15	17	19	Movilización	21	23	3	7
Posición							Posición				
Responsable							Responsable				
VALORACIÓN DE LA PIEL											
ZONA ANATÓMICA	9			15			23			7	
Occipital											
Orejas											
Codos											
Muñecas											
Sacro											
Glúteos											
Trocánter											
Talones											
Genitales											
PIEL BAJO DISPOSITIVO MÉDICO											
NRC											
TOT											
VNI											
SNE											
FIRMA TENS :											
FIRMA EU :											

*Se debe encapsular el riesgo valorado en alto o mediano.

*En el recuadro de Movilización, se deben registrar las siguientes siglas en casilla de horarios a valorar: “**SUP**” (decúbito supino), “**DLI**” (decúbito lateral izquierdo), “**DLD**” (decúbito lateral derecho), “**DPD**” (decúbito prono derecho), “**DPI**” (decúbito prono izquierdo). Cuando por condición clínica no sea posible efectuar cambios de posición según indicación médica, se deben realizar alivio de puntos de presión y, en tal caso, se debe registrar “**LZA**” (Liberación de Zonas de Apoyo) en los horarios correspondientes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 41 de 53

*El responsable debe registrar **iniciales de su nombre y apellido, además de su firma.**

*En recuadro de Valoración **se debe registrar Sano con la sigla “S”** en casilla de horario a valorar, cuando tal ubicación de la zona anatómica se encuentra con la temperatura en rangos normales, percibido al tacto, y con consistencia del tejido indemne.

***Se debe registrar Signo de Alarma con la sigla de “SA”** en casilla de horario a valorar, cuando tal ubicación de la zona anatómica se encuentra con: Eritema, cambios de temperatura de la piel, edema, maceración, sequedad de la piel o cambios de coloración. El detalle de tal valoración debe estar registrado en la evolución de enfermería en forma diaria.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 42 de 53

Anexo 3: Clasificación de lesiones por presión.

Lesión por Presión	Características	Descripción
Estadio I		Eritema cutáneo de un área localizada, que no cede tras 30 minutos de la liberación de presión.
Estadio II		Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. También caen dentro de esta clasificación las flictenas.
Estadio III		Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis que afecta desde el tejido subcutáneo hasta el tejido muscular.
Estadio IV		Lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén.
Sospecha lesión profunda		Aquella lesión que, hasta no ser removido para exponer la base de la herida, no podrá ser clasificada y evaluada la profundidad y estado.
Lesión No Clasificable		Pérdida total de la piel y la base de la lesión. En este caso no es posible ver el fondo o profundidad.



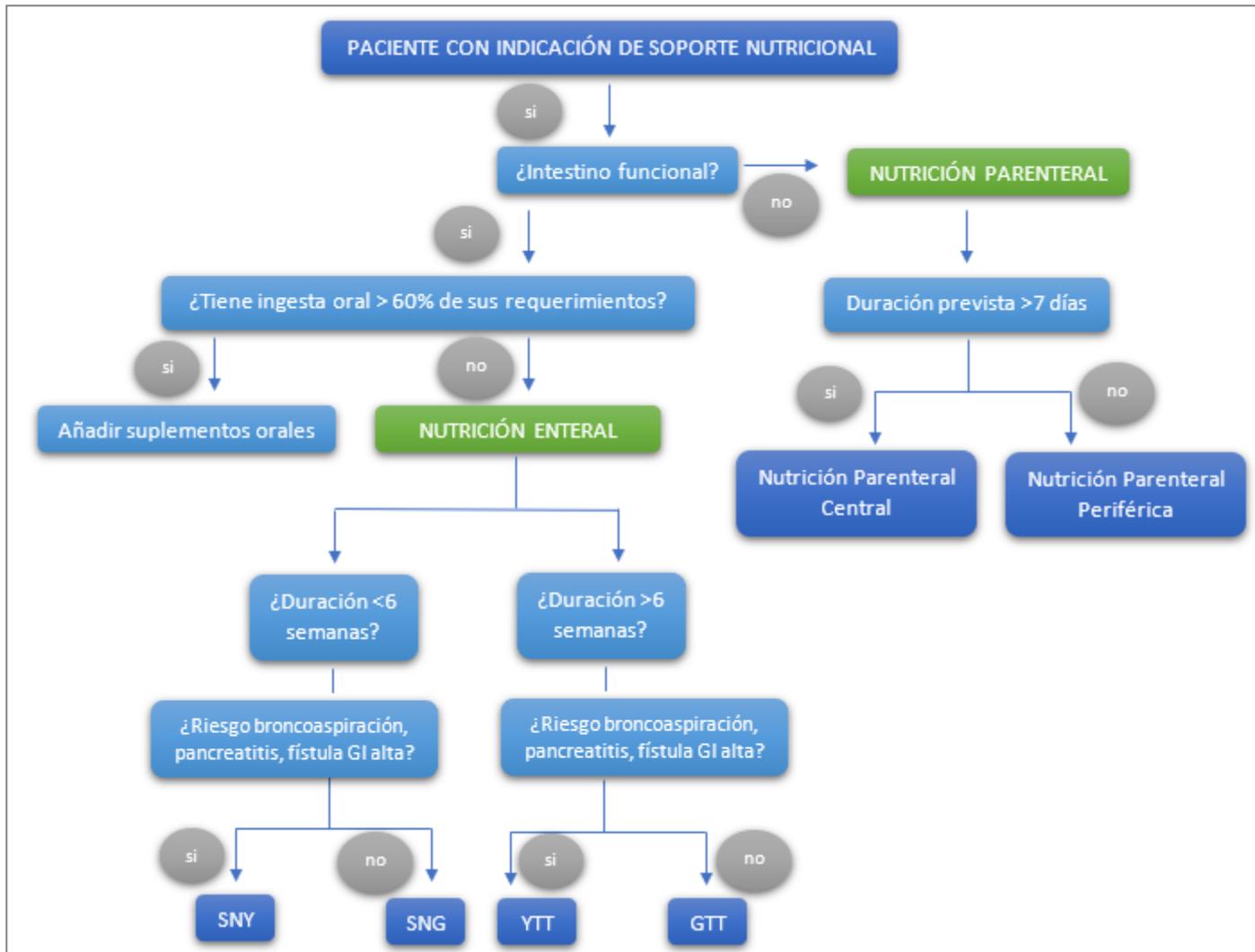
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 43 de 53

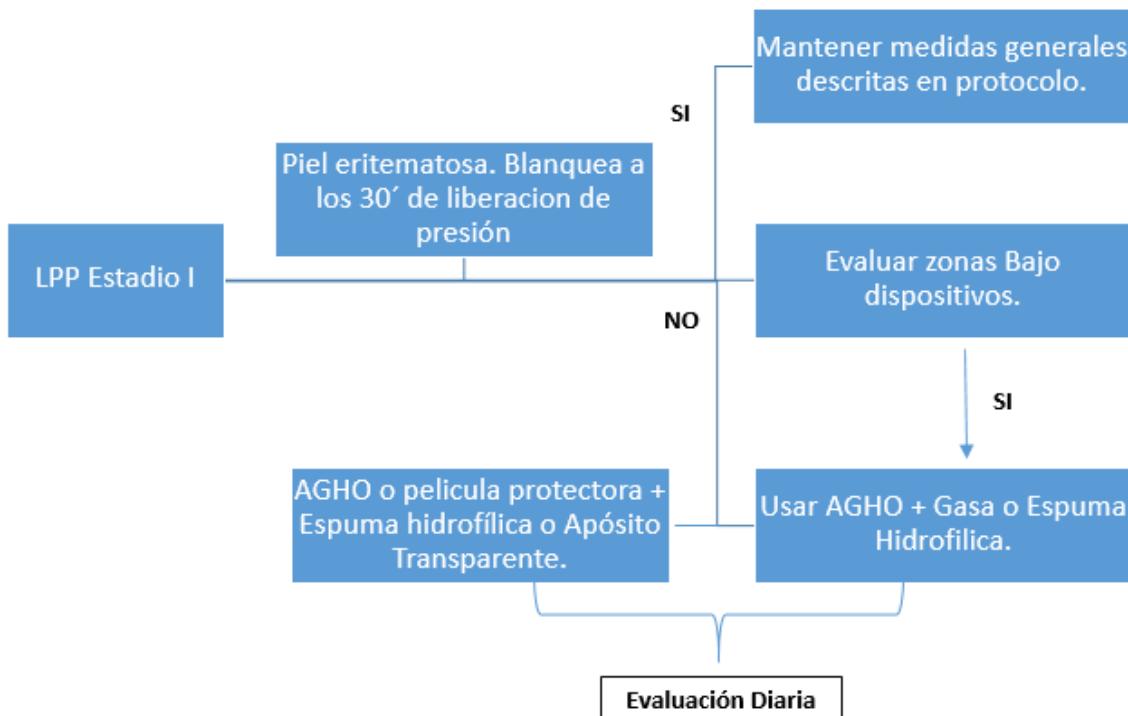
Anexo 4: Algoritmo elección de soporte nutricional.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 44 de 53

Anexo 5: Flujogramas de Cuidados Clínicos en LPP.



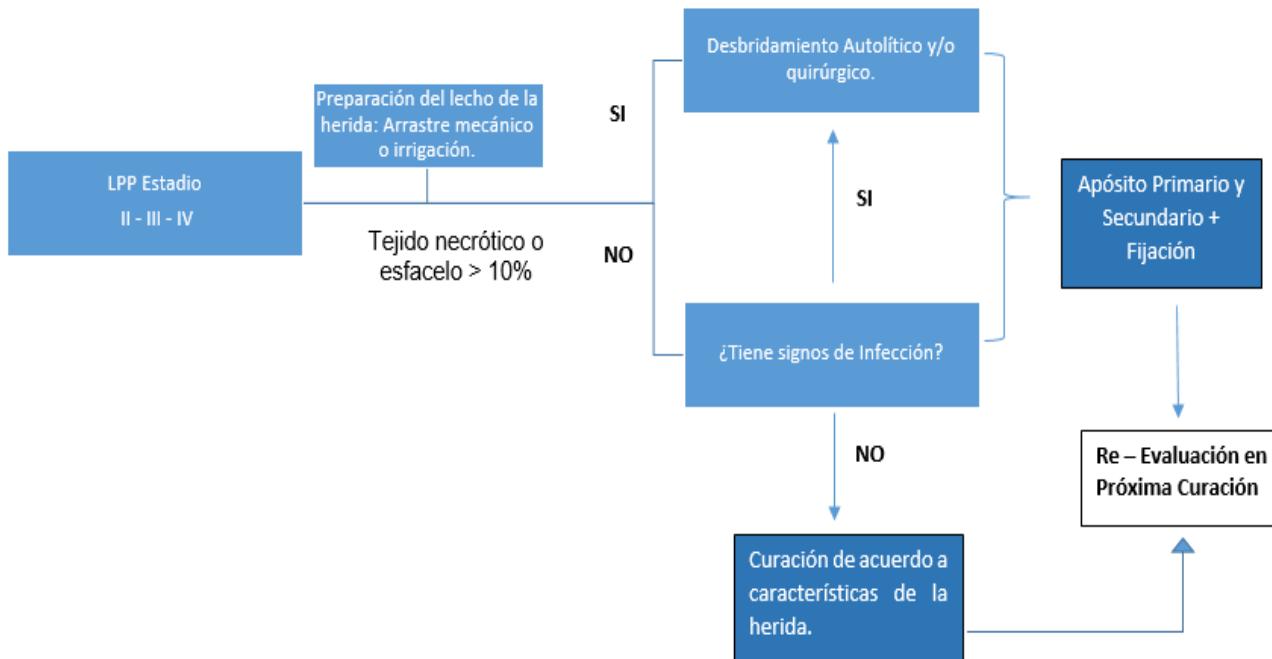
Consideraciones:

- 1.- *Zonas bajo dispositivo*: Es la valoración constante localizada en la piel asociada a la presión sostenida que ejerce un dispositivo de uso médico (Collar cervical, VVP, Línea Arterial.).
- 2.- *Tecnica de Crusting (Manejo de LESCAH)*: Dicha tecnica consiste en realizar una “Costra” con polvo de ostomia y una pelicula protectora sin alcohol. Esta nos permite proteger la lesión de las heces, orina y humedad.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 45 de 53

Flujograma N2:



Consideraciones:

Se debe establecer un plan de cuidados para cada tipo de herida. Dicho plan de cuidados tendrá que desarrollarse en colaboración una vez completada la valoración inicial, y se actualizará siempre que se produzca un cambio en la situación médica del paciente o cuando la herida no progrese hacia su cicatrización.

El dolor influye en distintos aspectos de la vida de una persona; por ejemplo, el causado por una lesión por presión provoca sentimientos de frustración, ira, molestia y malestar, ya que interfiere con las actividades diarias, el confort, el sueño y el apetito, además de en las interacciones sociales y las relaciones personales (Gorecki et al., 2009).

1. Tener en cuenta la temperatura de los productos utilizados para la limpieza que se aplican a la herida, para velar por el confort de la persona.
2. Humedecer los apósitos adheridos a los bordes de la herida antes de retirarlos para ayudar a minimizar el dolor.
3. Mantener cura en ambiente húmedo en el lecho de la herida y dejar cubierta la lesión por presión con un apósito adecuado no adherente para ayudar a minimizar el dolor.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 46 de 53

No Olvidar:

1. Utilizar el criterio clínico junto con un instrumento de valoración estructurado, válido y fiable.
2. Evaluar los factores de riesgo intrínsecos/extrínsecos asociados al desarrollo de lesiones por presión.
3. Evaluar y reevaluar el riesgo de agrietamiento o ruptura de la piel en grupos de población vulnerables. (Véase la Recomendación 1.3.)



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 47 de 53

Anexo 6: Recomendaciones de GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión).

TABLA 1. RECOMENDACIONES PARA EL CAMBIO DE LOS APÓSITOS DE CAH SEGÚN SUS PROPIEDADES (Tabla de elaboración propia)

TIPO DE APÓSITO	PROPIEDAD/ACCIÓN	CAPACIDAD	CAMBIO DE APÓSITO	OBSERVACIONES
HIDROGEL	Desbridamiento	++++ En placa seca necrótica, especialmente útil la estructura amorfía.	Diario	Para desbridamiento se pueden combinar hidrogeles con colagenasa o alginatos (especialmente útiles en presencia de esfazelos).
		+++ En esfazelos, especialmente útil la lámina.	Entre 3 y 4 días*	Se puede utilizar en heridas infectadas. En este caso realizar el cambio de apósito cada 24 h.
	Absorción	+	Cada 3 días* la estructura amorfía De 3 a 7 días* la lámina	Se pueden aplicar en tejidos expuestos, como hueso, tendón, cápsula...
	Protección	Frente a temperatura, infección y desecación: Buena. Ante fuerzas de presión y/o fricción: - Escasa en lámina. - Nula en estructura amorfía.	Hasta 7 días la lámina	Las placas se pueden recortar. Requieren de apósito secundario (hidrocoloides, espuma o film de poliuretano), preferentemente transparente.
HIDROCOLOIDE	Desbridamiento	+++		
	Absorción	+/ Manejan mal el exudado. La capacidad de absorción aumenta en función del grosor (extrafino, intermedio o grueso).	Hasta 7 días, según cantidad de exudado. Cambiar cuando: - Pierda oclusividad - Haya fugas del gel formado - El gel esté a 1,5 cm del borde	No se pueden utilizar en heridas infectadas (excepto las combinaciones con plata). Se pueden recortar.
	Protección	Frente a temperatura, infección y desecación: Buena. - Nula en estructura amorfía. Ante fuerzas de presión y/o fricción: - Buena en lámina, aunque aumenta en función del grosor		Requieren de apósito secundario los de estructura amorfía y los que no tienen borde adhesivo.
HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE	Desbridamiento	+++		
	Absorción	++++		
	Protección	Frente a temperatura, infección y desecación: bueno. Ante fuerzas de presión y/o fricción: nula.	Hasta 7 días Cambiar por: - Saturación - Deterioro o saturación del apósito secundario	Se pueden utilizar en heridas infectadas. Se pueden recortar. Requieren apósito secundario (hidrocoloides o espuma, en función de las características de la herida).
ESPUMA	Desbridamiento	+++		
	Absorción	+++		
	Protección	Frente a temperatura, infección, desecación: bueno. Ante fuerzas de presión y/o fricción: buena.	Hasta 7 días	No utilizar en heridas infectadas. Se pueden recortar. Las no adhesivas requieren apósito secundario para su fijación.
ALGINATO	Desbridamiento	+++		
	Absorción	++++	Cada 2 a 7 días (o hasta total saturación) Cada 24 horas en heridas infectadas	Para desbridamiento se pueden combinar con hidrogeles. Se pueden utilizar en heridas infectadas. Se pueden recortar.
	Protección	Nula	Hasta 7 días	Requieren de apósito secundario (excelentes propiedades en combinación con un hidrocoloides).

Capacidad: de escasa (+) a muy alta (++++).

(*) Si hay fugas, realizar el cambio del apósito.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 48 de 53

Anexo 7: Escala de Evaluación de Riesgo para el desarrollo de lesiones debidas al posicionamiento Quirúrgico.

Items \ Score	5	4	3	2	1
Tipo de posición quirúrgica	Litolómica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
Tiempo de cirugía	superior a 6h	superior a 4h hasta 6h	superior a 2h y hasta 4h	superior a 1h hasta 2h	hasta 1h
Tipo de anestesia	general+regional	general	regional	Sedación	local
Superficie de soporte	sin uso de superficie de soporte o soportes rígidos sin acolchado o perneras estrechas	colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes hechos de campos de algodón	colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional)+ cojinetes de espuma	colchón de la mesa quirúrgica de espuma (convencional) + cojinetes de viscoelástico	colchón de la mesa quirúrgica de viscoelástico + cojinetes de viscoelástico
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	posición anatómica
Comorbilidades	úlcera 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

Figura 1 - Escala de evaluación de riesgo para el desarrollo de lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico (ELPO, versión 2)

Resultados: Riesgo Alto > o = 20 puntos.
Riesgo Bajo Desde 7 a 19 puntos.





 <p>HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA</p>	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 49 de 53

Anexo 8: Registro seguimiento LPP.

Tal registro debe ser realizado por cada unidad de forma digital, diariamente. Dicho registro permite determinar:

1. Prevalencia de lesiones por presión en cada servicio.
 2. Incidencia de nuevas lesiones en el servicio.
 3. Estrategias de abordaje para seguimiento y continuidad de la lesión.
 4. Pacientes con lesiones por presión desde domicilio u otro centro hospitalario.
 5. Lesiones por presión generadas durante la hospitalización a nivel institucional.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 50 de 53

Anexo 9: Ciclo de Capacitaciones y Formación Continua.

Capacitaciones Protocolo LPP		
Temas	Tiempo	Periodo
Importancia de Notificación de la lesión por presión	Semestral	Mayo
Valoración de la lesión por presión	Semestral	Junio
Rol Nutricional en pacientes con LPP	Semestral	Junio

Capacitaciones Protocolo LPP		
Temas	Tiempo	Mes
Importancia de Notificación de la lesión por presión	Semestral	Octubre
Valoración de la lesión por presión	Semestral	Noviembre
Rol Nutricional en pacientes con LPP	Semestral	Noviembre
Prevalencia Lesiones por Presión HUAP	Anual	Finales Noviembre



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 51 de 53

Anexo 10:

- Formulario de notificación de Eventos Adversos en plataforma Redcap:

AAA
+ -

Formulario Notificación Eventos Adversos

Fecha notificación	09-04-2024 14:35 D-M-Y H:M
FECHA Y HORA DEL EVENTO	
Seleccionar fecha y hora	[campo vacío] <input type="button" value="Calendario"/> <input type="button" value="Reloj"/> Ahora D-M-Y H:M
* Campo requerido	
TURNO DEL EVENTO	
Largo	Noche
Restablecer el valor	
Cambio de turno	
SELECCIONAR EL EVENTO	
* Campo requerido	
INCIDENTE	EVENTO ADVERSO SERVICIO CLÍNICO
EVENTO ADVERSO SERVICIO DE APOYO	CENTINELA
Restablecer el valor	
EVENTO ADVERSO SERVICIO CLÍNICO: situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionada con el curso natural de la enfermedad	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE	[campo vacío]
EDAD	[campo vacío]

- Código QR de acceso a Formulario de Notificación de Eventos Adversos:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
 Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 52 de 53

Elaborado por:

1. EU. Danilo González D., Supervisor UCI Valech.
2. Nta. Camila Chávez G., Coordinadora Clínica de Servicio de Nutrición.

Revisado por:

1. EU. Carolina Rivas J., Subdirectora (s) de Gestión del Cuidado.
2. EU. Catalina Espinoza D., Profesional de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 2.2-3
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	Versión: 06
	UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN	Página 53 de 53



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/STBGJP-693>