 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 1 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

Aprobado Agosto 2020	Revisado Julio 2020	Elaborado Noviembre 2009
 <p>Dra. Midori Sawada T. Director Hospital San Juan de Dios – CDT.</p>	<p>EU Solange Hernández Subdirectora Enfermería</p> <p>EU. Vanesa Mora H. Comité de Heridas</p> <p>Sandra Sandra González O. Comité de Heridas</p> <p>EU. Miriam González B. Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.</p> <p>PP. Daniela EU. Claudia Ramírez H. Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.</p>	<p>EU. Lucía Toro Q. Encargada CC. Unidad de Cuidados Coronarios.</p> <p>EU. Ana Arriagada O. Jefe CR. Cuidado Infantil.</p> 
Rs. Exenta N° 03298 de 10 de Agosto del 2020		


1. Objetivos:

1.1 Objetivo General:

- Estandarizar y unificar acciones preventivas de Lesiones por Presión (LPP) en todas las unidades del hospital, según las recomendaciones científicas, con el fin de mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a pacientes con LPP o con riesgo de desarrollarlas.

1.2 Objetivos específicos:

- Identificar oportunamente a los pacientes con riesgo de desarrollar LPP, aplicando un instrumento de valoración validado y adecuado a la edad y condición del paciente.
- Evitar o disminuir el riesgo de desarrollar LPP, identificando e interviniendo los factores de riesgo modificables.
- Incentivar el trabajo multidisciplinario en la prevención y tratamiento de LPP.
- Incorporar al paciente y cuidador en la planificación y ejecución de cuidados mediante la educación continua.


 <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 2 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

2. Alcance:

Dirigido a todos los pacientes tanto adultos como pediátricos, críticos y no críticos, que se encuentren hospitalizados en el establecimiento y que presenten condiciones de riesgos de **LPP o lesiones ya instauradas**.

3. Responsabilidades:

Responsables	Actividades
Enfermera/o Matrona/ón Encargada de Servicio Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir protocolo al personal de salud. • Realizar evaluación del cumplimiento del presente protocolo a través de evaluación de indicadores definidos. • Supervisar el uso y ejecución correcta de las indicaciones de prevención de LPP presentes en este protocolo. • Realizar prevalencia trimestral de LPP en sus respectivos servicios.
Enfermera/o Matrona/o Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación del riesgo de LPP en cada paciente que ingresa al Servicio Clínico y a aquellos que cambian de condición. • Aplicar medidas de prevención LPP descritas en documento institucional. • Supervisar aplicación de medidas de prevención de LPP por parte del TENS. • Solicitar evaluación nutricional en casos pertinentes.
Técnico Paramédico	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las medidas de prevención de LPP según indicación de Enfermera/o - Matrona/ón.
Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar evaluación por equipo nutricional en pacientes de alto riesgo. • Evaluar lesiones profundas ya instauradas. • Indicar tratamiento médico que favorezca la disminución de los factores de riesgo modificables.
Kinesiólogo/a	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar medidas de prevención LPP descritas en documento institucional. • Orientar al personal para el posicionamiento adecuado del paciente.
Equipo de Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Valoración nutricional sencilla identificando las situaciones de nutrición deficitaria. • Procurar un aporte adecuado de vitaminas y suplementos minerales y proteicos en caso necesario.
Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Encargado programa de calidad enviara información consolidada de la prevalencia institucional a la dirección del establecimiento. • Realizarr monitorización del indicador, e informar a las jefaturas de cada unidad. • Solicitar planes de intervención.

	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT Prevención de Lesiones por Presión (LPP)	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 3 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

	<ul style="list-style-type: none"> Participar en actividades de prevención de LPP.
Comité de Heridas	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a las jefaturas en la compra de insumos adecuados y costo-efectivos para la prevención y manejo de las LPP. Realizar capacitación continua al personal con énfasis en la prevención. Evaluar pacientes de difícil manejo, proponiendo un plan de intervención.


4. Definiciones:

4.1 Lesiones por Presión (LPP) o úlceras por Presión (UPP): Es el daño localizado de la piel y/o tejido subyacente, usualmente sobre una prominencia ósea, como resultado de presión, o presión en combinación con cizallamiento. Existe un número de factores contribuyentes asociados a la formación de las LPP. Sin embargo, la influencia de estos factores aún debe ser dilucidada. La tolerancia de los tejidos blandos a la presión y el cizallamiento también puede verse afectada por el microclima, la nutrición, la perfusión, comorbilidades y la condición de afección del tejido blando. (Panel Europeo, norteamericano y Pan Pacific 2014).

4.2 Lesión por presión por dispositivo médico: Lesión producida, en un tejido blando o mucosa, por un dispositivo utilizado con fines diagnósticos o terapéuticos y que habitualmente adopta la forma del dispositivo.

4.2 Etiopatogenia de las Lesiones por presión: El mecanismo de producción de las lesiones por presión se basa en la alteración de la irrigación sanguínea de la zona por una causa externa, la presión. Pueden distinguirse distintos tipos de mecanismos:

Presión directa	Presión ejercida de forma perpendicular, entre la piel y las prominencias óseas. La presión capilar media oscila entre 6- 33 mmHg. Toda presión externa superior a 33 mmHg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos. Dependiendo del estado de gravedad del paciente y factores de riesgo asociados, el daño tisular podría presentarse en un periodo menor a 2 horas, desde el inicio de la presión externa aplicada en un punto de la superficie corporal.
Fricción	Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
Cizallamiento	Combina los efectos de la presión y la fricción. Son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes deslizan una sobre otra.
Microclima	El uso de superficies especializadas que entran en contacto con la piel puede ser capaz de alterar el microclima por el cambio de la tasa de evaporación de la humedad y la velocidad a la que el calor se disipa desde la piel.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 4 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

5. Desarrollo:


5.1 Factores de Riesgo:

5.1.1 Factores de riesgo permanente:

- Edad: Menores de 36 meses y mayores de 70 años, prematuridad y bajo peso al nacer.
- Capacidad física disminuida.
- Trastornos neurológicos.
- Enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, enfermedades vasculares periféricas).


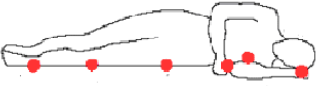


5.1.2 Factores de riesgo variables:

Factores de riesgo variables
<p>Son los que admiten evolución a lo largo del tiempo, como consecuencia de diferentes problemas de salud como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de piel, falta de elasticidad. ● Alteración del estado de conciencia: Estupor, confusión. ● Deficiencias motoras: Paresia, parálisis. ● Deficiencias sensoriales: Pérdida de la sensación dolorosa. ● Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal). ● Inmovilidad: Personas que no se mueven en la cama. Pacientes que no pueden sentarse en silla de ruedas o levantarse de la cama por sí mismos. ● Alteraciones nutricionales por defecto o por exceso <p><u>Derivados del Tratamiento Médico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inmovilidad impuesta, resultado de determinadas alternativas terapéuticas. ● Tratamientos o fármacos inmunosupresores o vasoactivos. ● Sondajes. <p><u>Derivados de los Cuidados y Personal de Enfermería:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Por efecto del roce tanto de la ropa, como de otros objetos. ● Higiene inadecuada. ● Ausencia o defecto de cambios posturales. ● Fijación inadecuada de sondas, drenajes u otros dispositivos médicos. ● Falta de educación sanitaria. ● Falta de recursos materiales. ● Falta de criterios unificados de tratamiento. ● Sobrecarga laboral.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 5 de 20
		Vigencia: Agosto 2025


5.2 Localizaciones más frecuentes de las LPP:

Se ubican habitualmente en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo, dependiendo de la posición en la que se encuentre el paciente:


<i>Posición</i>	<i>Zonas de mayor riesgo</i>
<p>Decubito supino</p> 	Región sacra, talones, codos, omoplatos, nuca/occipital, coxis.
<p>Decubito lateral</p> 	Maléolos, trocánteres, costillas, hombro/acromion, pabellón auricular, crestas ilíacas, cara interna de las rodillas
<p>Decubito prono</p> 	Nariz, pabellón auricular, rodillas, genitales masculinos, mejillas, mamas, crestas ilíacas, dedos de los pies.
<p>Posición sentada</p> 	Omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talón, metatarsiano.

5.3 Principales medidas de Prevención de LPP:


<p>Valoración de la piel y del riesgo de LPP</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se utiliza una escala de valoración de riesgo de LPP, junto con una valoración de la piel y una valoración integral del paciente, que nos orientará a la planificación de cuidados personalizados. Examinar la piel al ingreso del paciente y al menos una vez por turno, por cada día de hospitalización. Poner énfasis en zonas de exposición a humedad constante (peri Traqueostomía, TET, drenajes, ostomías, pliegues, paciente con incontinencia, salivación, sudoración profusa), prominencias óseas (Occipital, pabellón auricular, nariz, pómulos, zona escapulares, sacro, trocánteres y talones) y fijación de dispositivos médicos. La valoración del riesgo se realizará al ingreso del paciente a la Unidad/Servicio Clínico por parte de la Enfermera/o – Matrona/ón a cargo del paciente y se utilizará la Escala de Braden- Bergstrom en pacientes adultos, Braden Q para pacientes pediátricos y Norton cuando un pabellón dura más de 6 Hrs.
---	---

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 6 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

	<ul style="list-style-type: none"> ● Signos de alarma cutánea: xerosis (sequedad cutánea), lesiones, eritema, maceración.
Manejo de la presión y fricción	<ul style="list-style-type: none"> ● Es importante aprovechar al máximo las posibilidades del paciente de moverse por sí mismo. ● En pacientes colaboradores, fomentar, facilitar la movilidad y actividad física en la medida de sus posibilidades. ● En pacientes no colaboradores realizar una movilización pasiva de las articulaciones aprovechando los cambios posturales. ● Utilizar superficies especiales de manejo de la presión (SEMP), dependiendo del riesgo evaluado por enfermería: colchones terapéuticos (antiescaras de aire básico, visco elástico), cojines, sobre colchones. ● Utilizar protección local para el alivio de la presión: apósitos de espuma, cojines, cuñas, alza ropas. ● Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí (a través del uso de almohadas y de protecciones). ● Utilizar productos como películas protectoras libres de alcohol. y/o ácidos grasos hiperoxigenados, aplicándolos con masaje suave sin frotar para evitar la fricción. ● Vigilar sondas, mascarillas, nariceras, drenajes, vías centrales y periféricas y vendajes evitando la presión constante en la zona. ● Realizar una adecuada rotación de dispositivos médicos, mínimo cada 12 Hrs. ● No usar picarones, porque favorecen la presión en los bordes. ● Si el paciente tiene lesiones ya instauradas, no dejar al paciente ejerciendo presión sobre ellas.
Movilización	<ul style="list-style-type: none"> ● Para facilitar los cambios posturales y hacer los cambios de ropa de cama con mayor facilidad, colocar una tercera sábana de manera horizontal, perfectamente estirada (sabanilla), evitando arrastrar al enfermo en la cama (Esto evita lesiones por cizallamiento). ● Mantener a los pacientes en posición de 30 a 45° grados, como máximo, evitando el cizallamiento con el uso de almohadas ya que se ha demostrado una relación directa entre mayor ángulo de la cama y mayor frecuencia de aparición de LPP. ● Programar los cambios posturales de manera individualizada (Ver Anexo 4), utilizando reloj (ver anexo 5). ● Intervalos de cambios posturales serán cada 2 Hrs. en pacientes con alto riesgo y cada 4 horas en riesgo moderado. ● Preparar un plan de rehabilitación que mejore la actividad y movilidad del paciente. ● Precauciones: <ul style="list-style-type: none"> - Hay que mantener la alineación del cuerpo lo más correcta posible y estudiar detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas (Ver Anexo 4). - Recuerde mantener una posición adecuada de su cuerpo al movilizar al paciente (postura ergonómica).

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 7 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

Control de exceso de la humedad	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar todos los procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel (Incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas, fiebre, periostomías, TQT; TET, salivación constante, pliegues, linfedema). • Programar cambios de pañal y sabanilla desechable, en concordancia con los procesos anteriormente descritos. En pacientes de alto riesgo, el cambio de pañal se sugiere cada 2 o 3 horas más SOS. • Realizar cambios de ropa complementarios, si fuera necesario. • Valorar la posibilidad de utilizar dispositivos de control, para cada caso: <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia: Colectores, sondas vesicales, pañales absorbentes. - Drenajes: Utilización de dispositivos adecuados y vigilar fugas del drenaje. - Sudoración profusa: Control de temperatura y cambio de ropa cuando sea necesario. - Exudado de heridas: Utilizar apósitos adecuados para contenerlo. • Utilizar productos barrera no irritante para proteger a la piel de la humedad y de los adhesivos.
Higiene del paciente y su unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar baño en cama programado. • Lavar piel con agua y jabón (utilizar jabones de pH neutro o ácido, no irritativos, libres de alcohol), enjuagar y secar cuidadosamente, sin friccionar, poniendo énfasis en los pliegues. • En pacientes críticos preferir baño en seco, con lociones limpiadoras o esponjas de baño en seco. • Aplicar lociones hidratantes en todo el cuerpo, asegurando su completa absorción. • No utilizar soluciones que contengan alcohol ni realizar masajes en prominencias óseas (ej. colonia). • Realizar aseo genital programado. • Realizar aseo de cavidades programado.
Cuidados nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una valoración nutricional sencilla, identificando las situaciones de déficit o exceso. • Si existe déficit, procurar un aporte adecuado de vitaminas y suplementos minerales y proteicos. Si existe exceso, ajustar la nutrición. • Incluir en el plan de tratamiento médico la solicitud de evaluación por equipo nutricional en pacientes de alto riesgo. • Asegurar la ingesta de alimentos y líquidos. • Evitar el ayuno prolongado. • Sugerir toma de exámenes seriados, para complementar el estudio nutricional (pre albúmina, nitrógeno ureico, vitamina D, entre otros).
Reevaluación del riesgo de LPP	<ul style="list-style-type: none"> • La Reevaluación de los pacientes con riesgo de desarrollar LPP será realizada por la Enfermera/o – Matrona/ón a cargo del paciente de acuerdo al resultado de la valoración de ingreso:


	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT Prevención de Lesiones por Presión (LPP)	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 8 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

Riesgo	Adultos	Pediátricos
Alto Riesgo Evaluación diaria	Braden-Bergstrom ≤ 12 puntos	Braden – Q ≤ 16 puntos
Riesgo Moderado Evaluación cada 3 días	Braden-Bergstrom 13 – 15 puntos	Braden – Q 17 -22 puntos
Bajo Riesgo Evaluación cada 7 días	Braden-Bergstrom ≥ 16 puntos	Braden – Q ≥ 23 puntos

- En UPC adulto y pediátrico la **reevaluación es diaria**, al examen físico del paciente.
- Reevaluar cuando se produzca un cambio de situación del paciente, como:
 - Isquemia de cualquier origen.
 - Intervención quirúrgica prolongada (> 4 horas)
 - Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
 - Hipotensión prolongada.
 - Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama.

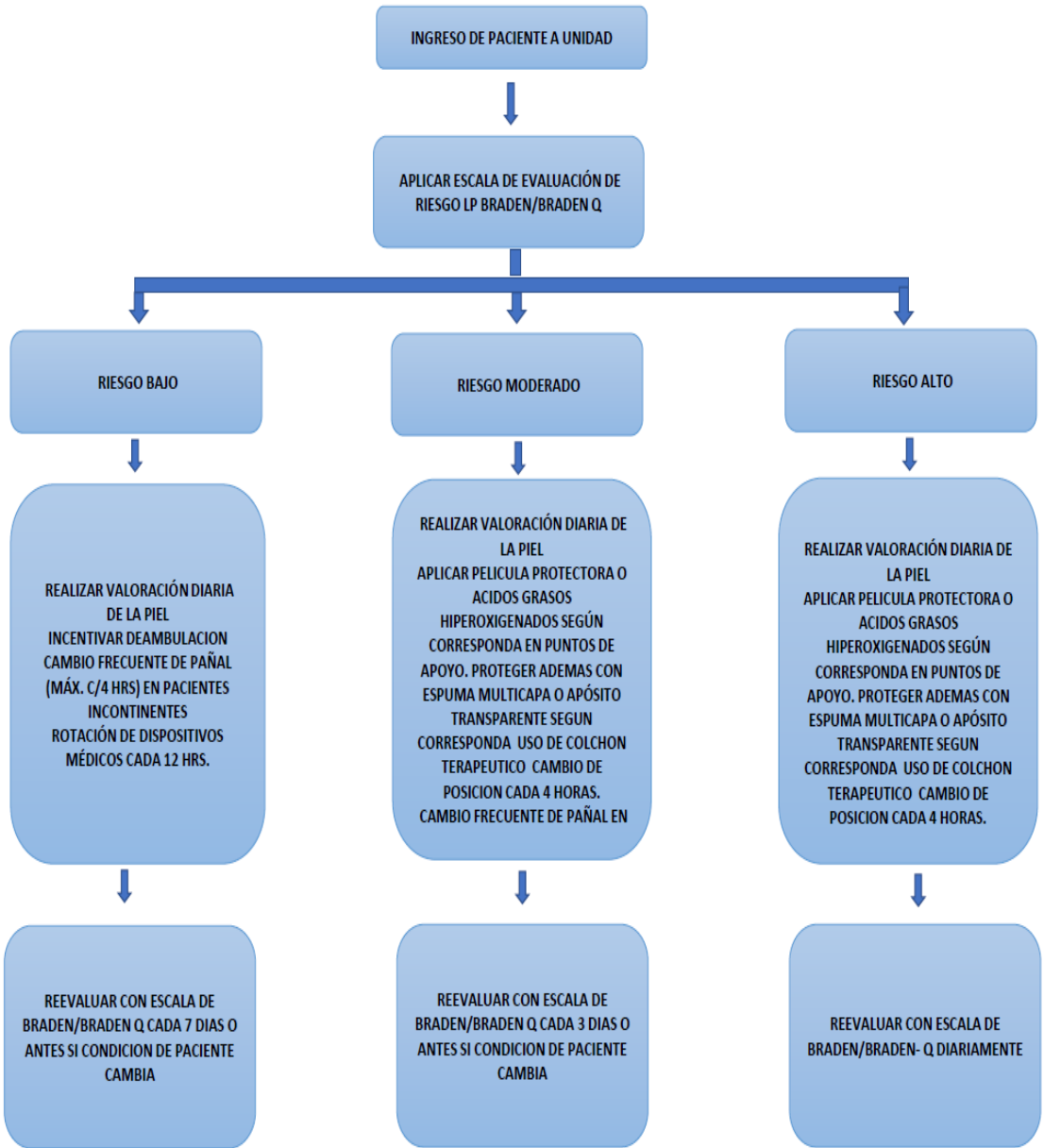
5.5 Notificación de LPP:


Cada vez que se detecta una LPP, debe ser notificada a Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS a través de plataforma institucional de Notificación de Incidentes y Eventos adversos.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 9 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

6. Flujoograma:

6.1 Evaluación del riesgo de Lesiones por Presión:



 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 10 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

7. Indicador y Método de evaluación:

Ver documento “Indicadores de Calidad Hospital San Juan de Dios - CDT”.

8. Distribución del documento:


- 8.1 Dirección.
- 8.2 Subdirección de Enfermería.
- 8.3 Subdirección Médica Atención Cerrada.
- 8.4 Administración de Cuidados de Matronería.
- 8.5 Urgencia.
- 8.6 Todas los Servicios Clínicos/Unidades de hospitalización.
- 8.7 Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS.

9. Referencias bibliográficas:

- 9.1 National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. Versión española.
- 9.2 Pancorbo – Hidalgo, PL; García – Fernández, FP; Soldevilla – Ágreda, JJ; Blasco García, C. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie documentos Técnicos GNEAUPP nº 11. Grupo nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2009.
- 9.3 Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Prevención de UPP en pacientes hospitalizados. Nº 0006.


10. Anexos:

- 10.1 Escala de Braden- Bergstrom.
- 10.2 Escala de Braden Q
- 10.3 Precauciones de acuerdo a posición del paciente.
- 10.4 Esquema de cambio postural.
- 10.5 Reloj de cambios de posición
- 10.6 Registro de riesgo pacientes Adultos
- 10.7 Registro de riesgo pacientes Pediátricos
- 10.8 Registros de enfermería Unidades Médico –Quirúrgicas.
- 10.9 Hoja de Puerperio.
- 10.10 Afiche Evaluación del Riesgo

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 11 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

Anexo 1: Escala de Braden- Bergstrom.

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	Limitado Completamente Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos. Capacidad de sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	Muy limitado Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación. Presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Limitado levemente Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición. Presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	Sin impedimento Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o molestias.
HUMEDAD Grado de humedad de la piel	Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	Muy húmeda La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Grado de actividad	Encamado Paciente constantemente encamado	Permanece en un sillón Paciente que no puede andar o deambulación muy limitada. No puede sostener y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla con ruedas.	Ocasionalmente camina Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla con ruedas.	Camina siempre Deambula fuera de la habitación a menos 2 veces al día y dentro de la habitación al menos 2 horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Control posición corporal	Completamente Inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Muy limitada Efectúa ligeros cambios de la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.	Levemente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	Sin limitación Efectúa Frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón de ingesta diaria	Completamente inadecuada Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrece. Diariamente come 2 servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe poco líquido. No toma suplementos dietéticos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de 5 días.	Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo 3 servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 servicios al día de proteínas. Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de proteínas diarios. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
FRICCIÓN Y ROCE Roce de la piel con las sábanas	Presente Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposiciones con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	Potencialmente presente Se mueve muy débilmente o requiere de una mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama aunque, en ocasiones, puede resbalar hacia abajo.	Ausente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 12 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

Anexo 2: Escala de Braden Q.


ESCALA BRADEN Q					
<i>Intensidad y duración de la presión</i>				PTOS	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil: No realiza ningún movimiento con el cuerpo o las extremidades sin ayuda.	2.- Muy limitada: Ocasionalmente realiza ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de realizar cambios frecuentes o significativos sin ayuda.	3.- Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	4.- Sin limitaciones: Realiza importantes y frecuentes cambios de posición sin ayuda.	
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1.- Encamado: Limitado/a a la cama.	2.- En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso y/o hay que ayudarlo para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.	3.- Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.- Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar O camina frecuentemente. Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante las horas de paseo.	
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión	1.- Completamente limitada: No responde a estímulos dolorosos (no gime, no se estremece ni se agarra) debido a un bajo nivel de conciencia o a sedación O capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2.- Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos. Incapacidad para comunicar malestar, excepto gimiendo o mostrando inquietud O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	3.- Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de postura O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	4.- Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No tiene ninguna alteración sensorial que limite su capacidad de sentir o comunicar dolor o malestar.	
<i>Tolerancia de la piel y la estructura de soporte</i>					
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Piel constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi permanentemente debido a la transpiración, orina, drenaje, etc. La humedad es detectada cada vez que se gira o mueve al paciente.	2.- Piel muy húmeda: La piel está húmeda a menudo, pero no siempre. La ropa de cama debe ser cambiada al menos cada 8 horas.	3.- Piel ocasionalmente húmeda: La piel está húmeda de forma ocasional, necesitando cambio de la ropa de cama cada 12 horas.	4.- Piel raramente húmeda: La piel está casi siempre seca. Hay que cambiar los pañales de forma rutinaria; la ropa de cama solo hay que cambiarla cada 24 horas.	
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO Fricción: ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo Cizallamiento: ocurre cuando la piel y la superficie ósea adyacente rozan la una contra la otra	1.- Problema significativo: La espasticidad, contracturas, picos o a agitación le llevan a un movimiento y fricción casi constantes.	2.- Problema: Requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un roce contra las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, necesitando recolocarle con la máxima ayuda.	3.- Problema potencial: Se mueve débilmente o necesita una ayuda mínima. Mientras se mueve, es posible que la piel roce de algún modo con las sábanas, la silla u otros dispositivos. La mayor parte del tiempo mantiene una posición relativamente buena en la silla o cama, aunque ocasionalmente se desliza hacia abajo.	4.- Sin problema aparente: Es posible levantarlo completamente durante un cambio de postura. Se mueve independientemente en la cama y en la silla, y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente mientras se mueve. Mantiene una buena postura en la cama o en la silla en todo momento.	
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	1.- Muy pobre: Está en ayunas; o a dieta líquida; o con sueroterapia más de 5 días O albúmina < 2.5 mg/dl O nunca come una comida completa. Raras veces come más de la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye 2 o menos raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético líquido.	2.- Inadecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad inadecuada de calorías y minerales para su edad O albúmina < 3 mg/dl O raras veces come una comida completa y generalmente sólo come la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye sólo 3 raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	3.- Adecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad adecuada de calorías y minerales para su edad O come la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 raciones de proteínas al día (carne, pescado, productos lácteos). Ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma un suplemento si se le ofrece.	4.- Excelente: Toma una dieta normal que le proporciona las calorías adecuadas para su edad. Por ejemplo: come/bebe la mayor parte de cada comida/toma. Nunca rechaza una comida. Normalmente come un total de 4 o más raciones de carne, pescados o productos lácteos al día. Ocasionalmente come entre comidas. No necesita suplementos.	
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida: Hipotenso (TA ₀ <50mmHg; <40 en recién nacidos) O el paciente no tolera fisiológicamente los cambios posturales.	2.- Comprometida: Normotenso; el pH sérico es < 7.40; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	3.- Adecuada: Normotenso; el pH de la sangre es normal; la saturación de oxígeno puede ser < 95% O la hemoglobina puede ser < 10mg/dl O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	4.- Excelente: Normotenso; la saturación de oxígeno es >95%; hemoglobina normal; y el relleno capilar < 2 segundos.	
				TOTAL	

© Quigley S & Curley M. 1996.

© Versión en castellano: Quesada C. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2009.



CON RIESGO ≤ 16 puntos


SIN RIESGO > 16 puntos



 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 13 de 20
		Vigencia: Agosto 2025


Anexo 3: Precauciones de acuerdo a posición del paciente.

Los cambios posturales permiten aliviar la compresión en los puntos de apoyo, siempre y cuando se realice con la técnica y frecuencia correctas. Hay que mantener la alineación del cuerpo lo más correcta posible y estudiar detenidamente la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas.

<p>Decúbito supino</p> 	<p>Se acomodará con almohadas de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una debajo de los gemelos (1 almohada o 2 cojines pequeños) ● Una manteniendo la posición de la planta del pie. ● Dos debajo de los brazos (opcional). <p><u>Precauciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo. ● Apoyar las rodillas en posición ligeramente flexionada - evitando la hiperextensión. ● Codos estirados y manos en ligera flexión. ● Las piernas deben quedar ligeramente separadas. ● Evitar la rotación del trocánter. ● Evitar la flexión plantar del pie. ● Liberar presión sobre: talones, cóccix, sacro, escápulas y codos con apósitos adecuados ó elementos como coderas y taloneras de espuma.
<p>Decúbito lateral</p> 	<p>Se acomodará con almohadas de la forma siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una debajo de la cabeza. ● Una apoyando la espalda. ● Una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior. ● Una debajo del brazo superior. ● No se debe producir presión sobre: Orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas, trocánteres, gemelos, tibias y maléolos. <p><u>Precauciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45 – 60°. ● Las piernas quedarán en ligera flexión con la pierna situada en contacto con la cama, ligeramente atrasada con respecto a la otra. ● Los pies formando ángulo recto con la pierna. ● Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

 <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 14 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

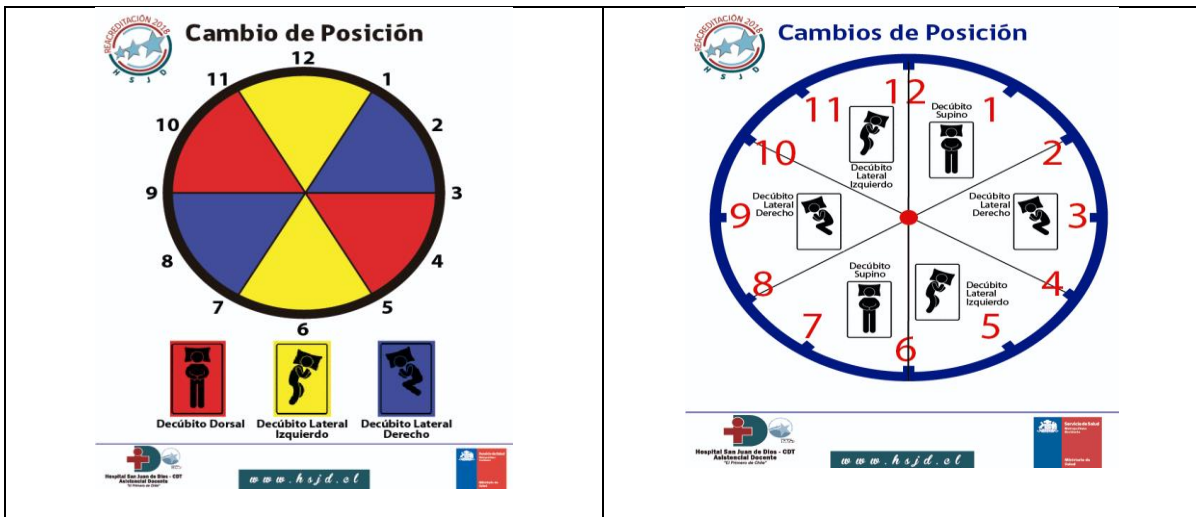
<p><u>Decúbito Prono</u></p> 	<p>Se acomodará con almohadas de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una debajo de la cara, con ésta girada hacia un lado, los brazos flexionados rodeando el cojín, uno hacia arriba y otro hacia abajo, en posición de nadador. ● Una debajo de la cadera. ● Una en el dorso de los pies para prevenir la flexión plantar de los pies. (1 almohada o dos cojines). ● Se recomienda el uso de soportes faciales de cara con geles anatómicos ● Evaluar el uso de sonda orogástrica <p><u>Precauciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dejar palma hacia abajo de mano que está arriba. ● Los pies extendidos. ● En esta posición se debe proteger: <ul style="list-style-type: none"> - Frente. - Ojos. - Orejas. - Pómulos. - Pectorales- mamas. - Genitales masculinos. - Rodillas. - Dedos de los pies.
<p><u>Posición sentada</u></p> 	<p>Se acomodará con almohada de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Una detrás de la cabeza. ● Una debajo de cada brazo. ● Una debajo de los pies. ● Utilizar un cojín especial para aliviar presión sobre el coxis <p><u>Precauciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● La espalda quedará cómodamente apoyada contra una superficie firme. ● No se permitirá la situación inestable del tórax. ● Apoyar los tobillos para prevenir la flexión plantar de los pies. ● No se debe producir presión sobre: Omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.

	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LPP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 8
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 15 de 20
		Vigencia: Agosto 2025

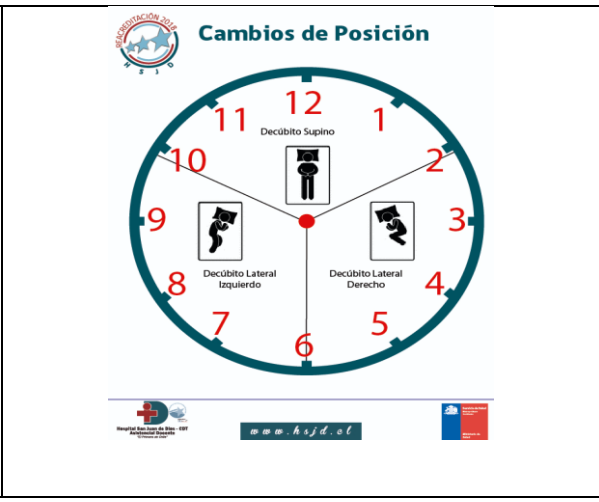
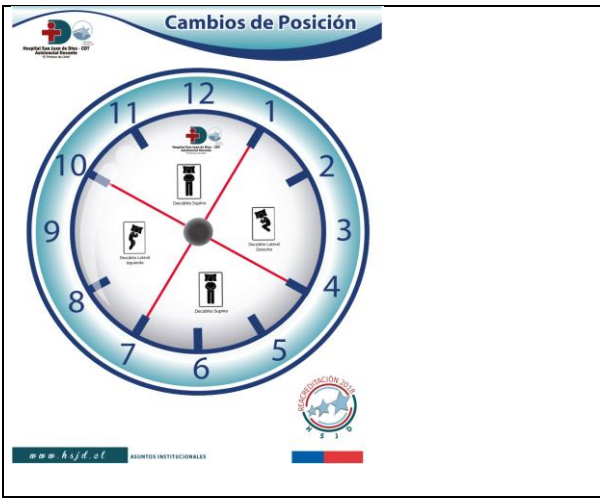
Anexo 4: Esquema de cambio postural.


MEDIDAS DE PREVENCIÓN
<p>BAJO RIESGO: Incentivar actividad física, educación, cambio de ropa al menos una vez al día (FIJAR HORA Y REGISTRAR), mantener nutrición e hidratación.</p>
<p>RIESGO MEDIANO: Lubricar la piel, cambio de pañales cada 4 horas (REGISTRAR EN HOJA DE ENFERMERÍA), cambios de posición según esquema, evitar contacto con prominencias óseas, usar sabanillas para cambios de posición, uso de colchón visco elástico o de redistribución de presión.</p>
<p>RIESGO ALTO: Uso de colchón visco elástico o de redistribución de presión, cambios de posición según esquema, aseo de piel y secado minucioso, rotación de dispositivos cada 6 horas (SF; SNG; TOT).</p>

Anexo 5: Reloj de cambios de posición.



**Prevención de Lesiones por Presión
(LPP)**




 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 7
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 17 de 20
		Vigencia: Julio 2023

Anexo 6: Registro de riesgo pacientes Adultos.

SERVICIO SALUD OCCIDENTE		REGISTRO DE RIESGO DE UPP												NOMBRE																			
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>Alto riesgo</td><td><13</td></tr> <tr><td>Moderado riesgo</td><td>13-14</td></tr> <tr><td>Bajo riesgo</td><td>>14</td></tr> </table>												Alto riesgo	<13	Moderado riesgo	13-14	Bajo riesgo	>14	FICHA													
Alto riesgo	<13																																
Moderado riesgo	13-14																																
Bajo riesgo	>14																																
SUBDIRECCION DE ENFERMERIA		EDAD		INGRESO																													
		FICHA		PROCEDENCIA																													
		SERVICIO		DIAGNOSTICO																													
	MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Escala de Braden	perc. Sensorial																																
	exposición humedad																																
	actividad																																
	Movilidad																																
	Nutrición																																
	Riesgo lesiones																																
	TOTAL																																
	RIESGO																																
OTROS	Uso DVA																																
	Uso HBM																																
	Uso sedación																																
	shock																																
	VM																																
	Indicación no mover																																
	Edema																																
Presencia de UPP al ingreso	si/no																																
	localización																																
	estado E. Braden																																
	turno																																
	enfermera																																

<p>ESCALA DE BRADEN</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>Percepción sensorial</th> <th>Exposición a la humedad</th> <th>Actividad</th> <th>Movilidad</th> <th>Nutrición</th> <th>Riesgo de lesiones cutáneas</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Completamente limitada</td> <td>Constantemente húmeda</td> <td>Encamado</td> <td>Completamente inmóvil</td> <td>Muy pobre</td> <td>Problema</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Muy limitada</td> <td>Húmeda con frecuencia</td> <td>En silla</td> <td>Muy limitada</td> <td>Probablemente inadecuada</td> <td>Problema potencial</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ligeramente limitada</td> <td>Ocasionalmente húmeda</td> <td>Deambula ocasionalmente</td> <td>Ligeramente limitada</td> <td>Adecuada</td> <td>No existe problema aparente</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Sin limitaciones</td> <td>Raramente húmeda</td> <td>Deambula frecuentemente</td> <td>Sin limitaciones</td> <td>Excelente</td> <td></td> </tr> </table>		Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas	1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema	2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial	3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente	4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente		<p>ESTADIO DE ULCERAS</p> <p>ESTADIO I enrojecimiento ligero, edema y sin pérdida visible de tejido</p> <p>ESTADIO II erosión epidérmica y/o ampolla abrasión</p> <p>ESTADIO III afectación de totalidad de la dermis y posible presencia de tej necrótico</p> <p>ESTADIO IV destrucción del tejido subcutáneo, tendón o incluso hueso</p>
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas																														
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema																														
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial																														
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente																														
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente																															

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 7
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 18 de 20
		Vigencia: Julio 2023

Anexo 7: Registro de riesgo pacientes Pediátricos.

REGISTRO DE VALORACION RIESGO LESION POR PRESION

Alto Riesgo	≤ 16 puntos
Moderado Riesgo	17-22 puntos
Bajo Riesgo	≥ 23 puntos

Nombre	
Edad	
RUT	
Ficha	
Servicio	
Diagnostico	
Procedencia	
Fecha de Ingreso	

Hoja Registro valoración Riesgo de lesión por Presión


MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Escala de Braden Q	Movilidad																																
	Actividad																																
	Percepción sensorial																																
	Humedad																																
	Fricción y Cizallamiento																																
	Nutrición																																
	Perfusión y Oxigenación tisular																																
Total																																	
Riesgo																																	
Presencia LP al ingreso	SI/NO																																
	Localización																																
	Estadio																																
Turno																																	
Enfermera																																	

Escala Braden Q

	Movilidad	Actividad	Percepción Sensorial	Humedad	Fricción y Cizallamiento	Nutrición	Perfusión y Oxigenación Tisular
1	Completamente inmóvil	Encamado	Completamente Limitada	Constantemente Húmedo	Problema Importante	Muy Pobre	Extremadamente comprometida
2	Muy Limitada	Sentado	Muy limitada	Frecuentemente Húmedo	Problemática	Inadecuada	Comprometida
3	Ligeramente Limitada	Camina ocasionalmente	Ligeramente Limitada	Ocasionalmente Húmedo	Problema potencial	Adecuada	Adecuada
4	Sin limitaciones	Paciente muy pequeño para caminar o caminar frec.	Sin limitaciones	Casi nunca	Sin problemas aparentes	Excelente	Excelente

Estadios de Lesiones Por Presión

- Estadio I: Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida visible de tejido
- Estadio II: Erosión Epidérmica y/ o ampolla - Abrasión
- Estadio III: Afectación de la totalidad de la Dermis y posible presencia de tejido Necrótico
- Estadio IV: Destrucción del Tejido Subcutáneo n, tendón e incluso hueso


 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Subdirección de Enfermería</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p>Prevención de Lesiones por Presión (LP)</p>	Código: DOC – SDGC 15 GCL 2.2
		Edición: 7
		Elaboración: Noviembre 2009
		Página 19 de 20
		Vigencia: Julio 2023

Anexo 8: Registros de enfermería Unidades Médico –Quirúrgicas.

En Hoja de enfermería cara posterior

<i>Riesgo de úlceras por presión</i>	
Riesgo:	
Alto _____	
Moderado _____	
Leve _____	
Presencia de úlcera _____	
Localización y grado	

Anexo 9: Hoja de Puerperio.

 Servicio de Salud Metrop. Occidente Hospital Asistencial Docente San Juan de Dios		PUERPERIO																																													
Nombre				Historia Clínica																																											
Pulso	Temperatura	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>150</td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>130</td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>110</td><td>39</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>90</td><td>38</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>70</td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>50</td><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										150	41					130	40					110	39					90	38					70	37					50	36				
150	41																																														
130	40																																														
110	39																																														
90	38																																														
70	37																																														
50	36																																														
Fecha																																															
Temp.																																															
Pulso																																															
P/A																																															
Invol. uterina																																															
Hda. Operat. Abdo/Pelvis																																															
Loquios																																															
Lactancia																																															
Orina																																															
Deposiciones																																															
Observaciones	Rupp bnp																																														
INDICACIONES																																															

Anexo 10: Afiche Evaluación del Riesgo

