 <p>Gobierno de Chile</p> <p>SERVICIO SALUD AYSÉN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE</p>	<p><b>PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS</b></p> <p><b>SUBDIRECCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO</b></p> <p><b>DEPENDIENTE: DIRECCIÓN</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: 4</b>
		<b>Fecha Inicio Vigencia: 01/01/2023</b>
		<b>Páginas: 1 - 16</b>
		<b>Vigencia: 5 años</b>

# PROTOCOLO DE PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

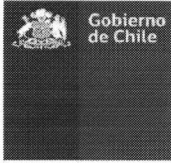
ELABORACION	VISACION	APROBACION
María Eugenia Rosales	Paulina Arriagada Sandra Gálvez	Jaime López
SDGC	OCSP	SERVICIO DE SALUD DIRECTOR
 Firma y timbre	 Firma y timbre	 Firma y timbre
Fecha: 12/12/2022	Fecha: 16/12/2022	Fecha: 17/12/2022



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **1. INDICE:**

<b>TITULO</b>	<b>Nº página</b>
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	4
Excepciones	4
Terminología	4
Procedimiento	5
Bibliografía	8
Evaluación	8
Indicadores	9
Anexos	10



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **2. INTRODUCCION:**

Las úlceras por presión son un problema común a muchas instituciones sanitarias de todos los niveles asistenciales, afectando a personas de todos los grupos de edad y provocando un costo importante en términos de aumento de días cama, alteración en la calidad de vida de los pacientes y un aumento en la utilización de recursos.

## **3. OBJETIVOS:**

- Estandarizar medidas para la prevención de úlceras por presión en el establecimiento.
- Identificar a los enfermos con mayor riesgo de UPP.
- Prevenir los eventos adversos asociados a úlceras por presión.

## **4. RESPONSABLES:**

<b>RESPONSABLES</b>	<b>FUNCIÓN</b>
Jefes Servicio y/o Unidades de Apoyo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el cumplimiento del protocolo prevención de UPP.</li></ul>
Profesionales Supervisores	<ul style="list-style-type: none"><li>• Difusión y capacitación continua al staff de enfermería de medidas prevención de UPP.</li><li>• Canalizar y gestionar los requerimientos de equipamiento necesarios para cumplir con la aplicación de medidas preventivas.</li><li>• Supervisar el cumplimiento de la aplicación del protocolo de prevención de UPP.</li><li>• Evaluación periódica del indicador</li></ul>
Enfermeras, matronas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, aplicar y cumplir el protocolo.</li><li>• Aplicar la escala de valoración de riesgo UPP</li><li>• Indicar las medidas preventivas de enfermería/matronería según riesgo de valoración UPP.</li></ul>
Técnicos paramédicos de los servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, aplicar y cumplir el protocolo</li><li>• Cumplir con las indicaciones indicadas por profesional de turno según valoración del paciente.</li></ul>



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **5. ALCANCE:**

- El protocolo prevención de UPP se aplicará a todo paciente adulto, pediátrico y neonatal que se encuentre hospitalizado en el establecimiento.

**6. EXCEPCIONES:** pacientes de salud mental.

## **7. TERMINOLOGÍA:**

**Úlcera Por Presión:** lesión de la piel y los tejidos subyacentes producida al ejercer una presión mantenida, cizalla o fricción sobre un plano o prominencia ósea causando una isquemia que provoca degeneración de dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso el músculo.

### **Clasificación UPP:**

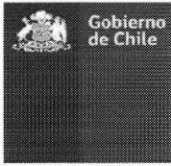
- **Estadio I:** eritema cutáneo que no palidece, en piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema, la induración o la dureza pueden ser usados también como indicadores, particularmente en personas de piel oscura.
- **Estadio II:** pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o ampolla.
- **Estadio III:** pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subyacente que puede extenderse hacia, pero no a través de la fascia subyacente.
- **Estadio IV:** destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, hueso o estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel.

**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.

**Escala Braden o Braden Q:** herramienta de valoración de riesgo de padecer UPP.

**Escala NSRAS:** herramienta de valoración de riesgo de padecer UPP.



SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

## 8. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

### 8.1. Valoración de riesgo de UPP:

- Para evaluar el riesgo de UPP la enfermera / matrona utilizará la **Escala de Braden** para pacientes mayores de 5 años y **Braden Q** para menores de 5 años. (anexo 1 y 2).
- Para pacientes neonatales se utilizará la **e-NSRAS** desde los 0 hasta los 28 días de vida. (anexo 3).
- De acuerdo a la evaluación del riesgo UPP y según el puntaje obtenido los pacientes se clasifican en:

#### Escala Braden:

- Bajo riesgo: 15 – 18 puntos  $\geq$  75 años  
15 – 16 puntos  $<$  75 años
- Moderado riesgo: 13 – 14 puntos
- Alto riesgo:  $\leq$  12 puntos.

#### Escala Braden Q:

- Bajo riesgo:  $\geq$  15 puntos
- Moderado riesgo: 13 – 14 puntos
- Alto riesgo:  $\leq$  12 puntos.

#### Escala e-NSRAS:

- Bajo riesgo:  $>$  17 puntos
- Moderado riesgo: 13 – 17 puntos
- Alto riesgo:  $<$  13 puntos.

- Se aplicará al ingreso de toda hospitalización a los servicios clínicos (medicina, pediatría, cirugía y pensionado) y unidades pacientes críticos adultos, pediátrico y neonatal.
- Se realizará reevaluación del riesgo de acuerdo al siguiente esquema:
  - ALTO RIESGO: diaria
  - MODERADO RIESGO: cada 3 días
  - BAJO RIESGO: cada 7 días.
- La evaluación quedará registrada de acuerdo a lo estipulado en registros de enfermería de los servicios clínicos, hoja de enfermería unidad cuidados críticos y planilla de entrega turno pacientes neonatales de UPC.

## 8.2. Medidas de Prevención:

### 8.2.1. Medidas Generales para todo paciente hospitalizado:

- Revisar la integridad de la piel en cada turno y dejar registro.
- Baño diario con agua y jabón neutro para la piel, secado meticuloso y sin fricción con especial hincapié en zonas de pliegues.
- Revisar la integridad de la piel durante cada sesión de higiene o cambio postural, protegiéndolas en caso necesario.
- Utilizar cremas hidratantes, aceites o pomadas lubricantes procurando su completa absorción. No usar alcoholes y/o colonias directamente sobre la piel.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas o zonas enrojecidas.
- En caso de incontinencia:
  - Utilizar estuche peneal si es posible
  - Utilizar pañales absorbentes
  - Cambio inmediato de pañal húmedo, previo aseo genital
- No usar flotadores, picarones.
- Movilizar al paciente en bloque para cambios de posición evitando movilizarlo por arrastre.
- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Mantener la alineación corporal, distribución de peso y equilibrio.
- Vigilar piel de zona adyacente a sondas, mascarillas, nariceras, drenajes, vías centrales, vendajes, saturómetros, etc. evitando la presión constante en una zona, con el riesgo de producir UPP.

### 8.2.2. Medidas Preventivas según Valoración UPP:

ACTIVIDADES	BAJO RIESGO UPP	MODERADO RIESGO UPP	ALTO RIESGO UPP
Evaluación de riesgo	Cada 7 días	Cada 3 días	Diario
Examen de la piel	Diario	Diario	Diario
Higiene de la piel	Baño diario	Baño diario	Baño diario
Protección	Lubricación diaria	Lubricación cada 12 horas como mínimo	Lubricación cada 6 horas como mínimo
Cambios de posición <b>*medida prioritaria</b>	Estimular movimientos cama/deambulación	Cambios de posición cada 4 horas.	Cambios de posición cada 4 horas
Superficies de apoyo <b>* medida prioritaria</b>	-	Colchón flotación seca	Colchón flotación seca



**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

### **8.2.3. Medidas preventivas en pacientes neonatales UCIN:**

#### **a) Cuidados estándares básicos:**

- Mantener humedad relativa acorde a la edad gestacional.
- Recibir atención en incubadora cerrada o en cuna radiante con calor encendido.
- Uso de colchones anti-escaras.

#### **b) Cuidados de la piel desde el nacimiento y diariamente:**

- Inspeccionar la piel de los pacientes al ingreso y en cada atención identificando indicios o signos clínicos de úlceras por presión, registrando en la hoja de matonería e informar en la entrega de turno.
- En neonatos con alto riesgo de úlceras se sugiere colocar el sensor de saturimetría con protector hidrocólico sobre la piel, fijar con gasa o cinta elástica, además de ser cambiado de posición cada 3 horas o 4 si el neonato está con mínima estimulación.
- La fijación del tubo endotraqueal/CPAP/SNG/SOG debe llevar una base de hidrocólico para protección de la piel y será en donde se colocarán las cintas adhesivas de fijación.
- Todos los RN con CPAP se les debe realizar masaje en la columna y en los puntos de apoyo en donde se fija la cánula cada tres horas.
- En cada atención se debe realizar cambios de posición teniendo cuidado con las zonas de prominencia ósea y de no quedar doblado los pabellones auriculares, así también ningún insumo como sondas o sabanas arrugadas que pudiese hacer presión bajo el RN, sin embargo, todo RN con diagnóstico o sospecha de asfixia Neonatal se mantendrá en posición de línea media las primeras 72 horas, poniendo mayor cuidado en la observación de los puntos de presión.
- Evitar fricciones sobre la piel que puedan originar lesiones.
- Todo RN hospitalizado en la unidad de Neonatología debe poseer un adecuado manejo posicional, que será brindado mediante el uso de nido terapéutico, rollos o almohadillas de algodón hidrofílico, espuma cubierta por gasa estéril o por el contrario un colchón de gel.



**SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

- El cambio de pañal se debe realizar en cada atención o cada vez que sea necesario, con aseo genital previo que incluye el uso de algodones y agua tibia, con el objetivo de mantener la piel limpia y seca especialmente los pliegues.
- El uso de pañal es adecuado al tamaño del RN y evitando exceso de presión y/o roce.
- La remoción de los apósitos se debe de hacer con cuidado y lentamente a favor de los vellos o pelo y paralelamente a la piel. La remoción de apósitos perpendiculares a la piel originará desgarros de la dermis y la epidermis, por lo cual se debe utilizar removedor o agua bidestilada en su ausencia.
- No aplicar ningún tipo de lubricante en RN con indicación fototerapia.
- Realizar adecuada hemostasia post punciones para evitar aplicación de telas adhesivas que puedan dañar la piel circundante o en caso de ser necesario utilizar cobán y retirar en la siguiente atención.
- Utilizar apósitos semipermeables para la fijación de catéteres centrales y vías venosas periféricas.

**9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/EscarasUlceras>.
- <http://www.ulceras.net/monograficos/escalabradem.pdf>
- Normas seguridad de la atención: Prevención de UPP. Minsal 2012.

**10. EVALUACIÓN:**

RESPONSABLE: Enfermeras y matronas supervisoras

METODOLOGÍA: Servicios Hospitalizados.

Tipo de Indicador: Indicador basado en proporciones.

Metodología: Prevalencia. Se aleatorizará el día a evaluar con Randomizer.

Tamaño de la muestra: Se obtendrá del total de pacientes hospitalizados con alto riesgo UPP en el día aleatorizado.

Periodicidad: Trimestral. Los valores deben ingresarse al SIS-Q.





SERVICIO SALUD AISEN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

**11. INDICADOR:**

<b>FORMULACIÓN DEL INDICADOR</b>	
Nombre del Indicador	Porcentaje de pacientes de alto riesgo UPP con medidas de prevención de UPP aplicadas según protocolo.
Justificación	Este indicador evalúa el cumplimiento del proceso de prevención de UPP de acuerdo a procedimiento estandarizado en el Hospital Regional Coyhaique. Este procedimiento contribuye a otorgar procesos asistenciales más seguros y disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a la atención de salud.
Dimensión	Seguridad
Fórmula	$\frac{\text{Nº pacientes con alto riesgo de UPP con las 2 medidas prioritarias aplicadas según protocolo}}{\text{Nº total de pacientes supervisados con alto riesgo de UPP en el periodo}} \times 100$
Población	Pacientes hospitalizados y ambulatorios
Tipo	Proceso
Fuente de Datos	Hoja enfermería, hoja de enfermería unidad cuidados críticos, libro indicaciones diarias UCIN.
Umbral Cumplimiento	≥85%
Periodicidad	Mensual
Responsable	Profesionales supervisores

### ANEXO 1

#### ESCALA DE BRADEN

Factor	1	2	3	4
<b>Percepción sensorial</b>	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
<b>Humedad</b>	Completamente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
<b>Actividad</b>	En cama	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
<b>Movilidad</b>	Completamente inmóvil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitación
<b>Nutrición</b>	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
<b>Fricción y roce</b>	Problema requiere máximo cuidado	Problema potencial requiere mínimo cuidado	No existe problema aparente.	

Bajo riesgo	15 – 18 puntos ≥ 75 años 15 – 16 puntos < 75 años -
Moderado riesgo	13 – 14 puntos
Alto riesgo	≤ 12 puntos.

SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.

RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

PERCEPCIÓN SENSORIAL	Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose o estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda. La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD física	Nivel de actividad	1. Encamado/a. Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD	Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN	Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos. Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES		1. Problema. Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial. Se mueve muy débilmente. Durante los movimientos, la piel probablemente rozará contra partes de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	



**ANEXO 2**

**ESCALA BRADEN Q (para niños menores de 5 años)**

<p><b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Completamente inmóvil</u>. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</li><li>2. <u>Muy limitada</u>. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.</li><li>3. <u>Ligeramente limitada</u>. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.</li><li>4. <u>Sin limitaciones</u>. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</li></ol>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad física</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Encamado</u>. Paciente constantemente encamado.</li><li>2. <u>En silla</u>. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</li><li>3. <u>Deambula ocasionalmente</u>. Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.</li><li>4. <u>Deambula frecuentemente</u>. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</li></ol>
<p><b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Completamente limitada</u>. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), O Capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.</li><li>2. <u>Muy limitada</u>. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación, O Presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</li><li>3. <u>Ligeramente limitada</u>. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación, O Presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</li><li>4. <u>Sin limitaciones</u>. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</li></ol>

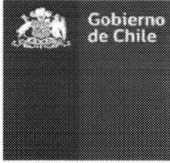
**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

<p><b>HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Constantemente húmeda</u>. La piel está constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</li> <li>2. <u>A menudo húmeda</u>. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</li> <li>3. <u>Ocasionalmente húmeda</u>. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente dos veces al día.</li> <li>4. <u>Raramente húmeda</u>. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Cambios de cama una vez al día.</li> </ol>
<p><b>FRICCIÓN</b> Roce de la piel con superficies de contacto</p> <p><b>DESLIZAMIENTO</b> Contacto de la piel con prominencias óseas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Problema significativo</u>. Requiere máxima asistencia para ser movido. Existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</li> <li>2. <u>Problema</u>. Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuente reposicionamiento con máxima ayuda.</li> <li>3. <u>Problema potencial</u>. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones, puede resbalar hacia abajo.</li> <li>4. <u>No existe problema aparente</u>. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</li> </ol>
<p><b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Muy pobre</u>. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, O Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</li> <li>2. <u>Probablemente inadecuada</u>. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, O Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda, naso gástrico.</li> <li>3. <u>Adecuada</u>. Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, O Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</li> </ol>

**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

	<p>4. <u>Excelente</u>. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p><b>PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN</b> Relleno capilar y oxigenación de los tejidos</p>	<p>1. <u>Extremadamente comprometida</u>. Hipotensión o el paciente no tolera fisiológicamente cambios de posición.</p> <p>2. <u>Comprometida</u>. Normotenso. Saturación de oxígeno &lt; 95%, hemoglobina &lt; 10 mg/dl, relleno capilar &gt; de 2 segundos y pH sanguíneo &lt; 7.40</p> <p>3. <u>Adecuada</u>. Normotenso. Saturación de oxígeno &lt; 95%, hemoglobina &lt; 10 mg/dl, relleno capilar de 2 segundos y pH normal.</p> <p>4. <u>Excelente</u>. Normotenso. Saturación de oxígeno &gt; 95%, hemoglobina normal, relleno capilar &gt; de 2 segundos y pH sanguíneo normal.</p>

Alto Riesgo	≤ a 12 puntos
Riesgo Moderado	13 a 14 puntos
Bajo Riesgo	≥ a 15 puntos



SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

### ANEXO 3

#### ESCALA e-NSRAS (para usuarios entre los 0 y 28 días de vida)

<b>Condición Física General</b> Asociada a la edad gestacional del neonato.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Edad Gestacional</u>: Menor o igual a las 28 semanas.</li><li>2. <u>Edad Gestacional</u>: Mayores de 28 semanas y menor o igual a 33 semanas.</li><li>3. <u>Edad Gestacional</u>: Mayor de 33 semanas y menor o igual a 38 semanas</li><li>4. <u>Edad Gestacional</u>: Mayor de 38 semanas hasta los RN post termino.</li></ol>
<b>Estado Mental</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Completamente Limitado</u>: No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, no aumenta la presión arterial o frecuencia cardiaca) debido a una disminución del nivel de conciencia o sedación.</li><li>2. <u>Muy Limitado</u>: Responde únicamente a estímulos doloroso (se estremece, aprieta los puños, gime, aumenta la presión arterial o la frecuencia cardiaca)</li><li>3. <u>Ligeramente Limitado</u>: Letárgico</li><li>4. <u>Sin Limitaciones</u>: Alerta y Activo</li></ol>
<b>Movilidad</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Completamente Inmóvil</u>: No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda, como, por ejemplo: relajante muscular.</li><li>2. <u>Muy Limitada</u>: Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.</li><li>3. <u>Ligeramente limitada</u>: Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.</li><li>4. <u>Sin limitaciones</u>: Realiza cambios en la posición del cuerpo, importantes con frecuencia y sin ayuda, como, por ejemplo: girar la cabeza</li></ol>
<b>Actividad</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Completamente encamado</u>: En cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.</li><li>2. <u>Encamado</u>: En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos</li><li>3. <u>Ligeramente limitada</u>. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.</li><li>4. <u>Sin Limitaciones</u>: En una cuna abierta.</li></ol>
<b>Nutrición</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. <u>Muy Deficiente</u>: En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)</li><li>2. <u>Inadecuada</u>: Recibe menos de la cantidad optima de dieta líquida para crecer (lecha materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos endovenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)</li></ol>

**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

	<p>3. <u>Adecuada</u>: Alimentación por sonda enteral que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.</p> <p>4. <u>Excelente</u>: Alimentación con pecho y/o biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.</p>
<b>Humedad</b>	<p>1. <u>Piel constantemente húmeda</u>: La piel esta mojada y/o húmeda cada vez que se mueve o gira el neonato.</p> <p>2. <u>Piel Húmeda</u>: La piel esta húmeda con frecuencia, pero no siempre, las sabanas deben cambiarse al menos 3 veces al día</p> <p>3. <u>Piel ocasionalmente húmeda</u>: La piel esta húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sabanas aproximadamente una vez al día.</p> <p>4. <u>Piel rara vez húmeda</u>: La piel habitualmente seca, se requiere un cambio de sabanas solo cada 24 horas.</p>

Alto Riesgo	< a 13 puntos
Riesgo Moderado	13 a 17 puntos
Bajo Riesgo	> a 17 puntos