

Protocolo de prevención de lesiones por presión

Cómo valorar el riesgo, cambiar de posición, cuidar la piel y revisar cada día a los residentes para prevenir lesiones por presión, y qué hacer si aparece una. Normativa de referencia: Decreto 20 de 2021 del Ministerio de Salud, arts. 10 letra j), 12 letras h) y n), 18 letra d), 19 letras b) y e), 29 letra e) y 30; Ley 21.719; buenas prácticas de cuidado geriátrico.

Establecimiento	Código	Versión	Fecha de aprobación	Próxima revisión
	MACA-CLI-03			

Documento referencial de MACA, basado en la normativa chilena vigente. Adáptalo y válidalo con tu director(a) técnico(a) y tu asesor legal antes de usarlo.

1. Objetivo

Prevenir las lesiones por presión (conocidas como escaras) en los residentes y detectarlas a tiempo, cuando todavía son leves y es más fácil revertirlas.

2. Alcance

Aplica a todos los residentes, con especial atención a quienes pasan muchas horas en cama o en silla, y a todo el personal de cuidado directo, en todos los turnos.

3. Responsables

- **Director(a) técnico(a):** organiza la valoración del riesgo, gestiona colchones y cojines, coordina la evaluación profesional cuando aparece una lesión y se asegura de que se avise a la familia.
- **Profesional de salud:** _____ (enfermero(a), médico(a) u otro). Indica la frecuencia de los cambios de posición y el plan de curación si aparece una lesión.
- **Técnico(a) o auxiliar de enfermería (TENS):** aplica la escala de riesgo, realiza las acciones de prevención según la indicación del profesional (Decreto 20, art. 18 letra d) y registra.
- **Cuidador(a):** hace los cambios de posición, cuida la piel durante el aseo, ayuda en la alimentación, avisa cualquier cambio en la piel y registra sus acciones en la carpeta personal (art. 19 b y e).

4. Qué es y dónde aparece

Es un daño de la piel y de los tejidos que están debajo, causado por la presión mantenida o por el roce, casi siempre sobre un hueso. En una persona que no se mueve puede aparecer en pocas horas.

Zonas de mayor riesgo: **sacro y coxis, talones, caderas, glúteos, codos, omóplatos, nuca y orejas**. También la piel bajo sondas, bigoterías de oxígeno, pañales o ropa apretada.

5. Valoración del riesgo

Valora el riesgo de cada residente:

- **Al ingreso**, dentro de las primeras _____ horas (recomendamos 24).
- **Periódicamente**, cada _____ (recomendamos al menos una vez al mes).
- **Cuando cambie su estado:** después de una hospitalización, con fiebre, si deja de comer, si pasa más tiempo en cama o si pierde el control de la orina o las deposiciones.

Usa una escala validada, por ejemplo la escala de Braden o la de Norton, u otra que use la residencia. Registra el puntaje y el nivel de riesgo en la carpeta personal y en el plan de cuidados, con las medidas que corresponden a ese nivel.

6. Cambios de posición

La frecuencia la indica el profesional según el riesgo. Como referencia habitual, quien no se mueve solo en la cama se cambia de posición **cada 2 horas**, también de noche.

- Alterna posiciones: de espaldas, de lado derecho y de lado izquierdo. De lado, inclínalo levemente (unos 30°) con una almohada en la espalda, sin apoyarlo directo sobre el hueso de la cadera.
- Deja los talones «flotando»: una almohada bajo las pantorrillas, no bajo los talones.
- Pon una almohada entre las rodillas y entre los tobillos para que no se toquen.
- Muévelo sin arrastrarlo: entre dos personas o con una sábana de traslado.
- Evita la cabecera elevada más de 30° por muchas horas, salvo indicación (por ejemplo, durante y después de comer).
- Si pasa tiempo sentado, ayúdalo a cambiar el apoyo con más frecuencia, según indicación. Si puede, enséñale a inclinarse o moverse cada cierto rato.
- Registra cada cambio en la tabla del final o en el registro que use la residencia.

7. Cuidado de la piel

- Mantén la piel limpia y seca. Cambia el pañal apenas esté mojado o sucio.
- Lava con agua tibia y jabón neutro, y seca con toques suaves, sin frotar, sobre todo en los pliegues.
- Hidrata la piel seca con crema, sin dejar exceso. Usa protectores de la piel solo según indicación.
- No masajees las zonas enrojecidas ni la piel sobre los huesos.
- Mantén la sábana estirada, seca y sin migas ni arrugas.
- Revisa la piel bajo sondas, bigoterías, férulas y medias.

8. Nutrición e hidratación

Una piel bien nutrida e hidratada resiste mejor la presión.

- Sigue el plan general de nutrición de la residencia (art. 12 h) y las indicaciones de cada residente.
- Ayuda a comer a quien lo necesite y anota si come menos de la mitad del plato.
- Ofrece líquidos durante todo el día, salvo restricción médica.
- Recomendamos pesar a los residentes una vez al mes y avisar a la dirección técnica si bajan de peso o comen poco.
- Los suplementos nutricionales se usan solo según indicación profesional.

9. Superficies de apoyo

- Para los residentes con riesgo, usa colchón y cojín que reparten la presión (antiescaras), según la evaluación del profesional.
- Revisa en cada turno que el colchón de aire esté inflado, enchufado y sin alarmas. Pon solo una sábana encima: varias capas le quitan efecto.
- No uses rodetes ni flotadores con forma de dona: concentran la presión alrededor de la zona.
- Una superficie de apoyo **no reemplaza** los cambios de posición.

Los residentes con dependencia funcional severa deben contar con catre clínico o similar, con sistema de llamado individual (Decreto 20, art. 10 letra j).

10. Inspección diaria de la piel

Revisa la piel de cada residente con riesgo al menos una vez al día, aprovechando el aseo, y en cada cambio de posición. Busca:

- Enrojecimiento que **no se aclara** al presionarlo suavemente con un dedo.
- Una zona más caliente, más fría, dura o hinchada que la piel de alrededor. En pieles morenas el enrojecimiento se nota menos: fíjate en estos cambios.
- Ampollas, piel rota, heridas o costras.

- Dolor o molestia cuando lo apoyas sobre esa zona.

11. Si aparece una lesión

1. Retira de inmediato la presión de esa zona: no lo apoyes sobre ella.
2. Avisa al TENS y a la dirección técnica en el mismo turno.
3. La dirección técnica coordina la evaluación del profesional de salud, que indica el plan de curación. No apliques cremas, polvos ni otros productos sin indicación.
4. Registra en la carpeta personal la fecha, la zona, el tamaño aproximado y el aspecto. Una foto ayuda a seguir la evolución, solo si la residencia lo tiene autorizado y con el consentimiento del residente o su representante. La foto es un dato de salud, que es un dato sensible: guárdala solo en la carpeta personal, de acceso restringido, y nunca en celulares personales (arts. 29 e y 30; Ley 21.719).
5. Avisa a la familia o al representante (art. 12 n).
6. Vuelve a valorar el riesgo, refuerza las medidas de prevención y regístralo en el Registro de eventos adversos y notificación interna (MACA-CLI-05).

Si la lesión tiene mal olor o secreción, crece rápido o el residente tiene fiebre, avisa de inmediato: puede estar infectada.

12. Registro de cambios de posición por turno

RESIDENTE

HABITACIÓN

FECHA

TURNO

Posición: E = de espaldas · LD = lado derecho · LI = lado izquierdo · S = sentado. **Piel:** B = sin cambios · R = enrojecida o con lesión (avisar).

Hora	Posición	Piel	Pañal o aseo	Observaciones	Iniciales

Aprobación y control de cambios

	Nombre y cargo	Firma	Fecha
Elaborado por			
Revisado por			
Aprobado por (dirección técnica)			