GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD
FIRMA DIGITAL
Firmado digitalmente por CEDANO GUADIAMOS Manuel Alipio FAU 20440374248 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.01.2026 11:51:10 -05:00

Moche, 19 de Enero del 2026

# RESOLUCION DIRECTORAL N° 000038-2026-GRLL-GGR-GRS-IREN

**VISTO:**

El Informe Nº 000638-2025-GRLL-GGR-GRS-IREN NORTE-DIRCCANC de fecha 07 de Octubre de 2025, emitido por la Directora de Control del Cáncer, quien emite opinión favorable respecto a la aprobación para la "Guía Técnica: "PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN" del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza", y;

**CONSIDERANDO*:***

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y la salud pública es responsabilidad primaria del Estado;

Que, la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, y su respectivo Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 027-2015- SA, que tiene como objeto reglamentar la referida Ley, precisando el alcance de los derechos de acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como el acceso a la información y consentimiento informado;

Que, el artículo 57 del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, dispone que para desarrollar sus actividades los establecimientos de salud con internamiento deben contar con los documentos técnicos normativos y guías de práctica clínica;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30.05.06, se aprobó el documento técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, en cuyo componente de la garantía y mejora enfatiza que la evaluación de la tecnología sanitaria se constituye en uno de sus principales ejes temáticos del sistema;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", que tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud del Perú;

Que, el Reglamento de organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional N° 009-2018-GRLL/CR, establece en su artículo 25° precisando en otras como una de las funciones de la Dirección de Control del Cáncer ***m)*** *Asesorar en la formulación de normas, protocolos y guías técnicas, en coordinación con los Departamentos Clínicos y Quirúrgicos*;

Que, bajo ese contexto mediante Informe N° 0000638-2025-GRLL-GGR-GRSS-IREN-DIRCCANC la Directora (e) de la Dirección de Control del Cáncer eleva a este despacho la opinión favorable

V°B°
Firmado digitalmente por ROSADO GARCIA Sonia Janet FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.01.2026 09:18:56 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por BARDALES MALO Yesenia Ivonne FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.01.2026 07:51:38 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por PAREDES REYES Carlos Leonardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.01.2026 07:42:46 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional La Libertad, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.regionlalibertad.gob.pe:8181/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **GILKDDD**

del Responsable de Normatividad, respecto a la aprobación de la GUIA TECNICA: “PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN”;

En ejercicio a las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783 -Ley de Bases de la Descentralización, Ley 27867-Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; Decreto Legislativo Nº 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 005-90-PCM; Ordenanza Regional Nº 009-2018-GR-LL/CR, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Luis Pinillos Ganoza”- IREN Norte, Resolución Ejecutiva Regional Nº 717-2025-GRLL/GOB; y con las visaciones correspondientes;

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO: APROBAR** la GUÍA TÉCNICA: “PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN” del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Luis Pinillos Ganoza”, la misma que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTICULO SEGUNDO**.-. **ENCARGAR** la publicación de la presente Resolución en el portal Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte “Dr. Luis Pinillos Ganoza” – IREN Norte**.**

**ARTICULO TERCERO.- NOTIFICAR,** la presente Resolución Directoral en el modo y forma de ley.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE**

Documento firmado digitalmente por
MANUEL ALIPIO CEDANO GUADIAMOS
IREN - DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO REGIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - IREN - NORTE
GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional La Libertad, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.regionlalibertad.gob.pe:8181/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **GILKDDD**

# INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS "DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

## DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

# GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

**TRUJILLO-PERU**

**2025**

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:26:42 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:33:41 -05:00

Director General
M.C. Hugo Valencia Mariñas

Director Ejecutivo de la Dirección De Control del Cáncer
M.C. Valeria Aguilar Vásquez

Jefe del Departamento de Enfermería

Lic. Enf. Carmen Jannett Valverde Meza

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:26:59 -05:00

**Elaborado por:**

- Departamento de Enfermería
  - Lic. Enf. Carmen Jannett Valverde Meza
  - Lic. Enf. Mónica Elba Salinas Montoya de Chávez

**Revisado y validado por:**

- Unidad Funcional de Normatividad
  - M.C. Eduardo Torres Armas
  - Lic. Enf. Cinthia Yglesias Peláez

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:34:00 -05:00

## ÍNDICE

TÍTULO ..... 4

I. FINALIDAD ..... 4

II. OBJETIVOS ..... 4

III. AMBITO DE APLICACIÓN ..... 4

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO ..... 4

V. CONSIDERACIONES GENERALES ..... 4

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS ..... 7

VII. RECOMENDACIONES ..... 25

VIII. ANEXOS ..... 25

IX. BIBLIOGRAFÍA ..... 46

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:27:08 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:34:11 -05:00

# GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

## I. FINALIDAD

Estandarizar las acciones de intervención en el equipo interdisciplinario de salud en la valoración y manejo de las lesiones por presión del paciente oncológico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

## II. OBJETIVOS

2.1. Disminuir la tasa de incidencia y prevalencia de las lesiones por presión.

2.2. Estandarizar la práctica profesional en los criterios técnicos y de procedimientos aplicados para la prevención, curación y recuperación de las úlceras por presión (UPP).

## III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación para el personal de salud: médico, enfermera, técnico de enfermería y nutricionista del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Luis Pinillos Ganoza” - IREN Norte, que participan en el cuidado del paciente oncológico en riesgo o con diagnóstico de úlceras por presión, en las áreas asistenciales de hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I), emergencia, tópico y la Unidad Funcional de Nutrición y Dietética.

## IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO

Guía Técnica: Protocolo de prevención y manejo de las úlceras por presión.

## V. CONSIDERACIONES GENERALES

### DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. **Angiogénesis:** Formación de vasos sanguíneos a partir de vasos pre existentes.
2. **Autolisis:** Proceso biológico por el cual una célula se autodestruye.
3. **Apósito hidrocelular:** Apósito secundario hidrofílico, con estructura trilaminar compuesto por una capa adhesiva en contacto con la herida, otra central suave y altamente absorbente y una externa que actúa de barrera bacteriana semipermeable.
4. **Apósito hidrocoloide:** Apósito primario hidrofílico compuesto por carboximetilcelulosa sódica, gelatina y pectina, que activan procesos biológicos, (autolisis, angiogénesis, fibrinólisis).
5. **Biofilm bacteriano:** Comunidades de microorganismos que crecen protegidos o embebidos en una matriz de exopolisacáridos y adheridos a una superficie o un tejido vivo que dificultan la cicatrización de heridas.
6. **Cambios posturales:** Variación en la posición del paciente en cama, para evitar las complicaciones de la falta de movilidad.
7. **Cicatrización:** Proceso dinámico mediado por proteínas solubles y células encargadas de la proliferación celular para el restablecimiento del tejido lesionado.
8. **Cizallamiento:** Fricción entre una superficie dura y la piel, debida a una fuerza o presión deslizante aplicada en planos paralelos, lo que ocasiona una lesión en la dermis.
9. **DAI:** Dermatitis asociada a incontinencia.
10. **Dermis:** Capa interna de la piel formada por tejido conjuntivo.

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:27:16 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:34:25 -05:00

11. **Desbridamiento:** Técnica de retiro de forma selectiva del tejido desvitalizado.
12. **Epidermis:** Capa más superficial de la piel que recubre la dermis.
13. **Escala de Braden:** Escala que evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión.
14. **Escala de Push:** Instrumento que evalúa el proceso de cicatrización de las lesiones por presión y los resultados de su intervención.
15. **Esfacelo:** Tejido (desvitalizado) blando, húmedo, no vascularizado; puede ser de color blanco amarillo, tostado o verde y puede estar desprendido o firmemente adherido.
16. **Exploración física:** Examen físico que se practica a todo individuo, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad.
17. **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
18. **Hipodermis:** Capa más gruesa y profunda de la piel.
19. **Incidencia:** Número de casos nuevos de un evento de salud que se producen durante un periodo específico, en una población dada.
20. **Infección:** Invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican.
21. **Lesiones por presión (LPP):** Área en las que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado.
22. **Nutrición:** Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.
23. **Presión:** Fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.
24. **Superficie especial para el manejo de la presión:** Cualquier superficie sobre la que puede apoyarse un individuo que abarque todo el cuerpo o una parte del mismo, la cual presente propiedades de reducción o alivio de la presión.
25. **Tejido de granulación:** Tejido normal que se produce en las primeras semanas de la cicatrización, rico en fibroblastos, vasos capilares y colágeno.
26. **Tejido epitelial:** Tejido que tapiza y protege las superficies internas o externos de los organismos o estructuras derivadas de las superficies embrionarias.
27. **Tejido necrótico:** Muerte local del tejido, material seco, negro, correoso que resulta de la destrucción de las células y los vasos sanguíneos.
28. **Terapia de presión negativa:** Método avanzado de cuidado de heridas, que utiliza presión negativa para el cierre de múltiples lesiones en diferentes zonas del cuerpo, favorece el cierre de las heridas por diferentes mecanismos, entre ellos: la remoción de líquido intersticial, disminución de la carga bacteriana, y estimulación de la angiogénesis y mitosis.
29. **Valoración de enfermería:** Recopilación de información sobre el estado de salud de la persona.

**REQUERIMIENTOS BÁSICOS: RECURSOS HUMANOS:**

- Médico
- Licenciada(o) en Enfermería
- Técnico(a) en Enfermería
- Nutricionista.

- **RECURSOS MATERIALES**
  - Equipamiento médico:
    - Cama o Camilla.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:27:25 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:34:38 -05:00

- Coche de curación implementado.
- Colchón antiescaras de presión alternante (colchón neumático).
- Colchón de poliuretano.
- Equipo de terapia de presión negativa.

- Materiales básicos:
  - Ácidos grasos hiperoxigenados.
  - Agua estéril 1000 cc.
  - Aguja hipodérmica N° 18.
  - Apósito de alginato de calcio 10x10 cm.
  - Apósito con plata iónica 10x10 cm.
  - Apósito de poliuretano. Todas las medidas.
  - Apósito hidrocelulares para talón.
  - Apósito hidrocelulares tipo sacro.
  - Apósito hidrocoloide (grueso) 10x10 cm.
  - Campo estéril de tela no tejida descartable (60x90 cm).
  - Canister de 800 ml para presión negativa.
  - Cloruro de sodio al 0,9% de 100 cc., 250 cc., y 1000 cc.
  - Desbridante autolítico 25 mg ó 45 mg.
  - Equipo de terapia de presión negativa.
  - Gasas estériles (10x10 cm / paquete de 05 unidades).
  - Hisopo con medio de transporte tipo stuart.
  - Jeringa descartable de 20 ml.
  - Kit de poliuretano para presión negativa.
  - Polixeamida 0,1% + undecilenamidopropil betaína 0,1%.
  - Protector cutáneo en spray de 28 ml.
  - Regla milimétrica.
  - Riñonera o recipientes de acero quirúrgico.
  - Set quirúrgico para curación de lesiones por presión (LPP): pinza de disección adson sin diente, tijera mayo recta 14,5 cm. y pinza crille 14 cm.
  - Contenedor rígido de color negro, rojo y amarillo de eliminación de residuos biológicos.

- Equipo de protección personal:

  - Guantes de nitrilo de examen talla: S, M o L.
  - Guante quirúrgico estéril.
  - Mascarillas simples.
  - Respirador N-95.
  - Mandilón descartable no estéril.
  - Gorro descartable.
  - Lentes de protección ocular.

- Formatos de Registros de Enfermería:
  - Ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.
  - Registros de enfermería: Notas de Enfermería y Kardex.
  - Hoja de educación al familiar o cuidador primario del paciente en condiciones de alta.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:27:36 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:34:48 -05:00

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. Intervención de Enfermería (Ver anexo N° 01)

#### 6.1.1. Valoración inicial de lesiones por presión y riesgo a desarrollar nuevas lesiones:

**La Enfermera(o) Especialista realizará las siguientes intervenciones:**

a) Verificar la identificación del paciente, de acuerdo a historia clínica y brazalete de identificación. (Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para La Gestión del Riesgo en la Atención de Salud - RM N° 163-2020-MINSA)
b) Revisar la historia clínica, para obtener información sobre diagnóstico primario, secundario y/o antecedentes como: problemas vasculares, evaluación psicosocial, riesgo nutricional, perfil bioquímico, perfil hematológico, entre otros que retrasen el proceso de cicatrización.
c) Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.
d) Colocarse el equipo de protección personal descartable (gorro, mascarilla, mandil y guante estéril o no estéril).
e) Saludar al paciente, con gesto amable para dar seguridad.
f) Informar verbalmente al paciente y/o cuidador primario el objetivo de la entrevista y la exploración física.
g) Realizar entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos.
h) Solicitar al paciente o familiar o cuidador primario autorización para el monitoreo fotográfico de la lesión por presión; luego proporcionar formato de consentimiento informado para la respectiva firma **(Ver anexo N° 02).**
i) Iniciar exploración física céfalo-caudal en el paciente.
j) Aplicar la escala de BRADEN durante la exploración física, para valorar la posibilidad de nuevas lesiones y observar si hay cambios significativos en el estado de salud del paciente **(Ver anexo N° 03).**
k) Valorar en el paciente la presencia de factores de riesgo: extrínsecos (sondas, presión, humedad, y movilización inadecuada que condicione la fricción, o cizalla) e intrínsecos (estado de salud del paciente, nivel de movilidad, estado nutricional, hidratación y edad).
l) Clasificar la lesión por presión aplicando: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) **(Ver anexo N° 04).**
m) Tomar fotografías a la lesión por presión desde su valoración en la exploración céfalo-caudal hasta el fin del proceso de cicatrización o alta.
n) Aplicar y registrar la escala de Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) para documentar el proceso de cicatrización de las lesiones por presión **(Ver anexo N° 05).**
**o)** Evaluar signos y síntomas de infección empleando el método NERDS **(Ver anexo N° 06).**
p) Evaluar y registrar en la hoja de valoración, la presencia de factores de riesgo como incontinencia fecal o urinaria, que contribuyan a la aparición de lesiones por presión, retrase la cicatrización o favorezcan la infección.
**q)** Valora las características del dolor, empleando la Escala Visual Análoga (EVA) durante la exploración inicial, antes, después de cada curación y después de procedimientos prolongados. En referencia al

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:27:47 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:00 -05:00

dolor evaluar sus características: localización, frecuencia, duración e intensidad **(Ver anexo N° 07).**

r) Evaluar la necesidad de Superficies Especiales para Mejorar la Presión (S.E.M.P.) en el paciente como: taloneras, colchones neumáticos, colchones de poliuretano y otros e implantarlas según necesidad.

s) Evaluar el riesgo de malnutrición empleando la Escala Canadian Nutrition Screening Tool **(Ver anexo N° 08).**

t) Indicar y supervisar al técnico/a en enfermería la ejecución de medidas preventivas indicadas en el reloj postural **(Ver anexo N° 09).**

u) Informar al médico responsable del paciente, resultados como: lesiones dérmicas existentes, desnutrición visible y otros; obtenidos en la valoración inicial de la lesión por presión.

v) Coordinar con los profesionales de Nutrición, la evaluación inicial del paciente, después de haber identificado la lesión para que puedan aplicar sus respectivas fichas de valoración.

w) Registrar la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por **presión (Ver anexo N° 11) (Ver anexo N° 12).**

x) Registrar en las notas de enfermería los resultados obtenidos de la valoración inicial de la lesión por presión.

y) Educar al paciente, familia y/o cuidador primario en los siguientes aspectos de lesiones por presión: valoración de factores de riesgo, medidas preventivas y manejo; para sostener el proceso de prevención y curación **(Ver anexo N° 13).**

### 6.1.2. Manejo de la Lesión por Presión:

La Enfermera(o) asistencial, utilizará el concepto TIME (T= Control del tejido no viable; I= Control de la inflamación y de la infección; M= Control del exudado; E= Estimulación de los bordes epiteliales) basado en el manejo de la cura húmeda, para preparar el lecho de herida.

**a) Manejo de la lesión por presión realizado por la Enfermera(o) Especialista:**

Según la valoración inicial el manejo de estas lesiones se da en tres categorías.

**CATEGORÍA I**

- Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos OMS.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar sobre la piel una gota de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y distribuir suave y homogénea sobre toda la superficie en riesgo.
- Aplicar protector cutáneo alrededor de la piel lesionada.
- Colocar apósito hidrocelular en la lesión (Sí amerita, según criterio de la enfermera tratante).
- Verificar el sellado completo de los apósitos de protección.
- Rotular en el apósito, los siguientes criterios:
    a) Categoría de la lesión.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:28:03 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:36:13 -05:00

b) Dimensiones de la lesión.
c) Fecha de curación.

Ejemplo: I° - 8cm. x 12cm — curación 18/03/19.

- Proteger los talones del paciente que no moviliza los miembros inferiores con taloneras.
- Retirar los guantes no estériles y realizar lavado de manos.
- Registrar en las notas de enfermería de la historia clínica.
- Registra la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.

**CATEGORÍA II:**

- Revisar en la historia clínica o en el sistema (SISINEN), para obtener información sobre: Ratio Internacional Normalizado (INR), valores hematológicos (hemoglobina, leucocitos, plaquetas, etc.), tratamientos oncológicos actuales (quimioterapia, radioterapia, etc.), antecedentes de problemas irrigación vascular.
- Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.
- Se realiza colocación de guantes estériles.
- Iniciar la curación por la lesión menos contaminada, cuando el paciente presente varias lesiones; evaluar la existencia de maceración de la piel perilesional.
- Limpiar la lesión haciendo uso de la irrigación, generando presión efectiva con jeringa de 20 ml y aguja hipodérmica N° 18; se podrá utilizar solución salina, agua estéril o polihexamida al 0,1% + betaína al 0,1%, con la finalidad de favorecer el arrastre de tejido desvitalizado y microorganismos.
- Dejar gasa embebida con solución de polihexamida al 0.1% por 5 a 10 minutos, luego irrigar profusamente el lecho de herida con cloruro de sodio o agua estéril, evitando lacerar aún más la piel lesionada.
- Evitar el uso de antisépticos de manera rutinaria, ya que son citotóxicos para el tejido sano.
- Secar la piel perilesional y dejar húmedo el lecho de la herida con el fin de evitar traumatismos por fricción en esa zona.
- Aplicar sobre la lesión desbridante autolítico en cantidad suficiente de tal forma que cubra la lesión, estimulando la autolisis y la angiogénesis a través de la humedad que favorecen la cicatrización.
- Aplicar protector cutáneo alrededor de la piel perilesional, a fin de proteger la piel de productos irritantes, maceración, laceración u otra afección de la piel.
- Colocar apósito hidrocelular en caso de exudado moderado o hidrocoloide grueso en caso de exudado bajo, asegurándose de cubrir de 2 a 3 cm de los bordes de la lesión por presión; la frecuencia del cambio de apósito estará determinada por la cantidad del exudado.
- Verificar el sellado completo de los apósitos de protección.
- Rotular en el apósito los siguientes criterios:
  Categoría de la lesión.
  Dimensiones de la lesión.
  Fecha de curación o fecha de cambio de apósito. Ejemplo: II° - 5cm. x 4cm - curación 23/03/19.
- Retirar los guantes estériles y realizar lavado de manos.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:28:12 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:36:25 -05:00

- Registrar en las notas de enfermería de la historia clínica.
- Registra la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.

**CATEGORÍA III Y IV:**

- Revisar en la historia clínica o en el sistema (SISINEN), para obtener información sobre: Ratio Internacional Normalizado (INR), valores hematológicos (hemoglobina, leucocitos, plaquetas, etc.), tratamientos oncológicos actuales (quimioterapia, radioterapia, etc.), antecedentes de problemas de irrigación vascular necesarios para la toma de decisión de desbridamiento. Desestimar el desbridamiento cuando el paciente presente INR alterado, conteo igual o menor de 50,000 plaquetas x ml de sangre, cuando presente úlceras varicosas y pacientes terminales.
- Valorar la posibilidad de utilizar terapia de presión negativa cuando el lecho de herida se encuentre libre de infección y el apósito se encuentre con excesiva extravasación de exudado que requiera un cambio de apósito antes de las 48 horas o la piel perilesional se encuentre macerada.
- Valorar si existe o no infección de la lesión por presión según método de NERDS.
- Valorar áreas anatómicas de especial atención: cara, manos, dedos, genitales, mamas, mucosas, tendones expuestos y cápsulas articulares, por que precisan de un especial cuidado.
- Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.
- Se realiza colocación de guantes estériles.
- Iniciar la curación por la lesión menos contaminada, cuando el paciente presente varias lesiones; evaluar la existencia de maceración de la piel perilesional.
- Limpiar la lesión haciendo uso de la irrigación, generando presión efectiva con jeringa de 20 ml y aguja hipodérmica N° 21; se podrá utilizar solución salina, agua estéril o polihexamida al 0,1% + betaína al 0,1%, con la finalidad de favorecer el arrastre de tejido desvitalizado y microorganismos.
- Dejar gasa embebida con solución de polihexamida al 0.1% por 5 a 10 minutos, luego irrigar profusamente el lecho de herida con cloruro de sodio o agua destilada, evitando lacerar aún más la piel lesionada.
- Evitar el uso de antisépticos de manera rutinaria, ya que son citotóxicos para el tejido sano.
- Secar la piel perilesional y dejar húmedo el lecho de la herida con el fin de evitar traumatismos por fricción en esa zona.
- Retirar el tejido desvitalizado generado por el desbridamiento autolítico, a través de la irrigación y lavado de lecho de la herida.
- Aplicar sobre la lesión desbridante autolítico en cantidad suficiente de tal forma que cubra la lesión, estimulando la autolisis y la angiogénesis a través de la humedad, favoreciendo la cicatrización.
- Colocar apósito de alginato de plata en zonas infectadas con exudado moderado a alto y retirarlo después de 72 horas. Luego utilizar apósitos de alginato de calcio, según valoración.
- Aplicar protector cutáneo alrededor de la piel perilesional, a fin de proteger la piel de productos irritantes, maceración, laceración u otra afección de la piel.

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:28:20 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:36:35 -05:00

- Colocar apósito hidrocelular, asegurándose de cubrir de 2 a 3 cm de los bordes de la lesión por presión; la frecuencia del cambio de apósito estará determinada por la cantidad del exudado.
- Verificar el sellado completo de los apósitos de protección.
- Rotular sobre el apósito los siguientes criterios: Categoría de la lesión.
  Dimensión de la lesión.
  Fecha de curación o fecha de cambio de apósito.
  Ejemplo: IV° - 10cm. x 12cm - curación 11/03/19.
- Retirar los guantes estériles y lavarse las manos.
- Registrar en las notas de enfermería de la historia clínica.
- Registra la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.
- Solicitar al médico tratante la necesidad de evaluación de la lesión, por la posibilidad de desbridamiento quirúrgico, teniendo en cuenta la extensión de la lesión, riesgo de sangrado y cantidad de tejido necrótico.

**b) Cuidado de la lesión por presión en pacientes terminales por la Enfermera/o Especialista:**

El objetivo es proporcionar cuidados paliativos para mantener calidad de vida a través del confort; siguiendo la intervención siguiente:

- Controlar el dolor de la lesión.
- Mantener las heridas limpias y protegidas para evitar infecciones.
- Evitar técnicas agresivas.
- Proporcionar apoyo y orientación a cuidadores primarios y familiares, evitando que se generen sentimientos de culpa por la aparición de lesiones.
- Mejorar el bienestar del paciente, controlando el olor de las lesiones.
- Evaluar la ejecución de los cambios posturales en los horarios establecidos.

**c) Toma de cultivo de herida por hisopado:**

Este procedimiento se realiza a pacientes con lesiones por presión crónica (mayor a 30 días), en los que después de habérseles realizado cura convencional, la herida se encuentra con abundante exudado o signos de infección. La Enfermera Especialista, desarrolla la intervención siguiente:

- Comunicar al médico tratante, la existencia de una posible infección en la lesión por presión.
- Recepcionar del médico, la orden de toma de cultivo.
- Enviar la orden de toma de cultivo a microbiología para la obtención del medio de transporte tipo STUART.
- Obtener muestra de cultivo mediante hisopado:
  - ✓ Limpie la lesión con solución salina fisiológica, liberándola de exudado purulento o tejido fibrinoso.
  - ✓ Utilice hisopo estéril. Gire el hisopo sobre sus dedos realizando movimientos rotatorios de izquierda a derecha y de derecha a izquierda.
  - ✓ Recorra con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente (agujas de reloj), abarcando diez puntos distintos en los bordes de la herida.
  - ✓ Coloque el hisopo en un tubo con medio de transporte STUART.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:28:29 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:36:44 -05:00

- ✓ Rotule el tubo con nombre completo del paciente, número de historia clínica, zona de toma de muestra y fecha
- ✓ Envíe inmediatamente la muestra a laboratorio de microbiología.

d) **Cuidado de Enfermería en el alta del paciente con lesión por presión:**

AI finalizar el proceso de hospitalización cuando el paciente es dado de alta la Enfermera/o Especialista, desarrolla la intervención siguiente:

- Brinda sesión educativa al paciente, familiar o cuidador primario, sobre la valoración y manejo de la lesión por presión, necesario para el autocuidado en el domicilio.
- Aplica formato de educación al familiar e informa que debe ser firmado por la enfermera responsable del paciente y por el familiar, dando fe de la educación brindada **(Ver anexo N°13).**

Nota: **Anexo N° 14** será utilizado por el equipo correspondiente del Departamento de Enfermería.

### 6.1.3. Intervención del equipo interprofesional.

En la valoración inicial se coordina con los profesionales de Nutrición, para la evaluación del paciente, después de haber identificado la lesión o cuando se presenten deterioros que afecten la lesión por presión.

**La Nutricionista**, realizará las siguientes actividades:

- Realizar la intervención nutricional en el paciente oncológico con LPP, inmediatamente después de ser notificado.
- Realizar entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos y aplicar la ficha de evaluación y diagnóstico nutricional del paciente oncológico con lesiones por presión **(Ver anexo N° 15).**
- Determinar el tratamiento nutrioterapeútico y dietoterapeútico del paciente con LPP; según diagnóstico obtenido.
- Realizar seguimiento al paciente oncológico con LPP, durante su hospitalización.
- Coordinar con la Unidad de Soporte Metabólico Nutricional Oncológico para brindar complemento nutricional (fórmula especializada o fórmulas modulares)
- Realizar el seguimiento nutricional del paciente con LPP al alta hospitalaria a través del consultorio especializado para pacientes con alto riego nutricional.

## 7.2. Cuidado de Enfermería Según Grado de Dependencia

Las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, según la Resolución N° 261-23- CN/CEP definen:

**Grado de Dependencia:**

Consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo.

Los grados de dependencia que se vienen aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

**A. Grado de Dependencia I o Asistencia Mínima:**

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:28:38 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:36:57 -05:00

Se refiere a la persona que puede valerse por sí misma, competente, con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, preoperatorio, convaleciente, deambula, requiere de autocuidado universal con asistencia de enfermería orientada a la educación en salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión del personal de enfermería.

**B. Grado de Dependencia II o Asistencia Parcial:**

Se refiere a la persona que puede valerse por sí misma, pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere de ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de las funciones vitales, en pre y post operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral máximo cada seis horas, uso de equipos de rehabilitación y confort.

**C. Grado de Dependencia III o Asistencia Intermedia:**

Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico, inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener usos de aparatos especiales de soporte de vida.

**D. Grado de Dependencia IV o Asistencia Intensiva:**

Persona críticamente enferma, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demandante de cuidados de Enfermería por personal altamente calificado que requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.

**E. Grado de dependencia V o Asistencia Especializada:**

Personas sometidas a trasplantes de órganos como: Corazón, hígado, riñón, médula ósea o pulmón que requieren cuidados muy especializados, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.

## 7.3. Proceso de Atención de Enfermería

Tabla N°02: Plan de Cuidados de enfermería en valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente oncológico.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:28:47 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:37:11 -05:00

| Diagnóstico de Enfermería | Indicador NOC | Intervención NIC | Complicaciones | Grado de Dependencia | Logro del NOC Diana — Escala de Likert |
|---|---|---|---|---|---|
| Dominio 11: Seguridad/ Protección.<br><br>Clase 02: Lesión física.<br><br>Riesgo de lesión por presión 00249) R/A postración, nmovilidad. | Detección del Riesgo: 1908 | **Prevención de lesión por presión (3540).**<br>✓ Utilizar la escala de BRADEN en la valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.<br>✓ Eliminar la humedad excesiva de la piel causadas por la traspiración, drenajes e incontinencia.<br>✓ Controlar la movilidad y la actividad del paciente.<br>✓ Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas.<br>✓ Mantener al paciente en una posición semifowler no mayor de 30º.<br>✓ Vigilar las fuentes de presión, fricción y cizallamiento.<br>✓ Realizar cambios posturales cada 2 horas según reloj preventivo de lesiones por presión.<br><br>**Educación para la salud (5510).**<br>✓ Educar al paciente, familia y/o cuidador primario en valoración y manejo de riesgos.<br>✓ Identificar al cuidador primario para su respectiva educación.<br>✓ Identificar y aplicar factores de protección internos y externos que disminuyan el riesgo de presenter lesiones por presión. | Lesiones por presión. | III - IV | Mantener a 3: Menor riesgo<br>Aumentar a 1: Mayor riesgo |

| | N 1 | R 2 | A 3 | F 4 | S 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Reconoce signos y síntomas que indican riesgo. | | X | | | |
| Identifica los posibles riesgos para la salud. | | | | X | |
| Realiza auto examen en los intervalos recomendados | | X | | | |

| | N 1 | R 2 | A 3 | F 4 | S 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Reconoce signos y síntomas que indican riesgo. | | | X | | |
| Identifica los posibles riesgos para la salud. | | | | X | |
| Realiza autoexamen en los | | | | | |

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:29:00 -05:00

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:37:24 -05:00

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades | | x | | | | | intervalos recomendados | | | | x | |
| | | | | | | | | Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades | | | | | x |

Puntaje
N: Nunca demostrado
R: Raramente demostrado
A: A veces demostrado
F: Frecuentemente demostrado
S: Siempre demostrado

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:29:09 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:40:39 -05:00

<table>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Indicador NOC</th><th>Intervención NIC</th><th>Complicaciones</th><th>Grado de Dependencia</th><th>Logro del NOC<br>Diana - Escala de Likert</th></tr>
<tr>
<td>Dominio 11: Seguridad /Protección.<br><br>Clase 02: Lesión física.<br><br>Deterioro de la Integridad cutánea (00046) R/A inmovilidad física, fuentes de presión y izallamiento</td>
<td>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)
<table>
<tr><th></th><th>G 1</th><th>S 2</th><th>M 3</th><th>L 4</th><th>NC 5</th></tr>
<tr><td>Eritema</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Descamación cutánea</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Textura</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Perfusión tisular</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Integridad de la piel</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>Cuidados de las heridas (3660)<br><br>✓ Evaluar el grado de neutropenia, INR, conteo de plaquetas, antecedentes de problemas irrigación vascular.<br>✓ Retirar los apósitos y/o gasas que cubren la lesión, levantando una esquina del apósito paralelamente a la piel.<br>✓ Toma fotográfica de la lesión por presión en cada curación.<br>✓ Valorar la categoría de la lesión por presión.<br>✓ Aplicar la escala de Push.<br>✓ Valorar la posibilidad de utilizar terapia de presión negativa.<br>✓ Limpiar con solución, salina, agua destilada o polihexamida al 0,1% + betaína al 0,1%, Aplicar hidrogel con plata lónica 55ppm en cantidad suficiente.<br>✓ Utilizar alginato de calcio en zonas con o sin infección</td>
<td>Infecciones.<br>Osteomielitis<br>Celulitis</td>
<td>II - III - IV</td>
<td>Mantener a: 5 Menor riesgo<br>Aumentar a: 1 Mayor riesgo
<table>
<tr><th></th><th>G 1</th><th>S 2</th><th>M 3</th><th>L 4</th><th>NC 5</th></tr>
<tr><td>Eritema</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Descamación cutánea</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Textura</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Perfusión tisular</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:29:25 -05:00

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:40:55 -05:00

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | con exudado moderado a alto.<br>✓ Colocar hidrocelular (exudado moderado) o Hidrocoloide grueso (exudado bajos)<br>✓ Aplicar protector cutáneo alrededor de la piel perilesional.<br>✓ Registrar las características de la herida y categoría de la lesión por presión sobre el apósito.<br>✓ Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.<br>✓ Coordinar con Nutrición su evaluación dentro de las 48 horas posterior a la identificación de la lesión.<br>✓ Verificar la ingesta de la dieta asignada por el Nutricionista.<br>✓ Educar al paciente, familia y cuidador primario sobre el manejo de la lesión. | | | Integridad de la piel | | | | | x |

**Punk**
G: Gravemente comprometido
S: Severamente comprometido
M: Moderadamente comprometido
L: Levemente comprometido
NC: No comprometido.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:29:36 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:41:14 -05:00

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ✓ Aplicar protector cutáneo alrededor de la piel perilesional.<br>✓ Registrar las características de la herida y categoría de la lesión por presión sobre el apósito.<br>✓ Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.<br>✓ Coordinar con Nutrición su evaluación dentro de las 48 horas posterior a la identificación de la lesión.<br>✓ Verificar la ingesta de la dieta asignada por el Nutricionista.<br>✓ Educar al paciente, familia y cuidador primario sobre el manejo de la lesión. | | | |

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:29:45 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:41:28 -05:00

| Diagnóstico de Enfermería | Indicador NOC | Intervención NIC | Complicaciones | Grado de Dependencia | Logro del NOC Diana - Escala de Likert |
|---|---|---|---|---|---|
| Dominio 12: Confort.<br><br>Clase 01: Confort físico<br><br>Dolor agudo (00132) R//C agente mecánico E/P escala de EVA. | Nivel del dolor (2102) | **Manejo del dolor (1400).**<br>✓ Valorar el dolor con la escala de EVA.<br>✓ Valorar características del dolor: localización, frecuencia, factores desencadenantes, intensidad.<br>✓ Observar signos no verbales del dolor.<br>✓ Utilizar comunicación no verbal para reconocer el dolor en pacientes con limitaciones de comunicación verbal.<br><br>**Manejo de la medicación (2380).**<br>✓ Coordinar con médico tratante la evaluación e indicación de analgésicos.<br>✓ Administrar fármacos de analgesia prescrita en horario y vía establecida.<br>✓ Evaluar la respuesta al tratamiento farmacológico.<br>✓ Monitorizar el número de rescates de analgésicos recibidos por día.<br>✓ Observar signos y síntomas de toxicidad de la medicación.<br>✓ Explicar al paciente y/o cuidador primario la acción y los efectos secundarios de la medicación.<br>✓ Ejecutar acciones preventivas frente a los efectos secundarios de | Hipertensión.<br><br>Agitación Psicomotriz.<br><br>Dolor crónico. | III - IV | Mantener a: 5 Menor riesgo<br>Aumentar a: 1 Mayor riesgo |

| | N 1 | R 2 | A 3 | F 4 | S 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dolor referido | X | | | | |
| Duración de los episodios | | x | | | |
| Expresiones faciales de dolor | X | | | | |
| Agitación | | | | | |
| Irritabilidad. | x | | | | |

| | N 1 | R 2 | A 3 | F 4 | S 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dolor referido | | | | | |
| Duración de los episodios | | | X | | |
| Expresiones faciales de dolor | | | X | | |
| Agitación | | | | X | |
| Irritabilidad | | | | X | |

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:29:58 -05:00

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:42:41 -05:00

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | la analgesia. | | | Puntaje:<br>N: Nunca demostrado<br>R: Raramente demostrado<br>A: A veces demostrado<br>F: Frecuentemente demostrado<br>S: Siempre demostrado |

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:30:11 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:42:56 -05:00

<table>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Indicador NOC</th><th>Intervención NIC</th><th>Complicaciones</th><th>Grado de Dependencia</th><th>Logro del NOC Diana - Escala de Likert</th></tr>
<tr>
<td>Dominio 2: Nutrición.<br><br>Clase 01: Ingestión.<br><br>Desequilibrio nutricional: Necesidad de incrementar aportes calóricos proteicos (00002) R/C presencia de lesión por presión E/P perdida de integridad cutánea.</td>
<td>Estado Nutricional (1004)
<table>
<tr><th></th><th>G 1</th><th>S 2</th><th>M 3</th><th>L 4</th><th>SD 5</th></tr>
<tr><td>Ingesta de nutrientes</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Ingesta de alimentos</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Ingesta de líquidos</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Energía</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Relación peso/talla</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Hidratación</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>Manejo de la nutrición (1100)<br>✓ Coordinar con el profesional de Nutrición, la evaluación al paciente y las intervenciones a ejecutarse.<br>✓ Instruir al paciente y/o cuidador sobre las necesidades nutricionales.<br>✓ Coordinar con el profesional de Nutrición, el cumplimiento de la dieta indicada, así como la verificación de la adecuada ingesta de proteínas, hierro, vitamina C, etc.<br>✓ Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comidas.<br>✓ Animar al paciente y al cuidador primario a que el aporte de líquidos sea el adecuado.</td>
<td>Desnutrición crónica.<br><br>Retraso en la cicatrización.</td>
<td>III - IV</td>
<td>Mantener a: 5 Menor riesgo<br>Aumentar a: 1 Mayor riesgo
<table>
<tr><th></th><th>G 1</th><th>S 2</th><th>M 3</th><th>L 4</th><th>SD 5</th></tr>
<tr><td>Ingesta de nutrientes</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Ingesta de alimentos</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>Ingesta de líquidos</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>Energía</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Relación peso/talla</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Hidratación</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
</table>
<u>Puntaje:</u><br>G: Grave del rango normal.<br>S: Sustancial del rango normal.<br>M: Moderada del rango normal<br>L: Leve del rango normal.<br>SD: Sin desviación del rango normal.</td>
</tr>
</table>

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:30:25 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:43:12 -05:00

<table>
<tr><th>Diagnóstico de Enfermería</th><th>Indicador NOC</th><th>Intervención NIC</th><th>Complicaciones</th><th>Grado de Dependenci</th><th>Logro del NOC Diana — Escala de Likert</th></tr>
<tr>
<td>Dominio 5: Percepción/ cognición.<br><br>Clase 04: Cognición. Conocimientos deficientes<br><br>(00126): Prevención de lesiones por presión R/C Conocimiento insuficiente de los recursos.</td>
<td>Conocimientos Terapéuticos: prevención (1814)
<table>
<tr><th></th><th>N 1</th><th>CE 2</th><th>CM 3</th><th>C S 4</th><th>C E 5</th></tr>
<tr><td>Cambio postural</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Dieta adecuada</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Uso correcto del equipa_ miento</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Precaucio_ nes en las actividades</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>Cuidados de las Heridas (3660).<br>✓ Informar al paciente y/o cuidador sobre el procedimiento preventivo terapéutico.<br>✓ Explicar el propósito y el procedimiento terapéutico necesario para evitar la aparición de éstas lesiones por presión.<br>✓ Aconsejar el uso de distintos dispositivos de apoyo, como almohadas, colchones, cojines viscoelásticos para reducir la aparición de las úlceras.<br>✓ Hacer partícipes del procedimiento a los familiares y/o cuidadores.<br>✓ Educación para la salud (5510). Determinar el conocimiento actual, del paciente y/o cuidador.<br>✓ Formular los objetivos de la educación.<br>✓ Demostrar procedimientos de prevención y manejo de lesiones por presión en presencia del cuidador primario.<br>✓ Identificar los recursos materiales.</td>
<td>Aparición de nuevas lesiones por presión.</td>
<td>II - III - IV</td>
<td>Mantener a: 5 Menor riesgo Aumentar a: 1 Mayor riesgo
<table>
<tr><th></th><th>N 1</th><th>CE 2</th><th>CM 3</th><th>CS 4</th><th>C E 5</th></tr>
<tr><td>Cambio postural</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Dieta adecuada</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Uso correcto del equipa_ miento</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td>Precaucio_ es en las actividades</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:30:36 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:43:27 -05:00

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ✓ Utilizar el método de retroalimentación (Feed back) con el paciente y cuidador primario. | | | Puntaje:<br>N: Ningún conocimiento.<br>CE: Conocimiento Escaso<br>CM: Conocimiento Moderado<br>CS: Conocimiento sustancial<br>CE: Conocimiento extenso |

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:31:03 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:43:42 -05:00

### 7.4. Indicadores:

| PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN | |
|---|---|
| **PREVALENCIA** | |
| **Concepto** | Sirve para establecer el porcentaje de pacientes antiguos y nuevos que presentan lesiones por presión en un periodo de tiempo determinado. |
| **Objetivo** | Cuantificar el porcentaje de pacientes que presentan lesiones por presión en un determinado momento. |
| Relación Operacional | N° Total de pacientes con Lesiones por Presión<br>- -- -------- -- - --- --- - - -- - ---------- 100<br>N° total de pacientes hospitalizados |
| Fuente de Datos | Numerador: Fichas de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.<br>Denominador: Registro de ingreso de pacientes al servicio de hospitalización. |
| **Periodicidad** | Mensual. |
| **Interpretación** | El resultado indica el porcentaje de pacientes que presentan lesiones por presión. |
| Estándar Propuesto | Menor a 1% |
| **INCIDENCIA** | |
| **Concepto** | Sirve para establecer el porcentaje de pacientes nuevos que desarrollan lesiones por presión en un periodo de tiempo determinado. |
| **Objetivo** | Cuantificar la proporción de pacientes nuevos que presentan lesiones por presión en un determinado momento. |
| **Relación Operacional** | N° Total de pacientes nuevos con lesiones por presión que han desarrollado al menos una lesión durante el periódo de hospitalización<br>--------- x 100<br>N° total de pacientes hospitalizados |
| Fuente de Datos | Numerador: Fichas de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.<br>Denominador: Registro de ingreso de pacientes en el servicio de atención al paciente — hospitalización, según reporte de supervisión. |
| **Periodicidad** | Mensual. |
| **Interpretación** | El resultado indica el porcentaje de pacientes hospitalizados nuevos que presentan lesiones por presión. |
| Estándar Propuesto | Menor a 1% |

*Fuente: Adrover R. Maria, (2018). Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Islas Baleares 2018. Disponible en. https://es.slideshare.net/lopezcasanova/guia-ulceras-por-presion-baleares.*

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:31:37 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:47:27 -05:00

## VII. RECOMENDACIONES

- Valorar siempre las zonas de presión.
- Valoración minuciosa al ingreso del paciente oncológico.
- Registrar las lesiones por presión mediante fichas y fotografías.
- Valorar nutrición e hidratación del paciente.
- Educación continua al equipo de salud.
- Valorar comorbilidades y medicación que aumenta el riesgo de desarrollar UPP.

## VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Flujograma Descripción de Actividades.
- Anexo N° 02: Formato de Consentimiento Informado.
- Anexo N° 03: Escala de BRADEN.
- Anexo N° 04: Clasificación NPUAP-EPUAP.
- Anexo N° 05: Escala de PUSH.
- Anexo N° 06: Método NERDS
- Anexo N° 07: Escalas de Valoración del Dolor.
- Anexo N° 08: Escala Canadian Nutrition Screening Tool.
- Anexo N° 09: Reloj Postural.
- Anexo N°10: Formato de movilización del paciente personal responsable y/o encargado.
- Anexo N°11: Ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesiones por presión
- Anexo N°12: Formato de control y monitoreo de lesiones por presión.
- Anexo N°13: Formato de educación al familiar o cuidador primario de pacientes Oncológicos con lesiones por presión en condiciones de alta.
- Anexo N°14: Lista de verificación del cumplimiento de la Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Manejo de las Úlceras por Presión.
- Anexo N°15: Ficha de Evaluación y Diagnóstico Nutricional del Paciente Oncológico con Lesión por Presión.

V°B°

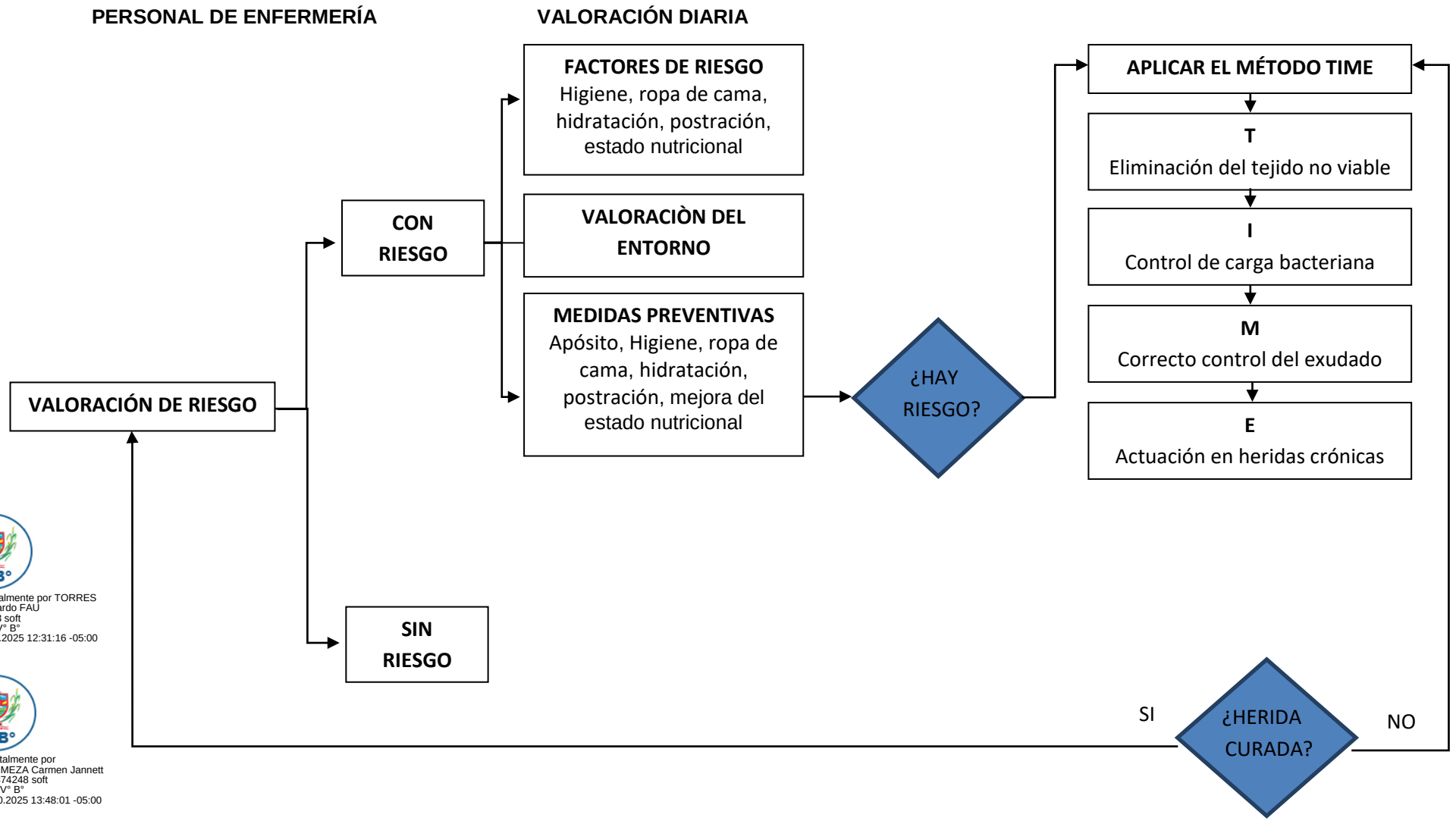
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:31:56 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:47:42 -05:00

**Anexo N° 01:** Flujograma Descripción de Actividades

## PREVENCIÒN Y CUIDADO DE LAS LESIONES POR PRESIÒN




V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:31:16 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:48:01 -05:00

**Anexo N° 02:** Formato de Consentimiento Informado.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Establecimiento de Salud:_____

Señor (a):_____

Buenos días (tardes o noches); usted viene a este establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud. Estas actividades se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes, con fines de seguimiento, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera para su atención.

Si posteriormente decidiera no continuar con el consentimiento, hable con su médico tratante para REVOCAR O DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted mismo brindó anteriormente. Cualquier fuera su decisión, ésta no afectara su calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ De_____ Del 20_____ Hora: _____

Yo_____con DNI N°_____

Historia Clínica N°_____declaro haber sido informado (a) de las actividades que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 19 del Decreto Supremo 013-2006-SA; SI ( ) NO ( ) doy mi consentimiento para que participen durante mi atención. Si se requiere de la toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de seguimiento, no seré identificado(a):

SI considero Toma fotográfica ( )

NO considero Toma fotográfica ( )

Firma o huella digital del paciente o representante legal

DNI: _____.

Firma y sello del profesional de la salud que informa y toma el consentimiento.

**REVOCATORIA Y DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

**Fecha:**_____ **De**_____ **Del 20**_____

Firma o huella digital del paciente o representante legal.

Firma y sello del profesional de la salud que informa y toma el consentimiento.

*Fuente: NT. N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la* Gestión *de Historia clínica.*

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:32:18 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:48:16 -05:00

**Anexo N° 03:** Escala de BRADEN.

## ESCALA DE BRADEN.

**Clasificación de Riesgo:**

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
  Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o Igual de 75 años.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PERCEPCIÓN SENSORIAL** | Completamente Limitada (1) | Muy Limitada (2). | Ligeramente Limitada (3) | Sin Limitaciones (4) |
| **EXPOSICOIÓN A LA HUMEDAD** | Constante Humedad (1) | A menudo Humedad (2) | Ocasionalmente Humedad (3) | Raramente Humedad (4) |
| **ACTIVIDAD** | Encamado(a) (1) | En silla (2) | Deambula Ocasionalmente (3) | Deambula Frecuentemente (4) |
| **MOVILIDAD** | Completamente Inmóvil (1) | Muy Limitada (2) | Ligeramente Limitada (3) | Sin Limitaciones (4) |
| **NUTRICIÓN** | Muy Pobre (1) | Probablemente Inadecuada (2) | Adecuada (3) | Excelente (4) |
| **ROCE Y PELIGRO DE LESIONE** | Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia | Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. | | No Existe problema aparente (3) |

*Clasificación de Riesgo:*

- *Alto Riesgo: Puntuación Total 12*
- *Riesgo Moderado: Puntuaciòn Total 13-14*
- *Riesgo Bajo: Puntuaciòn Total 15*16 si es menor de 75 años*
  *Puntuaciòn Total*

*Fuente. García Álvarez Y. (2012). Manual CTO. Oposiciones de Enfermería. Manejo de heridas. Cuidados generales.* Valoración *integral del riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Escalas de valoración. Cuidados de úlceras por presión, heridas crónicas y quemaduras. CTO editorial. Disponible en: http.//www.ctoenferrneria.cam/ALUMNO_ElR12/PDF/2012/MATERIALES/OPM/manual/Tema_52_OPE_MADRID_12%20WEB.*

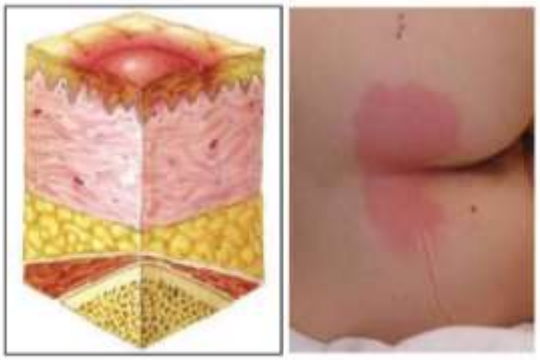
V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:32:28 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:48:34 -05:00

**Anexo N° 04**: Clasificación NPUAP-EPUAP.

**Categoría I: Eritema no blanqueable**

Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores.
El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar la existencia de riesgo (signo de alerta de riesgo).



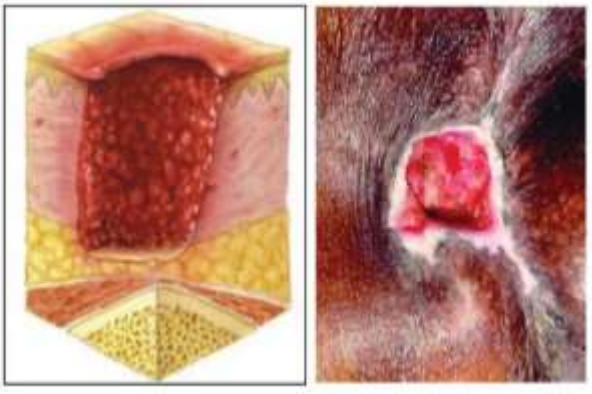
**Categoría II: úlcera de espesor parcial**

La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena intacta o como una flictena abierta/rota llena de suero.
Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas*. Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.
*El hematoma sugiere lesión de tejidos profundos.



**Categoría III: pérdida total del grosor de la piel**

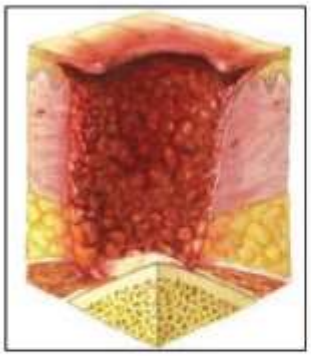
Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.
La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio III varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de Categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.



V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:32:37 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:42:22 -05:00

**Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos**





Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo. Los esfacelos o escaras pueden estar presentes en varias partes del lecho de la herida. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.
La profundidad de la úlcera por presión de Categoría/estadio IV varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo y las úlceras de Categoría/estadio IV pueden ser poco profundas. Las úlceras de Categoría/estadio IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis o osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

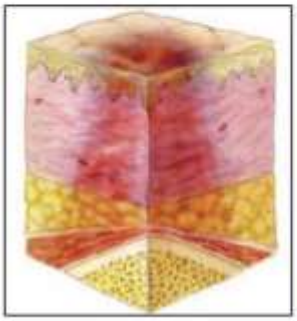
**No estadiable: Profundidad desconocida**





Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida.
Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.

**Sospecha de lesión tejidos profundos – profundidad desconocida**





Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes.
La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.

*Fuente. Adrover R. /*Uaria*, (2018). Prevención y tratamiento de las ulceras por presión. Islas Baleares* 20f8. *Disponible en. https://es.slideshare.neł:/lopezcasanova/guia-ulceras-por-presion-baleares.*

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:32:47 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:42:09 -05:00

**Anexo N° 05**: Escala de PUSH

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Longitud x anchura | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Subtotal: |
| | 0 $cm^2$ | <0,3 $cm^2$ | 0,3-0,6 $cm^2$ | 0,7-1 $cm^2$ | 1,1-2 $cm^2$ | 2,1-3 $cm^2$ | |
| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| | 3,1-4 $cm^2$ | 4,1-8 $cm^2$ | 8,1-12 $cm^2$ | 12,1-24 $cm^2$ | >24 $cm^2$ | | |
| Cantidad de exudado | 0 | 1 | 2 | 3 | | | Subtotal: |
| | Ninguno | Ligero | Moderado | Abundante | | | |
| Tipo de tejido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | Subtotal: |
| | Cerrado | Tejido epitelial | Tejido de granulación | Esfacelos | Tejido necrótico | | |
| | | | | | | | Total: |

*Fuente. Santos Vera L. (2007). Confiabilidad Inter-Observadores del Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) en Pacientes con Ulceras Crónicas en la Pierna. Revista Latinoamericana en Enfermería. Disponible en.* http://www.scielo.br/pdf/rlaeW15n3/es_vJ5n3a05.pdf

- Longitud por anchura: Medir la longitud mayor por la anchura mayor utilizando una regla de centímetros. Multiplicar las dos medidas para obtener la superficie aproximada en centímetros cuadrados, utilizar el mismo sistema en heridas complicadas.

- Cantidad de exudado: Estimar la cantidad de exudado (drenaje) después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la lesión por presión.

- Tipo de tejido: Se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la lesión. Valorar como: (4) Si hay algún tipo de tejido necrótico, (3) Si hay algún tipo de esfacelo presente y no hay tejido necrótico, (2) Si la herida está limpia y contiene tejido de granulación, (1) herida superficial que se está revitalizando y (0) cuando la herida está cerrada.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:32:57 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:41:56 -05:00

**Anexo N° 06:** Método NERDS

| | |
|---|---|
| **N:** No Cicatrizable | Se refiere a las heridas que no han cicatrizado a pesar de habérseles aplicado las intervenciones más indicadas. |
| **E:** Exudado | El aumento del exudado en una lesión por presión es indicativo de un desequilibrio bacteriano (cuando no se ha aplicado un proceso de desbridamiento autolítico), que a su vez puede provocar maceración perilesional. |
| **R:** Enrojecida y sangrante | Si la superficie de la herida tiene aspecto rojizo y parece sangrar y aparece tejido de granulación, es indicativo de desequilibrio bacteriano. |
| **D:** Desechos | El tejido necrótico de color amarillo o negro y la presencia de desechos o impurezas en la superficie de la herida estimulan la infección ya que sirven de alimento a las bacterias. |
| **S: Olor (smell; en inglés)** | El olor desagradable que desprende una lesión por presión suele responder a un desequilibrio bacteriano, a la inflamación de los tejidos y a la generación de materia procedente de necrosis de los tejidos. Las distintas bacterias producen distintos olores, por ejemplo, las pseudomonas producen un aroma dulce, mientras que las anaerobias tienen un olor putrefacto. |

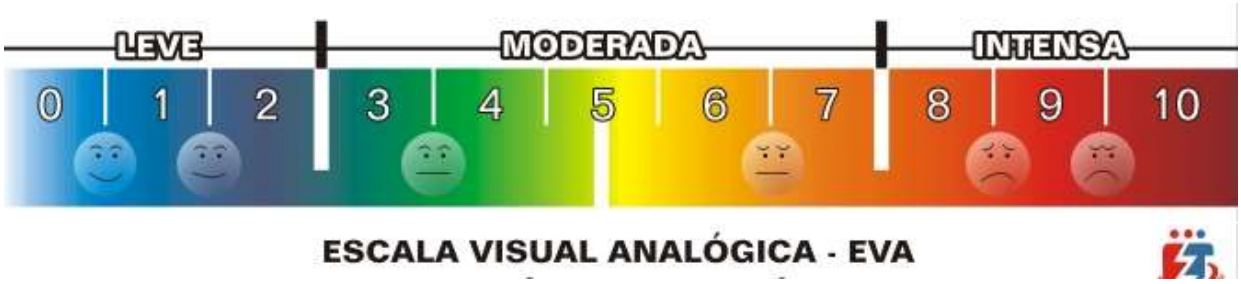
*Fuente: Registered* /Nurses *Association of Ontario (RNAO).* Guías *de buenas prácticas: Valoración y manejo de* las *lesiones por presión para equipos interprofesionales. Canadá 20* f6.

Este método ha sido validado para la valoración de la carga bacteriana de las heridas. La persona debe cumplir con al menos tres de estos criterios para que se considere administrar un tratamiento para infecciones superficiales.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:33:07 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:41:43 -05:00

**Anexo N° 07:** Escala de Valoración del Dolor.




*Fuente: M. S. Serrano-Atero (2002) Valoración del dolor. Sociedad Española del dolor. Madrid* 2002. *Disponible en:* http.//revis/a.sedo/or.es/pdf/20O2_02_05.pdf

Es un instrumento que mide la intensidad del dolor del paciente por medio de la observación para cuantificar la intensidad del dolor de un paciente. La escala es de 0 a10.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:33:28 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:40:20 -05:00

**Anexo N° 08:** Escala Canadian Nutrition Screening Tool.

| RIESGO NUTRICIONAL | | |
|---|---|---|
| **Canadian Nutrition Screening** Tool | | |
| Haga las **siguientes** preguntas al paciente * | SI | NO |
| ¿Ha perdido peso en los últimos 6 meses sin buscar perderlo?<br>*Si el paciente informa una pérdida de peso pero la recuperó, considérelo como SIN pérdida de peso.* | | |
| ¿Ha estado comiendo menos de lo habitual por más de una semana? | | |
| Si un paciente no está en riesgo, repita la prueba dentro de una semana. Solo considere el cambio de peso en la última semana. | | |

*Fuente: Canadian Nutrition Society. (2014) Canadian Nutrition Screening Tool. Disponible en. http.//nutritioncareincanada.ca/sites/default:/uploads/files/CNST.pdf*

Dos respuestas “SI" indican riesgo nutricional.

*Si el paciente no puede responder las preguntas, se puede usar un informante informado para obtener la información. Si el paciente no está seguro de la pérdida de peso, pregunte si la ropa le ajusta ahora más libremente.

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:33:38 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:40:07 -05:00

**Anexo N° 09:** Reloj Postural.




*Fuente: López Casanova, P. Martínez Riera JR, del Pino Casado R. Ulcera por presión: una guía para la prevención en atención domiciliaria En: Manual práctico de enfermería Editorial ELSEVIER 2013*

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:33:49 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:39:54 -05:00

## Anexo N° 10:

## FORMATO DE MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

| FECHA | HORA | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| FECHA | HORA | NOMBRE | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Fuente: Departamento de Enfermería – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico – 2019.*

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:34:00 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:39:41 -05:00

**Anexo N° 11:** Ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesiones por presión

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DATOS GENERALES** | | | | | |
| **Nombre y Apellidos:** | | | | | **Fech. Nac.:** |
| **Sexo: M ( ) F ( )** | **Edad:** | **HCL:** | **Nº cama:** | | **Serv:** |
| **Dirección:** | | | | | **Teléfono:** |
| **Tipo de Seguro:** | **Hospitalaria ( )** | **Asegurado ( )** | **SIS ( )** | | |
| **Dx: Oncológico:**<br>**Dx Sec:** | | | | | |
| **Antecedentes:** | | | | | |
| **Alergias:** | | | | | |
| **Dispositivos: VP ( ) CVC ( ) CP ( ) PICC ( ) SNG ( ) SF ( ) TOT ( ) TQT ( ) Colostóma ( ) Urostóma ( ) Ileostóma ( ) Dren Pleural ( ) Blake ( ) Hemosuck ( ) Otros ( )** | | | | | |
| **E. Glasgow: __Ptos** | **Orientado: Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( )** | | | | |
| **Grado de Dependencia: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )** | | | **Prótesis: Si ( ) No ( )**<br>**Especificar:_____** | | |
| • **Cabeza y Cuello:** | **Normal ( ) Lesiones ( ) Otros ( )** | | | | |
| • **Ojos:** | **Normal ( ) Lesiones ( ) Otros ( )** | | | | |
| • **Boca:** | **Normal ( ) Lesiones ( ) Otros ( )** | | | | |
| • **Piel:** | **Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( )** | | | | |
| • **Tórax:** | **Simétrico( ) Asimétrico ( ) Lesiones ( )** | | | | |
| • **Abdomen:** | **Normal ( ) Distendido ( ) Ascítico ( )** | | | | |
| • **Genito Urinario:** | **Normal ( ) Secreciones ( ) Lesiones ( )** | | | | |
| • **M. Superiores:** | **Normal ( ) Edema ( ) Lesiones ( )** | | | | |
| • **M. Inferiores:** | **Normal ( ) Edema ( ) Lesiones ( )** | | | | |
| **Fecha:** | | | | | |
| **Escala BRADEN:** | | | | | |
| **PROTECCIÓN** | • **AGHO*:** | | | | |
| | • **Hidrocelular:** | | | | |
| | • **Hidrocoloide:** | | | | |
| ***S.E.M.P.** | • **Taloneras:** | | | | |
| | • **Colchón neumático:** | | | | |
| | • **Colchón Poliuretano** | | | | |
| **Incontinencia fecal / urinaria** | | | | | |
| **Dolor (EVA)** | | | | | |
| **Nutrición (VO, NPO, NET, NPT)** | | | | | |
| **CAMBIO POSTURAL** | **D.L.D. (Decúbito Lateral Derecho)** | **M** | | | |
| | | **T** | | | |
| | | **N** | | | |
| | **SUPINO** | **M** | | | |
| | | **T** | | | |
| | | **N** | | | |
| | **D.L.I. (Decúbito lateral Izquierdo)** | **M** | | | |
| | | **T** | | | |
| | | **N** | | | |
| **Educación Realizada: Si ( ) No ( )** | | | | | |

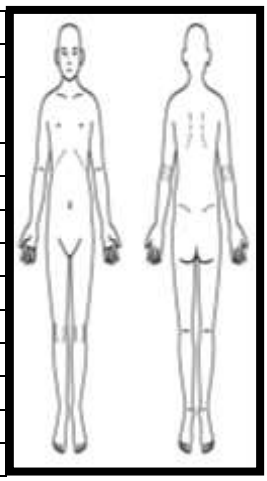
**SEMP: Superficies Especiales para mejorar la Presión**
**AGHO: Ácidos Graso Hiperoxigenados**

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:34:33 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:39:27 -05:00

| EXAMEN DE LABORATORIO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE EXAMEN** | **Fecha** | **Fecha** | **Fecha** | **Fecha** | **Fecha** |
| | | | | | |
| **Hemoglobina** | | | | | |
| **Leucocitos** | | | | | |
| **Plaquetas** | | | | | |
| **Segmentados** | | | | | |
| **Linfocitos** | | | | | |
| **Glucosa** | | | | | |
| **Albúmina** | | | | | |
| **INR** | | | | | |

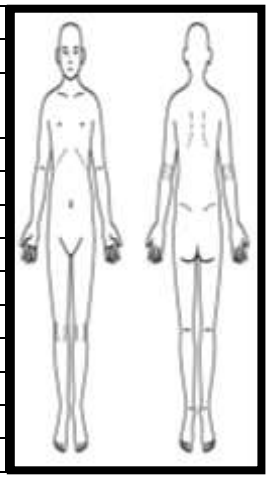
| EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Herida Nº 1** | | | | |
| **Localización** | **Occipital ( ) Omóplato ( ) Sacro ( )**<br>**Trocánter ( ) Talón ( ) Otros ( )** | | | |
| **Condición** | **Evitable ( ) Inevitable ( )** | | | |
| **Procedencia** | **Intrahospitalaria ( ) Extrahospitalaria ( )** | | | |
| **Fecha** | | | | |
| **Grado** | | | | |
| **Dolor** | | | | |
| **Signos de infección** | | | | |
| **Tipo de tejido** | | | | |
| **Longitud por ancho** | | | | |
| **Exudado** | | | | |
| **PUSH** | | | | |



V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:34:48 -05:00

| EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Herida Nº 1** | | | | |
| **Localización** | **Occipital ( ) Omóplato ( ) Sacro ( )**<br>**Trocánter ( ) Talón ( ) Otros ( )** | | | |
| **Condición** | **Evitable ( ) Inevitable ( )** | | | |
| **Procedencia** | **Intrahospitalaria ( ) Extrahospitalaria ( )** | | | |
| **Fecha** | | | | |
| **Grado** | | | | |
| **Dolor** | | | | |
| **Signos de infección** | | | | |
| **Tipo de tejido** | | | | |
| **Longitud por ancho** | | | | |
| **Exudado** | | | | |
| **PUSH** | | | | |



V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:39:12 -05:00

| **NOTAS DE ENFERMERÌA** | |
|---|---|
| **S:** | |
| **O:** | |
| **A:** | |
| **P:** | |
| **I:** | |
| **E:** | |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Fecha:** _____

**Enfermera(o):** _____

_____

**FIRMA Y SELLO**

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:35:00 -05:00

*Fuente: Departamento de Enfermería – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2018*

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:37:56 -05:00

**Anexo N° 12:** Formato de control y monitoreo de lesiones por presión.

Nombre del paciente: _____ N° de HCL: _____

Ubicación de la LPP: _____

| PUNTAJE | GRÁFICO DE CURACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | |
| **FECHA** | | | | | | | | | | |

*Fuente: Santos Vera L (2007) Confiabilidad Inter-Observadores del Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) en Pacientes con Ulceras* Crónicas *en Pierna. Revista Latinoamericana en Enfermería. Disponible en.'* http./7www.scie/o.br/pdf/rlaeW f5n3/es_v15n3a05.pdf

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:35:10 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:37:44 -05:00

**Anexo N° 13:** Formato de educación al familiar o cuidador primario de pacientes Oncológicos con lesiones por presión en condiciones de alta.

Según la escala de riesgo BRADEN, tiene una puntuación de _____que lo clasifica con

| | | | |
|---|---|---|---|
| PACIENTE: | | | |
| Servicio: | | | Fecha: |
| Cama: | | Edad: | HCL: |
| Diagnóstico oncológico: | | | |
| Localización de LPP: | | Grado de LPP al ingreso: | |
| | | | |
| | | Grado de LPP al alta: | |
| | | | |
| FAMILIAR O ACOMPAÑANTE | | | |
| | NOMBRE: | FECHA: | FIRMA: |
| 1ra. Educación: | | | |
| 2da. Educación: | | | |

*Fuente. Departamento de Enfermería — Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas — 2018.*

Riesgo _____de sufrir una LPP y por lo tanto requiere cuidados especiales, además de las siguientes indicaciones:

1. Mantener movilización activa o pasiva, cada 2 horas
2. Utilizar a diario ácidos hiperoxigenados para la prevención de lesiones.
3. Tras el baño es importante secar bien los pliegues.
4. Tomar dieta rica en fibras y en proteínas.
5. Si es necesario usar colchón antiescaras.
6. Si tiene incontinencia, evitar que este húmedo o en contacto con heces.
7. Evitar fricciones en la cama por deslizamiento.
8. No utilizar flotadores tipo rosco para evitar la presión.

Por tal razón, Yo,_____con DNI_____-certifico que recibí educación por parte de la Enfermera en temas de prevención, valoración y manejo de lesiones por presión y me comprometo expresamente a cumplir con las indicaciones especiales mencionadas arriba.

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:35:20 -05:00

Firma del familiar y/o cuidador

Firma de Enfermero(a) profesional

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:37:36 -05:00

## Anexo N° 14: Lista de verificación del cumplimiento de la Guía Técnica: Protocolo de Prevención y Manejo de las Úlceras por Presión

**Departamento:** **Servicio/Área:**

**Jefe de Departamento o Servicio:**
**Fecha:**
**Evaluador:**

| N° | CRITERIOS A EVALUAR | N° EVALUACION 1 | N | D | % |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALORACIÓN INICIAL DE LESIONES POR PRESIÓN Y RIESGO DE DESARROLLAR NUEVAS LESIONES** | | | | | |
| 1 | Verifica la identificación del paciente, de acuerdo a historia clínica y brazalete de identificación. | | 0 | 1 | |
| 2 | Revisa historia clínica para obtener información. | | 0 | 1 | |
| 3 | Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS. | | 0 | 1 | |
| 4 | Colocación de equipos de protección personal (gorro, mascarilla descartable, mandil y guante descartable no estéril). | | 0 | 1 | |
| 5 | Informa verbalmente al paciente y/o cuidador primario el objetivo de la entrevista y ta exploración física. | | 0 | 1 | |
| 6 | Realiza entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos. | | 0 | 1 | |
| 7 | Solicita firma de autorización para el monitoreo fotográfico de la lesión por presión al paciente o familiar o cuidador primario en el formato de consentimiento informado (Ver anexo N° 02). | | 0 | 1 | |
| 8 | Inicia exploración física céfalo caudal. | | 0 | 1 | |
| 9 | Aplica la escala de BRADEN durante la exploración inicial (Ver anexo N° 03). | | 0 | 1 | |
| 10 | Valora la presencia de factores de riesgo extrínsecos y factores intrínsecos. | | 0 | 1 | |
| 11 | Clasifica la lesión por presión empleando la clasificación según National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). (Ver anexo N° 04). | | 0 | 1 | |
| 12 | Toma fotografía de la lesión por presión desde su valoración en la exploración inicial hasta el fin del proceso de cicatrización o alta. | | 0 | 1 | |
| 13 | Aplica y registra la escala de Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) (Ver anexo N° 05). | | 0 | 1 | |
| 14 | Evalúa los signos y síntomas de infección empleando el método NERDS (Ver anexo N° 06). | | 0 | 1 | |
| 15 | Evalúa y registra en la hoja de valoración la presencia de factores de riesgo. | | 0 | 1 | |
| .6 | Valora las características del dolor, empleando la Escala Visual Análoga (EVA) durante la exploración inicial, antes, después de cada curación y después de procedimientos prolongados (Ver anexo N° 07). | | 0 | 1 | |

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:35:34 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:58 -05:00

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 | Evalúa la necesidad de Superficies Especiales para Mejorar la Presión (S.E.M.P.). | | 0 | 1 | |
| 18 | Evalúa el riesgo de malnutrición empleando la Escala Canadian Nutrition Screening Tool (Ver anexo N° 08). | | 0 | 1 | |
| 19 | Indica al personal Técnico (a) en Enfermería la ejecución de medidas preventivas reloj preventivo (Ver anexo N° 09) y cambios posturales (Ver anexo N° 10). | | 0 | 1 | |
| 20 | Coordina con los profesionales de Nutrición, la evaluación inicial del paciente, después de haber identificado la lesión. | | 0 | 1 | |
| 21 | Registra la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión (Ver anexo N° 11) (Ver anexo N° 12). | | 0 | 1 | |
| 22 | Registra en las notas de enfermería los resultados obtenidos de la valoración inicial de la lesión por presión. | | 0 | 1 | |
| 23 | Educa al paciente, familia y/o cuidador primario sobre: Valoración de factores de riesgo, medidas preventivas y manejo de las lesiones por presión (Ver anexo N° 13). | | 0 | 1 | |
| **MANEJO DE LESIONES** | | | | | |
| 1 | Verifica la identificación del paciente, de acuerdo a historia clínica y brazalete de identificación. | | 0 | 1 | |
| 2 | Revisa historia clínica para obtener información. | | 0 | 1 | |
| 3 | Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS. | | 0 | 1 | |
| 4 | Colocación de equipos de protección personal (gorro, mascarilla descartable, mandil y guante descartable no estéril). | | 0 | 1 | |
| 5 | Informa verbalmente al paciente y/o cuidador primario el objetivo de la entrevista y ta exploración física. | | 0 | 1 | |
| 6 | Realiza entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos. | | 0 | 1 | |
| 7 | Solicita firma de autorización para el monitoreo fotográfico de la lesión por presión al paciente o familiar o cuidador primario en el formato de consentimiento informado (Ver anexo N° 02). | | 0 | 1 | |
| 8 | Inicia exploración física céfalo caudal. | | 0 | 1 | |
| 9 | Aplica la escala de BRADEN durante la exploración inicial (Ver anexo N° 03). | | 0 | 1 | |
| 10 | Valora la presencia de factores de riesgo extrínsecos y factores intrínsecos. | | 0 | 1 | |
| 11 | Clasifica la lesión por presión empleando la clasificación según National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). (Ver anexo N° 04). | | 0 | 1 | |
| 12 | Toma fotografía de la lesión por presión desde su valoración en la exploración inicial hasta el fin del proceso de cicatrización o alta. | | 0 | 1 | |
| | Aplica y registra la escala de Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) (Ver anexo N° 05). | | 0 | 1 | |

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:35:45 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:47 -05:00

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Evalúa los signos y síntomas de infección empleando el método NERDS (Ver anexo N° 06). | | 0 | 1 | |
| 15 | Evalúa y registra en la hoja de valoración la presencia de factores de riesgo. | | 0 | 1 | |
| 16 | Valora las características del dolor, empleando la Escala Visual Análoga (EVA) durante la exploración inicial, antes, después de cada curación y después de procedimientos prolongados (Ver anexo N° 07). | | 0 | 1 | |
| 17 | Evalúa la necesidad de Superficies Especiales para Mejorar la Presión (S.E.M.P.). | | 0 | 1 | |
| 18 | Evalúa el riesgo de malnutrición empleando la Escala Canadian Nutrition Screening Tool (Ver anexo N° 08). | | 0 | 1 | |
| 19 | Indica al personal Técnico (a) en Enfermería la ejecución de medidas preventivas reloj preventivo (Ver anexo N° 09) y cambios posturales (Ver anexo N° 10). | | 0 | 1 | |
| 20 | Coordina con los profesionales de Nutrición, la evaluación inicial del paciente, después de haber identificado la lesión. | | 0 | 1 | |
| 21 | Registra la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión (Ver anexo N° 11) (Ver anexo N° 12). | | 0 | 1 | |
| 22 | Registra en las notas de enfermería los resultados obtenidos de la valoración inicial de la lesión por presión. | | 0 | 1 | |
| 23 | Educa al paciente, familia y/o cuidador primario sobre: Valoración de factores de riesgo, medidas preventivas y manejo de las lesiones por presión (Ver anexo N° 13). | | 0 | 1 | |
| | **Numerador** | 0 | cumplimiento en esta evaluación | | |
| | **Denominador** | 0 | | | |
| | **Cumplió con todos los criterios evaluables al 100%** | | | | |

**Hora de inicio:**
**Hora de Término:**
**Personal evaluado:**

**REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS**
**S** (Sí cumple); **N** (No cumple); **NA** (No aplica).
**NA** se llena cuando el criterio evaluado no corresponde al nivel de complejidad de la institución evaluada. Ejemplo: unidad de cuidados intensivos en un hospital provincial

**Escala de cumplimiento:**
**Verde** (Cumple): de 90% a más.
**Amarillo** (cumplimiento parcial): entre 50%y 89%.
**Rojo** (no cumple): menos del 50%

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:35:55 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:36 -05:00

**Anexo N° 15:** Ficha de Evaluación y Diagnostico Nutricional del Paciente Oncológico con Lesión por Presión.

| 1. EVALUACIÒN DE SIGNOS CLÍNICOS NUTRICIONALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cabello** | | | | | | |
| **Mucosas Boca/Nariz** | | | | | | |
| **Piel** | | | | | | |
| **Otros** | | | | | | |
| **2. EVALUACIÓN DE INGESTA** | | | | | | |
| **Apetito** | Bueno | Regular | Malo | **Problemas de deglución** | SI | NO |
| **Tipo de dieta** | | | | **Ingesta de líquidos (no incluye dieta)** | | |
| **Energía (Kcal)** | | | | **Proteína (g.)** | | |
| **3. EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL** | | | | | | |
| **PESO** | | **TALLA** | | **PESO SECO** | | |
| **PCT** | | **PP** | | **CB** | **IMC** | |
| **FPM** | | | | **Alt. de rodilla** | | |
| **Solo aplica para para pacientes menores de 19 años** | | | | | | |
| **4. EVALUACIÓN DE BIOQUÍMICA NUTRICIONAL** | | | | | | |
| **Prueba** | **Valor** | **Valor Ref.** | **Prueba** | **Valor** | **Valor Ref.** | **Observaciones** |
| **Hematocrito** | | | | **Hemoglobina** | | |
| **Albumina** | | | | **Creatinina** | | |
| **Proteína Total** | | | | **Glucosa** | | |
| **RTL** | | | | **VCM** | | |
| **5. DIAGNÓSTICO NUTRUCIONAL** | | | | | | |
| | | | | | | |
| **6. INDICACIÓN NUTRICIONAL** | | | | | | |
| **NUTRIOTERAPIA** | | | | | | |
| **DIETOTERAPIA** | | | | | | |
| **7. MONITOREO NUTRICIONAL** | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*Fuente: Fuente: Departamento de Enfermería – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico – 2019.* ***Adaptado por Servicio de Nutrición del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte.***

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:36:05 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:25 -05:00

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Med Ciclopedia. Clasificador Internacional de las Enfermedades, ICD-10. citado el 08/ 01/2019. Disponible en: www.iqb.es/patología/ulcera.htm
2. Sánchez V, (2001). Papel de la angiogénesis en el crecimiento tumoral. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol20_3_01/ibi10301.pdf
3. Lizarbe M, (2007). El suicidio y la muerte celular. Disponible en: Vol. 101, N°. 2, pp , 2007. Disponible en: http://www.rac.es/ficheros/doc/00553.pdf
4. Smith And Nephew (2016). Curación de heridas. Disponible en: https://www.smith-nephew.com/documents/spain/awm_catalogo_general_marzo_2016.pdf
5. Fletcher J, Moore Z, Anderson I, Matsuzaki K. (2011). Úlceras por Presión e Hidrocoloides MadeEasy. Wounds International. Volumen 2: página 01. Disponible en: http://www.woundsinternational.com/media/issues/559/files/content_10350.pdf
6. Alepuz Vidal, L(2012). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Editorial Generalitat Valencia Conselleria de sanitat. Valencia. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf
7. Hospital Universitario Reyna Sofía (2010). Manual de Protocolos y procedimientos de Enfermería: Cambio Postural. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermería/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf
8. Valencia Basto, C (2010). Cicatrización: Proceso de Reparación Tisular. Aproximaciones Terapéuticas. Volumen 12: página 88. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v12n20/v12n20a08.pdf
9. Enciclopediasalud.com (2017). Cizallamiento. Disponible en: https://www.enciclopediasalud.com/definiciones/cizallamiento
10. Beeckman D et al. (2015). Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI): Avanzado en Prevención. Resolución de las Carencias en Evidencias para Implementar las Mejores Prácticas. Wounds International. Disponible en https://es.scribd.com/document/356617266/DAI-Y-UPP
11. Gamundi Planas M. 2002. Farmacia Hospitalaria
12. GNEAUPP (2005). Desbridamiento de ulceras por presión y otras heridas crónicas [citado 03 Julio del 2018]. Disponible en: http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/desbridamiento-de-ulceras-por-presion-y-otras-heridas-cronicas.pdf
13. García Álvarez Y. (2012). Manual CTO. Oposiciones de Enfermería. Manejo de heridas. Cuidados generales. Valoración integral del riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Escalas de valoración. Cuidados de úlceras por presión, heridas crónicas y quemaduras. CTO editorial. Disponible en: http://www.ctoenfermeria.com/ALUMNO_ElR12/PDF/2012/MATERIALES/OPM/manual/Tema_52_OPE_MADRID_12%20WEB.
14. Santos Vera L. (2007). Confiabilidad Inter-Observadores del Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) en Pacientes con Ulceras Crónicas en la Pierna. Revista Latinoamericana en Enfermería. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a05.pdf
15. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas: Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. Canadá 2016.
16. Llanio Navarro R. (2003). Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Ciencias Médicas. La Habana - Cuba.
17. Eupati.eu (2016). Incidencia. Disponible en: https://www.eupati.eu/es/glossary/incidencia/ Clínica Universidad de Navarra. (2015). Infección. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/infeccion
18. Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Best Practice. Lesiones por presión - Primera parte: Prevención de las lesiones por presión. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1997_1_1_LPP_1.pdf
19. Organización Mundial de la Salud-OMS (2018). Nutrición. Disponible en: http://www.who.int/topics/nutrition/es/
20. Manuel Rodríguez P. (2011). Superficies especiales para el manejo de la presión en

V°B°
Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:36:16 -05:00

V°B°
Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:14 -05:00

prevención y tratamiento de las ulceras por presión. 1º Edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Logoño. Disponible en: http://gneaupp.info/superficies-especiales-para-el-manejo-de-la-presion/ Clínica Universidad de Navarra(2015). Tejido de granulación. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tejido-de-granulacion

21. Julio Sepulveda S. (2016). Texto Atlas Histología Biología Celular y Tisular. Edición 2016. McGraw Hill Interamericana. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1506&sectionid=98182304 Systagenix 2016. Tejido Necrótico. Disponible en: http://www.systagenix.es/news/tejido-necrtico-245
22. Cesar Jiménez J, (2007). Terapia de presión negativa: una nueva modalidad terapéutica en el manejo de heridas complejas, experiencia clínica con 87 casos y revisión de la literatura. Revista Colombiana de cirugía. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/3555/355534478004.pdf
23. Cayetano Fernźndez S. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería. Revista Escuela de Enfermería USP; 46(6): 1416. Disponible en:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/19.pdf
24. Adrover R. Maria, (2018). Prevención y tratamiento de las ulceras por presión. Islas Baleares 2018. Disponible en: https://es.slideshare.net/lopezcasanova/guia-ulceras-por-presion-baleares
25. M. S. Serrano-Atero (2002) Valoración del dolor. Sociedad Española del dolor. Madrid 2002. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
26. Canadian Nutrition Society. (2014) Canadian Nutrition Screening Tool. Disponible en: http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/CNST.pdf
27. American Psychological Association Herdman, T.H. (2012) (Ed.). NANDA Internacttional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014 Barcelona: Elsevier.
28. Portal del Colegio de Enfermeros del Perú (2008). Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. Lima, Perú. [citado 04 de setiembre 2017] Disponible en: http://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2017/03/Normas-Gesti%C3%B3n-del-cuidadoenero2015.pdf
29. Bravo, M. (2016). Guía Metodológica del PAE Taxonomías NANDA, NOC y NIC. 4ta. Edición. Grafica Jesús. Perú.
30. Bulechek G., Howard K., Dochterman J., Cheryl M., 2014. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).6ta Edición

V°B°

Firmado digitalmente por TORRES ARMAS Eduardo FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 07.10.2025 12:36:27 -05:00

V°B°

Firmado digitalmente por VALVERDE MEZA Carmen Jannett FAU 20440374248 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 06.10.2025 13:35:06 -05:00