

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS N° 182-2019-J/INEN

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 06 de MAYO de 2019

VISTOS:

El Informe N° 93-2019-DICON/INEN de fecha 12 de abril de 2019 de la Dirección de Control del Cáncer, el Memorando N°412-2019-OGPP/INEN de fecha 11 de abril de 2019 de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 044-2019-OO-OGPP/INEN de fecha 27 de marzo de 2019 de la Oficina de Organización, el Informe N° 057-2019-DNCC-DICON/INEN de fecha 22 de marzo de 2019 del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 1646-2018-DENF/INEN del 28 de diciembre de 2018 del Departamento de Enfermería y el Informe N° 412-2019-OAJ/INEN de fecha 17 de abril de 2019 de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, con fecha 11 de enero del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones – ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes órganos y unidades orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA/INEN, que aprueba el documento denominado "Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, establece que la Guía Técnica (...) es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permiten al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objeto de un proceso y al desarrollo de una buena práctica (...);

Que, mediante Informe N° 044-2019-OO-OGPP/INEN de fecha 27 de marzo de 2019 la Oficina de Organización concluye que el proyecto normativo denominado "Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN", ha sido derivado considerando las disposiciones señaladas en la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la misma que no colisiona con la normativa que regula los modelos de organización, por lo que resulta viable dicha propuesta;



Que, a través del Informe N° 057-2019-DNCC-DICON/INEN de fecha 22 de marzo de 2019, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos informa que en cumplimiento de sus funciones y en el marco de la normativa vigente, revisó el anteproyecto en mención y brindó la asistencia técnica correspondiente;



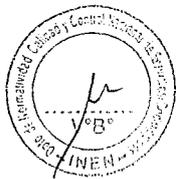
Que, con Memorando N°1646-2018-DENF/INEN del 28 de diciembre de 2018 el Departamento de Enfermería remite al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos la "Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN", para su revisión y aprobación;



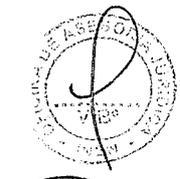
Que, el documento normativo, Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico, tiene por finalidad: estandarizar acciones de intervención en el equipo interdisciplinario de salud en la valoración y manejo de las lesiones por presión del paciente oncológico y como Objetivo: establecer el manejo de las lesiones por presión de acuerdo a la valoración y la práctica clínica de los equipos interdisciplinarios para contribuir a la mejora de la calidad de atención de los pacientes, disminuyendo la incidencia y prevalencia de las lesiones por presión;



Que, en concordancia con lo establecido en el Plan Estratégico Institucional 2019-2021 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – PEI-INEN, aprobado con Resolución Jefatural N°299-2018-J/INEN, que precisa en su Objetivo Estratégico Institucional N°03, OEI 03: Mejorar la Calidad de los servicios oncológicos para los pacientes del INEN, corresponde la aprobación de la Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico;



Contando con los vistos buenos de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Oficina de Organización, de la Dirección de Control del Cáncer, de la Dirección General de Medicina, de la Dirección General de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Departamento de Enfermería, del Departamento de Atención de Servicios al Paciente, del Departamento de Especialidades Médicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN;



En uso de las atribuciones establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA y Resolución Jefatural N° 42-2019-J/INEN;



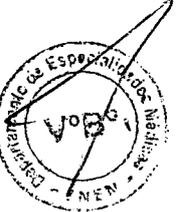
**SE RESUELVE:**



**ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR** el documento normativo denominado "Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN", que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.



**ARTÍCULO TERCERO. - ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.



**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



*[Handwritten signature]*

**DR. EDUARDO PAYET MEZA**  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



PERÚ

Sector Salud

INEN 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		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Implementación: 2019	Versión: V.01

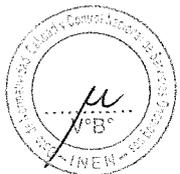
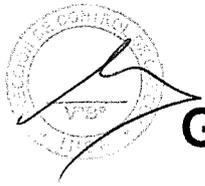
# INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

## GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Lima - Perú

2019





PERÚ

Sector  
Salud

Ministerio del Poder  
Judicial



<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

### Jefatura Institucional

Dr. Eduardo Payet Meza

### Sub Jefe Institucional

Dr. Gustavo Sarria Bardales

### Directora Ejecutiva del Departamento de Enfermería

Mg. Gregoria Vilma Díaz Ríos

### Equipo Elaborador de la Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico.

- Mg. Gregoria Vilma Díaz Ríos, Enfermera Especialista en Oncología.
- Lic. Enf. Gloria Vanesa Ramírez Palomino, Enfermera Especialista en Oncología.
- Lic. Enf. María Ibis Rivera Morales, Enfermero Especialista en Oncología.
- Lic. Enf. Alicia Elizabeth Brophy Felles, Enfermera Especialista en Oncología.



### Equipo Colaborador de la Guía Técnica: Gestión del Cuidado en Valoración y Manejo de Lesiones por Presión para Equipos Interprofesionales en el Paciente Oncológico.

- Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica.
- Equipo Funcional de Nutrición
- Equipo Funcional de Evaluación Socioeconómica y Trabajo social.



### Revisión y Aprobación:

- M.C. Odorico Iván Belzusarri Padilla, Director Ejecutivo del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.
- Mg. Carmela Barrantes Serrano, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.
- Mg. Nathaly Del Carmen Cuellar Rentería. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.
- Lic. Enf. Ana Kary Rivadeneyra Chevez, Enfermera del Departamento de Enfermería.
- Lic. EEO. Esther Palomino Arango, Enfermera del Departamento de Enfermería.





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

## GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

### I. FINALIDAD

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

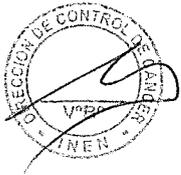
### II. OBJETIVO:

Establecer el manejo de las lesiones por presión de acuerdo a la valoración y la práctica clínica de los equipos interdisciplinarios para contribuir a la mejora de la calidad de atención de los pacientes, disminuyendo la incidencia y prevalencia de las lesiones por presión.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía técnica: Gestión del cuidado en valoración y manejo de lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente oncológico, será de aplicación para pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el cual estará conformado por el siguiente equipo multidisciplinario de profesionales: Enfermera/o Especialista, Nutricionista, Psicólogo/a, Trabajador/a Social y Médico. Los demás establecimientos del sector salud a nivel nacional pueden aplicarlas o citarlas como referencia en la elaboración de sus propias guías técnicas.

### IV. BASE LEGAL



- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o).
- Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Jefatural N° 328-2012-J/INEN, Aprueban el Manual de los Procesos Asistenciales del INEN, procedimientos incluyendo al Departamento de Enfermería.
- Resolución Jefatural N° 527-2018-J/INEN, Aprobar las modificaciones al Tarifario Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2018 V.02".
- Resolución Jefatural N° 031-2018/J/INEN, Aprobar la actualización de la "Cartera de Servicios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Categoría del Establecimiento de Salud: III-2".
- Resolución Jefatural N° 571-2018-J/INEN, Aprobar la "Guía Técnica Gestión del Cuidado de Enfermería en el Pre y Post Operatorio en Pacientes con Cáncer de Mama" Código GT.DNCC.INEN.002, Versión V.01.
- Resolución Jefatural N° 292-2018-J/INEN, Cuidados de Enfermería en la Entubación del Paciente Crítico Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.



GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Implementación: 2019	Versión: V.01

- Resolución Jefatural N° 755-2017-J/INEN, Guía Técnica para el Proceso de Gestión del Cuidado de Enfermería en pacientes sometidos a Histeroscopia.
- Resolución Jefatural N° 754-2017-J/INEN, Guía Técnica: Gestión del cuidado de enfermería en el paciente sometido a Procedimiento de Gastroscopia.
- Resolución Jefatural N° 573-2018-J/INEN, "Plan de Seguridad del Paciente Oncológico 2018" Instituto de Enfermedades Neoplasias-INEN.
- Resolución Jefatural N° 762-2018-J/INEN, Manual de Bioseguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasias.
- Resolución N° 237-08 CN/CEP Aprobar el Documento Técnico sobre Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero.
- Resolución N° 366-15 CN/CEP, "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero".

## V. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

### 5.1. Definiciones Operativas

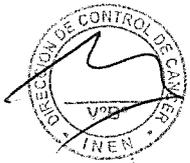
- **Angiogénesis:** Formación de vasos sanguíneos a partir de vasos pre existentes.<sup>(2)</sup>
- **Autolisis:** Proceso biológico por el cual una célula se autodestruye.<sup>(3)</sup>
- **Apósito hidrocelular:** Apósito secundario hidrofílico, con estructura trilaminar compuesto por una capa adhesiva en contacto con la herida, otra central suave y altamente absorbente y una externa que actúa de barrera bacteriana semipermeable.<sup>(4)</sup>
- **Apósito hidrocoloide:** Apósito primarios hidrofílico compuesto por carboximetilcelulosa sódica, gelatina y pectina, que activan procesos biológicos, (autolisis, angiogénesis, fibrinólisis).<sup>(5)</sup>
- **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.<sup>(6)</sup>
- **Cambios posturales:** Variación en la posición del paciente en cama, para evitar las complicaciones de la falta de movilidad.<sup>(7)</sup>
- **Cicatrización:** Proceso dinámico mediado por proteínas solubles y células encargadas de la proliferación celular para el restablecimiento del tejido lesionado.<sup>(8)</sup>
- **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.<sup>(9)</sup>
- **DAI:** Dermatitis asociada a incontinencia.<sup>(10)</sup>
- **Dermis:** Capa interna de la piel formada por tejido conjuntivo.<sup>(11)</sup>
- **Desbridamiento:** Técnica de retiro de forma selectiva del tejido desvitalizado.<sup>(12)</sup>
- **Epidermis:** Capa más superficial de la piel que recubre la dermis.<sup>(13)</sup>
- **Escala de Braden:** Escala que evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión.<sup>(14)</sup>
- **Escala de Push:** Instrumento que evalúa el proceso de cicatrización de las lesiones por presión y los resultados de su intervención.<sup>(15)</sup>
- **Esfacelo:** Tejido (desvitalizado) blando, húmedo, no vascularizado; puede ser de color blanco amarillo, tostado o verde y puede estar desprendido o firmemente adherido.<sup>(16)</sup>
- **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.<sup>(17)</sup>
- **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.<sup>(9)</sup>





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019      Versión: V.01

- **Hipodermis:** Capa más gruesa y profunda de la piel.<sup>(11)</sup>
- **Incidencia:** Número de casos nuevos de un evento de salud que se producen durante un periodo específico, en una población dada.<sup>(17)</sup>
- **Infección:** Invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican.<sup>(18)</sup>
- **Lesiones por presión (LPP):** Área en las que la piel y el tejido subyacente presentan un daño localizado.<sup>(19)</sup>
- **Nutrición:** Ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.<sup>(20)</sup>
- **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.<sup>(9)</sup>
- **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.<sup>(21)</sup>
- **Tejido de granulación:** Tejido normal que se produce en las primeras semanas de la cicatrización, rico en fibroblastos, vasos capilares y colágeno.<sup>(22)</sup>
- **Tejido epitelial:** Tejido que tapiza y protege las superficies internas o externos de los organismos o estructuras derivadas de las superficies embrionarias.<sup>(23)</sup>
- **Tejido necrótico:** Muerte local del tejido, material seco, negro, correoso que resulta de la destrucción de las células y los vasos sanguíneos.<sup>(24)</sup>
- **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.<sup>(25)</sup>
- **Valoración de enfermería:** Recopilación de información sobre el estado de salud de la persona.<sup>(26)</sup>



**5.2. Procedimiento a estandarizar:**

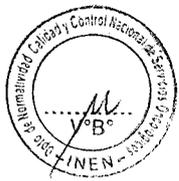
**5.2.1. Nombre:**

Guía técnica: Gestión del cuidado en valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente oncológico.

**5.2.2. Código:**

Código Internacional de Enfermedades (CIE) versión 10, aplicable a: <sup>(1)</sup>

- L98.4 : Úlcera, ulcerado(a), ulcerante, ulceración.
- L89 : Úlceras de decúbito.
- L08 : Otras infecciones locales de la piel y del tejido.





GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Implementación: 2019	Versión: V.01

## VI. RECURSOS E INSUMOS

### 6.1. Recursos humanos:

- Trabajador/a Social.
- Enfermera/o Especialista.
- Médico.
- Nutricionista.
- Psicólogo/a.
- Técnico/a en Enfermería.

### 6.2. Recursos Materiales:

#### a. Guía Técnica:

- Guía Técnica: Gestión del cuidado en valoración y manejo de lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente oncológico.

#### b. Formatos de Registros de Enfermería:

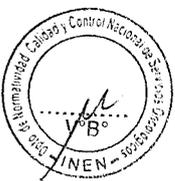
- Ficha de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.
- Registros de enfermería: Notas de Enfermería y Kardex.
- Hoja de educación al familiar o cuidador primario del paciente en condiciones de alta.

#### c. Infraestructura básica y equipamiento médico:

- Cama o Camilla.
- Coche de curación implementado.
- Colchón antiescaras de presión alternante (colchón neumático).
- Colchón de poliuretano.
- Equipo de terapia de presión negativa.
- Habitación.
- Tópico.

#### d. 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.





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: <b>GT.DNCC.INEN.001</b>
Emisor: <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>		Implementación: <b>2019</b>   Versión: <b>V.01</b>

- 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.

**e. Equipo de protección personal:**

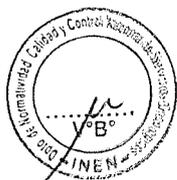
- Guantes de nitrilo de examen talla: S, M o L.
- Guante quirúrgico estéril.
- Mascarillas simples.
- Respirador N-95.
- Mandilón descartable no estéril.
- Gorro descartable.
- Lentes de protección ocular.

## VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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

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

- La Enfermera/o Especialista realizará las siguientes intervenciones:
  - Verificar la identificación del paciente, de acuerdo a historia clínica y brazalete de identificación.
  - 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.
  - Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.
  - Colocarse el equipo de protección personal descartable (gorro, mascarilla, mandil y guante estéril o no estéril).
  - Saludar al paciente, con gesto amable para dar seguridad.
  - Informar verbalmente al paciente y/o cuidador primario el objetivo de la entrevista y la exploración física.
  - Realizar entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos.
  - 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**).
  - Iniciar exploración física céfalo-caudal en el paciente.
  - 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**).



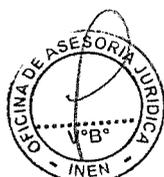


<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

- 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).
- Clasificar la lesión por presión aplicando: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)<sup>(26)</sup> **(Ver anexo N° 04).**
- Tomar fotografías a la lesión por presión desde su valoración en la exploración céfalo-caudal hasta el fin del proceso de cicatrización o alta.
- 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).**
- Evaluar signos y síntomas de infección empleando el método NERDS<sup>(14)</sup> **(Ver anexo N° 06).**
- 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.
- 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 dolor evaluar sus características: localización, frecuencia, duración e intensidad **(Ver anexo N° 07).**
- 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.
- Evaluar el riesgo de malnutrición empleando la Escala Canadian Nutrition Screening Tool<sup>(29)</sup> **(Ver anexo N° 08).**
- Indicar y supervisar al técnico/a en enfermería la ejecución de medidas preventivas indicadas en el reloj postural **(Ver anexo N° 09).**
- 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.
- Coordinar con los profesionales de Nutrición, Psicología y Servicio Social, la evaluación inicial del paciente, después de haber identificado la lesión para que puedan aplicar sus respectivas fichas de valoración.
- 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).**
- Registrar en las notas de enfermería los resultados obtenidos de la valoración inicial de la lesión por presión.
- 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).**

**7.1.2. Manejo de la Lesión por Presión:**

La Enfermera/o Especialista, utilizará el concepto TIME (T= Control del tejido no viable; I= Control de la inflamación y de la infección; M= Control del exudado; E=





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

Estimulación de los bordes epiteliales) basado en el manejo de la cura húmeda, para preparar el lecho de herida. <sup>(30)</sup>

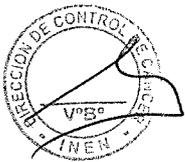
a. **Manejo de la lesión por presión realizado por la Enfermera/o Especialista:** Según la valoración inicial el manejo de estas lesiones se dan en tres categorías.

**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 (Si amerita, según criterio de la enfermera tratante).
- 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.
 Ejemplo: 1° - 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 INEN (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.



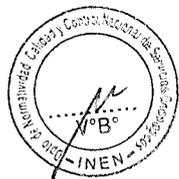


<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

- 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 autólisis 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 hidrocélular 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.
- 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 INEN (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.





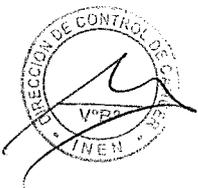
<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019      Versión: V.01

- 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 autólisis 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.
- Colocar apósito hidrocélular, 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.





<b>GUÍA TÉCNICA</b> <b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

- 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 haberseles 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.
  - ✓ 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:**

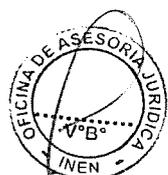
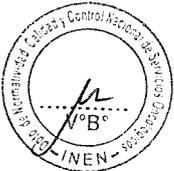
Al finalizar el proceso de hospitalización cuando el paciente es dado de alta la Enfermera/o Especialista, desarrolla la intervención siguiente:

- 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:** Los **Anexo N° 14** y **15** serán utilizados por el equipo correspondiente del Departamento de Enfermería.

**7.1.3. Intervención del equipo interprofesional.**

En la valoración inicial se coordina con los profesionales de Nutrición, Psicología y Trabajadora Social, para la evaluación del paciente, después de haber





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

identificado la lesión o cuando se presenten deterioros que afecten la lesión por presión.

**El Trabajador/a Social**, realizará las siguientes actividades:

- Intervenir en el paciente oncológico con LPP, inmediatamente después de ser notificado.
- Realizar entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos.
- Aplicar la ficha de evaluación socioeconómica al paciente oncológico con lesiones por presión (**Ver anexo N° 16**).
- Aplicar plan de actividades; según diagnóstico obtenido, al paciente oncológico con lesiones por presión.
- Realizar seguimiento al paciente oncológico con LPP, durante su hospitalización.

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

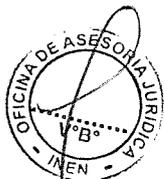
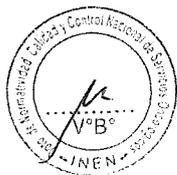
- Realizar la intervención nutricional en el paciente oncológico con LPP, acorde a la Guía Técnica Para la Intervención Nutricional del Paciente Oncológico (R.J. N° 852 / 2018- J /INEN) inmediatamente después de ser notificado.
- Realizar entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos y aplicar la ficha de evaluación y diagnóstico nutricional del paciente oncológico con lesiones por presión (**Ver anexo N° 17**).
- Determinar el tratamiento nutrioterapéutico y dietoterapéutico 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 formulas modulares)
- Realizar el seguimiento nutricional del paciente con LPP al alta hospitalaria a través del consultorio especializado para pacientes con alto riesgo nutricional (consultorio de nutrición 6° piso).

**El Psicólogo/a**, realizará las siguientes actividades:

- Identificar al paciente oncológico con LPP, inmediatamente después de ser notificado.
- Realizar entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos.
- Aplicar la ficha de exploración psicológica al paciente oncológico con lesiones por presión (**Ver anexo N° 18**).
- Aplicar plan de actividades; según diagnóstico obtenido, al paciente oncológico con lesiones por presión.
- Realizar seguimiento al paciente oncológico con lesiones por presión, durante su hospitalización.

## 7.2. Proceso de Atención de Enfermería.

La valoración de Enfermería es según dominios y sus respectivas clases de la taxonomía NANDA.<sup>(30)</sup>

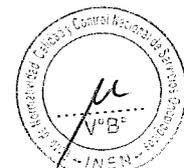




<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

**Tabla N°1: Criterios NANDA para el proceso de valoración de enfermería.**

DOMINIOS	CLASES
1. Promoción de la salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma de conciencia de la salud.</li> <li>2. Gestión de la salud</li> </ol>
2. Nutrición	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingestión</li> <li>2. Digestión</li> <li>3. Absorción</li> <li>4. Metabolismo</li> <li>5. Hidratación</li> </ol>
3. Eliminación e Intercambio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Función urinaria</li> <li>2. Función gastrointestinal</li> <li>3. Función tegumentaria</li> <li>4. Función respiratoria</li> </ol>
4. Actividad/Reposo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sueño/reposo</li> <li>2. Actividad/ejercicio</li> <li>3. Equilibrio de la energía</li> <li>4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares</li> <li>5. Autocuidado</li> </ol>
5. Percepción/Cognición	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención</li> <li>2. Orientación</li> <li>3. Sensación/percepción</li> <li>4. Cognición</li> <li>5. Comunicación</li> </ol>
6. Autopercepción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auto concepto</li> <li>2. Autoestima</li> <li>3. Imagen corporal</li> </ol>
7. Rol/Relaciones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Roles del cuidador</li> <li>2. Relaciones familiares</li> <li>3. Desempeño del rol</li> </ol>
8. Sexualidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identidad sexual</li> <li>2. Función sexual</li> <li>3. Reproducción</li> </ol>
9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuesta postraumática</li> <li>2. Respuesta de afrontamiento</li> <li>3. Estrés neurocomportamental</li> </ol>





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

DOMINIOS	CLASES
10. Principios Vitales	1. Valores 2. Creencias 3. Congruencias entre valores/creencias/acciones
11. Seguridad/Protección	1. Infección 2. Lesión física 3. Violencia 4. Peligros del entorno 5. Procesos defensivos 6. Termorregulación
12. Confort	1. Confort físico
13. Crecimiento/Desarrollo	1. Crecimiento 2. Desarrollo

Fuente: American Psychological Association Herdman, T.H. (2012) (Ed.). *NANDA Internaction Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014* Barcelona: Elsevier.

### 7.3. Cuidado de Enfermería Según Grado de Dependencia

Las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero<sup>(31)</sup>, según la Resolución N° 237-08 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.

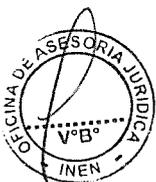
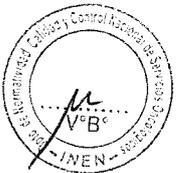
Los grados de dependencia que se vienen aplicando actualmente en las áreas asistenciales de los establecimientos de salud son:

#### a. Grado de Dependencia I o Asistencia Mínima:

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 pos operatorio inmediato en cirugía de baja





<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

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:**

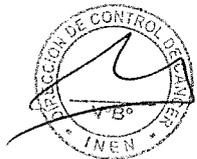
Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico, inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana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



## GUÍA TÉCNICA

 GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN  
 PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

**7.4. Plan de cuidados de enfermería en valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente oncológico.** <sup>(30,31,32,33)</sup>
**Tabla N°2: Plan de Cuidados de enfermería en valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente oncológico.**

Diagnóstico de Enfermería	Indicador NOC	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logro del NOC Diana – Escala de Likert																																					
<b>Dominio 11:</b> Seguridad/ Protección.  <b>Clase 02:</b> Lesión física.  Riesgo de lesión por presión (00249) R/A poststración, inmovilidad.	Detección del Riesgo: 1908 <table border="1"> <tr><td>N</td><td>R</td><td>A</td><td>F</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	N	R	A	F	S	1	2	3	4	5	Prevención de lesión por presión (3540). ✓ Utilizar la escala de BRADEN en la valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. ✓ Eliminar la humedad excesiva de la piel causadas por la transpiración, drenajes e incontinencia. ✓ Controlar la movilidad y la actividad del paciente. ✓ Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas. ✓ Mantener al paciente en una posición semifowler no mayor de 30°. ✓ Vigilar las fuentes de presión, fricción y cizallamiento. ✓ Realizar cambios posturales cada 2 horas según reloj preventivo de lesiones por presión. Educación para la salud (5510). ✓ Educar al paciente, familia y/o cuidador primario en valoración y manejo de riesgos. ✓ Identificar al cuidador primario para su respectiva educación. ✓ Identificar y aplicar factores de protección internos y externos que disminuyan el riesgo de presentar lesiones por presión.	✓ Lesiones por presión.	✓ III - IV	Mantener a 3: Menor riesgo Aumentar a 1: Mayor riesgo <table border="1"> <tr><td>N</td><td>R</td><td>A</td><td>F</td><td>S</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	N	R	A	F	S	1	2	3	4	5																	
	N	R	A	F	S																																					
1	2	3	4	5																																						
N	R	A	F	S																																						
1	2	3	4	5																																						
<table border="1"> <tr><td>Reconoce signos y síntomas que indican riesgo</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Identifica los posibles riesgos para la salud</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr> <tr><td>Realiza auto examen en los intervalos recomendados</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr> </table>	Reconoce signos y síntomas que indican riesgo	x				Identifica los posibles riesgos para la salud			x		Realiza auto examen en los intervalos recomendados		x			Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades				x	<table border="1"> <tr><td>Reconoce signos y síntomas que indican riesgo</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr> <tr><td>Identifica los posibles riesgos para la salud</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr> <tr><td>Realiza auto examen en los intervalos recomendados</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr> <tr><td>Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades</td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr> </table>	Reconoce signos y síntomas que indican riesgo			x		Identifica los posibles riesgos para la salud				x	Realiza auto examen en los 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
Reconoce signos y síntomas que indican riesgo	x																																									
Identifica los posibles riesgos para la salud			x																																							
Realiza auto examen en los intervalos recomendados		x																																								
Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades				x																																						
Reconoce signos y síntomas que indican riesgo			x																																							
Identifica los posibles riesgos para la salud				x																																						
Realiza auto examen en los intervalos recomendados				x																																						
Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades				x																																						



PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019 Versión: V.01

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

Puntaje:

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





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

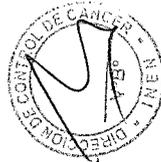
Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicar protector cutáneo alrededor de la piel perilesional.</li> <li>✓ Registrar las características de la herida y categoría de la lesión por presión sobre el apósito.</li> <li>✓ Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.</li> <li>✓ Coordinar con Nutrición su evaluación dentro de las 48 horas posterior a la identificación de la lesión.</li> <li>✓ Verificar la ingesta de la dieta asignada por el Nutricionista.</li> <li>✓ Educar al paciente, familia y cuidador primario sobre el manejo de la lesión.</li> </ul>			
--	--	--	--	--	--





GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emissor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

Diagnóstico de Enfermería	Indicador NOC	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logro del NOC Diana – Escala de Likert																																																																																				
<b>Dominio 12:</b> Confort.  <b>Clase 01:</b> Confort físico.  Dolor agudo (00132) R/I/C agente mecánico E/P escala de EVA.	<b>Nivel del dolor (2102)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor referido</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duración de los episodios</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expresiones faciales de dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agitación</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabilidad.</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		N	R	A	F	S		1	2	3	4	5	Dolor referido	x					Duración de los episodios			x			Expresiones faciales de dolor				x		Agitación		x				Irritabilidad.			x			Manejo del dolor (1400). <input checked="" type="checkbox"/> Valorar el dolor con la escala de EVA. <input checked="" type="checkbox"/> Valorar características del dolor: localización, frecuencia, factores desencadenantes, intensidad. <input checked="" type="checkbox"/> Observar signos no verbales del dolor. <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar comunicación no verbal para reconocer el dolor en pacientes con limitaciones de comunicación verbal. <input checked="" type="checkbox"/> Coordinar evaluación con Psicología.  Manejo de la medicación (2380). <input checked="" type="checkbox"/> Coordinar con médico tratante la evaluación e indicación de analgésicos. <input checked="" type="checkbox"/> Administrar fármacos de analgesia prescrita en horario y vía establecida. <input checked="" type="checkbox"/> Evaluar la respuesta al tratamiento farmacológico. <input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar el número de rescates de analgésicos recibidos por día. <input checked="" type="checkbox"/> Observar signos y síntomas de toxicidad de la medicación. <input checked="" type="checkbox"/> Explicar al paciente y/o cuidador primario la acción y los efectos secundarios de la medicación. <input checked="" type="checkbox"/> Ejecutar acciones preventivas frente a los efectos secundarios de la analgesia.	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión. <input checked="" type="checkbox"/> Agitación Psicomotriz. <input checked="" type="checkbox"/> Dolor crónico.	<input checked="" type="checkbox"/> III - IV	Mantener a: 5 Menor riesgo Aumentar a: 1 Mayor riesgo  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor referido</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duración de los episodios</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expresiones faciales de dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agitación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Irritabilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table>		N	R	A	F	S		1	2	3	4	5	Dolor referido			x			Duración de los episodios				x		Expresiones faciales de dolor				x		Agitación					x	Irritabilidad					x
			N	R	A	F	S																																																																																		
			1	2	3	4	5																																																																																		
		Dolor referido	x																																																																																						
		Duración de los episodios			x																																																																																				
		Expresiones faciales de dolor				x																																																																																			
Agitación		x																																																																																							
Irritabilidad.			x																																																																																						
	N	R	A	F	S																																																																																				
	1	2	3	4	5																																																																																				
Dolor referido			x																																																																																						
Duración de los episodios				x																																																																																					
Expresiones faciales de dolor				x																																																																																					
Agitación					x																																																																																				
Irritabilidad					x																																																																																				
Puntaje: N: Nunca demostrado R: Raramente demostrado A: A veces demostrado F: Frecuentemente demostrado S: Siempre demostrado																																																																																									



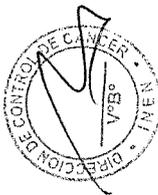
**GUÍA TÉCNICA**  
**GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN**  
**PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019 Versión: V.01

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



**GUÍA TÉCNICA**
**GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

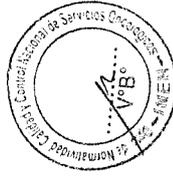
Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

Diagnóstico de Enfermería	Indicador NOC	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logro del NOC Diana – Escala de Likert																																				
<b>Domino 5:</b> Percepción/ cognición.  <b>Clase 04:</b> Cognición.  Conocimientos deficientes (00126): Prevención de lesiones por presión R/C Conocimiento insuficiente de los recursos.	Conocimientos Terapéuticos: prevención (1814) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>E</td> <td>M</td> <td>S</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>		N	C	C	C	C		1	E	M	S	E			2	3	4	5	Cuidados de las Heridas (3660). ✓ Informar al paciente y/o cuidador sobre el procedimiento preventivo terapéutico. ✓ Explicar el propósito y el procedimiento terapéutico necesario para evitar la aparición de éstas lesiones por presión. ✓ Aconsejar el uso de distintos dispositivos de apoyo, como almohadas, colchones, cojines viscoelásticos para reducir la aparición de las úlceras. ✓ Hacer partícipes del procedimiento a los familiares y/o cuidadores. Educación para la salud (5510). ✓ Determinar el conocimiento actual, del paciente y/o cuidador. ✓ Formular los objetivos de la educación. ✓ Demostrar procedimientos de prevención y manejo de lesiones por presión en presencia del cuidador primario. ✓ Identificar los recursos materiales. ✓ Utilizar el método de retroalimentación (Feed back) con el paciente y cuidador primario.	✓ Aparición de nuevas lesiones por presión.	✓ II - III - IV	Mantener a: 5 Menor riesgo Aumentar a: 1 Mayor riesgo <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>E</td> <td>M</td> <td>S</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>		N	C	C	C	C		1	E	M	S	E			2	3	4	5
		N	C	C	C	C																																			
	1	E	M	S	E																																				
		2	3	4	5																																				
	N	C	C	C	C																																				
	1	E	M	S	E																																				
		2	3	4	5																																				
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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 equipamiento</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Precauciones en las actividades</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </table>	Cambio postural	x					Dieta adecuada	x					Uso correcto del equipamiento			x			Precauciones en las actividades				x		Cambio postural  Dieta adecuada  Uso correcto del equipamiento  Precauciones en las actividades	x  x  x	x  x  x	Puntaje: N: Ningún conocimiento. CE: Conocimiento Escaso CM: Conocimiento Moderado CS: Conocimiento sustancial CE: Conocimiento extenso												
Cambio postural	x																																								
Dieta adecuada	x																																								
Uso correcto del equipamiento			x																																						
Precauciones en las actividades				x																																					





<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

7.5. Indicadores:

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





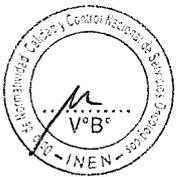
<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

### 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 chequeo de evaluación de guía técnica: Valoración de lesiones por presión.
- **Anexo N° 15:** Lista de chequeo de evaluación de guía técnica: Manejo de lesión por presión.

Los siguientes anexos son propios de cada profesional que intervienen en la presente guía.

- **Anexo N° 16:** Ficha de Evaluación Socioeconómica.
- **Anexo N° 17:** Ficha de Evaluación y Diagnostico Nutricional del Paciente Oncológico con Lesión por Presión.
- **Anexo N° 18:** Ficha de Exploración Psicológica de Paciente con Lesión por Presión.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA

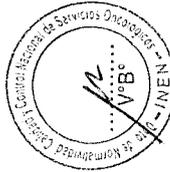
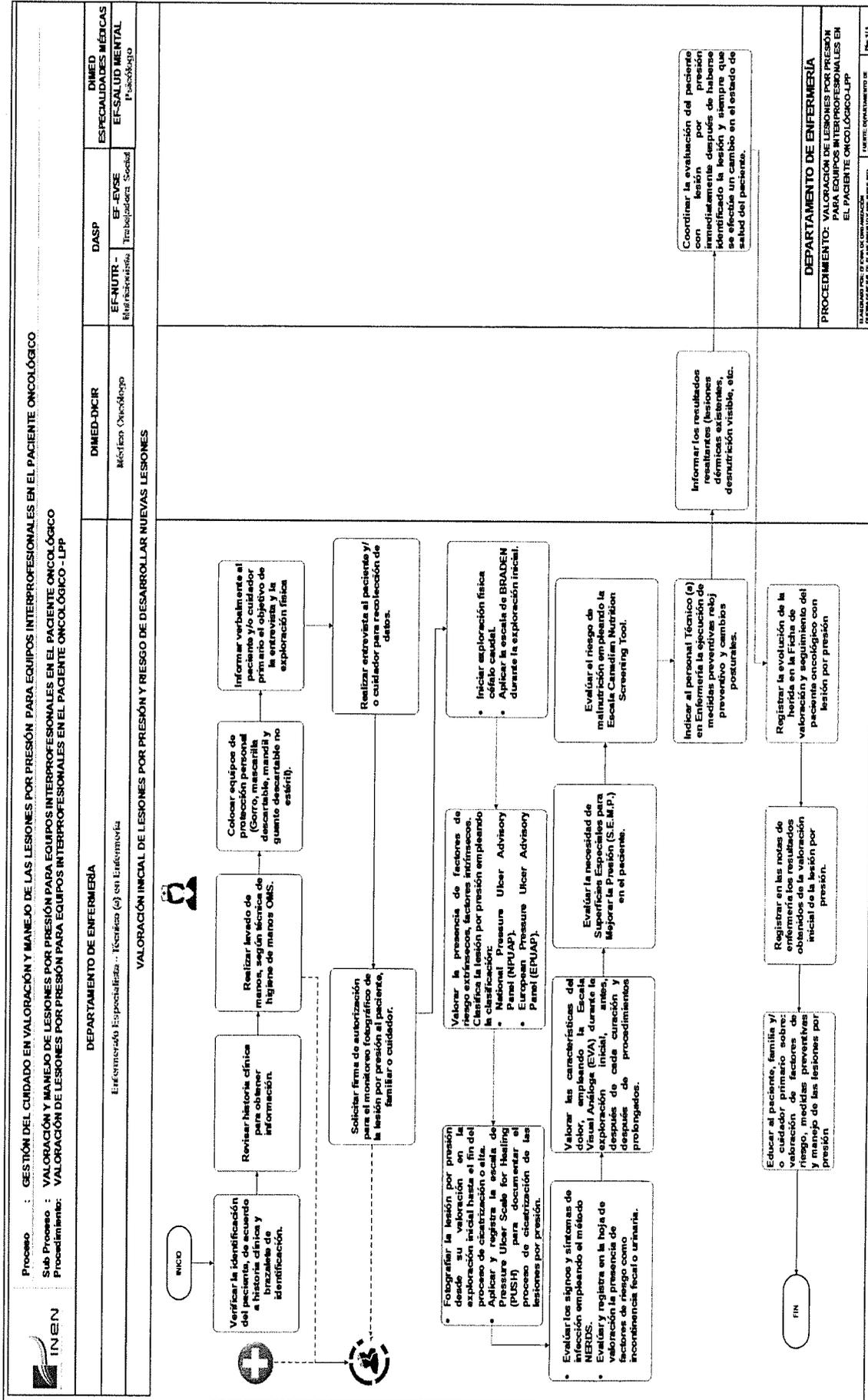
GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019 Versión: V.01

ANEXO N° 01: FLUJOGRAMA DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

Proceso : GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

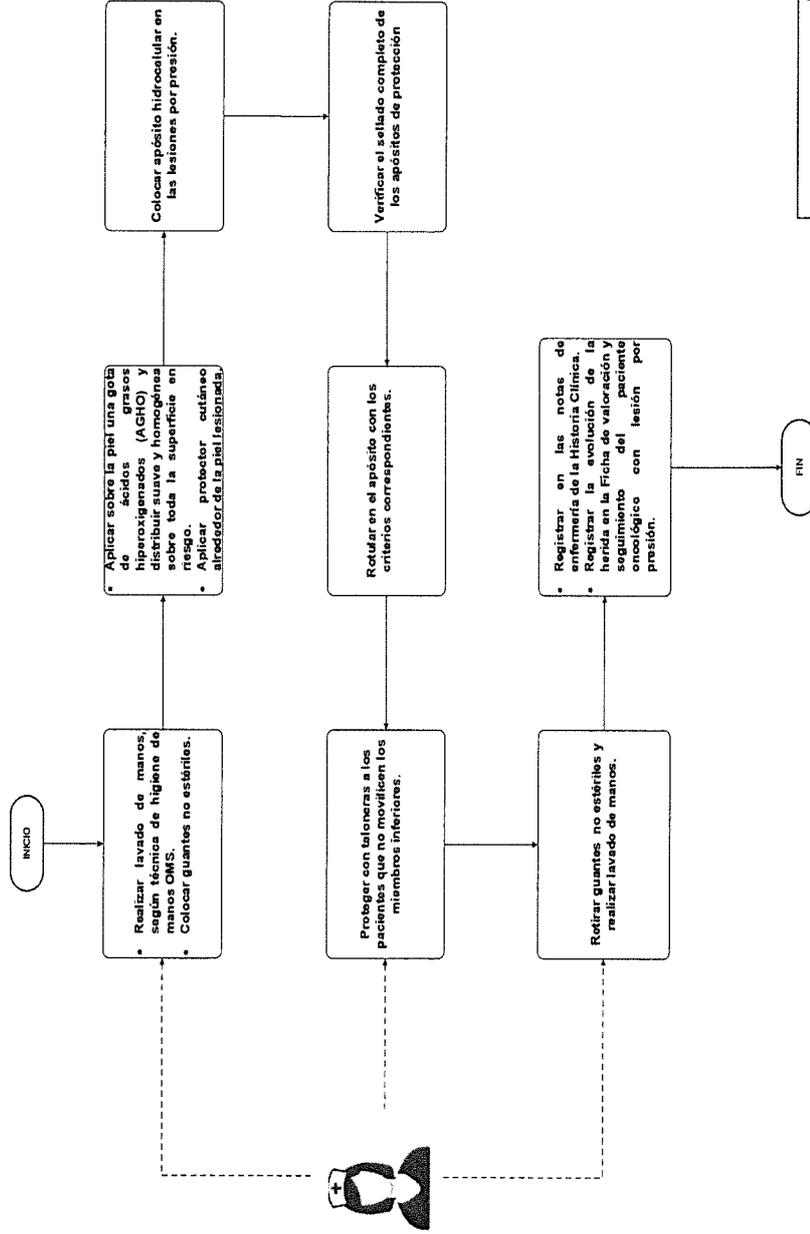
Sub Proceso : VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Procedimiento: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO - LPP

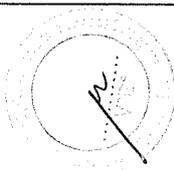
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Enfermería Especialista

MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA - I



<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>	
PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO-LPP	
<small>MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO - LPP</small>	<small>Página 1 de 1</small>





GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emissor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

Proceso : GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

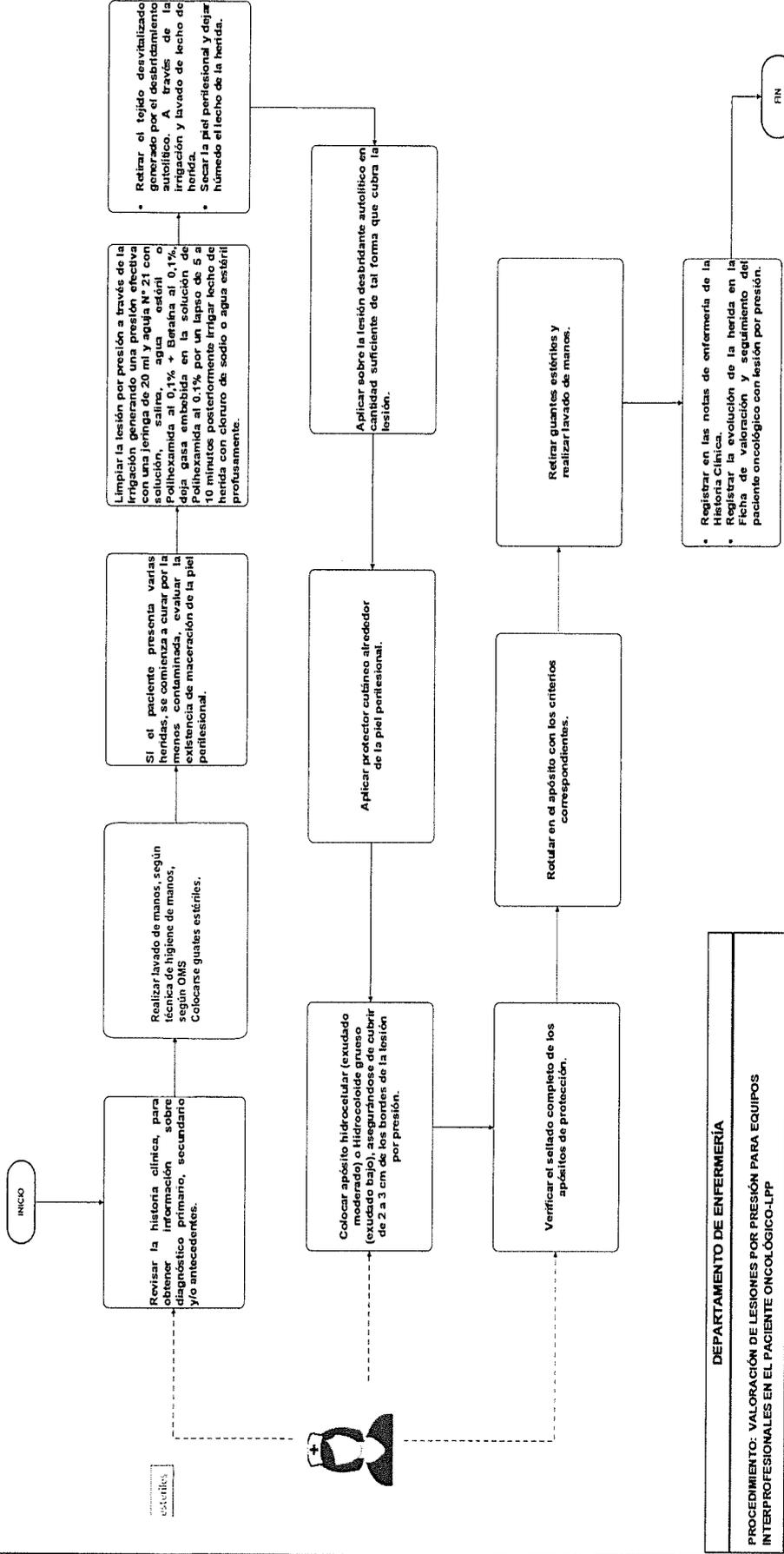
Sub Proceso : VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Procedimiento: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO - LPP

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Enfermera/o Especialista

MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA - II



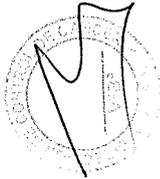
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO-LPP

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ELABORADO POR: CYNTHIA DE ORMAZONO  
REVISADO POR: CYNTHIA DE ORMAZONO Y TATIANA

Pág. 111





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

Proceso : GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

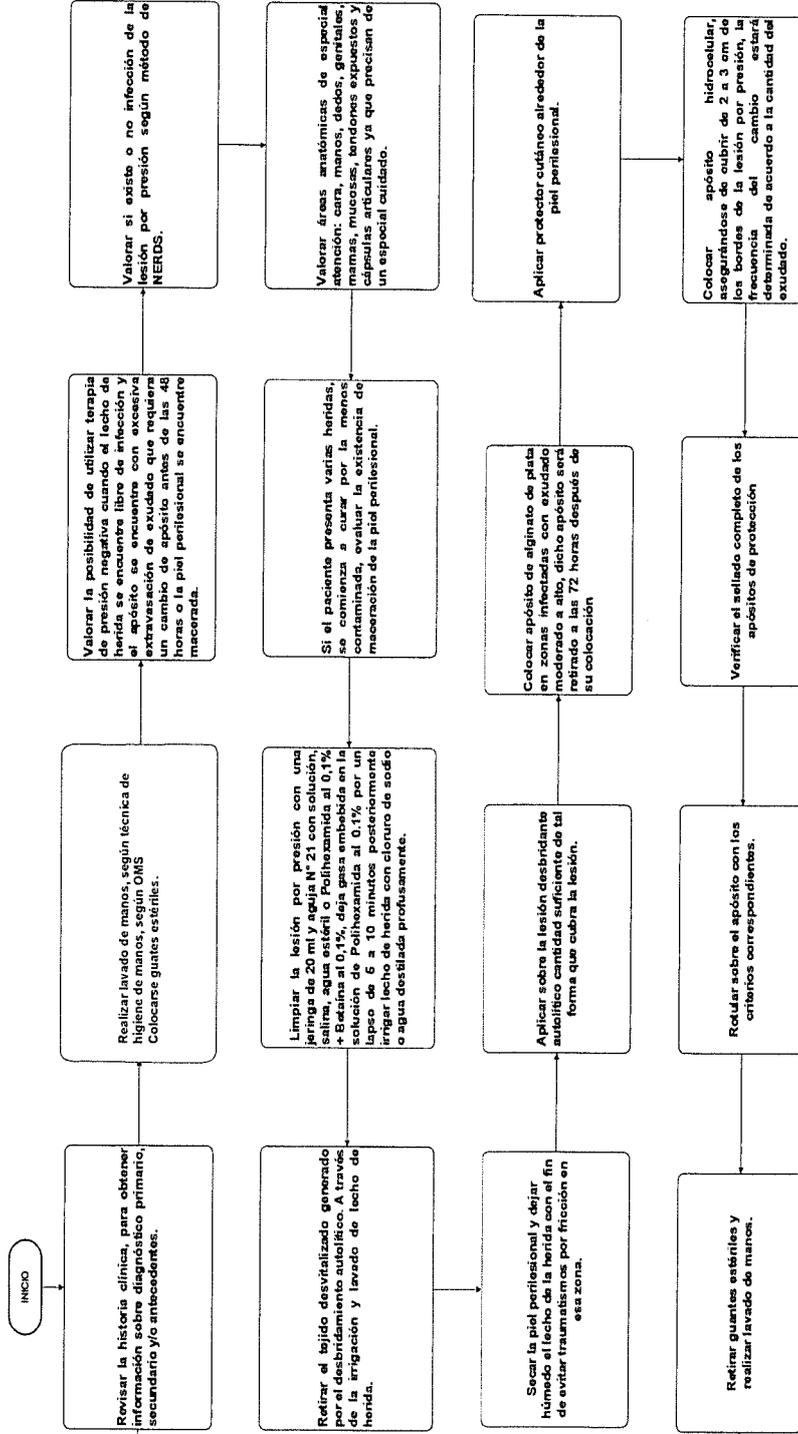
Sub Proceso : VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Procedimiento: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO - LPP

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Enfermero/a Especialista

MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA - III - IV



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

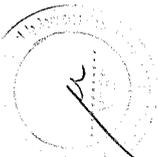
PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO-LPP

INEN - INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

PROCESO DE VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO - LPP

Página 111





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA

GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Código: GT.DNCC.INEN.001

Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Implementación: 2019

Versión: V.01

Proceso : GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO  
Sub Proceso : VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO  
Procedimiento: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO - LPP



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Enfermería/Especialista

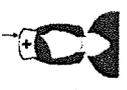
DIMED-DICIR

Médico Oncólogo

MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN CATEGORÍA - III - IV

A

- Registrar en las notas de enfermería de historia clínica:
- Registrar la evaluación de la herida en la Hoja de valoración y seguimiento del paciente oncológico con lesión por presión.



Coordinar con el médico tratante la necesidad de la evaluación médica de la lesión por presión por posibilidad de desbridamiento quirúrgico según criterio médico

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ALTA DEL PACIENTE

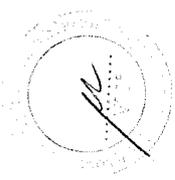
Brindar sesión educativa al paciente y familiar sobre la valoración y manejo de lesión por presión necesaria para el manejo domiciliario y debe aplicar el formato de educación al familiar.

FIN

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO-LPP

TOLEMANIZADO POR: ESPECIALISTA EN GERENCIA  
PROYECTADO POR: ESPECIALISTA EN GERENCIA  
PÁGINA 111





PERÚ

Sector Salud



<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

### ANEXO N° 02

### 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 afectará su calidad de atención a la que usted tiene derecho.

#### EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ..... De ..... Del 20 ..... Hora: .....

Yo ..... con DNI: N° ..... e

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. DNI: .....
--





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA



<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

**REVOCATORIA/DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**

Fecha:..... De..... Del 20.....

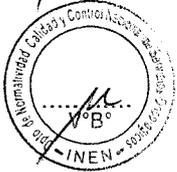
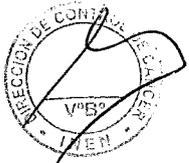
.....

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.





PERÚ

Sector Salud



<b>GUÍA TÉCNICA</b> <b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

### ANEXO N° 03

### ESCALA DE BRADEN

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b>	Completamente Limitada (1)	Muy Limitada (2)	Ligeramente Limitada (3)	Sin Limitaciones (4)
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b>	Constante Humedad (1)	A menudo Humedad (2)	Ocasionalmente Humedad (3)	Raramente Humedad (4)
<b>ACTIVIDAD</b>	Encamado (1)	En Silla (2)	Deambula Ocasionalmente (3)	Deambula Frecuentemente (4)
<b>MOVILIDAD</b>	Completamente Inmóvil (1)	Muy Limitada (2)	Ligeramente Limitada (3)	Sin Limitaciones (4)
<b>NUTRICIÓN</b>	Muy Pobre (1)	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4)
<b>ROCE Y DE PLIEGO LESIONES</b>	Problema (1) Requiere moderada y máxima asistencia	Problema Potencial (2) Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3)

<b>RIESGO ALTO</b>	>12
<b>RIESGO MODERADO:</b>	13 - 14
<b>RIESGO BAJO:</b>	15 - 16 (menor de 75 años) 15 - 18 (mayor de 75 años)

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.ctoenfermeria.com/ALUMNO\\_EIR12/PDF/2012/MATERIALES/OPM/manual/Tema\\_52\\_OPE\\_MADRID\\_12%20WEB](http://www.ctoenfermeria.com/ALUMNO_EIR12/PDF/2012/MATERIALES/OPM/manual/Tema_52_OPE_MADRID_12%20WEB).



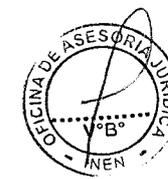


<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

**ANEXO N° 04**

**CLASIFICACIÓN NPUAP-EPUAP**

<b>Categoría I Eritema no blanqueante en piel intacta:</b>	Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. También puede presentar decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor. La categoría I puede ser difícil de detectar en los pacientes con tono oscuro de piel porque no presenta una palidez visible.
<b>Categoría II Pérdida parcial del grosor de la piel (flictena):</b>	Pérdida parcial de la dermis, poco profunda, con un lecho de la herida rojo o rosado, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta (flictena). Es una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas. Esta categoría no debe utilizarse para describir desgarros en la piel, quemaduras provocadas por el esparadrapo, dermatitis asociada a la incontinencia, maceraciones ni excoriaciones.
<b>Categoría III Pérdida total del grosor de la piel:</b>	Pérdida completa del grosor de la piel. La grasa subcutánea puede ser visible, pero sin exposición de huesos, tendones o músculos. Pueden aparecer esfácelos, cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la lesión por presión (LPP) varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, las orejas, el occipital y los maléolos no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las LPP de categoría III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar LPP de categoría III extremadamente profundas.
<b>Categoría IV Pérdida total del grosor de los tejidos (músculo / hueso visible):</b>	Pérdida total del grosor de los tejidos, con exposición de hueso, tendón o músculo. Puede presentar esfácelos o escaras, a menudo también cavitaciones y tunelizaciones. La profundidad de la LPP varía según su localización anatómica. Puede extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (fascia, tendón o cápsula de la articulación), y puede provocar osteomielitis u osteítis.
<b>Sin categorizar Profundidad desconocida:</b>	Pérdida total del grosor de los tejidos. Se desconoce la profundidad real de la LPP por la presencia en el lecho de la herida de esfácelos (amarillos, grises, verdes o marrones) y/o escaras (de color beis, marrón o negro). No se puede determinar la profundidad real hasta que se hayan retirado suficientes esfácelos y/o escaras para exponer la base de la herida. En los talones no hay que eliminar una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación), pues sirve como cobertura natural (biológica) del cuerpo.
<b>Sospecha de lesión en los tejidos profundos:</b>	Piel de color púrpura o marrón, o ampolla oscura llena de sangre en un área localizada. Puede presentar dolor, calor, edemas o endurecimientos. Puede evolucionar rápidamente hasta convertirse en una fina escara y exponer tejidos adicionales (aun siendo tratada). Puede ser difícil de detectar en pacientes con tono oscuro de piel.



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>.



<b>GUÍA TÉCNICA</b> <b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN</b> <b>PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

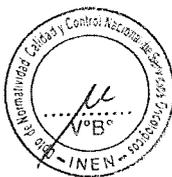
## ANEXO N° 05

## ESCALA DE PUSH

<b>Longitud x Anchura</b>	<b>0</b> 0 cm <sup>2</sup>	<b>1</b> ≤0.3 cm <sup>2</sup>	<b>2</b> 0.3 – 0.6 cm <sup>2</sup>	<b>3</b> 0.7 – 1 cm <sup>2</sup>	<b>4</b> 1.1 – 2 cm <sup>2</sup>	<b>5</b> 2.1 – 3 cm <sup>2</sup>	Subtotal
	<b>6</b> 3.1 – 4 cm <sup>2</sup>	<b>7</b> 4.5 – 5 cm <sup>2</sup>	<b>8</b> 5.1 – 12 cm <sup>2</sup>	<b>9</b> 12.1 – 24 cm <sup>2</sup>	<b>10</b> ≥24 cm <sup>2</sup>		
<b>Cantidad de Exudado</b>	<b>0</b> Ninguno	<b>1</b> Ligero	<b>2</b> Moderado	<b>3</b> Abundante			Subtotal
<b>Tipo de Tejido</b>	<b>0</b> Cerrado	<b>1</b> Tejido Epitelial	<b>2</b> Tejido de granulación	<b>3</b> Esfacelos	<b>4</b> Tejido Necrótico		Subtotal
							<b>Total</b>

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/rlae/v15n3/es\\_v15n3a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a05.pdf)*

- **Longitud x anchura:** Medir la longitud mayor por la anchura mayor utilizando una regla e 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.





<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

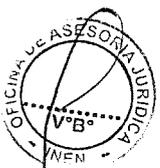
### ANEXO N° 06

### MÉTODO NERDS

<b>N: No Cicatrizable</b>	Se refiere a las heridas que no han cicatrizado a pesar de habérseles aplicado las intervenciones más indicadas.
<b>E: Exudado</b>	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.
<b>R: Enrojecida y sangrante</b>	Si la superficie de la herida tiene aspecto rojizo y parece sangrar y aparece tejido de granulación, es indicativo de desequilibrio bacteriano.
<b>D: Desechos</b>	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.
<b>S: Olor (smell; en inglés)</b>	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 2016.

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.





PERÚ

Sector Salud

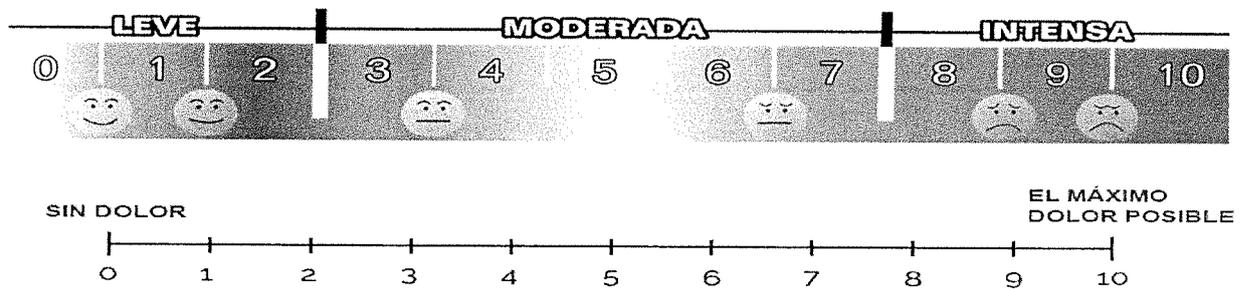
Ministerio de Salud  
Dirección General de Enfermería



<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

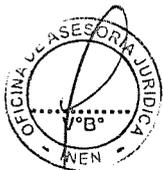
### ANEXO N° 07

### ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR



Fuente: 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](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_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 a 10.





PERÚ

Sector Salud



<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

### ANEXO N° 08

### 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? <i>Si el paciente informa una pérdida de peso pero la recuperó, considérela como SIN pérdida de peso.</i>		
¿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.





PERÚ

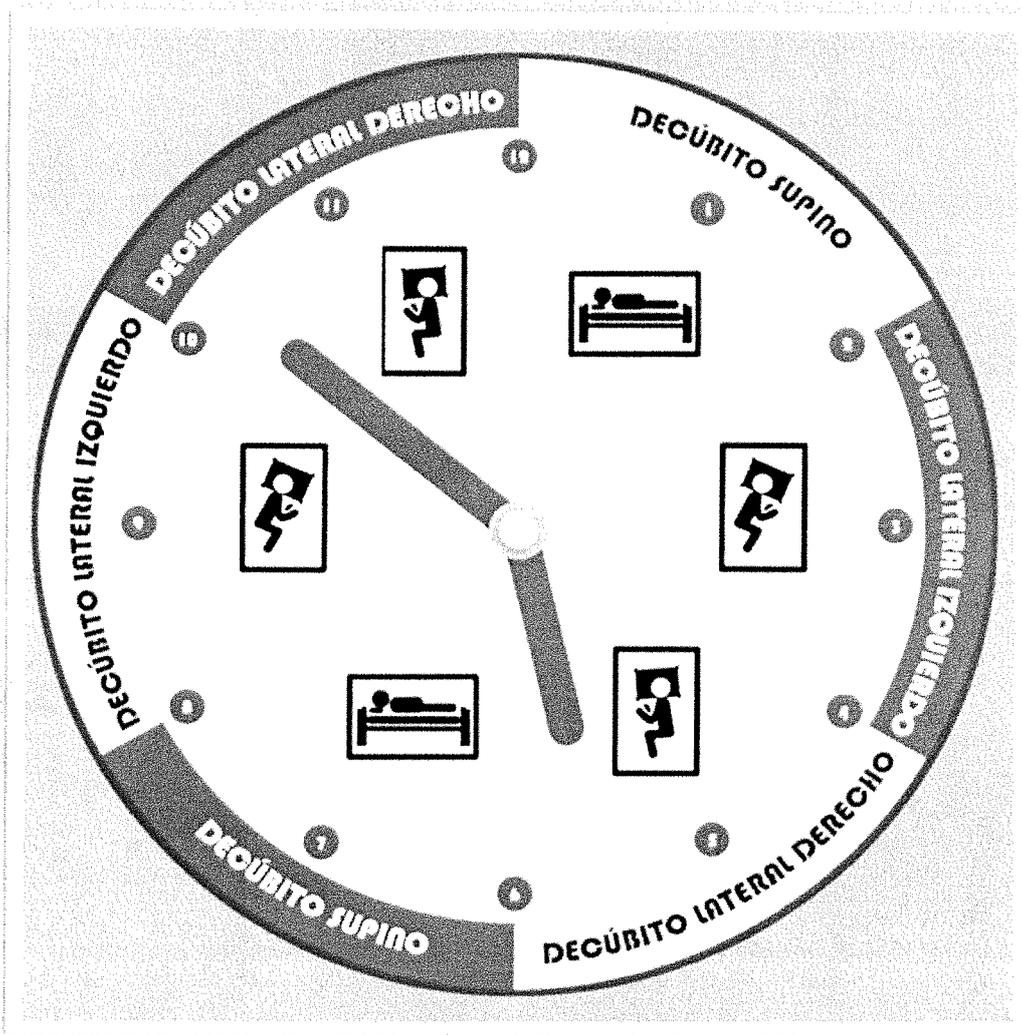
Sector Salud

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		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Implementación: 2019	Versión: V.01

ANEXO N° 09  
RELOJ POSTURAL



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







PERÚ

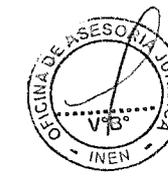
Sector Salud



GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Implementación: 2019	Versión: V.01

ANEXO N° 11: FICHA DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LESIONES POR PRESIÓN

<b>DATOS GENERALES</b>				
Nombre y Apellidos:				F. Ingreso:
Sexo: M ( ) F ( )	Edad:	HCL:	N° cama:	Serv:
Dirección:			Teléfono:	
Tipo de Seguro:	Hospitalaria ( )	Asegurado ( )	SIS ( )	
Dx. Oncológico:				
Dx Sec:				
Antecedentes:				
Alergias:				
Dispositivos: VP ( ) CVC ( ) CP ( ) PICC ( ) SNG ( ) SF ( ) TOT ( ) TQT ( ) Colostóma ( ) Urostóma ( ) Ileostóma ( ) Dren Pleural ( ) Blake ( ) Hemosuck ( ) Otros:				
Escala de Glasgow: ___ Ptos.		Orientado: Tiempo ( ) Espacio ( ) Persona ( )		
Grado de Dependencia: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )			Prótesis: Si ( ) No ( ) Especf: _____	
❖ Cabeza y Cuello: Normal ( ) Lesiones ( ) Otros ( )				
❖ Ojos: Normal ( ) Lesiones ( ) Otros ( )				
❖ Boca: Normal ( ) Lesiones ( ) Otros ( )				
❖ Piel: Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Hidratada ( )				
❖ Tórax: Simétrico ( ) Asimétrico ( ) Lesiones ( )				
❖ Abdomen: Normal ( ) Distendido ( ) Ascítico ( )				
❖ GU: Normal ( ) Secreciones ( ) Lesiones ( ) Edema ( )				
❖ M. Sup: Normal ( ) Edema ( ) Lesiones ( )				
❖ M. Inf: Normal ( ) Edema ( ) Lesiones ( )				
Fecha				
Escala BRADEN:				
PROTECCIÓN	- AGHO*			
	- Hidrocelular:			
	- Hidrocoloide:			
*S.E.M.P.	- Taloneras:			
	- Colchón Neumático:			
	- Colchón Poliuretano:			





PERÚ

Sector Salud

Ministerio de Salud  
Ente Promotor de Salud



<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

<b>Incontinencia fecal/urinaria</b>						
<b>Dolor (EVA)</b>						
<b>Nutrición (VO, NPO, NET, NPT)</b>						
<b>CAMBIO POSTURAL</b>	<b>D.L.D. (Decúbito Lateral Der.)</b>	<b>M</b>				
		<b>T</b>				
		<b>N</b>				
	<b>SUPINO</b>	<b>M</b>				
		<b>T</b>				
		<b>N</b>				
	<b>D.L.I. (Decúbito Lateral Izq.)</b>	<b>M</b>				
		<b>T</b>				
		<b>N</b>				
<b>Educación Realizada: Si ( ) NO ( )</b>						

\*SEMP: Superficies Especiales para mejorar la Presión  
 \*AGHO: Ácidos Grasos Hiperóxigenados

<b>EXAMEN DE LABORATORIO</b>					
Tipo de Examen	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
	Hemoglobina				
Leucocitos					
Plaquetas					
Segmentados					
Linfocitos					
Glucosa					
Albúmina					
INR					





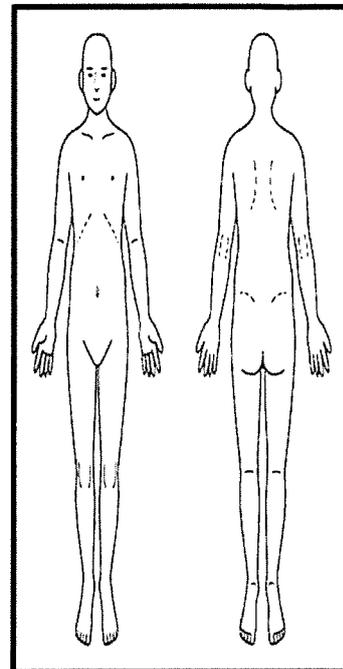
PERÚ

Sector Salud

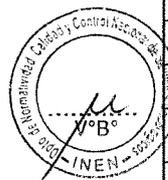
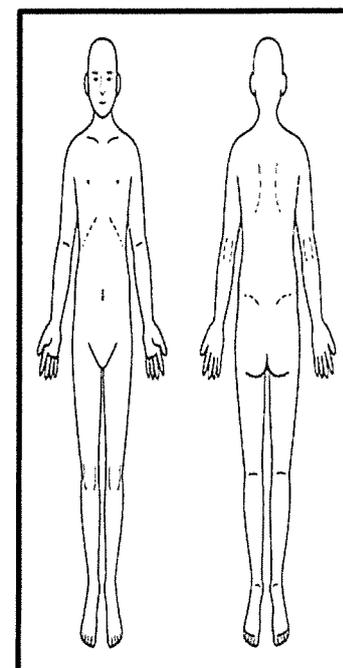


<b>GUÍA TÉCNICA</b> <b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN</b> <b>PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN				
Herida N°1				
Fecha Inicial de la Lesión				
❖ Localización	Occipital( ) Omoplato( ) Sacro( ) Trocánter( ) Talón ( ) Otros ( )			
❖ Condición	Evitable ( ) Inevitable ( )			
❖ Procedencia	Intrahospitalaria( ) Extrahospitalaria( )			
❖ Fecha				
❖ Grado				
❖ Dolor				
Signos de infección				
Tipo de tejido				
Longitud x Ancho				
Exudado				
PUSH				



EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN				
Herida N°1				
Fecha Inicial de la Lesión				
❖ Localización	Occipital ( ) Omoplato( ) Sacro( ) Trocánter( ) Talón ( ) Otros ( )			
❖ Condición	Evitable ( ) Inevitable ( )			
❖ Procedencia	Intrahospitalaria( ) Extrahospitalaria( )			
❖ Fecha				
❖ Grado				
❖ Dolor				
Signos de infección				
Tipo de tejido				
Longitud x Ancho				
Exudado				
PUSH				





**PERÚ**

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas

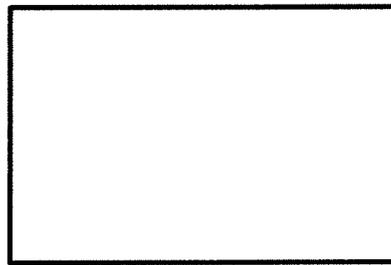
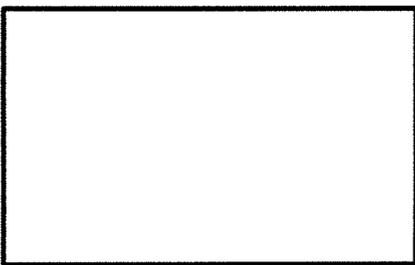
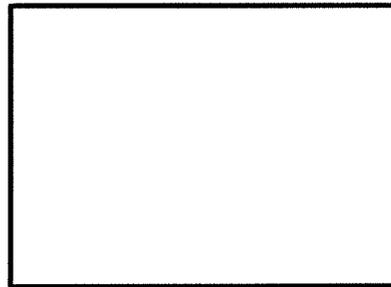
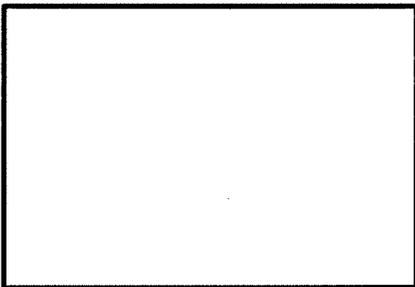


<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>		Implementación: <b>2019</b>   Versión: <b>V.01</b>

**NOTAS DE ENFERMERÍA**

<b>S:</b>	
<b>O:</b>	
<b>A:</b>	
<b>P:</b>	
<b>I:</b>	
<b>E:</b>	

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**



Fecha: \_\_\_\_\_

Enfermera (o):

\_\_\_\_\_ **FIRMA Y SELLO**

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





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y ODONTOLÓGICA



<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

**ANEXO N° 12**

**FORMATO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO 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										
<b>FECHA</b>										

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/rlae/v15n3/es\\_v15n3a05.pdf](http://www.scielo.br/rlae/v15n3/es_v15n3a05.pdf)





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019 Versión: V.01

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

<b>PACIENTE:</b>			
<b>Servicio:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Cama:</b>		<b>Edad:</b>	<b>Hcl:</b>
<b>Diagnóstico oncológico:</b>			
<b>Localización de LPP:</b>		<b>Grado de LPP al ingreso:</b>	
		<b>Grado de LPP al alta:</b>	
<b>FAMILIAR O ACOMPAÑANTE</b>			
	<b>NOMBRE:</b>	<b>FECHA:</b>	<b>FIRMA:</b>
<b>1ra. Educación:</b>			
<b>2da. Educación:</b>			

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.

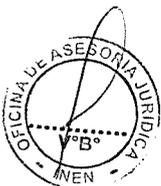


Por tal razón, Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ certifico que recibí educación por parte de la Enfermera en temas de prevención, valoración y manejo de lesiones por presión y me comprometo expresamente a cumplir con las indicaciones especiales mencionadas arriba.



\_\_\_\_\_  
Firma del familiar y/o cuidador

\_\_\_\_\_  
Firma de Enfermero(a) profesional





<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

**ANEXO N° 14**

**LISTA DE CHEQUEO DE EVALUACIÓN DE GUÍA TÉCNICA: VALORACIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN**

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**

**N° HCL:**

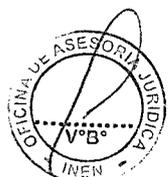
**EDAD:**

**SEXO:**

**SERVICIO:**

**FECHA:**

<b>VALORACIÓN INICIAL DE LESIONES POR PRESIÓN Y RIESGO DE DESARROLLAR NUEVAS LESIONES:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Verifica la identificación del paciente, de acuerdo a historia clínica y brazaletes de identificación.		
Revisa historia clínica para obtener información.		
Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.		
Colocación de equipos de protección personal (gorro, mascarilla descartable, mandil y guante descartable no estéril).		
Informa verbalmente al paciente y/o cuidador primario el objetivo de la entrevista y la exploración física.		
Realiza entrevista al paciente y/o cuidador para recolección de datos.		
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 ( <b>Ver anexo N° 02</b> ).		
Inicia exploración física céfalo caudal.		
Aplica la escala de BRADEN durante la exploración inicial ( <b>Ver anexo N° 03</b> ).		
Valora la presencia de factores de riesgo extrínsecos y factores intrínsecos.		
Clasifica la lesión por presión empleando la clasificación según National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). ( <b>Ver anexo N° 04</b> ).		
Toma fotografía de la lesión por presión desde su valoración en la exploración inicial hasta el fin del proceso de cicatrización o alta.		
Aplica y registra la escala de Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) ( <b>Ver anexo N° 05</b> ).		





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



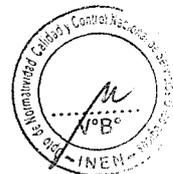
<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	Implementación: 2019	Versión: V.01

Evalúa los signos y síntomas de infección empleando el método NERDS (Ver anexo N° 06).		
Evalúa y registra en la hoja de valoración la presencia de factores de riesgo.		
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).		
Evalúa la necesidad de Superficies Especiales para Mejorar la Presión (S.E.M.P.).		
Evalúa el riesgo de malnutrición empleando la Escala Canadian Nutrition Screening Tool (Ver anexo N° 08).		
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).		
Informa resultados al médico oncólogo responsable del paciente.		
Coordina con los profesionales de Nutrición, Psicología y Trabajadora Social, la evaluación inicial del paciente, después de haber identificado la lesión.		
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).		
Registra en las notas de enfermería los resultados obtenidos de la valoración inicial de la lesión por presión.		
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).		

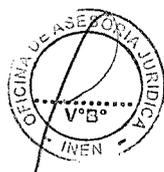
FUENTE: Departamento de Enfermería – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2018.



Lic. Enf. Evaluada:.....



Lic. Enf. Evaluadora:.....





PERÚ

Sector Salud



<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

**ANEXO N° 15**

**LISTA DE CHEQUEO DE EVALUACIÓN DE GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN.**

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**

**N° HCL:**

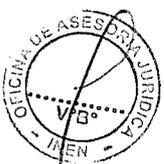
**EDAD:**

**SEXO:**

**SERVICIO:**

**FECHA:**

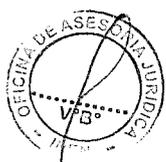
MANEJO DE LESIONES POR PRESION	SI	NO
<b>CATEGORIA I</b>		
Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos OMS.		
Colocarse guantes no estériles.		
Aplica sobre la piel una gota de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y distribuir suave y homogénea sobre toda la superficie en riesgo.		
Aplica protector cutáneo alrededor de la piel lesionada.		
Coloca apósito hidrocélular en las lesiones por presión.		
Verifica el sellado completo de los apósitos de protección.		
Rótula en el apósito con los criterios correspondientes.		
Protege con taloneras a los pacientes que no movilicen los miembros inferiores.		
Retira guantes no estériles y realiza lavado de manos.		
Registra 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.		
<b>CATEGORIA II</b>		
Revisa la historia clínica, para obtener información sobre diagnóstico primario, secundario y/o antecedentes.		
Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.		
Colocarse guantes no estériles.		
Si el paciente presenta varias heridas, se comienza a curar por la menos contaminada, evaluar la existencia de maceración de la piel perilesional.		





<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

Limpia la lesión por presión a través de la irrigación generando una presión efectiva con una jeringa de 20 ml y aguja N° 21 con solución, salina, agua estéril o polihexamida al 0,1% + betaína al 0,1%, deja gasa embebida en la solución de polihexamida al 0.1% por un lapso de 5 a 10 minutos posteriormente irrigar lecho de herida con cloruro de sodio o agua estéril profusamente.		
Retira el tejido desvitalizado generado por el desbridamiento autolítico. A través de la irrigación y lavado de lecho de herida.		
Seca la piel perilesional y dejar húmedo el lecho de la herida.		
Aplica sobre la lesión desbridante autolítico en cantidad suficiente de tal forma que cubra la lesión.		
Aplica protector cutáneo alrededor de la piel perilesional.		
Coloca apósito hidrocélular (exudado moderado) o hidrocoloide grueso (exudado bajo), asegurándose de cubrir de 2 a 3 cm de los bordes de la lesión por presión.		
Verifica el sellado completo de los apósitos de protección.		
Rótula en el apósito con los criterios correspondientes.		
Retira guantes estériles y realiza lavado de manos		
Registra 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.		
<b>CATEGORIA III - IV</b>		
Revisa la historia clínica, para obtener información sobre diagnóstico primario, secundario y/o antecedentes.		
Realiza lavado de manos, según técnica de higiene de manos de la OMS.		
Colocarse guantes estériles.		
Valora 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.		
Valora si existe o no infección de la lesión por presión según método de NERDS.		
Valora áreas anatómicas de especial atención: cara, manos, dedos, genitales, mamas, mucosas, tendones expuestos y cápsulas articulares ya que precisan de un especial cuidado.		
Si el paciente presenta varias heridas, se comienza a curar por la menos contaminada, evaluar la existencia de maceración de la piel perilesional.		

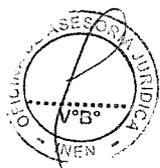
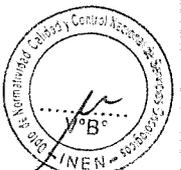




<b>GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Código: <b>GT.DNCC.INEN.001</b>
Emisor: <b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>		Implementación: <b>2019</b>   Versión: <b>V.01</b>

Limpia la lesión por presión con una jeringa de 20 ml y aguja N° 21 con solución, salina, agua estéril o polihexamida al 0,1% + betaína al 0,1%, deja gasa embebida en la solución de polihexamida al 0.1% por un lapso de 5 a 10 minutos posteriormente irrigar lecho de herida con cloruro de sodio o agua destilada profusamente.		
Retira el tejido desvitalizado generado por el desbridamiento autolítico. A través de la irrigación y lavado de lecho de herida.		
Seca la piel perilesional y deja húmedo el lecho de la herida con el fin de evitar traumatismos por fricción en esa zona.		
Aplica sobre la lesión desbridante autolítico cantidad suficiente de tal forma que cubra la lesión.		
Coloca apósito de alginato de plata en zonas infectadas con exudado moderado a alto, dicho apósito será retirado a las 72 horas después de su colocación.		
Aplica protector cutáneo alrededor de la piel perilesional.		
Coloca apósito hidrocélular, asegurándose de cubrir de 2 a 3 cm de los bordes de la lesión por presión, la frecuencia del cambio estará determinada de acuerdo a la cantidad del exudado.		
Verifica el sellado completo de los apósitos de protección.		
Rótula sobre el apósito con los criterios correspondientes.		
Retira guantes estériles y realiza lavado de manos.		
Registra 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.		
De ser necesario coordina con el médico tratante la necesidad de la evaluación médica de la lesión por presión por posibilidad de desbridamiento quirúrgico según criterio médico.		

FUENTE: Departamento de Enfermería – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2018.



Lic. Enf. Evaluada:.....

Lic. Enf. Evaluadora:.....





<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		Implementación: 2019	Versión: V.01
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA			

**6. ECONOMÍA FAMILIAR:**

- **INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR:** 1 aportante( ) 2 aportantes( ) 3 a más aportantes( )

Nº	Nombre	Parentesco	Ingreso	Tipo de egreso	Costo
1				Alimentación	
2				Agua	
3				Luz	
4				Teléfono	
5				Cable	
6				Internet	
7				Movilidad	
8				Vivienda	
9				Educación	
10				Otros	

**7. VIVIENDA:**

- **TENENCIA:** Vía pública( ) Alojado( ) Guardianía( ) Invasión( ) Alquilado( ) Propio( )
- **UBICACIÓN:**
- **LIMA:** Rural( ) Urbano marginal ( ) Urbano( ) Residencial( )
- **PROVINCIA:** Rural( ) Urbano marginal( ) Urbano( ) Residencial( )
- **MATERIAL:** Provisional o precario( ) Rústico( ) Mixto( ) Noble( )
- **SERVICIOS BÁSICOS:** Sin Servicios ( ) Parcial ( ) Completo ( )

**8. SALUD DEL PACIENTE:**

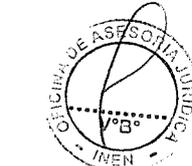
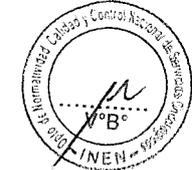
- **DIAGNÓSTICO MÉDICO INICIAL:**
- **SOPORTE HEMATOLÓGICO:** Si tiene ( ) No tiene ( )
- **DEPARTAMENTO AL QUE ACUDE:** Abdomen( ) Cabeza y cuello( ) Centro de prevención( ) Cirugía plástica( ) Especialidades médica( ) Ginecología( ) MTB( ) Medicina( ) Neurocirugía( ) Ortopedia oncológica( ) Pediatría( ) Radioterapia( ) Tórax( ) Urología( )

**9. PROBLEMAS SOCIALES:**

- **TIPO DE RIESGO SOCIAL:** Tres riesgos a +( ) 2 riesgos( ) 1 riesgo( ) sin riesgo( )
- **DETALLE DE RIESGO SOCIAL:**

Niños desnutridos	<input type="checkbox"/>	Alcoholismo y/o drogadicción	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	Privado de libertad	<input type="checkbox"/>
Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	Violencia familiar	<input type="checkbox"/>
Discapacidad mental	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>
VIH- SIDA	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Fuente: Hoja 21 de la HC - Unidad Funcional de Trabajo Social.





PERÚ

Sector  
Salud



<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>		
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019    Versión: V.01

**10. PRE DIAGNÓSTICO SOCIAL:**

**11. VISITA DOMICILIARIA:**

**12. DIAGNÓSTICO SOCIAL:**

**13. PLAN DE TRATAMIENTO:**

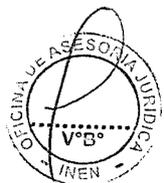
**14. CATEGORIZACIÓN SOCIAL:**

- Pobreza extrema ( )
- Pobreza crónica ( )
- Pobreza coyuntural ( )
- No pobre ( )



\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL

\_\_\_\_\_  
SELLO Y FIRMA





PERÚ

Sector Salud



GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

ANEXO N° 17

FICHA DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON LESIÓN POR PRESIÓN

<b>1. Evaluación de Signos Clínicos Nutricionales</b>						
Cabello						
Mucosa (Boca/Nariz)						
Piel						
Otros						
<b>2. Evaluación de Ingesta</b>						
Apetito	Bueno	regular	malo	Problemas de deglución	si	no
Tipo de dieta				Ingesta de líquidos (no incluye dieta)		
Energía (Kcal)				Proteína (g.)		
<b>3. Evaluación del Crecimiento y la Composición Corporal</b>						
PESO	TALLA		IMC			
PCT	% PCT		CMB		%CMB	
IMC/E o P/T*			T/E (DS)*			
<i>Solo aplica para pacientes menores de 19 años</i>						
<b>4. Evaluación de Bioquímica Nutricional</b>						
Prueba	valor	Valor ref.	prueba	Valor	Valor ref.	Observaciones
Hematocrito			Hemoglobina			
Albumina						
proteína Total						
RTL						





PERÚ

Sector Salud



<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

### 5. Diagnóstico Nutricional

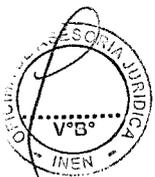
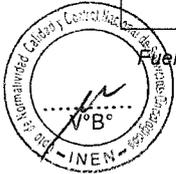
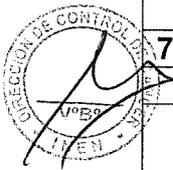
### 6. Indicación Nutricional

Nutrioterapia

Dietoterapia

### 7. Monitoreo Nutricional


Fuente: Equipo Funcional de Nutrición /INEN 2018



FIRMA Y SELLO DE NUTRICIONISTA



PERÚ

Sector Salud

INEN



GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019   Versión: V.01

ANEXO N° 18

FICHA DE EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA DE PACIENTE CON LESIÓN POR PRESIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

RESULTADOS DE INSTRUMENTOS:

Instrumento	Puntaje	Resultados
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)		
Escala de Estrés Percibido (PSS)		
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)		

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA:

---



---



---



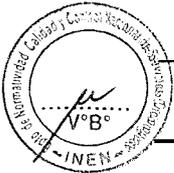
---



---



---



Fuente: Equipo Funcional de Salud Mental Oncológica/INEN 2018



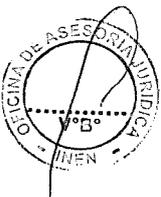
\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE PSICÓLOGO



GUÍA TÉCNICA GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO		Código: GT.DNCC.INEN.001
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019 Versión: V.01

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Med Ciclopedia. Clasificador Internacional de las Enfermedades, ICD-10. citado el 08/01/2019. Disponible en : [www.iqb.es/patologia/ulcera.htm](http://www.iqb.es/patologia/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](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, Nº. 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](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](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](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\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/g1\\_cambio\\_postural.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/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 úlceras 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\\_EIR12/PDF/2012/MATERIALES/OPM/manual/Tema\\_52\\_OPE\\_MADRID\\_12%20WEB](http://www.ctoenfermeria.com/ALUMNO_EIR12/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 Úlceras Crónicas en la Pierna. Revista Latinoamericana en Enfermería. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es\\_v15n3a05.pdf](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/>





<b>GUÍA TÉCNICA</b>		Código: GT.DNCC.INEN.001	
<b>GESTIÓN DEL CUIDADO EN VALORACIÓN Y MANEJO DE LESIONES POR PRESIÓN PARA EQUIPOS INTERPROFESIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO</b>			
Emisor: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA		Implementación: 2019	Versión: V.01

18. Clínica Universidad de Navarra. (2015). Infección. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/infeccion>
19. 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](http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1997_1_1_LPP_1.pdf)
20. Organización Mundial de la Salud-OMS (2018). Nutrición. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
21. Manuel Rodríguez P. (2011). Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras 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/>
22. Clínica Universidad de Navarra (2015). Tejido de granulación. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tejido-de-granulacion>
23. 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>
24. Systagenix 2016. Tejido Necrótico. Disponible en: <http://www.systagenix.es/news/tejido-necrotico-245>
25. 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>
26. Cayetano Fernández 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>
27. 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>
28. 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](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf)
29. Canadian Nutrition Society. (2014) Canadian Nutrition Screening Tool. Disponible en: <http://nutritioncareincanada.ca/sites/default/uploads/files/CNST.pdf>
30. American Psychological Association Herdman, T.H. (2012) (Ed.). NANDA Internacttional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014 Barcelona: Elsevier.
31. 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>
32. Bravo, M. (2016). Guía Metodológica del PAE Taxonomías NANDA, NOC y NIC. 4ta. Edición. Grafica Jesús. Perú.
33. Bulechek G., Howard K., Dochterman J., Cheryl M., 2014. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ta Edición.

