



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 15 de junio de 2026.

VISTOS: El Informe N° 284-2026-DIRESA-HRM/05 de fecha 03 de junio de 2026, emitido por la Unidad de Gestión de la Calidad; el Informe N° 738-2024-DIRESA-HRM/03; el Informe N° 047-2024-DIRESA-HRM/AFP; el Informe N° 214-2024-DIRESA-HRM/16; las Actas de Reunión N° 003-2024 y N° 023-2024-GERESA-HRM/01 del Departamento de Enfermería; y el Informe Legal N° 100-2026-DIRESA-HRM/AL de fecha 15 de junio de 2026, emitido por el Área de Asesoría Legal; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero de 2011, se resolvió crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, dentro del Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, dotándola de autonomía técnica y de gestión administrativa, delegando su representación legal y capacidad resolutoria en el Director Ejecutivo de la entidad;

Que, de conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRES) promover condiciones óptimas que garanticen una adecuada cobertura de las prestaciones asistenciales en términos de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante **Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA**, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN, denominada "*Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud*", cuyo mandato normativo prescribe que las entidades de salud deben contar obligatoriamente con guías técnicas de procedimientos asistenciales estandarizados, entre ellos, lo concerniente a la prevención y reducción de riesgos de las úlceras y lesiones por presión (LPP);

Que, mediante **Informe N° 284-2026-DIRESA-HRM/05**, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, C.D. Ana Bianca Ordoño Nina, otorga el **Visto Bueno Técnico** al proyecto normativo formulado por el Departamento de Enfermería, determinando que la "**GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIÓN POR PRESIÓN (LPP)**", identificada con el código **GTPA-001-2023-HRM-DPTO.ENF**, cumple con la metodología e idoneidad dispuesta en la Directiva N° 001-2023-HRM-UGC, aprobada por Resolución Secretarial N° 308-2023-DIRESA-HRM/DE, por lo que corresponde su respectiva aprobación legal;

Que, mediante **Informe Legal N° 100-2026-DIRESA-HRM/AL**, el Área de Asesoría Legal efectúa el control de legalidad correspondiente, concluyendo que el expediente técnico administrativo reúne los presupuestos sustantivos, procesales y las visaciones requeridas por el ordenamiento jurídico vigente, opinando por la viabilidad de la emisión del acto resolutorio directoral;

En atención a la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización, y en uso de las atribuciones conferidas en el numeral 3 del Manual de Organización y Funciones (MOF) de la entidad, aprobado mediante Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG;





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 15 de junio de 2026.

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR la "GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIÓN POR PRESIÓN (LPP)", con código de registro **GTPA-001-2026-HRM-DPTO.ENF**, la misma que en documento adjunto consta de veintiuno (021) folios y forma parte integrante de la presente resolución, por las razones expuestas en la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2º.- DISPONER el cumplimiento obligatorio y estricta aplicación de las disposiciones contenidas en la Guía Técnica aprobada en el artículo precedente, por parte de todo el personal de Licenciados(as) y Técnicos(as) de Enfermería que prestan servicios en las diversas Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) del Hospital Regional de Moquegua.

Artículo 3º.- ENCARGAR a la Jefatura del Departamento de Enfermería y a la Unidad de Gestión de la Calidad el monitoreo, supervisión, evaluación continua y estricta aplicación de los indicadores de control asistencial establecidos en la presente norma técnica.

Artículo 4º.- NOTIFICAR la presente resolución a la Oficina de Administración, Unidad de Personal, Unidad de Gestión de la Calidad, así como a la Jefatura del Departamento de Enfermería para las acciones correspondientes de difusión e implementación de ley.

Artículo 5º.- ENCARGAR a la Unidad de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución Directoral Ejecutiva y su documento técnico anexo en el portal web de la institución (www.hospitalmoquegua.gob.pe)

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. RONALD J. VARGAS PALACIOS
CMP. 71861 - RNE 11627
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

RJVP/DIRECCIÓN
JCMH/AL
(01) ADMINISTRACIÓN
(01) U. CALIDAD
(01) ESTADÍSTICA
(01) JEFATURA DEL DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA
(01) A. LEGAL
(01) ARCHIVO

CODIGO DE GUIA GTPA-001-2026-HRM-DPTO. ENF		DENOMINACION: "GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA: PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIÓN POR PRESIÓN (LPP)"
TIPO DE GUIA GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL - GTPA		
FECHA 14-05-2026	FOLIOS Veintiuno (021)	
REEMPLAZA A: Ninguna		



I. FINALIDAD

Estandarización del Procedimiento Asistencial de Enfermería de Prevención y Cuidados de la Lesión por Presión (LPP), en pacientes hospitalizados del Hospital Regional de Moquegua.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Estandarizar la práctica profesional con criterios técnicos y procedimientos a aplicarse por el personal de enfermería para la Prevención y Cuidados de la Lesión por Presión (LPP).

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar a pacientes con riesgo de padecer lesión por presión y evitar su incidencia durante la estancia en el periodo de hospitalización.
- Identificar criterios de actuación en la valoración, prevención y cuidados de la lesión por presión.
- Educar al cuidador del paciente con lesión por presión a fin de mantener la continuidad de los cuidados al alta.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica, está dirigida al Personal de Enfermería de los Servicios del Hospital Regional de Moquegua, que participan en el Cuidado del Paciente en Riesgo o con diagnóstico de Lesión por presión.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Procedimiento Asistencial de Enfermería: Prevención y Cuidado de Lesión por Presión (LPP).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operacionales

Lesión por presión (LPP)

Es de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes que puede llegar a la pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo. (1)

5.2. Consideraciones Básicas

5.2.1. Etiología

a. Presión:

Se produce oclusión vascular, isquemia, hipoxia y necrosis tisular.

b. Fricción:

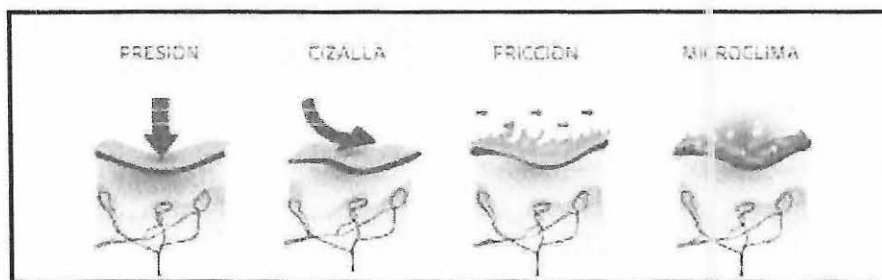
Cuando la superficie corporal (piel), roza contra otra superficie (sábanas, sondas), produce abrasión de la piel.

c. Cizallamiento:

Se producen fuerzas paralelas, por un lado, la piel y la fascia superficial, y por el otro, el esqueleto y la fascia profunda. (2)

d. Microclima:

La temperatura de los tejidos y la humedad relativa entre el cuerpo y la superficie de apoyo influye en la sensibilidad de la piel y los tejidos blandos.

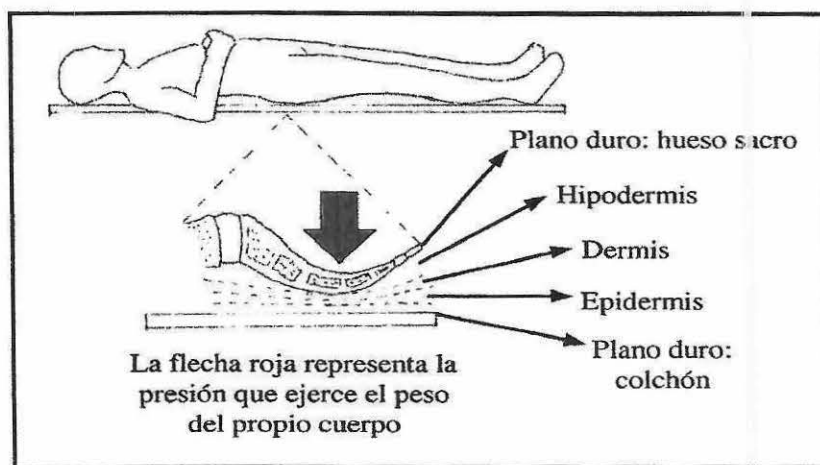
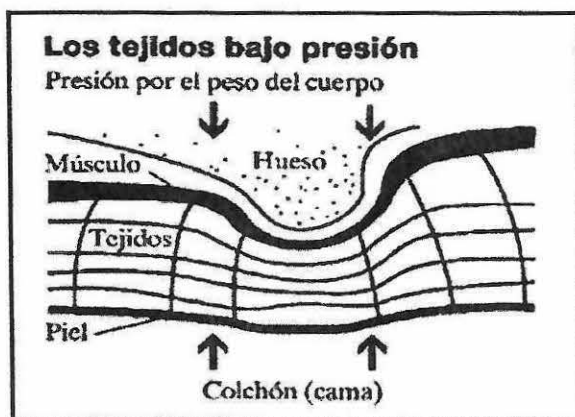


5.2.2. Fisiopatología

La producción de una lesión por presión está determinada por la aplicación de presión y por la disminución de la tolerancia tisular mediada por factores intrínsecos y extrínsecos. La presión capilar normal oscila entre (6-32 mmHg), si la intensidad excede la presión capilar de los tejidos (>32 mmHg), produciría isquemia, muerte celular y ulceración.

Los pacientes que se encuentran en decúbito supino o prono en un colchón "estándar" de hospital, pueden generar presiones de 150 mmHg, y al estar sentados presiones de hasta 300 mmHg, en las tuberosidades isquiáticas. (3)

Las presiones sobre las prominencias óseas afectan en mayor medida el tejido más profundo adyacente a la interfaz hueso – músculo (distribución en cono), por lo que la extensión del tejido dañado es mayor a la visible. (3)



CAMBIOS FISIOPATOLOGICOS Y MANIFESTACIONES CLINICAS

ESTADIAJE	CAMBIOS FISIOPATOLOGICOS	LO QUE SE VE O SIENTE
Hiperemia reactiva	La sangre vuelve a fluir a los tejidos tras retirar la presión.	Enrojecimiento que desaparece cuando se retira la presión.
Hiperemia que no palidece	Se interrumpe la microcirculación capilar.	Enrojecimiento que permanece y que no blanquea al presionar con los dedos.
ESTADIAJE	CAMBIOS FISIOPATOLOGICOS	LO QUE SE VE O SIENTE

Edema	Los capilares se rompen y dañan los vasos linfáticos.	Hinchazón.
Necrosis	Muerte celular con destrucción tisular.	Decoloración.
Úlcera visible	Continúa la muerte celular con destrucción tisular.	Herida blanca y esponjosa, apariencia de esfacelo.

FACTORES INTRÍNSECOS (5)	FACTORES EXTRÍNSECOS
Condición física: Inmovilidad.	Humedad.
Alteraciones respiratorias/circulatorias	Perfumes, agentes de limpieza.
Comorbilidades (Cáncer, Diabetes Mellitus, Enfermedades neuro-degenerativas, Inmunosupresión, Enfermedad renal).	Estancia prolongada.
Insuficiencia vasomotora. Tensión arterial baja. Insuficiencia cardíaca. Vasoconstricción periférica. Alteraciones endoteliales. Anemia.	Superficie de apoyo.
Septicemia.	Técnicas manuales sobre la piel.
Medicación.	Sondaje: vesical, nasogástrico.
Edad.	Fijaciones, férulas.
Malnutrición/deshidratación/ Higiene.	
Factores psicológicos.	

5.2.3. Cuadro Clínico

a. Signos y Síntomas:

El cuadro clínico dependerá de la categoría de la lesión. (Ver Anexo 01)

- **Categoría I:**

En pacientes con piel clara eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; en individuos de piel oscura puede ser difícil la detección de la palidez.



Estas lesiones suelen acompañarse de induración, dolor, insensibilidad, edema, aumento o disminución de la temperatura en la periferia. (4)

- **Categoría II:**

Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y/o dermis. La úlcera es una lesión superficial que puede tener aspecto de abrasión, flictena, o pequeño cráter superficial.

- **Categoría III:**

Pérdida total del grosor de la piel, con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiéndose extender más hacia dentro, pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.

- **Categoría IV:**

Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el músculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.

- **Categoría No Clasificable:**

Existe una pérdida total del tejido y el tejido necrótico presente en la base de la úlcera no permite valorar la profundidad de la misma. La base puede estar cubierta por una escara o placa de coloración amarillenta, verdosa, gris o café. La lesión puede categorizarse una vez que se haya retirado el tejido necrótico.

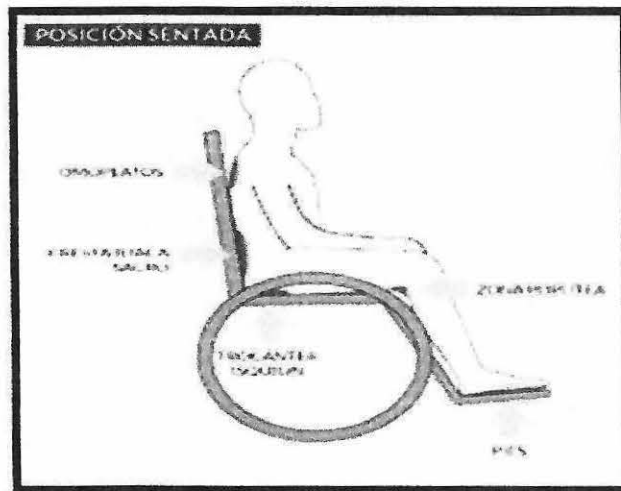
- **Sospecha de Lesión Profunda No Determinada:**

Lesiones con pérdida coloración de la piel o lesiones marmóreas, azuladas o grises en piel íntegra. O bien presentarse como una flictena hemorrágica derivada de la presión o el cizallamiento.

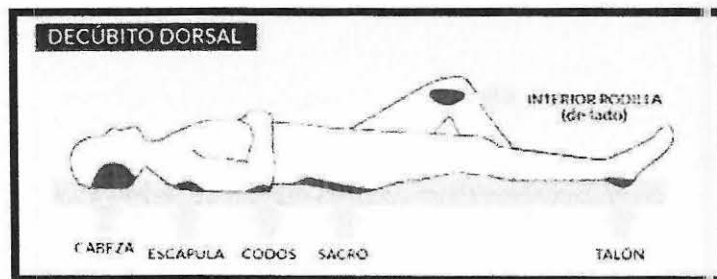
Las zonas más susceptibles de desarrollar, la lesión por presión (LPP) son: (5)

- Nariz: por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: por pliegues en las sábanas.
- Muñecas y codos: en personas con sujeción mecánica.

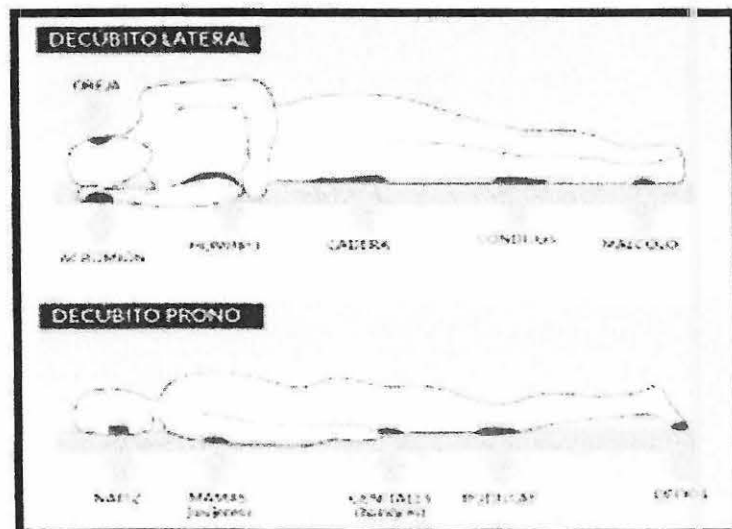




Posición sentada. Imagen tomada de Centro sanitario para el Deterioro Cognitivo en Enfermedades Neurológicas. Sevilla.
Recuperado: <https://www.citeasevilla.es/>



Posición decúbito dorsal. Imagen tomada de Centro sanitario para el Deterioro Cognitivo en Enfermedades Neurológicas. Sevilla. Recuperado: <https://www.citeasevilla.es/>



Posición decúbito lateral y prono. Imagen tomada de Centro sanitario para el Deterioro Cognitivo en Enfermedades Neurológicas. Sevilla. Recuperado: <https://www.citeasevilla.es/>



b. Diagnóstico

• Criterios de Diagnóstico

El diagnóstico se realizará con la evaluación visual del estado de la piel, en la que se verificará la presencia de daño tisular

• Valoración de Riesgo de úlceras por presión

Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo lo antes posible (máximo 8 horas después de su ingreso) con el objetivo de identificar individuos en riesgo de desarrollar úlceras por presión y revalorado por turno.

✓ Escala de Norton modificada: (ver Anexo 02)

Esta escala se aplica en pacientes adultos y ancianos, evaluar el riesgo de desarrollo de lesión por presión. Puede utilizarse en adultos jóvenes, si presentan condiciones que los predisponen a desarrollar lesiones por presión, como enfermedades neurológicas, lesiones medulares o inmovilización prolongada debido a otras condiciones médicas. (6)

✓ Escala de Braden Q: (ver Anexo 03)

Esta escala se aplica entre las 3 semanas de vida a 14 años.

✓ Neonatal Skin Risk Assessment Scale: (ver Anexo 04)

Esta escala se utiliza en las unidades neonatales, ya sean estas de cuidados intensivos o en hospitalización.



5.3. Requerimientos Básicos

5.3.1. Recursos Humanos

- Licenciadas(os) en Enfermería
- Técnica(o) de Enfermería

5.3.2. Recursos Materiales

- Equipo de curación
- Riñonera estéril
- Mesa de mayo
- Suero fisiológico o agua destilada
- Jeringa de 20cc
- Agujas
- Guantes limpios y estériles
- Gasas
- Cremas hidratantes
- Apósito hidrocoloide
- Ácidos grasos Hiperóxigenados
- Protector cutáneo
- Apósitos convencionales
- Almohadas
- Colchón neumático
- Almohadillas de gel anti-escaras

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. Descripción detallada del procedimiento

a. Todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración, según corresponda (ver **Anexo 02**: Escala de Norton modificada; **Anexo 03**: Escala de Braden Q; **Anexo 04**: Neonatal SKIN RISK ASSESSMENT SCALE), registrando el puntaje en Kardex y Notas de Enfermería.

b. **Identificación del Riesgo:**

Se registrará el riesgo de la lesión por presión (**LPP**), marcándolo en el cartel de identificación que se encuentran en la unidad del paciente (cabecera de cama); (ver **Anexo 05**: Cartel de Identificación).

c. **Cuidados de la piel:**

- Inspección sistemática de la piel.
- Limpiar la piel con agua tibia y jabón neutro para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas
- Evitar la exposición de la piel a la materia fecal, transpiración y drenaje de la herida.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición cada dos (2) horas según el riesgo, (ver **Anexo 07**: Reloj de movilización de cambio postural).
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios activos y pasivos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

d. **Cargas mecánicas:**

- La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos.
- El uso de ropa de cama para mover el paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento.
- Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- Los pacientes sentados deben de cambiar de lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismos. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora.
- El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado.

e. **Superficies de apoyo:**

- Estáticas: hule, espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- Dinámica: aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.
- Reportar a médico de turno y/o guardia para tratamiento terapéutico.
- Registrar como evento adverso, la lesión originada durante la estancia hospitalaria.
- Registrar en indicadores de enfermería.



f. Soporte Nutricional: Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección, requiere además buena hidratación y aportes más elevados de determinados nutrientes.

g. Cuidados generales de las lesiones por presión: (ver Anexo 08: Bundle de Prevención de lesión por presión).

- Alivio de la presión sobre los tejidos ulcerados.
- Prevención de aparición de nuevas lesiones.
- Manejo adecuado del dolor.
- Valoración psico-social.
- Valoración cognoscitiva.
- Educación del cuidador principal y el paciente.
- Cuidados de la herida.

6.2. Indicaciones

6.2.1. Indicaciones Absolutas:

A todos los pacientes atendidos en los diferentes servicios del Hospital Regional de Moquegua.

6.2.2. Indicaciones Relativas:

Pacientes que ingresen para cirugía ambulatoria y requieran ingreso a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA).

6.3. Contraindicaciones

No existe contraindicaciones.

6.4. Efectos adversos

No aplica.

6.5. Complicaciones

6.5.1. Complicaciones primarias

a. Locales:

Originadas por la progresión de la necrosis llegando a afectar a las articulaciones, originar fístulas y hemorragias graves. La infección se deberá sospechar en toda úlcera grado III y IV y en las superficiales con enrojecimiento de la piel, en la zona que rodea la úlcera o la supuración de la herida.

Los patógenos más frecuentes son gérmenes gramnegativos, anaerobios y estafilococcus aureus meticillin resistente.

La osteomielitis se debe sospechar ante úlceras de evolución tórpida, sepsis, leucocitosis sin otra causa o velocidad de sedimentación globular mayor o igual a 120 mm/h.

Otras de las complicaciones que pueden condicionar el manejo y tratamiento es el dolor. (7)

b. Sistémicas:

Anemia, sepsis, amiloidosis secundaria, endocarditis, tétanos, carcinoma de células escamosas, fístulas, complicaciones del tratamiento.



6.5.2. Complicaciones secundarias

- a. Infecciones nosocomiales
- b. Yatrogenia

VII. RECOMENDACIONES

- Valorar comorbilidades y medicación que aumenta el riesgo de desarrollar Lesión por Presión (LPP).
- Registrar como eventos adversos, en notas de enfermería e indicadores de enfermería.
- Reportar al médico de turno y/o guardia para manejo terapéutico.
- Valoración de riesgo de lesión por presión.
- Registrar las lesiones por presión mediante medidas y categorías.
- Valorar nutrición e hidratación del paciente.
- Educación continua al equipo de salud y familiares.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Almendariz. Úlceras por presión.. En: ¿Heridas crónicas y agudas? Madrid: EDIMSA; 1999.
2. Gerencia de atención integrada de Albacete. "guía de manejo de úlceras por presión y heridas crónicas. Sescam servicio de salud de castilla. [Online]. [cited 2024 11 10]. Available from: <https://ulceras.net/publicaciones/guia-ulceras-sescam-albacete.pdf>.
3. Soldevilla J, Torra J, Martínez F, OrbegozoX AB. impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE. (Eds). Atención integral de las heridas crónicas. Madrid: SPA, S.A. [Online].; 2004 [cited 2024 octubre 20].
4. Prevención, diagnóstico y manejo de úlceras por presión en el adulto. Evidencias y recomendaciones catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS- 104-08. Mexico – 2015.. [Online]. [cited 2024 Octubre 20. Available from: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>. accedido.
5. Latre Lopez AA, Crehuet Almirall1 M, Pascual Sala.. LESIONES POR PRESIÓN. 1Equip de Suport a la Cronicitat Complexa i Atenció Pal·liativa Pediàtrica de Girona (ESCCAPP-GI). [Online]. [cited 2024 noviembre 01. Available from: <https://www.pedpal.es/site/wp-content/uploads/2022/08/LPP-modificada.pdf>.
6. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel y Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) para la edición española. Cambridge Media: Perth. 2014.
7. Gobierno Federal Mexicano. Guía de Práctica Clínica. Prevención y tratamiento de úlceras por presión a nivel hospitalario. Evidencias y recomendaciones. 2009;(http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.).



IX. ANEXOS

- **ANEXO 01:** Categoría de Lesión por Presión.
- **ANEXO 02:** Escala de Norton Modificada.
- **ANEXO 03:** Escala de Braden Q.
- **ANEXO 04:** Neonatal Skin Risk Assessment Scale.
- **ANEXO 05:** Cartel de Identificación.
- **ANEXO 06:** Escala De Eva (Escala Visual Analógica).
- **ANEXO 07:** Reloj de Movilización de Cambio Postural.
- **ANEXO 08:** Bundle Prevención de Lesión por Presión.
- **ANEXO 09:** Notificación de las Lesiones por Presión.
- **ANEXO 10:** Criterios de Evaluación en Rondas de Seguridad del Paciente.



ANEXO 01 CATEGORIA DE LESIÓN POR PRESIÓN

ANEXO 1: CATEGORIA DE LESIÓN POR PRESIÓN

I

ESTADIO I

- Alteración en la piel íntegra
- Eritema cutáneo que no palidece al presionar.
- Temperatura de la piel (caliente o fría).
- Consistencia de los tejidos (edema, induración).
- Sensaciones (dolor, escozor)



II

ESTADIO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



III

ESTADIO III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.



IV

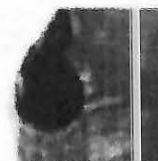
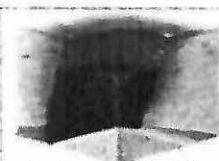
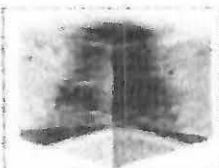
ESTADIO IV

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa.
- Necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).
- Pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.



CATEGORIA NO CLASIFICABLE

Pérdida completa de tejido en la que la base de la úlcera (lecho) está cubierta por esfacetos y/o escara.



SOSPECHA DE LESIÓN PROFUNDA NO DETERMINADA

Área localizada de piel intacta con decoloración marrón o violácea o con ampollas sanguinolenta debido a daño en tejidos subyacentes.



ANEXO 02 ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Buena 4	Alerta 4	Ambulante 4	Total 4	Ninguna 4
Mediana 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Disminuida 3	Ocasional 3
Regular 2	Confuso 2	Sentado 2	Muy limitada 2	Urinaria o fecal 2
Muy mala 1	Estupor/coma 1	Encamado 1	Individa 1	Urinaria y fecal 1

Estado físico

Buena 4	Regular 2	Muy mala 1
4 comidas diarias 4 raciones de proteínas Menú 2000 kcal Toma todo el menú Bebe 1500-2000 ml T° 36-37 °C Mucosas húmedas IMC 20-25 NPT y SNG	3 comidas diarias 3 raciones de proteínas Menú 1500 kcal Toma más de 1/2 menú Bebe 1000-1500 ml T° 37-37,5 °C Relleno capilar lento IMC >20-25	2 comidas día 2 raciones proteínas Menú 1000 kcal Toma 1/3 del menú Bebe 500-1000 ml T° 37,5-38 °C Piel seca, escamosa IMC ≥ 50

Estado mental

Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio

Alerta 4	Confuso 2	Estupor/coma 1
"Diga su nombre, día, lugar y hora"	Pasivo, torpe, órdenes sencillas: "Deme la mano"	Muy desorientado, agresivo o somnoliento: "Pellizcar la piel, en busca de respuesta"

Actividad

Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad

Ambulante 4	Encamado 1
Independiente Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o leve prótesis	Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas...)

Movilidad

Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales

Total 4	Muy limitada 2	Individa 1
Completamente autónomo	Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos	Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos

Incontinencia

Pérdida involuntaria de orina y/o heces

Ninguna 4	Urinaria o fecal 2	Urinaria y fecal 1
Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal	Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector penesano	No control de ninguno de los dos esfínteres

Fuente de Información: Tomada De: Romanos Calvo Beatriz, Casanova Cartié Natalia. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. GeroKomos [Internet]. 2017 [citado 2022 Oct 31]; 28(4): 194-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400194&lng=es.

ANEXO 03
ESCALA DE BRADEN Q

ESCALA BRADEN Q				
Intensidad y duración de la presión				PTCS
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil: No realiza ningún movimiento con el cuerpo o las extremidades sin ayuda.	2.- Muy limitada: Ocasionalmente realiza ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de realizar cambios frecuentes o significativos sin ayuda.	3.- Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda.	4.- Sin limitaciones: Realiza importantes y frecuentes cambios de posición sin ayuda.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1.- Encamado: Limitado a la cama.	2.- En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso y/o hay que ayudarlo para sentarse en una silla o en una silla de ruedas.	3.- Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte de cada turno en la cama o en la silla.	4.- Todos los pacientes demasiado jóvenes para caminar o camina frecuentemente. Camina fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos una vez cada dos horas durante las horas de paseo.
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad de responder adecuadamente, según su nivel de desarrollo, al discomfort relacionado con la presión	1.- Completamente limitada: No responde a estímulos dolorosos (no gime, no se estremece ni se agarra) debido a una sedación o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.	2.- Muy limitada: Responde solo a estímulos dolorosos. Incapacidad para comunicar malestar, excepto gimiendo o mostrando inquietud. O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en más de la mitad del cuerpo.	3.- Ligeramente limitada: Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de postura. O tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad de sentir dolor o malestar en una o dos extremidades.	4.- Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No tiene ninguna alteración sensorial que limite su capacidad de sentir o comunicar dolor o malestar.
Tolerancia de la piel y la estructura de soporte				
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Piel constantemente húmeda: La piel se mantiene húmeda casi permanentemente debido a la transpiración, orina, drenaje, etc. La humedad es detectada cada vez que se gira o mueve al paciente.	2.- Piel muy húmeda: La piel está húmeda a menudo pero no siempre. La ropa de cama debe ser cambiada al menos cada 8 horas.	3.- Piel ocasionalmente húmeda: La piel está húmeda de forma ocasional, necesitando cambio de la ropa de cama cada 12 horas.	4.- Piel raramente húmeda: La piel está casi siempre seca. Hay que cambiar los pañales de forma rutinaria. La ropa de cama solo hay que cambiarla cada 24 horas.
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO Fricción: ocurre cuando la piel se mueve contra la superficie de apoyo. Cizallamiento: ocurre cuando la piel y la superficie de apoyo adyacente rozan la una contra la otra.	1.- Problema significativo: La espasticidad, contracturas, prótesis o agitación se llevan a un movimiento y fricción casi constantes.	2.- Problema: Requiere ayuda de moderada a máxima para moverse. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un roce contra las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, necesitando recolocarlo con la máxima ayuda.	3.- Problema potencial: Se mueve débilmente o necesita una ayuda mínima. Mientras se mueve, es posible que la piel roce de algún modo con las sábanas, la silla u otros dispositivos. La mayor parte del tiempo mantiene una posición relativamente buena en la silla o cama, aunque ocasionalmente se desliza hacia abajo.	4.- Sin problema aparente: Es posible levantarlo completamente durante un cambio de postura. Se mueve independientemente en la cama y en la silla, y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente mientras se mueve. Mantiene una buena postura en la cama o en la silla en todo momento.
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos.	1.- Muy pobre: Está en ayunas o a dieta líquida o con suplementación más de 5 días. O albúmina < 2.5 mg/dl. O nunca come una comida completa. Raras veces come más de la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye 2 o menos raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Toma pocos líquidos. No toma un suplemento dietético.	2.- Inadecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad inadecuada de calorías y minerales para su edad. O albúmina < 3 mg/dl. O raras veces come una comida completa y generalmente sólo come la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye sólo 3 raciones de carne, pescado o productos lácteos al día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético.	3.- Adecuada: Se le administra una nutrición enteral (SNG) o nutrición parenteral (IV) que le proporciona una cantidad adecuada de calorías y minerales para su edad. O come la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 raciones de proteínas al día (carne, pescado, productos lácteos). Ocasionalmente rechaza una comida, pero normalmente toma un suplemento si se le ofrece.	4.- Excelente: Toma una dieta normal que le proporciona las calorías adecuadas para su edad. Por ejemplo, come/bebe la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Normalmente come un total de 4 o más raciones de carne, pescado, o productos lácteos al día. Ocasionalmente come entre comidas, pero no necesita suplementos.
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1.- Muy comprometida: Hipotensión (TA < 50 mmHg) < 40 en recién nacidos. O el paciente no tolera fisiológicamente los cambios posturales.	2.- Comprometida: Normotenso. el pH de la sangre es < 7.40. La saturación de oxígeno puede ser < 95%. O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl. O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	3.- Adecuada: Normotenso. el pH de la sangre es normal. La saturación de oxígeno puede ser < 95%. O la hemoglobina puede ser < 10 mg/dl. O el relleno capilar puede ser > 2 segundos.	4.- Excelente: Normotenso. la saturación de oxígeno es > 95%. Hemoglobina normal. y el relleno capilar < 2 segundos.
© Quigley S & Curley M. 1996 E. Versión en castellano. Quesada C. 2009				TOTAL

ANEXO 04 NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE

e-NSRAS

Neonatal Skin Risk Assessment Scale

	CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	HUMEDAD
1	≤28 semanas	COMPLETAMENTE LIMITADO 	COMPLETAMENTE INMÓVIL 	COMPLETAMENTE ENCAMADO/A 	MUY DEFICIENTE 	PIEL CONSTANTEMENTE HUMEDA
2	>28 ≤33 semanas	MUY LIMITADO 	MUY LIMITADA 	ENCAMADO/A 	INADECUADA 	PIEL HUMEDA
3	>33 ≤38 semanas	LIGERAMENTE LIMITADO 	LIGERAMENTE LIMITADA 	LIGERAMENTE LIMITADA 	ADECUADA 	PIEL OCASIONALMENTE HUMEDA
4	>38 hasta gestación	SIN LIMITACIONES 	SIN LIMITACIONES 	SIN LIMITACIONES 	EXCELENTE 	PIEL PARA VEZ HUMEDA

Se adjuntan dos métodos para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS. La primera clasifica el riesgo en dos niveles y la segunda clasifica en tres niveles

Neonato CON riesgo de UPP < 17 puntos

Neonato SIN riesgo de UPP > 17 puntos

Neonato con riesgo ALTO de UPP < 13 puntos

Neonato con riesgo MODERADO de UPP 13-17 puntos

Neonato con riesgo BAJO de UPP > 17 puntos

Fuente de Información: Adaptada de: García-Molina P, Balaguer-López E, García-Fernández FP, Ferrera-Fernández M de LÁ, Blasco JM, Verdú J. Pressure ulcers' incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units. Int Wound J. 2018;15(4):571-9.

ANEXO 05
CARTEL DE IDENTIFICACIÓN



V01-2024

CAMA: _____ HCL: _____

PCTE: _____

DNI: _____ EDAD: _____ F.ING: _____

SEGURO: _____

ALERGIAS: _____

NPO: ☐ TO: ☐ BHE: ☐

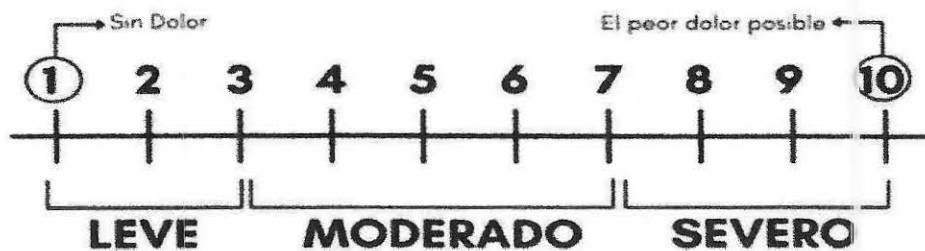
RIESGO DE CAÍDAS: BAJO ☒ MEDIANO ☐ ALTO ☒

RIESGO DE LPP : CON RIESGO ☐ SIN RIESGO ☐

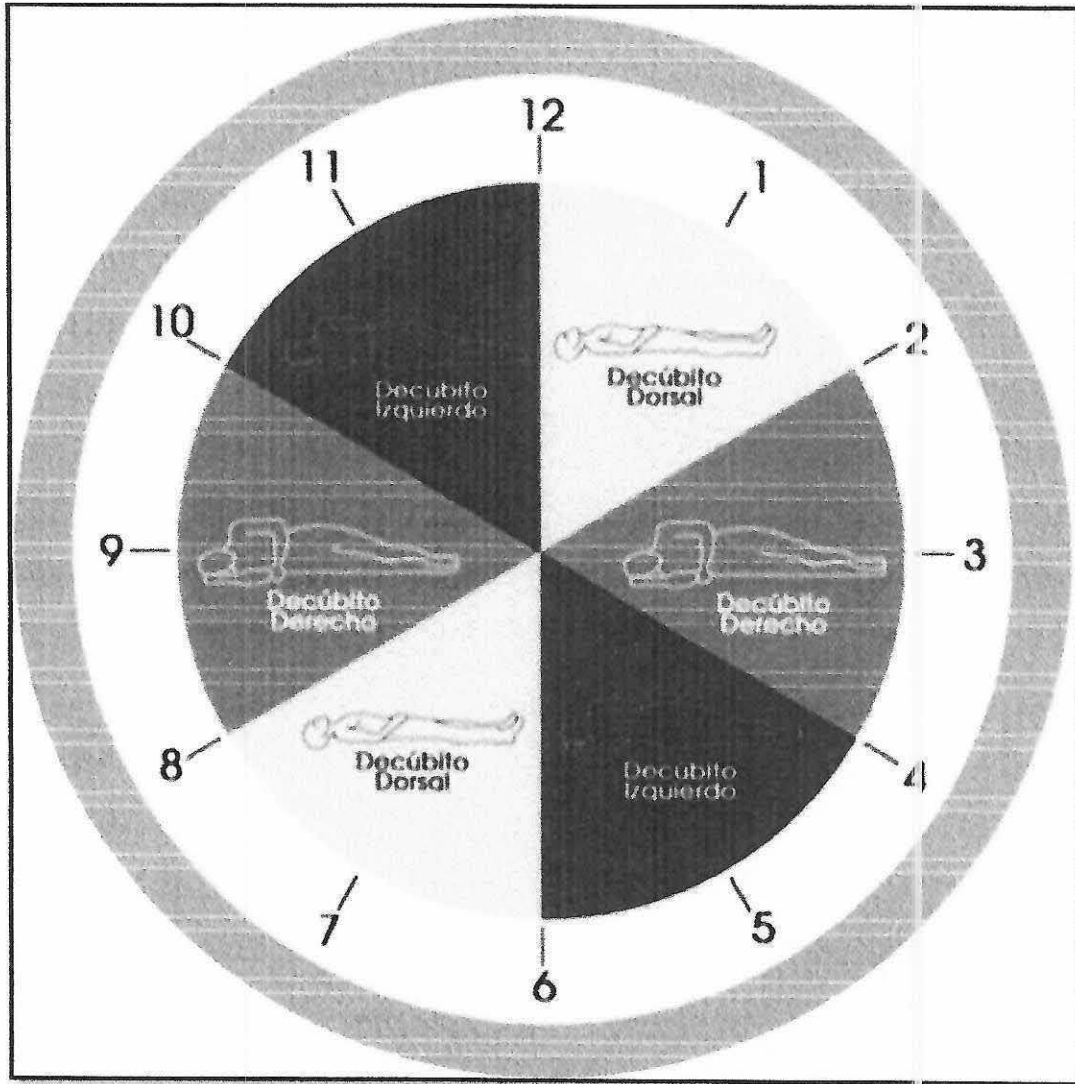


Fuente de Información: Equipo de Gestión de Departamento de Enfermería del Hospital Regional Moquegua.

ANEXO 06
ESCALA DE EVA
(ESCALA VISUAL ANALOGICA)



ANEXO 07
RELOJ DE MOVILIZACION DE CAMBIO POSTURAL



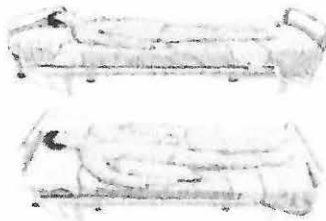
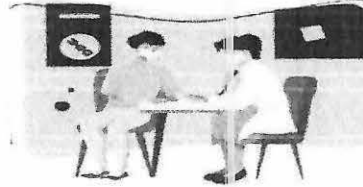
ANEXO 08 BUNDLE PREVENCIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN

BUNDLE PREVENCIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN

Guía técnica de procedimiento de enfermería: prevención y cuidados de lesión por presión

Evaluación de la piel y riesgo de Lesión por Presión

- Inspeccionar la piel al ingreso del paciente.
- Estar atento a las zonas de prominencias óseas y de contacto con los dispositivos médicos.
- Aplicar escala de predicción de riesgo.
- Reevaluar la piel de riesgo durante cada turno.



Superficies de soporte

- Seleccionar el colchón y la cama según el riesgo del paciente.
- Paciente que no se moviliza usaremos colchón viscoelástico o de presión alterna (neumático).

Movimiento

- Realizar el reposicionamiento cada 2-4 horas como máximo.
- Levantar la cabeza en un máximo de 30° de ser posible.
- Utilizar cojines para reposicionamiento.
- Mantener los talones flotantes.
- Estimular movimiento (cama a sillón, deambulador de ser posible).

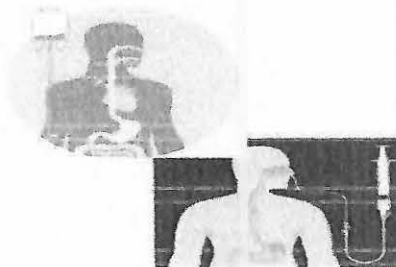


Manejo de la Incontinencia

- Mantener la piel limpia y seca.
- Utilizar el producto de limpieza para piel con Ph Fisiológico, ligeramente ácido.
- Favorecer el caminar al baño o el uso de pato.
- Usar protectores de piel de ser posible.
- corregir la diarrea con equipo multidisciplinario.
- Utilizar dispositivos para manejo de incontinencia (dispositivo urinario externo, o dispositivo para manejo fecal).

Nutrición

- Solicitar evaluación nutricional temprana para paciente con riesgo. "Verificar la aceptación de la dieta prescrita"
- Atención a pacientes con dieta enteral y parenteral.
- redoblar la atención con ayuno prolongado por prescripción, oesos y desnutridos.



ANEXO 09
NOTIFICACION DE LAS LESIONES POR PRESION

INDICADORES DE ENFERMERIA	MES																															TOTAL	
	DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
	TURNO	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN	TN		TN
PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REGISTRADOS																																	
N° de H.C. de pacientes hospitalizados con diagnosticos de enfermería en un periodo																																	
N° de H.C. de pacientes hospitalizados en el mismo periodo																																	
CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA																																	
N° de H.C. de pacientes hospitalizados con SOAPIE en un periodo																																	
N° de H.C. de pacientes hospitalizados en el mismo periodo																																	
PORCENTAJE DE AUTOEXTUBACION																																	
N° de pacientes que se autoextubaron en un periodo																																	
N° de pacientes intubados en el mismo periodo																																	
PORCENTAJE DE FLEBITIS																																	
N° de pacientes hospitalizados con flebitis en un periodo																																	
N° de pacientes hospitalizados con cateter venoso perifericoen el mismo periodo																																	
PORCENTAJE DE ULCERAS POR PRESION																																	
N° de pacientes hospitalizados con ulceras por presion nuevos en un periodo																																	
N° de pacientes hospitalizados con ulceras por presion en un periodo																																	
N° de pacientes hospitalizados con movilizacion limitada en el mismo periodo																																	
PORCENTAJE OBSTRUCCION DEL TUBO ENDOTRAQUEAL																																	
N° de pacientes hospitalizados con obstruccion del tubo endotraqueal																																	
N° de pacientes hospitalizados con tubo endotraqueal en el mismo periodo																																	
PORCENTAJE DE ERITEMA DE PAÑAL																																	
N° de pacientes hospitalizados con eritema de pañal en un periodo																																	
N° de pacientes hospitalizados que utilizan pañal en el servicio en el mismo periodo																																	
PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES SUSPENDIDOS EN HOSPITALIZACION																																	
N° de procedimientos especiales inadecuada preparacion en un periodo																																	
N° de pacientes hospitalizados programados para procedimientos especiales en el mismo periodo																																	
PORCENTAJE DE ONFALITIS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA																																	
N° de recien nacidos con onfalitis en un periodo																																	
N° de recien nacidos en neonatologia en el mismo periodo																																	
PORCENTAJE DE CAIDAS																																	
N° de pacientes hospitalizados que presentan caidas en un periodo																																	
N° de pacientes hospitalizados en el mismo periodo																																	
RESPONSABLE																																	

ANEXO 10
CRITERIOS DE EVALUACION EN RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
				SI	NO	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	1	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	2	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	3	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	4	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				
	5	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	6	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al respecto, preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	7	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.				
	8	Aplicación de guía de evaluación de úlceras por presión según estadios.	Verificar la existencia de la Guía de Evaluación, verificar existencia de los insumos descritos en la guía.				
	9	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como aquellos atendidos en domicilio.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				

