



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 16 de Septiembre del 2022.

VISTOS:

El expediente N° 22-012576-001, que contiene el Informe N° 0159-2022-DE-INCEN/MINSA, de la Jefa del Departamento de Enfermería; el Informe N° 092-2022-UO-OEPE/INCEN del Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; el Proveído N° 371-2022-OEPE/INCEN, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 358-2022-OAJ/INCEN de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que "La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo", "La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el mismo que tiene como objetivo establecer los requisitos y las condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el segundo párrafo del artículo 5° del citado reglamento, dispone que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimientos, seguridad y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que tiene por finalidad fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos, y en el numeral 5.1 define al Documento Normativo del Ministerio de Salud, a todo aquel documento aprobado por el Ministerio de Salud que tiene por finalidad transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos; así como facilitar el adecuado y correcto desarrollo de competencias, funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles de atención de salud, niveles de gobierno y subsectores de salud, según corresponda;



Que, el numeral 6.1.3 del artículo VI, del citado cuerpo normativo señala 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 metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica (...);"

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado con Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, establece que son objetivos funcionales generales del Instituto, entre otros, innovar permanentemente las normas, métodos y técnicas para la salud en el campo neurológico y Neuroquirúrgico;

Que, mediante Informe N° 0159-2022-DE-INCN/MINSA, de fecha 02 de setiembre de 2022, la Jefa del Departamento de Enfermería, solicita al Director General del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, la revisión y aprobación mediante acto resolutivo de la Guía Técnica: "Prevención de Lesiones por Presión";

Que, la Guía Técnica: "Prevención de Lesiones por Presión" tiene por finalidad estandarizar y unificar criterios técnicos en la prevención de lesiones por presión por parte del profesional de enfermería mediante la valoración oportuna y cuidados preventivos garantizando la seguridad del paciente hospitalizado en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas; y tiene como objetivo general prevenir la aparición de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados de los servicios de neurología, neurocirugía, centro neuroquirúrgico, emergencia y áreas críticas en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

Que, mediante Informe N° 092-2022-UO-OEPE/INCN, de fecha 06 de setiembre de 2022, se cuenta con la opinión favorable del Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, ratificado por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico con el Proveído N° 371-2022-OEPE/INCN, de fecha 06 de setiembre de 2022, en cumplimiento con los criterios de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobando la Guía Técnica: Prevención de Lesiones por Presión elaborada y presentada por el Departamento de Enfermería,

Que, el inciso h) del artículo 10° del Reglamento de Organización y funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado con Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA, establece como objetivos funcionales de la Dirección General como Órgano de Dirección del Instituto lo siguiente: "*Lograr la mejora continua de procesos organizacionales en el Instituto Nacional enfocado en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo del modelo organizacional*";

Que, estando a lo propuesto por la Jefa del Departamento de Enfermería y estando con la opinión técnica favorable de la Dirección Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, es pertinente emitir el acto resolutivo que apruebe la Guía Técnica "Prevención de Lesiones por Presión"; en uso de las facultades conferidas en el inciso g) del artículo 11° del Reglamento de Organización y funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado con Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA;

Con la visaciones de la Jefa del Departamento de Enfermería, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;



D. TEJADA P.



J. MEDINA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 16 de Septiembre del 2022.

SE RESUELVE:

Artículo Primero. – **APROBAR** la Guía Técnica: “Prevención de Lesiones por Presión”, y que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo. - **ENCARGAR** al Departamento de Enfermería el seguimiento y el debido cumplimiento de la Guía Técnica: “Prevención de Lesiones por Presión”.

Artículo Tercero. – **DEJAR SIN EFECTO** todo acto resolutivo que se oponga a la presente resolución.

Artículo Cuarto. - **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en la página web institucional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, conforme a las normas de la Ley de Transparencia y Acceso al Información Pública.

Regístrase, comuníquese y cúmplase



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
M.C. Esp. JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO
Director del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



JEMR/CLBV,
Visaciones
D.G.
DE
OEPE
OAJ



INCN

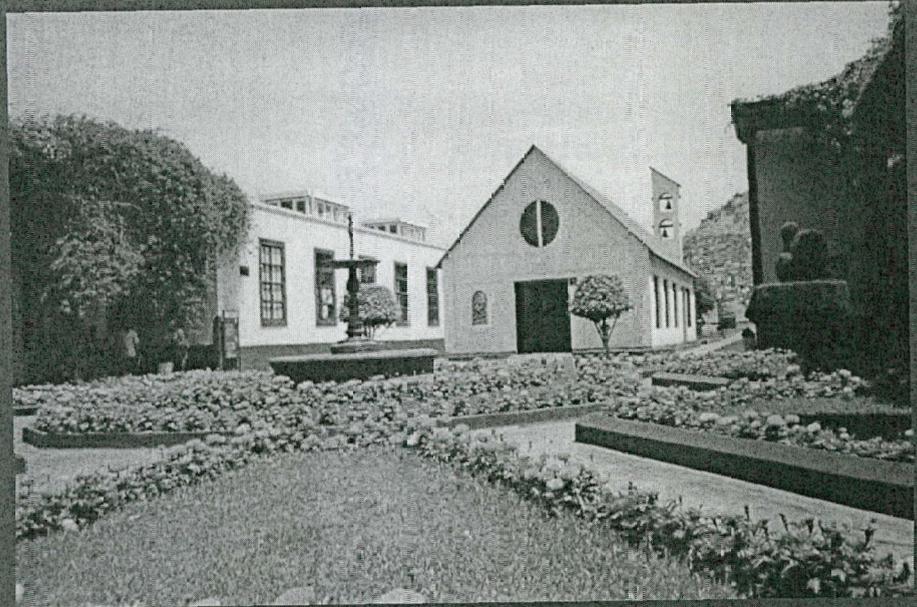


PERÚ Ministerio de Salud

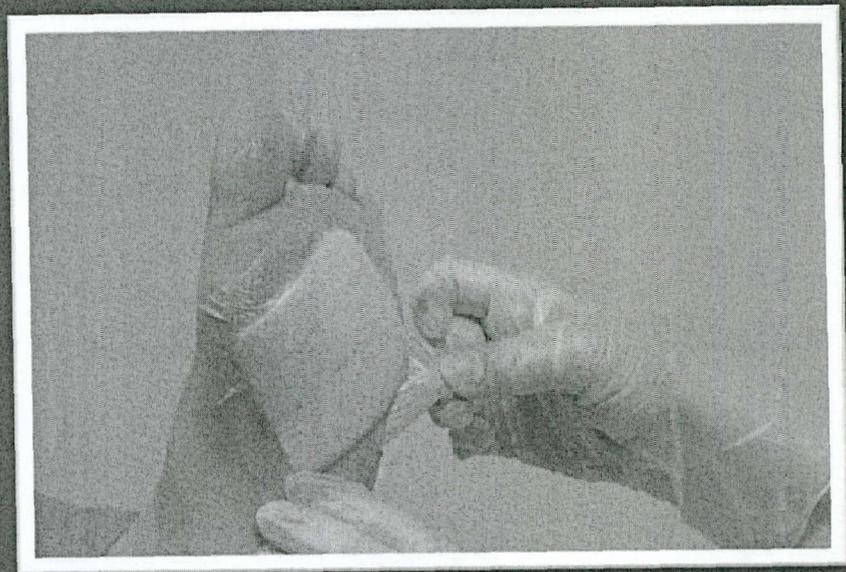
Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



GUÍA TÉCNICA: PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN



2022



D. T. MEDINA



J. MEDINA

Jr. Ancash N° 1271
Barrios Altos, Lima - Perú
Dirección General - Teléfono: N° 328-1473
Central Telefónica N° 411-7700
www.incn.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



GUÍA TÉCNICA: PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN





DIRECTORIO:

M.C. ESP. JORGE ENRIQUE MEDINA RUBIO

DIRECTOR GENERAL

M.C.ESP. JOSÉ JAVIER CALDERÓN SANGUINEZ

EJECUTIVO ADJUNTO DE DIRECCIÓN GENERAL

ECON. DAVID ALEJANDRO TEJADA PARDO

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

LIC. ENF. ANGELA VICENCIO ROMERO

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ELABORACIÓN:

LIC. ESP. KATHERINE NAVARRO SULCA

LIC. ESP. VICTORIA ALBINO VILLANUEVA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

MG. GREGORIA CAPITÁN RIOJA

MG. SARA TALLEDO VELA

REVISOR ESPECIALISTA DE CONTENIDO

LIC. ESP. VIRGINIA LUIS GUERRERO

REVISOR ORTOTIPOGRÁFICO GRAMATICAL

APOYO Y SOPORTE ADMINISTRATIVO:

TÉC. LUIS MIGUEL CRUZADO SALAZAR

JEFE DE LA UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

BACH. DIEGO ALEXANDER FERIA ROJAS

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

Lima, Perú
2022





ÍNDICE

N°	CONTENIDO	PÁG.
	CUADRO DE CONTROL	05
I.	FINALIDAD	06
II.	OBJETIVO	06
	2.1. OBJETIVO GENERAL	06
	2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	06
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	06
IV.	NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	06
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	07
	5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS	07
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	10
	6.1. RESPONSABLES	10
	6.2. INDICACIONES	10
	6.3. CONTRAINDICACIONES	11
	6.4. REQUISITOS	11
	6.5. COMPLICACIONES	11
	6.6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	11
	6.7. CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA	12
	6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
VII.	RECOMENDACIONES	14
VIII.	ANEXOS	14
	ANEXO 01: IMÁGENES	15
	ANEXO 02: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESCALA DE NORTON	16
	ANEXO 03: SEMP ESTÁTICAS Y DINÁMICAS	19
	ANEXO 04: RELOJ	20
	ANEXO 05: FLUJOGRAMA	21
IX.	BIBLIOGRAFÍA	22





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres" "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional" "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"



GUÍA TÉCNICA: PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

ROL	ORGANO	FECHA	V° B°
ELABORADO	DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	AGOSTO, 2022	
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO (UNIDAD DE ORGANIZACIÓN)	AGOSTO, 2022	
	OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA	SETIEMBRE, 2022	
APROBADO	DIRECCIÓN GENERAL	SETIEMBRE, 2022	





GUÍA TÉCNICA: PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar criterios técnicos en la prevención de lesiones por presión por parte del profesional de enfermería mediante la valoración oportuna y cuidados preventivos garantizando la seguridad del paciente hospitalizado en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

II. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GENERAL

Prevenir la aparición de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados de los servicios de neurología, neurocirugía, centro neuroquirúrgico, emergencia y áreas críticas en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar precozmente a los pacientes con riesgo de presentar LPP.
- ✓ Contribuir en la disminución de la incidencia de las LPP en pacientes hospitalizados.
- ✓ Establecer los cuidados específicos en la prevención de LPP en los pacientes con factores de riesgo identificados.
- ✓ Implementar la aplicación de la escala de Norton como medida de prevención de lesiones por presión.
- ✓ Socializar a los/ las licenciados (as) en la aplicación de la escala de Norton como medida de prevención de riesgo ante las lesiones por presión.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica está dirigida a todo el personal responsable del cuidado de los pacientes enfermeros (as) y técnicos (as).

La guía técnica se dará a conocer y aplicará en todas las salas de hospitalización de Neurología, neurocirugía, neuropediatría, emergencia y neurocríticos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- Guía Técnica de Procedimiento de Enfermería:
 - Prevención de lesiones por presión (LPP).





V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

a. Definición del procedimiento

La prevención de las LPP constituye actualmente uno de los objetivos esenciales convirtiéndose en uno de los parámetros indicativos de calidad asistencial.

La prevención no sólo reduce la incidencia y recurrencia de LPP, sino que también disminuye el dolor y las complicaciones que de ellas pueden derivarse, así como la duración de los tratamientos y por ende el gasto sanitario.

b. Conceptos básicos

- **Definición de lesiones por presión (LPP)** Las lesiones por presión, antiguamente llamadas úlceras por presión, son daños localizados en la piel y/o el tejido subyacente, como resultado de la presión o la presión en combinación con el cizallamiento.
- **Localización de las lesiones por presión (LPP)** Las zonas más susceptibles de desarrollar LPP son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, que coincide sobre las prominencias óseas y que varía dependiendo de la posición del paciente, las más frecuentes son: sacro, los glúteos, los talones, el pliegue interglúteo, el trocánter y los maléolos. (Ver Anexo 01)
También pueden producirse en lugares donde se pliega la piel o donde equipamiento médico aplica presión contra la piel, tales como:
 - ❖ 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.
 - ❖ 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.
- **Factores de riesgo:** Las lesiones por presión se presentan en cierto grupo poblacional expuesto a factores de riesgo. Se clasifica en intrínsecos y extrínsecos:
 - **Factores de riesgo extrínsecos:** Son aquellos factores relacionados con su entorno y controlados por el propio paciente o el cuidador. Tales como:
 - ❖ **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, un perteneciente al paciente y el otro a otra superficie.



P. TEJADA P.



- ❖ **Fricción:** Cuando la superficie corporal (piel) roza contra otra superficie (sábanas, sondas) produce abrasión de la piel.
 - ❖ **Cizallamiento:** Se ejercen fuerzas tangenciales en sentido contrario al desplazamiento del paciente sobre un plano duro. Estas fuerzan producen estiramientos, obstrucciones o lesiones en los tejidos.
 - ❖ **Humedad:** La humedad provocada por incontinencia urinaria o fecal provocada por maceración de la piel y edema.
- **Factores de riesgo intrínsecos:** Son aquellas condiciones inherentes al propio paciente relacionados con su estado de salud.
 - ❖ Movilidad limitada o inmovilidad.
 - ❖ Alteraciones sensitivas y motoras.
 - ❖ Estado nutricional.
 - ❖ Edad.
 - ❖ Enfermedad de base.
 - ❖ Alteraciones del estado de consciencia: Estupor, confusión, coma.

- Estadios de las LPP

- **Estadio I.** Aquí se observa un eritema en la epidermis que no desaparece con la digitopresión, la piel está intacta. (Ver anexo 01)
- **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. (Ver anexo 01)
- **Estadio III.** Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión del tejido subcutáneo, que puede extenderse hasta la fascia muscular. (Ver anexo 01)
- **Estadio IV.** Pérdida de todo el espesor cutáneo, más destrucción, necrosis tisular o lesión del musculo y/o hueso. Abundante exudado y tejido necrótico, pudiendo presentar trayectos sinuosos y socavados. (Ver anexo 01)

- Valoración de riesgo

La valoración de riesgo, se considera el primer paso frente a la prevención de las LPP ya que permite determinar qué tan susceptible es el paciente para presentar lesiones en su piel, para ello se utiliza escalas de valoración de riesgo, la cual se realizará inmediatamente al ingreso y de forma periódica durante su estancia.

- Uso de Escalas de valoración de riesgo de LPP

Es un instrumento objetivo para para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar LPP mediante una puntuación, en función de una serie de parámetros considerados factores de riesgo. Para la presente guía se utilizará la escala de Norton.





- Escala de Norton

Es la primera escala descrita en la literatura, y fue desarrollada en 1962 por Norton McLaren y Exton-Smith. La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer una lesión por presión, orientando a la toma de decisiones. (Ver anexo 02)

• Variables de la Escala de Norton:

- ❖ **Estado físico general;** aquí se valorará la nutrición, hidratación, temperatura corporal y la ingesta de líquidos.
- ❖ **Estado mental;** aquí comprenderá el estado de conciencia del paciente, así también el estado confusional.
- ❖ **Actividad;** se valora que tan dependiente o independiente está el paciente frente a realizar sus necesidades básicas.
- ❖ **Movilidad,** aquí valoramos si el paciente es capaz de realizar por si solo sus cambios posturales.
- ❖ **Incontinencia;** valora tanto la eliminación vesical como la intestinal, ya que estos también son fuentes que contribuyen en la aparición de alguna LPP.

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno.	4. Alerta.	4. Camina.	4. Total.	4. Ninguna.
3. Mediano.	3. Apático.	3. Camina con ayuda.	3. Limitada.	3. Ocasional.
2. Regular.	2. Confuso.	2. Muy limitada.	2. Muy limitada.	2. Urinaria o fecal.
1. Muy Malo.	1. Estuporoso o comatoso.	1. En cama.	1. Inmovil.	1. Doble incontinencia.

- Puntuación de 5 a 9. Riesgo Muy Alto.
- Puntuación de 10 a 12. Riesgo Alto.
- Puntuación de 13 a 14. Riesgo Medio.
- Puntuación mayor a 14. Riesgo Mínimo/ No Riesgo.

La puntuación máxima de la Escala de Norton de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una LPP cuando la puntuación total es de 14 o inferior. (Ver Anexo 02: Cuadro descriptivo de la escala de Norton).

Protección local en zonas vulnerables

En las zonas con especial riesgo de desarrollar LPP se pueden utilizar sistemas de protección local que manejen la presión, principalmente en los talones, el sacro y los maléolos. Se utilizará lo siguiente:





- **Ácidos Grasos Hiperoxigenados (AGHO)**

Los AGHO son una mezcla de aceites, su aplicación forma parte de los protocolos de prevención de LPP. Se recomienda la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en los puntos de apoyo, donde hay riesgo de desarrollo de LPP o en estadio I. Tiene las siguientes características:

- ❖ Protegen la piel frente a las causas que originan la aparición de las UPP.
- ❖ Evitan la deshidratación cutánea y restauran la película hidrolipídica.
- ❖ Aumentan la resistencia al rozamiento.
- ❖ Mejoran la troficidad cutánea.
- ❖ Impulsan la renovación celular y mejoran la microcirculación sanguínea evitando la isquemia tisular.

- **Superficies especiales del manejo de la presión (SEMP)**

Las SEMP son un conjunto de dispositivos diseñados específicamente para reducir o aliviar la presión de toda la superficie corporal del paciente que contacta con una superficie de apoyo (cama, silla) Se clasifican en:

- **SEMP Estáticas**

Reducen la presión aumentando el área de contacto con el paciente, ajustándose al contorno del cuerpo y distribuyendo el peso sobre una superficie mayor. Aquí tenemos: colchones-cojines viscoelásticos, colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, etc. (Ver Anexo 03)

- **SEMP Dinámicas**

Permiten variar los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo. Para ello el sistema permite que las celdas de aire se hinchan y deshinchan de forma alternativa, con una frecuencia determinada. Ejemplo de estas superficies son: colchones, colchonetas y cojines alternantes de aire. (Ver Anexo 03)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. RESPONSABLES

- Lic. enfermera(o) general.
- Lic. enfermera (o) especialista.

INDICACIONES

- **Absolutas**
 - Pacientes con trastorno de la consciencia: confusos, soporoso.
 - Pacientes con déficit motor y sensitivo: hemiplejía, cuadripléjicos, parapléjicos.
 - Pacientes con mielopatías: Síndrome de Guillan Barré, mielitis transversa.





- Pacientes en ventilación mecánica, sedo analgesia, coma barbitúrico.
- Pacientes con grado de dependencia III- IV.

- **Relativas**

- Postoperados de columna.
- Pacientes en reposo relativo.

6.3. CONTRAINDICACIONES

- Pacientes que deambulan.
- Pacientes con grado de dependencia I, II.

6.4. REQUISITOS

- Consentimiento informado: No requiere.

6.5. COMPLICACIONES

- Desarrollar lesiones por presión.
- Reducción de la calidad de vida del paciente.
- Aumento de la estancia hospitalaria y costo hospitalario.
- Infecciones nosocomiales.

6.6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

a. Recursos humanos

- Licenciada (o) en enfermería general.
- Licenciada (o) en enfermería especialista.
- Técnico de enfermería.

b. Materiales

b.1. Equipo biomédico

- Coche de curaciones.
- Biombo.

b.2. Material médico no fungible

- Formato de escala de Norton.
- Registros de enfermería.

b.3. Material médico fungible

- Guantes estériles o de barrera según corresponda.
- Gorros.
- Gafas de protección.
- Mascarilla N95.





- Mandil descartable.
- Colchones anti escaros.
- Dispositivos antiescaras, almohada, cojines.
- Ácidos Grasos hiperoxigenados AGHO: linovera.
- Jabón glicerina u otros.
- Productos hidratantes.

c. Infraestructura y equipamiento

- Ambiente de la atención del paciente.

6.7. CONSIDERACIONES DE ENFERMERIA

- Para identificar el grado de riesgo del paciente a desarrollar LPP se aplicará la escala de Norton.
- Es conveniente leer el instructivo de la Escala de Norton antes de su aplicación.
- La escala de valoración de Norton se aplicará al ingreso del paciente, a los 14 días y al alta.
- Es imprescindible una adecuada nutrición para evitar la aparición de las LPP.
- Mantener la piel limpia libre de humedad e hidratada.
- Tener en cuenta que los dispositivos para la prevención LPP (colchón, almohadas, cojines) sólo es materia complementaria que no sustituye a la movilización.
- Las superficies de apoyo son un valioso aliado en la reducción y alivio de la presión, pero en ningún caso sustituyen a los cambios posturales.

6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a. Preparación del paciente

1. Compruebe identidad del paciente.
2. Explique al paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
3. Preserve su intimidad en la medida de lo posible.
4. Coloque al paciente en la posición más adecuada y cómoda, tanto para el propio paciente como para el profesional que va realizar el procedimiento.

b. Durante el procedimiento

1. Lavado de manos según Norma Técnica N° RM N°255-2016/MINSA.
2. Colóquese el Equipo de protección personal: mandil, guantes, gafas, mascarilla, guantes no estériles.
3. Realice la valoración inicial de ingreso según la escala de Norton de acuerdo a los ítems de evaluación.
4. Registre el resultado de la valoración de riesgo en la historia clínica.
5. Establecer plan de cuidados individualizado de acuerdo al valor del riesgo identificado.





6. Aplicar las medidas preventivas a pacientes identificados con riesgo de desarrollar LPP:

• **Cuidados de la piel y mucosas**

- Inspeccione el estado de la piel como mínimo una vez al día, en busca de: eritema, palidez al presionar, calor localizado, edema, induración, deterioro de la piel, escoriaciones.
- Prestar atención en las prominencias óseas, los talones, región sacra.
- Mantenga la piel del paciente limpia y seca en todo momento libre de exceso de humedad prestando especial atención a los pliegues cutáneos.
- Mantenga una higiene básica de la piel con jabón neutro no irritativo y agua tibia sin friccionar.
- No frotar vigorosamente la piel durante el baño.
- Mantener la ropa de cama limpia y sin arrugas.
- No aplique soluciones irritantes que contienen alcohol.
- Aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores: Hidrocoloides, Películas y espumas de poliuretano.
- En pacientes con alto riesgo de padecer UPP o en estadio I aplique ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en zonas de riesgo sin dar masajes extendiéndolo con suavidad.

• **Cambios posturales**

- Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural. (Utilización de superficies de apoyo, protección local ante la presión).
- Realice los cambios posturales (siempre que no esté contraindicado) cada 2 - 3 horas, siguiendo una rotación programada e individualizada (manecillas del reloj). Ver Anexo 04.
- Mantener la alineación corporal distribuyendo el peso, equilibrio y estabilidad del paciente.
- Mover al paciente evitando el arrastre que produce fricción y los movimientos de cizalla.
- En decúbito lateral no exceder el ángulo de 30° de inclinación para evitar apoyar el peso sobre los trocánteres.
- Utilice medios complementarios que mitiguen la presión: cojines, apósitos, colchones antiescaras.
- Utilice almohadas o cojines para evitar el contacto entre sí de las prominencias óseas: trocánter, tobillos, talones y maléolos.
- Utilice dispositivos que eleven y descarguen el talón completamente de tal manera que distribuyan el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla sin presionar el talón de Aquiles.





- Evite colocar al paciente sobre catéteres, drenajes u otros dispositivos terapéuticos.
- Vigile los dispositivos diagnósticos o terapéuticos que puedan producir presión: equipo de oxigenoterapia, movilización de sondas, férulas, yesos.

- **Movilización**

- Fomentar el movimiento del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Facilite el uso de dispositivos de ayuda para la deambulación en la medida de las posibilidades del paciente (barandillas, andador, bastones).
- En personas con movilidad comprometida, realizar ejercicios de movilización pasiva asistidas 3 o 4 veces al día.
- Levante al sillón cuanto sea posible aumentando gradualmente el tiempo de sedestación.

- **Nutrición**

- Cumplir con la administración de dieta indicada por el médico que cubra el aporte calórico, proteico e hídrico del paciente.

7. Registre el procedimiento brindado al paciente en las anotaciones de enfermería.

8. Elabore los diagnósticos de enfermería según corresponda:

- 00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- 00046: Deterioro de la integridad cutánea.
- 00304: Riesgo de lesiones por presión en adultos.
- 00312: Lesión por presión en adultos.

VII. RECOMENDACIONES

- Fomentar la actualización permanente de la guía de valoración de riesgo.
- Realizar periódicamente la evaluación referente la eficacia de la aplicación de la guía técnica de valoración de riesgo de las LPP.
- Implementar en todos los servicios la aplicación de la guía de valoración de LPP.
- Es aconsejable la inclusión de los pacientes y familiares en la realización de los cuidados.
- Proporcione información a los pacientes con riesgo de LPP, sus familiares y cuidadores.

VIII. ANEXOS

ANEXO 01: IMÁGENES

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESCALA DE NORTON

ANEXO 03: SEMP ESTÁTICAS Y DINÁMICAS

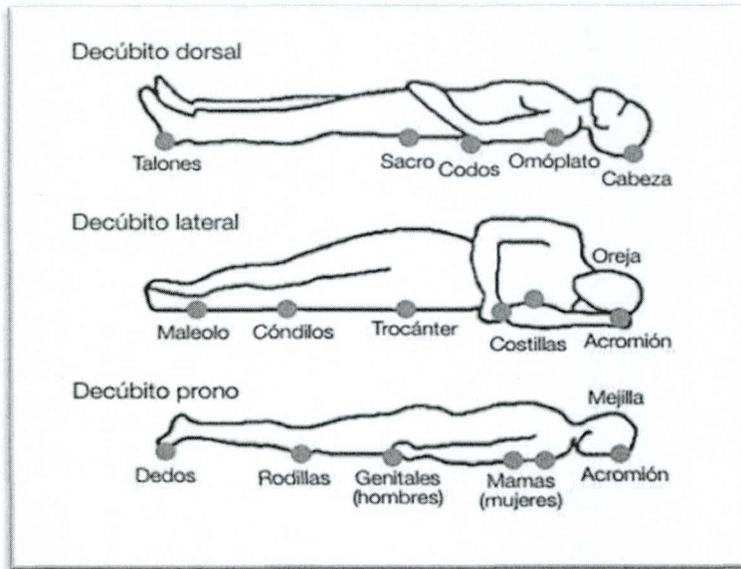
ANEXO 04: RELOJ

ANEXO 05: FLUJOGRAMA





ANEXO 01 IMÁGENES



Zonas más comunes de LPP según posición del paciente.

		RECREACIÓN HISTOLÓGICA	IMAGEN REAL
ESTADIO I	➔		
ESTADIO II	➔		
ESTADIO III	➔		
ESTADIO IV	➔		

Clasificación de estadios de LPP.





ANEXO 02

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESCALA DE NORTON

Apellidos y nombres: _____
 Servicio: _____
 Cama: _____
 Edad: _____
 HCL.: _____

Diagnóstico médico: _____
 Fecha de ingreso al INCN: _____
 Fecha de ingreso al servicio: _____
 Hora: _____

Variables		Fecha de evaluación		
		1°(ingreso)	2°	3°
Estado general	Bueno	4	4	4
	Regular	3	3	3
	Malo	2	2	2
	Muy malo	1	1	1
Estado mental	Alerta	4	4	4
	Apático	3	3	3
	Confuso	2	2	2
	Estuporoso y comatoso	1	1	1
Movilidad	Total	4	4	4
	Disminuida	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1
Actividad	Deambula	4	4	4
	Deambula con ayuda	3	3	3
	Sentado	2	2	2
	encamado	1	1	1
Incontinencia	Ninguno	4	4	4
	Ocasional	3	3	3
	Urinaria	2	2	2
	Urinaria y fecal	1	1	1
Puntaje obtenido				
Firma y sello de enfermera(o)				

Puntuación de Valoración de Riesgo:

Puntuación		1°	2°	3°
5 - 9	Riesgo muy alto			
10 - 12	Riesgo alto			
13-14	Riesgo medio			
Mayor 14	Sin riesgo			





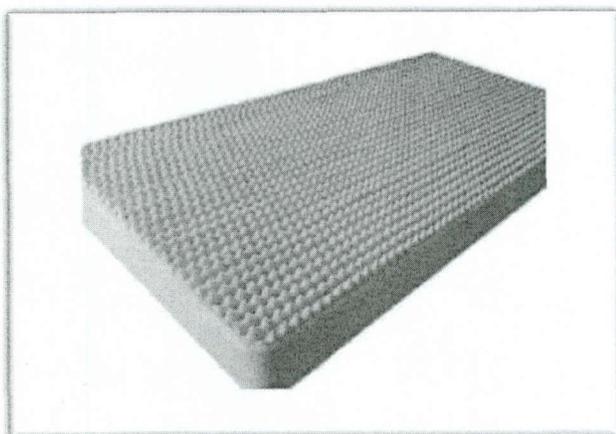
Cuadro descriptivo de la escala de Norton

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
<p>BUENO</p> <p>Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú</p> <p>Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento</p> <p>Temperatura corporal: 36 a 37 °C</p> <p>Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos)</p>	<p>Alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente orientado en tiempo, lugar y persona • Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles • Comprende la información. 	<p>Ambulante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente total • No necesita depender de otra persona • Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis. 	<p>Total</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla. 	<p>Ninguna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de ambos esfínteres • Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal.
<p>MEDIANO</p> <p>Nutrición: persona que realiza tres comidas diarias. Toma más de la mitad del menú</p> <p>Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa</p> <p>Temperatura corporal: 37 a 37,5 °C</p> <p>Ingesta de líquidos: 1.000 a 1.500 ml/día (5-7 vasos)</p>	<p>Apático</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso • Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado • Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante 	<p>Camina con ayuda</p> <p>La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de 3 puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas)</p>	<p>Disminuida</p> <p>Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos</p>	<p>Ocasional</p> <p>No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h</p>
<p>POBRE</p> <p>Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú .</p> <p>Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.</p> <p>Temperatura corporal: 37,5 a 38 °C</p> <p>Ingesta de líquidos: 500 a 1.000 ml/día (3-4 vasos).</p>	<p>Confuso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto, agresivo, irritable, dormido • Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos • Cuando despierta responde verbalmente, pero con discursos breves e inconexos. 	<p>Sentado</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. • La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica. 	<p>Muy limitada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos. 	<p>Urinaria o fecal</p> <ul style="list-style-type: none"> • No controla uno de sus esfínteres permanentemente



	<ul style="list-style-type: none"> • Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse • Intermitente desorientación en tiempo, lugar y persona. 			
<p>MUY MALO</p> <p>Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú</p> <p>Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento</p> <p>Temperatura corporal: > 38,5 y < 35,5 °C • Ingesta de líquidos: < 500 a ml/día (< 3 vasos)</p>	<p>Estuporoso y/o comatoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desorientación en tiempo, lugar y persona • Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto • Comatoso, ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. 	<p>Encamado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total) • Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc.) 	<p>Inmóvil</p> <p>Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla</p>	<p>Urinaria y fecal</p> <p>No controla ninguno de sus esfínteres</p>

Clasificación de Superficies especiales del manejo de la presión (SEMP)



Colchón estático.



Sobre colchón- colcheneta dinámica.



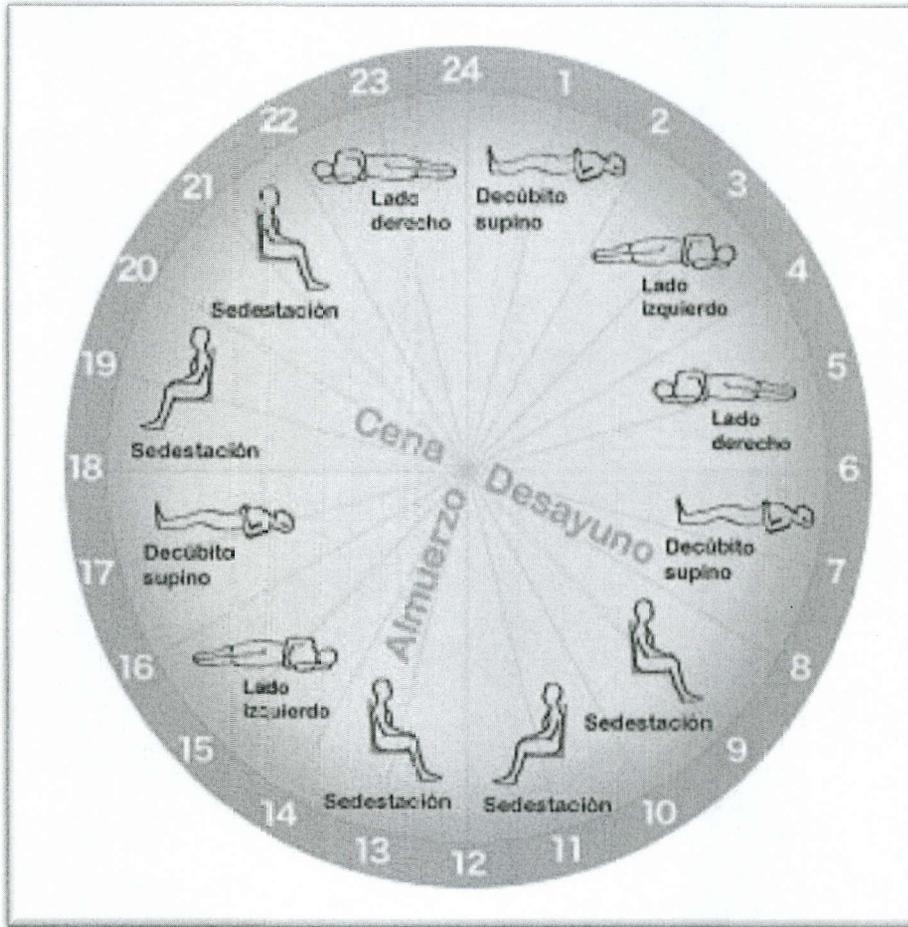


ANEXO 03 SEMP ESTÁTICAS Y DINÁMICAS

Tabla 2. Superficies de apoyo	
ESTÁTICAS	
•	Colchonetas-cojines estáticos de aire
•	Colchonetas-cojines de fibras especiales (siliccnizadas)
•	Colchonetas de espumas especiales
•	Colchones-cojines viscoelásticos
DINÁMICAS	
•	Colchones-colchonetas-cojines alternantes de aire
•	Colchones-colchonetas alternantes de aire con flujo de aire
•	Camas y colchones de posicionamiento lateral
•	Camas fluidificadas
•	Camas bariátricas
•	Camas que permiten el decúbito



ANEXO 04

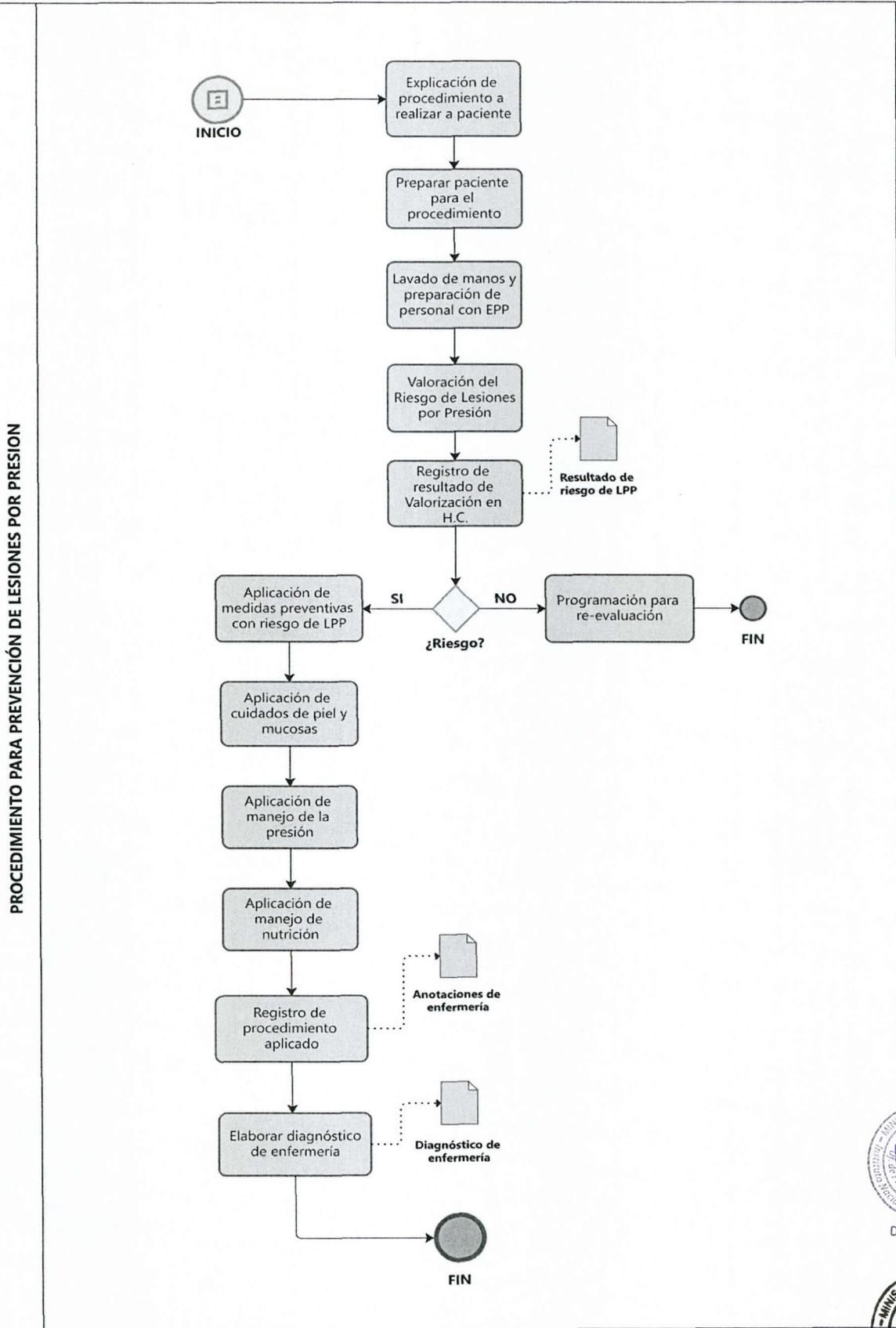


Reloj de cambios posturales.





ANEXO 05 FLUJOGRAMA





BIBLIOGRAFÍA

1. Marin, N. Prevención de lesiones por presión [Internet]. Hospital San Vicente Fundación, 2021. Disponible en: <https://www.sanvicentefundacion.com/blog/salud/adulto-mayor-cuidadores/prevencion-de-lesiones-por-presion>.
2. Abad García R, Aguirre Aranaz RM. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión [Internet]. 2017 [citado 10 abril 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf.
3. Guía de procedimiento de enfermería "Prevención y cuidados de úlceras por presión ". Instituto Nacional de salud del niño .2021 .Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/guia-de-procedimientos/>.
4. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. España 2015. Disponible en: https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Prevencion_UPP.pdf.
5. Villanueva De la cruz, M. V. Factores de riesgo y presencia de úlceras por presión en adultos hospitalizados, en áreas críticas Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú.2019.
6. Peris Armero A, Gonzales Chordá V. Prevención de las úlceras por presión en el paciente encamado: nuevas evidencias [Internet]. Revista científica de enfermería. 2018 [citado 5 mayo 2022]. Disponible en: <https://recien.ua.es/article/view/2018-n16-prevencion-de-ulceras-por-presion-en-paciente-encamado-nuevas-evidencias>.



D. TEJADA P.



J. MEDINA

