



# Resolución Directoral

Miraflores, 09 de Enero de 2023.

## VISTO:

Los Expedientes Nros 22-020463-001 y 22-018072-001 que contienen el Informe N° 232-DE-HEJCU-2022 emitido por la Jefa del Departamento de Enfermería, el Memorando N° 130 y 131-2022-OGC-HEJCU emitido por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 146-2022-OEPP-HEJCU emitido por la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Plancamiento y Presupuesto, quien, a su vez, remite el Informe Técnico N° 095-2022-EOM-OEPP-HEJCU de la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

## CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del título preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, de conformidad con el numeral 72.2 del artículo 72° del T.U.O. de la Ley N° 27444 aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;

Que, de conformidad con el artículo 1° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece como objeto los requisitos y 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 de los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA se aprobó el documento denominado: Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. Dicho dispositivo legal establece como objetivo general las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos;

Que, mediante Resolución Directoral N° 123-2022-DG-HEJCU se aprobó la actualización de la Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, estableciendo como objetivo general, los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, aprobación, implementación y cumplimiento de las Guías de Procedimientos Asistenciales;

Que, teniendo en cuenta lo señalado en los párrafos precedentes, mediante Informe N° 232-DE-HEJCU-2022, la Jefa del Departamento de Enfermería, en el marco de sus funciones, elaboró y remitió, debidamente visado, las **(i)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Atención a Pacientes con Riesgo - Caída en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y; **(ii)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ambas para su aprobación mediante acto resolutivo;



Que, mediante Memorando N° 130 y 131-2022-OGC-HEJCU emitido por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, otorga opinión favorable para su aprobación de las **(i)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Atención a Pacientes con Riesgo - Caída en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y; **(ii)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ambas para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 146-2022-OEPP-HEJCU, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite el Informe Técnico N° 095-2022-EOM-OEPP-HEJCU, elaborado por la Coordinadora del Equipo de Organización y Modernización de la citada oficina, quien, a su vez, emite opinión técnica favorable respecto de la estructura de las **(i)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Atención a Pacientes con Riesgo - Caída en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y; **(ii)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ambas para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, estando a lo propuesto por el Departamento de Enfermería y a la opinión de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto resulta pertinente aprobar las **(i)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Atención a Pacientes con Riesgo - Caída en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y; **(ii)** Guía de Procedimiento Asistencial para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, ambas para su aprobación mediante acto resolutivo;

El visado de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; de la Jefa del Departamento de Enfermería y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1.- APROBAR** las Guías de Procedimientos Asistenciales, por las razones expuestas en la parte considerativa, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución. Siendo las siguientes:

- Guía de Procedimiento Asistencial para la Atención a Pacientes con Riesgo - Caída en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y;
- Guía de Procedimiento Asistencial para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

**ARTÍCULO 2.- DISPONER** que el Departamento de Enfermería proceda conforme al ejercicio de su competencia en la difusión, implementación, monitoreo y supervisión de la presente resolución.

**ARTICULO 3.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en el portal *web* institucional de la entidad ([www.hejcu.gob.pe](http://www.hejcu.gob.pe)).

*Regístrese, Comuníquese y Cúmplase*

RHC/RJAG/RMK/ZAVM/NCV

**DISTRIBUCION**

- Dirección General
- Dirección Médica
- Of. Ejec. de Planeamiento y Presupuesto
- Of. de Asesoría Jurídica
- Of. de Gestión de Calidad
- Of. de Comunicaciones
- Departamento de Enfermería
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa  
.....  
**Dr. RAÚL HINOSTROGA CASTILLO**  
Director General  
CNP. 17728 RNE. 7675



## HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

### GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON RIESGO CAÍDA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

<b>Documento elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Carmén C. Quino Pizarro	Jefa del Dpto. de enfermería	
Yolanda I. Reyes Tejada	Lic. Cecilia Hurtado Colfer	
<b>Fecha de elaboración:</b>	<b>Fecha de revisión:</b>	<b>Fecha de aprobación:</b>
Mayo 2022	Junio 2022	
<b>Modificación:</b>		
<b>Distribución:</b>	Uso interno del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
AÑO 2022

Índice	Pág.
I FINALIDAD	2
II OBJETIVOS	2
III ÁMBITO DE APLICACIÓN	2
IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	2
V CONSIDERACIONES GENERALES	2
5.1 Definiciones Operativas	2
5.2 Glosario de términos	3
5.3 Requerimiento Básico de Recursos Humanos, Materiales	3
5.4 Indicaciones	4
VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	4
6.1 Descripción detallada del Procedimiento	4
6.2 Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento	4
6.3 Disposiciones para la prevención de caídas	4
6.4 Flujograma/algoritmo	5
6.5 Indicadores de Evaluación	5
VII RECOMENDACIONES	5
7.1 Responsabilidades	6
VIII ANEXOS	6
IX BIBLIOGRAFÍA	15



## GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

### I. FINALIDAD

Reducir la ocurrencia de caídas de pacientes y el daño resultante mediante la implementación de medidas preventivas, el cual promoverá un ambiente seguro mediante la educación continua al personal de salud multidisciplinario.

### II. OBJETIVOS

#### 2.1 Objetivo General

Establecer estrategias, actividades, advertencias y recomendaciones para prevenir y controlar el riesgo de caída de los usuarios quienes acceden a los servicios de salud en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

#### 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar a los pacientes adultos y niños con mayor riesgo de caídas.
- Fomentar la cultura de prevención y notificación de caídas en los servicios de hospitalización.
- Establecer barreras de seguridad para la prevención de caídas, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, como metodología de trabajo para la intervención de este problema de salud.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de procedimientos será aplicada en los servicios de Emergencia, Cuidados Críticos hospitalización y ambulatorios, considerando el periodo total de permanencia del paciente en la Institución.

### IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Atención a Pacientes con riesgo de Caída en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

### V. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 5.1 Definiciones operativas

- **Prevención de caídas.** Se refiere al conjunto de acciones que deben ser proporcionadas al paciente a fin de evitar la precipitación de este al suelo en contra de su voluntad para mantener, cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras está hospitalizado.
- **Caída.** La OMS define la caída como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad esta precipitación suele ser repentina e involuntaria.



## 5.2 Glosario de términos

- **Seguridad del paciente:** Reducir y mitigar actos inseguros dentro del sistema de salud.
- **Cultura de seguridad:** Patrón integrado de comportamiento individual que busca reducir al mínimo el daño que pueda sufrir el paciente en el proceso de atención de salud.
- **Escala de valoración:** Es el instrumento que se utiliza como complemento de juicio clínico y no de forma aislada respecto a otros aspectos clínicos.
- **Evento adverso:** Lesión relacionada con la asistencia sanitaria más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente.
- **Factores de riesgo extrínseco o ambiental:** Son factores presentes en el entorno inmediato que se mueve el paciente.
- **Factores de riesgo intrínseco:** Son los asociados a la situación personal de salud del paciente lo que determina el riesgo a caída.
- **Riesgo de Caída:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- **Escala de valoración de riesgo de caída J.H. DOWNTON:** Instrumento validado a nivel internacional que estandariza la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos hospitalizados y orienta a las medidas de prevención (anexo 05).
- **Contención mecánica:** Es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial de la mayor parte del cuerpo del paciente que lo precise.

## 5.3 Requerimientos Básicos

### Recursos humanos

- Licenciados en Enfermería
- Técnicos de Enfermería
- Personal de apoyo

### Materiales

- Camas con barandas
- Camillas con freno
- Calzado con suela antideslizante
- Barras laterales de seguridad
- Agarraderas y banquetas en la ducha
- Sillones reclinables
- Muñequeras
- Sujeciones de pies y cinturones de cama
- Andadores
- Silla de rueda
- Muletas
- Grúas
- Tablas de transporte



#### 5.4 Indicaciones

La presente guía se aplica a todos los pacientes que ingresan al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, de esta manera valoramos el riesgo de caída y verificamos cualquier cambio significativo en el estado de salud del paciente.

### VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

#### 6.1 Descripción detallada del Procedimiento

1. Cuando un paciente, ingresa a la emergencia, hospitalización, cuidados críticos o centro quirúrgico se le identifica y luego se aplica la escala de valoración (DOWNTON) que se encuentra en los formatos de registro de enfermería.
2. Se valora si existe riesgo de caída:
  - Si es de bajo riesgo se aplica las medidas preventivas
  - Si es de alto riesgo se aplica las actividades específicas
  - En ambos casos se busca el confort y la seguridad del paciente
3. En caso que se presente la caída se aplica la ficha de notificación de caídas
4. En caso de no presentarse la caída continúa cumpliéndose con el tratamiento médico indicado.

#### 6.2 Nivel Asistencial de Ejecución del Procedimiento

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa es un hospital de categoría III-E, por lo cual el personal está capacitado para identificar los factores que pueden incrementar el riesgo de caída, aplicando las medidas preventivas y específicas en función de los factores de riesgo detectado.

#### 6.3 Disposiciones para la prevención de caídas:

##### 6.3.1 Identificación del riesgo de caídas

- Realizar la valoración integral y aplicar la escala de Downton, para paciente adulto y adulto mayor al ingresar a los servicios de hospitalización.
- Identificar, evaluar, clasificar y registrar el grado de riesgo de caída que presenta el paciente.
- Reevaluar, valorar e identificar el riesgo de caída del paciente ante la presencia de cambios en su estado de salud.
- En caso de caída del paciente el personal de salud deberá llenar la ficha de notificación de caída.

##### 6.3.2 Medidas Preventivas Generales:

- Mantener las barandas levantadas siempre que el paciente se encuentre en la cama.
- Colocar el freno a las camas, sillas, camillas al desplazar a los pacientes.
- Disponer de iluminación adecuada en las salas de hospitalización.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en las salas de hospitalización (mobiliario), contenedores de ropa, extensiones de corriente).
- Evitar deambular cuando el piso esté mojado.
- Uso de calzado con suela antideslizante.
- Gestionar la colocación de agarraderas en los servicios higiénicos



- Mantener al paciente sentado en la cama antes de levantarlo.
- Asegurarse que el paciente tenga los objetos necesarios a su alcance.

### 6.3.3 Educar al paciente y su familia para la prevención de caídas durante la Estancia hospitalaria.

- Avisar al personal de enfermería cuando no cuente con la compañía de un familiar.
- Comprobar que la cama este en posición baja y con los frenos respectivos.
- Llamar al personal de enfermería si necesita ayuda para levantarse ó ir al baño.
- Por su seguridad del paciente debe permanecer con las barandas de la cama levantadas.
- Siempre que ocurra un incidente o caída sin consecuencias comuníquelo al personal de enfermería.
- Al levantarse de la cama, sienta al paciente en el borde unos minutos antes de ponerlo de pie.
- Si el paciente se siente desorientado o mareado y nota que estos cambios tienen relación con los medicamentos que se han administrado avise de inmediato al personal de salud.

## 6.4 Flujograma/algoritmo

Flujograma para la atención de pacientes con riesgo de caída (Anexo 02)

## 6.5 Indicadores de Evaluación

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes hospitalizados que sufrieron caídas en un periodo} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con movilización limitada en el mismo periodo}}$$

Periodo: Mensual  
Registro: Informe de indicadores de calidad  
Responsable: Jefa de la Unidad

## VII RECOMENDACIONES

- Concientizar al personal sobre el riesgo de caídas de los pacientes durante la hospitalización y proporcionar recomendaciones a través de cursos, sesiones, clínicas y elaborar un plan de trabajo para el personal nuevo que ingrese a la institución.





- Todos los servicios del hospital deben contar con las camas y camillas operativas para brindar una adecuada atención y seguridad al paciente.
- Elaborar un plan de estrategias para minimizar el riesgo de caídas, con énfasis en los procedimientos de movilización segura (silla, cama, camilla, mesa quirúrgica).
- Orientación sobre el entorno, que tenga a su alcance el timbre para el llamado por alguna necesidad.

### 7.1 RESPONSABILIDADES

- La Lic. de enfermería valora al paciente con la escala de valoración de caídas (DOWNTON). Identifica los factores de riesgo y aplica las medidas preventivas.
- El personal técnico de enfermería se encarga del cumplimiento de las medidas preventivas.

## VIII ANEXOS

**Anexo 01:** Plan de cuidados de en Enfermería en prevención de caídas-consideraciones específicas.

**Anexo 02:** Flujograma para la atención de pacientes con riesgo de caída.

**Anexo 03:** Hoja de valoración de paciente en hospitalización.

**Anexo 04:** Guía de valoración de Enfermería UCI-CI

**Anexo 05:** Escala de Valoración de riesgo de caída (DOWNTON).

**Anexo 06:** Clasificación de lesiones a consecuencia de una caída según la Organización Mundial de Salud en 2022.

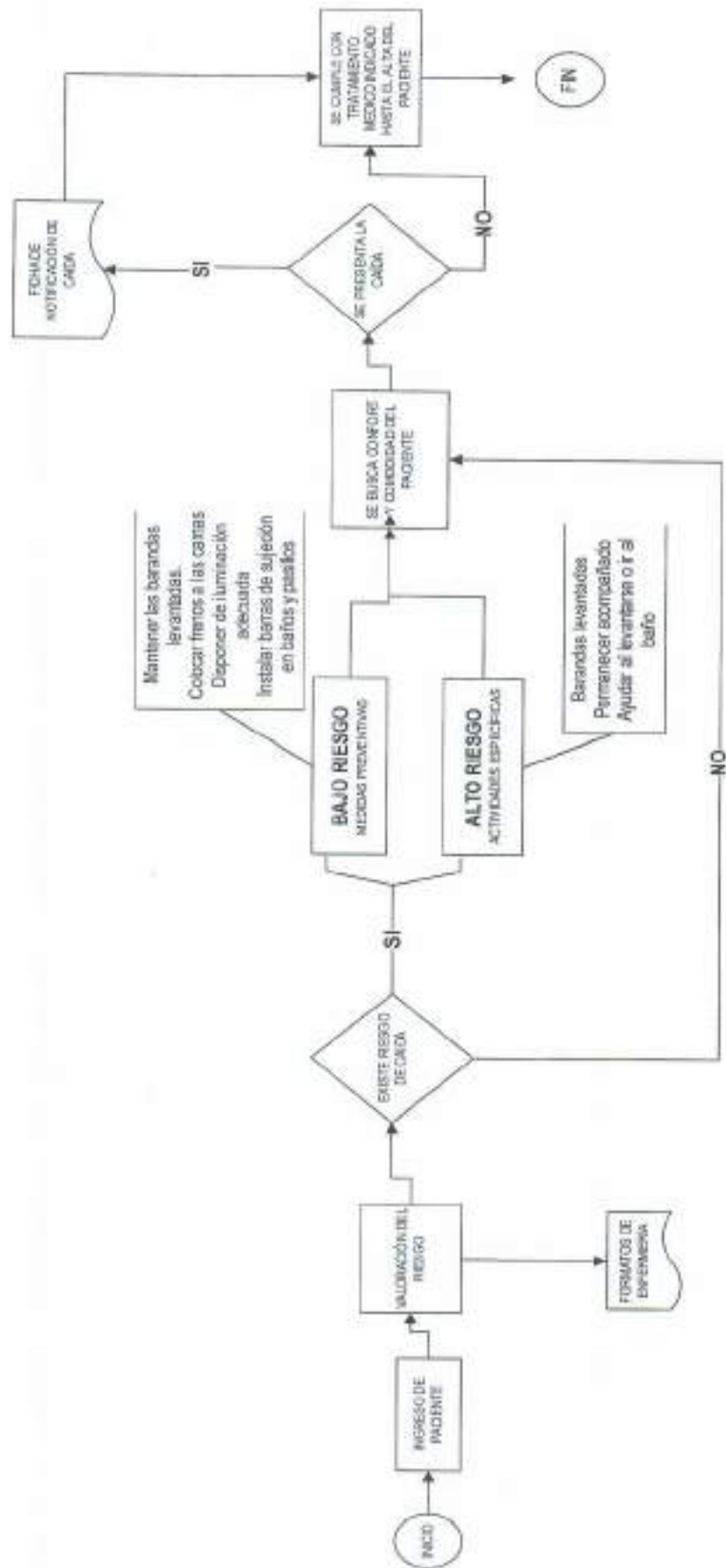
**Anexo 07:** Ficha de Notificación de caídas

**Anexo 08:** Checklist y para verificación de cumplimiento tratamiento de la GPA





FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA



ANEXO 02



ANEXO 03: HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSÉ CARRERO VELASCO"

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha:	Hora:	Servicio:				
Tipo de atención: ERG ( ) SOAT ( ) OTROS ( )						
DAGNOSTICO MEDICO:						
SUBJETIVO (S) Día:						
Noche:						
OBJETIVO (O)	D	M	D	M	O	N
CONDICIONAL/RIESGO						
Comienzo			ACTIVIDAD/IMPEDICION			PERCEPCION COGNICION (S)
Caída			REPOSO/SUEÑO: Insomnio			Desorientación/Somnolencia
Señal de alerta			En reposo			Estupor/Coma
Orta			ACTIVIDAD/ESFUERZO			Coma
Funciones vitales			Cambios			Gravamen TOTAL
RA			Fuerzas			AD ( ) (S) (S) (S)
RC			Hemiparesia Der. ( ) (S) (S) (S)			RV ( ) (S) (S) (S) (S)
RI			Hemiparesia Izq. ( ) (S) (S) (S)			RM ( ) (S) (S) (S) (S) (S)
RII			Parálisis ( ) (S) (S) (S) (S)			Papilas OS
RIII			Exclusión patológica			COMUNICACION
SA102			Edemas SI/NO			Comunicativo
SA103			Localización			Psico comunicativo
Caraca signo de alarma/alerta			Grado: Fobos ( ) (S) (S) (S)			Orta
MAYORACION (S)			GRADO DE DEPENDENCIA			APROXIMATIVOS/STRESS (S)
ACTIVO NORMAL ( ) (S) (S) (S) (S) (S)			Pulsos ( ) (S) (S)			Terror
Histórico: Trauma reciente?			EQUILIBRIO DE SHERMAN: Faltas			Análisis
Detección Anormal:			NO/NO			Trombosis
ELIMINACION (S)			Resaca ( ) (S) (S) (S) (S) (S)			SEGURIDAD PROTECCION (1)
Uretral			TRIP CAROTIDICA/APERTURA/NO			INFECCION Y LESION E GATRO
Anulo			Pulsos ( ) (S) (S) (S) (S) (S)			Flot Pulso
Capota			Ritmo			Clonico
Pulsos			Distal			Interic
Polipulsos			Ritmo			Estreñido
Orta			Distancia			Prta. ( ) (S) (S) (S) (S) (S)
Hematoma			Turgencia			Ritmo ( ) (S) (S) (S) (S)
Escudriñada Uterina			Ritmo			LESION FISICA
Utero Vaginal			Pulsos			Cavidad anal: Lesiones SA ( ) (S) (S)
Evacuación normal			Análisis			Localización:
Hematoma			Agras			DADO CORPORAL
Uso Pulso			Chapote-stokes			Brilantezas
Extrínsecas			Dolor intenso			irritable
Orta			Tipo:			Vértigo
Características A-V-OM - OS			Grado: Intenso:			Depresión
Intensa			Localización:			Agras
Ritmo			Características			Con Sujeción mecánica
Hematoma			Sección: Intensa			Hemía: ( ) (S) (S) (S)
Vértigo			Características			Localización
Orta			Intensa			Esencia
GANITAJES			Con Caroten?			Esencia SI ( ) (S) (S)
Orta			Específico			Profundidad Cutánea ( ) (S) (S)
Características			Intensa: Intensa?			VIA PERFERICA:
Ginecomastia			Tacto Cutáneo ( ) (S) (S) (S) (S)			Localización
Orta			Localización			Flecha:
COMFORT (S)			Ritmo:			Quemadura:
Dolor ( ) (S) (S) (S) (S) (S)			Localización			Localización
Tipo			Características:			Grado:
Intensa:			Grado: Intenso			Orta:
Intensa:			Localización:			Riesgo de UPP:
Orta:			Orta:			Riesgo de Caídas
OBSERVACIONES: Día:						
Noche:						
LIC	CEP	LIC	CEP			
NOMBRE DEL PACIENTE:						
Nº CAMA	Nº HC		FECHA			



**ANEXO 04: GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA UCI-CI**

SERVICIO : CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS				H.C:																			
				M T N																			
<b>9. NEUROLOGICO</b> Glasgow / Ransay Orientado Desorientado Pupilas mm OD/OI Reacción pupilar OD/OI Cefalea Rigidez de nuca ... / +++ Convulsiones Lenguaje adecuado Disortria Afasia Sin déficit motor Parésia Ptosis Agitación postoperatoria.  Coma barbitúrico Monitoreo de P.I.C.  Rriesgo cardíaco ARritmias:..... Marcapaso Intolerancia Pulso perif. Umedo cap. Uterio: .... Tolerancia: ..... / +++ CIencia: central/Perif. Turgor / Mucosa: Local. Auscultatorio Vasodilatador Adrenalina ug/Kg/s' Dopamina ug/Kg/s' Dobutamina ug/Kg/s' Dronge radiológico Sangrado ..... mL/hora Dolor torácico 0-10 Monit. de PA con I.A. Monit. de PA e S. Diaz. Monitoreo e Cardio Q. Monitoreo PVC  <b>9. CARDIOVASCULAR</b> Comunicación verbal Comunicación a gestos Comunicación. x escritura Comunicación. Otro idioma Deterioro Visual Deterioro auditivo Reflejo talgmo Reflejos normales/ diam. Hipostenia Hipertensia  <b>9. COGNITIVO PERCEPTIVO</b> NOMBRE PACIENTE: Firma de Lic.  Turno MAÑANA TARDE NOCHE				<b>5. RESPIRATORIO</b> Pulso resp. Adecuado Diapas Polipnea SONIDOS RESPIRAT. Claros Disminuidos Roescantes Sibilantes Secres. Bronquiales Carac. de secrec. ....  Hemocones TBT / TOT CEN. M. Ven., M. Respir. Ventiliación Mecánica Drenaje Torácico  Micción espontánea S. Foley / Talla vesical Colecost urinario Orina clara Coloria / Hematuria Oliguria / Anuria Poluria  <b>8. ELIMINACIÓN</b> Irrigación vesical Intestación Urinaria Reeducación vesical Deposición normal Dianas Estreñimiento ..... / día Dren Pen Rose Carac. de secrec. .... Dren Kher Carac. de secrec. .... ..... Ostomía Carac. de secrec. ....  <b>REC. RITAC</b> Social, Adec. emocional Hostil Expresa ansiedad Preocupado por familia Otro .....  <b>MAINT. DE LA ENERGIA</b> Incapaz, falta provea Límit. de líquido ingerido Límit. para movilización Límit. para alimentación Insomnio Sueño conservado Fármacos para dormir				<b>6. NUTRICION - METABOLISMO</b> Abdomen blando R.H.A. present/Ausente Distensión abdominal Abdomen rígido Náuseas / vómitos S.N.G / S.O.G S.G Champado S.G a gravedad Secrec. Biliar/asa x SNG Hemiparesia Melena Rectorragia Presión intra abdominal  NPO Líquidos a voluntad % de tolerancia No solera dieta Residuo Gástrico: Cuestos Nutrición enteral Nutrición parenteral Pérdida de peso  Piel íntegra Rash: ..... Hematomas / Equimosis Piebúa Fingeroe en areas vas. Lesiones a venopunc. Lactación Úlcera por presión ..... Eritema por pañal Incisiones Qx..... Localiz. Anaxuras Edema escrotal / vulva Disparenia Miosis dérmica Localiz.				<b>7. PIEL</b> Heces Anidad Tumor Dolor 1 - 10 Localiz. del dolor ..... Riesgo de UPP Riesgo de caídas											
																OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____							
																				FECHA: _____			
																				Turno MAÑANA TARDE NOCHE			



ANEXO 05: ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA (DOWNTON)



**ANEXO 06: CLASIFICACIÓN DE LESIONES A CONSECUENCIA DE UNA CAÍDA SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN 2009**

<b>NINGÚN DAÑO</b>	El resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.
<b>LESIÓN LEVE</b>	El resultado para el paciente es sintomático, los Síntomas son leves son leves (contusiones, hematomas, laceraciones etc.), la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ej. Observación solicitar pruebas, exploración o administrar tratamiento de poca entidad).
<b>LESIÓN MODERADA</b>	El resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (Ej. Intervención quirúrgica, tratamiento suplementario) o prolongar la estancia o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
<b>LESIÓN GRAVE</b>	El resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención quirúrgica o medica mayor, acorta la esperanza de vida o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
<b>MUERTE</b>	Sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.



## Anexo 07: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

### FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:

SERVICIO:

Nº DE CAMA:

EDAD:

GRADO DE DEPENDENCIA:

SEXO: M ( )

F ( )

FECHA Y HORA:

1.- Se identificó que el paciente tenía riesgo de caída

a. SI ( )

b. NO ( )

2.- Antes de la caída el estado de conciencia del paciente

a. Orientado

c. Inconsciente

b. Desorientado

3.- El paciente se encuentra medicado con:

a. Analgésicos

d. Antihipertensivos

b. Antidepresivos o sedantes

e. Vasodilatadores

c. Antihistamínicos

f. Otros .....

4.- Se realizaron las medidas necesarias para la prevención de Caída del Paciente.

a. Educación paciente familia o acompañante

b. Barandas

c. Contención mecánica

5.- Lugar del accidente

a. En la habitación

d. Desde la cama durante reposo

b. En el baño

e. Levantándose de la cama

c. En el pasillo

f. Otro .....

6.- Tipo de la Caída

a. Accidente

b. Incidente

Motivo de la Caída

a. Insuficiente iluminación

d. Tropezón con mobiliario

b. Suelo húmedo o encerado

e. Mareo/pérdida de conciencia

c. Calzado no adecuado





**ANEXO 08: Checklist y para verificación de cumplimiento tratamiento de la GPA**

**Lista de Chequeo en la valoración de riesgo y prevención de las lesiones por presión**

N°	Checklist	Si cumple	No cumple
1	Se realiza la valoración de prevención de caídas al paciente que ingrese al hospital, aplicando la escala de Downton (Anexo 05)		
2	Si la puntuación es menor o igual de 2. Se considera que no requiere cuidados específicos R/C riesgo de caídas (hoja de valoración de enfermería, anexo 03 y 04)		
3	Si la puntuación en la Escala de Downton es mayor de 2 se considera que existe riesgo de caídas y por lo tanto mayor susceptibilidad para sufrir daño físico (hoja de valoración de Enfermería anexo 03 y 04)		
4	Si se ha producido una caída se notificará en la Ficha de Notificación de Caídas (anexo 07)		
5	Se anotará en las notas de Enfermería respectivas (hoja de valoración)		



## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Noelia Roxana, Mayta Huaraca, Lorena García Neila, Melani Pozo Celma, Beatriz Gea Artigas, Carolina Ortega Dextre, Jacoba Sardón Pérez. Plan de cuidados de enfermería en el paciente anciano ante una caída. Caso clínico. ISSN. 2021, Vol IV, N° 6:158.
2. María Nuñez Arias. Importancia de la Prevención de caídas en el Anciano. ISSN. 2022, Vol. N° 2: 43-14.
3. Laura Castro Mora. Prevención de caídas en Mayores Institucionalizados. Sanun, 2017. Vol. 1 pág.: 4-9
4. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. Sexta edición. Barcelona España. ELSEVIER. 2018.
5. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Barcelona España. ELSEVIER. 2013.
6. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman., Cheryl M. Wagner. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición. Barcelona España. ELSEVIER. 2018.





## HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

### GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

<b>Documento elaborado por:</b>	<b>Revisor por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Jefas de Servicio (s)	Jefa del Dpto. de enfermería	
Lic. Miriam Pilar Valencia Cevasco	Lic. Cecilia Hurtado Colfer	
Lic. Gloria Roca Lizarbe		
<b>Fecha de elaboración:</b>	<b>Fecha de revisión:</b>	<b>Fecha de aprobación:</b>
Mayo 2022	Junio 2022	
<b>Modificación:</b>		
<b>Distribución:</b> Uso interno del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"		

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AÑO 2022

## ÍNDICE

	Pág.
I FINALIDAD	4
II OBJETIVOS:	4
2.1 Objetivo General	
2.2 Objetivos Específicos	
III ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
IV NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	5
V CONSIDERACIONES GENERALES	5
5.1 Definiciones Operativas	5
5.2 Glosario de términos	5
5.3 Conceptos básicos	6
5.3.1 Otros factores de riesgo de aparición de las lesiones por presión	6
5.3.2 Sistema de clasificación de LPP NPVAP/EPUAP	7
5.3.3 Desbridamiento	8
5.4 Requerimiento básico	9
5.4.1 Recursos Humanos	
5.4.2 Recursos Materiales	
5.5 Indicaciones	10
VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	10
6.1 Descripción detallada del Procedimiento	10
6.2 Valoración	12
6.3 Nivel de Asistencia de ejecución del Procedimiento	15
6.4 Indicador de Evento Adverso de LPP	17
VII RECOMENDACIONES	17
7.1 Responsabilidades	
VIII ANEXOS	17
Anexo 01: Flujograma para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión	19
Anexo 02: Reloj Postural	20
Anexo 03: Ficha de valoración de paciente en traumashock (Hoja anterior)	21
Anexo 04: Ficha de valoración de paciente en hospitalización (Hoja anterior)	23
Anexo 05: Ficha de valoración de paciente en UCI-CI (Hoja anterior)	25



Anexo 06: Semáforo de riesgo bajo (Hoja anterior)	27
Anexo 07: Semáforo de riesgo moderado (Hoja anterior)	29
Anexo 08: Semáforo de riesgo alto (Hoja anterior)	31
Anexo 09: Consentimiento informado	33
Anexo 10: Lista de Chequeo en la valoración de riesgo y prevención de las lesiones por presión.	34
Anexo 11: Tabla N° 2 Escala de BRADEN-BERGSTROM	35
Anexo 12: Medidas de Prevención de acuerdo a resultado de la escala de BRADEN.- Tabla N° 3 "Prevención de lesiones por presión".	36
Anexo 13: Proceso de Atención de Enfermería. -Tabla N° 4 (Criterio NANDA para el proceso de valoración de enfermería). Anexo 14: Plan de cuidado de enfermería de valoración y manejo de lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente hospitalizado.	39
IX BIBLIOGRAFÍA	47



## Guía de Procedimiento Asistencial para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión

### I. FINALIDAD

Estandarizar las intervenciones de enfermería desde una perspectiva humanizada e individualizada a través de la aplicación de una guía, para la prevención de LPP en pacientes con movilidad reducida que permanecen en los servicios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

### II. OBJETIVOS

#### 2.1 Objetivo General

Disminuir la incidencia de LPP, como indicador de calidad de los cuidados de enfermería en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

#### 2.2 Objetivos Específicos

- 1.- Fomentar una cultura de seguridad de la paciente orientada a la prevención de LPP.
- 2.- Implementar un programa estandarizado de medidas preventivas y cuidados para la prevención de lesiones por presión.
- 3.- Identificar a los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión y prevenir su incidencia durante la estancia hospitalaria.
- 4.- Dar a conocer al personal de enfermería la escala de valoración de riesgo de LPP (Escala Braden-Bergstrom), para aplicarlas a todo paciente durante su ingreso y estadía en la Institución.
- 5.- Establecer los cuidados necesarios para controlar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las LPP, aplicando la Escala de Braden durante su ingreso y estadía en la Institución.
- 6.- Promover la valoración e identificación del nivel de riesgo de LPP de todos los pacientes en forma precoz, con el fin de realizar y ejecutar los planes de cuidados de prevención de LPP por lesiones de presión.
- 7.- Plantear un cuidado adecuado para las LPP al momento del ingreso y durante la estadía de los pacientes del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- 8.- Informar y educar a la familia a fin de mantener la continuidad de los cuidados de alta, utilizando las herramientas educativas institucionales disponibles.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía será aplicada en los Servicios de Emergencia, Cuidados Críticos y hospitalización del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.



#### IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Atención de enfermería para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión

#### V. CONSIDERACIONES GENERALES

##### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

###### • LESIÓN POR PRESIÓN

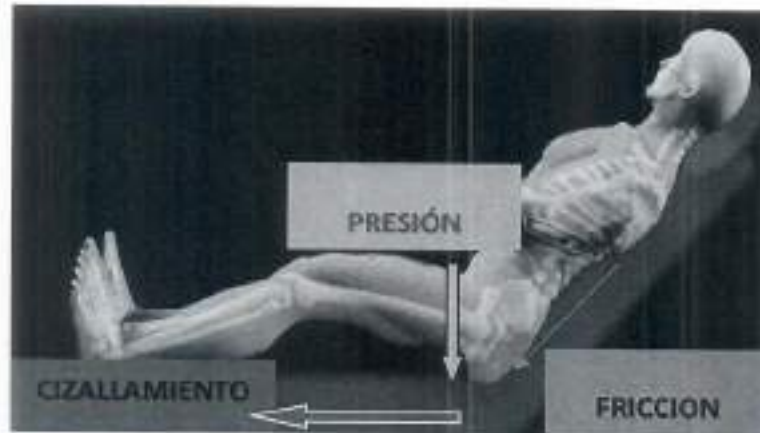
Lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la isquemia producida por presión prolongada, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven. Como resultado de la hipoxia tisular, en la zona aparece un deterioro de la piel, que puede ir desde un ligero enrojecimiento hasta lesiones profundas que afectan al músculo e incluso al hueso.

##### 5.2 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN:** Es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos.
- **PRESIÓN:** Se produce oclusión vascular, isquemia, hipoxia y necrosis tisular. Es el factor más importante y está unido al tiempo que se mantiene la presión.
- **FRICCIÓN:** Cuando la superficie corporal (piel) roza contra otra superficie (sábanas, sondas), produce abrasión de la piel.
- **CIZALLAMIENTO:** Se producen fuerzas paralelas, por un lado, la piel y la fascia superficial, y por el otro, el esqueleto y la fascia profunda. Un ejemplo de esto es cuando la piel y el tejido subcutáneo se deslizan sobre el sacro-coxis cuando el paciente resbala al elevar la cama más de 30°. Se produce lesión en los tejidos profundos.
- **TEJIDO NECRÓTICO:** Tejido oscuro, negro o marrón, que se adhiere al lecho o los bordes de la herida.
- **ESFACELOS:** Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.
- **TEJIDO DE GRANULACIÓN:** Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular y brillante.
- **TEJIDO EPITELIAL:** En las úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.
- **ANTISÉPTICO:** Producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tiene actividad selectiva, ya que eliminan todo tipo de gérmenes. A altas concentraciones pueden ser tóxicos para los tejidos vivos. Algunos pueden interferir la acción de otros productos tópicos utilizados en los cuidados de las heridas (colágenas). Otros como la Povidona Yodada, retrasa el crecimiento del tejido de granulación. En algunos casos se puede generar resistencias bacterianas a los antisépticos.



Foto N° 1: "Representación Gráfica de Cizallamiento, Presión y Fricción"



### 5.3 CONCEPTOS BÁSICOS, REQUISITOS:

Formato de Consentimiento Informado para las actividades de Docencia durante la Atención de Salud (Anexo 09)

#### 5.3.1. OTROS FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE LAS LESIONES POR PRESIÓN

##### Fisiopatológicos

- Edad avanzada: (más de 75 años), Pérdida de elasticidad de la piel.
- Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de piel.
- Trastornos del transporte de oxígeno por patologías cardiovasculares, respiratorias y hematológicas.
- Alteraciones nutricionales por exceso o por defecto y metabólicas.
- Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones.
- Trastornos neurológicos: lesión medular, paresias, enfermedades cerebro vasculares (ictus), lesiones medulares.
- Alteraciones del estado de conciencia: Coma, estupor, confusión.
- Alteraciones de la eliminación: Incontinencia fecal y/o urinaria.
- Inmovilidad o alteraciones de la actividad y/o movilidad.

##### Derivados del tratamiento

- Tratamiento con inmunosupresores.
- Tratamiento con sedantes.
- Tratamiento con drogas vasoactivas.

##### Otros:

Cirugía de larga duración, cirugía cardiovascular, técnicas especiales (circulación extracorpórea, ventilación mecánica, terapia renal sustitutiva...), dispositivos o aparatos (sondas, tracciones, yesos)





## Estancia prolongada de pacientes con movilidad reducida

- Déficit de higiene.
- Ausencia o inadecuadas medidas de prevención
- Ausencia o inadecuados criterios de planificación de cuidados
- Desmotivación del personal de enfermería por falta de información o formación.

### 5.3.2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LPP NPUAP/EPUAP

Recientemente se han publicado las definiciones internacionales revisadas y el sistema de clasificación para las úlceras por presión del NPUAP y el EPUAP (Consejo Nacional Asesor para Úlceras por Presión y European Pressure Ulcer Advisory Panel, Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: Consejo Nacional Asesor para Úlceras por Presión; 2009):

- La terminología de estadio o grado se utilizan históricamente con más frecuencia (recientemente se ha introducido la palabra «categoría» para evitar la impresión de que siempre existe una progresión del estadio 1 al 4).
- Al consultar la bibliografía pueden encontrarse todos los términos de forma indistinta.

#### 5.3.2.1. CATEGORÍA I: eritema no blanqueable

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

#### 5.3.2.2. CATEGORÍA II: lesión de espesor parcial

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

#### 5.3.2.3. CATEGORÍA III: pérdida total del grosor de la piel

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



#### 5.3.2.4. CATEGORÍA IV: pérdida total del espesor de los tejidos

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

#### 5.3.2.5. CATEGORÍAS ADICIONALES

- a. **Sin clasificar:** pérdida total del espesor de la piel o los tejidos – profundidad desconocida.

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

- b. **Sospecha de lesión de tejidos profundos:** profundidad desconocida

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

#### 5.3.3. DESBRIDAMIENTO

Conjunto de mecanismos (fisiológicos ó externos), dirigido a la retirada de tejido necrótico, exudados, colecciones serosas o purulentas y/o cuerpos extraños asociados, es decir, todos los tejidos y materiales no viables presentes en lecho de la herida.

TABLA N°1 "TIPOS DE DESBRIDAMIENTOS"

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
QUIRÚRGICO	Es la retirada completa del tejido necrótico y desvitalizado. Normalmente son resecciones amplias que implican la retirada del tejido necrótico y parte del tejido sano, pudiendo provocar sangrado.



<b>CORTANTE/CONSERVADOR</b>	Normalmente realiza la enfermera a pie de cama, retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado, en diferentes sesiones y hasta el nivel de tejido viable. Se puede combinar con el desbridamiento autolítico y/o enzimático.
<b>AUTOLÍTICO</b>	Ocurre de forma natural en todas las heridas. Los fagocitos presentes en el lecho de la lesión, junto a macrófagos y enzimas proteolíticas, licúan y separan los tejidos necróticos, estimulando la granulación del tejido. Es destacable el papel que ocupan en este proceso los hidrogeles.
<b>ENZIMÁTICO</b>	Está basado en la aplicación local de enzimas exógenas (colagenasa, estreptoquinasa, papina-urea, etc.) que funcionan de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina.
<b>MECÁNICO</b>	Son técnicas en desuso al existir alternativas con menor riesgo de afectación al lecho de la herida. Son traumáticas y no selectivas. Actúan sobre los tejidos de la herida utilizando la abrasión mecánica. En este grupo se incluyen distintos métodos, tales como apósitos de húmedos a secos, la irrigación continua a presión, el baño de remolino y el frotamiento del lecho de la herida.



#### 5.4. REQUERIMIENTO BÁSICOS:

##### 5.4.1. Recursos Humanos:

- Enfermera/o
- Médico
- Técnica/o de enfermería

##### 5.4.2. Recursos Materiales:

- a. **Guía técnica:** Evita las LPP con las buenas prácticas de enfermería
- b. **Formatos de Registro de Enfermería:**
  - Ficha de valoración y seguimiento de paciente con lesiones por presión
  - Registro de enfermería: Kardex.
- c. **Infraestructura básica y equipamiento médico.**
  - Cama o camilla.
  - Coche de curación implementado.
  - Colchón antiescaras de presión alternante (colchón neumático)
  - Colchón de espuma viscoelástica.
  - Grúa mecánica
  - Habitación o unidad de paciente



**d. Materiales básicos**

- Apósito de espuma de poliuretano y silicona (15x15)
- Apósito transparente (10x12.5 y 15x20)
- Apósito transparente en Rollo (10x10)
- Apósito hidrocoloide delgado y grueso (10x10 y 15x15)
- Apósito antimicrobiano
- Agua estéril 1000cc
- Aguja Hipodérmica N°18
- Carbometilcelulosa más alginato de calcio y sodio
- Campo estéril de tela no tejida descartable
- Cloruro de sodio al 0,9% de 100ml, 250ml y 1000ml.
- Gasa parafinada
- Gasas estériles
- Hidrogel
- Hisopo con medio de transporte
- Hoja de Bisturí
- Jeringa de 20ml
- Riñonera o recipiente de acero quirúrgico
- Set quirúrgico para LPP (pinza de disección adson sin diente, tijera de mayo recta y pinza crille)
- Trolamina

**e. Equipo de protección personal**

- Guante de examen talla S, M y L
- Guante quirúrgico estéril
- Mascarilla quirúrgica
- Respirador N95
- Mandilón estéril y no estéril
- Gorro descartable
- Lente de protección ocular

**5.5. INDICACIONES**

La presente Guía está indicada a todos los pacientes que ingresen a los diferentes servicios del HEJCU y que presente disminución de la movilidad debido a una hospitalización prolongada, reposo en cama, lesión de la médula espinal, sedación, debilidad que disminuye el movimiento espontáneo, deterioro cognitivo y exposición a sustancias irritantes en la piel (por ejemplo: incontinencia urinaria).

**VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

**6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.**

**1. Ingreso de Paciente**

- 1.1 Identificación del paciente, nombre del paciente, hoja de monitoreo, kardex y brazalete de identificación.
- 1.2 Revisar la historia clínica, para obtener información sobre diagnóstico primario, secundario y antecedentes como: problemas vasculares, evaluación psicosocial, riesgo

nutricional, perfil bioquímico, perfil hematológico, entre otros que retrasen el proceso de cicatrización.

- 1.3 Realizar lavado de manos, según técnica de higiene de manos según OMS.
- 1.4 Colocarse equipo de protección personal descartable (gorro, mascarilla, mandil y guante estéril y no estéril)
- 1.5 Saludar al paciente con gesto amable para dar seguridad

## 2. Registro de valoración inicial del paciente

- 2.1 Informar verbalmente al paciente y cuidador primario el objetivo de la entrevista y exploración física.
- 2.2 Realizar entrevista al paciente y cuidador para recolección de datos.
- 2.3 Iniciar valoración céfalo-caudal en el paciente utilizando el formato de valoración de riesgo de presentar LPP vigilando signos que indiquen desarrollo incipiente de LPP "lesión por presión": prominencias óseas, talones, tuberosidades isquiáticas (sacro, cabeza), sequedad de la piel, maceración, frialdad y realizar el registro en la HC.
- 2.4 Aplicar la Escala de BRADEN durante la valoración física, para valorar la posibilidad de nuevas lesiones y observar si hay cambios significativos en el estado de la salud del paciente

## 3. Valoración del riesgo

3.1 Valorar en el paciente la presencia de factores de riesgos. Extrínsecos (sondas, presión prolongada, humedad y movilización inadecuada que condicione la fricción y cizalla) e intrínsecos (estado de salud del paciente, nivel de movilidad, estado nutricional, hidratación y edad).

3.2 Si no existe riesgo se busca la comodidad y confort del paciente.

3.3 Si existe riesgo:

a) Si existe riesgo y no hay lesiones previas a la hospitalización, pero se encuentra postrado tomar las siguientes medidas preventivas por seguridad del paciente.

- Cambios posturales cada 2 horas
- Colocar colchón anti escaras
- Realizar higiene de la piel
- Administrar dieta adecuada

b) Si existe riesgo y hay lesiones previas o durante la hospitalización aplicar el Método TIME

T: Eliminación de tejido no viable

I: Control de carga bacteriana

M: Control de exudado

E: Actuación en medidas crónicas

3.4 Solicitar al paciente o familiar autorización para el monitoreo fotográfico de la lesión por presión, luego proporcionar formato de consentimiento informado para la respectiva firma (ANEXO 09).

3.5 Clasificar la lesión por presión aplicando: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

3.6 Tomar fotografía a la lesión por presión desde su valoración en la exploración céfalo-caudal hasta el fin del proceso de cicatrización o alta.

3.7 Evaluar signos y síntomas de infección.



- 3.8 Evaluar y registrar en la hoja de valoración, la presencia de factores de riesgos como incontinencia fecal o urinaria, que contribuya a la aparición de lesiones por presión y que retrase la cicatrización o favorezca la infección.
- 3.9 Valorar las características del dolor, empleando la Escala Visual Análoga (EVA) durante la exploración inicial, antes y después de cada curación y después de procedimientos prolongados. En referencia al dolor evaluar sus características: localización, frecuencia, duración e intensidad.
- 3.10 Evaluar la necesidad de superficies especiales para mejorar la zona de apoyo en el paciente (espumas de poliuretano y silicona, taloneras, colchones neumáticos, colchones de espuma viscoelástica).
- 3.11 Supervisar los cambios posturales programados de acuerdo a las medidas preventivas indicadas en el reloj postural (ANEXO N°2).
- 3.12 Informar al médico responsable del paciente de los resultados como: lesiones dérmicas existentes, desnutrición visible y otros obtenidos en la valoración inicial de la lesión por presión.
- 3.13 Cumplir indicaciones médicas hasta el Alta del paciente.

## 6.2 VALORACIÓN

La valoración es el punto de partida para planificar la prevención y tratamiento de las lesiones por presión en los pacientes. La valoración integral del paciente con riesgo de presentar lesiones por presión abarca tres dimensiones: estado del paciente, riesgo de lesión y el entorno de cuidados.

### 6.2.1 VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

Al ingresar el paciente a cualquier servicio hospitalario, la enfermera debe valorar el Riesgo de aparición de LPP según la Escala de Braden, teniendo en cuenta el Examen Físico Completo, prestando especial atención a los factores de riesgo: enfermedad, tratamiento farmacológico, nutrición y factor psicosocial.

### 6.2.2 VALORACIÓN DEL ENTORNO DE CUIDADOS

Valoración de actitudes, habilidades, conocimientos y posibilidades del entorno del cuidador.

### 6.2.3 VALORACIÓN DE LA LESIÓN (CUANDO EXISTA)

La valoración de la lesión debe ser descrita mediante unos parámetros unificados que faciliten la comunicación entre el equipo sanitario y permitir valorar adecuadamente la evolución y continuar el seguimiento de la misma.

Los parámetros a valorar en la lesión son:

**a. Localización de la lesión:**

- Derecho, izquierdo
- Proximal, distal
- Medial, lateral
- Anterior posterior
- Plantar, dorsal

**b. Clasificación:**

- Categoría I
- Categoría II
- Categoría III
- Categoría IV
- Categoría No clasificable

**c. Etiología:**

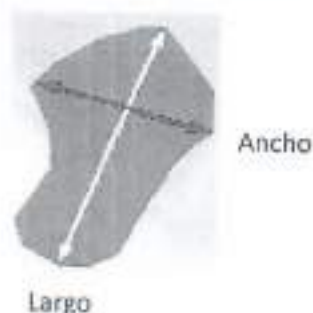
Identificar la causa de la lesión, teniendo en cuenta factores causales y características lesión por presión (En este caso).



**d. Dimensiones:**

- Largo
- Ancho
- Profundidad (Con sonda o hisopo estéril)
- Diámetro mayor en centímetros.

**Dimensiones de la herida**



**e. Signos Locales y Sistémicos de Infección:**

- Dolor, calor, edema, eritema.
- Cicatrización retardada.
- Exudado purulento fétido.
- Bordes inflamados.
- Fiebre.
- Recuento leucocitario alto.

**f. Tipos de tejido presentes en el lecho de la lesión:**

**Tipos de tejido**

	<b>Tejido Necrótico</b>		<b>Tejido Fibrinoide</b>
	<b>Tejido Granular</b>		<b>Tejido de Epitelización</b>

**g. Estado de la piel perilesional:**

La piel perilesional es aquella que envuelve y rodea a la lesión, con extensiones que la mayoría de las veces dependen del grado de afectación, de la localización o de la magnitud del problema del que participa.

Como resultado de esta reflexión, el concepto de "perilesión" debe ajustarse a la superficie que, de forma visual, se circunscribe alrededor de la herida en sus diferentes particularidades.

Así por ejemplo, perilesión sería la que se encuentra a escasos centímetros del borde en una lesión por presión que afectara al talón, donde se encontraría expuesta a la acción de secreciones y exudados resultantes de la aplicación de un apósito adhesivo hidrocoloide; de la misma forma, carecería de límites concretos la perilesión establecida en el caso de una lesión por presión en el sacro, donde la presencia de factores como la incontinencia fecal, urinaria o mixta condicionaría su vulnerabilidad ante la exudación,



la sudoración, las heces y la orina, y cuyo territorio comprendería la totalidad de la zona glútea, sin una demarcación concreta.

La exposición a exudado, productos tópicos o apósitos puede favorecer la aparición de alteraciones en la piel perilesional:

- **Integra**
- **Maceración:** Aspecto húmedo y blando del tejido perilesional. Suele estar provocada por fugas en el exudado al utilizar apósitos muy ajustados al tamaño de la lesión o por un mal control de ese exudado. La permanencia del apósito más tiempo del indicado, también puede provocar maceración. La maceración provoca dolor, favorece la infección de la zona afectada y puede provocar el aumento de la extensión de la lesión.
- **Eritema**  
Edema y enrojecimiento del tejido perilesional provocado por el exudado o el adhesivo de apósitos, esparadrapo, etc. También puede ser producido por reacciones alérgicas a alguno de los productos utilizados.
- **Eccema**  
Inflamación de la piel perilesional con eritema, vesículas, exudado y costras o escamas. Suele acompañarse de ardor o prurito. Producido por humedad mantenida, sensibilización a diversas sustancias. En ocasiones, es un signo de afección por hongos.

#### h. Exudado:

- **Característica del Exudado**
  - Seroso: Claro, acuoso, delgado.
  - Sanguinolento: Rojo rutilante, sangrado activo.
  - Serosanguinolento: Acuoso, rojo pálido-rosado.
  - Purulento fétido: Espeso, amarillo oscuro- verde con mal olor.
- **Cantidad del Exudado:**
  - Sin exudado
  - Escaso o poco exudado
  - Moderado exudado
  - Abundante exudado

Usted puede utilizar el apósito como medio de verificación del exudado de la herida. Observe el porcentaje de saturación con exudado de la herida para evaluar la recuperación o el retroceso de la misma.

Clasificación	Porcentaje
Sin exudado	0%
Mínimo exudado	Hasta 25%
Moderado exudado	25%- 75%
Abundante exudado	>75%

#### i. Presencia de dolor: evaluar dolor rutinariamente con escala de Dolor (EVA)

- 0 = No dolor  
 2 = Un poco de dolor  
 4 = Un poco más de dolor  
 6 = Aun más dolor





8= Mucho dolor

10=Peor dolor posible (no tiene que estar llorando)

#### j. Evolución de una lesión:

- Tejido de granulación abundante es significativo de una evolución favorable.
  - Tejido necrótico y presencia de fibrina es característica de una evolución negativa.
  - Bordes planos y de color nacarado indican evolución en curso.
  - Bordes abruptos o envolventes suponen lesiones crónicas no evolutivas.
- Es importante la descripción de la lesión y, con la comparación de sus cambios, analizar la evolución.

### 6.3. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa realiza prevención y curación de lesiones por presión con insumos para las categorías I, II, III y IV.

#### 6.3.1 Manejo de la Lesión por Presión

La enfermera/o especialista utilizara el concepto TIME (T: control del tejido no viable; I: control de la inflamación e infección; M: control del exudado; E: estimulación de los bordes epiteliales) basado en el manejo de la cura húmeda, para preparar el lecho de la herida.

- a. **Manejo de la lesión por presión realizado por el enfermero/o especialista:** según la valoración inicial el manejo de estas lesiones se da en tres categorías.

##### Categoría I

- Realiza técnica de lavado de manos según la OMS.
- Colocarse guantes no estériles.
- Apósito de espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente
- Óxido de zinc + aceite de bebe.
- Verificar el sellado completo del apósito de protección.
- Proteger los talones y sacro de paciente si no se moviliza. En paciente pronado proteger mejillas, frente, mentón, pabellón auricular y tórax.
- Retirar los guantes no estériles y realizar lavado de manos.
- Registrar los procedimientos en las hojas de enfermería.
- Registrar la evolución de la lesión en la ficha de valoración y seguimiento del paciente.

##### Categoría II

- Revisar la historia clínica referente a antecedentes y valores de laboratorio.
- Realiza lavado de manos según OMS.
- Colocarse los guantes.
- Cuando el paciente tiene varias lesiones iniciar la curación por la lesión menos contaminada, evaluar la existencia de maceración de la piel perilesional.
- Limpiar la lesión haciendo uso de la irrigación, generar presión efectiva con la jeringa de 20 ml y aguja hipodérmica n°18, se podrá utilizar solución salina con la finalidad de favorecer el arrastre de tejido desvitalizado y microorganismos.
- Evitar el uso de antisépticos de manera rutinaria ya que son citotóxicos para la piel sana.



- Secar la piel perilesional y dejar húmedo el lecho de la herida con el fin de evitar traumatismo por fricción en esa zona.
- Para favorecer la granulación aplicar: hidrocoloide delgado + apósito transparente o trolamina + apósito transparente o gasa parafinada + apósito transparente.
- Si hay presencia de tejido desvitalizado aplicar hidrogel para favorecer el desbridamiento autolítico.
- Verificar el sellado completo del apósito de protección.
- Marcar la fecha de curación en un lugar visible y mencione la fecha del siguiente cambio de cura.
- Retirar los guantes y realizar higiene de manos.
- Registrar los procedimientos en las hojas de enfermería.
- Registrar la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento de la lesión por presión.

### Categoría III Y IV

- Revisar la historia clínica referente a antecedentes y valores de laboratorio.
- Realizar lavado de manos según OMS.
- Colocarse guantes estériles.
- Cuando el paciente tiene varias lesiones iniciar la curación por la lesión menos contaminada, evaluar la existencia de maceración de la piel perilesional.
- Colocar guantes estériles.
- Limpiar la lesión haciendo uso de la irrigación, generar presión efectiva con la jeringa de 20 ml y aguja hipodérmica n°18, se podrá utilizar solución salina con la finalidad de favorecer el arrastre de tejido desvitalizado y microorganismos.
- Evitar el uso de antisépticos de manera rutinaria ya que son citotóxicos para la piel sana.
- Secar la piel perilesional y dejar húmedo el lecho de la herida con el fin de evitar traumatismo por fricción en esa zona.
- Retirar el tejido desvitalizado generado por el desbridamiento autolítico, a través de la irrigación y lavado del 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.
- Si existe tejido necrótico o fibrina aplicar: Hidrogel + apósito antimicrobiano + apósito transparente; o hidrogel + hidrocoloide + apósito transparente.
- Si queremos favorecer la granulación aplicar: carbometilcelulosa + alginato de calcio + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente; o apósito antimicrobiano + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente.
- Verificar el sellado completo del apósito de protección.
- Marcar la fecha de curación en un lugar visible y mencione la fecha del siguiente cambio de cura.
- Retirar los guantes y realizar higiene de manos.
- Registrar en las notas de enfermería utilizando la taxonomía (nn)
- Registrar la evolución de la herida en la ficha de valoración y seguimiento de la 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. Toma de cultivo de herida según hisopado



Este procedimiento se realiza a pacientes con lesiones por presión crónica (mayor a 30 días) en los que después de realizarse cura convencional se encuentran con abundante exudado o signos de infección, la enfermera especialista debe realizar:

- Comunicar al médico tratante una posible infección en la lesión por presión.
- Recibir la orden de toma de muestra de cultivo.
- Obtener muestra de cultivo mediante hisopado:
  1. Limpiar la lesión con solución fisiológica, liberando el exudado purulento o del tejido fibrinoso.
  2. Utilizar hisopo estéril.
  3. Recoger con el hisopo los extremos de la herida en sentido descendente (aguja del reloj) abarcando diez puntos distintos de la herida.
  4. Colocar el hisopo en un tubo con medio de transporte Stuart.
  5. Rotular el tubo con nombre completo del paciente, un número de historia clínica, zona de toma de muestra, fecha y hora.
  6. Enviar inmediatamente la muestra a laboratorio de microbiología.

#### 6. 4 ÍNDICADOR DE EVENTO ADVERSO DE LPP

$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes hospitalizados con úlceras de presión en un periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes hospitalizados con movilización limitada en el mismo periodo}} \times 100$
---

Periodo: Mensual

Registro: Hoja de complicaciones de Enfermería

Responsable: Jefa de la Unidad

#### 6.5. FLUJOGRAMA/ ALGORITMO

Flujograma para la prevención y cuidado de Lesiones por Presión y Cuidado de Lesiones por Presión. Anexo 01

#### VII. RECOMENDACIONES:

- Socializar la Guía en todos los servicios del hospital.
- Realizar capacitación para la aplicación de dicha Guía.

#### 7.1 RESPONSABILIDADES

- Licenciada en Enfermería: CATEGORÍA I, II
- Técnico de Enfermería
- Médico: Atenderá a pacientes con LPP con CATEGORÍA III, IV

#### VIII. ANEXOS

ANEXO 01: Flujograma para la Prevención y Cuidado de Lesiones por Presión.



**ANEXO 02:** Reloj Postural.

**ANEXO 03:** Ficha de valoración de paciente en trauma shock (Hoja anterior).

**ANEXO 04:** Ficha de valoración de paciente en hospitalización (Hoja anterior).

**ANEXO 05:** Ficha de valoración de paciente en UCI – CI (Hoja anterior).

**ANEXO 06:** Semáforo de riesgo bajo (Hoja anterior).

**ANEXO 07:** Semáforo riesgo moderado (Hoja anterior).

**ANEXO 08:** Semáforo riesgo alto (Hoja anterior).

**ANEXO 09:** Formato de Consentimiento Informado.

**ANEXO 10:** Lista de Chequeo en la valoración de riesgo y prevención de las lesiones por presión.

**ANEXO 11:** Tabla N° 2 Escala de BRADEN-BERGSTROM.

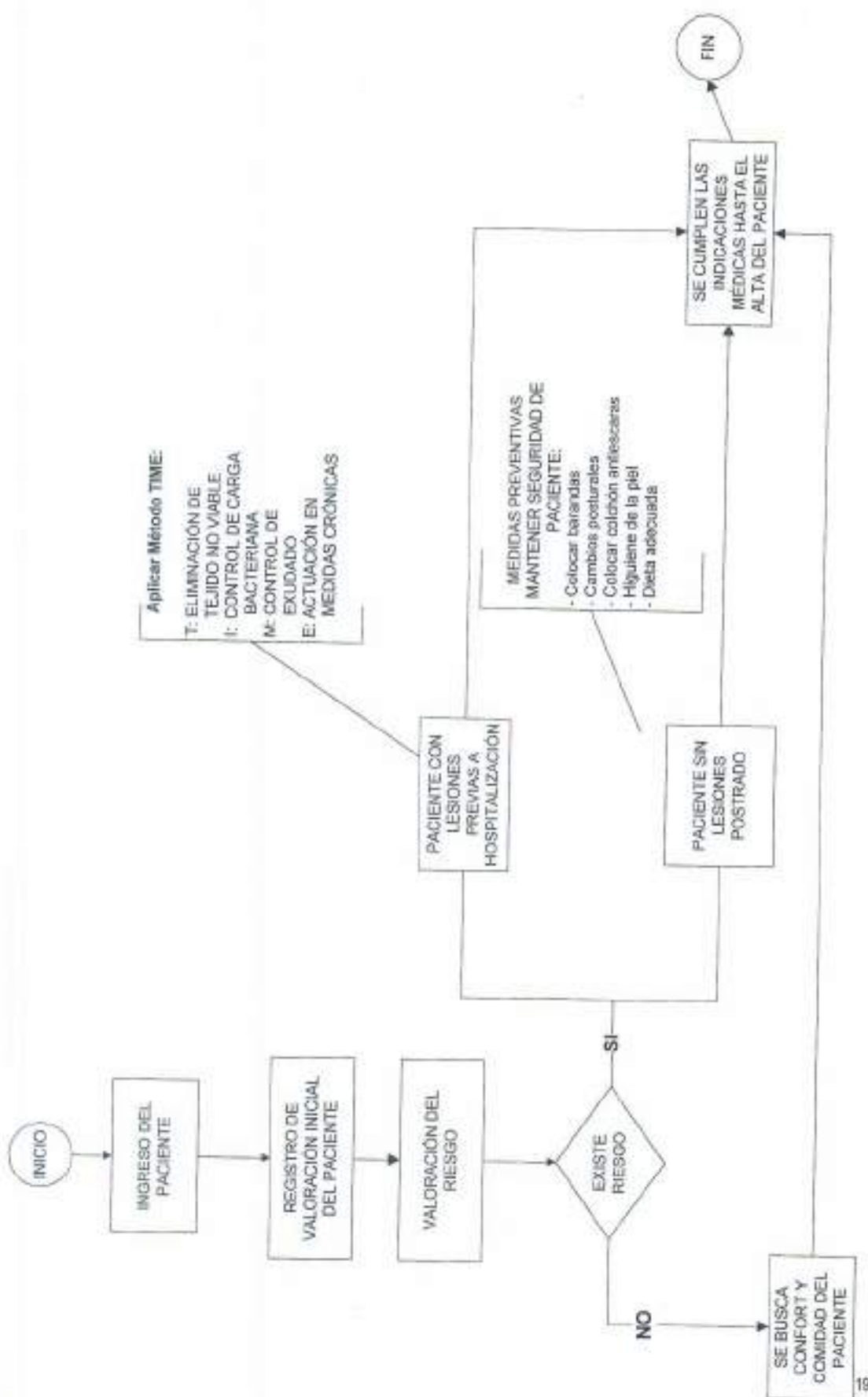
**ANEXO 12:** Medidas de Prevención de acuerdo a resultado de la escala de BRADEN. - Tabla N° 3 "Prevención de lesiones por presión".

**ANEXO 13:** Proceso de Atención de Enfermería. - Tabla N° 4 (Criterio NANDA para el proceso de valoración de enfermería).

**ANEXO 14:** Plan de cuidado de Enfermería de valoración y manejo de lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente hospitalizado.



FLUJOGRAMA PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN



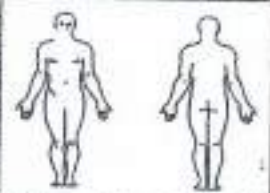
## ANEXO N° 02: RELOJ POSTURAL



ANEXO N° 03: FICHA DE VALORACIÓN DE PACIENTE EN TRAUMA SHOCK (Hoja anterior)

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK) HEJCU

Fecha: _____		Servicio: _____		Hora: _____		N° Historia: _____	
Tipo de atención: SIS ( ) / SOAT ( ) / CTROR ( ) / ALIASA ( )							
DIAGNOSTICO MEDICO:							
CORONARIO: SI ( ) / NO ( )		LITA: SI ( ) / NO ( )		SANGRE: SI ( ) / NO ( )		ASMA: SI ( ) / NO ( )	
SUBJETIVO: SI ( ) / NO ( )		TBC: SI ( ) / NO ( )		EPOC: SI ( ) / NO ( )		CANCER: SI ( ) / NO ( )	
Reserva: _____							
OBJETIVO (O)		D		N		D	
CONDICION AL INGRESO		D		N		D	
Características		Grado de dependencia		Anestesia ( ) / No anestesia ( )			
Cansancio		I - II - III - IV / I - II - III - IV		Tranquila ( ) / No tranquila ( )			
Sala de sueño		BOLSILLO DE ENERGIA: Pudge		SEGURIDAD PROTECCION (11)			
Clase		REGIMEN: Bueno ( ) / Regular ( ) / Malo ( )		INFECCION Y LESION O OJALO			
Tratamiento		CARDIOVASCULARES/ RESPIRATORIAS		PEL: Peludo ( ) / Cloruro ( )			
FUNCIONES VITALES		Pulsos: X Ritmo cardíaco ( )		Fiebre ( ) / Tumor ( ) / Caliente ( )			
PA		Ritmo ( ) / Anormal ( )		Humedad ( ) / Seca ( )			
Tª		Frecuencia ( ) / Fisiológica ( )		Cuidado con Lesiones ( ) / NO ( )			
Sat O2		Temperatura: Bradicardia ( )		Con Selección necesaria ( )			
COMUNO + PROMOCION DE LA SALUD		Aparición ( ) / Clases ( )		Equivalencia SI ( ) / NO ( )			
Tobacco ( ) / Alcohol ( ) / Drogas ( )		Polipnea ( ) / Neutropenia ( )		Hemias: SI ( ) / NO ( )			
Cuestion sobre su enfermedad crónica		Cheyne-Stokes ( )		Localización:			
NUTRICION (2)		Dolor orofaríngeo:		Dolor torácico:			
APETITO NORMAL ( ) / BMO ( ) / BNY ( )		Tipo:		Secundario: SI ( ) / NO ( )			
MPO ( ) / Hinchazón/Tumor Agudo?		Ortopedia torácica: Dorsal ( ) / Reg. ( )		Caxaxa: SI ( ) / NO ( )			
Distensión Abdominal SI ( ) / No ( )		Características		Profundidad: Caudal ( ) / Tórax ( )			
Mucosas: SI ( ) / No ( )		Secreción bronquial ( )		VIA RESPIRATORIA			
ELIMINACION (2)		Características		Localización:			
Normal ( )		Hemoptisis ( )		Tórax: SI ( ) / NO ( )			
Anuria ( ) / Oliguria ( )		Oliguria ( ) / CA: MI. UV - TE		GATEWAY VISUALIZADO CORRECTAMENTE			
Poliuria ( ) / Poliquiuria ( )		Verificación mecánica ( )		LOCALIZACION ( )			
Disuria ( ) / Hematuria ( )		Vacunas: Difteria ( ) / Tétanos ( )		Quemadura ( )			
Incontinencia Urinaria ( )		Localización:		Localización:			
Cabeza ventral ( ) / Sacra ventral ( )		Hernias: Dorsal ( ) / Sacra ( )		Grado: 5			
Reflexo ( ) / Reflejo		Características:					
Diuresis A-V: SI ( ) / NO ( )		Dermatitis: Dorsal ( ) / Sacra ( )					
Mucosa ( ) / Rectorrágica		Dermatitis: Dorsal ( ) / Sacra ( )					
Hematemesis ( ) / Vómitos ( )		Clase:					
Otro:		PERCEPCION COGNICION (5)					
GENITALES:		Desorientación ( )					
Etiología ( )		Somnolencia ( )					
Características:		Sopor ( )					
Ginecomastia:		Coma ( )					
Ginecomastia:		Clasificación:					
Otro:		AD (1) (2) (3) (4) (5)					
ACTIVIDAD / REPOSO (4)		RV (1) (2) (3) (4) (5)					
REPOSO BUENO ( ) / No ( )		RM (1) (2) (3) (4) (5) (6)					
En reposo:		Pupila (D):					
ACTIVIDAD / EJERCICIO:		COMUNICACION					
Camina ( )		Comunicativo: SI ( ) / No ( )					
Postura ( ) / Contractura ( )		Distracción ( )					
Hiperreflexia ( ) / Hipotensión ( )		Hiperreflexia ( )					
Hemias: Dorsal ( ) / Sacra ( )		Incontinencia ( )					
Parestesia ( ) / Cuedadela ( )		Verificación ( )					
Excitación psicorrelajada ( )		Agitación ( )					
Etiología: SI ( ) / NO ( )		Barridos psicológicos ( )					
Localización:		Atenuación de la percepción ( )					
		AFORMENTAMIENTO / STRESS (6)					
		Tumor ( ) / Inflamación ( )					
A:							
B:							
C:							
D:							
E:							
OBSERVACION:							
FIRMA:							
NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD:		CABA:		FIRMA:	
ID:		COP:		LIC:		COP:	







ANEXO N° 04: FICHA DE VALORACIÓN DE PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN (Hoja anterior)



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS  
"JOSÉ CARRERO ULLÓN"

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha:		Hora:		Servicio:	
Tipo de atención:		SS ( )		SOAT ( )	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:		OTROS ( )			
SUBJETIVO (30 Días):					
Nombre:					
OBJETIVO (3)	D	M		D	M
CONDICIÓN: NEGRO			ACTIVIDAD/REPOSO		PERCEPCIÓN/CONCIENCIA (3)
Coma			REPOSO: BUENO Intermitente		Despierto/Somnoliento
Conciencia			En reposo		Estupor/Sopor
Señal vital			ACTIVIDAD/REPOSO		Coma
Dieta			Carbón		Gaspar: TOTAL
FUNCIONES VITALES			Perfusión		AD (1) (2) (3) (4)
PA			Hemoglobina (g) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		PV (1) (2) (3) (4) (5)
PC			Hemoglobina (g) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		RM (1) (2) (3) (4) (5)
PT			Fracción ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		Pupila (D)
PR			Exudado pleurítico		COMUNICACIÓN
SAT O2			Bilias: ( ) (NO)		Consciente
FR			Localización		Poco comunicativo
Conciencia u orientada?			Signo Babinski ( ) ( ) ( ) ( )		Otro
NUTRICIÓN (2)			GRADO DE DEFICIENCIA		APROXIMACIONES (3)
APETITO NORMAL ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			Pruebas ( ) ( ) ( )		Tumor
Hidratación: Mala líquida			SOLUBILIDAD DE ENERGÍA: Falta		Ansiedad
Desecho abdominal			Íctericos		Tensión
ELIMINACIÓN (2)			Reño ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		SEGURIDAD PROTECCIÓN (1)
Normal			RESP. CARDIOVASCULARES/RESPIRAT		INFECCIÓN Y LESIÓN O DAÑO
Acido			Pulso ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		Prob. Pálido
Oliguria			Ritmo		Cianosis
Poliuria			Debil		Íctericos
Pulso fuerte			Fibrosis		Diapnoea
Debil			Gravitante		P ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Hemodinamia			Tajante		Húmedo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Inconformidad bílica			Dura		LESIÓN FÍSICA
Grave/Vital			Pulso		Calidad oral (relacion ( ) ( ) (NO) ( ) ( )
Suave/estable			Resaca		Localización
Temperatura			Agua		DAÑO CORPORAL
Uso Pañal			Chyris/epile		Indiferencia
Careñamiento			Dolor intenso		Ineficaz
Demas			Ten		Verbositas
Conciencia u orientada?			Ornaje bebido		Deprimido
Verba			Unión		Agitado
Padronaje			Genérbiles		Con Gaseación/ventilación
Hematemesis			Secación Biológica		Hálito ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Verba			Características		Localización
Cosa			Hemofilia		Basculas
DEFECACIONES			Con Gaseo?		Escaras ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Constancia			Específicas		Profundidad Carénica ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
Gravemente			Verificación recurrente		vía respiratoria:
Dieta			Tensión/Carénica ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		Localización
COMPORT (12)			Emoción		Flabidez
Otor ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			Localización		Guarnición
Tipo			Características		Localización
Localización			Drainaje oral		Grado:
Ritmo			Cámbios		Otros:
OBSERVACIONES: Día			De		Riesgo de UPP:
Noche:					Riesgo de Caídas
LIC	CEP	LIC	CEP		
NOMBRE DEL PACIENTE:					
N° CAMA		N° HC		FECHA	



# REGISTRO DE ENFERMERÍA

FECHA	DIAGNÓSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC 1) P	INTERVENCIONES (NIC) I	EVALUACIÓN (NOC2) E	OBSERVACIONES

FIRMA DE ENFERMERÍA DE DÍA \_\_\_\_\_  
CEP Nº \_\_\_\_\_

FIRMA DE ENFERMERÍA DE NOCHE \_\_\_\_\_  
CEP Nº \_\_\_\_\_







ANEXO N° 06: SEMÁFORO DE RIESGO BAJO (Hoja anterior)



## RIESGO BAJO DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP)

### PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

## ADVERTENCIA

### CUIDADOS PARA RIESGO BAJO DE LPP


- ✓ Medición del riesgo al ingreso y según escala de Braden, re-evaluación diaria.
- ✓ Aislar la presión en zonas de prominencias óseas (codos, talones, etc).
- ✓ Cambios posturales regulares, estimular movimientos en cama/ sillón según caso.
- ✓ Higienice cada 24 horas, especialmente en baño o según necesidad del paciente.
- ✓ Hidratación diaria + hidratación de la piel.
- ✓ Controle flujos de sonda, drenajes, túbulos, etc.

MANEJO DE LA HUMEDAD	MANEJO DE LA NUTRICIÓN	MANEJO DE LA FROCCIÓN	OTRAS MEDIDAS GENERALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de almohadas (codo o paraguay).</li> <li>• Uso de paños, si es necesario, y cambio según necesidad, previa higiene perianal.</li> <li>• Aproveche los cambios posturales para chequeo deambulatorio asistido, lavado: al baño o uso de chisel paraguay.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegure requerimientos nutricionales según RPA.</li> <li>• Asegure la hidratación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No eleva la cabeza de la cama más de 30° según orden médica.</li> <li>• Uñas limpiadas, grises y beneficias para facilitar la movilidad.</li> <li>• Proteja los talones y talones de la frocción.</li> <li>• Uso de sillones de movimiento, rodillos y guías.</li> <li>• Equipo de personal o equipo de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No masajee las prominencias óseas.</li> <li>• Mantenga la piel hidratada.</li> <li>• Evite el contacto de la piel con almohada y superficies de presión.</li> </ul>



ANEXO N° 06: SEMÁFORO DE RIESGO BAJO (Hoja posterior)

## TIPOS DE LESIONES POR PRESIÓN

OPCIONES	OPCIONES	OPCIONES TERAPÉUTICAS
 <b>1PR</b> CATEGORÍA 1	Epitelio intacto, sin eritema ni edema que persista al aliviar la presión.	<b>Prevención:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar la presión al menos una vez por hora y aliviar.</li> <li>• Acortar tiempos.</li> <li>• Cama de aire • Almohada de latex.</li> </ul>
 <b>1PR</b> CATEGORÍA 1	Eritema de la piel visible, eritematoso, que puede resolverse al aliviar la presión.	<b>Sojar la herida:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar la presión al menos una vez por hora y aliviar.</li> <li>• Acortar tiempos.</li> <li>• Cama de aire • Almohada de latex.</li> </ul>
 <b>2PR</b> CATEGORÍA 2	Piel y parte de espesor de la piel involucradas. El área de la herida se puede presentar como un área indurada, seca, roja de fondo blanco. Puede ser dolorosa o irritada. Tejido de granulación, adherido o no en presencia.	<b>Sojar la herida:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar la presión al menos una vez por hora y aliviar.</li> <li>• Acortar tiempos.</li> <li>• Cama de aire • Almohada de latex.</li> </ul> <p>Si hay presencia de tejido necrosado, además al tratamiento anterior hidratar hasta retirar el tejido no deseado.</p>
 <b>3PR</b> CATEGORÍA 3	Penetración de espesor total por tejido adiposo visible. Tejido de granulación y tejido conectivo presente. Tejido de espesor parcial visible. Secuenciado y fibrinoso pueden verse. No evidencia de tejido necrosado. Pueden verse tejidos profundos.	<b>Tajado quirúrgico - (desbridamiento quirúrgico)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación • agente antimicrobiano • agente bactericida.</li> <li>• Hidratación • hidratación suave • agente bactericida.</li> </ul> <p>Tejido de granulación (fibrinoso):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbolimolida • agente de coque y ácido • agente de polifenoles y ácido • agente bactericida.</li> <li>• Agente antimicrobiano • agente de coque y ácido • agente bactericida.</li> </ul> <p>Importante evitar la exposición para favorecer la cicatrización.</p>
 <b>4PR</b> CATEGORÍA 4	Lesión de presión profunda y del espesor de músculo, hueso o tendon. Epitelio, tejido conectivo y fibrinoso completamente presentes. Edema y necrosis pueden verse presentes.	<b>Tajado quirúrgico - (desbridamiento quirúrgico)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación • agente antimicrobiano • agente bactericida.</li> <li>• Hidratación • hidratación suave • agente bactericida.</li> </ul> <p>Tejido de granulación (fibrinoso):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbolimolida • agente de coque y ácido • agente de polifenoles y ácido • agente bactericida.</li> <li>• Agente antimicrobiano • agente de coque y ácido • agente bactericida.</li> </ul> <p>Realizar curaciones hasta que la herida sea propensa para una resolución de cirugía plástica (si es la piel).</p>



ANEXO N° 07: SEMÁFORO DE RIESGO MODERADO (Hoja anterior)



## RIESGO MODERADO DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP)

PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LESIONES POR PRESIÓN

### ADVERTENCIA






#### CUIDADOS PARA RIESGO MODERADO DE LPP

- ✓ Medición del riesgo al ingreso y según escala de Braden, re-valoración diaria.
- ✓ Protección de la zona de riesgo + Hidratación + Colchón antiescara (ver tratamiento LPP 0-1)
- ✓ Cambios posturales: cada 2 horas o antes (aislado), según criterio del médico, máximo cada 4 horas si se tiene colchón antiescara.
- ✓ Higiene cada 24 horas o según necesidad del paciente.
- ✓ Hidratación + lubricación de la piel cada 12 horas. Repasar regular y frecuentemente dependiendo del estado del paciente.
- ✓ Cuidados habituales de sonda, drenajes, tubos, etcétera.

MANEJO DE LA HUMEDAD	MANEJO DE LA NUTRICIÓN	MANEJO DE LA FRICCIÓN	OTRAS MEDIDAS GENERALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use dispositivo para la humedad (film o papagayo).</li> <li>• Use papas si emita y cambie según necesidad, previa higiene personal.</li> <li>• Aproveche los cambios posturales para ofrecerle deambulación asistida, traslado al baño o uso de chata/papagayo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de requerimientos nutricionales según RP.</li> <li>• Cuidar la hidratación.</li> <li>• Administrar suplementos polivitamínicos según RP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No eleve la cobertura de la cama más de 30°, según criterio médico.</li> <li>• Utilice tapetes, grúas y botanillas para facilitar movilidad.</li> <li>• Proteja las caderas y talones de la fricción.</li> <li>• Uso de saleros de movimiento, rodillo o grúas.</li> <li>• Apoyo de personal o equipo de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No masajee las prominencias óseas.</li> <li>• Mantenga la piel hidratada.</li> <li>• Evite el secado de la piel con amoníaco y/o superficies ásperas.</li> </ul>



ANEXO N° 07: SEMÁFORO DE RIESGO MODERADO (Hoja posterior)

TIPOS DE LESIONES POR PRESIÓN			
	CATEGORÍA	SIGNOS	OPCIONES TERAPÉUTICAS
	PEL ÍNTEGRA CATEGORÍA 0	Epidermis intacta, asintomática y sin cambios que desaparece al aliviar la presión.	Prevención: • Apósito de primera elección espuma de poliuretano y silicona. • Apósito transparente. • Crema de zinc + Aceite de bebé.
	LPP CATEGORÍA 1	Eritema de la piel íntegra, enrojecido y/o con edema que no desaparece colorimétrico de 15 a 30 minutos de aliviar la presión, al retirar a la digitopresión.	Evitar la herida: • Apósito de primera elección espuma de poliuretano y silicona + Apósito transparente. • Crema de zinc + Aceite de bebé.
	LPP CATEGORÍA 2	Perda parcial de la epidermis de la piel, con exposición de la dermis. Efecto de la herida es visible trasado o no, cuando se puede presentar como apósito indolente o rosa, tejido de tejido sano. Tejido adiposo no visible. Tejido de granulación, esfuerzo o escara no presente.	• Apósito hidrofóbico ocolostopado + apósito transparente. • Topical + apósito transparente. • Gaso perfumada + apósito transparente.  Si hay presencia de tejido necrótico devitalizado, adicional al tratamiento anterior hidrogel hasta retirar el tejido no deseado.
	LPP CATEGORÍA 3	Exposición total de la epidermis de la piel. Tejido adiposo visible. Tejido de granulación y quistes, usualmente presente. Esfuerzo y/o escara pueden estar presentes. Desvitalizado y necrosado pueden estar. No exposición de hueso, tendón, tendón, cartilago, y/o vasos.	Tejido necrótico - desbridamiento autolítico: • Hidrogel + apósito antimicrobiano + apósito transparente. • Hidrogel + hidrocoloides grueso + apósito transparente.  Tejido de granulación (devitalizar): • Carbocilina + aspirado de calcio y sódio + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente. • Apósito antimicrobiano + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente.  Importante evitar la masajeación para favorecer la cicatrización.
	LPP CATEGORÍA 4	Lesión por presión profunda y con exposición de músculo, hueso o tendón. Esfuerzo, aneurisma y necrosis usualmente presentes. Esfuerzo y escara pueden estar presentes.	Tejido necrótico - desbridamiento autolítico: • Hidrogel + apósito antimicrobiano + apósito transparente. • Hidrogel + hidrocoloides grueso + apósito transparente.  Tejido de granulación (devitalizar): • Carbocilina + aspirado de calcio y sódio + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente. • Apósito antimicrobiano + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente.  Realizar con curaciones hasta que la herida esté preparada para intervención de cirugía plástica (mucho de piel).





ANEXO N° 08: SEMÁFORO DE RIESGO ALTO (hoja anterior)



## RIESGO ALTO DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP)

### ADVERTENCIA


#### CUIDADOS PARA RIESGO ALTO DE LPP

- ✓ Medición de riesgo al ingreso y según escala de Braden, re-evaluación diaria.
- ✓ Protección de la zona de riesgo + Hidratación + Colchón antiescaras (ver tratamiento LPP 1).
- ✓ Cambios posturales cada 2 horas o antes (restrito), según criterio del médico, máximo cada 4 horas si se tiene colchón antiescaras.
- ✓ Higiene cada 24 horas o según necesidad del paciente.
- ✓ Hidratación + lubricación de la piel cada 12 horas. Repetir según y frecuentemente dependiendo del estado del paciente.
- ✓ Cuidados habituales de toalla, barbas, brazos, axilas.
- ✓ Mantener un ambiente adecuado para la granulación (Ver tratamiento LPP 3 y 4).

MANEJO DE LA HUMEDAD	MANEJO DE LA NUTRICIÓN	MANEJO DE LA FRICIÓN	OTRAS MEDIDAS GENERALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de dispositivos para la humedad (chale o pañales).</li> <li>• Uso periódico y oportuno y cambio según necesidad, previa higiene personal.</li> <li>• Aproxime los vendajes posturales para ofrecer inmovilización estable, traslado al baño o uso de chales/pañales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de requerimientos nutricionales según RP.</li> <li>• Cuidar la hidratación.</li> <li>• Administrar suplementos polifenólicos, según RP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No abusar de la colocación de la cama más de 50° según criterio médico.</li> <li>• Usar sillas especiales, guas y sujeciones para facilitar la movilidad.</li> <li>• Proteja los codos y talones de la fricción.</li> <li>• Uso de sistemas de movimiento, rodillos o grúas.</li> <li>• Ayuda de personal a ocupar la cama.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No trasapear las prominencias óseas.</li> <li>• Mantenga la piel hidratada.</li> <li>• Evalúe el estado de la piel con acciones y expertos de apoyo.</li> </ul>



ANEXO N° 08: SEMAFORO DE RIESGO ALTO (Hoja posterior)

TIPOS DE LESIONES POR PRESIÓN			
	CATEGORIA	SIGNOS	OPCIONES TERAPEUTICAS
	PIEL INTEGRAL CATEGORIA 0	Comunicación y educación monitoreo continuo de la piel y el cuerpo	Revisión - Apoyo al cuidado personal (baño, higiene y otros) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas
	LPP CATEGORIA 1	El área de la piel que aparece roja o hinchada no desaparece al presionar y se vuelve roja al dejarla.	Apoyo al cuidado - Apoyo al cambio de ropa y sábanas - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas
	LPP CATEGORIA 2	Perdida de la integridad de la epidermis (rojo oscuro o hinchado) que no desaparece al presionar y se vuelve roja al dejarla. Puede haber dolor o ardor. Puede haber un olor o un sabor fétido.	Tecido de epidermis (rojo oscuro) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas - Apoyo al cambio de ropa y sábanas - Apoyo al cuidado personal (baño, higiene y otros) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas
	LPP CATEGORIA 3	Perdida de la integridad de la epidermis y de la dermis (rojo oscuro o hinchado) que no desaparece al presionar y se vuelve roja al dejarla. Puede haber dolor o ardor. Puede haber un olor o un sabor fétido.	Tecido fibroso - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas - Apoyo al cambio de ropa y sábanas - Apoyo al cuidado personal (baño, higiene y otros) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas - Apoyo al cambio de ropa y sábanas - Apoyo al cuidado personal (baño, higiene y otros) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas
	LPP CATEGORIA 4	Perdida de la integridad de la epidermis y de la dermis (rojo oscuro o hinchado) que no desaparece al presionar y se vuelve roja al dejarla. Puede haber dolor o ardor. Puede haber un olor o un sabor fétido.	Tecido fibroso - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas - Apoyo al cambio de ropa y sábanas - Apoyo al cuidado personal (baño, higiene y otros) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas - Apoyo al cambio de ropa y sábanas - Apoyo al cuidado personal (baño, higiene y otros) - Cuidado de la piel - Cuidado de la ropa y sábanas



## ANEXO N° 09: Formato de Consentimiento informado

NTS N° 139 MISA/2018/DGAIN  
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

### ANEXO N° 12

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_

Señor (a) \_\_\_\_\_ Buenos días (tarde o noche); 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 que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene, solo observarán, tal vez podrán entrevistarle (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente, siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes 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 el 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 elegir o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted tuvo anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

### EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201 \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Yo, \_\_\_\_\_ con DNI N° \_\_\_\_\_  
Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y responder todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consiento de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2000-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que los estudiantes (OS) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y almacenamiento como parte de material de enseñanza o docente, no será identificado identificado (a).

Si consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )  
No consiento que sea grabado: Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital del paciente o representante legal  
D N I \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y surta el consentimiento  
D N I \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA/DES AUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma o huella digital del paciente o representante legal  
D N I \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional de la salud que revoca la autorización  
D N I \_\_\_\_\_  
Nota: Cualquier profesional de la salud.



**ANEXO N° 10: Lista de Chequeo en la valoración de riesgo y prevención de las lesiones por presión**

N°	Checklist	Si cumple	No cumple
1	Identifica al paciente (Kardex y N° de cama).		
2	Explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar y solicita su colaboración siempre que sea posible.		
3	Realiza valoración céfalo- caudal en el paciente vigilando signos que indiquen desarrollo incipiente de LPP "lesión por presión".		
4	Aplicar la Escala de BRADEN durante la valoración física.		
5	Si existe riesgo y no hay lesiones previas a la hospitalización, pero se encuentra postrado aplica medidas preventivas:		
	Realiza cambios posturales cada 2 horas.		
	Coloca colchón anti escaras		
	Realizar higiene de la piel		
5	Administra dieta adecuada		
6	Si existe riesgo y hay lesiones previas y durante la hospitalización aplica el Método TIME		
	T: Eliminación de tejido no viable		
	I: Control de carga bacteriana		
	M: Control de exudado		
6	E: Actuación en medidas crónicas		
7	Solicita al paciente o familiar autorización para el monitoreo fotográfico de la lesión por presión. (Presencia de consentimiento informado de docencia).		
8	Clasifica la lesión por presión aplicando: National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) y European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).		
	Categoría I		
	Categoría II		
	Categoría III		
	Categoría IV		
8	Categoría No clasificable		
09	Evalúa y registra en la hoja de valoración la presencia de factores de riesgo como incontinencia fecal u urinaria.		
10	Emplea la escala visual análoga (EVA), para evaluar las características del dolor.		
11	Supervisa los cambios posturales programadas de acuerdo a las medidas preventivas indicadas en el reloj postural.		
12	Registra y reporta las intervenciones de enfermería de las lesiones por presión, usando diagnostico NANDA, NIC, NOC.		



**ANEXO N° 11: TABLA N°2 "ESCALA DE BRADEN – BERGSTROM"**

PUNTUACION				
	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
Percepción Sensorial	Completamente Limitada	Muy Limitada	Ligeramente Limitada	Sin Limitación
Exposición a la Humedad	Siempre Húmeda	A Menudo Húmeda	Ocasionalmente Húmeda	Raramente Húmeda
Actividad	Encamado	En Silla	Deambula Ocasionalmente	Deambula Frecuentemente
Movilidad	Completamente Inmóvil	Muy Limitada	Ligeramente Limitada	Sin Limitaciones
Nutrición	Muy Pobre	Probablemente Inadecuado	Adecuado	Excelente
Roce y Peligro de Lesiones	Problema	Problema	Potencial	No existen Problemas Aparentes

**Clasificación de Riesgo:**

**Alto Riesgo:** < 12 puntos

**Riesgo Moderado:** de 13 a 14 puntos

**Riesgo Bajo:** de 15 a 16 puntos si es menor a 75 años  
de 15 a 18 puntos si es mayor a 75 años



**ANEXO N° 12: MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACUERDO A RESULTADO DE LA ESCALA DE BRADEN.**

Se aplicarán determinadas medidas preventivas de acuerdo con la valoración de riesgo.

**TABLA N°3 "PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN"**

NIVELES DE RIESGO		ACCIONES
Bajo Riesgo	>14	<p><b>Aporte nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Controlar y registrar la ingesta de alimentos. Identificar carencias nutricionales.</li> <li>•Estimular la ingesta de líquidos.</li> </ul> <p><b>Cuidados de la piel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Higiene diaria con agua y jabón (neutro) realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos.</li> <li>•Observar la integridad de la piel mientras se realiza la higiene, sobre todo las prominencias óseas, puntos de apoyo, zonas expuestas a humedad y presencia de sequedad, excoriaciones, eritemas, maceración, fragilidad, induración y temperatura.</li> <li>•Aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción.</li> <li>•No utilizar ningún tipo de alcoholes.</li> <li>•No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas as zonas enrojecidas.</li> <li>•Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad.</li> </ul> <p><b>Protecciones locales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En pacientes inmobilizados, valorar la utilización de apósitos (espuma de poliuretano) para proteger las zonas de riesgo. Revisar diariamente el estado del apósito (como máximo cada 48 horas). Registrar la fecha en que se pone y si es para <b>prevención (P)</b> o para <b>tratamiento (T)</b> de lesión.</li> <li>• Evitar presión / fricción en prominencias óseas, fundamentalmente en los talones: elevar los talones (almohadas bajo los gemelos), taloneras, vendaje con algodón, etc. Revisar diariamente (como máximo cada 48 horas).</li> <li>• El uso de esta protección no sustituye al resto de medidas de prevención.</li> </ul> <p><b>Control del exceso de humedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden</li> </ul>



		<p>originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.</li> </ul> <p>Cambio de sábanas cada vez que sea necesario.</p> <p><b>Cambios posturales</b> Vigilar por lo menos una vez por turno: Estimular Movimientos en Cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuando el paciente se encuentra sentado (Sedestación), se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede realizarlos autónomamente, se le enseñará a hacer cambios posturales o ejercicios isométricos (contracción-relajación de un grupo muscular concreto).</li> <li>•Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.</li> <li>•Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí colocando almohadas.</li> <li>•Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción.</li> <li>•Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) teniendo en cuenta las indicaciones médicas.</li> <li>•Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.</li> </ul> <p>(ANEXO N°4)</p>
<p><b>Riesgo Moderado</b></p>	<p>13 -14</p>	<p>Además de los cuidados planteados en Riesgo Bajo, se implementará lo siguiente:</p> <p><b>Cambios posturales</b> Si el estado del paciente lo permite se realizarán cambios posturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Cada 2-4 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada siguiendo el reloj de cambios de posición.</li> </ul> <p><b>Protección Local</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En zonas de especial riesgo como son talones, región occipital, codos y sacro, se recomienda utilizar apósitos hidrocoloides, espuma de poliuretano y silicona o apósitos transparentes.</li> <li>• Ante estas situaciones: sondas, mascarillas, tubos orotraqueales, máscaras de presión positiva (CPAP), catéteres, férulas, yesos, sistemas de tracción, dispositivos de inmovilización; se colocará esparadrapo hipoalergénico Fixomull Stretch para</li> </ul>



		protección de las zonas, evitando el contacto o roce directo del dispositivo con la piel. (ANEXO N°5)
<b>Riesgo Alto</b>	<b>≤12</b>	<p><b>Cambios posturales</b> Si el estado del paciente lo permite (sin signos de inestabilidad hemodinámica) se realizarán cambios posturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada 2 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada siguiendo el reloj de cambios de posición.</li> </ul> <p>Se aplicarán todas las medidas preventivas descritas para Riesgo bajo y moderado, además la utilización de Superficies especiales para el manejo de la presión.</p> <p><b>Tipos de superficies</b> <b>Estáticas/ Dinámicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colchones de aire alternante.</li> <li>• Colchones viscoelásticos</li> <li>• Camas que permiten el decúbito y la sedestación.</li> </ul> <p>(ANEXO N°6)</p>





**ANEXO N° 13: Proceso de Atención de Enfermería**

La valoración de enfermería es según patrones funcionales y sus respectivas clases de la taxonomía NANDA.

**TABLA N° 4 Criterio NANDA para el proceso de valoración de enfermería**

PATRONES FUNCIONALES	CLASES
Promoción de la salud	Toma de conciencia de la salud Gestión de la Salud
Nutrición	Ingestión Digestión Absorción Metabolismo Hidratación
Eliminación e Intercambio	Función Urinaria Función gastrointestinal Función tegumentaria Función respiratoria
Actividad / Reposo	Sueño / Reposo Actividad / ejercicio Equilibrio de energía Respuesta cardiovascular / respiratoria Autocuidado
Percepción/ cognición	Atención Orientación Sensación / percepción Cognición Comunicación
Autopercepción	Auto concepto Autoestima Imagen corporal
Rol/ Relaciones	Roles del cuidador Relaciones familiares Desempeño del rol
Sexualidad	Identidad sexual Función sexual Reproducción
Afrontamiento/ tolerancia al estrés	Respuesta postraumática Respuesta de afrontamiento



	Estrés neurocompartamental
Principios vitales	Valores Creencias Congruencias entre valores/creencias/acciones
Seguridad protección	Infección Lesión física Violencia Peligros del entorno Procesos defensivos Termorregulación
Confort	Confort físico Confort del entorno Confort social
Crecimiento desarrollo	Crecimiento Desarrollo



### Anexo N° 14. Plan de cuidado de enfermería de valoración y manejo de lesiones por presión para equipos interprofesionales en el paciente hospitalizado.

Diagnóstico de enfermería	Indicador NOC 1 Diana - Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logro del NOC 2	Likert	Diana - Escala de																																																						
<p><b> dominio: 11</b>                      Secundaria/Protección                      Clase02: Lesión                      Física                      Riesgo de deterioro de la integridad cutánea                      C/A deterioro de la circulación E/P el enrojecimiento de la zona</p> <p>C/A: condicionado a                      E/P: evidenciado por</p>	<p><b>Indicador del Riesgo: (1908)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Identifica los posibles riesgos para la salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realiza auto examen en los intervalos recomendados</td> <td></td> <td></td> <td></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></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b>                      N: nunca demostrado                      R: raramente demostrado                      A: a veces demostrado                      F: frecuentemente demostrado                      S: siempre demostrado</p>		N	R	A	F	S	Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.	1	2	3	4	5	Identifica los posibles riesgos para la salud						Realiza auto examen en los intervalos recomendados						Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades						<p><b>Prevención de lesión por presión (3540):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliza la escala de Braden para valorar el riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.</li> <li>Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, drenajes e incontinencia.</li> <li>Controlar la movilidad y la actividad del paciente.</li> <li>Asegurar una nutrición adecuada especialmente problemas</li> <li>Mantener al paciente en una posición semifowler no mayor de 30°.</li> <li>Vigilar las fuentes de presión, fricción y cizallamiento.</li> <li>Realizar cambios posturales cada 2 horas según reloj preventivo de lesiones por presión.</li> <li>Uso de colchones neumáticos</li> </ul> <p><b>Educación para la Salud: (5610)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el apoyo de la familia, cuidador y comunidad a la conducta que induzca a la salud.</li> <li>Utilizar sistema de apoyo social y familia para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.</li> </ul>	<p>Lesiones por presión</p>	III - IV	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Identifica los posibles riesgos para la salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realiza auto examen en los intervalos recomendados</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		N	R	A	F	S	Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.	1	2	3	4	5	Identifica los posibles riesgos para la salud						Realiza auto examen en los intervalos recomendados							
	N	R	A	F	S																																																								
Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.	1	2	3	4	5																																																								
Identifica los posibles riesgos para la salud																																																													
Realiza auto examen en los intervalos recomendados																																																													
Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades																																																													
	N	R	A	F	S																																																								
Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.	1	2	3	4	5																																																								
Identifica los posibles riesgos para la salud																																																													
Realiza auto examen en los intervalos recomendados																																																													



Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades									
<p><b>Puntaje:</b>                      N: nunca demostrado                      R: raramente demostrado                      A: a veces demostrado                      F: frecuentemente demostrado                      S: siempre demostrado</p>									



Diagnóstico de enfermedad	Indicador NOC 1 Diana - Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Likert Diana - Escala de																																																																								
<p><b> dominio: 11</b>  <b>Seguridad/Protección</b>  <b>Clase02: Lesión</b>  <b>Físicas</b>                      Deterioro de la integridad cutánea                      CIA: deterioro de la circulación EIP: las lesiones en la piel (asfitección) (Categoría: I, II)                      CIA: condicionado a EIP: evidenciado por</p>	<p><b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1191)</b></p> <table border="1" data-bbox="335 1417 622 1877"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eritema</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Descamación cutánea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>tekura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perfusión tisular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Integridad de la piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b>                      G: Gravemente comprometido                      S: severamente comprometido                      M: moderadamente comprometido                      L: levemente comprometido                      NC: no comprometido</p>		G	S	M	L	NC	Eritema	1	2	3	4	5	Descamación cutánea						tekura						Perfusión tisular						Integridad de la piel						<p><b>Cuidados de las heridas (3320)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud anchura x profundidad), estado (I, IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización</li> <li>• Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante</li> <li>• Mantener la úlcera húmeda para favorecer la curación</li> <li>• Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada</li> <li>• Asegurar una ingesta dietética adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones</li> <li>• Osteomielitis</li> <li>• Celulitis</li> </ul>	<p>II-III - IV</p>	<table border="1" data-bbox="367 98 670 573"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eritema</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Descamación cutánea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>tekura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perfusión tisular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Integridad de la piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b>                      G: Gravemente comprometido                      S: severamente comprometido                      M: moderadamente comprometido                      L: levemente comprometido                      NC: no comprometido</p>		G	S	M	L	NC	Eritema	1	2	3	4	5	Descamación cutánea						tekura						Perfusión tisular						Integridad de la piel					
	G	S	M	L	NC																																																																								
Eritema	1	2	3	4	5																																																																								
Descamación cutánea																																																																													
tekura																																																																													
Perfusión tisular																																																																													
Integridad de la piel																																																																													
	G	S	M	L	NC																																																																								
Eritema	1	2	3	4	5																																																																								
Descamación cutánea																																																																													
tekura																																																																													
Perfusión tisular																																																																													
Integridad de la piel																																																																													



Diagnóstico de enfermedad	Indicador NQC 1 Diana – Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Lugar del NQC 2 Likert	Diana – Escala de Likert																																																																																																											
<p><b>Domínio: 11 Seguridad/Protección Clase02 Lesión Física</b></p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad tisular CVA deterioro de la movilidad EIP daño tisular.</p> <p>CVA: condicionado a EIP: evidenciado por</p>	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1107)</p> <table border="1" data-bbox="359 1422 742 1870"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>NC</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>Temperatura de la piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perfusión Tisular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eritema</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palidez</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Necrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Injuración</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntaje: G: Gravemente comprometido S: severamente comprometido M: moderadamente comprometido L: levemente comprometido NC: no comprometido</p>		G	S	M	L	NC		1	2	3	4	5	Temperatura de la piel						Sensibilidad						Perfusión Tisular						Eritema						Palidez						Necrosis						Injuración						<p><b>Cuidados de las heridas (3520)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenajes, color, tamaño y olor.</li> <li>• Medir el lecho de la herida.</li> <li>• Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico.</li> <li>• Administrar cuidados de la ulcera cutánea.</li> <li>• Mantener una técnica de vendaje estéril.</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>• Inspeccionar, comparar y registrar regularmente cambios en la herida.</li> <li>• Cambios posturales cada 2 horas.</li> <li>• Colocar mecanismo de alivio de presión (colchones, espumas, gel, almohadilla, según corresponda).</li> <li>• Educar al familiar sobre el manejo de heridas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones</li> <li>• Osteomielitis</li> <li>• Celulitis</li> </ul>	<p>III – IV</p>	<table border="1" data-bbox="383 100 798 571"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>NC</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>Temperatura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perfusión Tisular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eritema</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Palidez</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Necrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Injuración</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntaje: G: Gravemente comprometido S: severamente comprometido M: moderadamente comprometido L: levemente comprometido NC: no comprometido</p>		G	S	M	L	NC		1	2	3	4	5	Temperatura						Sensibilidad						Perfusión Tisular						Eritema						Palidez						Necrosis						Injuración					
	G	S	M	L	NC																																																																																																												
	1	2	3	4	5																																																																																																												
Temperatura de la piel																																																																																																																	
Sensibilidad																																																																																																																	
Perfusión Tisular																																																																																																																	
Eritema																																																																																																																	
Palidez																																																																																																																	
Necrosis																																																																																																																	
Injuración																																																																																																																	
	G	S	M	L	NC																																																																																																												
	1	2	3	4	5																																																																																																												
Temperatura																																																																																																																	
Sensibilidad																																																																																																																	
Perfusión Tisular																																																																																																																	
Eritema																																																																																																																	
Palidez																																																																																																																	
Necrosis																																																																																																																	
Injuración																																																																																																																	



Diagnóstico de enfermedad	Indicador NOC 1 Diana - Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Likert Diana - Escala de																																																												
<p><b>Diagnóstico de enfermedad</b></p> <p><b>Clase02. Contort físico</b></p> <p><b>Dolor agudo (00132)</b></p> <p>C/A agentes físicos</p> <p>E/P: escala de EVA.</p> <p>C/A: condicionado a</p> <p>E/P: evidenciado por</p>	<p><b>Detección del Riesgo: (1908)</b></p> <table border="1" data-bbox="367 1411 718 1859"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor referido</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Duración de los episodios</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expresiones faciales de dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agitación/irritabilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b></p> <p>N: nunca demostrado</p> <p>R: raramente demostrado</p> <p>A: a veces demostrado</p> <p>F: frecuentemente demostrado</p> <p>S: siempre demostrado</p>		N	R	A	F	S	Dolor referido	1	2	3	4	5	Duración de los episodios						Expresiones faciales de dolor						Agitación/irritabilidad						<p><b>Manejo del Dolor Agudo (1410)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar una evaluación exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.</li> <li>Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fidedigna apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación (EVA).</li> <li>Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.</li> <li>Notificar al médico si las medidas de control del dolor han sido exitosas o no.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensión</li> <li>Agitación psicomotor</li> <li>Dolor crónico</li> </ul>	<p>III - IV</p>	<table border="1" data-bbox="383 112 750 537"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor referido</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Duración de los episodios</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expresiones faciales de dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Agitación/irritabilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b></p> <p>N: nunca demostrado</p> <p>R: raramente demostrado</p> <p>A: a veces demostrado</p> <p>F: frecuentemente demostrado</p> <p>S: siempre demostrado</p>		N	R	A	F	S	Dolor referido	1	2	3	4	5	Duración de los episodios						Expresiones faciales de dolor						Agitación/irritabilidad					
	N	R	A	F	S																																																												
Dolor referido	1	2	3	4	5																																																												
Duración de los episodios																																																																	
Expresiones faciales de dolor																																																																	
Agitación/irritabilidad																																																																	
	N	R	A	F	S																																																												
Dolor referido	1	2	3	4	5																																																												
Duración de los episodios																																																																	
Expresiones faciales de dolor																																																																	
Agitación/irritabilidad																																																																	



Diagnósticos de enfermedad	Indicador NOC 1 Diana – Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Likert																																																																								
<p><b>Dominio: 2 nutrición</b>  <b>Clase 01: Ingestión</b>                      Ingestión interior a las necesidades C/A                      Incapacidad para ingerir los alimentos                      EIP: ingesta de alimentos por debajo de la cantidad diaria recomendados.                      C/A: condicionado a EIP: evidenciado por</p>	<p><b>Estado Nutricional (1004)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingesta de nutrientes</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Ingesta de Alimentos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ingesta de líquidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Energía</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relación peso/altura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hydratación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b>                      N: nunca demostrado                      R: raramente demostrado                      A: a veces demostrado                      F: frecuentemente demostrado                      S: siempre demostrado</p>		G	S	M	L	NC	Ingesta de nutrientes	1	2	3	4	5	Ingesta de Alimentos						Ingesta de líquidos						Energía						Relación peso/altura						Hydratación						<p><b>Manejo de la Nutrición (1100)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida.</li> <li>Acomodar al paciente que se sientan posición erguida en la silla, si es posible.</li> <li>Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo.</li> <li>Enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad, aumento del calcio, proteínas, líquidos y calorías para las mujeres lactantes, aumento de la fibra para prevenir el estreñimiento en los adultos mayores.</li> </ul>	<p>Lesiones por presión.</p>	<p>III – IV</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>N</th> <th>R</th> <th>A</th> <th>F</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Identifica los posibles riesgos para la salud.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realiza autoexamen en los intervalos recomendados.</td> <td></td> <td></td> <td></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></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Puntaje:</b>                      N: nunca demostrado                      R: raramente demostrado                      A: a veces demostrado                      F: frecuentemente demostrado                      S: siempre demostrado</p>		N	R	A	F	S	Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.	1	2	3	4	5	Identifica los posibles riesgos para la salud.						Realiza autoexamen en los intervalos recomendados.						Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades.					
	G	S	M	L	NC																																																																								
Ingesta de nutrientes	1	2	3	4	5																																																																								
Ingesta de Alimentos																																																																													
Ingesta de líquidos																																																																													
Energía																																																																													
Relación peso/altura																																																																													
Hydratación																																																																													
	N	R	A	F	S																																																																								
Reconoce signos y síntomas que indican riesgo.	1	2	3	4	5																																																																								
Identifica los posibles riesgos para la salud.																																																																													
Realiza autoexamen en los intervalos recomendados.																																																																													
Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades.																																																																													





## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi kamitsuru, PhD, RN, FNI. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificaciones. Undécima edición. Barcelona-España. ELSEVIER. 2018-2020.
2. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición. Barcelona-España. ELSEVIER. 2019.
3. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, Meridean L. Maas. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Sexta edición. Barcelona-España. ELSEVIER. 2019.
4. T. Heather Herdman y Shigimi kamitsuru. NANDA Internacional Inc. Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y Clasificaciones. 12ava edición. Barcelona-España. ELSEVIER. 2021-2023.
5. Rosa M<sup>a</sup> Blanco Zapata, Elena López García, Cristina Quesada Ramos, M<sup>a</sup> Rosario García Rodríguez. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las úlceras por presión en adultos. 3. España. Osakidetza SS-712-2015.
6. Ma Margarita Barón Burgos, Ma del Mar Benítez Ramírez, Ana Caparrós Cervantes, Ma Elena Escarvajal López, Ma Teresa Martín Espinosa, Yamina Moh-Al-Lal, Ma Isabel Montoro Robles, Estefanía Mohamed Villanueva, Ma del Mar Mulas González, Josefa Sánchez Domínguez. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y heridas crónicas. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. España. 2015.

