HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

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

Documento elaborado por:	Revisador por:	Aprobado por:
Jefas de Servicio (s)	Jefa del Dpto. de enfermería	
Lic. Miriam Pilar Valencia Cevasco	**Lic. Cecilia Hurtado Colfer**	
Lic. Gloria Roca Lizarbe		
Fecha de elaboración:	**Fecha de revisión:**	**Fecha de aprobación:**
Mayo 2022	Junio 2022	
Modificación:		
Distribución: 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

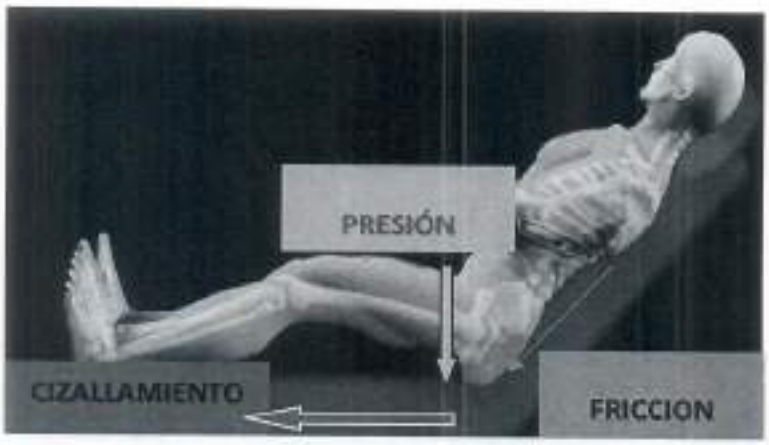
- **LESIÓN POR PRESIÓN**

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 30º. 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 blister 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 maléolo 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.

CORTANTE/CONSERVADOR	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.
AUTOLÍTICO	Ocurre de forma natural en todas las heridas. Los fagocitos presentes en el lecho de la lesión, junto a macrófagos y enzimas proteolíticas, licuan y separan los tejidos necróticos, estimulando la granulación del tejido. Es destacable el papel que ocupan en este proceso los hidrogeles.
ENZIMÁTICO	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.
MECÁNICO	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 riego:

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

	Tejido Necrótico		**Tejido Fibrinoide**
	Tejido Granular		**Tejido de Epitelización**

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:

- **<u>Característica del Exudado</u>**
- Seroso: Claro, acuoso, delgado.
- Sanguinolento: Rojo rutilante, sangrado activo.
- Serosanguinolento: Acuoso, rojo pálido- rosado.
- Purulento fétido: Espeso, amarillo oscuro- verde con mal olor.

- **<u>Cantidad del Exudado:</u>**
- 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, II 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 estriles 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.

Categoria 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 autolisis 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 realizarle 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

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

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.

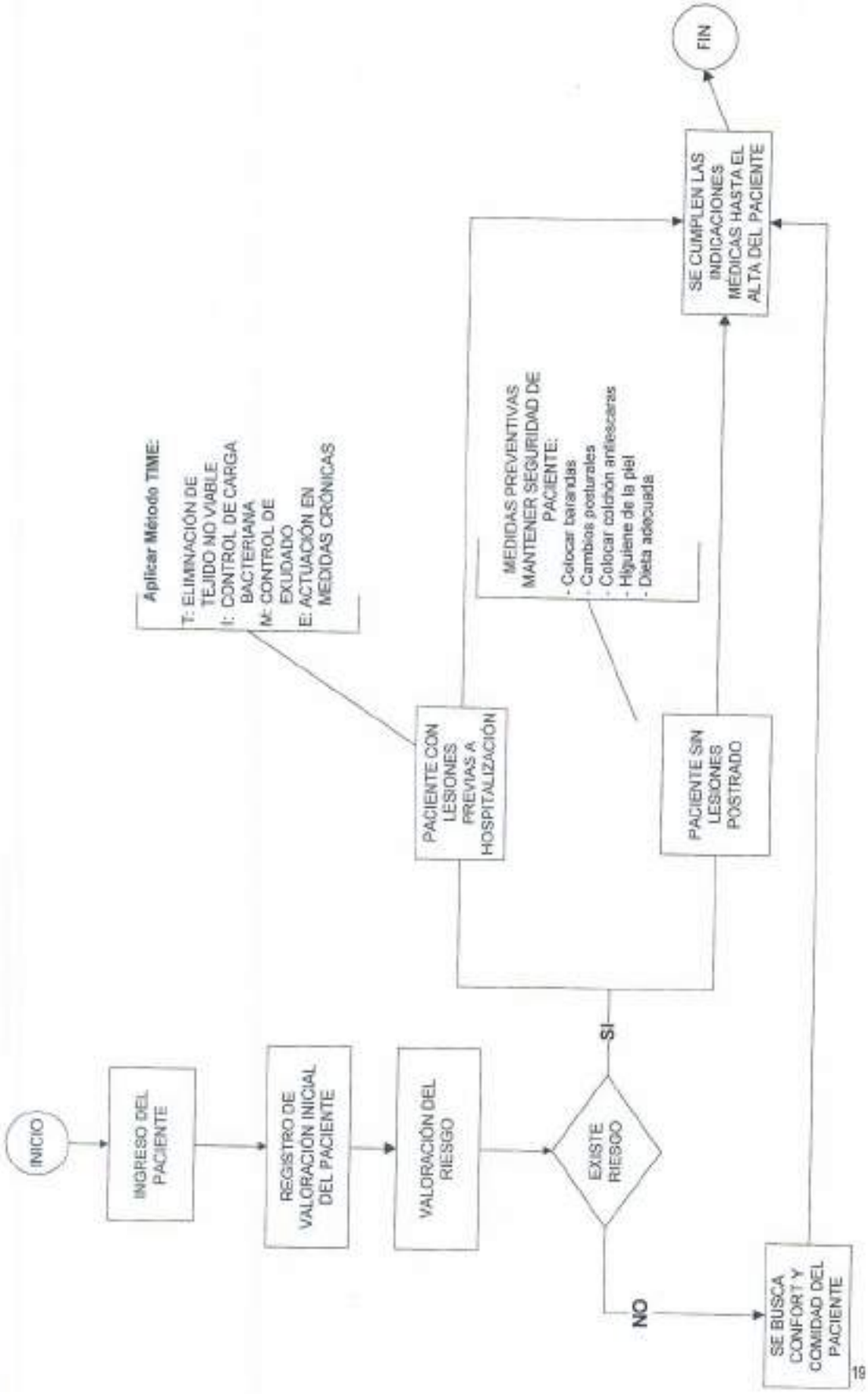
ANEXO 12: Medidas de Prevención de acuerdo a resultado de la escala de BRADEN. - Tabla N° 3 "Prevención de lesiones por presión".

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.

ANEXO 01

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: / Nº Historia:

Tipo de ateneo: SIS [ ] SOAT ( ) OTROS ( ) ALERGIAS:

DIAGNOSTICO MEDICO:

COMORBILIDAD: Ent ( ) HTA ( ) OBESIDAD ( ) ASMA ( ) TBC ( ) EPOC ( ) CANCER ( )

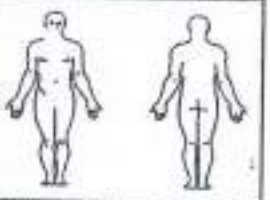
SUBJETIVO: (S) Dia:

Noche:

OBJETIVO (O)	D	N
CONDICION AL INGRESO		
Caminando		
Camilla		
Silla de ruedas		
Otros		
Traido por		
FUNCIONES VITALES		
PA	FC	
T°	FR	
Sat O2	FiO2	
DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD		
Tabaco (X) Alcohol (X) Drogas (X)		
Conocer sobre su enfermedad Si/ no		
NUTRICION (2)		
APETITO: NORMAL(X) BNO( ) BNY ( )		
NPO ( ) ( ) / Hidratación/Tubos/ Ayunos?		
Distensión Abdominal Si (X) No (X)		
Nauseas: Si(X) No(X)		
ELIMINACION (3)		
Normal (X)		
Amarillo ( ) ( )	Oliguria (X)	
Polaquiuria ( ) ( )	Poliaquiuria (X)	
Disuria ( ) ( )	Hematuria (X)	
Incontinencia Urinaria(X)		
Globo vesical ( )( )	Sonda vesical (X)	
Pañal ( )( ) Estoma/ileon		
Diarrea A-V CMI / CIS ( )( )		
Melena ( )( ) Rectorragia		
Hematemesis ( )( ) Vomitos ( )( )		
Otros:		
GENITALES:		
Edema(X) Secreciones: ( )( )		
Características:		
Ginecomagia		
Otros:		
ACTIVIDAD / REPOSO (4)		
REPOSO SUEÑO /insomnio :		
En reposo:		
ACTIVIDAD / EJERCICIO:		
Caminar(X)		
Postrado (X) Contracturado ( )( )		
Hemiparesia Der ( )( ) Izq (X)		
Hemiplejia: Der (X) Izq (X)		
Paraplejia (X) Cuadriplejia (X)		
Excitación psicomotriz (X)		
Edemas: Si (X) NO (X)		
Localización: (X)		

	D	N
Grado Pulsos (I) (II) (III) (IV) (V)		
GRADO DE DEPENDENCIA		
I - II - III - IV / I - II - III - IV		
BALANCE DE ENERGIA: Fatiga:		
HIGIENE: Bueno (X) Regular (X) Malo ( )		
CARDIOVASCULARES/ RESPIRATORIAS		
Pulso(X) Ritmo cardiaco (X)		
Ritmico (X) Arritmico (X)		
Debil ( ) ( ) Filiforme (X)		
Taquicardia (Bradicardia ( )( )		
Apnea (X) Disnea (X)		
Polipnea (X) Bradipnea (X)		
Cheyne-stokes (X)		
Dolor torácico: / Dolor torácico:		
Tipo:		
Drenaje torácico: Der(X) - Izq (X)		
Características		
Secreción bronquial(X)		
Características		
Hemoptisis (X)		
Origen (X) CIM - MI - MV - TET		
Ventilación mecánica(X)		
Vasculitis Cutanea(X) Esqueletica(X)		
Localización / Peso		
Hematomas: Der(X) - Izq (X)		
Características		
Drenaje Kher (X) Colostomia ( )( )		
Otros		
PERCEPCION COGNICION (5)		
Despierto(X) Somnoliento		
Sopor (X) Coma (X)		
Glasgow: TOTAL		
AO (1) (2) (3) (4) ( )( )		
RV (1) (2) (3) (4) (5) ( )( )		
RM (1) (2) (3) (4) (5) (6) ( )( )		
Pupilas D / I		
COMUNICACIÓN		
Comunicativo Si( ) ( ) No ( )( )		
Disartria ( )( ) Hipoacusia		
Afasia (X) Afasia ( )		
Indiferente( ) Irritable		
Vertiginoso( ) Desorientado		
Agresivo(X)		
Ilusiones psicologicas ( )( )		
Alteración de la percepción ( )( )		
AFRONTAMIENTO / STRESS (6)		
Tensos ( )( ) Indiferente ( )( )		

	D	N
Ansiedad(X) Nervioso (X)		
Tranquilo (X) Mas solido (X)		
SEGURIDAD PROTECCIÓN (11)		
INFECCION Y LESION O DAÑO C		
PIEL : Palido (X) Ictericia (X)		
Ictericia (X) Diaforesis (X)		
Frio (X) Tibio ( )( ) Caliente ( )( )		
Humedad(X) Seca( )( )		
Cavidad oral Lesiones Si(X)NO( )		
Con Sujeción mecanica (X)		
Equimosis: Si ( )( ) NO ( )( )		
Heridas: Si ( )( )NO(X)		
Localización:		
Secreción: Si ( )( )NO( )( )		
Escasas: Si( ) ( ) NO (X)		
Profundidad, Caliente( ) Tibia( )		
VIA PERIFERICA		
Localización: ( ) ( )		
Flebitis : Si ( )( )NO ( )( )		
CATETER VENOSO CENTRAL		
LOCALIZACION ( )( )		
Quemaduras (X)		
Localización		
Grado: %		



Escara (Rojo)	( )( )	
Azoico riesgo (Azul)	( )( )	
Ulceras (Negro)	( )( )	
CONFORT (12)		
Dolor ( ) Agudo(X) Crónico(X)		
Intensidad : de Eva 10 ( )( )		
Localización		
Tipo		
DIAGNOSTICO DEL RIESGO DE UPP		
BRADEN - BERGSTROM = < ALTO RIESGO		
BRADEN - BERGSTROM = 15 a 18 RIESGO MODERADO		
BRADEN - BERGSTROM = > BAJO RIESGO		

A:

P:

I:

E:

OBSERVACIONES

FIRMA

FIRMA

NOMBRE DEL PACIENTE: EDAD: CAMA:

UO: CEP: LIC: CEP:

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK) "HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA"

SIGNOS VITALES/ HORA																								
P.A.																								
PAM																								
F.C																								
F.R																								
T°																								
SAT O2																								
FiO2																								
PUPILAS O2/O2																								
GLASGOW/RASS																								
DOLOR(0 A 10)																								
DOTAVO																								
GLICEMIA																								
M. RESPIRATORIO																								
VENTILADOR/ESPONTANEO																								
VM / VMNI																								
MODO VENTILATORIO																								
FiO2																								
CAPNOGRAFIA																								
PA prog / paciente																								
P°insp / P° espiratoria																								
PEEP / CPAP																								
I.E. / Flujo inspiratorio																								
P°pICO / Plateau																								
VT / VT Esp																								
Vel. Min.																								

BALANCE HIDRICO	FECHA																							
INGRESO																								
HEMODERIVADOS																								
EV																								
V.O.																								
HIDRATACION																								
OTROS																								
TOTAL																								
ORINA																								
DIURESIS																								
DEPOSICION																								
VOMITO																								
RESIDUO GAST.																								
DERRICIONES																								
PERD INSENSIBLES																								
TOTAL																								
B.H. TOTAL																								

	HORA	pH	HCO_3	CO_2	PaO_2	SaO_2	Na	K	Cl
ABG EMERG									

PROCEDIMIENTOS / FECHA	DIA	NOCHE
CAMBIOS POSTURALES		
MEDIDAS FISICAS / BAÑO		
ASPIRACION DE SECRECIONES		
ALIMENTACION		
CANALIZACION VIA PERIFERICA		
CATETERISMO GASTRICO		
CATETERISMO VESICAL		
INTUBACION ENDOTRAQUEAL		
CATETERISMO CENTRAL		

TERAPEUTICA	HORARIO
DIETA	

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

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN

Fecha: Hora: Servicio:
Tipo de atención: SIS ( ) SOAT ( ) OTROS ( )
DIAGNÓSTICO MÉDICO:
SUBJETIVO: (S) Día:

Noche:

OBJETIVO: (O)	D	N		D	N		D	N
CONDICIONAL INGRESO			ACTIVIDAD / REPOSO(O)			PERCEPCIÓN COGNICIÓN (C)		
Caminando			REPOSO SUEÑO Intermitente			Desorientado/somnoliento		
Sentado			En reposo			Estupor/Reposo		
Silla de ruedas			ACTIVIDAD/UBICACIÓN			Coma		
Otros			Cama:			Glasgow: TOTAL		
FUNCIONES VITALES			Postrado:			AO (1) (2) (3) (4)		
FA			Hemiparesia Der. ( ) ( ) Izq. ( ) ( )			RV (1) (2) (3) (4) (5)		
FC			Hemiplejia: Der. ( ) ( ) Izq. ( ) ( )			RM (1) (2) (3) (4) (5) (6)		
T°			Paraplejia ( ) ( ) Cuadriplejia ( ) ( )			Pupilas DR		
FR			Extubado: palpitante			COMUNICACIÓN		
SAT (S)			Sistema: SI / NO			Comunicativo		
FiO2			Localizado			Poco comunicativo		
Conocimiento enfermedad?			Grado: Fibra (1) (2) (3) (4)			Otros		
NUTRICIÓN (2)			GRADO DEPENDENCIA			APRONTAMIENTO/GRITOS (3)		
APETITO: NORMAL ( ) ( ) BAJO ( ) ( ) NINGUNO ( ) ( )			Prioridad I-II-III-IV			Temor		
Hidratación: Tolera líquidos?			EQUILIBRIO DE ENERGÍA: Fatiga:			Ansiedad		
Dificultad Alimentarse			HOMEOSTASIS:			Tranquilo		
ELIMINACIÓN: (3)			Riñón ( ) ( ) Regular ( ) ( ) Malo ( ) ( )			SEGURIDAD PROTECCIÓN (11)		
Normal			RESP. CARDIOVASCULAR/RESPIRAT			INFECCIÓN Y LESIÓN O DAÑO		
Anuria			Pulso ( ) ( ) Ritmo Cardíaco ( ) ( )			Piel: Palidez		
Oliguria			Rítmico			Cianosis		
Poliuria			Débil			Ictericia		
Polisiquiria			Filiforme			Diaforesis		
Diarrea			Taquicardia			Fría ( ) ( ) Tibia ( ) ( ) Caliente ( )		
Hematuria			Disnea			Húmeda ( ) ( ) Seca ( ) ( )		
Incontinencia Urinaria			Pulmones			LESIÓN FÍSICA		
Dolor Vesical			Bradicardia			Calidad oral: Lesiones (S) ( ) (NO) ( )		
Sonda vesical			Apnea			Localización		
Hematuria			Disnea-apnea			DAÑO CORPORAL		
Uso Pañal			Dolor torácico			Indiferente		
Estreñimiento			Tos			Irritable		
Diarrea			Drenaje tubular:			Verborrea		
Características: A/V-C/M - (3)			Ulcerado:			Deprimido		
Melena			Cerebelitis			Agresivo		
Radiografía			Secreción Bronquial			Con Sujeción mecánica		
Hematemesis			Características			Heridas: SI ( ) NO ( )		
Vómitos			Hemoptisis			Localización		
Coma			Con Drenaje?			Secreción		
GENITALES:			Específico			Escaras: SI ( ) NO ( )		
Edema			Ventilación mecánica?			Profundidad Cutánea ( )( ) Tisular		
Secreciones:			Tracción Cutánea ( ) ( ) Esqueléticas ( ) ( )			VÍA PERIFÉRICA:		
Características:			Localización			Localización		
Ginecología			Heridas:			Flebitis:		
Otros			Localización:			Quemaduras		
CONFORT (12)			Características:			Localización		
Dolor ( ) ( ) Agudo ( ) ( ) Crónico ( ) ( )			Drenaje tipo:			Grado:		
Tipo			Ulceras:			Otros:		
Localización			Otros:			Riesgo de Ulcer:		
Número						Riesgo de Caídas		

OBSERVACIONES: Día:

Noche:

LIC CEP LIC CEP

NOMBRE DEL PACIENTE:

N° CAMA N° HC FECHA

REGISTRO DE ENFERMERÍA

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

ANEXO N° 05: FICHA DE VALORACIÓN DE PACIENTE EN UCI-CI (Hoja anterior)

GUIA DE VALORACION DE ENFERMERIA UCI - CI

SERVICIO : CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS H.C:

		M	T	N
S. NEUROLÓGICO	Glasgow / Ramsay			
	Orientado			
	Desorientado			
	Pupilas rea OD/OI			
	Reacción pupilar OD/OI			
	Cefalea			
	Rigidez de nuca .../ ++++			
	Convulsiones			
	Lenguaje adecuado			
	Disartria			
	Afasia			
	Sin déficit motor			
	Paresia			
	Plejia			
	Agitación psicomotriz			
	Cama barbitúrica			
	Monitoreo de P.I.C.			
S. CARDIOVASCULAR	Ritmo cardíaco			
	Arritmia:			
	Marcapaso			
	Intensidad Pulsos perif.			
	Llenado cap. Distal: ...			
	Edemas: ..../++++			
	Cianosis: central/Perif.			
	Injerto / Necrosis: Locale			
	Antiarrítmico			
	Vasodilatador			
	Adrenalina ug/Kg/x'			
	Dopamina ug/Kg/x'			
	Dobutamina ug/Kg/x'			
	Drenaje mediastinal			
	Sangrado: ..... ml/hora			
	Dolor torácico 0-10			
	Monit. de PA con LA.			
	Monit. de PA c S. Ganz			
	Monitoreo c Cardio Q.			
	Monitoreo PVC			
COGNITIVO PERCEPTIVO	Comunicación verbal			
	Comunicación x gestos			
	Comunicac. x escritura			
	Comunic. Otro idioma			
	Deterioro Visual			
	Deterioro auditivo			
	Reflejo tusígeno			
	Reflejos normales/ dism.			
	Hipoestesia			
	Hiperestesia			

		M	T	N
S. RESPIRATORIO	Patrón resp. Adecuado			
	Disnea			
	Polipnea			
	SONIDOS RESPIRAT.			
	Claros			
	Disminuidos			
	Roncantes			
	Sibilantes			
	Secrec. Bronquiales			
	Caract. de secrec.			
	Broncorrea			
	TET / TQT			
	CBN, M. Vent., M.Reserv.			
	Ventilación Mecánica			
	Drenaje Torácico			
ELIMINACION	Micción espontánea			
	S. Foley / Talla vesical			
	Colector urinario			
	Orina clara			
	Colaria / Hematuria			
	Oliguria / Anuria			
	Poliuria			
	Irrigación vesical			
	Retención Urinaria			
	Reeducación vesical			
	Deposición normal			
	Diarrea			
	Estreñimiento ..... Días			
	Drea Pen Rose			
	Caract. de secrec.			
	Dren Khe			
	Caract. de secrec.			
	..... Ostomía			
	Caract. de secrec.			
ROL RELAC.	Social, Adec. c/personal			
	Hostil			
	Expresa soledad			
	Preocupado por familia			
	Otros			
MANT. DE LA ENERGÍA	Incapac. física previa			
	Limit. P. higiene vestido			
	Limit. para movilización			
	Limit. para alimentación			
	Insomnio			
	Sueño conservado			
	Fármacos para dormir			

		M	T	N
NUTRICION - METABOLISMO	Abdomen blando			
	R.H.A present./ausentes			
	Distensión abdominal			
	Abdomen tabla			
	Nauseas / vómitos			
	S.N.G / S.O.G			
	S G Clampada			
	S G a gravedad			
	Secrec. Biliosa x SNG			
	Hematemesis			
	Melena			
	Rectorragia			
	Presión Intra abdominal			
	NPO			
	Líquidos a voluntad			
	% de tolerancia			
	No tolera dieta			
	Residus Gástricos: Cantes			
	Nutrición enteral			
	Nutrición parenteral			
	Pérdida de peso			
PIEL	Piel íntegra			
	Rash:			
	Hematomas / Equimosis			
	Flebitis			
	Flogosis en acces. vas.			
	Lesiones x venopunc.			
	Laceración			
	Ulceras por presión			
	Eritema por pañal			
	Incisiones Qx.....			
	Localiz.			
	Anasarca			
	Edema escrotal / vulva			
	Diaforesis			
	Micosis dérmica			
	Localiz.			
COMFORT	Retrés			
	Ansiedad			
	Temor			
	Dolor 1 - 10			
	Localiz del dolor			
	Riesgo de UPP			
	Riesgo de caídas			

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE PACIENTE: FECHA:

Firma de Lic.

Turno	MAÑANA	TARDE	NOCHE	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA UCI - CI

NOMBRE:..... CAMA.....

FECHA/HORA	DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENSIONES	RESULTADOS	OBSERVACIONES	FIRMA

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

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

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

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

TIPOS DE LESIONES POR PRESIÓN

	CATEGORIA	SIGNOS	OPCIONES TERAPEUTICAS
	PIEL ÍNTEGRA CATEGORÍA 0	Eritema enfatiza, acromatiza y enfatiza que desaparece al aliviar la presión	Prevención: • Apósito de primera elección espuma de poliuretano y silicona • Apósito transparente • Óxido de zinc + Aceite de bebé
	LPP CATEGORÍA 1	Eritema de la piel íntegra enfatizada y oscurecida que no recupera su color después de 15 a 20 minutos de aliviar la presión, no palidece a la digitopresión	Evitar la herida: • Apósito de primera elección espuma de poliuretano y silicona + Apósito transparente • Óxido de zinc + Aceite de bebé
	LPP CATEGORÍA 2	Pérdida parcial del espesor de la piel con exposición de la dermis. Efecto de la herida es visible rosado o rojo, húmedo. Se puede presentar como ampolla indemne o rota, lesión de tipo abrasivo. Tejido adiposo no visible. Tejido de granulación, esfacelo o escara no presente	• Apósito hidrocoloide adhesivo + apósito transparente • Tegaderm + apósito transparente • Gasa parafinada + apósito transparente Si hay presencia de tejido necrótico/desvitalizado, adicional al tratamiento anterior hidrogel hasta retirar el tejido no deseado.
	LPP CATEGORÍA 3	Pérdida total del espesor de la piel. Tejido adiposo visible. Tejido de granulación y esfacelo, usualmente presente. Esfacelo y/o escara pueden estar presentes. Socavamiento y tunelización pueden ocurrir. No exposición de fascia, músculo, tendón, cartílago y/o huesos	Tejido necrótico - (desbridamiento autolítico): • Hidrogel + apósito antimicrobiano + apósito transparente • Hidrogel + hidrocoloide grueso + apósito transparente Tejido de granulación (favorecer): • Carboximetilcelulosa + alginato de calcio y sodio + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente • Apósito antimicrobiano + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente Importante evitar la maceración para favorecer la cicatrización
	LPP CATEGORÍA 4	Lesión por presión profunda y con exposición de músculo, tendón o huesos. Esfacelo, escaramento y tunelización usualmente presentes. Esfacelo y escara pueden estar presentes.	Tejido necrótico - (desbridamiento autolítico): • Hidrogel + apósito antimicrobiano + apósito transparente • Hidrogel + hidrocoloide grueso + apósito transparente Tejido de granulación (favorecer): • Carboximetilcelulosa + alginato de calcio y sodio + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente • Apósito antimicrobiano + espuma de poliuretano y silicona + apósito transparente Realizamos curaciones hasta que la herida esté preparada para intervención de cirugía plástica (injerto de piel).

ANEXO Nº 08: SEMÁFORO DE RIESGO ALTO (hoja anterior)

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

TIPOS DE LESIONES POR PRESIÓN

	CATEGORÍA	SIGNOS	OPCIONES TERAPÉUTICAS
	PIEL INTEGRA CATEGORÍA 0		
	LPP CATEGORÍA 1		
	LPP CATEGORÍA 2		Tejido de [illegible] (Inverson)
	LPP CATEGORÍA 3		Tejido Fibroso
	LPP CATEGORÍA 4		Tejido Fibroso

ANEXO N° 09: Formato de Consentimiento informado

NTS N° 139 MINSA/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 (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que usted tiene: sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (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 restularán 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 otorgar 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 brindó 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°.....y 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 resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) 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 únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no será identificado/identificada (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 toma el consentimiento D.N.I .....

REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN 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 recibe la revocatoria 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	Sí 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		
	Administra dieta adecuada		
6	Si existe riego 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		
	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		
	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	**Aporte nutricional** •Controlar y registrar la ingesta de alimentos. Identificar carencias nutricionales. •Estimular la ingesta de líquidos. **Cuidados de la piel** •Higiene diaria con agua y jabón (neutro) realizando un secado minucioso de la piel sin fricción, teniendo especialmente en cuenta los pliegues cutáneos. •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. •Aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción. •No utilizar ningún tipo de alcoholes. •No realizar masajes directamente sobre prominencias óseas as zonas enrojecidas. •Dedique una atención especial a las zonas donde existieron lesiones por presión con anterioridad. **Protecciones locales** • En pacientes inmovilizados, 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 **prevención (P)** o para **tratamiento (T)** de lesión. • 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). • El uso de esta protección no sustituye al resto de medidas de prevención. **Control del exceso de humedad** •Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden

		originar un exceso de humedad en la piel del paciente: incontinencia, sudoración profusa, drenajes, exudados de heridas. •Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas. Cambio de sábanas cada vez que sea necesario. **Cambios posturales** Vigilar por lo menos una vez por turno: Estimular Movimientos en Cama. •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). •Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente. •Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí colocando almohadas. •Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. •Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) teniendo en cuenta las indicaciones médicas. •Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones. (ANEXO N°4)
Riesgo Moderado	**13 -14**	Además de los cuidados planteados en Riesgo Bajo, se implementará lo siguiente: **Cambios posturales** Si el estado del paciente lo permite se realizarán cambios posturales: •Cada 2-4 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada siguiendo el reloj de cambios de posición. **Protección Local** • 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. • 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

		protección de las zonas, evitando el contacto o roce directo del dispositivo con la piel. (ANEXO N°5)
Riesgo Alto	**≤12**	**Cambios posturales** Si el estado del paciente lo permite (sin signos de inestabilidad hemodinámica) se realizarán cambios posturales: • Cada 2 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada siguiendo el reloj de cambios de posición. Se aplicarán todas las medidas preventivas descritas para Riesgo bajo y moderado, además la utilización de Superficies especiales para el manejo de la presión. **Tipos de superficies** **Estáticas/ Dinámicas:** •Colchones de aire alternante. •Colchones viscoelásticos •Camas que permiten el decúbito y la sedestación. (ANEXO N°6)

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 Diana – Escala de Likert
Dominio: 11 Seguridad/Protección **Clase02**: Lesión Física Riesgo de deterioro de la integridad cutánea C/A deterioro de la circulación E/P el enrojecimiento de la zona C/A: condicionado a E/P: evidenciado por	**Detección del Riesgo: (1908)** N 1 / R 2 / A 3 / F 4 / S 5 Reconoce signos y síntomas que indican riesgo. Identifica los posibles riesgos para la salud Realiza auto examen en los intervalos recomendados Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades **Puntaje:** N: nunca demostrado R: raramente demostrado A: a veces demostrado F: frecuentemente demostrado S: siempre demostrado	**Prevención de lesión por presión (3540):** • Utiliza la escala de Braden valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. • Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, drenajes e incontinencia. • Controlar la movilidad y la actividad del paciente • Asegurar una nutrición adecuada especialmente proteínas • Mantener al paciente en una posición semifowler no mayor de 30°. • Vigilar las fuentes de presión, fricción y cizallamiento. • Realizar cambios posturales cada 2 horas según reloj preventivo de lesiones por presión. • Uso de colchones neumáticos. **Educación para la Salud: (5510)** • Determinar el apoyo de la familia, cuidador y comunidad a la conducta que induzca a la salud. • Utilizar sistema de apoyo social y familia para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.	Lesiones por presión	III – IV	N 1 / R 2 / A 3 / F 4 / S 5 Reconoce signos y síntomas que indican riesgo. Identifica los posibles riesgos para la salud Realiza auto examen en los intervalos recomendados

					Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades					

Puntaje:
N: nunca demostrado
R: raramente demostrado
A: a veces demostrado
F: frecuentemente demostrado
S: siempre demostrado

Diagnóstico de enfermería	Indicador NOC 1 Diana – Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Diana – Escala de Likert
Dominio: 11 Seguridad/Protección **Clase02**: Lesión Física Deterioro de la integridad cutánea C/A deterioro de la circulación E/P las lesiones en la piel (desfacelación) (Categoría: I, II) C/A: condicionado a E/P: evidenciado por	**Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)** G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / NC 5 Eritema Descamación cutánea textura Perfusión tisular Integridad de la piel **Puntaje:** G: Gravemente comprometido S: severamente comprometido M: moderadamente comprometido L: levemente comprometido NC: no comprometido	**Cuidados de las heridas (3620)** • Describir las características de la ulcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud anchura x profundidad), estadio (I, IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización. • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. • Mantener la ulcera húmeda para favorecer la curación. • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. • Asegurar una ingesta dietética adecuada.	• Infecciones • Osteomielitis • Celulitis	II- III – IV	G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / NC 5 Eritema Descamación cutánea textura Perfusión tisular Integridad de la piel **Puntaje:** G: Gravemente comprometido S: severamente comprometido M: moderadamente comprometido L: levemente comprometido NC: no comprometido

Diagnóstico de enfermería	Indicador NOC 1 Diana – Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Diana – Escala de Likert
Dominio: 11 Seguridad/Protección **Clase02**: Lesión Física Riesgo de deterioro de la integridad tisular C/A deterioro de la movilidad E/P daño tisular. C/A: condicionado a E/P: evidenciado por	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101) G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / NC 5 Temperatura de la piel Sensibilidad Perfusión Tisular Eritema Palidez Necrosis Induración **Puntaje:** G: Gravemente comprometido S. severamente comprometido M. moderadamente comprometido L: levemente comprometido NC: no comprometido	**Cuidados de las heridas (3520)** • Monitorizar las características de las heridas, incluyendo drenajes, color, tamaño y olor. • Medir el lecho de la herida. • Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico. • Administrar cuidados de la úlcera cutánea. • Mantener una técnica de vendaje estéril. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Inspeccionar, comparar y registrar regularmente cambios en la herida. • Cambios posturales cada 2 horas. • Colocar mecanismo de alivio de presión (colchones, espumas, gel, almohadilla, según corresponda. • Educar al familiar sobre el manejo de heridas.	• Infecciones • Osteomielitis • Celulitis	III – IV	G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / NC 5 Temperatura Sensibilidad Perfusión Tisular Eritema Palidez Necrosis Induración **Puntaje:** G: Gravemente comprometido S. severamente comprometido M. moderadamente comprometido L: levemente comprometido NC: no comprometido

Diagnóstico de enfermería	Indicador NOC 1 Diana – Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Diana – Escala de Likert
Dominio: 12 Confort **Clase02**: Confort físico Dolor agudo (00132) C/A agentes físicos E/P escala de EVA C/A: condicionado a E/P: evidenciado por	**Detección del Riesgo: (1908)** N 1 / R 2 / A 3 / F 4 / S 5 Dolor referido Duración de los episodios Expresiones faciales de dolor Agitación Irritabilidad **Puntaje:** N: nunca demostrado R: raramente demostrado A: a veces demostrado F: frecuentemente demostrado S: siempre demostrado	**Manejo del Dolor Agudo (1410)** • Realizar una evaluación exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición valida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación (EVA). • Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Notificar al médico si las medidas de control del dolor han sido exitosas o no.	• Hipertensión • Agitación psicomotriz • Dolor crónico	III – IV	N 1 / R 2 / A 3 / F 4 / S 5 Dolor referido Duración de los episodios Expresiones faciales de dolor Agitación Irritabilidad **Puntaje:** N: nunca demostrado R: raramente demostrado A: a veces demostrado F: frecuentemente demostrado S: siempre demostrado

Diagnóstico de enfermería	Indicador NOC 1 Diana – Escala de Likert	Intervención NIC	Complicaciones	Grado de Dependencia	Logo del NOC 2 Diana – Escala de Likert
Dominio: 2 nutrición **Clase 01**: ingestión Ingestión inferior a las necesidades C/A Incapacidad para ingerir los alimentos E/P ingesta de alimentos por debajo de la cantidad diaria recomendados. C/A: condicionado a E/P: evidenciado por	**Estado Nutricional (1004)** G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / NC 5 Ingesta de nutrientes Ingesta de Alimentos Ingesta de líquidos Energía Relación peso/talla Hidratación **Puntaje:** N: nunca demostrado R: raramente demostrado A: a veces demostrado F: frecuentemente demostrado S: siempre demostrado	Manejo de la Nutrición (1100) • Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. • Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente. • Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida. • Aconsejar al paciente que se sientan posición erguida en la silla, si es posible. • Asegurarse de que la comida se sirve de forma atractiva y a la temperatura más adecuada para el consumo óptimo • 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.	Lesiones por presión	III – IV	N 1 / R 2 / A 3 / F 4 / S 5 Reconoce signos y síntomas que indican riesgo. Identifica los posibles riesgos para la salud Realiza auto examen en los intervalos recomandados Utiliza los recursos sanitarios de acuerdo a sus necesidades **Puntaje:** N: nunca demostrado R: raramente demostrado A: a veces demostrado F: frecuentemente demostrado S: siempre demostrado

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. 12avo edición. Barcelona-España. ELSEVIER. 2021-2023.
5. Rosa Mª Blanco Zapata, Elena López García, Cristina Quesada Ramos, Mª 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 Dominguez. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y heridas crónicas. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. España. 2015.