



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 25 de Octubre de 2018

VISTO el Expediente N° 25355-2018 con el Informe N° 2710-DE-2018-HCH, remitido por la Jefa del Departamento de Enfermería, respecto a la aprobación de la "Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Prevención de Lesión por Presión, Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Control de Diuresis y Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Contención Mecánica del Paciente del Hospital Cayetano Heredia", y;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud. Asimismo, señala que las Guías Técnicas son Documentos Normativos del Ministerio de Salud, con los que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objeto de un proceso y al desarrollo de una buena práctica. Las mismas que pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario; cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC);

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a la mejorar de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Practica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Directoral N° 127-2008-SA-HCH/DG, del 12.05.2008, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-HCH/OGC.V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizarla elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en el Hospital Cayetano Heredia;



Que, mediante el literal e) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, dispone que la Dirección General tiene asignada como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Estando a lo solicitado, por la Jefa del Departamento de Enfermería, lo recomendado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N° 889-2018-OAJ/HCH;

Con visación de la Jefa del Departamento de Enfermería y de la Jefaturas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la "Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Prevención de Lesión por Presión del Hospital Cayetano Heredia", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- APROBAR la "Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Control de Diuresis del Hospital Cayetano Heredia", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 3°.- APROBAR la "Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Contención Mecánica del Paciente del Hospital Cayetano Heredia", la misma que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 4°.- ENCARGAR a la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de las presentes Guías Asistenciales.

Artículo 5°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente resolución y política en la página del Web del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.I.A.R. 23579 R.N.E. 9834

() ACPR/BIC/ACV
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() DE
() OGC
() OAJ
() OCOM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
FIEL DEL ORIGINAL
26 OCT. 2018
EMILIANO ELÍAS SUAREZ QUIJPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
SEPA/DIR. DE REGISTRO Y COMUNICACIONES

I GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN PREVENCIÓN DE LESIÓN POR PRESIÓN

CODIGO: GPAE 31

II DEFINICION

Es el conjunto de medidas, que están encaminadas a disminuir o controlar los factores de riesgo a los pacientes en desarrollar lesión por presión, manteniendo y mejorando la tolerancia de la piel a la presión y el cizallamiento, contribuyendo a la reducción de la incidencia de LPP a través de estrategias.

Lesión por presión (LPP) es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originado por un proceso isquémico, producido por prolongada presión ejercida por un objeto externo sobre prominencias óseas, provocando complicaciones como inflamación, ulceración y necrosis del tejido involucrado, es catalogada como un evento adverso si se presenta durante la atención hospitalaria. La formación de las LPP está asociado a tres tipos de fuerza; Presión, fricción y cizallamiento.

Los estadios de la LPP según Definiciones del National Pressure Ulcer Advisory Panel

- Estadio I: Eritema no blanqueable, piel intacta con enrojecimiento no blanqueable a la digito presión, de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea (aunque también puede aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos), mientras que la piel de tonalidad oscura puede aparecer enrojecida, azulada o amoratada.
- Estadio II: Pérdida de espesor de la piel de la epidermis, dermis o ambas. La lesión suele ser superficial y se presenta clínicamente como una abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: Pérdida total de espesor de la piel subdérmica con lesión o necrosis sin tejidos subcutáneos que puede extenderse, pero no a través de la fascia subyacente. Se presenta como cráter profundo con o sin deterioro de los tejidos adyacentes.
- Estadio IV: Pérdida total de espesor de la piel con destrucción extensa, necrosis tisular, o daño musculo, hueso o estructuras de apoyo (como tendones, articulaciones, pueden presentar cavernas o tunelizaciones).

OBJETIVOS

- ✓ Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en prevención y cuidado en los pacientes con riesgo a desarrollar lesión por presión, en los profesionales de enfermería con el fin de disminuir la incidencia.
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las UPP no solo representan una condición que incide de manera negativa en el bienestar físico, mental y emocional de quienes las padecen, sino que conllevan a la prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes.

Las úlceras por presión ocasionaron 29.000 muertes en todo el mundo en el año 2013. Cada año, más de 2,5 millones de personas en los Estados Unidos a desarrollar úlceras por presión. Según la revista científica Lancet – análisis sistemático para el Estudio de la carga global de la enfermedad 2015 Europa.

En México se realizó el primer estudio nacional de prevalencia de UPP en 175 unidades de segundo nivel de atención a lo largo de todo el país, teniendo resultados en prevalencia media del 20.1%, en localizaciones anatómicas: sacro (27%), talón (27%), isquion (10%), cabeza (4%) y codos (35%). Asumiendo un mayor porcentaje en el estadio I con un 39% del total de



lesiones, desarrollándose en aproximadamente 6 días a partir de la fecha de ingreso a la institución hospitalaria.

La Sociedad Iberoamericana de Úlceras y Heridas (SILAHUE) señala, que hasta un 95% de los casos de UPP son evitables, hecho que invita a reflexionar sobre los factores que condicionan la aparición de estas lesiones. Uno de ellos es el cuidado brindado por los profesionales de enfermería, ya que se considera que las UPP son un evento adverso, resultante de las intervenciones realizadas o no realizadas a los pacientes, entre las que se incluyen tanto medidas preventivas como acciones enfocadas al tratamiento de dichas lesiones.

En el Hospital Cayetano Heredia según el ASIS – 2016 las úlceras por presión representaron el 3.1% en el cuadro de las principales causas de mortalidad en el “servicio de Medicina A”, y el estudio de investigación de la universidad Cayetano Heredia 2017 – “PREVALENCIA DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS” concluyó que el 19.5% de una muestra de 256 pacientes, es la prevalencia global en hospitalización, en la edad de 65 años y sexo masculino es la que tiene la mayor incidencia de casos de UPP. El estadio II es el más prevalente en los pacientes y con mayor frecuencia en la zona sacra, seguido de talón y trocánteres.

III RESPONSABLE:

Licenciadas/os de Enfermería

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes obesos
- ✓ Pacientes geriátricos
- ✓ Pacientes con enfermedad arterial periférica o anomalías del retorno venoso que causen estasis venosa.
- ✓ Pacientes con anemia, trastornos inmunológicos (cáncer, diabetes, VIH).
- ✓ Pacientes con ACV, coma, politraumatizados.
- ✓ Pacientes con fractura, con pérdida de la sensibilidad térmica y dolor
- ✓ Pacientes con inmovilidad impuesta por tratamiento y patología.
- ✓ Pacientes con grado dependencia III-IV.
- ✓ Pacientes con cuadros depresivos asociados a una pérdida de interés por el cuidado o atención.

RELATIVAS

- ✓ En todo paciente en hospitalizado que es susceptible.
- ✓ Pacientes con permanencia a dispositivos médicos.

VCONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

No aplica

VI CONSENTIMIENTO INFORMADO

No aplica

VII RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

EQUIPO BIOMEDICO

- 01 Coche de curaciones
- 01 Biombo



01 Polímeros de distintas formas
MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

01 Riñonera

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

01 Mascarilla o respirador descartable

01 Mandilón descartable

01 Gorro descartable

01 Lentes protectores

02 Pares de guantes de procedimiento

02 Pares de guantes esteriles

01 Apósito transparente de (N°20x15 -4X4-7X6-12X 10- 15X 20)

01 Protectores locales (apósitos hidrocoloides delgados)

01 Frasco de Barreras líquidas (Protectores de piel Ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), película protectora)

01 Paquetes de gasas esteriles 10 x 10

MEDICAMENTOS

01 Frasco de 100cc de cloruro de Sodio al 9/oo.

Otros

01 Formato de Hoja de valoración de riesgo de presentar UPP

01 Bolsa de desecho color rojo

01 Lapicero azul

SEMSP Dinámicos -"Superficie Especiales para el manejo de la presión" (colchones, cojines, estáticos de aire, de fibra especiales, viscoelásticas, piel de cordero).



VIII DESCRPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Identifique al paciente. (Nombre del paciente, Kardex, hoja de monitoreo de enfermería y número de cama.)	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Verifique la identidad del paciente en el brazalete o tarjeta de identificación.	2. Asegurarse de la identificación de la persona reduce la posibilidad de errores.
3. Explique al pacientey /o familia sobre el procedimiento.	3. Facilita la colaboración del paciente y permite que exista confianza.
4. Disponga las medidas para asegurar su privacidad.	4. Proporciona privacidad al paciente durante el procedimiento y protege su individualidad.
5. Realice higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	5. Previene las infecciones cruzadas.
6. Prepare los materiales e insumos y llévelo junto al paciente. Debe entibiar la solución salina al 0.9%.	6. El equipo completo ahorra tiempo y energía.
7. Colóquese el equipo de protección personal(lentes, mascarilla, mandil y guantes de esteriles)	7. Es medida de bioseguridad para el personal y el paciente.
8. Realice la valoración cefalocaudal utilizando el "formato de valoración de riesgo de presentar UPP" (Anexo 02). Vigilando signos que indiquen desarrollo incipiente de LPP "lesión por presión": -Prominencias óseas: talones, tuberosidades isquiáticas, sacro, cabeza. -Sequedad de la piel, maceración frialdad.	8. La valoración inicial, facilita la identificación de factores de riesgo, con el fin de planificar e iniciar intervenciones preventivas individualizadas. Es la exploración que se practica a los pacientes a fin de reconocer alguna alteración, desde la cabeza hasta los pies
9. Movilice al paciente cuidadosamente, evitando la fricción y los movimientos de cizallamientos durante la evaluación.	9. La formación de las LPP está asociado a tres tipos de fuerza; Presión, fricción y cizallamiento.
10. Coloque al paciente en posición (exponiendo la zona a valorar y proteger).	10. Facilita la exposición de la zona o área a trabajar.
11. Lave la zona de riesgo con clna 0.9%o agua estéril y Clorexidina al 2 % utilizando gasas.	11. Mantener la piel limpia y seca, previene el deterioro de la piel, y el uso de la Clorexidina al 2 %, favorece su higiene por ser antiséptico, ser bactericida y fungicida.
12. Lave con movimientos circulares de adentro hacia a fuera, enjuague, consistema ducha. Seque con toques, evite masaje o fricción.	12. Una piel de riesgo o una piel alterada, va a ser un factor predisponente la fuerzas de presión, cizalla o de roce-fricción, provocan la aparición de las lesiones por presión.
13. Verifique que la piel este limpia y seca.	13. Mantener la piel limpia y seca, previene el deterioro de la piel.
14. Aplique AGHO"Ácidos grasos hiperoxigenados", con suave masaje en la zona en riesgo mediante una capa uniforme de película y después de 2 a 3 minutos coloque inmediatamente el dispositivo elegido (apósito hidrocoloide delgado, poliuretano, apósito	14. Posibilitan una óptima hidratación de la piel, favoreciendo el aumento de la circulación capilar, lo cual mejora las condiciones locales de la piel expuestas a isquemias prolongadas, siendo de gran utilidad en la prevención de las úlceras.



transparente u otro SEMSP)	
15. Deseche el material usado y quítese los guantes. Según norma de bioseguridad.	15. Evita la diseminación de microorganismos.
16. Deje cómodo al paciente. Y los materiales no fungibles limpios y en su lugar.	16. Permite el bienestar físico del paciente repercutiendo en el estado anímico.
17. Higienice sus manos.	17. Previene las infecciones cruzadas.
18. Registre en el formato de riesgo de LPP, todo lo observado.	18. Permite tener la evidencia de la información adquirida durante la evaluación del paciente.
19. Si el paciente no tiene riesgo reevaluar semanalmente o en caso si la condición del paciente cambia al menos cada 24 horas especialmente si tendrá alguna intervención quirúrgica mayor de 10 horas.	19. Es necesario hacer seguimiento de los pacientes vulnerables.
20. Informe y eduque al cuidador y al familiar de las medidas preventivas	20. Permite la colaboración del cuidador.
21. Registre el procedimiento, evolución y hallazgos significativos en notas de enfermería, Kárdex de enfermería y formatos del Comité de prevención y control de las úlceras por presión (UPP).	21. Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

IX COMPLICACIONES

No aplica

X BIBLIOGRAFÍA

1. Zuñiga CC, Espinoza C N, Fernández P M. Nivel de riesgo y casos incidentes de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina de un Hospital Nacional. Rev. Enferm Herediana. Lima 2014; 7(2):155-161. 155.
2. Grinspun D, Moreno T. Guía de buenas prácticas Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. International Affairs & Best Practice Guidelines. Madrid 2016. Tercera edición. Pág.135-149.
3. Garcia FF, Soldevilla AJ, Pancorbo H P, Verdu S J, Lopez CP, Rodríguez P M, Clasificación- categorización de lesiones relacionadas con la dependencia. Chile. Mayo 2014. 2 Edición. Pag 34-36.



XI ANEXOS

ANEXO N° 01

LISTA DE CHEQUEO EN LA VALORACION DE RIESGO Y PREVENION DE LAS LESIONES POR PRESION

I PRE INTERVENCION		SI	NO	OBSERV AC.
1	Identifica al paciente. (Nombre del paciente, Kardex de enfermería y número de cama.)			
2	Verifica la identidad del paciente en el brazalete de identificación.			
3	Explica al pacientey /o familia sobre el procedimiento.			
4	Dispone las medidas para asegurar su privacidad.			
5	Realiza higiene de manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
6	Prepara los materiales e insumos y lleva junto al paciente			
7	Se coloca el equipo de protección personal			
8	Realiza la valoracióncefalocaudal, utilizando el "formato de valoración de riesgo de presentar UPP"			
9	Moviliza al paciente cuidadosamente. Coloca al paciente en posición (exponiendo la zona a valorar y proteger).			
10	Lava la zona de riesgo con movimientos circulares de adentro hacia a fuera, enjuague, con sistema ducha. Seque con toques, evite masaje o fricción.			
11	Verifica que la piel este limpia y seca.			
12	Aplica AGHO, con suave masaje en la zona en riesgo y colocal dispositivo elegido.			
13	Desecha el material usado y se quita los guantes. Según norma de bioseguridad.			
14	Deja cómodo al paciente. Y los materiales no fungibles limpios y en su lugar.			
15	Higieniza sus manos.			
16	Al término de la evaluación, registra en el formato de riesgo de LPP, todo lo observado.			
17	Informa y educa al cuidador y al familiar de las medidas preventivas.			
18	Registra el procedimiento, evolución y hallazgos significativos en notas de enfermería, Kárdex, hoja de monitoreo de enfermería y formatos del Comité de prevención y control de las úlceras por presión (UPP).			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO				



ANEXOS 02

HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR U.P.P.

Apellidos Nombre:	
Fecha de nacimiento	Edad: Sexo:
Fecha de ingreso:	Días de hospitalización
Lugar de procedencia:	Nº de nacionalidad:

1) Identificación de factores de riesgo:

Pérdida de sensibilidad: () Malnutrición: ()
 Alteraciones circulatorias: () Sonda naso gástrico: ()
 Fiebre: () Deshidratación: ()
 Anemia: () Edema: ()
 Sonda vesical ()
 Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivo: ()
 Enfermedad crónica. Especificar: _____
 Presencia de úlceras previas. Localización: _____

TOTAL FACTORES DE RIESGO:

2) Valoración según la escala de Norton modificada por la R.A.M.

ESTADO FÍSICO GENERAL	4 Bueno	3 Mediano	2 Regular	1 Muy malo
ESTADO MENTAL	4 Aerta	3 Apático	2 Confuso	1 Estuporoso Comatoso
ACTIVIDAD	4 Ambulante	3 Disminuida	2 Muy limitada	1 Inmóvil
MOVILIDAD	4 Total	3 Camina con ayuda	2 Sentado	1 Encamado
INCONTINENCIA	4 Ninguna	3 Ocasional	2 Urinaria o fecal	1 Urinaria y fecal

Puntuación ESCALA NORTON:

3) Puntuación total:

Puntuación Escala de Norton - Total factores de riesgo / 3 =

4) Clasificación del riesgo de presentar U.P.P.

- Puntuación de 5 a 8..... * Riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12..... * Riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14..... * Riesgo medio
- Puntuación mayor de 14..... * Riesgo mínimo / no riesgo



I GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN CONTENCIÓN MECÁNICA DEL PACIENTE

Código: GPAE-30

CPT:

II DEFINICION

La contención mecánica es la aplicación y control en la limitación de la movilidad física como medida extrema para evitar daños al paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea, después de haber fracasado el resto de medidas alternativas, como contención verbal, las medidas de seguridad y farmacológicas.

Los dispositivos de sujeción inmovilizan el tórax, las muñecas, los tobillos deben tener un sistema de amortiguación de la fuerza ejercida sobre la piel del paciente.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterios en cuidados de Enfermería en la contención mecánica y reducir complicaciones.
- ✓ Proteger al paciente de las lesiones que pudieran infringirse a sí mismo y a otros del entorno hospitalario.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

No aplica

III RESPONSABLE

Licenciada de enfermería
Técnico(a) de enfermería: Operador

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones).
- ✓ Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)
- ✓ Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retira de vías, sondas nasogástricas).
- ✓ Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente.
- ✓ Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- ✓ Fracaso en la consejería verbal y farmacológica.

RELATIVAS

- ✓ Contención temporal para recibir la medicación, realizar procedimiento e insertar sondas.



V CONTRAINDICACION

ABSOLUTAS

- ✓ Pacientes que presenten fracturas o lesiones graves en miembros superiores o inferiores.
- ✓ Paciente cuyos familiares no firmen el consentimiento informado.
- ✓ Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención cómo el verbal y/o farmacológico.
- ✓ Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- ✓ Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente o por conveniencia.
- ✓ En caso de encefalopatía en cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: Si aplica

De acuerdo a la condición del paciente se informara a paciente y/o familiar en forma verbal sobre procedimiento a ejecutar, los riesgos, beneficios, y posibles complicaciones. Deberá firmar el formato de Consentimiento Informado.

VII RECURSOS MATERIALES.

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

- 04 Sujetadores acondicionados con sistema de protección para miembros superiores e inferiores.
- 01 Sabana

MATERIAL FUNGIBLE

200Gramos Algodon.

10Unidades de gasa de 10 x 10cm.



VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise en la historia clínica, nombre del paciente, consentimiento informado (Anexo 01) y Kardex. (Enfermera)	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Valore el aspecto físico, considerando zonas de presión, estado de la piel y limitación de la perfusión.	2. La revisión e identificación adecuada de las zonas de presión ayuda a prevenir complicaciones durante la ejecución.
3. Explique a la familia el procedimiento y hacer firmar consentimiento informado.	3. Disminuye el temor y favorece la participación de la familia. El conocimiento de las implicaciones éticas y jurídicos-legales que tiene el aplicar la contención mecánica de los pacientes para prevenir los riesgos.
4. La sujeción mecánica que se hará de 2 personas. Quienes deben retirarse accesorios u objetos que pueden ser utilizados por el paciente.	4. Sistema de inmovilización mecánica, requiere la participación de dos personas por estar ante un paciente con conducta violenta.
5. Higienice sus manos según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	5. Evita diseminación de gérmenes.
6. Prepare los materiales e insumos y colóquese el equipo de protección personal según norma (si lo requiere).	6. Ahorra tiempo y energía en el procedimiento.
7. Asegure la cama, baje las barandas y coloque al paciente en una posición anatómica correcta manteniendo la cabeza ligeramente levantada de 30 a 45°.	7. Mantener la comodidad y seguridad a realizar el procedimiento evita riesgos y ayuda a disminuir la sensación indefensión y la posibilidad de aspiración.
8. Coloque los sujetadores con el sistema de amortiguación sobre las prominencias óseas, utilizando el algodón.	8. Reduce el roce y la presión ejercidos, por la sujeción en la piel o tejidos subyacentes.
9. Realice la Inmovilización completa: -Sujete el tronco del paciente con una sábana o sujetadores al marco o somier de la cama. -Sujete los miembros superiores e inferiores con los sujetadores acondicionados con sistema de protección, al marco o somier de la cama. Siguiendo el orden.	9. La inmovilización total del paciente a la cama se realiza para evitar la autoagresión y heteroagresión garantizando su seguridad.
10. Realice la Inmovilización parcial: -Sujete el tronco del paciente con una sábana o sujetadores al marco o somier de la cama. -Sujete los miembros superiores con los sujetadores acondicionados con sistema de protección, al marco o somier de la cama.	10. Potenciar la utilización de medidas alternativas de la contención mecánica con los dispositivos adecuados reduce los eventos adversos.



11. Compruebe que los dispositivos de inmovilización no estén demasiado apretado, ni demasiado holgado. Cubra al paciente con una sábana.	11. Permite regular la fuerza de la sujeción, evitar complicaciones, y manejar la respuesta del paciente al tratamiento.
12. Monitorice funciones vitales mínimo cada 8 horas.	12. El paciente se encuentra en situación de alto riesgo: agitación sedación e inmovilización.
13. Descarte el material utilizado e higienice sus manos según norma.	13. Evita la diseminación de gérmenes.
14. Valore cada 2 horas la integridad de la piel, el color, sensibilidad, hidratación, higiene, circulación, movilidad de las extremidades en la zona sujeta del cuerpo.	14. A fin de examinar el estado del paciente, las sujeciones y de resolver cualquier contingencia que pudiera surgir. a.
15. Registre el procedimiento y hallazgos significativos en notas de enfermería.	15. Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN CONTENCIÓN MECÁNICA

COMPLICACIONES	ACCIONES
ISQUEMIA, LESIÓN CUTÁNEA, TRASTORNO CIRCULATORIO.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la zona de contacto. 2. Compruebe que el paciente presente pulso, temperatura, color y sensibilidad de la piel. 3. Mantener aflojado los sujetadores. 4. Retire la sujeción y ubique en otra zona. 5. Avise al médico tratante.
LUXACION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la zona de contacto. 2. Valore los signos de dolor. 3. Retire la sujeción y ubique en otra zona. 4. Coloque al paciente en una posición anatómica correcta. 5. Realice el masaje en la zona afectada.
ULCERA POR PRESIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valore la zona de presión. 2. Valore la piel y tejidos subyacentes, prominencias óseas. 3. Realizar cambio de posición alternando las áreas. 4. Evitar ejercer presión directa sobre las prominencias óseas.
TROMBOEMBOLISMOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar sudoración excesiva. 2. Valore circulación periférica 3. Cuidados de la piel.
BRONCOASPIRACION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ubicar al paciente en ángulo de 45°. 2. Valore presencia de secreciones en cavidad oral. 3. Mantener hidratado al paciente. 4. Mantener vía aérea permeable.



X BIBLIOGRAFIA

1. Sastre Rus Meritxell, Campaña Castillo Fernando. Contención mecánica: definición conceptual. Ene. 2014 Mayo [citado 2018 Jun 01]; 8(1).
Disponibile en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100007>
2. Rodriguez de Vera Selva ML, AlarconTobarrá N, Ruiz Garcia J, PerezMascuñan MD. Inmovilización de pacientes y SujeciónMecánica. 2012.
3. Jerez Barroso J, Serradilla Bermejo B, RodríguezPerez B, Lopez Gonzales MC, Acedo Gallego P, Leonel Gil E. Protocolo de ContenciónMecánica. 2017.
4. Rodriguez de Vera Selva ML, AlarconTobarrá N, Ruiz García J, ParezMascuñan MD. Inmovilización de Pacientes y SujeciónMecánica. 2013.



XI ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DEL PACIENTE
(LEY GENERAL DE SALUD N° 26842)

Nombre del paciente:

Edad:

HCL:

Servicio:

Fecha :

Hora:

YO, de años de
Edad, identificado (a) a con DNI () Pasaporte () Carnet de Extranjería ()
N° con el parentesco de del (la) paciente
..... de la cama N°
.....; después de haber sido entrevistado (a) por la (el) Lic.:

Hora:

Descripción del procedimiento:

Hago constar por el presente documento que se me ha informado y explicado:

- a. Las características y condiciones presentados por mi paciente: trastornó del sensorio, excitación psicomotriz, riesgo de caídas.
- b. Las acciones hospitalarias disponibles como medidas de seguridad que deben adoptarse para evitar eventos adversos como las caídas de los pacientes.
- c. Y siendo el uso de SUJECCIÓN MECÁNICA, un procedimiento asistencial para evitar y prevenir caídas de mi familiar.

RIESGOS REALES Y POTENCIALES

Declaro que he comprendido la información recibida por parte de la licenciada (o) responsables del turno y que ha respondió a mis preguntas de manera clara y precisa para mi mayor comprensión.

Me ha quedado claro que en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento informado.

Por lo tanto de manera conciente y voluntaria, en pleno uso de mis FACULTADES:

- () Autorizo el uso del procedimiento de CONTENCIÓN MECÁNICA, como medida de seguridad preventiva en mi familiar.
- () Reconozco del mismo modo mi compromiso de velar a fin de que ninguno de mis familiares o visitas retiren dicha sujeción.
- () Reconozco una copia del presente documentando permanecerá en la cabecera de la cama del paciente, para ser leído por todo el entorno familiar y visitas, a fin de que se respete dicha medida de seguridad-
- () NO AUTORIZO, la sujeción mecánica, deslindando de cualquier responsabilidad al equipo d enfermería y de la Institución referente a mi decisión.

San Martin de Porres, de del.....

Firma del familiar o representante legal (huella digital)

Firma del TESTIGO (huella digital)

Nombre: Nombre:
DNI/Pasaporte/CE N° DNI/Pasaporte/CE N°

.....
Firma y sello del (la) Licenciada(do)
Colegiatura

* Riesgo: Alteración de la integridad cutánea, broncoaspiración, pérdida de tono muscular, presencia de equimosis, Lesión por presión, luxación.



REVOCATORIA O NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
(CONTENCION MECANICA)

YoIdentificado con DNI N°.....
Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto,
manifiesto en forma libre mi revocatoria para su realización, haciéndome responsable de
las Horas :..... con el paciente.

San Martin de Porres,.....dedel.....

.....
Firma del familiar responsable o representante legal (huella digital)

.....
Firma del TESTIGO (huella digital)

Nombre:.....Nombre:.....

DNI/Pasaporte/CE N°..... DNI/Pasaporte/CE N°.....

.....
Firma y sello del (la) Licenciada(do)
Colegiatura



ANEXO N° 2

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO EN CONTENCIÓN MECÁNICA				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa en la historia clínica, nombre del paciente, consentimiento informado (Anexo 01) y Kardex. (Enfermera)			
2	Valora el aspecto físico, considerando zonas de presión, estado de la piel y limitación de la perfusión.			
3	Explica a la familia el procedimiento y hace firmar consentimiento informado.			
4	La sujeción mecánica, que se hará de 2 personas.			
5	Higieniza sus manos según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
6	Prepara los materiales e insumos y se coloca el equipo de protección personal según norma (si lo requiere).			
7	Asegura la cama, baja las barandas y coloca al paciente en una posición anatómica correcta manteniendo la cabeza ligeramente levantada de 30 a 45°.			
8	Coloca los sujetadores con el sistema de amortiguación sobre las prominencias óseas, utilizando el algodón.			
9	Realiza inmovilización completa: según protocolo.			
10	Realiza inmovilización parcial: según protocolo.			
11	Comprueba que los dispositivos de inmovilización no estén demasiado apretado, ni demasiado holgado. Cubre al paciente.			
12	Monitoriza funciones vitales mínimo cada 8 horas.			
13	Descarta el material utilizado e higieniza sus manos según norma.			
14	Valora cada 2 horas la integridad de la piel.			
15	Registra el procedimiento y hallazgos significativos en notas de enfermería			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR			FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO	



I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN CONTROL DE DIURESIS

CÓDIGO: GPAE- 29

CPT:

II DEFINICION:

El control de diuresis es el balance preciso de la orina en 24 horas, es decir, es cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el paciente en un período de tiempo determinado. La orina se consigue por micción voluntaria o por sondaje vesical.

La diuresis puede recolectarse en 24 horas ,6 horas u horaria.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El Control de diuresis es de suma importancia en los pacientes renales, y es necesario en los servicios especiales como, uci, reanimación, quirófano, una herramienta incondicional en su monitoreo, según el protocolo de la Fundación Hospital De Jove 2014.

En el estudio de Manejo de la Pre eclampsia/Eclampsia en el Perú 2013, hace constatar que el control diuresis durante el momento que la paciente se encuentra con esta sintomatología es muy importante, mencionando que la diuresis no debe ser menor de 25 a 30 ml. /hora y durante el control del post parto.

En la investigación satisfacción de los pacientes frente a los cuidados de enfermería durante el post operatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestesia (Tacna 2014) refiere que el control de diuresis y balance de líquidos es parte del protocolo del paciente de URPA.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterios en cuidados de Enfermería en el control de diuresis.
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería.

III RESPONSABLES:

Licenciada en enfermería

Técnica en enfermería: Operador

IV INDICACIONES:

ABSOLUTAS:

- ✓ En pacientes con afecciones renales, en donde la diuresis se ve alterada.
- ✓ En pacientes en estado crítico y con enfermedades crónicas, en los que se quiera valorar función renal.
- ✓ En pacientes que tienen pérdidas excesivas de líquidos.
- ✓ En pacientes en los que se quiera valorar el estado de hidratación
- ✓ Control estricto de la diuresis.
- ✓ Pacientes que reciben medicación (sulfato de magnesio).



RELATIVAS:

Ninguna.

V CONTRAINDICACIONES:

Absolutas:

No aplica

VIREQUISITOS:

Consentimiento informado: No aplica

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE:

- 01 Papagayo
- 01 Jarra medidora
- 01 Balanza
- 01 Chata

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

- 01 Par de guantes de procedimiento.
- 01 Pañal

OTROS

- 01 Formato de Notas de enfermería
- 01 Hoja de balance hídrico



VIII. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Compruebe la identidad del paciente.	1. Para cerciorarse que el paciente es el correcto.
2. Explique al paciente y familia el procedimiento a realizar, verifique la pulsera de identificación.	2. Determina la capacidad del paciente para colaborar
3. Preserve la intimidad del paciente.	3. Asegurar privacidad e intimidad.
4. Prepare el material a utilizar.	4. Ahorra tiempo y energía.
5. Cálcese los guantes de procedimientos.	5. Evita la diseminación de gérmenes.
6. Indique al paciente que orine en el papagayo o chata.	6. Recipiente empleado para recoger la orina.
7. Recolecte y observe característica de la orina haciendo uso de una jarra graduada. <ul style="list-style-type: none"> - En caso de pañal - Pesar el pañal seco - Pesar el pañal mojado - Restar el peso del pañal mojado al del pañal seco. 	7. Permite cuantificar la cantidad de orina exacta. Y ayuda a decidir una conducta adecuada en el tratamiento del paciente.
8. En caso de sonda vesical con bolsa colectora <ul style="list-style-type: none"> - Medir la diuresis cuando la bolsa de drenaje este a 2/3 del total , o cuando se requiera. - Abre la llave de la bolsa colectora, evitando que roce con superficies potencialmente contaminadas, y vaciar la diuresis en la jarra medidora. - Cierre la llave y coloque en su posición original, asegurándose de que no hay fugas. 	8. Evitar la tracción sobre el catéter por el peso de la bolsa.
9. Mide la cantidad de orina	9. Permite saber el total de volumen encontrado.
10. Descarte la orina en el baño.	10. Eliminar la orina evita la contaminación.
11. Deje el papagayo, chata y la jarra medidora limpia.	11. Evita la proliferación de microorganismos.
12. Quítese los guantes y realice higiene de manos según norma.	12. Permite evitar infecciones cruzadas.
13. Registreen las notas de enfermería y balance hidrico la cantidad y características de la orina .	13. Documenta el procedimiento de enfermería, permite la próxima intervención.

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN CONTROL DE DIURESIS

No aplica.



X BIBLIOGRAFIA

1. Florez A.C, Padilla O.L, Turrado M.M, Romero B.A. Medición de la diuresis. Manual de protocolos y procedimientos generales de Enfermería E-1.Hospital Universitario"Reina Sofia". España 2016. [citado 3 de junio 2018].Pag. 1-5.
Disponible en :
<https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=procedimientos>.
2. Naval, E.& Leal, C. (2016) Retención Aguda de Orina. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Actualización en Medicina de Familia,12(3), 152-156.
Disponible en:
http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1528
- 3 Potter. A, Perry Ag, Stocker PA. Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Elsevier, 2015.Vol 8. Pag. 1049-1054.



XI ANEXO

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN CONTROL DE DIURESIS				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Comprueba la identidad del paciente.			
2	Explica al paciente y familia el procedimiento a realizar.			
3	Preserva la intimidad del paciente.			
4	Higieniza sus manos según norma.			
5	Prepara el material y se calza guantes de procedimiento.			
6	Indica al paciente que orine en el papagayo o chata.			
7	Recolecta en una jarra graduado la orina o pesa el pañal			
8	Mide la cantidad de orina.			
9	Descarta la orina en el baño, y elimina el pañal según norma de seguridad.			
10	Deja el papagayo, chata y la jarra medidora limpia.			
11	Se quita los guantes y realiza higiene de manos según norma.			
12	Registra en las notas de enfermería y balance hídrico las características y cantidad de orina.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR			FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR	

