



Resolución Directoral

Iquitos, 16 de abril del 2025

Visto el Memorando N° 407-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01, de fecha 16 de abril del 2025, mediante el cual se autoriza proyectar la Resolución Directoral que aprueba la actualización de los **"PROTOCOLOS Y GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA"** del Hospital Iquitos "César Garayar García";

CONSIDERANDO:

Que, el numeral V del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatoria, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en los términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico sobre "Política Nacional de Calidad en Salud" la misma que en su Séptima Política establece que las organizaciones proveedores de atención en salud, asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, cumplen las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de atención;

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, de fecha 02 de abril del 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", cuya finalidad es la de: "Contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud-IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;





Resolución Directoral

Iquitos, 16 de abril del 2025

Que, mediante la Resolución Directoral N° 273-2021-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01, de fecha 10 de noviembre del 2021, se aprobó los siguientes documentos técnicos: Guía de Procedimientos de Enfermería en Sujeción Mecánica, Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, Protocolo de Recepción de Pacientes y Protocolo para la Prevención y Control de Ulceras por Presión en el Departamento de Medicina del Hospital Iquitos "César Garayar García";

Que, mediante el Oficio N° 017-2025-CEDM-L-HICGG, de fecha 28 de febrero del 2025, la Coordinadora de Enfermería del Departamento de Medicina, solicita a la Jefatura del Departamento de Enfermería, la emisión mediante acto resolutivo la Actualización de los siguientes documentos técnicos: Protocolo de Recepción del Paciente, Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, Guía de Procedimientos de Enfermería con Sujeción Mecánica, y Protocolo para la Prevención y Control de las Ulceras por Presión en el Departamento de Medicina del Hospital Iquitos "César Garayar García";

Que, mediante el Oficio N° 066-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30, de fecha 03 de marzo del 2025, la Jefatura del Departamento de Enfermería, solicita al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", la aprobación y emisión mediante acto resolutivo la Actualización de Protocolos y Guía de Procedimiento del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García";

Que, mediante el Oficio N° 098-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02 con fecha 26 de marzo del 2025, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite las Observaciones de los Documentos Técnicos del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García", para su modificación y/o corrección de acuerdo al Informe N° 11-2025-WCPM;

Que, mediante el Oficio N° 0099-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30, de fecha de recepción 15 de abril del 2025 por la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Jefatura del Departamento de Enfermería remite al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García" el Levantamiento de Observaciones de los documentos técnicos: Protocolo de Recepción del Paciente, Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, Guía de Procedimientos de Enfermería con Sujeción Mecánica, y Protocolo para la Prevención y Control de las Ulceras por Presión en el Departamento de Medicina del Hospital Iquitos "César Garayar García", para la aprobación y emisión mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Iquitos "César Garayar García";





Resolución Directoral

Iquitos, 16 de abril del 2025

Con el visto bueno de la Dirección Adjunta, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Organización y la Unidad de Asesoría Legal del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"; y

En uso de las atribuciones y facultades conferidas a la Dirección Ejecutiva del Hospital Iquitos "César Garayar García", mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 068-2025-GRL-GR, de fecha 07 de enero del 2025;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR la actualización de los "PROTOSCOLOS Y GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA" en el Hospital Iquitos "César Garayar García", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución:

- Protocolo de Recepción del Paciente. (06) Folios.
- Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. (12) Folios.
- Guía de Procedimientos de Enfermería con Sujeción Mecánica. (08) Folios.
- Protocolo para la Prevención y Control de las Ulceras por Presión. (21) Folios.

ARTICULO 2°.- ENCARGAR a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "César Garayar García" para que proceda a la difusión, implementación, supervisión, seguimiento y el debido cumplimiento de la actualización de los Protocolos y Guía de Procedimientos del Departamento de Medicina.

ARTICULO 3°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALBERTO CORRAL GONZALES
Director Ejecutivo (a)
C.M.H. N° 030488





**HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

PROTOCOLO

“RECEPCION DEL PACIENTE”



Elaborado por:

- **ELIANA MARGARITA DÍAZ SEMINARIO** : **COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO.**
- **JHERTI SALAS APAGUEÑO** : **ENFERMERA ASISTENCIAL.**

IQUITOS, ABRIL 2025



“RECEPCIÓN DEL PACIENTE”

I. DEFINICIÓN:

El Protocolo de Ingreso de paciente a un servicio de hospitalización es un conjunto de acciones y normas de actuación establecidas y descritas cronológicamente, que deben ser llevadas a cabo por el personal de enfermería cuando un paciente ingresa. Tanto el enfermo como la familia reciben una atención personalizada y una amplia información antes y durante su estancia, lo que disminuye la ansiedad y atenúa el desconcierto que supone esta circunstancia.

Al departamento pueden llegar pacientes por diferentes vías:

1. Consulta externa.
2. Traslado intrahospitalario de otros servicios.

II. OBJETIVOS:

GENERAL.

1. Facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso

ESPECÍFICOS

1. Proporcionar la información mínima necesaria: normas del servicio, horario de visitas, y entrega de cartilla informativa manteniendo una comunicación efectiva.
2. Realizar la valoración de enfermería al ingreso del paciente que permita identificar problemas de salud para la elaboración del plan de cuidados, en las primeras 24h.
3. Proporcionar un entorno de seguridad al paciente, familia y/o acompañante.

III. CONSIDERACIONES GENERALES EN LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE

1. Confirmar que los datos de filiación e historia clínica sean los correctos.
2. El personal de enfermería que realiza la recepción al paciente, deberá presentarse y portar su identificación, así como mantener una apariencia física cuidada y aseada y que también facilite una llegada amable, tranquilizadora y que aporte la información necesaria, aumentará el bienestar y la comodidad de la persona que acuda al lugar.
3. La identificación permitirá al paciente y/o familiar conocer en todo momento quiénes son los profesionales encargados de atender sus demandas asistenciales.
4. Informar al paciente y/o familiar sobre las actividades a desarrollar relacionadas con su permanencia.
5. Ofrecer al paciente la posibilidad de aclarar cualquier duda que surja sobre la información recibida, si su estado de conciencia lo permite.



6. Mostrar una actitud positiva y cordial, utilizando un lenguaje claro y conciso con un tono de voz empático y dirigiéndose al paciente por su nombre.
7. Preservar en todo momento la intimidad del paciente, utilizando para ello los recursos disponibles a nuestro alcance (biombos)
8. Comunicar al paciente y/o familiar, que la información relativa a su proceso, le será facilitada por el médico tratante y/o enfermera(o).
9. Garantizar al paciente la confidencialidad sobre la información obtenida referida a su proceso.
10. Prestar especial atención a pacientes con dificultad en el idioma, utilizando los recursos disponibles para mantener una comunicación efectiva.
11. Identificar factores de riesgo para la seguridad del paciente.

IV. INDICACIONES: Todo paciente que requiere hospitalización

V. PERSONA RESPONSABLE DE LA HOSPITALIZACIÓN: Médico.

VI. RECURSOS HUMANOS:

- Licenciado (a) en Enfermería y Técnico (a) de Enfermería.
- Personal de Servicios: camilleros (solo como apoyo)

VII. EQUIPO Y MATERIALES:

- Termómetro (uso personal).
- Tensiómetro
- Estetoscopio
- Pulsoxímetro
- Balanza con tallímetro.
- Chata / papagayo.
- Bata del hospital
- Materiales de higiene matinal (uso personal)
- Historia Clínica completa.

VIII. PROCEDIMIENTO:

Antes de la recepción del paciente, se debe preparar el ambiente, el cual debe estar limpio, cama tendida y con lo mínimo necesario para una estancia agradable:

1. Presentarse al paciente y a sus familiares con cordialidad, dando su nombre y cargo y explicando sus responsabilidades en la atención del paciente.
2. Recepcione la HC que debe estar completa y registrarla en el libro de ingresos.
3. El personal de enfermería colocará y/o verificará la presencia de la pulsera identificativa, comprobando que los datos correspondan a la identidad del paciente, señalándoles la importancia de llevarla puesta.



4. Facilitar las relaciones interpersonales procediendo a la presentación de los pacientes que comparten el mismo espacio asistencial, si procede.
5. Informar al paciente sobre sus deberes y derechos mientras dure su permanencia en el servicio.
6. Valore el aspecto general del paciente, CSV: PA, P, FR, T°, peso y talla
7. Verifique la Terapéutica del Médico, que debe iniciarse de inmediato. Evaluar resultados de laboratorio.
8. Oriente al paciente en su unidad:
 - a. Informar al paciente y familia del nombre de la Enfermera y Médico Jefe del servicio y explique las funciones sobre la resolución de sus problemas.
 - b. Informar sobre las horas de visita y su propósito.
 - c. Muestre el uso del material en su ambiente.
 - d. Acompañe al paciente a los SSHH (si puede caminar).
 - e. Indicar al paciente portador de algún tipo de prótesis (dentaduras, audífonos, lentes, etc.), que la mantenga en lugar seguro y controlado para evitar incidencias.
9. Una vez que el paciente esté acomodado en la habitación, el enfermero procederá a realizar la Valoración de Enfermería al ingreso siguiendo el modelo de cuidados del servicio.
10. Registrar en la HC la Valoración de Enfermería.
11. Se da inicio al desarrollo del plan de cuidados de enfermería.



IX. BIBLIOGRAFÍA:

1. Manual de guía y procedimientos de enfermería. Hospital San José. Callao 2018.
2. Guía del paciente hospitalizado. SES Gerencia del Área de Salud de Cáceres 2022.
3. Recepción del paciente: proceso de bienvenida al ámbito sanitario: DEUSTO SALUD abril 2024.





Hospital Iquitos: César Garayar García – Departamento de Medicina



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS



Elaborado por:

- **ELIANA MARGARITA DÍAZ SEMINARIO** : COORDINADORA DEPARTAMENTO.
- **KETHY TELESVINA VILLACRÉS TAMINCHE** : ENFERMERA ASISTENCIAL.

IQUITOS, ABRIL 2025



ÍNDICE

Contenido

| | |
|--|----|
| I. JUSTIFICACIÓN | 1 |
| II. OBJETIVOS..... | 2 |
| III. POBLACIÓN DIANA:..... | 2 |
| IV. ALCANCE: | 2 |
| V. BASE LEGAL | 2 |
| VI. RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN | 2 |
| VII. MATERIAL NECESARIO | 2 |
| VIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS..... | 2 |
| IX. FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS..... | 4 |
| X. VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS..... | 4 |
| XI. MEDIDAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD GENERALES PARA PACIENTES ADULTOS | 5 |
| XII. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DE ACUERDO CON LA PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE J. H. DOWNTON..... | 7 |
| XIII. ESCALA DE DOWNTON (PACIENTE ADULTO) | 8 |
| XIV. INSTRUCTIVO ESCALA DE J.H DOWNTON | 8 |
| XV. BIBLIOGRAFÍA..... | 10 |
| XVI. ANEXOS..... | 11 |
| ANEXOS 1..... | 11 |
| ANEXOS 2..... | 12 |



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

I. JUSTIFICACIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud sufre algún daño como consecuencia de la misma (evento adverso). Los eventos adversos relacionados a la atención sanitaria representan una causa elevada de morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios, debido a la creciente complejidad y tecnificación en el tratamiento de los pacientes y a la interacción de factores administrativos y organizativos con factores propios de la formación de los profesionales y factores propios del paciente.

Los daños que se pueden ocasionar en el ámbito sanitario y el costo que éstos suponen a los sistemas de salud concitan el interés de múltiples organizaciones de salud, las instituciones sanitarias vigilan la seguridad en la atención de la salud. Los costos por estancia prolongada en los hospitales, la discapacidad generada en los pacientes, los litigios, multas e indemnizaciones generados, la pérdida de la productividad y el impacto en las propias organizaciones de salud, hace imperativo abordar la seguridad del paciente como un tema prioritario.

Entendiéndose por Seguridad del Paciente al conjunto de estrategias de Gestión de la calidad asistencial que contribuyen a garantizar una atención más segura. Estas estrategias consisten en la identificación de riesgos y fallas en la atención y en la implantación de medidas de prevención, control de incidentes y mitigación de daños. Adicionalmente a la implementación de estrategias de prevención y control se requiere también promover investigaciones para mejorar la seguridad y prevenir la aparición de los daños relacionados con la atención de la salud.

En ese sentido, el Departamento de Medicina como principal integrante del grupo multidisciplinario presenta el “Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados”, que aporta estrategias sencillas y herramientas prácticas que han demostrado ser eficaces en reducir y controlar riesgos y daños, las cuales deberán ser implementadas en el Departamento, para garantizar la seguridad de los procesos de atención y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la misma. Teniendo en cuenta que el 70% de pacientes que se hospitalizan en el Departamento son adultos mayores frágiles con riesgos muy altos de presentar caídas. Y en el marco de seguridad del paciente, este protocolo nos ayudará a identificar y prevenir dichos riesgos.





II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Prevenir y reducir el riesgo de caídas y los eventos adversos derivados de las mismas mediante la aplicación de medidas estandarizadas de prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar a los pacientes con mayor riesgo de caídas mediante la escala estandarizada (Escala de Downton).
2. Prevenir las caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria.
3. Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
4. Educar al paciente y la familia/cuidador en las medidas de prevención de caída.

III. POBLACIÓN DIANA:

Pacientes con riesgo potencial, de tipo físico, psicológico o social, ingresados en el Departamento de Medicina.

IV. ALCANCE:

Este protocolo está dirigido a todo el personal en contacto directo con los pacientes (médicos, enfermeras, técnicos etc.) debe ser partícipe en la prevención de caídas, así como actuar en casos de caídas.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842- Ley General de Salud.
- RM N° 474-2005/MINSA - Auditoría MINSA - Acreditación.
- RM N° 676-2006/ MINSA - Plan Nacional Para la Seguridad del Paciente 2006-2008
- RM N° 456-2007/MINSA - Acreditación.

VI. RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN:

Profesionales de Enfermería del Departamento de Medicina del HICGG.

VII. MATERIAL NECESARIO:

1. Cama con barandillas y freno.
2. Andadores.
3. Correas de contención.
4. Barras y pasamanos.
5. Timbre.
6. Luz de cabecera.
7. Banco de altura con gomas en las patas.
8. Material de contención adecuado para pacientes en posición sentada.
9. Escaleras mecánicas.

VIII. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

- **Caída:** Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS).



- **Caídas accidentales:** Cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona en estado de alerta, sin dificultad para caminar, originando un tropezón o resbalón con resultado de caída.
- **Caídas no accidentales:** Estas pueden ser de 2 tipos, aquellas en las que se producen una situación de pérdida súbita de conciencia en un sujeto por lo demás activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia o dificultad para la deambulaci3n.
- **Riesgo de caída:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- **Deambulaci3n:** Se refiere a la forma como el paciente camina.
- **Evento adverso:** Es el resultado de una atenci3n en salud que de manera no intencional produce daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
 - ✓ **Evento adverso prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - ✓ **Evento adverso no prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atenci3n de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atenci3n clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atenci3n.
- **Sujeci3n mecánica:** Es la medida de restricci3n de movimientos, que mantiene al paciente más o menos inmóvil mientras persiste la situaci3n de riesgo aludida.
- **Lesi3n:** Se entiende por lesi3n a cualquier tipo de daño, desde la más mínima p3rdida de continuidad de la piel, incluido el dolor hasta las más graves.
- **Escala de valoraci3n:** Instrumento por medio del cual se mide el riesgo que tiene una persona de presentar una caída.
- **Escala de valoraci3n de caídas J.H Downton:** Instrumento que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas. Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 o 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.



IX. FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

| FACTORES INTRÍNSECOS | FACTORES EXTRÍNSECOS |
|--|--|
| 1. Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en pacientes con déficit de movilidad. | 1. Barandilla de la cama inadecuada. |
| 2. Edad superior a 65 años. | 2. Freno de la cama inadecuado o defectuoso. |
| 3. Estado de confusión, desorientación y/o alucinación. | 3. Iluminación no adecuada. |
| 4. Impotencia funcional (amputación de miembro, paresia, parálisis) o inestabilidad motora y debilidad muscular por inmovilización prolongada. | 4. Timbre de llamada muy retirado o inaccesible. |
| 5. Alteraciones oculares o sensitivas. | 5. Mobiliario no adecuado. |
| 6. Post operatorio inmediato. | 6. Suelo mojado deslizante. |
| 7. Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos. | 7. Desorden. |
| 8. Alcoholismo y/o drogadicción. | 8. Ropa y calzado inadecuado. |
| 9. Actitud resistente, agresiva o temerosa. | 9. Espacios reducidos. |
| 10. Hipotensión. | |
| 11. Hipoglucemia. | |
| 12. Ansiedad relacionada en enfermos que deben permanecer en reposo absoluto. | |
| 13. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones). | |
| 14. Enfermedades cardiacas (arritmias, portadores de marcapaso). | |
| 15. Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia). | |
| 16. Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, pies de gotero, bastones). | |
| 17. Antecedentes de caídas. | |
| 18. Dificultad cognitiva para comprender. | |

X. VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS.

1. Se realizará la valoración del riesgo de caídas a todos/as los/las pacientes que ingresen al servicio por el personal de enfermería.
2. En la planificación de actividades de prevención se deberá considerar la valoración global en base a cada uno de los factores de riesgo predisponentes.
3. Se valorará siempre el riesgo de caída relacionado con cada uno de los factores intrínsecos y extrínsecos previamente definidos.
4. Se evaluará el riesgo de caídas a través de la Escala de J. H. Downton a todos los pacientes adultos al momento de su ingreso a hospitalización y se registrará el valor obtenido en el



registro de valoración al ingreso (Anexo 1).

5. Una puntuación en la escala de J. H. Downton **< de 3 significa bajo riesgo** y se aplicarán medidas preventivas generales.
6. Si la puntuación en la escala J. H. Downton **es mayor a 3 significa riesgo alto** se identificará en la Historia Clínica con **RIESGO DE CAÍDAS** y se aplicarán además de las medidas generales, las medidas preventivas específicas para pacientes adultos y se adjuntará la hoja correspondiente de las actividades realizadas.
7. Se reevaluará a los pacientes cuando presenten algún cambio tales como: alteración del estado de conciencia, cuando sean transferidos a otra unidad, o a los 7 días de hospitalización si sufren una caída.

XI. MEDIDAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD GENERALES PARA PACIENTES ADULTOS

RELACIONADAS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

1. Identificación correcta del paciente brindándole confianza y seguridad.
2. Mantener una comunicación adecuada con el paciente explicándole todo lo referente a cómo evitar las caídas.
3. Explicación del uso de barandales.
4. Comprobación del funcionamiento del timbre si aplica.
5. Orientación del mobiliario del paciente.
6. Respuesta inmediata al llamado del paciente.
7. Colocar al alcance del paciente los objetos de uso personal.
8. Arreglo de la unidad del paciente.
9. Educación al paciente y su familia.
10. Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, evitando así sufrir hipotensión ortostática.
11. Registro de la educación para la prevención de caídas.

RELACIONADAS CON EL MOBILIARIO.

1. Verificar en cada turno que la cama esté en posición baja y con el freno puesto.
2. Si el paciente utiliza silla de ruedas, verificar que tenga el freno puesto durante la transferencia y en la hospitalización.
3. Mantener la habitación libre de mobiliario no necesario.
4. Lámpara de cabecera en buen funcionamiento.
5. La silla del paciente deberá estar cerca de la cama.
6. Camillas con los frenos adecuados.
7. Mantener una buena iluminación tanto diurna como nocturna.

**INTERVENCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE UNA CAÍDA.**

1. Realizar un examen físico para evaluar y determinar la gravedad de cualquier lesión por caída.
2. Proporcionar un tratamiento y cuidado apropiado.
3. Controlar las lesiones que pueden no ser evidentes de inmediato.
4. Determinar los factores que contribuyeron a la caída.
5. Colaborar con el equipo interprofesional para llevar a cabo evaluaciones y determinar intervenciones apropiadas.
6. Notificar al médico para que evalúe al paciente, según corresponda.
7. Información/comunicación con la familia.
8. Registro del incidente.
9. Notificación del incidente como un evento adverso.
10. Reevaluación del riesgo de caídas (Escala J. H. Downton), adoptar nuevas medidas preventivas y registrar.

XIII. Escala de DOWNTON (Paciente Adulto):

| VARIABLES | | | PUNTAJE |
|---------------------|------------------------------|-----|---------|
| Caídas Previas | NO | () | 0 |
| | SI | () | 1 |
| Uso de Medicamentos | Ninguno | () | 0 |
| | Tranquilizantes- Sedantes | () | 1 |
| | Diuréticos | () | 1 |
| | Hipotensores (No diuréticos) | () | 1 |
| | Anti parkinsonianos | () | 1 |
| | Antidepresivos | () | 1 |
| | Otros medicamentos | () | 1 |
| Déficit Sensorial | Ninguno | () | 0 |
| | Alteraciones visuales | () | 1 |
| | Alteraciones auditivas | () | 1 |
| | Extremidades | () | 1 |
| Estado Mental | Orientado | () | 0 |
| | Confuso | () | 1 |
| Deambulación | Normal | () | 0 |
| | Segura con ayuda | () | 1 |
| | Insegura con ayuda | () | 1 |
| | No deambula | () | 1 |
| Puntaje Obtenido | | | |

XIV. INSTRUCTIVO ESCALA DE J.H DOWNTON

La Escala mide 5 criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir una caída: Caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial, estado mental, deambulación.



CAIDAS PREVIAS: Se asigna 1 punto si el paciente se ha caído durante la presente internación o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses a consecuencia de situaciones tales como: convulsiones o trastornos de la marcha. Si el paciente no se ha caído, se le asigna 0 puntos.

USO DE MEDICAMENTOS: Se asigna 1 punto si el paciente toma algún medicamento que influya en su estado de alerta, tales como: tranquilizantes (sedantes) o que condicionen aumento de alguna necesidad de moverse, tales como: diuréticos (aumento en la frecuencia de miccionar), hipotensores (no diuréticos), Antiparkinsonianos, antidepresivos, hipoglucemiantes. Si es no, se califica 0 puntos.

DÉFICIT SENSORIAL: Se asigna 1 punto si el paciente presenta alteraciones tales como:

- **Sordera:** Pérdida de audición de uno o ambos oídos.
- **Hipoacusia:** Audición disminuida a sonidos graves o agudos, existencia de tapones, portador de prótesis.
- **Ceguera:** Pérdida de la visión de uno o ambos ojos, visión deteriorada manifestada por visión sólo de contornos, sólo ve bultos, sólo percibe cambios de luminosidad.
- **Visión Disminuida:** Disminución de la visión por diplopía, estrabismo, utilización de medidas correctoras como gafas.

Si no presenta alteración sensorial de algún tipo, su puntaje es 0.

ESTADO MENTAL:

- Si el paciente se encuentra confuso se le asigna 1 punto.
- Si se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona se le asigna 0 puntos.

DEAMBULACIÓN:

- Si el paciente deambula de forma segura o insegura, pero necesita ayuda, se le asignara 1 punto.
- Si el paciente no deambula, se asignará un puntaje de 1.
- Se califica con 0 si el paciente camina en forma normal, no necesitando ayuda de algún dispositivo ni asistencia familiar.

Interpretación del Puntaje:

- 3 o más = Alto Riesgo
- 1 a 2 = Mediano Riesgo
- 0 a 1 = Bajo Riesgo



XV.- BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández, M. Prevención de caídas del paciente hospitalizado Hospital general Universitario de Alicante [en Internet] 2012; [citado 2015 Feb 15]; Disponible en:
2. Dirección General de Calidad e innovación en los servicios sanitarios. Practicas Seguras relacionados con cuidados de enfermería. Gobierno del principado de Asturias España. Noviembre 2010.
3. Nyberg L, Gustafson Y. Uso del Índice de Downton para predecir aquellos propensos a las caídas en Rehabilitación de la Apoplejía. [Using the Downton Index to Predict Those Prone to Falls in Stroke Rehabilitation]. Stroke. Octubre 1996, [citado 28 Julio 2016]; 27(10). Ingles. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841338>
4. Recomendaciones basadas en evidencia para la prevención de caídas. Grupo: Caídas. Osakidetza. 2015. Disponible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/ostebe_publicaciones/es_ostebe_adjuntos/4_recomendaciones_preveni%C3%B3n_caidas.pdf.
5. GUIA DE BUENAS PRACTICAS EN PREVENCIÓN DE CAIDAS. CONSEJERIA DESANIDAD ESPAÑOLA AÑO 2019.
6. OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD. LIMA- PERU 2021
7. T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI y Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y Clasificación. Undécima Edición. 2018-2020
8. Sue Moorhead, Elizabeth Swanson et al, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Sexta Edición.2019 by Elsevier, España.
9. Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek et al, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Séptima edición. 2019 Elsevier. España.
10. Ortega Vargas & Guadalupe Suarez. Manual de Evaluación de la Calidad del servicio de enfermería. México. Editorial Medica Panamericana S.A. 2009.



XVI.- ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA J. H. DOWNTON

I. DATOS GENERALES.....

1. Edad (años): 2. Sexo: a) Femenino () b) Masculino ()

I. ESCALA J. H. DOWNTON:

N° Caídas en el último año:

| VARIABLES | | | PUNTAJE |
|---------------------|------------------------------|-----|---------|
| Caídas Previas | NO | () | 0 |
| | SI | () | 1 |
| Uso de Medicamentos | Ninguno | () | 0 |
| | Tranquilizantes- Sedantes | () | 1 |
| | Diuréticos | () | 1 |
| | Hipotensores (No diuréticos) | () | 1 |
| | Antiparkinsonianos | () | 1 |
| | Antidepresivos | () | 1 |
| | Otros medicamentos | () | 1 |
| Déficit sensorial | Ninguno | () | 0 |
| | Alteraciones visuales | () | 1 |
| | Alteraciones auditivas | () | 1 |
| | Extremidades | () | 1 |
| Estado Mental | Orientado | () | 0 |
| | Confuso | () | 1 |
| Deambulaci3n | Normal | () | 0 |
| | Segura con ayuda | () | 1 |
| | Insegura con ayuda | () | 1 |
| | No deambula | () | 1 |
| Puntaje Obtenido | | | |

Interpretaci3n del Puntaje:

- 3 o m3s = Alto Riesgo
- 1 a 2 = Mediano Riesgo
- 0 a 1 = Bajo Riesgo

.....
Sello y Firma del Profesional de Enfermería.



ANEXO 2

REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

- I. Fecha de Notificación:
- II. Departamento:
- III. Personal de Salud que Notifica:
 - () Médico
 - () Enfermero (a)
 - () Otros

Según las definiciones escritas, el suceso se trata de un:

Incidente: Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Evento adverso: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos.

De ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de evento adverso es, según la consecuencia de este suceso.

Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o ésta es mínima, sin prolongar la estancia.

Moderado: Un evento que necesita de una intervención, por ejemplo: una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Grave: Evento adverso que ocasiona la muerte, contribuye a ella, produce una discapacidad o genera una intervención quirúrgica.

Nombre del paciente:

Edad: Sexo: M() F()

Diagnóstico:

| | | |
|--------------------|------------|----------------|
| Descripción | del | Suceso: |
| | | |
| | | |
| | | |

Fecha de Suceso: Hora:

FIRMA Y SELLO



GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA

"SUJECCIÓN MECÁNICA"



Elaborado por:

- ELIANA MARGARITA DÍAZ SEMINARIO : COORDINADORA DEPARTAMENTO.
- AURORA PÉREZ ANGULO : ENFERMERA ASISTENCIAL.
- SILVIA ROSSANA DÍAZ SHUPINGAHUA : ENFERMERA ASISTENCIAL.
- CRISTIAN ERICK ROJAS GARCÍA : ENFERMERO ASISTENCIAL.

IQUITOS, ABRIL 2025



GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA “SUJECCIÓN MECÁNICA”

I. DEFINICIÓN:

La sujeción mecánica de uso terapéutico, consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánica para el tórax, las muñecas, los tobillos. Etc. Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad.

La principal acción de enfermería es impedir las conductas que obligan a usar las sujeciones, recurriendo a ello como último recurso. Los sujetadores utilizados para sujeción mecánica para manos y tobillos, deben tener un sistema de amortiguación de la fuerza ejercida sobre la piel del paciente.

II. OBJETIVOS:

- Salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden, impedir en su caso, la manipulación de otras medidas aplicadas como vías o sondas.
- Aplicar sujeción mecánica a todo paciente que pertenezca a los grupos de riesgo.}
- Prevenir eventos adversos y otras complicaciones derivadas de la sujeción mecánica.
- Preservar la intimidad.
- Mantener la integridad física, porque no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y puede sufrir los riesgos de la inmovilidad.

III. INDICACIONES:

- Conducta violenta de un paciente
- Agresión física a familiares, equipo de salud u otras personas que se encuentran alrededor del paciente.
- Contención temporal para recibir la medicación, realizar procedimientos invasivos (colocación de sondas, vías periféricas, etc.).
- Alteración del estado de conciencia (agitación psicomotriz, desorientación, confusión, etc.) por diferentes etiologías.
- Intento de autoagresión del paciente que puede ser con objetos a su alcance.

IV. CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que presenten complicaciones físicas osteoarticulares que le dificulten la marcha o la manipulación de objetos.
- Pacientes con complicaciones vasculares a nivel de miembros superiores y/o inferiores.



- Pacientes con signos de sedación parcial o profunda.
- Como castigo al paciente por una trasgresión.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento o a otras actividades.
- Por simple conveniencia del equipo de salud.

V. PRINCIPIOS GENERALES:

1. La sujeción debe de ser autorizada por el médico tratante.
2. Distraer al paciente: se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas. Mientras, se debe vigilar y distraer la atención del paciente, colocándonos a una distancia adecuada.
3. Se le informará en tono firme de que está perdiendo el control, pero que le vamos a ayudar.
4. Preparación del personal: nos despojaremos de los objetos peligrosos para su integridad física y para la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes...)
5. Evitar la presencia de público: si lo hubiera, el paciente puede adoptar una actitud más heroica que si está solo.
6. Actitud del personal: se va a reducir al paciente con intención terapéutica, no como un castigo. Por tanto, se actuará de forma profesional. Con actitud enérgica pero respetuosa, evitando golpear o humillar al paciente.
7. Sujeción: cada miembro tiene asignada una extremidad. Se sujetarán en la zona más distal, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones.
8. Registrar la razón de la contención, la duración y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.
9. Aplicar el procedimiento.

VI. PERSONA RESPONSABLE:

- Licenciado (a) Enfermería
- Técnico(a) enfermería

VII. RECURSO HUMANO:

- Licenciado (a) Enfermería
- Técnico(a) enfermería

VIII. EQUIPOS Y MATERIALES:

- Muñequeras de tela o algún material no abrasivo.
- Sábanas o frazadas.

IX. PROCEDIMIENTO:

1. Explique al paciente y/o familia el motivo de la sujeción. Reduce la ansiedad y fomenta la colaboración.
2. Examine la zona donde se va a colocar la sujeción, ya que éstas pueden comprimir e interferir en el funcionamiento adecuado de sondas y otros



- dispositivos. La observación permite la identificación de cambios en la coloración y textura de la piel y comparar con posteriores variaciones.
3. Mantenga la individualidad del paciente y cúbralo si es conveniente.
 4. Ajuste la cama a una altura adecuada y baje la baranda lateral del lado en el contacto con el paciente, ya que nos va a permite utilizar una mecánica corporal correcta y prevenir las lesiones.
 5. Coloque al paciente en una posición anatómica correcta
 6. Ubique los sujetadores con el sistema de amortiguación, sobre las prominencias óseas.
 7. Una vez asegurado el paciente, se usan sábanas o muñequeras, sujetando al paciente mecánicamente a la cama, inmovilizando las cuatro extremidades. En caso de ser necesario se puede utilizar una sábana alrededor del tórax del paciente para evitar movimientos que podrían causar lesiones, ya que su ajuste excesivo de las sábanas podría interferir en la respiración.
 8. Ate las sujeciones al somier de la cama, ya que éste se desplaza cuando la cabecera de la cama sube o baja. No sujete a las barandas laterales, ya que el paciente puede lesionarse si la sujeción se ata a las barandas laterales cuando éstas se bajan.
 9. Asegure la sujeción con un lazo que pueda deshacerse rápido. Permite que en caso de emergencia se libere rápidamente
 10. Compruebe cada 30 minutos la correcta colocación de la sujeción y la integridad cutánea, color y sensibilidad en la zona sujeta del cuerpo. Se previene complicaciones cutáneas como isquemia, lesión cutánea y trastorno circulatorio
 11. La sujeción mecánica debe retirarse durante 30 minutos cada 2 horas. Si el paciente se muestra agresivo o no colabora, retire una sola sujeción cada vez y/o pida ayuda al familiar mientras retira las sujeciones. Durante este intervalo el paciente no puede quedar solo.
 12. Realice higiene de manos.

X. RECOMENDACIONES:

- ✓ Ubicar a la/el paciente con riesgo de agitación, desorientación en habitaciones más próximas a la estación de enfermería.
- ✓ Durante la sujeción no debe haber violencia física ni verbal, evitar responder a provocaciones del paciente.
- ✓ Brindar consejería a la familia o cuidador/a respecto al procedimiento a realizar con sus beneficios y/o limitaciones.



XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Guía y Procedimientos de Enfermería. Hospital San José. Callao 2018.
2. Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería en Hospitalización. Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2013. 1era Ed.
3. Protocolo de contención mecánica. Junta de Extremadura. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf
4. PROTOCOLO DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA Y TERAPÉUTICA <https://www.ucm.es/.../PROTOCOLO%20de%20contenciones.doc>
5. Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima - Perú 2021. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/documentUfile/2179932/RD-257-09-2021.pdf.pdf> [Links J
6. Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería En Sujeción Física y/o Contención Mecánica. Hospital Cayetano Heredia. Lima -Perú. 2021. Disponible en: <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD069-2021-HCH-DG.pdf> [Links J
7. Guía Técnica "Gestión del cuidado de enfermería para el procedimiento de sujeción mecánica en el paciente hospitalizado", disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2024/03/RJ-N%C2%B0-054-2024-J-INEN.pdf>







ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SUJECCIÓN MECÁNICA

LEY GENERAL DE SALUD 26842



YO.....de.....años de edad
con DNI (), Pasaporte () N°con el parentesco de.....
....., de la (del) paciente.....
.....de la cama N°del departamento de Medicina del HICGG, después de haber tenido
una entrevista con la Licenciada (o) en
enfermería.....

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

- 1. Características y condiciones presentadas por mi paciente, trastorno del sensorio, agitación psicomotriz, riesgo a caídas.
- 2. Las acciones hospitalarias disponibles como medidas de seguridad que deben adoptarse para evitar eventos adversos como caídas de los pacientes.
- 3. Y siendo el uso de SUJECCION MECANICA, un procedimiento asistencial para evitar y prevenir caídas en mi paciente.

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

Por lo tanto, de manera consciente y voluntaria, EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES:

- () Autorizo el uso del procedimiento de Sujeción Mecánica, como medida de seguridad preventiva en mi familiar.
- () Del mismo modo me comprometo a velar a fin de que ninguno de mis familiares o visitas retiren dicha sujeción.
- () Una copia del presente documento permanecerá en la cabecera de la cama de mi familiar 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 de enfermería y de la institución referente a mi decisión.

Iquitos,.....de202

Firma del familiar o representante legal
NOMBRES Y AP.
DNI/PASAPORTE

Firma del testigo (huella digital)
NOMBRES Y AP.
DNI/PASAPORTE

Firma y sello del profesional de enfermería.



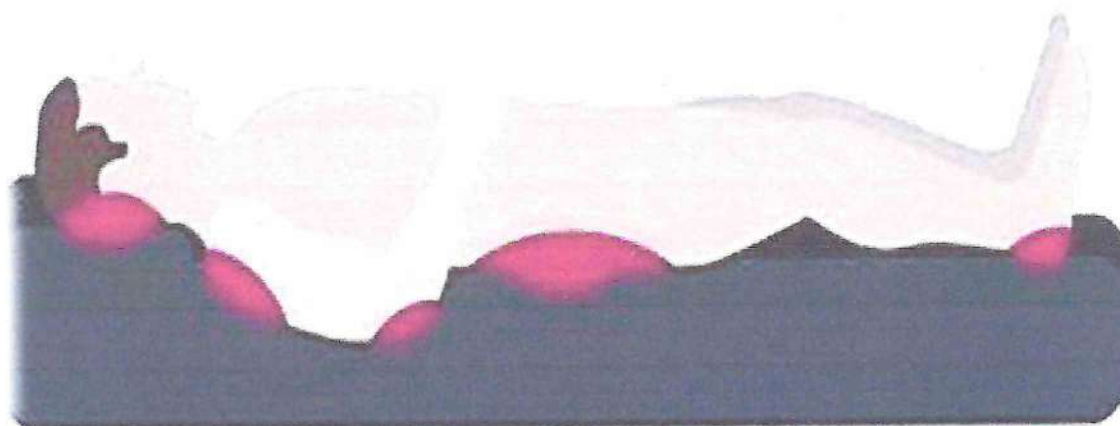


**HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



PROTOCOLO

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN



Elaborado por:

- ELIANA MARGARITA DIAZ SEMINARIO : COORDINADORA DEPARTAMENTO.
- AURORA PEREZ ANGULO : ENFERMERA ASISTENCIAL.
- SILVIA ROSSANA DIAZ SHUPINGAHUA : ENFERMERA ASISTENCIAL.

IQUITOS, PERÚ

ABRIL, 2025



INDICE



| | |
|--|----|
| CONTENIDO | |
| I. INTRODUCCION | |
| II. JUSTIFICACION | |
| III OBJETIVO GENERAL: | 3 |
| IV. BASE LEGAL | 3 |
| V. DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN. | 3 |
| V.- FACTORES DE RIESGO. | 4 |
| 5.1 Factores Primarios: | 4 |
| 5.2 Factores Secundarios: | 5 |
| VI. CLASIFICACIÓN DE LAS UPP. | 5 |
| Las UPP se clasifican en cuatro estadios o grados:..... | 5 |
| 6.1 Grado I: | 5 |
| 6.2 Grado II: | 5 |
| 6.3 Grado III: | 6 |
| 6.4 Grado IV: | 6 |
| VII.- ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERACION | 6 |
| VII.- PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION | 8 |
| 7.1 PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION | 8 |
| 7.2 CAMBIOS POSTURALES | 8 |
| 7.3 RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CAMBIOS POSTURALES | 9 |
| 7.4 PROTECCIÓN LOCAL DE ZONAS VULNERABLES | 9 |
| VII.- TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. | 10 |
| 7.5 Estadio 1: | 10 |
| 7.6 Estadio 2: | 10 |
| 7.7 Estadio 3 y 4: | 10 |
| VIII.- PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA DE LAS UPP | 12 |
| ix.-BIBLIOGRAFÍA. | 13 |
| X. ANEXOS | 14 |



“HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA”

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

I. INTRODUCCION

El cuidado de la piel, constituye una parte fundamental de los cuidados básicos del paciente hospitalizado, tiene como principal objetivo, mantener la integridad de la piel, evitando la aparición de lesión por presión (UPP).

Las UPP tienen efectos nocivos tanto en el paciente como en las instituciones sanitarias debido a que en numerosas ocasiones la presencia de UPP supone la agravación del estado general de salud, aumento del riesgo de infección, incremento de la incidencia de mortalidad en pacientes de edad avanzada, alteración del bienestar debido al dolor a lo que conlleva a una pérdida de autonomía del paciente.

Con frecuencia, las UPP suponen un incremento de los costos socio sanitarios y del aumento de la estancia hospitalaria del paciente

Las UPP representan un problema prevalente en la población hospitalizada de más de 60 años. Se requiere de cuidados preventivos de enfermería y programas consistentes para evitar su aparición, tomando en cuenta el perfil de la población y las zonas de riesgo de aparición; así como el monitoreo de los cuidados brindado.

Se estima que hasta el 95% de las UPP son evitables, por tanto, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la puesta en práctica de medidas de prevención. No obstante, también es necesario aumentar el conocimiento en el tratamiento de las UPP para abordar aquellos casos en los que la úlcera ya se ha desarrollado

En el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 se identificó que la prevalencia de UPP a la fecha, durante el año 2023 es de un 0.9% de un total de 11722 pacientes hospitalizados.

El presente protocolo ha sido elaborado por profesionales del Departamento de Medicina del Hospital Iquitos “César Garayar García II-2 con el objetivo de unificar la práctica basándose en la evidencia científica y experiencia profesional. Pretende ser una guía práctica para los profesionales de la salud, en la prevención y el tratamiento de las UPP en pacientes hospitalizados.



II.- JUSTIFICACION

La Ley N°26842; Ley General de Salud (Perú), establece que: "Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. el Departamento de Medicina se ve en la necesidad de elaborar un **PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN** E derecho a la protección de la salud es irrenunciable"* la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes.

Las Ulceras por Presión (UPP) considerado un indicador del cuidado de enfermería, constituyen un gran problema de salud que compromete la calidad de vida de los pacientes y su familia incrementando el consumo de recursos de la familia y de la organización además de constituir actualmente un problema con connotación legal importante para el equipo de salud, pues representan una complicación del cuidado de la salud que no debe ser atribuible solo al cuidado de enfermería. ¡La prevalencia de estas oscila entre el 3% y el 50% en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI), Medicina Interna y Neurología

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, "Soluciones para la Seguridad del Paciente". Los países miembros como el Perú, estamos comprometidos en articular esfuerzo a favor de la seguridad del paciente.

Fortalecer y unificar criterios para el cuidado en la prevención y tratamiento de los pacientes con úlceras-heridas cutáneas en el Área de hospitalización para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia y prevalencia

En el último año, (2024) las lesiones por presión reportadas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García" en los servicios de Emergencia y Hospitalización (Medicina (0.65%), Cirugía (0%), UCI (7.81%), Emergencia (7.30), lo que se considera preocupante por el aumento del gasto sanitario, prolongación de la estancia hospitalaria, sobrecarga del trabajo para enfermería y básicamente ser un indicativo negativo de la calidad asistencial. Razón suficiente de modificar algunos aspectos básicos que nos permita unificar criterios tanto en la prevención como en el tratamiento de la UPP, favoreciendo la continuidad de los cuidados de enfermería en el servicio fortaleciendo la calidad de los mismos.



II. OBJETIVO GENERAL:

Unificar, Desarrollar y fortalecer los criterios en el conocimiento técnico en Prevención de las Úlceras por Presión y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes, con el fin de prevenir y disminuir su incidencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorar y detectar las necesidades que el paciente tiene alterada para identificar a los que tienen riesgo de desarrollar úlceras.
- Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión según las escalas de valoración de riesgo.
- Conocer los factores que favorecen la aparición de úlceras.
- Potenciar y establecer los cuidados necesarios mediante las medidas de prevención como el único mecanismo eficaz para evitar la aparición de úlceras por presión.
- Evaluar las acciones realizadas para mejorar los cuidados.

III. AMBITO DE APLICACION:

A todos los pacientes que ingresen al departamento y tengan riesgo de presentar Úlceras por presión. (Adultos mayores, problemas cognitivos, problemas neurológicos, etc.)

IV. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- RM N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139 –MINSA/2018 DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN de Rondas de Seguridad para la Gestión del riesgo en la atención de salud

V. DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.

- Es aquella lesión provocada por la restricción de flujo sanguíneo, como resultado de una presión prolongada (aplastamiento tisular), que si no se corrige evoluciona a necrosis del tejido afectado. Generalmente aparecen en zonas con prominencias óseas, pliegues cutáneos de personas obesas, zonas de apoyo de sonda o tubos y zonas de compresión de férulas de yeso y/o tracciones; que provoca degeneración de la dermis, epidermis, tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso músculo y hueso.
- Una úlcera por presión, es una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos. En



V.- FACTORES DE RIESGO.

5.1 Factores Primarios:

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:



5.1.1 Presión:

Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

La presión constante en cualquier parte del cuerpo puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El flujo sanguíneo es esencial para llevar oxígeno y otros nutrientes a los tejidos. Sin estos nutrientes esenciales, la piel y los tejidos cercanos se dañan y podrían morir con el tiempo.

Para las personas con movimientos limitados, este tipo de presión tiende a ocurrir en áreas que no están bien acolchadas con músculos o grasa y que se encuentran sobre un hueso, como la columna vertebral, el coxis, los omóplatos, las caderas, los talones, y los codos.

La ecuación “presión + tiempo = úlcera” define de forma clara el concepto de UPP. Se ha demostrado que el 90 % de los enfermos con menos de 20 movimientos espontáneos, durante la noche, desarrollan úlceras.

5.1.2 Fricción:

Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. la piel roza contra la ropa o la ropa de cama. Puede hacer que la piel frágil sea más vulnerable a las lesiones, especialmente si la piel también está húmeda.

5.1.3 Cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular):

Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona. Estas fuerzas de cizallamiento se producen cuando el paciente no está bien apoyado y la cama esta levantada a más de 30°.

5.1.4 Humedad:

Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección. El riesgo de desarrollar escaras es mayor si la persona tiene dificultades



para moverse y no puede cambiar de posición fácilmente mientras está sentado en la cama.

5.2 Factores Secundarios:

5.2.1 Fisiopatológicos:

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del aporte de oxígeno: insuficiencia vascular periférica, estasis venosas, trastornos cardiopulmonares.
- Déficit nutricional: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficit sensorial: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteración de la eliminación: urinaria y fecal.

5.2.2 Derivados del Tratamiento:

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento Inmunosupresor: radioterapia, corticoides, cisostáticos, quimioterapia.
- Sedantes: benzodiazepinas.

5.2.3 Situacionales:

- Inmovilidad por dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en la ropa de la cama, pijama, objetos de limpieza.
- Objetos de roce.
- Falta de educación sanitaria de los pacientes.
- Falta de criterios unificados por parte del equipo asistencial.

VI. CLASIFICACIÓN DE LAS UPP.

Las UPP se clasifican en cuatro estadios o grados:

6.1 Grado I:

- Eritema cutáneo en piel íntegra que no palidece/desaparece con la presión; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: ·
- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración) ·
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)

6.2 Grado II:

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



- Valoración del estado mental.
- Valoración de la actividad.
- Valoración de la movilidad
- Valoración de la incontinencia.

Cada uno de los aspectos se valora en cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo “1” el que corresponde a un mayor deterioro y “4” el que corresponde a un menor deterioro.

| VARIABLE | 4 | 3 | 2 | 1 | PUNTUACION |
|--------------------------|-----------|-------------------------|--------------|----------------|------------|
| Condición Física | Buena | Regular | Pobre | Muy mala | |
| Estado Mental | Orientado | Apático | Confuso | Inconsciente | |
| Actividad | Deambula | Deambula con ayuda | Cama/Sillón | Encamado | |
| Movilidad | Total | Disminuida | Muy limitada | Inmóvil | |
| Incontinencia | Control | Incontinencia ocasional | Urinaria | Urinaria-Fecal | |
| PUNTUACION TOTAL: | | | | | |

La puntuación que puede obtenerse oscila entre “5” (máximo riesgo) y “20” mínimo riesgo. Se considera que una puntuación por debajo de “14” supone una situación de riesgo. **La Escala debe utilizarse de forma continuada y la frecuencia de revaloración dependerá de los cambios en las condiciones del paciente y su entorno.**



VII.- PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

7.1 PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

- Examinar el estado de la piel al menos una vez al día.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Valorar y tratar la incontinencia.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Corregir el déficit nutricional, con apoyo de la (el) nutricionista.
- Cambios posturales cada 2 a 4 horas.
- Fomentar la movilidad y actividad del paciente.
- Instaurar medidas o dispositivos de alivio de presión (colchón antiescaras).
- Fomentar la educación sanitaria.
- No masajear prominencias óseas.
- No elevar cabecera de la cama más de 30°.
- No utilizar flotadores.
- Vigilar zona de inserción de sondas, mascarilla, gafas de oxígeno y sujeciones mecánicas.
- Protección de prominencias óseas.

7.2 CAMBIOS POSTURALES

Cambios Posturales Los cambios posturales reducen la duración y la magnitud de la presión ejercida sobre las zonas vulnerables.

- Se realizarán, siempre que no exista contraindicación, para evitar o minimizar la presión en pacientes con movilidad y actividad reducida.
- Deben mantener la comodidad del paciente y su capacidad funcional.
- El paciente precisará cambios posturales si, en la valoración a través de la escala de Norton el paciente tiene en movilidad “muy limitada o inmóvil” y además en la variable actividad está “sentado o encamado”.
- Su frecuencia vendrá determinada por el estado de la piel, las necesidades del paciente y la redistribución de las presiones de la superficie de apoyo.
- Es necesario realizarlos con mayor frecuencia cuando la superficie donde se encuentra el paciente no redistribuye la presión.
- Como norma general se realizarán cada 2-3 horas durante el día y, como máximo, cada 4 horas durante la noche, coordinándolo con otras actividades cuando sea posible, para favorecer el descanso del paciente.



7.3 RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CAMBIOS POSTURALES

- Seguir una rotación programada e individualizada, alternando decúbito supino, lateral derecho y lateral izquierdo; incluir en la rotación el decúbito prono si la situación hemodinámica del paciente lo permite y es tolerado. Mantener la alineación corporal y fisiológica, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- En el caso de que el paciente no pueda posicionarse en una postura determinada, reflejarlo en el plan de cuidados y realizar la rotación evitando la postura contraindicada.
- Programar la periodicidad de los cambios en el plan de cuidados y dejar registrado, en las observaciones de enfermería, la hora del último cambio.
- Evitar exponer la piel a la presión y a la cizalla, utilizando aparatos auxiliares si procede, para desplazar a los pacientes. Elevar y no arrastrar al paciente cuando se le realice un cambio postural.
- No colocar al paciente sobre prominencias óseas que presenten eritemas que no desaparecen al eliminar la presión.
- Utilizar almohadas para evitar el contacto entre las prominencias óseas.
- Evitar colocar al paciente sobre catéteres, drenajes u otros dispositivos terapéuticos.
- Entre un cambio postural y otro, se realizarán pequeñas modificaciones dentro de la misma posición

7.4 PROTECCIÓN LOCAL DE ZONAS VULNERABLES

En zonas de especial riesgo de UPP como son los talones, región occipital: utilizar sistemas de protección local de la presión, teniendo en cuenta que estos deben de:

- Facilitar la inspección de la piel al menos una vez al día.
- Ser compatibles con otras medidas de cuidado local (ácidos grasos hiperoxigenados).
- En el caso de los talones es necesario utilizar dispositivos que alivien totalmente la presión sobre los mismos.
- Utilizar una almohada u otro dispositivo debajo de las pantorrillas para que los talones queden elevados completamente, de modo que se distribuya el peso de la pierna a lo largo de la pantorrilla, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada.
- Utilizar las taloneras disponibles en el hospital. En las zonas de apoyo de dispositivos terapéuticos como sondas, mascarillas de oxígeno, gafas nasales, drenajes, etc.
- Vigilar la zona y movilizar el dispositivo, si es posible.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados.
- Utilizar protecciones cuando exista riesgo de fricción.



VII.- TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Ante la presencia de una UPP, el tratamiento debe ir encaminado a conseguir la cicatrización en el menor tiempo posible, evitando al máximo las posibles complicaciones.

Determinar la etiología de la UPP es fundamental para orientar las medidas de tratamiento apropiadas. La medida de tratamiento más eficaz es eliminar la causa y, si esto no fuera posible, minimizarla: una UPP producida por presión no cicatrizará mientras no se elimine la presión sobre la zona.

La coordinación de los profesionales y la continuidad de los cuidados son dos elementos claves para lograr un óptimo resultado en el tratamiento de estas lesiones.



ACTIVIDADES A REALIZAR:

- Examinar la superficie corporal para determinar la presencia de úlceras en evolución.
- Preparar todo el material necesario para la cura.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar y aclarar todas sus dudas.
- Lavarse las manos.
- Usar técnica estéril durante todo el procedimiento.

En función del estadio en que se encuentre la lesión, actuar de la siguiente forma:

7.5 Estadio 1:

- Lavar la zona con agua jabonosa.
- Aclarar con solución salina.
- Aplicar solución de ácidos grasos (de 1 a 3 gotas o pulverizaciones).

7.6 Estadio 2:

- Lavar la zona afectada con suero fisiológico sin tocar el lecho de la herida.
- Cura húmeda, secar bien la piel circundante de la lesión (nunca el lecho de la misma) y aplicar apósito hidrocoloide sobre la lesión, procurando que alcance piel sana.
- Si la lesión presenta flictena (ampolla), intentar preservarla aplicando vendaje protector o apósito hidrocoloide de protección (drenar si no se ha reabsorbido al cabo de 4-6 días).

7.7 Estadio 3 y 4:

- Si existe presencia de tejido necrótico, se debe eliminar bien por desbridamiento quirúrgico, aplicación de colagenasa, o favoreciendo la autólisis con hidrogel + hidrocoloide. Generalmente la mejor opción es cura combinada (quirúrgico + colagenasa o bien, quirúrgico + hidrogel + hidrocoloide).
- Si se opta por desbridamiento quirúrgico, preparar el material y recortar el tejido necrótico desde el centro hacia los bordes. Si se corta algún vaso sanguíneo se hará



hemostasia con un mosquito y si no fuera suficiente se dará un punto con sutura reabsorbible.

- Puede ser necesario abordar la limpieza en varios días, hasta conseguir un lecho sonrosado y libre de tejido necrótico.
- Recoger y ordenar el material.
- Registrar en la hoja correspondiente las características de la úlcera, medidas (largo x ancho x profundidad), aspecto, evolución e incidencia de la cura.
- Aplicar las medidas y dispositivos oportunos para evitar la presión en las lesiones y la aparición de otras nuevas UPP.
- Favorecer el autocuidado y participación de la familia.
- Explicar la importancia de la prevención y las técnicas empleadas en el tratamiento, comprobando que la información ha sido comprendida.



| VIII.-PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LAS UPP | | | |
|--|---|---|--|
| DIAGNÓSTICOS NANDA | NOC (OBJETIVO) | NIC (INTERVENCIONES): | NOC(EVALUACION) |
| 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA Dominio 11 Seguridad Protección | 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 1902 Control del riesgo. | 0740 Cuidados del paciente encamado. 3540 Prevención de úlceras por presión. 3590 Vigilancia de la piel. 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico. | 110110 Ausencia de la lesión tisular 110111 perfucion tisular 110113 piel intacta |
| 00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA | 1103 Curación de la herida: por segunda intención. | 3520 Cuidados de las úlceras por presión. 3660 Cuidados de las herida | 110301 Granulación 110302 Epitelización 110307 Resolución de eritema cutáneo |
| 00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR | 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1902 Control del riesgo. | 3660 Cuidados de las heridas. 3520 Cuidados de las úlceras por presión. 3590 Vigilancia de la piel. | 110303 Resolución de secreción purulenta 110307 Resolución del eritema cutáneo 110315 Resolución de la excavación 110317 Resolución del olor de la herida 110318 Resolución el tamaño de la herida |





IX.-BIBLIOGRAFÍA.

1. Departamento de Enfermería. Protocolo para prevención y control de las lesiones por presión. [Internet]. [Cdn.www.gob.pe]. Perú. 2023. [Citado 2025 febrero 08]. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5106923/RD%20GUIA%20DE%20PREVENCIÓN%20DE%20LESIONES%20POR%20PRESIÓN%20DEL%20DPTO%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
2. Hospital Nacional "Cayetano Heredia". PLAN DE MEJORA CONTINUA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LESIONES POR PRESIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2023. [Internet]. [Es.scribd.com]. Perú. 2023. [Citado 2025 febrero 08]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/753408097/DOC-20240724-WA0043>
3. <https://www.minsalud.gob.co>
4. <https://www.medigraphic.org.mx>
5. <https://www.hno.oaxacagob.mx>
6. <https://es.slideshare.net>
7. file:///F:/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf
8. PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN. HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA.
9. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Subdirección Asistencial de Enfermería. Guías prácticas Clínica, Serveit de Salut. 2007.
10. Prevención de las Úlceras por Presión. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Comunidad de Madrid. Protocolo. Año 2015.
11. Blanco Zapata RM, López García E, Quesada Ramos C, García Rodríguez MR. Guía de recomendaciones basadas en la evidencia en prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión en Adultos. Osakidetza. 2015. Disponible en: <http://gneaupp.info/guia-de-recomendaciones-basadas-en-la-evidencia-en-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-en-adultos>.
12. Beatriz Romano Calvo, Natalia Casanova Cartie. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. Gerokomos vol.28 no.4 Barcelona dic. 2017
13. García Fernández, FP, Pancorbo Hidalgo PL, Laguna Parras JM, Guía para el Cuidado del paciente con upp o con riesgo de desarrollarlas.
14. Rodríguez M.et.al Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de Prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del mar. 2004.





X. ANEXOS

ANEXO 1

ESTADIOS O GRADOS DE LAS ULCERAS POR PRESION

ESTADIO I. Alteración que se observa en piel íntegra, relacionada con la presión, manifestado por eritema que no palidece al presionar. Puede presentar cambios en comparación con área del cuerpo no sometida a presión en cuanto a temperatura, consistencia y/o sensaciones.



ESTADIO III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Puede extenderse hacia abajo pero no a la fascia subyacente.



ESTADIO II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.



ESTADIO IV. Pérdida total del grosor de la piel, con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular...). En este caso como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos





ANEXO 2



ESCALA DE VALORACION DE NORTON MODIFICADA

| VARIABLE | 4 | 3 | 2 | 1 | PUNTUACION |
|--------------------------|-----------|-------------------------|--------------|----------------|------------|
| Condición Física | Buena | Regular | Pobre | Muy mala | |
| Estado Mental | Orientado | Apático | Confuso | Estupor/coma | |
| Actividad | Deambula | Deambula con ayuda | Cama/Sillón | Encamado | |
| Movilidad | Total | Disminuida | Muy limitada | Inmóvil | |
| Incontinencia | Control | Incontinencia ocasional | Urinaria | Urinaria-Fecal | |
| PUNTUACION TOTAL: | | | | | |

Interpretación Presenta un rango total de 1 a 20 puntos.

Una puntuación total de 14 puntos o menos, indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas. Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor.

Interpretación orientativa de la puntuación:

- De 5 a 9 puntos: Riesgo muy alto (color verde)
- De 10 a 12 puntos: Riesgo alto (color rojo)
- De 13 a 14 puntos: Riesgo medio (color amarillo)
- De 14 puntos: Riesgo mínimo / sin riesgo (color blanco)



ANEXO 03

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FÍSICO GENERAL

| BUENO | REGULAR | MUY POBRE | MUY MALO |
|---|--|--|--|
| 4 comidas diarias 4 raciones de proteínas 2000 K Calorías Toma todo el menú Bebe 1500- 2000 ml T° 36-37° Mucosas húmedas IMC 20-25 NPT-y SNG. | 3 comidas diarias 3 raciones de proteínas 1500 Kcal Toma más de la mitad del menú. Bebe más de 1500 ml T° 37-37.5° Relleno capilar lento. IMC 20-25 | 2 comidas al día 2 raciones de proteínas 1000 Kcal. Toma la mitad del menú. Bebe 500-1000 ml T° 37.5-38 Piel seca, escamosa. IMC >50. | 1 comida al día 1 ración de proteína < de 1000 cal Toma 1/3 del menú Bebe < 500 ml. T° < 35.5° o > de 38° Edemas generalizados, piel muy seca IMC > 50 |

ESTADO MENTAL: Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio.

| ALERTA | APATICO | CONFUSO | ESTUPOR/COMA |
|-------------------------------------|---|--|--|
| "Diga su nombre, día, lugar y hora. | Pasivo, torpe, órdenes sencillas "deme la mano" | Muy desorientado, agresivo, o somnoliento: "pellizcar la piel en busca de respuesta" | "Valorar el reflejo corneal, pupilar". |

ACTIVIDAD: Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad.

| DEAMBULA | CAMINA CON AYUDA | SENTADO | ENCAMADO |
|--|---|---|--------------------|
| Independiente. Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo(bastón) o leve prótesis. | Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (muletas, andador). | No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede moverse en silla o sillón. | Dependiente total. |

MOVILIDAD: Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales.

| TOTAL | DISMINUIDA | MUY LIMITADA | INMOVIL |
|------------------------|---|---|---|
| Completamente autónomo | Inicia movimientos involuntarios, pero requiere ayuda para completar o mantenerlos. | Inicia movilizaciones con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos. | Incapaz de cambiar de postura por sí mismo. |

INCONTINENCIA: Pérdida involuntaria de orina y/o heces.

| NINGUNA | OCASIONAL | URINARIA | URINARIA/FECAL |
|--|--|--|--|
| Control voluntario de esfínteres. Igual puntuación si es portador de sonda vesical, sonda rectal. | Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día. | Pérdida permanente del control urinario. Igual puntuación si es portador de colector. | No control de ninguno de los dos esfínteres. |





ANEXO 5

CONSIDERACIONES GENERALES EN LA IDENTIFICACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION.

| | | |
|---|---|---|
| DEPARTAMENTO DE MEDICINA | HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA | |
| | CONSIDERACIONES GENERALES EN LA IDENTIFICACION DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESION (UPP) | |
| <p>Definición: Método de identificación del riesgo de presentar úlceras por presión basada en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definidas en las Escalas de Valoración de Riesgo.</p> | | |
| <p>Objetivo: Valorar el grado de riesgo de desarrollar UPP de una manera efectiva y fiable.</p> | | |
| <p>Indicaciones: Al ingreso y cada que se observan los siguientes cambios relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La aparición de isquemia por cualquier cosa. ➤ Los períodos de hipotensión. ➤ Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen. ➤ Las pérdidas de movilidad de cualquier origen. ➤ Las pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas. <ul style="list-style-type: none"> ○ En cualquier de estos casos se deberá proceder a una nueva valoración. | | |
| <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Instrumento: Escala de Norton ➤ Guantes. | | |
| <p>Alcance: Departamento de Medicina HICGG</p> | | |
| Pasos | Descripción de acciones | Responsable |
| 1 | Al ingreso al servicio. | Equipo de profesionales del cuidado del paciente. |
| 2 | Informe al paciente y/ o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una UPP y de la pertinencia de la valoración del riesgo de padecerlas para prevenir su aparición. | |
| 3 | Realice la valoración inicial de ingreso según la Escala de Norton, de acuerdo a los ítems de evaluación. | |
| 4 | Registre el resultado de la valoración con firma y sello del responsable de la evaluación, en el instrumento "Escala de Norton" | |
| 5 | Reevalúe periódicamente (c/24 hs) en caso de no observarse cambios relevantes según evolución de paciente. | |
| 6 | Reevalúe diariamente en pacientes de alto riesgo o en pacientes ingresados de Cuidados Críticos. | |
| 7 | Aplique cuidado en función al resultado obtenido, si el riesgo es alto aplicar acciones de prevención. | |
| 8 | Registre los cuidados y medidas preventivas en instrumentos de historia clínica. | |



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

MEMORANDO N° 407-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01

PARA : C.P.C. Rosario RENGIFO GUERRERO
Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico

ASUNTO : PROYECCIÓN DE RESOLUCIÓN

REFERENCIAS: Oficio N° 0066-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30
Oficio N° 098-2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02
Oficio N° 0099-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

FECHA : Iquitos, 16 de abril del 2025

En atención a los documentos de las referencias sírvase proyectar la Resolución Directoral; a fin de Aprobar la actualización de los "PROTOSCOLOS Y GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA" en el Hospital Iquitos "César Garayar García":

- Protocolo de Recepción del Paciente.
- Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados.
- Guía de Procedimientos de Enfermería con Sujeción Mecánica.
- Protocolo para la Prevención y Control de las Ulceras por Presión.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
Director Ejecutivo (ej)
C.M.P. N° 030-288

C.c.
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Archivo

CACG/NJBG/ejbf

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

Iquitos, 14 de abril del 2025.

OFICIO N°0099-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

M.C:

Carlos Alberto Coral Gonzáles

Director Ejecutivo del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”

Presente.



Asunto: Solicito Resolucion Directorial.

Ref.: Oficio N°026-2025-CEDM-L-HICGG.

Con un cordial saludo, me dirijo a usted, y a la vez hacerle llegar los siguientes documentos técnicos que la Coordinadora del Departamento de Medicina Lic. Enf. Eliana Margarita Diaz Seminario, levanto las Observaciones realizadas por planeamiento estratégico. Acontinuacion detallo:

1. “Protocolo de Recepcion del Paciente en el Departamento de Medicina del Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia”.
2. “Protocolo de Prevencion de Caidas en Pacientes Hospitalizado en el Departamento de Medicina del Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia”.
3. “Guia de Procedimientos de Enfermeria en Pacientes con Sujeccion Mecanica en el Departamento del Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia”.
4. “Protocolo para la Prevencion y Control de las Ulceras por Presion en Departamento del Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia”.

Asimimos se informa que se actualizo el “Manual de Procedimientos de Administracion de Medicamentos”. Lo que informo para su conocimiewnto y demás fines.

Esperando su pronta atención, me despido de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS Y CESAR GARAYAR GARCIA

[Signature]

Lic. Enf. Esp. JACQUELINE FREDO TELLO
SEP: 23941 RNE: 25445
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

| | |
|---|-------------------------------------|
| GOBIERNO REGIONAL DE LORETO DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" | |
| OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO | |
| Derivese a: | |
| Unidad de Planeamiento | <input type="checkbox"/> |
| Unidad de Prevención | <input type="checkbox"/> |
| Unidad de Investigación e Inversión | <input type="checkbox"/> |
| Unidad de Organización | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Secretaría | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fecha | 15 ABR 2025 |

Cc.:

- Ofic. Planeamiento
- Dpto. Medicina
- Archivo
- JPT/megd.

Recibido en...
15-04-2025
9:20



PERU

Ministerio
de Salud

Gobierno
Regional de
Loreto

Dirección
Regional de
Salud

Hospital
Apoyo Iquitos



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Iquitos, 10 de abril del 2025

OFICIO N°026-2025-CEDM-L-HICGG

Señora:

Lic. Enf. Jacqueline PINEDO TELLO

Enfermera Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos
"Cesar Garayar García"

Presente. –

Asunto: Emisión de RD

Por medio de la presente, le expreso mi cordial saludo, y, a la vez hacerle llegar los siguientes documentos técnicos para que sean a su vez canalizados por la Jefatura de Departamento a la oficina de Planeamiento Estratégico para su **Emisión de la Resolución Directoral** correspondiente.

Hago de su conocimiento que dichos documentos han cumplido con las Observaciones realizadas por la Oficina De Planeamiento Estratégico.

A continuación, se detalla los siguientes documentos que han sido actualizados:

1. "PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCÍA"
2. "PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA"
3. "GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SUJECCIÓN MECÁNICA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCIA"
4. "PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA"

Debo informar también que se actualizó el "MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS".

Agradeciendo que por intermedio del departamento se viabilice la emisión de la RD.

Atentamente,

C.c:
Archivo
EMDS.

Gobierno Regional de Loreto
Dirección Regional de Salud
Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"

Lic. Enf. Eliana Margarita Díaz Seminario
Coordinadora de Enf. del Dpto. de Medicina
CEP. N° 12195

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Iquitos, 26 de marzo del 2025

OFICIO N° 098 - 2025-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02

Señora:
Lic. Enf. Jacquelyne PINEDO TELLO
 Jefa del Departamento de Enfermería
Presente.-

Asunto : Remito Observaciones de los Documentos Técnicos

Referencia: INFORME N° 011-2025-WCPM



Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y en atención al documento de la referencia; habiéndose realizado la revisión de los Documentos Técnicos en el Departamento de Medicina del Hospital Iquitos "César Garayar García", se encontró varias observaciones; por lo que se le recomienda modificar y/o corregir de acuerdo a los puntos citados en dicho Informe adjunto, para su respectiva Aprobación y Emisión de la Resolución Directoral del documento en el asunto mencionado.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
 CPC. ROSARIO RENGIFO GUERRERO
 JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO



Cc:
 - Dirección Ejecutiva
 - Unidad de Organización
 Archivo
 RRG/GMJ/wcpm

INFORME N° 11-2025-WCPM

A : **C.P.C. Rosario Rengifo Guerrero**
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico

DE : **Lic.Educ. Wálter Cristian Pacheco Murrieta**
Jefe(e) de la Unidad de Organización de la Oficina de Planeamiento Estratégico

ASUNTO : Observaciones de los Protocolos del Departamento de Medicina

REFERENCIAS: OFICIO N° 0066-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

FECHA : Iquitos, 25 de marzo del 2025

Por medio del presente, me dirijo a usted para saludarla cordialmente y, asimismo, informarle con respecto a los Protocolos y Guía, de las cuáles se encontró algunas observaciones:

1. Con el OFICIO N° 0066-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30 de fecha de recepción 18/03/2025 por la Unidad de Organización, la Jefatura del Departamento de Enfermería, remite al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", para la revisión y aprobación de los Protocolos y Guía del Departamento de Medicina.
2. Posteriormente la Unidad de Organización, realizó la respectiva revisión para la aprobación y emisión de Resolución Directoral de los Protocolos y Guía del Departamento de Medicina en el Hospital Iquitos "César Garayar García", encontrándose con algunas observaciones:
 - 2.1. En la parte de la carátula dice: ACTUALIZACION DE PROTOCOLO "PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ULCERAS POR PRESION", debiendo decir: PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA".
 - 2.2. En la parte de la carátula dice: ACTUALIZACION DE GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA "SUJECCION MECANICA", debiendo decir: GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: SUJECCIÓN MECÁNICA EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA".
 - 2.3. En la parte de la carátula dice: ACTUALIZACION DE PROTOCOLO "PREVENCIÓN DE CAIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS", debiendo decir: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA".
 - 2.4. En la parte de la carátula dice: ACTUALIZACION DE PROTOCOLO "RECEPCION DEL PACIENTE", debiendo decir: PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCIA".

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"


- 2.5. La imagen (logotipo del Hospital Iquitos) de fondo en Word en todos sus contenidos debe ser con marca de agua o menos legible, con el único fin de dar lectura con total claridad.
- 2.6. En algunos contenidos les falta los acentos en palabras, de las cuáles está resaltado con lápiz en los presentes protocolos y guía.
- 2.7. Debe estar visados y firmados en la esquina superior derecha de cada hoja por el Departamento de Medicina y el Departamento de Enfermería, así mismo enviar 3 ejemplares originales.

RECOMENDACIONES:

Por lo escrito con lo anterioridad, se recomienda **MODIFICAR Y/O CORREGIR**, los puntos mencionados para su respectiva aprobación y emisión de Resolución Directoral de los presentes protocolos y guía.

Es todo en cuanto tengo que informar a usted, para los fines que estime conveniente.

Atentamente,


Lic. Educ. Walter Cristian Pacheco Murrieta
Jefe(e) de la Unidad de Organización

Cc:
*Archivo
/wcpm

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”

Iquitos, 03 de marzo del 2025.

OFICIO N°0066-2025-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

M.C:

Carlos Alberto Coral González
 Director Ejecutivo del Hospital Iquitos “Cesar Garayar García”
 Presente.



Asunto: Solicito Resolución Directoral.
 REF.: Oficio N°017-2025-CEDM-L-HICGG.

Con un cordial saludo, me dirijo a usted, y en atención al documento de la referencia hago llegar los siguientes documentos para su aprobación respectivo y Resolución Directoral del Departamento de Medicina. Lo que informo para su conocimiento y demás fines.

Adjunto 02 Anillados de los diferentes documentos.

Esperando su atención, me despido de usted.

Atentamente,



}

- Cc.:
- Ofic. Planeamiento.
 - Dpto. Medicina
 - Archivo
 - JPT/megd.

Antonio Pedro Tello



PERU

Ministerio de Salud

Gobierno Regional de Loreto

Dirección Regional de Salud

Hospital Apoyo Iquitos



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Iquitos, 28 de febrero del 2025

OFICIO N°017-2025-CEDM-L-HICGG

Señora:
Lic. Enf. Jacqueline Pinedo Tello
Jefa del Departamento de Enfermería
Presente. -



Atención: **C.P.C. Rosario Rengifo Guerrero**
Jefe de la Oficina Planeamiento Estratégico

Asunto: Emisión de Resolución Directoral

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y, a la vez hacerle llegar los siguientes documentos para que sean a su vez canalizados por la Jefatura de Departamento a la oficina de Planeamiento Estratégico para su **Emisión de la Resolución Directoral** correspondiente.

A continuación, se detalla los siguientes documentos:

1. Actualización de Manual de Procedimientos de Administración de Medicamentos.
2. Actualización de los siguientes Protocolos:
 - a. Recepción de Pacientes.
 - b. Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados.
 - c. Sujeción Mecánica.
3. Prevención y Control de las Ulceras por Presión **"UPP"**

Agradeciendo por la atención que brinde al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARCÍA"

Lic. Enf. Eliana Margarita Diaz Seminario
Coordinadora de Enf. del Dpto. de Medicina
CEP. N° 12195



C.c.
* Archivo
EMDS/brp.