

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIDAD DE POSGRADO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL  
SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL II GUSTAVO  
LANATTA LUJÁN – HUACHO – ESSALUD  
2012 - 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**MARÍA LUZ ARCE MONTOYA**

**Callao, 2016  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN      PRESIDENTE
- MG. JUAN MANUEL ÑIQUEN QUESQUÉN      SECRETARIO
- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE      VOCAL

### ASESORA: MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 211

Fecha de Aprobación de tesis: 17 de Octubre del 2016

Resolución Decanato N° 761-2016-D/FCS de Jurado de Sustentación para el Título de Segunda Especialidad Profesional de fecha 14 de octubre del 2016

## ÍNDICE

	Pág.
A RESUMEN	03
B INTRODUCCIÓN	04
C MARCO REFERENCIAL	06
1. INSTITUCIÓN	06
2. MISIÓN	19
3. VISIÓN	19
4. FUNCIONES	21
D DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS	27
1. TIPO DE SERVICIO	27
2. METODOLOGÍA	27
3. HERRAMIENTAS	34
E PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL	35
F RECOMENDACIONES	58
REFERENCIALES	59
ANEXOS	61

*"INFORME DE EXPERIENCIA  
PROFESIONAL EN EL SERVICIO  
DE PADOMI DEL HOSPITAL II  
GUSTAVO LANATTA LUJÁN -  
HUACHO - ESSALUD 2012 -  
2015"*



## **A. RESUMEN**

El presente informe denominado “INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE PADOMI DEL HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJÁN – HUACHO – ESSALUD 2012 - 2015” tiene como Objetivos: Conocer y Valorar el trabajo de Enfermería en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). También Busca Mejorar la Calidad del Servicio y Mejorar la Atención Integral del Adulto Mayor dependiente y/o independiente.

Este informe laboral es de tipo descriptivo y con información estadística de los pacientes que se atienden. Con un análisis de las mismas.

La experiencia laboral del profesional de Enfermería en PADOMI, permite analizar su desempeño en las 4 áreas de responsabilidad laboral como Enfermera; asistencial, docente, administrativa y de investigación.

Las Recomendaciones que hago son: Mejorar la Organización y Coordinación del equipo de trabajo. Promocionar la efectividad de PADOMI pues abarata costos. Realizar mayor hincapié en la parte educativa hacia el paciente, familiar y cuidador. Dar a conocer las leyes que favorecen a las PAM, dejando el viejísimo de lado. Por último Mejorar la Calidad De Atención al Adulto Mayor, de parte del sistema de trabajo de ESSALUD.

## **B. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo, muestra un Informe de Experiencia Laboral en el Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI – desde Enero 2012 a Octubre del 2015. Se describe en un Marco Referencial de Essalud, Hospital II “Gustavo Lanatta Luján” - Huacho.

PADOMI es la atención preferencial que brinda Essalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse al Centro Asistencial, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna. Se desarrollan Actividades Específicas del equipo de Salud: Médico General, Tecnólogo laboratorista y la Enfermera Especializada en sus funciones. Se busca garantizar la satisfacción de los usuarios, evitar el reciclaje, evitar incremento de costos y sobre todo contribuir a una vida digna con la mayor autonomía en el adulto mayor y la retroalimentación del profesional de Enfermería al cumplir con sus funciones eficientemente. Trabajamos con 360 a 400 pacientes por mes, esto va en relación a los nuevos que ingresan y a las defunciones.

PADOMI trabaja mensualmente con limitaciones claras; no cuenta con un médico geriatra, las visitas a domicilio no son realizadas al 100% por el profesional de enfermería, las curaciones se realizan solo una vez por semana, la movilidad no está adecuadamente implementada limitando una atención de hospitalización domiciliaria, falta un monitoreo y seguimiento a pacientes delicados o complicados ya que solo hay una visita por mes programada a cada usuario, no hay participación de los profesionales médicos en la difusión educativa sobre aspectos preventivos.

A nivel Regional tenemos la existencia de Instituciones particulares que brindan una atención interna a huéspedes dependientes, teniendo:

INSTITUCIÓN	LOCALIDAD	HÜESPEDES
Casa de Reposo San Judas Tadeo	Santa María	25
Casa de Reposo La Esperanza	Santa María	16
Casa de Reposo Divino Niño Jesús	Santa María	07

(1)

Asimismo El Albergue dirigido por el Rotary Club, que atiende con almuerzo a sus huéspedes internos (4) y externos (25). Ubicado en los límites de Huacho y la universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

A nivel Nacional PADOMI, está operativo en Lima, como el Ente Rector Nacional, debido a que su organización implica la Atención General y de Especialidades Médicas, con programas de complemento como Rehabilitación y Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Procedimientos (Curaciones, Ostomías, Inserción de Sondas Nasogástricas y Cateterización Urinaria). En Provincias al igual que en Huacho, como en Arequipa, Huancavelica, Ica, la oferta que brinda es Medicina General, Enfermería y Laboratorio en la visita propiamente y la atención en especialidades, farmacia, fisioterapia, emergencia son intramurales.

En países Latinoamericanos hay atención Integral a la familia, como en Cuba donde ponen énfasis a grupos vulnerables como niños y ancianos.



## **C. MARCO REFERENCIAL**

### **1. INSTITUCIÓN**

#### **ESSALUD**

#### **RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL RELACIONADO A PADOMI**

Durante el Gobierno del General Oscar R. Benavides, se crea la Caja nacional, según Ley 8433 y reglamentada por leyes 8505 y 11321.

El gestor de la Creación del Seguro Social Obligatorio, fue el doctor Edgardo Rebagliati para cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez y muerte.

Por su gran labor en la creación de esta Institución de Salud, fue nombrado Primer Director Gerente, realizando importantes inversiones en la construcción de hospitales, para cumplir con la Ley de Seguridad Social Obligatoria.

El Doctor Guillermo Almenara, asumió el cargo de Superintendencia General de Hospitales de la Caja Nacional del Seguro Social (CNSS), concretándose la inauguración del Hospital Obrero de Lima (07.10.41) y de Huacho (16.11.41).

El 16 de Noviembre de 1941, fue inaugurado el Hospital Obrero de Huacho como Hospital General de Asistencia Médico – Social con 90 camas, siendo nombrado el primer director del Hospital el doctor Gustavo Lanatta Luján, el 1ro. De Mayo de 1941 hasta el año 1944.

El Hospital Obrero de Huacho, al inicio de su funcionamiento estaba constituido:

#### *Servicios Médicos:*

Sala de Medicina General, Infecto contagioso, Bronco pulmonares, Cirugía General, Obstetricia, Sala de Operaciones.

#### *Consultorios:*

Medicina General, Bronco pulmonares, Cirugía General, Urología.

#### *Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:*

Laboratorio, Rayos X, Consultorio Dental e Inyectables.

*Servicios Técnicos:*

Departamento de Enfermería, Asistencia Social, Sala de Esterilización, Farmacia, Cocina, Archivo médico y Estadística médica.

*Servicios Administrativas:*

Dirección, Administración, Archivos Generales, Almacenes, Limpieza, Lavandería, Ropería, Admisión y Contabilidad.

*Servicios Para Hospitalarios:*

Postas rurales: Humaya, Huaral, Barranca y Servicios Rural de Huacho.

*Oficina de Inspecciones de Huacho:*

Comprende: Huacho, Huaral y Barranca.

En el año 1945, después de cuatro años de funcionamiento del Hospital, logra obtener 51,325 afiliados incorporados (derecho habientes) y 21,337 activos (titulares).

(Solórzano, 2015)

El Hospital II – 1 ESSALUD “Gustavo Lanatta Luján” de Huacho – Essalud perteneciente a la Red Asistencia Sabogal – Tipo A.

Como se recuerda, el 16 de Noviembre del año 1941 fue inaugurado el Hospital Obrero de Huacho, siendo su primer Director y fundador, el Dr. Gustavo Lanatta Luján, del que ahora lleva su nombre. Ahora en el 2015, con 74 años, es el único centro de nivel II de EsSalud en la Región Lima y atiende a asegurados de Huaral, Chancay, Barranca, Paramonga, Humaya, Sayán, Oyón y Raura, representando una cobertura de 32% en la región.

Su domicilio legal es en Av. Francisco Vidal 707 – Huacho, telf. 2321071-2321771. Director; Dr. César William Díaz Gamarra – cdiaz@essalud.gob.pe telf. 2324700. Jefe de la División de Administración; Lic. Carmen Genoveva Pichilingue Loo – Carmen.pichilingue@essalud.gob.pe telf. 998605678.

El Seguro Social de Salud, EsSalud, del cual forma parte nuestro hospital es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social.

Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. (2)

Para que nazca PADOMI existió un grupo de profesionales motivados por descargar la afluencia de pacientes a la Unidad de Emergencia y al Servicio de Medicina. Debido a que muchos adultos mayores podían ser atendidos en sus hogares por motivos de urgencia, mas no de emergencia.

El Dr. Efraín Estrada, neumólogo y emergenciólogo coordinó y gestionó en el año 1998 el Programa de Hospitalización Domiciliaria; además de contar en el equipo con la Asistente Social Gladys Cavero. También brindaban servicio médicos especialistas.

Este servicio consistía en llevar los implementos necesarios para la Unidad de un paciente a cada hogar donde estaban las Personas Adultas Mayores (PAM). Se entregaban cama, chata, urinario, bastón, andador, soleras, ropa de cama, medicamentos, materiales de curación o procedimientos, etc.

Este programa no logró obtener presupuesto para continuarlo, así es la situación obligó instalar PADOMI en Huacho, por la demanda de pacientes. Solo que la atención dejó de ser Hospitalización Domiciliaria y pasó solamente a brindar una atención una Visita Domiciliaria de parte de un médico general, una enfermera y tecnólogo médico (laboratorio).

A partir de ese momento, ya tenían un presupuesto organizado para la movilidad, médico, enfermera, laboratorio e insumos farmacológicos.(3)

Como Concepto Institucional PADOMI es la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse al Centro Asistencial, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna. Padomi como Programa nacional tiene creada hace 18 años, aquí en Huacho tiene 13 años oficialmente, iniciándose el año 2003.

La Infraestructura del Hospital Gustavo Lanatta Lujan tiene construido sus ambientes en un área de terreno de 15,327.93 mt<sup>2</sup> con una antigüedad de 74 años, siendo este su local principal, el mismo que si cuenta con título de propiedad; su estructura física limita hacia el este con el Hospital Regional de Huacho.

Esta permanece igual desde su creación, tiene dos pisos: en el primero funciona admisión, servicio de cirugía, ecografía, rayos X, mamografía, laboratorio, farmacia, servicio de ginecología, odontología, emergencia, consultorio de ginecología y obstetricia, patología, cocina, cafetín, archivo, hemodiálisis, dirección y jefatura de medicina más OAS está aquí. En el segundo piso está servicio de pediatría, servicio de medicina - UCIN, consultorios externos, epidemiología, costos, oficina de red, TBC y VIH, PADOMI, cuerpo médico.

Se han hecho ampliaciones y modificaciones con material prefabricado para atención de La unidad Preventiva, atención al asegurado, lavandería y oficinas administrativas.(4)

## **UBICACIÓN, LÍMITES Y CROQUIS**

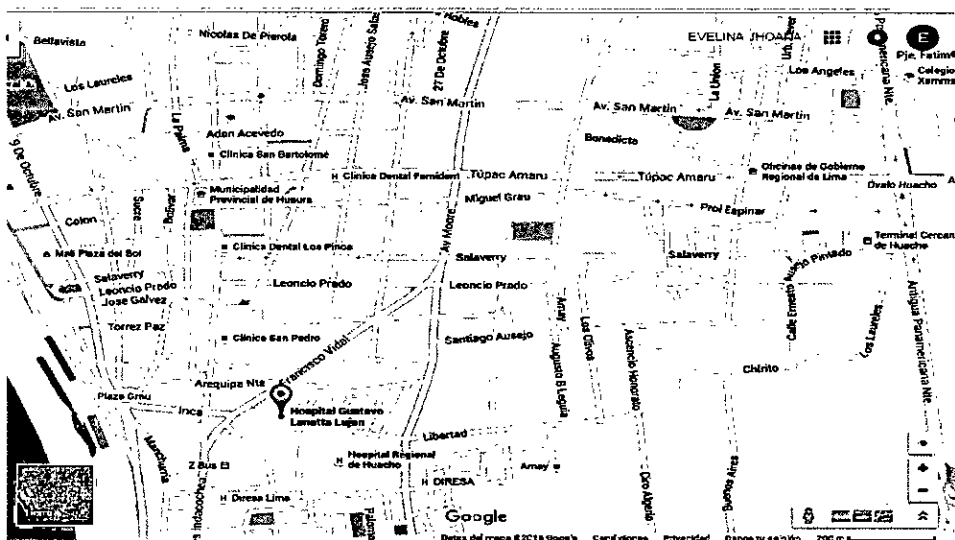
### **Ubicación:**

El hospital Gustavo Lanatta Luján – EsSalud Huacho cuenta con un local, ubicado en Av. Francisco Vidal 707, ubicación estratégica por encontrarse en una calle principal y ser de fácil acceso, facilitando la orientación de los usuarios hacia nuestro hospital.

Límites:

- Al Norte con La Asociación de Vivienda 18 de Octubre y todo el distrito de Huacho.
- Al Sur con Urbanización Huacho, Urbanización San Pedro y el pueblo de Amay.
- Al Este con la Panamericana Norte y el distrito de Santa María.
- Al Oeste con la Av. Echenique y la Playa Chorrillos.

### **Croquis: Hospital Gustavo Lanatta Luján – EsSalud Huacho**



### **DEMOGRAFÍA**

Huacho fue creado el 4 de julio de 1873 mediante Ley 24886. Es la capital de la Provincia de Huaura, ubicada a 30 msnm. El distrito está ubicado en la zona nor central del Perú. Su territorio es principalmente árido, con acceso al mar y pocas elevaciones que no superan los 500 m.s.n.m., por lo que se puede decir que es un distrito costero. Morfológicamente hablando, el distrito cuenta con bahías de gran extensión, como por ejemplo la bahía del Paraíso, la cual se forma a partir de una gran península homóloga. Su relieve es principalmente llano. Destaca la presencia de la laguna el Paraíso, la cual se encuentra a poca distancia del mar, la depresión de Las Salinas (12 mbnm), las islas Mazorca, Huampanú y el islote Pelado.

Cabe resaltar que originariamente que el río Huaura desembocaba en la bahía de Huacho, pero que su curso fue modificado por los españoles hacia la caleta de Carquín. Por eso todo el margen izquierdo del río es muy productivo para el agro debido a la presencia de aguas subterráneas y pequeñas quebradas que firman pequeños valles fértiles.(5)



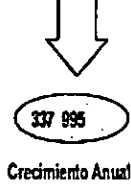
Departamento:   
 Provincia:   
 Distrito:   
 Filtrar: Desde:  Hasta:

**Exportar**

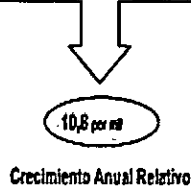
	Año	Población
HUAURA	2000	190,065
	2001	192,424
	2002	194,699
	2003	196,883
	2004	198,969
	2005	200,951
	2006	202,776
	2007	204,448
	2008	206,056
	2009	207,687
	2010	209,423
	2011	211,276
	2012	213,188
	2013	215,138
	2014	217,102
	2015	219,059

PERÚ: COMPONENTES DEL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, 2015

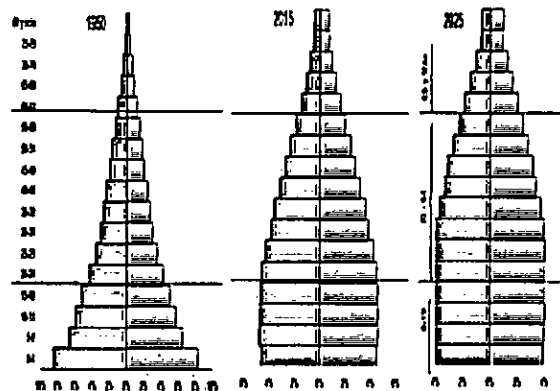
	(Abs.)
Hacimientos	578 139
Muertes	175 569
Saldo Migratorio	-64 546



	(Por Mil)
Tasa Natalidad	18,6
Tasa Mortalidad	5,6
Saldo Migratorio	-2,2



PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN PERUANA, 1950, 2015 Y 2025



(6)

## CARTERA DE SERVICIOS

CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN		
<b>MEDICINA</b>	MEDICINA GENERAL	
	ESPECIALIDADES MÉDICAS	GASTROENTEROLOGÍA
		CARDIOLOGÍA
		NEUROLOGÍA
		NEUMOLOGÍA
		NEFROLOGÍA
		DERMATOLOGÍA
		PSIQUIATRÍA
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		
<b>GINECO OBSTETRICIA</b>	OBSTETRICIA	
	GINECOLOGÍA	
<b>PEDIATRÍA</b>	NEONATOLOGÍA	
	MEDICINA PEDIÁTRICA	MEDICINA PEDIÁTRICA CONTROL DE NIÑO SANO
<b>CIRUGÍA</b>	CIRUGÍA GENERAL	
	TRAUMATOLOGÍA	
	ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	UROLOGÍA
		OTORRINOLARINGOLOGÍA OFTALMOLOGÍA
<b>EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS</b>	EMERGENCIA	EMERGENCIA DE ADULTOS
		EMERGENCIA PEDIÁTRICA
	SHOCK TRAUMA	
	OBSERVACIÓN	
	ATENCIÓN AMBULATORIA (TÓPICO)	
	UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA	
<b>PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>	PATOLOGÍA CLÍNICA - LABORATORIO	
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	
	BANCO DE SANGRE	
<b>ODONTOESTOMATOLOGIA</b>		
<b>NUTRICIÓN Y DIETÉTICA</b>	NUTRICIÓN CLÍNICA	
	NUTRICIÓN AMBULATORIA Y VIGILANCIA NUTRICIONAL	
<b>SERVICIO SOCIAL</b>		
<b>FARMACIA</b>		
<b>DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES</b>	RADIOLOGÍA	
	ECOGRAFÍA	
	MAMOGRAFÍA	
<b>PSICOLOGÍA</b>		
<b>HEMODIÁLISIS</b>		
<b>PADOMI</b>		
<b>UNIDAD PREVENTIVA</b>	PROGRAMA ADULTO MAYOR	
	PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS	
	PROGRAMA DE CONTROL VIH - SIDA	

(7)

## DEMANDA y OFERTA

Actualmente, el hospital cuenta con una población asegurada de 81,577 Asegurados y, este año 2015, ha logrado realizar 151 mil atenciones médicas en diferentes especialidades, así mismo se atendieron 1654 partos y se realizaron más de 3 mil intervenciones quirúrgicas.

Atención Domiciliaria dirigido a personas sanas, frágiles y enfermas, que son aquellas que pueden parcialmente o no valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, actividades instrumentales tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente.

La población de Atención Domiciliaria está conformada por personas adultas mayores de más de 80 a 100 años en un 74%, teniendo también un grupo fuera de esta edad siendo clientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales donde Atención Domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a las enfermedades preexistentes.(8) Se ofrece Camas Hospitalarias en un total de 99 distribuidas en camas estructurales y camas ocupadas, en los diversos servicios que brinda nuestra institución.

HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA	
Medicina	36	UVI	4
Cirugía	23	Observación: Adulto	8
		Pediátrico	4
Obstetricia	21	Shock trauma	2
Ginecología	4		
Pediatría	6		
Traumatología y ortopedia	3		
Recién nacidos	6		

Nuestra Institución actualmente cuenta con 428 trabajadores de salud, los cuales están distribuidos: (9)



### CONDICIÓN LABORAL

GRUPO OCUPACIONAL	TOTAL	NOMBRADOS	CONTRATADOS	CAS
TOTAL	428	216	167	45
Médico	80	36	34	10
Cirujano Dentista	4	3	1	0
Químico Farmacéutico	4	1	2	1
Obstetriz	12	8	2	2
Enfermera	105	47	50	8
Nutrición	6	5	0	1
Psicólogo	1	0	1	0
Trabajadora Social	4	4	0	0
Tecnólogo Médico	18	9	7	2
Profesional Técnico Asistencial	28	25	3	0
Técnico	73	42	19	12
Técnico Servicio Asistencial	14	3	9	2
Auxiliar Asistencial	4	3	1	0
Chofer Asistencial	5	4	1	0
Digitador Asistencial	25	0	18	7

(10)

### PROCESO DE ATENCIÓN

#### *Ingreso del paciente a Atención Domiciliaria*

El paciente para ingresar a Atención Domiciliaria debe acudir a su centro asistencial, allí será evaluado por un médico quien hace el documento de Interconsulta a Atención Domiciliaria.

En la Hoja de Interconsulta se consignará el diagnóstico, medicación que recibe, resultados de últimos exámenes médicos realizados, dirección, teléfono y otros datos del paciente.

La familia se compromete a brindar los cuidados necesarios para el buen tratamiento del paciente.

#### *Evaluación de la Hoja de Interconsulta por Atención Domiciliaria*

La Hoja de Interconsulta es revisada y evaluada por la oficina donde realiza labor administrativa la Enfermera Especializada encargada de la atención domiciliaria, una vez aceptada ésta, la persona encargada del cuidado del paciente deberá firmar un documento de compromiso, adjuntar copia de DNI del paciente, copia

de DNI del responsable del paciente, croquis del lugar de residencia del paciente y es indispensable asistir al Curso de inducción para familiares y cuidadores.

#### *Curso de Inducción*

Este curso está dirigido a familiares y cuidadores de pacientes que ingresan a Atención Domiciliaria. Se desarrolla con la finalidad de capacitarlos en las técnicas del cuidado del paciente, este Curso Taller se denomina: “Cuidando a mi adulto mayor enfermo en casa” y refuerza la triada paciente, familia y profesional de la salud.

#### *Primera Visita*

Se realiza dentro de los primeros 10 días hábiles de inscrito el paciente, programación hecha por el Médico Coordinador. En esta visita se efectúa una valoración integral del paciente para detectar y cuantificar sus problemas clínicos, funcionales, mentales y sociales.

#### *Asignación del Médico*

A todo paciente que ingresa a atención Domiciliaria se le asigna un médico programado de acuerdo a rol, quien se encargará de brindarle una atención personalizada y continuada al paciente.

#### *Programación de Visitas*

Producto de la valoración integral al paciente se elabora un Plan de Trabajo interdisciplinario que incluye las visitas a cargo de profesionales de la salud como: Médico, Enfermera, Tecnólogo médico y Servicio Social.

#### *Servicio de Ayuda al Diagnostico*

Atención domiciliaria brinda los servicios de laboratorio a domicilio, rayos X, electrocardiogramas, ecografías en el hospital.

Las muestras de orina, urocultivos, heces o esputo solicitadas de acuerdo a la orden del médico tratante son recepcionadas de lunes a sábado de 7:00 a.m. a 8:00

a.m.; y las muestras de sangre extraídas en el domicilio los lunes, miércoles y viernes de 7:00 a.m. a 8:00 a.m., resultados que serán recogidos por el familiar de 3 a 5 días, a menos que sean procedimientos procesados en Sabogal – Lima.

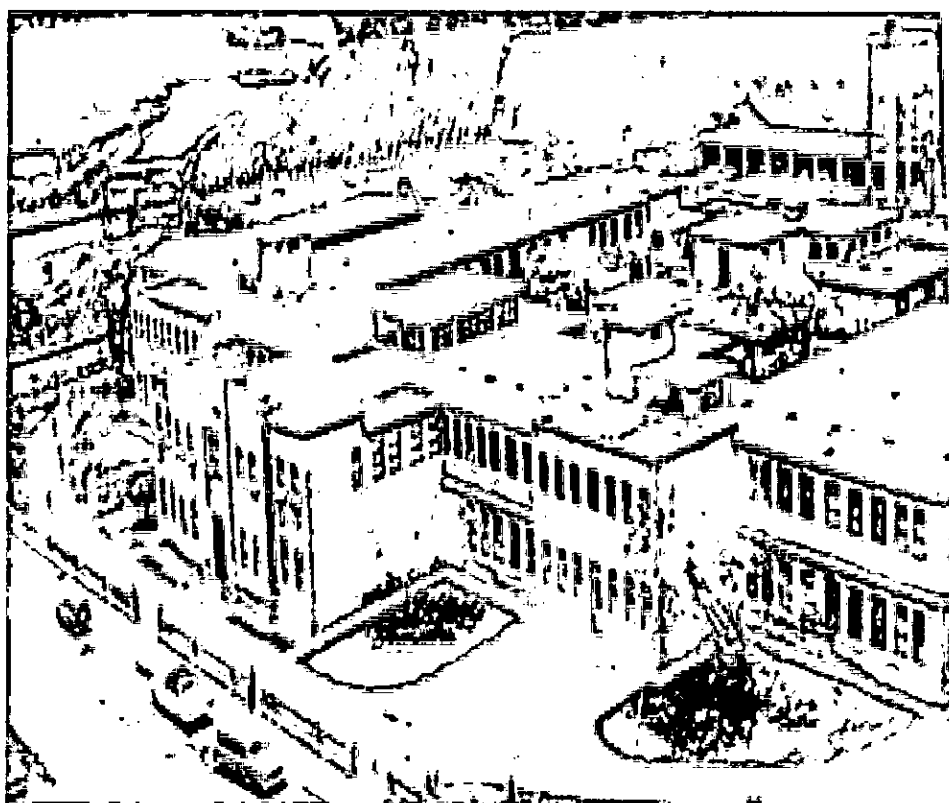
### *Farmacia*

Nuestra farmacia se encuentra ubicada en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Huacho.

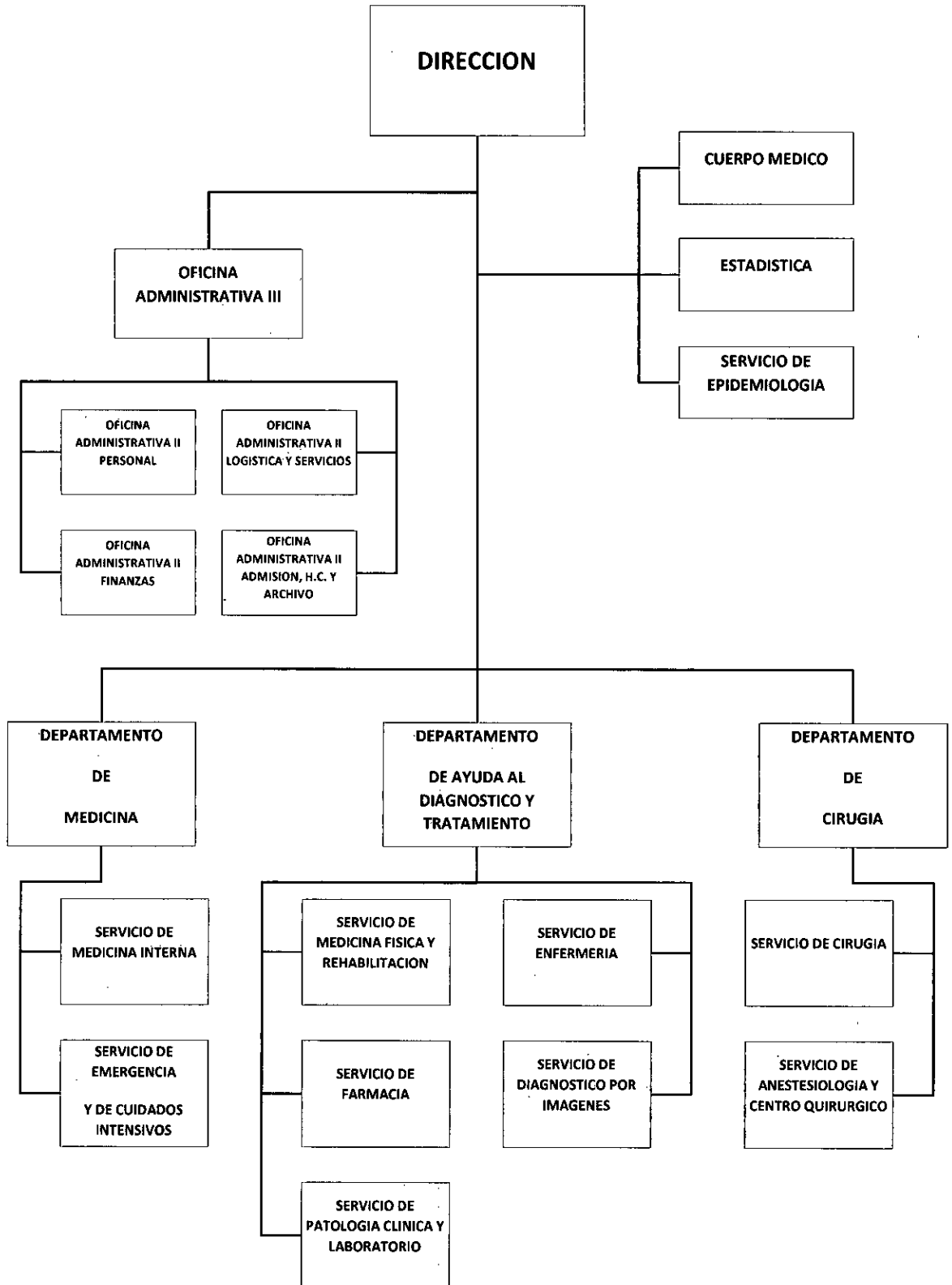
El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 5:00 p.m. También atendemos los sábados de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

Es requisito traer el DNI y la última boleta de pago del paciente para recabar los medicamentos.

Las recetas expedidas por los médicos tienen vigencia de 72 horas.(11)

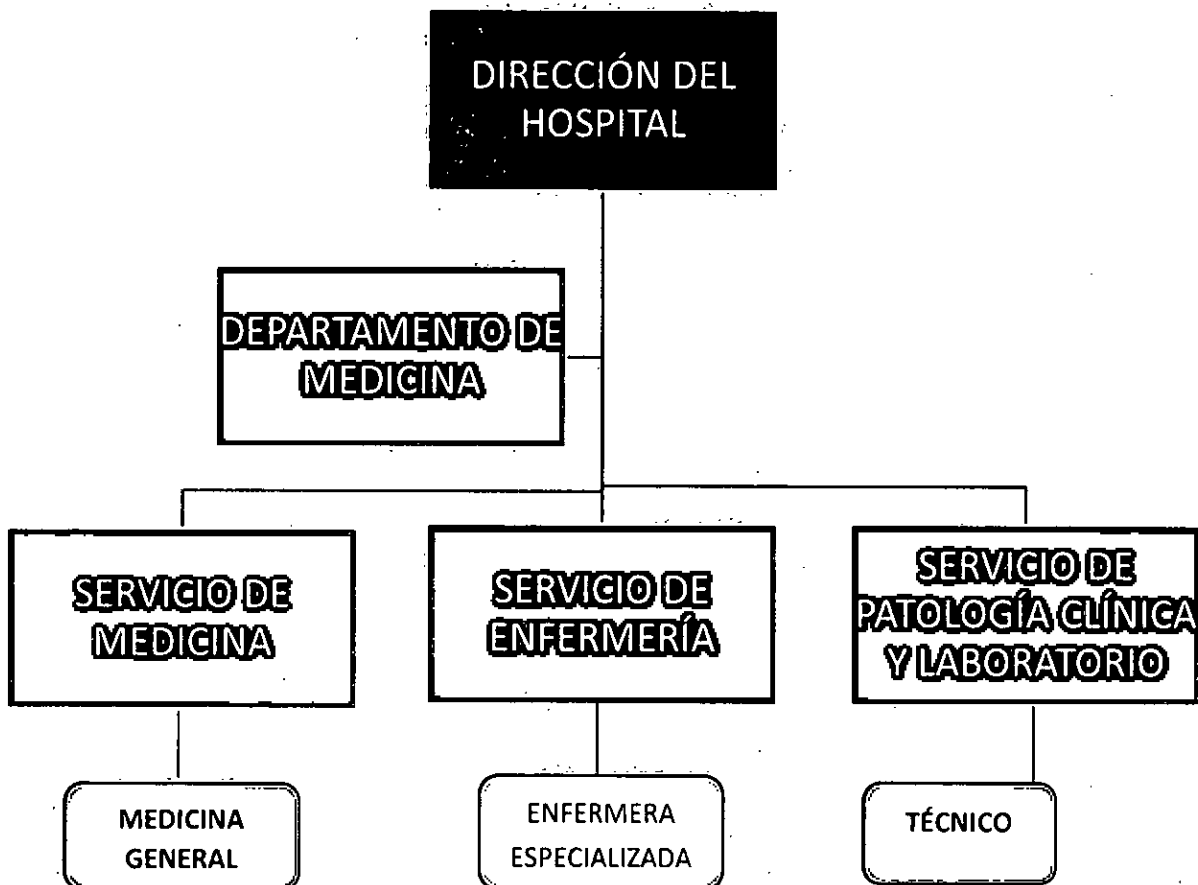


# ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Fuente: Unidad Estadística de Huacho, 2015

## ORGANIGRAMA DEL SERVICIO



Fuente: Manual de Organización y Funciones – Huacho - 2008

## **2. MISIÓN DE ESSALUD**

“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.(12)

## **3. VISIÓN DE ESSALUD**

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

### ***PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL***

#### **Solidaridad**

Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

#### **Universalidad**

Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

#### **Igualdad**

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

#### **Unidad**

Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

#### **Integralidad**

El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

Autonomía

La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes). (13)

### **MISIÓN DE PADOMI**

“Es ofrecer un Programa de Atención Domiciliaria de Salud Integral dirigido al Adulto Mayor, Cuidador y Familia al enfatizar la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo apropiado de las enfermedades enfocado a los aspectos gerontológicos y geriátricos. Esta perspectiva holística permite considerar contextualmente las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de cada persona”.

### **VISIÓN DE PADOMI**

“Es proveer un servicio en el Programa de Atención Domiciliaria de Salud Integral dirigido al Adulto Mayor, de excelencia por los profesionales que asisten al cliente en su búsqueda del bienestar total y calidad de vida”.

### ***MARCO JURÍDICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL***

Constitución de la República

Artículo 10.º: “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida”.

Artículo 11.º: “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa, asimismo, su eficaz funcionamiento”.

Artículo 12.º: “Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley”.

Acuerdo Nacional

13º Política de Estado. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Compromisos del Estado:

- “Promoverá el acceso universal a la salud en forma gratuita y la participación regulada y complementaria del sector privado”.
- “Fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes”.
- “Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud”.
- “Restablecerá la autonomía del Seguro Social”. Ley N.º 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud Art. 1, acápite 1.2: “Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos” (14)

#### **4. FUNCIONES**

El manual de Organización y Funciones en este nivel describe:

#### ***MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES – SERVICIO DE ENFERMERÍA – HOSPITAL II***

##### **I. FINALIDAD**

El Hospital II tiene por finalidad cumplir acciones de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del asegurado y derechohabiente, en concordancia con las normas y lineamientos emitidos por el órgano rector del sistema de Prestaciones de Salud para el segundo nivel de atención.

##### **II. ALCANCE**

El contenido del presente Manual es de aplicación obligatoria en todos los Hospitales II que poseen la misma estructura orgánica dentro de esta Red Asistencial, así como en todas las áreas y por todo el personal integrante de estos Hospitales.



### **III. ESTRUCTURA ORGÁNICA Y ORGANIGRAMA**

#### **Unidad Orgánica de Dirección**

- ◆ DIRECCIÓN DEL HOSPITAL II

#### **Unidades de Asesoramiento**

- ◆ CUERPO MEDICO
- ◆ ESTADÍSTICA
- ◆ SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA

#### **Unidad Orgánica de Apoyo**

- ◆ OFICINA ADMINISTRATIVA III
  - Oficina Administrativa II – Personal
  - Oficina Administrativa II – Finanzas
  - Oficina Administrativa II – Logística y Servicios
  - Oficina Administrativa II – Admisión, Historias Clínicas y Archivo

#### **Unidades Orgánicas de Línea**

- ◆ DEPARTAMENTO DE MEDICINA
  - Servicio de Medicina Interna
  - Servicio de Emergencia y Cuidados Intensivos
- ◆ DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
  - Servicio de Cirugía
  - Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- ◆ DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
  - Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
  - Servicio de Farmacia
  - Servicio de Patología Clínica y Laboratorio
  - Servicio de Enfermería
  - Servicio de Diagnóstico por Imágenes

#### **IV. CUADRO ORGÁNICO DE CARGOS**

El siguiente Cuadro Orgánico de Cargos, es un modelo para los Hospitales II, el mismo que debe adecuarse a los cargos y plazas existentes en cada uno de estas Unidades Prestadoras comprendidas en la Red Asistencial correspondiente, en concordancia con el respectivo Cuadro para Asignación de Personal (CAP).

##### **Unidades Orgánicas**

##### **Unidad Orgánica de Dirección**

###### DIRECCIÓN DEL HOSPITAL II

Director

Secretaria

Analista Programador

Técnico Procesamiento Automático de Datos

Asistente Administrativo

Auxiliar Administrativo

##### **Unidades de Asesoramiento**

###### CUERPO MEDICO

###### ESTADÍSTICA

Técnico Servicio Administrativo y Apoyo

###### SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA

Jefe de Servicio Asistencial

Secretaria

Enfermera

##### **Unidades Orgánicas de Apoyo**

###### OFICINA ADMINISTRATIVA III

Jefe Administrativo III

Secretaria

Profesional

Operador Conmutador Telefónico

Digitador

Chofer

**OFICINA ADMINISTRATIVA II – PERSONAL**

Jefe Administrativo II

Secretaria

Técnico Servicio Administrativo y Apoyo

**OFICINA ADMINISTRATIVA II – FINANZAS**

Jefe Administrativo II

Secretaria

Profesional

Técnico Servicio Administrativo y Apoyo

**OFICINA ADMINISTRATIVA II – LOGÍSTICA Y SERVICIOS**

Jefe Administrativo II

Secretaria

Técnico Servicio Administrativo y Apoyo

**OFICINA ADMINISTRATIVA II – ADMISIÓN, HISTORIAS CLÍNICAS Y ARCHIVO**

Jefe Administrativo II

Secretaria

Digitador Asistencial

Operador Conmutador Telefónico

Técnico Servicio Administrativo y Apoyo

Auxiliar Administrativo

**Unidades Orgánicas de Línea**

**DPTO. DE MEDICINA**

Jefe de Departamento Asistencial

Secretaria

**SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

Jefe de Servicio Asistencial

Médico

Médico Especializado

Psicólogo

Secretaria

**SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS**

Jefe de Servicio Asistencial

Médico

Secretaria

**DPTO. DE CIRUGÍA**

Jefe de Departamento Asistencial

Secretaria

**SERVICIO DE CIRUGÍA**

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especializado

Obstetriz

Cirujano Dentista

Secretaria

**SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO**

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especializado

Secretaria

**DPTO. DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

Jefe del Departamento Asistencial

Asistente Social

Nutricionista

Secretaria

**SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especializado

Fisioterapeuta

Tecnólogo Médico

Técnico Servicio Asistencial

Secretaria

#### SERVICIO DE FARMACIA

Jefe de Servicio Asistencial

Químico Farmacéutico

Técnico Servicio Asistencial

Secretaria

#### SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y LABORATORIO

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especializado

Laboratorista Clínico

Tecnólogo Médico

Técnico Servicio Asistencial

Secretaria

Auxiliar Servicio Asistencial

#### SERVICIO DE ENFERMERÍA

Jefe de Servicio Asistencial

Enfermera

Técnico Servicio Asistencial

Secretaria

Auxiliar Servicio Asistencial

#### SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especializado

Tecnólogo Médico

Técnico Servicio Asistencial

Secretaria

## **D. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS**

### **1. TIPO DE ACTIVIDAD**

El Servicio de PADOMI es una actividad de Atención Domiciliaria enmarcada en el Hospital II “Gustavo Lanatta Luján”, Tipo 1 – Essalud – Huacho.

Este servicio se brinda porque es una estrategia extra hospitalaria de salud; realizada por el médico, enfermera y laboratorio, buscando mejorar la calidad de vida de las PAM de manera humanizada y oportuna, con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional.

El Nivel de Atención de la Salud, pertenece al Nivel II – tipo 1

### **2. METODOLOGÍA**

La **Metodología** que se aplicó en este trabajo fue descriptiva porque informa literalmente sobre el trabajo que realizó en el Servicio de PADOMI.

La **Demanda** en el 2015, de pacientes por mes es de 372, de los cuales el 14% responde al grupo de 71 a 80 años, el 27% de 91 a 100 años y el 47% de 81 a 90 años. Este último es el más alto. La atención que se brinda cubre ésta demanda.

La **Atención** que PADOMI en Huacho ofrece a personas evaluadas a su ingreso por una Valoración Geriátrica Integral (VGI) aplicando Escalas, una de ellas es la Escala De Cruz Roja, tanto para Incapacidad Física como Mental.

Los **Servicios** que brinda se dan por un profesional médico general, una enfermera especializada y un técnico en laboratorio. Su cobertura nos lleva a cubrir los distritos de: Huacho con sus poblaciones de Amay, Manzanares y sus 4 etapas, Atalaya, Fonavi, Amay. Santa María con Los Pinos, Cipreses, Valdivia, San Bartolomé, San Lorenzo, Luriamá. Hualmay, Huaura con San Luis, Mazo, Rontoy, Vilcahuaura, Vegueta con Medio Mundo, La Villa.

El **Servicio De Enfermería** involucra a todo un equipo de trabajo desde la Jefatura, la Enfermera Asistencial y el personal técnico. Describiremos las funciones desde el mayor nivel jerárquico.

## **FUNCIONES DE ENFERMERÍA**

### **DESCRIPCIÓN DEL CARGO**

<b>Cargo:</b>	<b>JEFE DE SERVICIO ASISTENCIAL</b>
<b>Unidad Orgánica:</b>	<b>SERVICIO DE ENFERMERÍA</b>

**Función principal del Cargo:**

**Cumplir con los objetivos y metas contenidos en el plan de salud del Hospital, así como, dirigir, supervisar, el desarrollo de las actividades del Servicio de Enfermería para la adecuada prestación de los servicios de salud a los asegurados.**

**Funciones específicas del Cargo:**

1. Proponer al Jefe de Departamento las metas y programas de acción del Servicio, acorde con los lineamientos de política y a los planes del Hospital.
2. Elaborar y aplicar los protocolos de enfermería.
3. Asegurar la provisión de personal, materiales y equipos para el funcionamiento del Servicio, de acuerdo a los planes y programas establecidos, y administrarlos.
4. Supervisar la ejecución de los programas de enfermería en hospitalización, atención ambulatoria, preventivo promocional, centro quirúrgico y central de esterilización.
5. Coordinar las acciones de enfermería con los planes de atención médica, campo docente, servicios de apoyo y otros sectores, a fin de proporcionar una atención integral de salud.
6. Proponer, coordinar, implementar y perfeccionar los manuales e instructivos técnicos.
7. Analizar los indicadores de productividad del Servicio, efectuando reuniones de coordinación con el personal a su cargo y disponiendo las acciones que permitan alcanzar los estándares fijados.
8. Evaluar y aprobar la programación operativa del Servicio, incluyendo guardias, consulta externa, centro quirúrgico, hospitalización, central de esterilización, servicios periféricos, capacitación, vacaciones y otros.
9. Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.
10. Coordinar y mantener permanentemente informado al Jefe de Departamento Asistencial sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

**Relaciones:**

**Reporta a:** Jefe Departamento Asistencial de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

**Supervisa a:** Secretaria, Enfermera – Coordinadora Funcional.

**Coordina:**

**Internamente:** Con áreas o Servicios de acuerdo a necesidad.

**Externamente:** Pacientes, asegurados y público en general.

## DESCRIPCIÓN DEL CARGO

<b>Cargo:</b>	<b>ENFERMERA</b>
<b>Unidad Orgánica:</b>	<b>SERVICIO DE ENFERMERÍA</b>

### **Función principal del Cargo:**

Desarrollar el proceso de atención de enfermería al paciente, determinando el diagnóstico y el plan de acción de enfermería.

### **Funciones específicas del Cargo:**

1. Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de enfermería de acuerdo al plan establecido, coordinando las acciones pertinentes con los miembros del equipo de salud para la atención integral del paciente.
2. Efectuar el seguimiento del caso clínico del paciente, mediante el control de asistencia al tratamiento en el Hospital, visitas domiciliarias y al centro de trabajo.
3. Brindar cuidados y procedimiento de enfermería, según daño y riesgo; de acuerdo a protocolos establecidos, transfiriendo los casos que acrediten consulta médica.
4. Administrar el tratamiento asistencial médico, farmacológico y quimioprofilaxis al paciente en el programa de salud que se está desarrollando.
5. Participar en el equipo multidisciplinario de evaluación y calificación de riesgo o daño de los pacientes que acuden al Hospital.
6. Elaborar y desarrollar estrategias para la captación, orientación, atención y control de asegurados y derechohabientes en los programas especiales de salud integral cumpliendo con los protocolos establecidos.
7. Participar en el plan de tratamiento médico administrando la terapéutica prescrita, dando apoyo profesional en procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico.
8. Participar en los procesos de admisión, transferencia, referencia, alta y otros procedimientos administrativos propios del servicio.
9. Participar en la elaboración, actualización y aplicación de los instrumentos técnicos (manuales, protocolos, instructivos) para mejorar la atención de enfermería.
10. Realizar la preparación física, psicológica y espiritual del paciente, identificar necesidades y sugerir los recursos requeridos para su atención.
11. Velar por la seguridad y mantenimiento preventivo y recuperativo de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
12. Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.
13. Coordinar y mantener permanentemente informado al Jefe inmediato sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

### **Relaciones:**

**Reporta a:** Enfermera – Coordinadora Funcional Enfermería.

**Supervisa a:** Técnico Servicio Asistencial.

### **Coordina:**

**Internamente:** Con áreas o Servicios de acuerdo a necesidad.

**Externamente:** Pacientes, familiares, asegurados y público en general.



## ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PADOMI

CARGO	AGGIONES
COORDINADOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propicia el trabajo permanente en quipo.</li> <li>• Supervisa el uso óptimo de recursos.</li> <li>• Brinda dotación de materiales.</li> <li>• Evalúa a través de los indicadores, la calidad y cobertura de atención.</li> <li>• Proponé integrantes de equipo.</li> <li>• Participa en reuniones de gestión.</li> <li>• Coordina directamente con la dirección.</li> </ul>
MEDICO GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejará los conceptos básicos para atención adecuada de los AM asegurados.</li> <li>• Mantendrá una actitud positiva hacia el AM, así como el aprendizaje de los fenómenos biológicos propios del envejecimiento, el estudio de la diversidad patológica, la farmacología la necesidad del trabajo interdisciplinario para la atención integral del AM asegurado.</li> <li>• Detectará agudizaciones y adaptará medidas para prevenir complicaciones.</li> <li>• Promoverá la participación de la familia y de cualquier miembro del equipo interdisciplinario para la atención integral del AM asegurado.</li> <li>• Atenderá a los pacientes asegurados por medio de visitas programadas, de acuerdo a los criterios incluyentes.</li> <li>• Realizará dentro de la visita médica domiciliaria:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación médica, determinando diagnóstico y tratamiento.</li> <li>- Emitirá receta con los fármacos y cantidades para un mes.</li> <li>- Entregará interconsultas y exámenes complementarios necesarios.</li> <li>- Registrará en la Historia Clínica.</li> </ul> </li> <li>• Emitirá el alta, si el paciente sale de los criterios incluyentes.</li> <li>• La atención de médico especialista, solo se brinda en el hospital.</li> </ul>
TRABAJADORA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se asignará una asistente social para Padomi.</li> <li>• Captará al paciente nuevo, hará su ficha social y remitirá a la enfermería para programarlo.</li> <li>• Entrevistará y coordinará con el familiar responsable.</li> <li>• Informará sobre la programación del paciente.</li> <li>• Educará, fomentando la participación de la familia en el cuidado del AM asegurado en el domicilio.</li> <li>• Coordinará con el médico, enfermera u otro personal para la atención del AM.</li> <li>• Hará visitas domiciliarias.</li> </ul>
LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizará extracciones de muestras, para ser analizadas; 3 veces por semana, de 7 a 8 a.m.</li> <li>• Emitirá el informe de los resultados en el sistema.</li> </ul>

ADMISIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitalará e imprimirá en el sistema los actos médicos para médico y enfermera.</li> <li>• Imprimirá y emitirá los partes diarios entregando a la enfermera de PADOMI.</li> </ul>
FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogerá los exámenes auxiliares, para ser evaluados en la visita médica domiciliaria.</li> <li>• Participará activamente en el cuidado de su AM.</li> <li>• Estará presente en la visita médica y/ o procedimiento.</li> <li>• Cobrará la receta entregada por el médico.</li> <li>• Podrá conocer las fechas de visita médica, procedimiento y entrega de material.</li> </ul>
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - SALOG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplirá con los procedimientos establecidos (desinfección y lavado de manos) para la aplicación de las normas de bioseguridad.</li> <li>• Preparará los pedidos de materiales estratégicos, organizándolos bajo la forma de kits de procedimientos y dispensarios a los diferentes Servicios hospitalarios.</li> <li>• Verificará que las salidas de Kits de procedimientos se sustenten en actos médicos vigentes y según los procedimientos de entrega de materiales establecidos por la Organización.</li> <li>• Solicitará al almacén del Hospital los materiales e insumos necesarios para la preparación de los Kits.</li> <li>• Trasladará el material médico suelto desde los servicios hacia el Centro Supply o Sala de Kits.</li> <li>• Ante la falta de material médico para la elaboración de los Kits comunicará directamente al monitor para que realice las coordinaciones correspondientes para el abastecimiento.</li> <li>• Participará de la aplicación de los check list de Bioseguridad y Elaboración de Kits semanalmente en el Centro Supply o Sala de Kits.</li> <li>• Realizará inventarios semanales.</li> <li>• Realizará el pedido y descargas en el sistema de gestión Hospitalaria de los pedidos de los materiales médicos que se realizan para el centro supply o Sala de Kits.</li> <li>• Realizará acciones de mejora continua, optimizar y salvaguardar los recursos disponibles brindados por la empresa.</li> <li>• Cumplirá con otras funciones asignadas por su jefe inmediato.</li> </ul>
CHOFER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora la ruta diaria.</li> <li>• Coloca referencias relacionadas a la dirección en la historia clínica.</li> <li>• Colabora en la devolución de historias clínicas.</li> </ul>

## **ENFERMERA ESPECIALIZADA**

### **FUNCIÓN ASISTENCIAL**

- Realizará la primera visita, donde se buscara aplicar una Vigilancia Geriátrica Integral, aplicando alguna escala de valoración con el fin de detectar riesgos, promover el autocuidado, prevención y promoción de la salud.
- Tomará iniciativas y dispondrá el uso adecuado de los recursos para la mejor utilización de los distintos servicios para el AM asegurado.
- Promoverá y logrará la participación de la familia y/o cuidador para la atención integral del AM asegurado.
- Mantendrá operativo el botiquín en la visita médica.
- Entregará al chofer encargado las órdenes de laboratorio con la dirección y nombre del paciente para su ejecución.
- Ejecutará procedimientos programados de acuerdo a las necesidades del AM; colocación de sonda nasogástrica, colocación de sonda vesical, curación de UPP, traqueotomía, otros.
- En la atención directa al paciente, durante la visita médica:
  - Promoverá el autocuidado buscando la autonomía del AM.
  - Tomará signos vitales
  - Dará orientación y consejería.
  - Aplicará escala de valoración: Físicas, Funcionales, Psicológicas y Sociales.
  - Aplicará el PAE.
  - Registrará.
- Devolverá las historias clínicas.
- Informará mensualmente a costos.
- Coordinará la participación de algún otro profesional o recurso.

## **FUNCIÓN ADMINISTRATIVA**

- Elaborará la programación de visitas médicas a los pacientes nuevos, reingresos y continuadores de modo mensual.
- Chequeará los actos médicos de médico y enfermera diariamente.
- Chequeará las historias clínicas de acuerdo a la programación.
- Entregará el parte diario al médico.
- Coordinará con SALOG en el uso de materiales: para los procedimientos de colocación de SNG, cateterismo vesical, curación de UPP, otros. Y la entrega de kits mensuales para curación de UPP de parte de la familia, con previa evaluación. Se hará firmar el formato de kit entregado o usado.
- Coordinará con Servicio Social.
- Coordinará con el digitador y archivo para la emisión de actos médicos y salida de historias clínicas.
- Elaborará el Manual de Organización y Funciones.

## **FUNCIÓN DOCENTE**

- Educará al paciente, familia y cuidador sobre su tratamiento, exámenes complementarios, prevención de complicaciones, estimulación nutricional, física, emocional; durante la visita médica.
- Elaborará el material educativo: trípticos, guías, pancartas, afiches, etc.
- Aplicará de Escalas de Valoración.
- Educará sobre Autocuidado.

## **FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

- En la aplicación de Escalas se obtendrá resultados que serán llevados a cruce de información buscando mejorar la situación del Adulto Mayor en el PADOMI.
- Elaborará Guías de Procedimientos a las ya existentes.

### **3. HERRAMIENTAS**

Este informe utiliza como herramientas:

#### **a) Humanos**

- Coordinador: Dr. Máximo Evaristo Arainga Mora
- Enfermera: Lic. Especialista María Luz Arce Montoya
- Tecnólogo médico: Sr. Demetrio Torres Chavarría
- Servicio Social: Lic. Carmen Soledad Obispo Damaso – CTSP 5602
- Téc. Digital: Sr. Hugo Hugo Vásquez García - Digitador
- Téc Archivo: Sr. David Elías Taboada Champa – Técnico administrativo de Servicios y Apoyo.
- SALOG: Lic. Renzo Quispe García y Técnica de Farmacia Yuliana Bruno Zevallos.

#### **b) Transporte**

Unidad propia marca Hiundai Sonata Marca I – 20 a cargo del Sr. Percy Mendoza Virú

#### **c) Instrumentos de Gestión**

- Historia clínica de cada usuario
- Manual de Organización y Funciones, actualizado el 2015.
- 39 Guías de Procedimientos.
- 15 Instrumentos o Escalas de Valoración Geriátrica Integral.
- Guía de Autocuidado.(15)
- Manual de Ulceras Por Decúbito (16)
- Manual de Caídas (17)

## E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL

### ANÁLISIS FODA

<p><b>FACTORES INTERNOS</b></p>	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p><b>F1:</b> Profesionales: médico general y enfermera.</p> <p><b>F2:</b> Personal de Enfermería con especialidad.</p> <p><b>F3:</b> Calidad de Atención.</p> <p><b>F4:</b> Experiencia y Motivación.</p> <p><b>F5:</b> Procesos Técnicos y Administrativos de Calidad.</p>	<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p><b>D1:</b> Deficiencia de especialistas; cardiólogo, nefrólogo, psicólogo, fisioterapeuta.</p> <p><b>D2:</b> Equipamiento deficiente.</p> <p><b>D3:</b> Falta de capacitación.</p> <p><b>D4:</b> Incapacidad para cubrir al 100% turnos de enfermería.</p> <p><b>D5:</b> Deficiente habilidad gerencial.</p> <p><b>D6:</b> Deficiente sistema de información. Sin personal.</p> <p><b>D7:</b> Deficiencia de médico geriatra.</p> <p><b>D8:</b> Deficiencia hospitalización domiciliaria.</p> <p><b>D9:</b> Procedimientos solo una vez por semana.</p> <p><b>D10:</b> No hay reevaluación.</p> <p><b>D11:</b> Los médicos no educan.</p> <p><b>D12:</b> Adultos mayores tienen que ir al hospital para procedimientos y/o procedimientos.</p>	
<p><b>FACTORES EXTERNOS</b></p>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p><b>O1:</b> Inexistencia de competencia</p> <p><b>O2:</b> Coordinaciones con SAMU, Bomberos.</p> <p><b>O2:</b> Demanda mensual creciente</p> <p><b>O3:</b> Leyes a favor del Adulto Mayor</p> <p><b>O4:</b> Movilidad particular</p>	<p><b>FO</b></p> <p>1.- Implementar cursos de capacitación en geriatría y gerontología para los profesionales generales que trabajan en esta área.</p> <p>2.- Optimizar la calidad de atención que se brinda basados en la experiencia de los profesionales para mejorar los estilos de vida de la PAM mediante la satisfacción integral de sus necesidades.</p> <p>3.- Promover las oportunidades y motivar a la PAM para su inserción en el mercado laboral para optimizar sus ingresos.</p> <p>4.- Implementar información de investigaciones actualizadas en las oficinas del PADOMI para que esté al alcance de los profesionales</p>	<p><b>DO</b></p> <p>1.- mejorar programación de visita domiciliaria de tal manera que se cubra al 100% de PAM, visitando para ello a más pacientes diarios.</p> <p>2.- Estas visitas deben de ser individualizadas, con calidad y calidez; que satisfaga necesidades de los PAM.</p> <p>3.- Diseñar fichas de evaluación médica en el que se considere la realización de educación al familiar y paciente encada visita.</p> <p>4.- El programa PADOMI deberá ser evaluado. Para verificar cumplimiento de actividades programadas.</p> <p>5.- Mantener coordinaciones con SAMU y bomberos para movilizar al adulto mayor para realización de procedimientos cada vez que es necesario.</p> <p>6.- Con fundamentos de leyes y proceso demográfico actual del país, exigir a la institución capacitaciones, especialización y/o pasantías del</p>

	<p>que trabajan en el área.</p> <p>5.- Fortalecer las coordinaciones con otras instituciones para continuar mejorando la atención de la PAM en el PADOMI.</p> <p>6.- Implementar ferias de salud para dar a conocer las leyes de protección y los derechos de la PAM y enseñarles el cuidado de su salud.</p>	<p>médico y enfermera.</p> <p>7.- Con los mismos fundamentos crear la necesidad de evaluación multidisciplinaria por lo menos una vez al mes a cada adulto mayor.</p> <p>8.- La movilidad de PADOMI deberá de ser utilizado no solo durante la visita domiciliaria, si quedara horas dentro del horario de trabajo será utilizado si es necesario para cubrir una actividad necesaria del programa.</p>
<p><b>AMENAZAS</b></p> <p><b>A1: Desinterés en el autocuidado</b></p> <p><b>A2: Desinterés familiar en mejorar la atención del Adulto mayor</b></p> <p><b>A3: Movilidad sin implementación adecuada</b></p> <p><b>A4: Agotamiento físico y mental del cuidador</b></p> <p><b>A5: No hay compromiso de las instituciones por favorecer las leyes de las PAM.</b></p> <p><b>A6: La comunidad maltrata a la PAM con su indiferencia.</b></p>	<p><b>FA</b></p> <p>1.- Fundamentar importancia de especialistas en gerontología y geriatría en el programa.</p> <p>2.- Favorecer en el menor plazo posible especialización y/o pasantías de personal, en geriatría y gerontología.</p> <p>3.- Calidad de atención a PAM mejorara con el enfoque especializado.</p> <p>4.- Mejorar enfoque educación de la familia y cuidador promoviendo independencia del PAM.</p> <p>5.- Crear programas de educación dirigidos a familiar y/o cuidador dentro y fuera de visitas programadas.</p> <p>6.- Incluir en programas de educación al personal multidisciplinario.</p> <p>7.- Programar visitas domiciliarias de seguimiento pos hospitalización, favoreciendo apoyo y tranquilidad del familiar y/o cuidador.</p>	<p><b>DA</b></p> <p>1.- Fomentar el trabajo en equipo: profesionales, PAM, familia.</p> <p>2.- Gestionar actividades donde se involucre a la comunidad con participación de grupos organizados e instituciones.</p> <p>3.- Fomentar y difundir las leyes que protegen a las PAM.</p> <p>4.- Involucrar a los medios de comunicación.</p> <p>5.- Cubrir las reevaluaciones y seguimiento de PAM que tengan hospitalización domiciliaria.</p> <p>6.- Tener un médico geriatra, como jefe de equipo que trabaje con una actitud positiva y generosa con los PAM y el equipo.</p> <p>7.- Contar con un equipo multidisciplinario, unificando criterios y trabajando con guías de procedimientos.</p> <p>8.- Ampliar el presupuesto anual para contar con especialistas.</p> <p>9.- Capacitar al personal.</p> <p>10.- Administración y gestión oportuna.</p> <p>11.- Atención del paciente permanente de todos los profesionales a cargo.</p> <p>12.- Movilidad propia equipada.</p> <p>13.- Difusión de la ley PAM.</p>

## 1. PROBLEMÁTICA

Para identificar la situación problemática es que se encuentra el Programa de Atención Domiciliaria es necesario un Análisis FODA, considerando.

### Escala de Valoración del 1 al 4

ÍTEM	PROBLEMA					TOTAL	PRIORIZACIÓN
		IMPORTANCIA	MAGNITUD	FRECUENCIA	VULNERABILIDAD		
1	Deficiencia de especialistas que realicen visitas	3	2	2	2	9	
2	Equipamiento deficiente	2	2	2	2	8	
3	Falta de capacitación	3	2	2	3	10	
4	Incapacidad para cubrir al 100% turnos de Enfermería	4	4	4	3	17	1
5	Deficiente habilidad gerencial	3	3	2	2	10	
6	Deficiente sistema de información	3	2	2	2	9	
7	Deficiencia en hospitalización domiciliaria	2	2	2	2	8	
8	Solo una vez a la semana hay procedimientos	4	4	3	4	15	2
9	No hay reevaluación médica	3	3	2	2	10	
10	Los médicos no educan	4	4	3	3	14	3
11	PAM tienen que ir al hospital para procedimientos y/o emergencias	3	3	2	2	10	
12	Desinterés en el autocuidado	3	3	3	3	12	7
13	Desinterés familiar de mejorar la atención de la PAM	4	4	3	3	14	4
14	Movilidad sin implementación adecuada	2	2	2	2	8	
15	Agotamiento físico y mental del cuidador	3	3	3	3	12	8
16	No hay compromiso de las instituciones por favorecer las leyes de las PAM	4	4	3	3	14	5
17	La comunidad maltrata a la PAM con su indiferencia	4	3	3	3	13	6



## **PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

1. Incapacidad para cubrir al 100% turnos de Enfermería
2. Solo una vez a la semana hay procedimientos
3. Los médicos no educan
4. Desinterés familiar de mejorar la atención de la PAM
5. No hay compromiso de las instituciones por favorecer las leyes de las PAM
6. La comunidad maltrata a la PAM con su indiferencia
7. Desinterés en el autocuidado
8. Agotamiento físico y mental del cuidador

## 2. EXPERIENCIA LABORAL

En el 2008 fui nombrada Coordinadora de PADOMI, por el Dr. Luis Chávez (director). Teniendo una participación asistencial periódicamente.

Elaboré el Manual de Organización y funciones de PADOMI – 2008.

Desde el 2012 hasta la actualidad laboro en PADOMI, como Enfermera General.

El contacto con cada PAM, el cuidador, su familia y la comunidad me ha permitido enriquecer mi persona desde los aspectos laborales, profesionales, humanos y sociales.

Las actividades usuales me permiten detectar los grados de dependencia del paciente, hacer diagnóstico de Enfermería, realizar procedimientos, EDUCAR a cada paso y en cada necesidad.

Nº	INSTITUCIÓN	OTORGA	TEMA	FECHA
01	Centro Médico Alex Fleming	Constancia	Desempeño como enfermera general	Marzo 1991
02	Instituto Superior Tecnológico "Garcilaso De la Vega"	Constancia	Docencia en el Programa curricular de Enfermería Técnica	Marzo 1991
03	Concilio nacional Evangélico Del Perú – Paz y Esperanza	Certificado	Docencia	Diciembre 1992
04	Concilio nacional Evangélico Del Perú – Paz y Esperanza	Certificado	Enfermera del "Programa de Salud integral"	Diciembre 1994
05	Instituto Tierra y Mar	Certificado	Docencia	Diciembre 1994
06	Iclae Del Perú	Constancia	Servicios profesionales	Marzo 1995
07	Emaus	Constancia	Enfermera en Salud Comunitaria	Julio 1996
08	Consultorios Médicos Especializados Ebenezer	Constancia	Enfermera Asistencial y Docente	Enero 1997
09	Disurs III Lima Norte – Programa Salud Básica para Todos	Constancia	Contrato por Servicios No Personales	Enero 2000
10	Centro Educativo Particular "Nuestra Señora De la Merced"	Certificado	Responsable Del Área de Salud Psicología	Julio 2000
11	Hospital Essalud "Gustavo Lanatta Luján"	Concurso	Plazas Asistenciales – ingreso en el 6to. Lugar a la ley 728 – Plazo indeterminado	Julio 2000
12	Jefatura De Enfermería – EsSalud - "Gustavo Lanatta Luján"	Constancia	Ponente en diversos temas	Enero 2003
13	EsSalud – Mas Salud para más peruanos	Reconocimiento	Tiempo de Servicios al Estado como SERUMS	Agosto 2004
14	Universidad Nacional "José Faustino Sánchez Carrión"	Constancia	Egresada de la Maestría en SALUD PÚBLICA	Febrero 2007

15	Jefatura De Enfermería – EsSalud - “Gustavo Lanatta Luján”	Designación	Coordinadora De Enfermería del Servicio de Consulta Externa y Servicio de pediatría	Septiembre 2007
16	Jefatura De Enfermería – EsSalud - “Gustavo Lanatta Luján”	Designación	Coordinadora Del Servicio De PADOMI	Octubre 2007
17	Jefatura De Enfermería – EsSalud - “Gustavo Lanatta Luján”	Constancia	Funciones: Asistencial, Docencia, Administrativa e Investigación en el Servicio de Medicina	Junio 2012
18	Jefatura De Enfermería – EsSalud - “Gustavo Lanatta Luján”	Designación	Responsable de Enfermería en PADOMI	Enero 2013
19	EsSalud – Hospital G.L.L. – Huacho	Designación	Responsable del Servicio de Consulta Externa	Diciembre 2015

## INVESTIGACIÓN ESTADÍSTICA DESDE ENERO A OCTUBRE DEL 2015

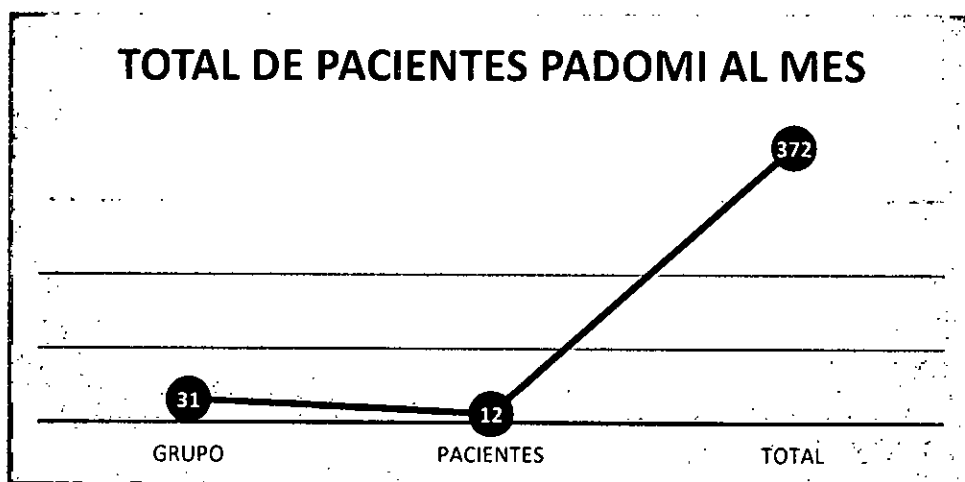
### a) RENDIMIENTO POR HORA

#### 1. Número de pacientes atendidos en total.

PADOMI distribuye su trabajo en grupos de 12 atenciones por día, esto van en relación al rendimiento por hora.

En el 2015 empezamos con 30 grupos, equivalente a 360 atenciones; a la fecha atendemos 31 grupos, lo cual hace un total demandante de 372 atenciones.

Este grupo fluctúa en relación a los ingresos, acreditaciones y defunciones que se informa mensualmente.

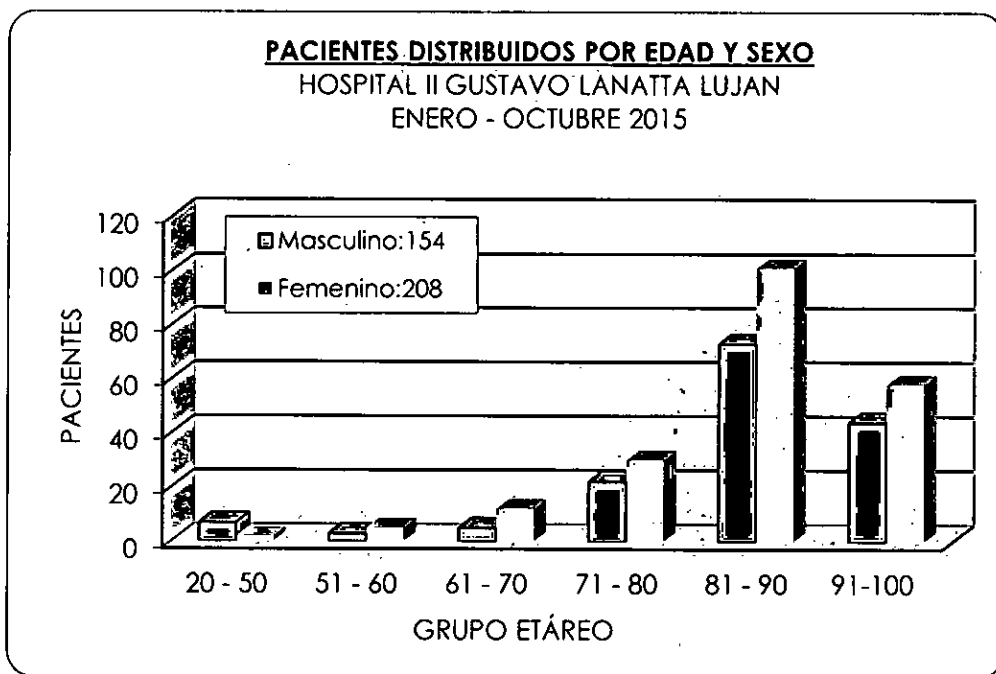


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

**b) RELACIÓN DESDE DICIEMBRE DEL 2014 HASTA OCTUBRE 2015**

**2) Número de pacientes distribuidos por edad y sexo.**

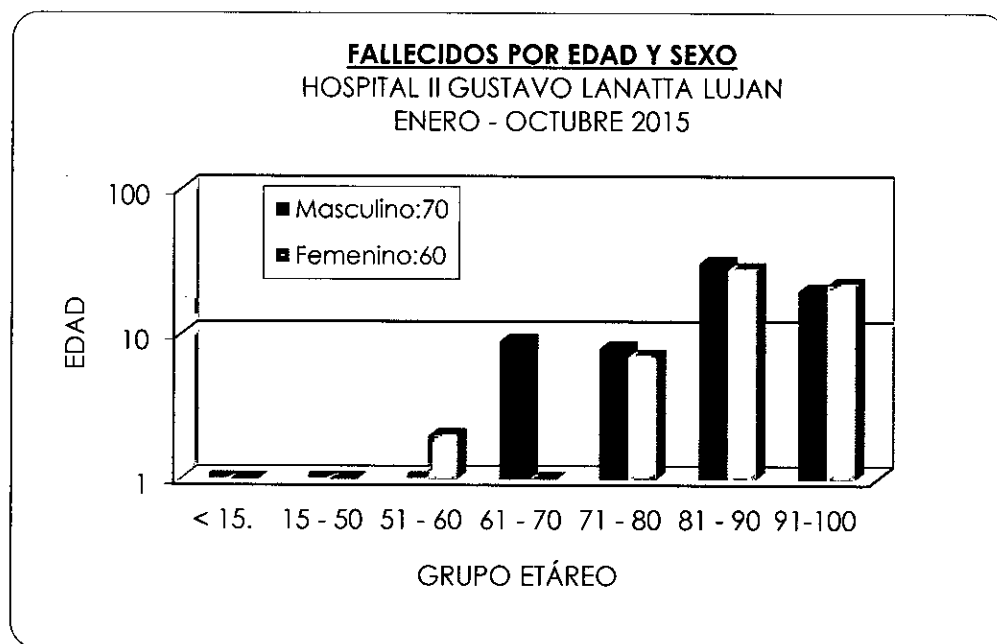
Grupo etario	Sexo	
	Masculino	Femenino
20 - 50	7	2
51 - 60	3	5
61 - 70	5	12
71 - 80	22	30
81 - 90	73	101
91-100	44	58
Total	154	208



Fuente: Unidad de estadística de Huacho

3) Número de fallecidos distribuidos por edad y sexo.

Grupo etáreo	Fallecidos por Sexo	
	Masculino	Femenino
< 15.	0	0
15 - 50	1	1
51 - 60	1	2
61 - 70	9	0
71 - 80	8	7
81 - 90	31	28
91-100	20	22
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>60</b>



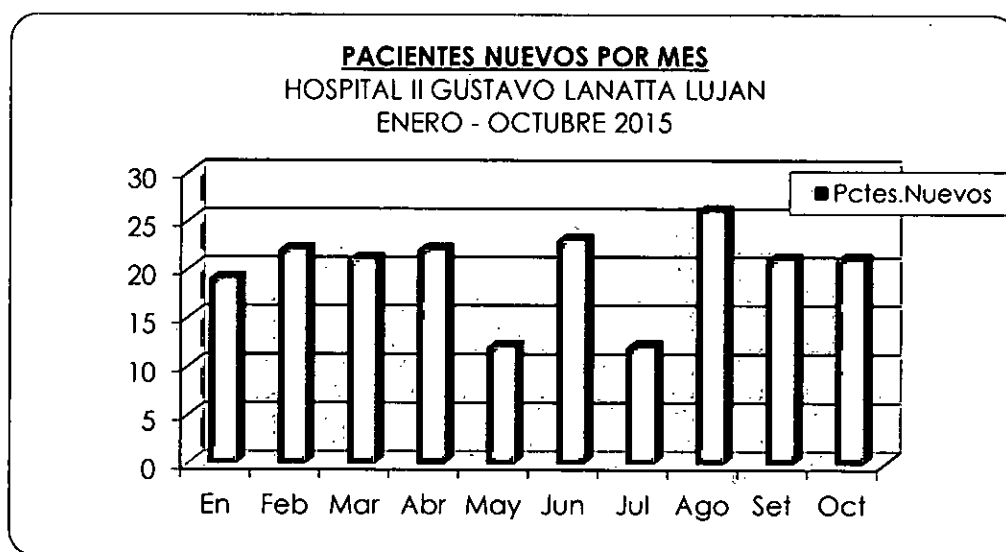
Fuente: Unidad de estadística de Huacho

### C) INFORMES A COSTOS

#### 4) Número de pacientes nuevos por mes.

MES	Enero		Febre		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept		Octb		Total	
GENERO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
NUEVOS	8	11	12	10	8	13	14	8	6	6	14	9	4	8	15	11	13	8	10	11	104	95

Meses	Pacientes Nuevos
Enero	19
Febrero	22
Marzo	21
Abril	22
Mayo	12
Junio	23
Julio	12
Agosto	26
Septiembre	21
Octubre	21
Total	199

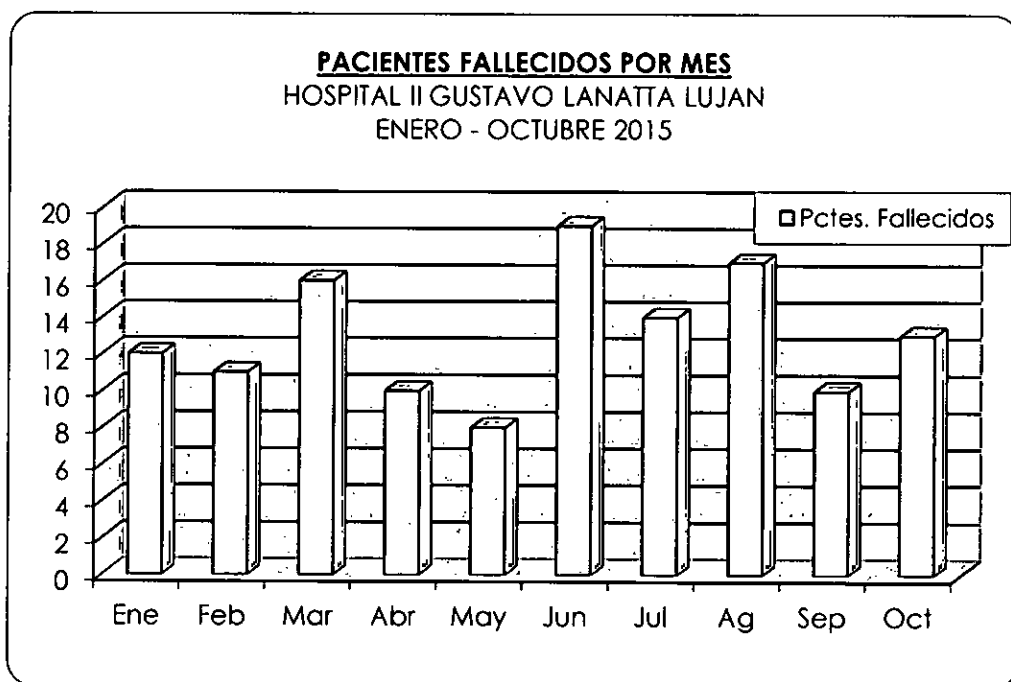


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

5) Número de pacientes fallecidos por mes.

MES	Enero		Febre		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept		Octb		Total	
GENERO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
FALLECIDOS	6	6	9	2	7	9	4	6	5	3	7	12	9	5	6	11	4	6	5	8	62	60

Meses	Pacientes Fallecidos
Enero	12
Febrero	11
Marzo	16
Abril	10
Mayo	8
Junio	19
Julio	14
Agosto	17
Septiembre	10
Octubre	13
Total	130

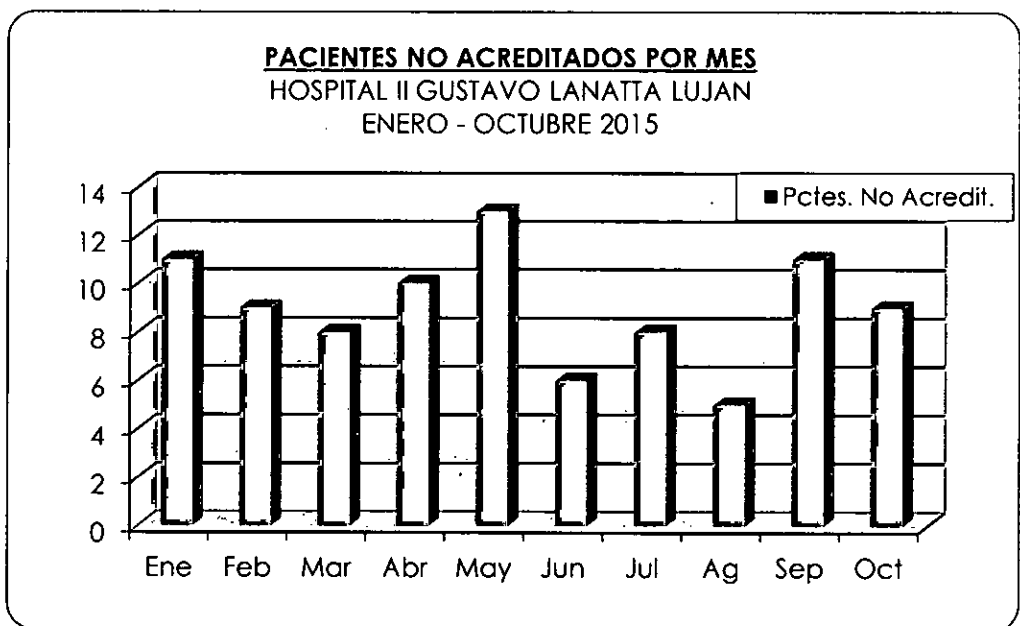


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

6) Número de pacientes no acreditados por mes.

MES	Enero		Febre		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept		Octb		Total	
GENERO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
NO ACRE	7	4	5	4	4	4	4	6	9	4	3	3	6	2	3	2	8	3	6	3	55	35

Meses	Pctes. No Acreditados
Enero	11
Febrero	9
Marzo	8
Abril	10
Mayo	13
Junio	6
Julio	8
Agosto	5
Septiembre	11
Octubre	9
Total	90



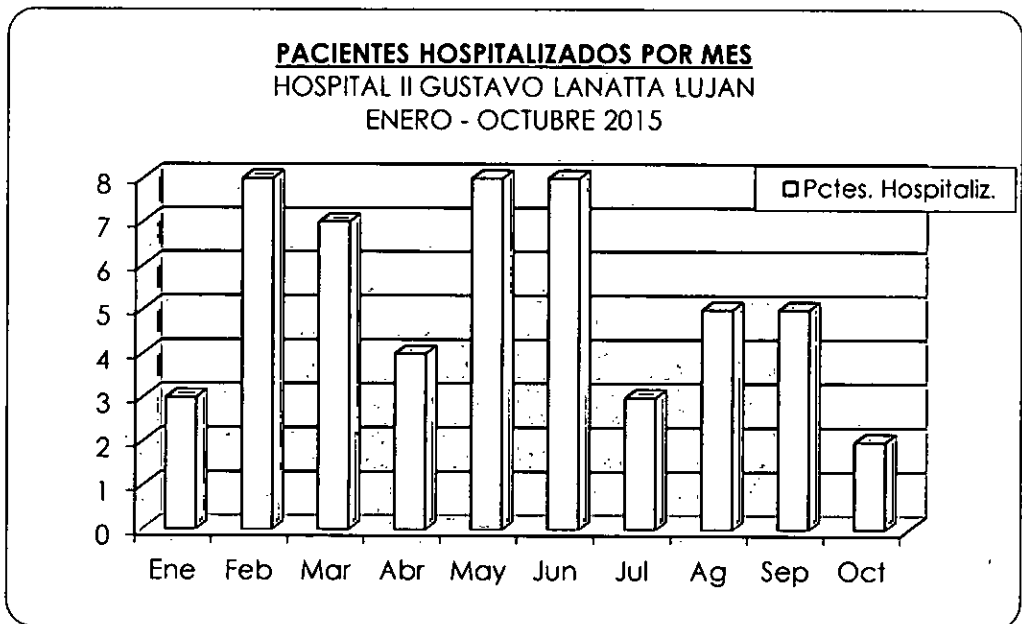
Fuente: Unidad de estadística de Huacho



7) Número de pacientes hospitalizados por mes.

MES	Enero		Febre		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept		Octb		Total	
GENERO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
HOSPIT	3	0	4	4	3	4	1	3	4	4	3	5	1	2	1	4	2	3	1	1	23	30

Meses	Pacientes Hospitalizados
Enero	3
Febrero	8
Marzo	7
Abril	4
Mayo	8
Junio	8
Julio	3
Agosto	5
Septiembre	5
Octubre	2
<b>Total</b>	<b>53</b>

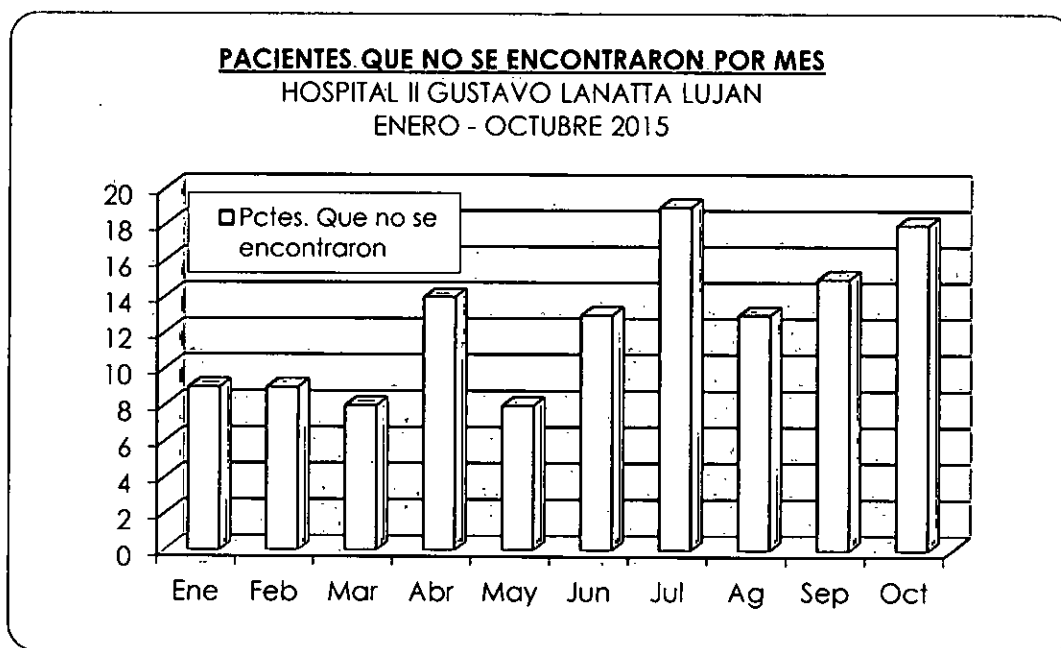


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

8) Número de pacientes que no se encontraron por mes.

MES	Enero		Febre		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept		Octb		Total	
GENERO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
NSE	5	4	7	2	3	5	10	4	4	4	6	7	10	9	7	6	8	7	8	10	68	58

Meses	Pctes. Que no se encontraron
Enero	9
Febrero	9
Marzo	8
Abril	14
Mayo	8
Junio	13
Julio	19
Agosto	13
Septiembre	15
Octubre	18
Total	126

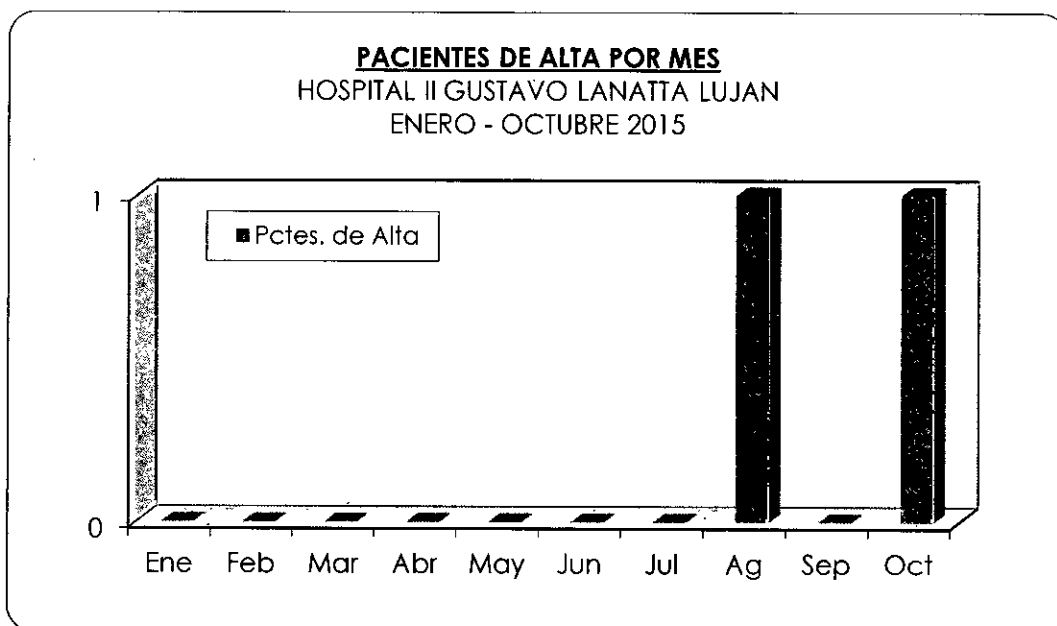


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

9) Número de pacientes de alta por mes.

MES	Enero		Febre		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept		Octb		Total		
GENERO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
ALTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1

Meses	Pctes. de Alta
Enero	0
Febrero	0
Marzo	0
Abril	0
Mayo	0
Junio	0
Julio	0
Agosto	1
Septiembre	0
Octubre	1
<b>Total</b>	<b>2</b>

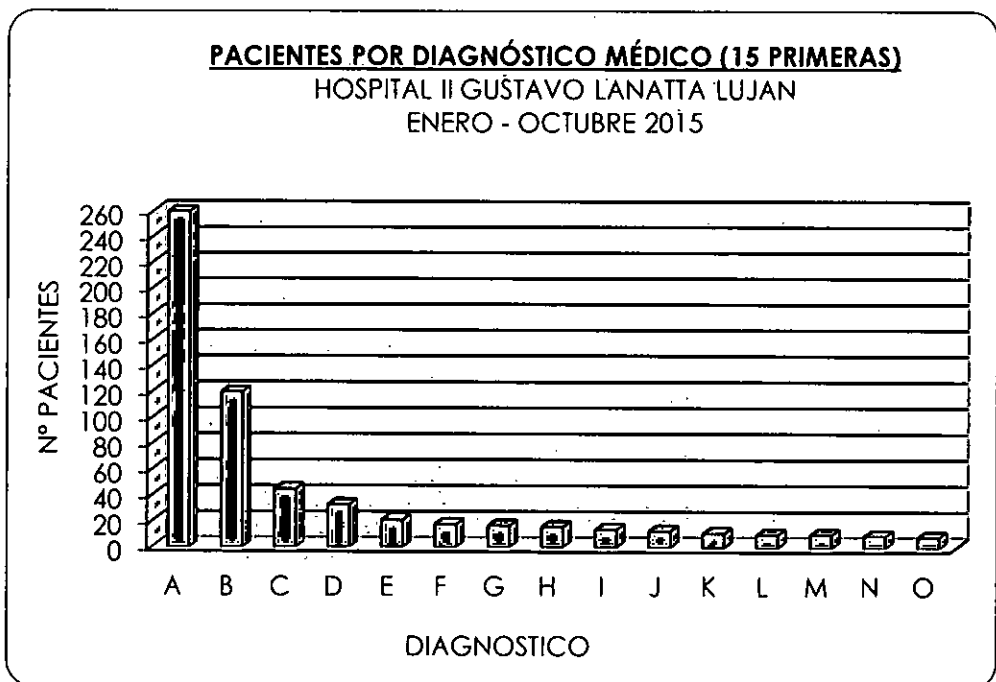


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

## D) DE LA HISTORIA CLÍNICA

### 10) Número de pacientes por diagnóstico médico.

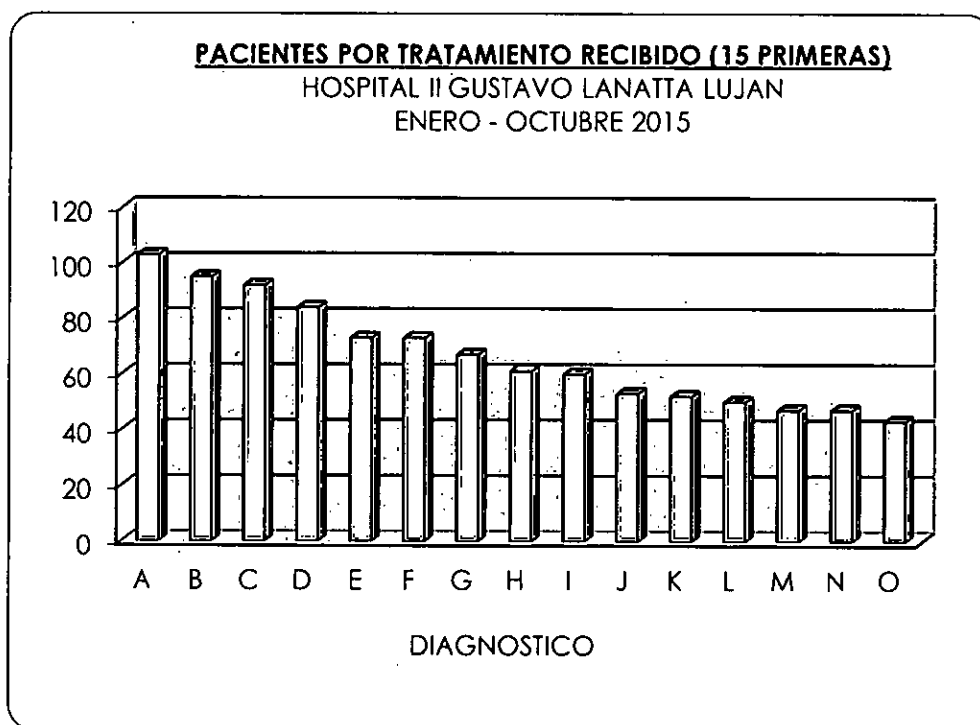
Diagnóstico		Total pacientes
A	HTA	260
B	OA	120
C	DCV Secular	45
D	DM II	33
E	Demencia senil	21
F	Gastritis aguda	18
G	EPID	17
H	Fibrosis Pulmonar	16
I	Glaucoma	14
J	Parkinson	13
K	Constipación	11
L	Arritmia cardíaca	10
M	Gastritis crónica	10
N	Adenoma benigno próstata	9
O	Fx. cadera	8
Otros Dx.		116
Total de diagnósticos		721



Se han trabajado con 71 diagnósticos sacados del CI10 (18)

**11) Número de pacientes por tratamiento recibido.**

Medicamentos		Cantidad
A	Enalapril	103
B	Ranitidina	95
C	Lactulosa	92
D	Aspirina	84
E	Alprazolam	73
F	Losartan	73
G	Naproxeno	67
H	Omeprazol	61
I	Paracetamol	60
J	N-Acetilcisteina	53
K	Hipromelosa	52
L	Clotrimazol	50
M	Atorvastatina	47
N	Betametasona	47
O	Bromuro ipatropio	43
	Otros	967
	Total de Medicamentos	1967



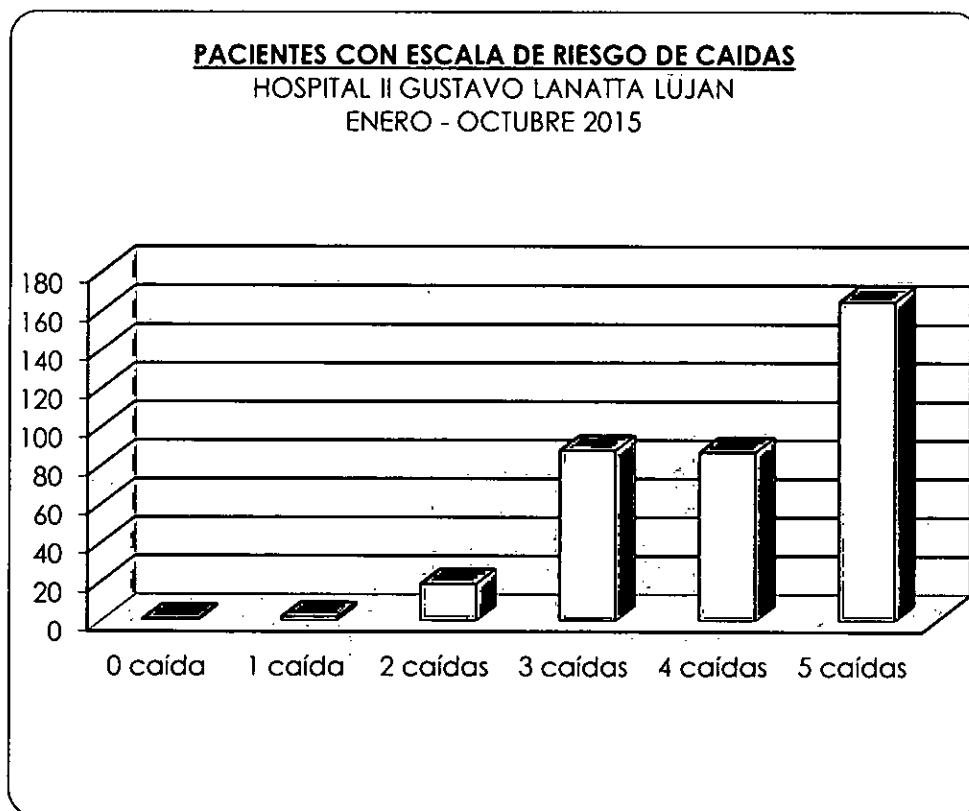
Se ha trabajado con 109 medicamentos que la farmacia entrega a los PAM.

Fuente: Taboada D. (2015) Archivo – Huacho

**e) APLICACIÓN DE ESCALAS**

**12) Número de pacientes con aplicación de Escala de Riesgo de Caídas.**

Escala Riesgo de Caídas PUNTAJE	Total
0	1
1	2
2	19
3	88
4	87
5	165
Total	362

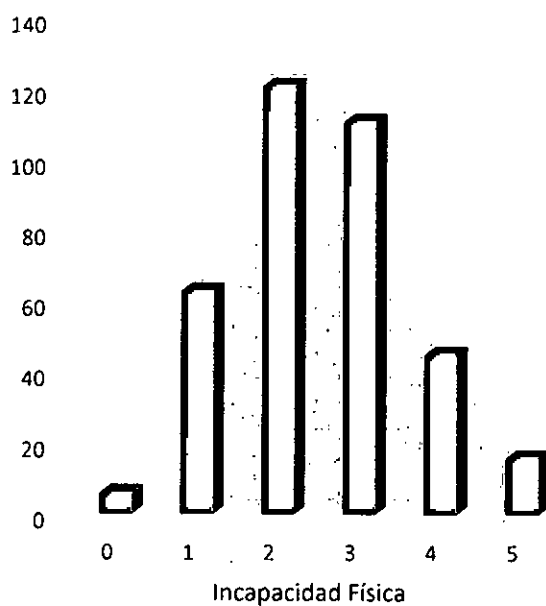


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

**13) Número de pacientes con aplicación de Escala de Incapacidad física.**

Escala de Incapacidad Física	Total
0 Incapacidad física	6
1 Incapacidad física	63
2 Incapacidad física	121
3 Incapacidad física	111
4 Incapacidad física	45
5 Incapacidad física	16
Total	362

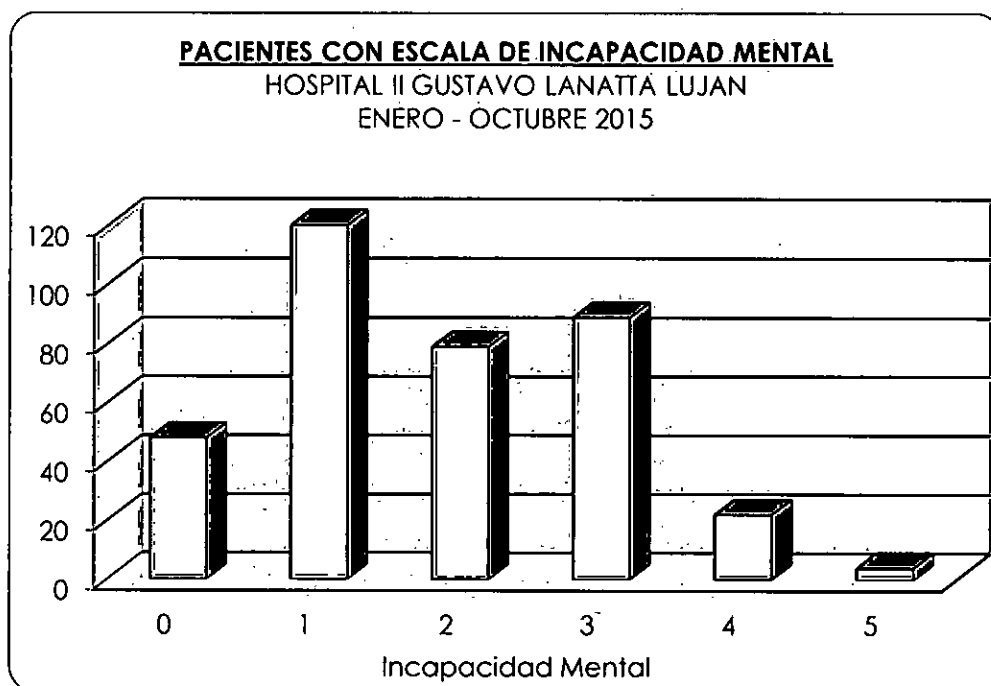
PACIENTES CON ESCALA DE INCAPACIDAD FISICA  
HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJAN  
ENERO - OCTUBRE 2015



Fuente: Unidad de estadística de Huacho

**14) Número de pacientes con aplicación de Escala de Incapacidad mental.**

Escala de Incapacidad Mental	Total
0 Incapacidad mental	48
1 Incapacidad mental	120
2 Incapacidad mental	79
3 Incapacidad mental	89
4 Incapacidad mental	22
5 Incapacidad mental	4
<b>Total</b>	<b>362</b>



Fuente: Unidad de estadística de Huacho



f) REPORTE DE SALOG

15) Número de procedimientos realizados por días y mes.

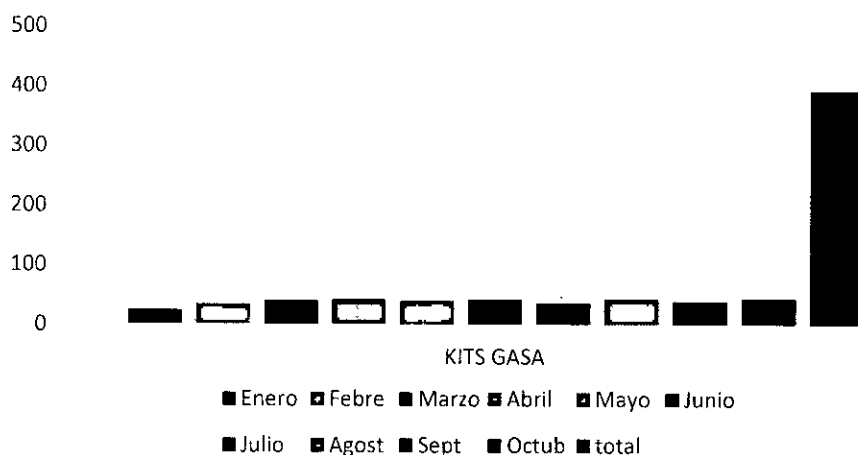
MES	DIA	UPP	INSERCIÓN SNG	CATETERIZACIÓN VESICAL
ENERO	6	8	3	1
	13	9	4	5
	20	6	3	1
	27	7	1	2
FEBRERO	3	8	6	1
	10	7	1	4
	17	6	2	0
	24	7	5	4
MARZO	3	8	3	3
	10	4	4	2
	17	8	3	3
	24	5	7	4
ABRIL	7	5	7	3
	14	7	3	1
	21	3	10	3
	28	7	4	2
MAYO	5	3	6	2
	12	8	3	2
	19	2	9	3
	26	8	3	2
JUNIO	2	3	7	3
	9	5	3	5
	16	4	6	4
	23	6	3	3
	30	2	6	1
JULIO	7	4	4	6
	14	3	7	4
	21	4	2	7
	30	4	7	1
AGOSTO	4	5	0	4
	11	2	6	2
	18	1	5	3
	25	7	5	3
SEPTIEMBRE	1	6	1	6
	8	1	9	3
	15	3	1	5
	22	5	5	3
OCTUBRE	29	5	3	3
	6	4	4	4
	13	5	5	4
	20	4	6	3
	27	8	3	3

Fuente: Quispe R. SALOG. 2015 (19)

**16) Número de kits de gasa entregados por mes.**

MES	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	total
KITS GASA	25	35	41	43	40	43	37	44	40	45	393

Título del gráfico

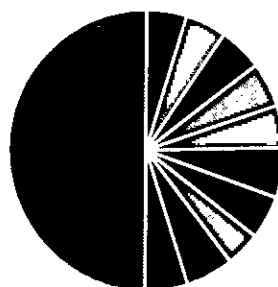


Fuente: Unidad de estadística de Huacho

**17) Número total de procedimientos por mes.**

MES	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	total
PROCED	50	51	54	55	51	61	53	43	59	53	530

PROCED



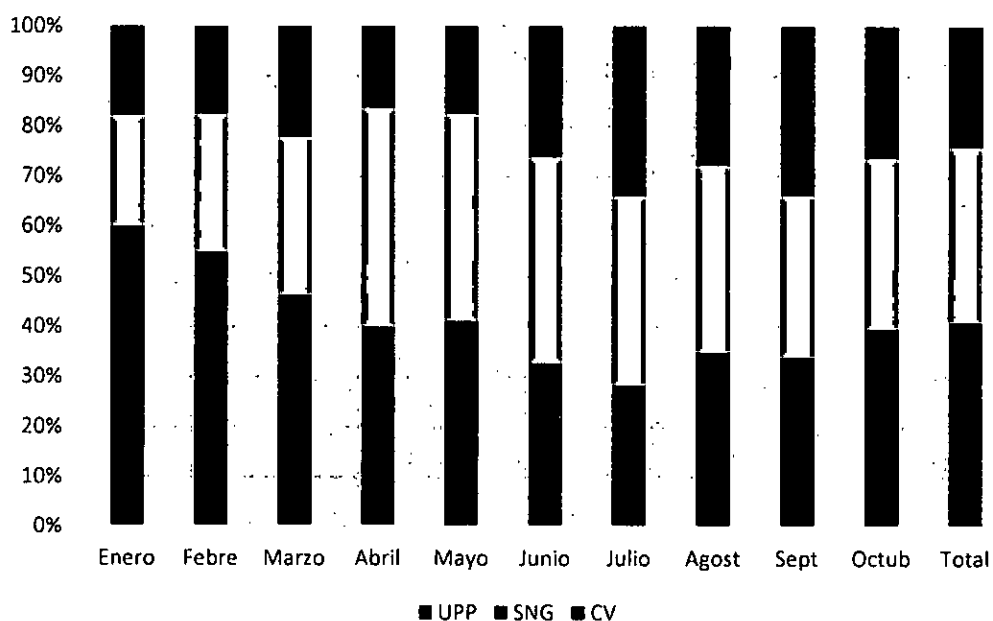
- Enero ■ Febre ■ Marzo ■ Abril ■ Mayo ■ Junio
- Julio ■ Agost ■ Sept ■ Octub ■ total

Fuente: Unidad de estadística de Huacho

18) Número de tipo de procedimiento por mes.

MES	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octub	Total
UPP	30	28	25	22	21	20	15	15	20	21	217
SNG	11	14	17	24	21	25	20	16	19	18	185
CV	9	9	12	9	9	16	18	12	20	14	128

Título del gráfico



Fuente: Unidad de estadística de Huacho

## ANÁLISIS DE CUADROS ESTADÍSTICOS RECOPIADOS ESTE AÑO

A continuación observamos la diferencia en un intervalo de 10 meses:

- El grupo etario de mayor edad es de 81 a 90 años con 174 PAM en total. El mínimo es de 7 del grupo de 51va 60 años de edad.
- Los fallecidos están en su mayoría en el grupo etario de 81 a 90 con 59. En total hay 130 fallecidos en los 10 meses. Predomina el mes de junio con 19.
- Hay 199 pacientes nuevos, siendo agosto el mes de mayor cantidad con 26.
- Hay un total de 90 no acreditados, predomina el mes de mayor con 13.
- Los hospitalizados llegan a 53, teniendo en febrero, mayo y junio triple empate con 8.
- Pacientes que no se encontraron en total 126, teniendo en julio 19 como mayor cantidad.
- En los 10 meses, solo se registraron 2 altas.
- Son 71 diagnósticos que se aplican a las 362 PAM, de las cuales 260 tienen HTA como primer lugar, luego OA con 120. Definitivamente cada PAM tiene de 1 a 5 diagnósticos.
- Las medicinas más usadas por los PAM son enalapril de 10 mg. con 110, ranitidina de 300 mg. con 95 y lactulosa con 84. En total hay 109 medicinas que consumen las PAM.
- El puntaje mayor en la Escala de Riesgo de Caídas es de 5 con 165 PAM de 362. Este es muy alto riesgo.
- La incapacidad física es de 2 con 121 pacientes de 362, quiere decir que se manejan con bastón o andador. En segundo lugar el puntaje es de 3 con 111, quienes son ayudados por otra persona.
- La incapacidad mental es de 1 con 120, donde hay trastorno de memoria pero pueden mantener una conversación. Y de 3 con 89, donde la alteración es grave en la memoria y orientación, imposible mantener una conversación coherente y hay dificultad en el autocuidado.
- Hay un total de 530 procedimientos durante estos 10 meses, con un consumo de 393 kits de gasa.(19)

## F. RECOMENDACIONES

1. Programar a una segunda Enfermera para cubrir los turnos de tarde y sábados en relación a las salidas programadas para el médico.
2. Habilitar otro turno cada semana para realizar procedimientos.
3. Concientizar sobre la importancia y fomentar la educación a pacientes, familiares y comunidad sobre los cuidados a las PAM tanto dependientes como independientes.
4. Comprometer bajo documento firmado la capacitación a los cuidadores.
5. Difundir las leyes que favorecen a las PAM.
6. Difundir aspectos que mejoren las relaciones interpersonales entre las PAM, la familia e interactuando con la comunidad. Evitar la brecha generacional.
7. Realizar talleres de Autoestima, Dignidad para las PAM y familia.
8. Comprometer a toda la familia y no solo a cuidadores en la atención de las PAM.
9. Hay que involucrar a todas los sectores gubernamentales para promover, educar, prevenir e informar sobre las actividades a favor de las PAMs.
10. Reuniones periódicas para organizar y ejecutar el trabajo.

## REFERENCIALES

1. ARCE, M. (30 de Enero de 2015). Manual de Organización y Funciones - 2008 y actualizado 2015. Huacho, Lima, Perú.
2. ESSALUD. (2012). <http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/#tabs-5-0-0> 12.11.15 – 12.35 p.m.
3. Estrada, E. (25 de Julio de 2015). Reseña Histórica PADOMI. (M. A. M., Entrevistador)
4. Solórzano, J. (12 de Octubre de 2015). Reseña Histórica. (M. L. M., Entrevistador)
5. NEI. (MARZO de 2012). Obtenido de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaes/Est/Lib1251/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1251/Libro.pdf).
6. INEI. (MAYO de 2014). <http://proyectos.inei.gob.pe/web/poblacion/#>.
7. M.L.ARCE. (2014). Cartera de Servicios del Hospital Gustavo Lanatta Luján
8. Arce, M. L. (30 de Octubre de 2015). Programación Mensual de PADOMI. Huacho, Lima.
9. SOLÓRZANO, S. (2015). *Unidad de Estadística*. Huacho.
10. Aguilera, O. (2015). *Personal*. Huacho.
11. PADOMI. (MAYO de 2014). <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/> 12.11.2015 – 1.58 p.m.
12. ESSALUD. (2012). Plan Estratégico Institucional 2012 - 2016. Seguridad Social para todos. Lima, Perú.
13. ESSALUD. (Marzo de 2014). *Manual De Organización y Funciones - Hospital II*. Lima, Perú.

14. CGPS. (2014). Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud 2014. Seguridad Social para Todos. Lima, Perú.
15. eitón, Z. (Junio de 2003). Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. *Manual De Información para Profesionales*. Lima, Perú: MIMDES.
16. ESSALUD. (2014). MANUAL. *Ulceras Por Decubito*. Lima, Perú.
17. ESSALUD. (2014). MANUAL. *Caídas*. Lima, Perú.
18. TABOADA, D. (2015). *ARCHIVO*. HUACHO.
19. QUISPE, R. (2015). *SALOG*. HUACHO.

# **ANEXOS**



**Anexo 01**

**INFORME ESTADÍSTICO DEL HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJÁN  
- ESSALUD - HUACHO - 2015**

**ANÁLISIS DE LA DEMANDA.**

La población adjudicada al Hospital Gustavo Lanatta Luján para el año 2015 es de 81,587 y atiende a asegurados de Huaral, Chancay, Barranca, Paramonga, Humaya, Sayán, Oyón y Raura, representando una cobertura del 32% en la región. Por otro lado los recursos humanos y de infraestructura siguen siendo los mismos desde años anteriores. Esto no permite realizar un trabajo de seguimiento, adecuado control y prevención en la salud de toda la población, enfatizada en el Adulto Mayor.

Se muestra un Perfil de Demanda por hospitalización en medicina donde hay un total de 1617 casos como diagnósticos de egreso para el 2014. De Consulta Externa 182,629 casos diagnosticados. En ambos tan solo con 15 primeras causas. Quince primeras causas de comorbilidades en la Unidad de Atención Primaria - Enfermería son de 32,285 casos.

**PERFIL DE DEMANDA DE HOSPITALIZACIÓN (EGRESOS) 15 PRIMERAS CAUSAS:  
PERIODO ANUAL 2014 - SERVICIO DE MEDICINA - HOSPITAL G.L.L. HUACHO**

DIAGNOSTICO	CODIG. CIE 10	TOTAL	%
<b>TOTAL</b>		<b>1,617</b>	<b>100.00%</b>
Infección vías urinarias sitio no especificado	N39.0	194	12.00%
Accid. Vascular encefálico n/e como hemorrágico	I64.X	109	6.74%
Septicemia, no especificada	A41.9	90	5.57%
Hemorragia gastrointestinal, n/e	K92.2	71	4.39%
Neumonía, n/e	J18.9	62	3.83%
Diabetes mellitus no insulino dependiente	E11.9	58	3.59%
Celulitis de otras partes de los miembros	L03.1	46	2.84%
Insuficiencia respiratoria aguda	J96.0	46	2.84%
Insuficiencia cardíaca congestiva	I50.0	43	2.66%
Otras cirrosis del hígado y las no especificados	K74.6	38	2.35%
Paro respiratorio	R09.2	30	1.86%
Insuficiencia respiratoria, no especificada	J96.9	24	1.48%
Pancreatitis aguda	K85.X	24	1.48%
Celulitis En Sitio No Especificado	L03.9	24	1.48%
Diabetes Mellitus No Especificada	E14.9	18	1.11%
<b>OTROS DIAGNÓSTICOS</b>		<b>740</b>	<b>45.76%</b>

**PERFIL DEMANDA EN CONSULTA EXTERNA (15 PRIMERAS CAUSAS)  
PERIODO ANUAL 2014 – HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN**

ORD.	DIAGNOSTICO	CIE-10	TOTAL	%
	<b>TOTAL</b>		<b>182,629</b>	<b>100.00%</b>
1	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J02.9	7,808	4.28%
2	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	I10.X	6,838	3.74%
3	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M54.5	5,054	2.77%
4	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J20.9	4,913	2.69%
5	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO N/E	N39.0	4,306	2.36%
6	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Z35.9	3,727	2.04%
7	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	H40.1	3,565	1.95%
8	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	J00.X	3,394	1.86%
9	ESTADOS MENOPAÚSICOS Y CLIMATÉRICOS FEMENINOS	N95.1	3,207	1.76%
10	DIABETES MELLITUS NO INSULÍNODEPENDIENTE	E11.9	2,903	1.59%
11	GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL	K29.3	2,815	1.54%
12	EXAMEN MEDICO GENERAL ATENCIÓN PREOPERATORIA PARA	Z00.0	2,643	1.45%
13	TRATAMIENTOS	Z31.4	2,478	1.36%
14	DISPEPSIA	K30.X	2,426	1.33%
15	PTERIGION	H11.0	2,419	1.32%
	<b>OTROS DIAGNÓSTICOS</b>		<b>124,133</b>	<b>67.97%</b>

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA – ENFERMERÍA – PERFIL DE  
 DEMANDA (15 PRIMERAS CAUSAS – PERIODO ANUAL 2015 – HOSPITAL  
 L. L. HUACHO

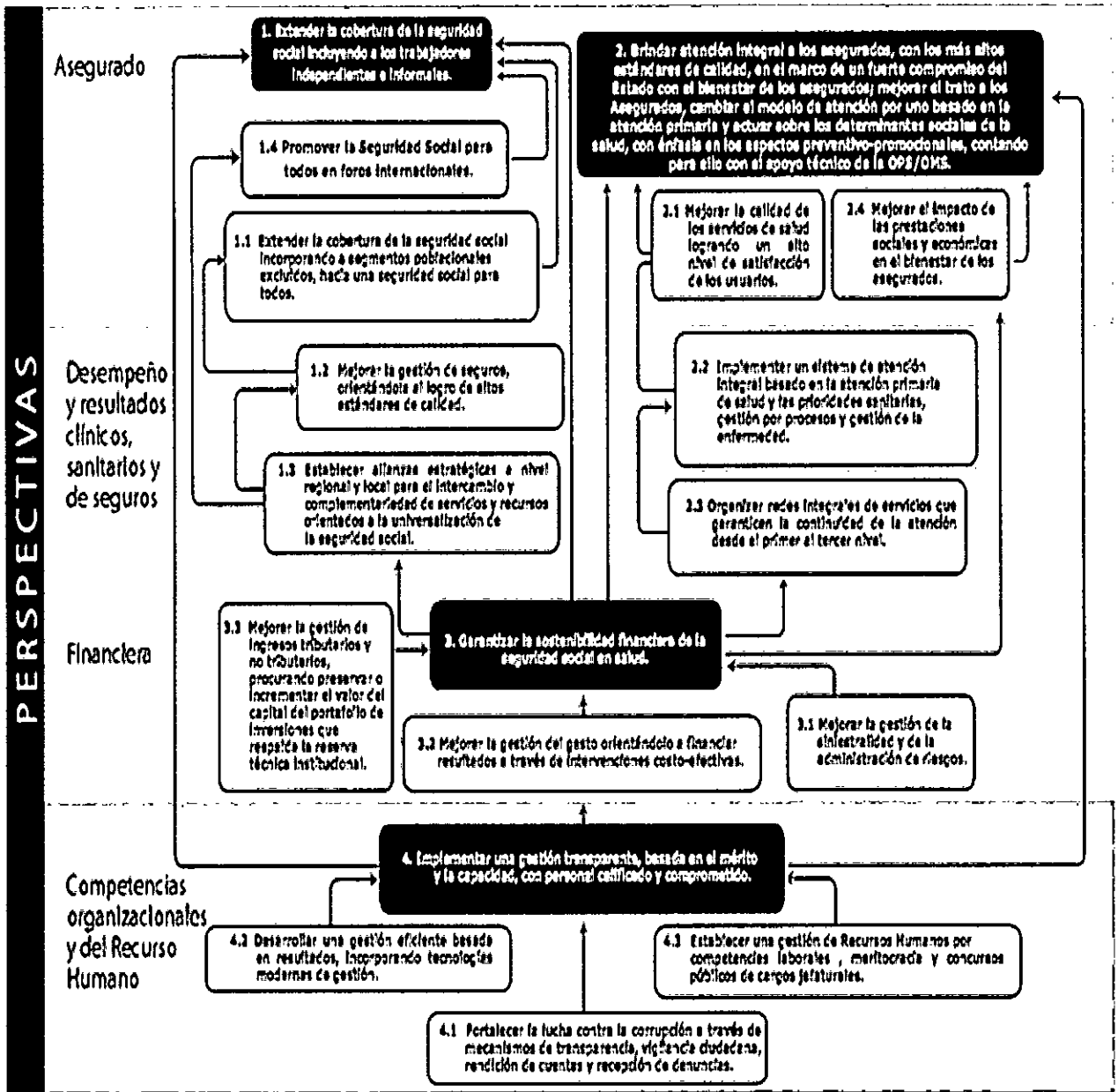
Nº	DIAGNÓSTICO	Código CI 10.	TOTAL	%
	<b>TOTAL</b>		<b>32,285</b>	<b>100.00%</b>
1	Hipertensión esencial (primaria)	I10.X	10,638	32.95%
2	Control de salud de rutina del niño	Z00.1	5,456	16.90%
3	Examen durante el periodo de crecimiento	Z00.2	5,274	16.34%
4	Examen de pesquisa especial para el virus	Z11.4	3,891	12.05%
5	Examen de pesquisa especial para tuberculosis	Z11.1	3,453	10.70%
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente, complicación.	E11.9	1,187	3.68%
7	(Osteo) Artrosis primaria generalizada	M15.0	625	1.94%
8	Asma, no especificada	J45.9	438	1.36%
9	Tuberculosis del pulmón, confirmada por..	A15.0	314	0.97%
10	Consulta para asesoría sobre el virus	Z71.7	184	0.57%
11	Otras consultas especificadas	Z71.8	139	0.43%
12	Diabetes Mellitus no insulino dependiente.	E11.0	136	0.42%
13	Contacto con y exposición a tuberculosis	Z20.1	112	0.35%
14	Examen del estado de desarrollo del adulto	Z00.3	109	0.34%
15	Tuberculosis multidrogo resistente (TB m..	U20.2	98	0.30%
	<b>OTROS DIAGNÓSTICOS</b>		<b>231</b>	<b>0.72%</b>

**Anexo 02**

**MAPA ESTRATÉGICO Y MATRIZ ESTRATÉGICA Y LA MATRIZ ESTRATÉGICA 2012 – 2016**

Ambos son instrumentos del Cuadro de Mando Integral (Balanced Score Card) formulado.

**MAPA ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2016**



### Anexo 03

Fotografías del 73 Aniversario de nuestro Hospital



16 de noviembre del 2015

### Anexo 04

Sr. Julio Solórzano Murga, encargado de la  
Unidad de distribución de Materiales.



## Anexo 05

# Essalud descarta cierre de Padomi

Martes 15 de enero del 2013 | 15:26

Virginia Baffigo dijo que este programa no dejará de atender a asegurados y que pronto se podrían entregar medicamentos en las viviendas de los pacientes.



La presidenta ejecutiva de Essalud, Virginia Baffigo, descartó el cierre del Programa de Atención Domiciliaria (Padomi), dirigido a **adultos mayores o a aquellos que no puedan acudir a un centro de salud**, y recordó que hace poco se presentó una nueva flota de vehículos para ampliar los servicios.

Asimismo, anunció que entre las medidas que la institución tiene proyectada para fortalecer el Padomi se encuentra la **entrega de medicamentos a los pacientes en su domicilio**, a fin de evitar que los usuarios se trasladen hasta los locales de Essalud, con esto se les brindaría un servicio integral.

“Essalud inyectará un presupuesto adicional de aproximadamente un millón de nuevos soles al año, a fin de poder entregar los medicamentos a **los pacientes de Padomi en sus casa antes de las 48 horas**”, manifestó Baffigo.

Además, indicó que su gestión trabaja para solucionar las quejas recibidas por este servicio a través de la Defensoría del Asegurado.

<http://peru21.pe/actualidad/essalud-descarta-cierre-padomi-2112617> 12.11.15 – 8.04 p.m.

### Anexo 06

#### ESCALA DE RIESGOS DE CAÍDAS - J.H. DOWNTON

Es un instrumento validado que estandariza la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos, orienta la aplicación de medidas de prevención en pacientes internados y ambulatorios.

VARIABLES		INGRESO	REEVALUACIÓN	
		Puntaje	Puntaje	Puntaje
CAÍDAS PREVIAS	No	0	0	0
	SI	1	1	1
USO DE MEDICAMENTOS	Ninguno	0	0	0
	Tranquilizantes sedantes	1	1	1
	Diuréticos	1	1	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	1	1
	Anti parkinsonianos	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1
	Otros medicamentos	1	1	1
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1
	Extremidades (ictus,...)	1	1	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0	0	0
	Confuso	1	1	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0	0	0
	Segura con ayuda	1	1	1
	Insegura con ayuda	1	1	1
	No deambula	1	1	1
<b>Puntaje Obtenido</b>				

Nota: En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto.

Interpretación del puntaje:

3 a más	Alto riesgo
1 a 2	Mediano riesgo
0	Bajo riesgo

## Anexo 07

### ESCALA DE LA CRUZ ROJA DE INCAPACIDAD

Desarrollada en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y publicada por primera vez en 1972, es probablemente la escala de valoración funcional más ampliamente utilizada en nuestro entorno, pese a lo cual no existen excesivos datos acerca de sus cualidades métricas. Son dos escalas que valoran la esfera funcional, de Incapacidad Física de la Cruz Roja (CRF), y la cognitiva, de Incapacidad Mental de la Cruz Roja (CRM).

#### **Grados de Incapacidad Física**

Grado 0	- Se vale por sí mismo y anda con normalidad	
Grado 1	- Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria - Deambula con alguna dificultad - Continencia normal	
Grado 2	- Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda - Deambula con bastón u otro medio de apoyo - Continencia normal o rara incontinencia	
Grado 3	- Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria - Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona - Incontinencia ocasional	
Grado 4	- Necesita ayuda para caso cualquier actividad de la vida diaria - Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas - Incontinencia habitual	
Grado 5	- Inmovilidad en cama o en sillón - Necesita cuidado de enfermería constantes - Incontinencia total	

#### **Grados de Incapacidad Mental**

Grado 0	- Completamente normal	
Grado 1	- Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal	
Grado 2	- Ciertas alteraciones de la memoria, y a veces de la orientación - La conversación razonada es posible pero imperfecta - Trastornos del carácter - Algunas dificultades en el autocuidado - Incontinencia ocasional	
Grado 3	- Alteraciones graves de memoria y orientación - Imposible mantener una conversación coherente - Trastornos evidentes del comportamiento - Graves dificultades para el autocuidado - Incontinencia frecuente	
Grado 4	- Desorientación completa - Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas de demencia - Incontinencia habitual	
Grado 5	- Demencia avanzada - Vida vegetativa con o sin episodios de agitación - Incontinencia total	



## Anexo 08

### EXAMEN FÍSICO ABREVIADO PARA LA PRIMER CONSULTA DEL ADULTO MAYOR

ÁREA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO ANORMAL	INTERVENCIÓN SUGERIDA
VISIÓN	Testee cada ojo con la escala de Jaeger. Testear con lentes si el paciente los usa.	Incapacidad para leer más allá de 20/40 a 40cm de distancia.	Derivar.
AUDICIÓN	Susurre la pregunta ¿cuál es su nombre en cada oído fuera de la línea de visión directa.	Incapacidad de responder a la pregunta.	En presencia de cerumen corregir y repetir la prueba. Si persiste derivar.
BRAZO	Proximal: lleve ambos brazos hacia la nuca. Distal: tome el lapicero del escritorio.	Incapacidad total o parcial para realizar la tarea.	Examen osteomuscular y neurológico completo.
PIERNA	Observa al paciente luego de la siguiente orden: levántese de la silla, camine hacia la puerta, de la vuelta, vuelva y siéntese.	Incapacidad para realizar total o parcialmente la tarea.	Examen osteomuscular y neurológico completo. Reevaluar fármacos y examen formal de la marcha. Preguntar por caídas. Se recomienda evaluación en una entrevista completa.
INCONTINENCIA URINARIA	Preguntar: ¿se le escapa la orina?	Si	Se recomienda evaluar en un entrevista completa.
NUTRICIÓN	Pese y mida al paciente. Observe manifestaciones de pérdida de peso o desnutrición.	Peso por debajo de lo esperado para la altura o manifestaciones clínicas de pérdida de peso o desnutrición.	Se recomienda evaluación en una entrevista completa.
ESTADO MENTAL	Evaluar orientación temporal: ¿qué fecha es hoy? Y memoria. Le voy a nombrar 3 objetos: casa, zapato y papel. Repítalos ahora y recuérdelos, ya que se lo preguntaré luego.	Incapacidad de responder correctamente luego de un minuto.	Implementar test de Foistein. Anormal: puntuación de 24 o menos. Evaluar: confusión, demencia, depresión o fármacos.
DEPRESIÓN	Preguntar: ¿Se siente frecuentemente triste o deprimido? ¿Llora frecuentemente?	Si	Implemente la escala de Depresión geriátrica de Yesavage. Anormal: puntaje mayor de 5. Se recomienda evaluación en una entrevista completa.
AVD (Actividad de la vida diaria)	Preguntar: ¿Puede levantarse de la cama por sí mismo? ¿Puede vestirse solo? ¿Puede hacerse solo la comida? ¿Puede ir ud. solo a hacer las compras? ¿Maneja dinero?	No a cualquiera de las preguntas.	Corroborar respuestas con familiares. Determinar causa de la incapacidad, haciendo hincapié en motivación o limitación física.
SEGURIDAD DOMICILIARIA	Preguntar: ¿tiene ud. problemas para subir o bajar escaleras fuera o dentro de su casa? Pregunte sobre problemas con la bañera, alfombras, iluminación, etc.	Si a cualquiera de la preguntas.	Aconsejar medidas de seguridad en presencia de familiares. Requiere evaluación domiciliaria.
SOPORTE SOCIAL	Preguntar: ¿quién podría ayudarlo y cómo en caso de una emergencia?	Nadie o no sabe	Entrevistar acompañado de familiar o vecino.

## Anexo 09

# **EsSalud inicia plan de atenciones especializadas para pacientes del Padomi**

Publicado el 8 Septiembre, 2014



Para asegurados que reciben atención domiciliaria y pueden movilizarse solos o acompañados

Con el objetivo de disminuir el número de interconsultas pendientes, el Seguro Social de Salud (EsSalud) inició hoy un plan alternativo de atenciones en diversas especialidades para pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria (Padomi) de Lima y Callao.

Esta alternativa denominada Plan de Desembalse Especializado Padomi 2014, que durará hasta el 7 de noviembre, está dirigida a los asegurados "autovalentes", es decir aquellos que están en capacidad de movilizarse, solos o acompañados, desde su domicilio hasta la sede central de EsSalud, en la Av. Arenales N°1302, Jesús María, donde funcionarán los consultorios, de lunes a viernes de 8 am a 2 pm.

A través de esta opción, EsSalud busca brindar una atención oportuna, reducir el tiempo de espera para una atención médica especializada y mejorar la calidad de vida de la población asegurada.

Mario Sáenz, subgerente de Padomi precisó que se continuará con las atenciones domiciliarias, sin embargo, informó que se está creando esta alternativa "solo para quienes previa solicitud telefónica acepten acudir a los consultorios".

Sáenz Muñante explicó para acceder al plan se citará al paciente vía telefónica, a través de EsSalud en línea, solicitándole su consentimiento para la atención y brindándole la fecha y hora de su cita. Las historias clínicas de los pacientes se enviarán a los consultorios con la debida anticipación, para evitar inconvenientes.

Detalló que a través de este plan se brindará atención en las especialidades de Cardiología, Endocrinología, Neurología, Oftalmología, Geriatra, Medicina Física, Urología, Dermatología, Gastroenterología, Psiquiatría, Nutrición y Psicología.

Además, se contará con los servicios de Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Terapia Física, Enfermería y Triage (medida de peso, talla y presión arterial). También se contará con equipamiento de última tecnología, sillas de ruedas y camillas.

Indicó que se estima atender a más de cien pacientes por día y se proyecta que en los dos meses que durará este plan se realizará cuatro mil interconsultas especializadas.

EsSalud se esfuerza cada día para mejorar los sistemas de atención en todos los servicios que brinda para la recuperación de la salud de los asegurados.



<http://www.essalud.gob.pe/essalud-inicia-plan-de-atenciones-especializadas-para-pacientes-del-padomi/>

## Anexo 10

### ÍNDICE DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS

01: CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL	6
02: CONTROL DE TEMPERATURA CORPORAL	9
03: CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA	11
04: CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	13
05: CONTROL DE SATURACIÓN DE OXÍGENO	15
06: VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN	17
07: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ULCERAS POR PRESIÓN	19
08: CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN ESTADÍOS	21
09: CURACIÓN DE ULCERAS VARICOSAS	24
10: CURACIÓN DE PIE DIABÉTICO	27
11: CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA	29
12: RETIRO DE PUNTOS	31
13: CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMÍA	33
14: COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL	35
15: COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA	38
16: ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLE INTRAMUSCULAR	41
17: TOMA DE GLUCOSA CAPILAR EN EL DOMICILIO	43
18: FLUJOMETRIA EN DOMICILIO	45
19: TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA	47
20: ENSEÑANZA DOMICILIARIA USO DEL EQUIPO DE OXIGENO	49
21: ENSEÑANZA DOMICILIARIA SOBRE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	51
22: ENSEÑANZA DOMICILIARIA SOBRE NEBULIZACIONES	53
23: ENSEÑANZA DOMICILIARIA SOBRE USO DE INHALADORES	55
24: ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VÍA ORAL	57
25: ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VÍA SUBLINGUAL	59
26: ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VÍA OTICA	61
27: ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VÍA OFTÁLMICA	63
28: ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VÍA TÓPICA	66
29: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTE ADULTO MAYOR	68
30: MODIFICACIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SEGURIDAD EN EL DOMICILIO	70
31: ADAPTACIÓN DEL ENTORNO DOMICILIARIO PARA PACIENTES CON DÉFICIT COGNITIVO	73
32: ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE	76
33: ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA	78
34: CHARLA EDUCATIVA GRUPAL	80
35: TALLER GRUPAL	81
36: ENTREGA DE MATERIAL	84
37: EXAMEN FÍSICO ABREVIADO PARA LA PRIMERA CONSULTA DEL ADULTO MAYOR	86
38: ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA A LA FAMILIA SOBRE SÍNDROME DEL CUIDADOR	88
39: CUIDADOS ENTORNO AL DUELO	92

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la  
Educación”

## RED ASISTENCIAL SABOGAL

HOSPITAL II GUSTAVO LANATTA LUJAN  
ESSALUD – HUACHO

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

**PADOMI**

## GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERÍA

Huacho, Perú  
2015


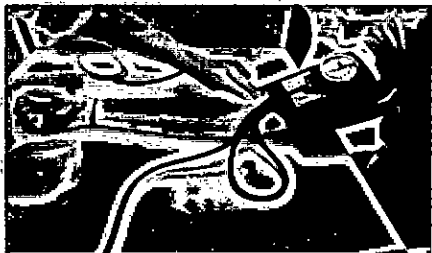
ENFERMERA RESPONSABLE:

LIC. ENFERMERÍA

*María Luz Arce Montoya*

JEFATURA SERVICIO DE ENFERMERÍA:

*Lic. Isabel Zelada Romero*

 <b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN	<b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b>	<b>FECHA: ABRIL 2015</b> 
	<b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 01 CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL</b>	

### I.- DEFINICIÓN

Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente.

La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales. Depende de la fuerza de contracción ventricular, elasticidad de la pared arterial, resistencia vascular periférica, volumen y viscosidad sanguíneos. El corazón genera presión durante el ciclo cardíaco para distribuir la sangre a los órganos del cuerpo. Existen siete factores principales que afectan a la presión arterial: Gasto cardíaco, resistencia vascular periférica, elasticidad y distensibilidad de las arterias, volumen sanguíneo, viscosidad de la sangre, hormonas, enzimas y quimiorreceptores.

**Hipertensión:** Presión arterial mayor a los límites normales. En el paciente adulto se puede considerar hipertensión cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mmHg.

**Hipotensión:** Disminución de la presión arterial sanguínea. En el paciente adulto de peso promedio se considera una presión sistólica menor de 90 mmHg, sin embargo, ésta debe relacionarse con signos y síntomas o con alguna enfermedad como la enfermedad de Addison.

### II. OBJETIVOS

- Tener mediciones exactas de presión arterial.
- Evaluar los valores de la presión arterial.
- Obtener las variantes, registrarlas y así evaluar el curso de la enfermedad del paciente.
- Apreciar las variantes de las cifras:
  - **Sistólica:** Cuando el corazón impulsa la sangre dentro de la arteria.
  - **Diastólica:** Momento en que el corazón descansa. Periodo de relajación.
  - **Diferencial:** Es la diferencia que existe entre la presión sistólica y diastólica.
- Compare la presión arterial con registros anteriores.

### III.- INDICACIONES

- Alteración de la presión arterial.
- Administración oral inmediata para corregir la alteración.

#### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Carencia de extremidades superiores e inferiores.

#### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Estetoscopio biauricular.
- Tensiómetro con brazalete apropiado a la complexión del paciente: Adulto promedio 12 a 14 cm de ancho, obeso de 18 a 22 cm.



#### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia. Llamarlo por su nombre.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	40seg	ENFERMERA
02	Tenga el material necesario a disposición.	Ahorro de tiempo y energía.	07seg	ENFERMERA
03	Coloque al paciente sentado o en decúbito dorsal. Retire la prenda de ropa gruesa para descubrir el brazo y antebrazo.	Deja la extremidad superior libre para medir.	80seg	ENFERMERA
04	Localice, palpe el pulso braquial (arteria braquial) con la yema de los dedos índice y medio (situados en la parte interna del espacio antecubital). Colóquese las olivas del estetoscopio en los oídos y coloque la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial del brazo del paciente elegido para la toma.	Tener un pulso arterial con buena intensidad. La comodidad mutua es importante para reconocer un buen control.	10seg	ENFERMERA
05	Coloque el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio antecubital (arriba del codo), verificando que el brazalete esté totalmente sin aire (desinflado). El indicador de la presión debe marcar cero.	Con el ajuste necesario y las manguerillas encima de la parte superior del brazo, permite una adecuada lectura.	45seg	ENFERMERA
06	Coja el manómetro en la mano derecha sobre el brazo del paciente y bombilla en mano izquierda, asegurándose de tener la llave bien cerrada, se procede a insuflar el brazalete hasta que el indicador de presión marque desde 160 mmHg. a 200 mmHg.	Se captara mucho mejor el 1er. y último Sonido del pulso arterial. Se considera el grosor de brazo de cada paciente, también dolor muscular.	40seg	ENFERMERA
07	Desinfe gradualmente el brazalete, abriendo lentamente la válvula de la perilla del manómetro y dejar salir el aire, a una velocidad aproximada 2 a 3 mmHg. Hasta oír el 1er sonido y luego el sonido más débil.	El primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff). Continuar disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, el último latido o cambio brusco de la intensidad corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff).	20seg	ENFERMERA

08	Desinfe por completo el brazalete y el estetoscopio del sistema de toma de presión. Y retire el tensiómetro y estetoscopio.	Permite comodidad al paciente.	05seg	ENFERMERA
09	Limpie las olivas y cápsula del estetoscopio con una torunda humedecida en solución desinfectante. Guarde el equipo en su estuche correspondiente.		10seg	ENFERMERA
10	Valore la presión arterial. Con alteración se administra captopril 1 tab. sublingual bajo indicación médica. Se muele la pastilla y se introduce debajo la lengua.	Se reduce la presión arterial alterada gradualmente.	100seg	
11	Registre la frecuencia de presión arterial obtenida. Con la fecha y hora del procedimiento.		10seg	
		TOTAL	267seg 6.2min	5 – 6 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente anquilosado, usar mecanismos que permitan la separación de la extremidad superior con el torso.</li> <li>✓ Colocar el brazo del paciente en un plano resistente.</li> <li>✓ Evitar que el estetoscopio esté sobre el brazalete.</li> <li>✓ Verificar el funcionamiento adecuado del equipo.</li> <li>✓ En caso de duda repetir el procedimiento.</li> <li>✓ Se administrará tratamiento a pacientes con alteración, según prescripción médica.</li> </ul>				

Fuente: Programa de Atención domiciliaria del Hospital II Gustavo Lanatta Luján – Abril 2015.



 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos</p> <p><b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 02 CONTROL DE TEMPERATURA CORPORAL</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

La temperatura normal es el equilibrio entre el calor producido y el calor perdido. Se refiere al grado de calor o de frío, expresados en término de una escala específica. La temperatura corporal representa un equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y su pérdida. Cuando la producción de calor es equivalente a la pérdida de temperatura corporal, ésta última se mantiene constante en condiciones normales. El control de la temperatura del cuerpo está regulada en el hipotálamo, que mantiene constante la temperatura central. La temperatura normal media de un paciente adulto está entre 36.7 y 37°C.

**Hipertermia:** Incremento importante de la temperatura corporal (más de 39°C).

**Hipotermia:** Temperatura corporal menor de la normal (menos de 36°C).

## II. OBJETIVOS

- Tener mediciones exactas de la temperatura corporal.
- Corregir alteración en la temperatura.
- Llevar el registro gráfico de las oscilaciones termométricas como un parámetro para determinar el curso de la enfermedad.

## III.- INDICACIONES

- No dejar solo al paciente mientras tenga colocado el termómetro.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Evitar tomar la temperatura bucal en pacientes con tos, hipo, delirio, bajo los efectos de la anestesia, disnea, lesiones bucales, etc.
- No tomar a pacientes que hayan ingerido bebidas calientes o frías durante los diez minutos anteriores.
- Propensos a convulsiones.
- Evitar tomarla cuando existen lesiones en la región elegida.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Los termómetros de uso común son los que tienen escala de mercurio, de bulbo largo (para toma de temperatura axilar, bucal o inguinal). Recomendado para los adultos mayores. La escala de medición está graduada en grados centígrados.
- Estuche de termómetro como porta.
- Torundas secas, en estuche de papel estéril.
- Hoja de registro.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia. Llamarle por su nombre.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	40seg	ENFERMERA
02	Tenga el material necesario a disposición en el neceser transportable.	Ahorro de tiempo y energía	07seg	ENFERMERA
03	Rectifique que la columna del mercurio registre menos de 35°C, si	Esto permitirá hacer una eficaz y real medición de la	10seg	ENFERMERA

	no es así, tome el termómetro con el dedo índice y pulgar y se agita enérgicamente mediante movimientos hacia abajo y bajando el nivel del mercurio.	temperatura.		
04	Coloque al paciente en una posición adecuada y cómoda, tomando en cuenta el diagnóstico e indicaciones posturales. Preparar la zona donde se va a tomar la temperatura, la cual debe ser axilar: introduciendo el termómetro a través de la manga del adulto mayor.		15seg	ENFERMERA
05	Coloque el termómetro en el centro de la axila; elevar el brazo del paciente, colocar el termómetro y bajar el brazo, pedirle que lo cruce para sostener el termómetro.	Determinar la temperatura exacta es importante. No dejar que se caiga o se exceda del centro de la axila.	15seg	ENFERMERA
06	Deje el termómetro de 3 - 5 minutos.	Tiempo necesario para que el mercurio marque la temperatura exacta del paciente.	300seg	ENFERMERA
07	Retire el termómetro y secarlo con una torunda seca en dirección del bulbo.	Se puede tener opacidad en el termómetro por la piel húmeda o sucia.	10seg	ENFERMERA
08	Verifique los grados de temperatura corporal registrados por el paciente y anotar.	La lectura permitirá valorar la temperatura alterada en el paciente y el registro nos permitirá comparar.	05seg	ENFERMERA
09	Baje la escala del mercurio hasta 35° y limpiarla con algodón y agua jabonosa, colocándolo en el portatermómetro. Ya en el centro asistencial se hará el respectivo lavado.	Preparar para el siguiente uso.	15seg	ENFERMERA
10	Valore la temperatura corporal, si está alterada administrar tratamiento necesario de acuerdo a indicación médica.	Mantener la temperatura corporal normal.	10seg	ENFERMERA
		TOTAL	427seg 7.2min	7 - 8 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ No dejar solo al paciente mientras tenga colocado el termómetro.
- ✓ El tratamiento médico indicado para corregir la temperatura corporal alterada, será otro procedimiento.

Fuente: Programa de Atención domiciliaria del Hospital II Gustavo Lanatta Luján – Abril 2015.

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos</p> <p><b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 03 CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

El pulso es la expansión transitoria de una arteria y constituye un índice de frecuencia y ritmos cardiacos. La frecuencia cardiaca es el número de latidos del corazón por minuto. Por cada latido, se contrae el ventrículo izquierdo y expulsa la sangre al interior de la aorta. Esta expulsión enérgica de la sangre origina una onda que se transmite a la periferia del cuerpo a través de las arterias. Las cifras normales de la frecuencia del pulso oscilan entre 60 y 80 por minuto.

**Bradycardia:** Disminución de los latidos cardiacos con una frecuencia menor de 60 por minuto.

**Taquicardia:** Frecuencia cardiaca superior a los 100 latidos por minuto.

## II. OBJETIVOS

- Tener mediciones exactas de la frecuencia cardiaca.
- Evaluar los valores de la frecuencia cardiaca y hacer comparación con otros controles.

## III.- INDICACIONES

- Alteración de la frecuencia cardiaca.
- Conocer complicaciones sépticas o sistémicas.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Reloj de pulsera con segundero.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia. Llamarlo por su nombre.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	40seg	ENFERMERA
02	Tenga el material necesario a disposición.	Ahorro de tiempo y energía.	07seg	ENFERMERA
03	Seleccione la arteria en que se tomará la frecuencia del pulso: Radial, temporal, facial, carotideo, humeral, femoral o pedio.	La sensibilidad se agudiza para percibir la intensidad de la arteria.	05seg	ENFERMERA
04	Coloque la yema de los dedos; índice, medio y anular sobre la arteria. Suele utilizarse la arteria radial debido a que está cerca de la superficie de la piel y es fácilmente accesible.	La percepción es más fiel.	03seg	ENFERMERA

05	Presione la arteria sobre el hueso o superficie firme de fondo para ocluir el vaso y luego liberar lentamente la presión. Presione solamente lo necesario para percibir las pulsaciones teniendo en cuenta fuerza y ritmo.	Se escucha mejor	03seg	ENFERMERA
06	Cuenta segundo a segundo los latidos cardiacos, durante un minuto.	Se tendrá un conteo real de las pulsaciones.	60seg	ENFERMERA
07	Anote la frecuencia cardiaca.	Permitirá comparaciones	05	ENFERMERA
		TOTAL	123seg 2.05min	1 - 2 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Evitar tomar el pulso cuando el paciente esté en actividad.
- ✓ Estar alerta cuando el paciente registre una frecuencia de pulso menor de 50 ó superior de 100 pulsaciones por minuto. Considerar si las pulsaciones son demasiado débiles, fuertes o irregulares.
- ✓ En caso de que sea difícil tomar las pulsaciones al paciente, hacer la toma durante un minuto. Si aún no es posible percibir las pulsaciones, hacer la toma de frecuencia cardiaca apical (esto es con el estetoscopio en el área cardiaca).
- ✓ En caso de duda repetir el procedimiento.

Fuente: Programa de Atención domiciliaria del Hospital II Gustavo Lanatta Luján – Abril 2015.

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</p>	<p>FECHA: ABRIL 2015</p> 
	<p>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 04 CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA</p>	

## I.- DEFINICIÓN

La respiración es el proceso constituido por el transporte de oxígeno a los tejidos corporales y la expulsión de bióxido de carbono. El proceso consiste en inspiración y espiración, difusión del oxígeno desde los alvéolos pulmonares a la sangre y del bióxido de carbono desde la sangre a los alvéolos, y transporte de oxígeno hacia tejidos y órganos corporales.

El centro respiratorio se encuentra en el bulbo raquídeo encefálico, conjuntamente a los valores del bióxido de carbono en la sangre, controlan la frecuencia y profundidad de la respiración. La frecuencia respiratoria normal de un paciente adulto sano es de 15 a 20 respiraciones por minuto (con un margen de 24 a 28 respiraciones por minuto).

Complicaciones

**Apnea:** Ausencia de respiración.

**Bradipnea:** Respiraciones irregulares lentas con frecuencia menor de 10 por minuto.

**Taquipnea:** Frecuencia respiratoria aumentada, mayor de 20 por minuto.

**Respiración de Biot:** Respiración con interrupciones abruptas que ocurren con una frecuencia respiratoria más rápida y profunda.

**Respiración de Cheyne-Stokes:** Respiración irregular que se presenta con periodos de apnea, seguidos de respiraciones rápidas y profundas, continuando con respiraciones lentas y superficiales. Los periodos de apnea suelen durar hasta 10 segundos, iniciando nuevamente el ciclo.

**Respiración de Kussmaul:** Respiración difícil que se presenta en forma paroxística, llamada "hambre de aire", comúnmente se presenta en pacientes en coma diabético.

## II. OBJETIVOS

- Conocer las variaciones de la respiración del paciente, para valorar su estado y curso de la enfermedad.

## III.- INDICACIONES

- Para descartar variedad de procesos respiratorios.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguno.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

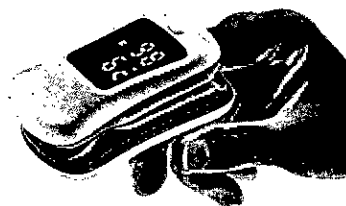
- Reloj con segundero.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia. Llamarlo por su nombre.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	40seg	ENFERMERA
02	Tenga el material necesario a disposición.	Ahorro de tiempo y energía.	07seg	ENFERMERA
03	Retire prendas del tórax. Coloque al paciente en posición cómoda, sentado	Deja el torso libre para observar una ampliación	30seg	ENFERMERA

	o si esta en cama, decúbito supino.	exacta del tórax.		
09	Cuenta por un minuto las respiraciones del paciente.	Se tiene las respiraciones exactas.	60seg	ENFERMERA
10	Registre la frecuencia respiratoria.	Permite comparaciones.	05seg	ENFERMERA
		TOTAL	142seg 2.4min	2 - 3 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tomar en cuenta que es difícil para un paciente respirar naturalmente, si sabe que se le están contando las respiraciones.</li> <li>✓ Si es necesario, en pacientes con problemas contar un minuto completo las respiraciones. En caso de duda repetir el procedimiento.</li> <li>✓ Estar alerta cuando el paciente registre una cifra menor de 14 respiraciones o superior a 28, en pacientes adultos. Asimismo, si presenta caracteres anormales.</li> </ul>				

Fuente: Programa de Atención domiciliaria del Hospital II Gustavo Lanatta Luján – Abril 2015.



### I.- DEFINICIÓN

La **oximetría de pulso o pulsioximetría** es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos.

### II. OBJETIVOS

- Tener mediciones exactas del oxígeno.
- Evaluar los valores de oximetría.

### III.- INDICACIONES

- En general son útiles en los cuidados de pacientes en los que se prevea una alteración en la oxigenación o para valorar determinadas terapéuticas:
  - Distress respiratorio en el asma.
  - Cianosis.
  - Valoración de tolerancia al ejercicio.
  - Evaluación o control de oxigenoterapia.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Enfriamiento de las extremidades (manos).
- Inadecuada irrigación periférica.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Pulsoxímetro con un sensor en forma de pinza. En la pinza tiene un productor de luz que se refleja en la piel del pulpejo del dedo, este sensor mide la cantidad de luz absorbida por la oxihemoglobina circulante en el paciente.

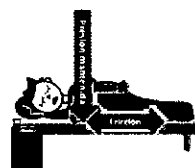
### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia. Llamarlo por su nombre.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	40seg	ENFERMERA
02	Tenga el material necesario a disposición.	Ahorro de tiempo y energía.	07seg	ENFERMERA
03	Se debe masajear el pulpejo del dedo del paciente, luego se coloca la pinza con el sensor y se espera a recibir la información en una pantalla del aparato en la que aparecerá la siguiente información: Índice de saturación de oxígeno y Frecuencia cardiaca.	Necesario para una buena captación de la oxigenación y situaciones de necesidad.	20seg	ENFERMERA
04	Valore la oxigenación, si está alterada administrar tratamiento necesario de acuerdo a indicación		30seg	ENFERMERA

	médica.			
05	Anote.		05seg	ENFERMERA
		TOTAL	102seg 1.7min	2 – 3 mn
<p><b>OBSERVACIONES:</b>  Hay limitaciones de una buena pulsioximetría:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alteraciones de la hemoglobina (MetHb o COHb).</li> <li>✓ Colorantes y pigmentos en la zona de lectura (uñas pintadas).</li> <li>✓ Fuentes de luz externa.</li> <li>✓ Hipoperfusión periférica.</li> <li>✓ Anemia.</li> <li>✓ Aumento del pulso venoso.</li> <li>✓ No detecta hiperóxia.</li> <li>✓ No detecta hipoventilación.</li> </ul>				

Fuente: Programa de Atención domiciliaria del Hospital II Gustavo Lanatta Luján – Abril 2015.





## I.- 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 la Escala de Valoración de riesgo.

La inspección de la piel de los individuos, es una práctica tradicional que incluyen los programas de cuidado integral de la piel. El papel que cumple la valoración sistemática y rutinaria de la piel en la disminución de la incidencia de úlceras por presión no está documentado. Sin embargo se considera fundamental para cualquier plan de prevención de las úlceras, que el profesional de salud, inspeccione la piel de los individuos expuestos. Esta evaluación de la piel debe estar enfocada hacia las prominencias óseas, ya que estas son los sitios más frecuentes para el desarrollo de las úlceras. La inspección de la piel provee información esencial para determinar la intervención para reducir los riesgos y para evaluar los resultados de dicha intervención.

## II. OBJETIVOS

- Valorar el grado de riesgo de desarrollar UPP de una manera efectiva y fiable.

## III.- INDICACIONES

- Al ingreso y cada vez que se observen los siguientes cambios relevantes, en cualquiera de estos casos se deberá proceder a una nueva evaluación.
  - La aparición de isquemia por cualquier causa.
  - Los períodos de hipotensión
  - Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
  - Las pérdidas de movilidad de cualquier origen.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Con puntaje de limitación física, menor de 2.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Instrumento: "Escala de Norton"
- Guantes.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

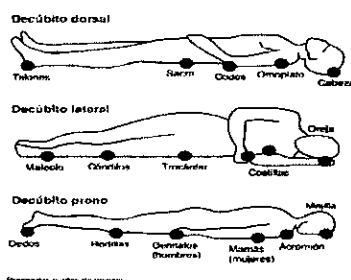
PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Recepcione al paciente e ingréselo a PADOMI, en la primera visita domiciliaria.	Confianza y seguridad necesaria para formar parte del equipo Padomi.	120seg	ENFERMERA
02	Informe al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una UPP y de la pertinencia de la valoración de riesgo de padecerlas para prevenir su aparición. Eduque sobre movilizar, higiene, hidratación, estadios.	Capacidad de asistir, guardar, conservar, recelar o preocuparse por el adulto mayor. Integrar la dimensión humana y la dimensión técnica, mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor.	600seg	ENFERMERA
03	Realice la valoración inicial de ingreso, según la Escala de Norton, de acuerdo	Cada apartado se puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1	120seg	ENFERMERA

	a los cinco aspectos considerados.	significa el estado menos favorable.		
04	Registre el resultado de la valoración con firma y sello del responsable de la evaluación, en el instrumento "Valoración de riesgo de úlcera por presión".	El tiempo que emplea la enfermera en evaluar la situación del paciente debe quedar registrada.	60seg	ENFERMERA
05	Reevaluación periódica o en cada visita domiciliaria, en caso de no observarse cambios relevantes según evolución del paciente.	Valorar si los cuidados familiares son los adecuados permitirá reforzar o volver a educar.	120seg	ENFERMERA
06	Reevaluación oportuna en fechas programadas para actividades de procedimiento en pacientes de alto riesgo.	Aplicar la Escala de Norton.	60seg	ENFERMERA
07	Aplique cuidados en función del resultado obtenido, si el riesgo es alto aplicar acciones de prevención.	Talleres con demostración permitirán aclarar confusiones.	120seg	ENFERMERA
08	Registre los cuidados y medidas preventivas en instrumentos de historia clínica.	Estos datos serán testigo de nuestro trabajo y permitirán un seguimiento.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	1260seg 21min	20 – 22 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ La valoración es el punto de comienzo y la base en la planificación del tratamiento y evaluación de los resultados. También es esencial a la hora de la comunicación entre cuidadores.

Fuente: Adecuación de propuesta presentada por el Departamento de Enfermería del HNCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.



## I.- DEFINICIÓN

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea; producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a "el". (M.J. Armendáriz 1999).

## II. OBJETIVOS

- Contribuir en el cuidado de la piel y control del riesgo de formación de úlceras por presión.
- Unificar criterios en la aplicación de medidas de prevención de úlceras por presión.

## III.- INDICACIONES

- En todo pacientes postrados, siendo adulto mayor o no.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Situaciones de necesidad de escarectomía.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Guantes
- Crema hidratante con vitaminas.
- Almohadas de globos, plumas, etc.
- Rodetes.
- Suero fisiológico salino.
- Apósitos hidrocoloides o hidrocoloide en gel.
- Colchón anti escaras.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

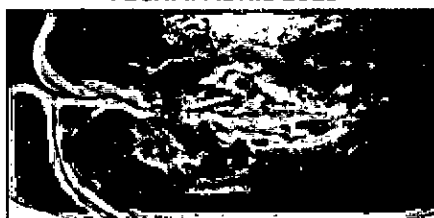
PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Realice lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Prevenir infecciones	60seg	ENFERMERA
02	Prepare psicológicamente al paciente.	Disminuye el temor y dolor.	20seg	ENFERMERA
03	Evalúe el estado de la piel: sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura e induración, sensación de picor o dolor y prominencias óseas (sacro, talones, tobillos, codos y occipucio) para identificar precozmente signos de lesión.	Se aplica escala de Norton; consiguiendo un puntaje.	120seg	ENFERMERA
04	Identifique los factores de riesgo como incontinencia urinaria, deposiciones líquidas, etc.; para actuar disminuyendo o evitando el contacto con la piel.	Necesario evitar que aumente la lesión en la piel.	10seg	ENFERMERA

05	Eduque, oriente y aconseje al paciente y/o familia de aquí en adelante: Utilice agua tibia y jabón de glicerina en la higiene diaria del adulto mayor y realice el secado meticuloso sin fricción.	Reforzar las medidas preventivas.  Los cambios en la piel del adulto mayor contribuyen a su rotura.	15seg	ENFERMERA
06	Use cremas hidratantes, no usar: colonias, alcohol, talco.	El adulto mayor tiene la piel muy seca.	10seg	ENFERMERA
07	Realice ejercicios pasivos, teniendo en cuenta la condición hemodinámica del adulto mayor.	Evitará el anquilosamiento y disminuirá la flacidez muscular.	20seg	ENFERMERA
08	Realice cambios posturales cada dos horas y si está sentado recolocarlos cada hora, reajustando la programación a las necesidades individuales de cada usuario.	Se aplica el reloj de cambios posturales para prevención de UPP.	60seg	
09	Mantenga la ropa limpia, seca; y las sábanas, soleras lisas, sin dobleces, ni objetos, que produzcan lesión sobre la piel del adulto mayor.	Causa cizallamiento y lesiona la piel.	60seg	ENFERMERA
10	Utilice almohadas, cojines y otros para proporcionar efecto de puente por encima y por debajo de la zona de riesgo y/o zonas de presión.	Se busca que el área afectada no toque la superficie de la cama.	60seg	ENFERMERA
11	Utilice colchón antiescaras (si fuera posible) para disminuir la presión en sitios susceptibles.	Extiende la superficie de apoyo, distribuyendo el peso del adulto mayor.	40seg	ENFERMERA
12	Asegure la ingesta de líquidos y dieta hiperproteica.	La dieta deberá garantizar el aporte mínimo de: líquidos, calorías, proteínas, minerales, vitaminas: A, B, C, ácido fólico y zinc.	60seg	
13	En caso de presentar UPP, identifique el grado y realice la curación.	Se aplicará un guía de curación de UPP según estadios.	30seg	
		TOTAL	565seg 9.4min	9 – 10 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Cada actuación estará dirigida a disminuir la presión, fricción y cizallamiento, que podrá obtenerse mediante técnicas de posicionamiento (encamado o sentado) y una elección apropiada de superficies de apoyo.

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012



## I.- DEFINICIÓN

Cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.

Por su extensión:

- Estadio I: Enrojecimiento de piel y eritema.
- Estadio II: Lesión dérmica – Piel agrietada.
- Estadio III: Ulceración.
- Estadio IV: Pérdida de sustancia y excavación.

Son las intervenciones destinadas a la curación de una úlcera por presión para favorecer la formación y crecimiento del tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.

## II. OBJETIVOS

- Reducir, mitigar y/o eliminar la UPP mediante la aplicación de la técnica correcta, así como la unificación de insumos para la curación según estadios.

## III.- INDICACIONES

- En todo paciente con úlceras de presión.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Situaciones de necesidad de escarectomía.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Medios de barrera: mandilón, mascarilla, guantes quirúrgicos.
- Cloruro de sodio al 0.9%.
- Guantes estériles.
- Paquete de gasas estériles.
- Apósitos hidrofibra c/s plata.
- Hidorcoloide en gel.
- Alginato de calcio.
- Protectores cutáneos: solución polimérica en spray.
- Película de poliuretano con adhesivo acrílico.
- Equipo de tres piezas: pinza koher, tijera, pinza de disección.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Explique al paciente y familia el procedimiento que se va a realizar y el tiempo que va a durar la curación dando el apoyo emocional correspondiente a su estado de conciencia.	Disminuirá el estado de ansiedad y preocupación.	60seg	ENFERMERA
02	Realice lavado de manos correctamente y aplicar las medidas de bioseguridad.	Evitará posibles riesgos de infección.	60seg	ENFERMERA
03	Realice la valoración de la UPP considerando: localización, grado y/o estadio, dimensiones antes de iniciar la	Escala de Norton y su puntaje.	120seg	ENFERMERA



	curación.			
04	<p><b>ESTADIO I</b> Eritema que no palidece con la digito presión, piel intacta, en pacientes de color oscura observar edemas, induración, decoloración de la piel o calor local.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9% tibio.</li> <li>○ Seque la piel suavemente con gasas. NO FROTAR.</li> <li>○ Aplique el apósito hidrocoloide extrafino en la superficie enrojecida.</li> <li>○ Refuerce con esparadrapo antialérgico los bordes para mayor duración.</li> <li>○ Rotular cambio de fecha del apósito y el grado de la úlcera.</li> <li>○ Utilice dispositivos que eviten la presión en las zonas de riesgo (almohadas, cojines, colchón neumático).</li> </ul>	Es necesario valorar al paciente al ingreso, y de forma continuada, teniendo en cuenta la posible etiología y los factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras. Para ello es recomendable utilizar una escala de valoración. Evalúa factores de riesgo que incrementan la vulnerabilidad para desarrollar lesiones.	180seg	ENFERMERA
05	<p><b>ESTADIO II</b> Pérdida parcial del grosor de la piel que implica la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y presenta como una abrasión, ampolla o cráter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Limpie la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9%, con mínima fuerza mecánica y eficaz.</li> <li>○ Seque la piel afectada suavemente con gasas estériles secas. No frotar.</li> <li>○ Si hay presencia de flictenas, evacuar el líquido sin retirar la piel que lo cubre.</li> <li>○ Aplique apósito hidrocoloide extrafino, sobrepasando 3cm de la herida, proteger la piel periulceral con película de protección cutánea. Reforzar los bordes si es necesario.</li> <li>○ Rotular fecha del cambio de apósito y estadio de UPP.</li> <li>○ Utilice dispositivos que evite la presión y fricción de la zona afectada y de riesgo.</li> </ul>	Este tejido es muy sensible por lo que debe ser tratado con cuidado. Lo recomendable es no aplicar ningún producto y protegerlo con un apósito que mantenga la humedad y que no se adhiera. Podemos utilizar apósitos hidrocelulares, añadiendo hidrogel si consideramos necesario aportar humedad, apósitos lípido-coloides (trama impregnada de hidrocoloide y vaselina) y apósitos hidrocoloides (pueden macerar).	220seg	ENFERMERA
06	<p><b>ESTADIO III</b> Pérdida completa del grosor de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo y presencia de exudado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Irrigue la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9%.</li> <li>○ Utilice jeringa de 20cc para conseguir la presión necesaria y eliminar los restos de curas</li> </ul>	La valoración de la cantidad de exudado (escaso, moderado, abundante) es importante para la elección del apósito a utilizar. También es importante el aspecto	360seg	ENFERMERA

	<p>anteriores, exudado, detritus y/o bacterias sin dañar los tejidos sanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si la UPP contiene grandes exudados: irrigue el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes.</li> <li>○ Seque dando toques con una gasa estéril. No frotar.</li> <li>○ En caso de presencia de tejido necrótico: Realice desbridamiento autolítico, enzimático y/o cortante. O combinación de estos ya que uno no excluye al otro. Realizar cura en ambiente húmedo. Utilizando hidrogel, alginato de calcio o hidrofibra cubriendo con apósito que retenga humedad como el hidrocoloide en lámina y/o película de poliuretano (si no hay signos de infección) dejándolos actuar de 3 a 4 días; y en caso que tenga signos de infección cubrir solo con gasas, cuyos cambios son diarios.</li> <li>○ Ante la presencia de signos de infección: intensifique las medidas de limpieza y desbridamiento.</li> <li>○ Si después de intensificar las medidas de limpieza y desbridamiento, la úlcera no evoluciona favorablemente, y continúa los signos locales de infección: Se puede implantar un régimen de tratamiento con apósitos con plata cuyos cambios son de 1 a 3 días según saturación del apósito más gasas (cambio diario).</li> <li>○ Si la UPP se encuentra limpia y tiene heridas profundas con presencia de cavitaciones y/o tunelaciones rellenar de 50 a 80% estas, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso usando productos basados en el principio de cura en ambiente húmedo.</li> <li>○ Cuando el tejido ya granuló se puede usar sustancias que ayuden a la epitelización, cubriéndolo con apósito hidrocoloide extrafino.</li> <li>○ La frecuencia del cambio de los apósitos estará en función del o</li> </ul>	<p>del exudado (seroso, purulento, hemorrágico).</p> <p>Cuando la integridad cutánea se rompe, la lesión, es invadida por microorganismos autóctonos o por otras no habituales, pudiendo producirse una infección. La infección prolonga las fases inflamatorias y proliferativa del proceso de cicatrización, dificultando la formación de tejido de granulación y, por lo tanto, se enlentece o detiene el proceso de curación: Aumento del dolor, Eritema, Calor, Edema, Aumento de exudado, mal olor, demora en la cicatrización.</p>		
--	--	---	--	--

	<p>los productos seleccionados y del criterio profesional. Como regla general se puede utilizar la escala de Norton.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apósitos transparentes o en láminas que permite despegar y pegar, mantener de 4 a 7 días.</li> <li>○ En geles o hidrogeles cambiar cada 3-4 días.</li> <li>○ En heridas muy exudativas el cambio se efectuará según la demanda generalmente 1 a 2 días.</li> </ul>			
07	<p><b>ESTADIO IV</b> Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, capsula articular, etc.). En este caso como en el III pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones; deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera. El procedimiento será igual al estadio III, manteniendo el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.</p>	<p>No utilizar antisépticos. No se ha evidenciado disminución de bacterias y si la posibilidad de afectación del tejido que está en fase de crecimiento, dermatitis de contacto y alteraciones sistémicas por absorción.</p>	360seg	ENFERMERA
08	<p>Registrar la curación en las notas de enfermería, kárdex y evolución de la UPP.</p>		60seg	ENFERMERA
	TOTAL	<p>ESTADIO I ESTADIO II ESTADIO III – IV</p>	<p>480seg 520seg 660seg</p>	8 – 11 mn.
<p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente anquilosado, usar mecanismos que permitan la separación de la extremidad superior con el torso. Esto tomará más tiempo. Y cuando hay excitación se impone la sujeción de protección.</li> <li>✓ En todo caso la estrategia de cuidados dependerá de la situación global del paciente.</li> </ul>				

Fuente: Guía de Prevención y Curación de UPP. Departamento de Enfermería Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2011 - 2012



 <b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b>	<b>FECHA: ABRIL 2015</b> 
	<b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 09 CURACIÓN DE ÚLCERAS VARICOSAS</b>	

## I.- DEFINICIÓN

Solución de continuidad con pérdida de sustancia de cualquier superficie epitelial del organismo, que se caracteriza por su escasa o nula tendencia a cicatrizar por sí misma.

Las Úlceras Venosas se podrían definir como lesiones con pérdida de sustancia que asientan sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica. También se las conoce como úlceras de estasis. La trascendencia de la situación de integridad o no del sistema valvular en las venas profundas y la importancia de la bomba muscular gemelar en la etiología de estasis venosa son aceptada en general.

Las Úlceras Arteriales se pueden definir como aquellas que son consecuencia de un déficit del aporte sanguíneo a la extremidad afectada secundario a una arteriopatía generalmente crónica. También se las conoce como isquémicas.

## II. OBJETIVOS

- Reducir, mitigar y/o eliminar la Úlcera Varicosa mediante la aplicación de la técnica correcta, así como la unificación de insumos para la curación.

## III.- INDICACIONES

- En todo paciente con úlcera varicosa.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Sangrado excesivo.

## V.-EQUIPOS Y MATERIALES



- Guantes estériles
- Paños estériles
- Gasa
- Vendas de algodón
- Vendas elásticas y de hilo
- Instrumental estéril: bisturí, tijera, pinzas de disección, pinzas de mosquito, portaguñas, seda o catgutt para sutura, punch de varios mm
- Frasco con formol
- Frasco estéril para cultivo - Antisépticos (clorexidina, povidona yodada)
- Pomadas enzimáticas
- Productos bioactivos
- Cicatrizantes
- Alginatos
- Hidrofibra
- Hidrogeles
- Hidrocoloides
- Hidrocelulares
- Apósitos de carbón
- Apósitos con Ag

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Irrigue la zona afectada con cloruro de sodio al 0.9%.	La eliminación de residuos evitará infecciones.	60seg	ENFERMERA
02	Utilice jeringa de 20cc para conseguir la presión necesaria y eliminar los restos de curas anteriores, exudado, detritus y/o bacterias sin dañar los tejidos sanos.	Los cuidados deben comenzar eliminando el tejido neurótico, limpiando con suero fisiológico y desbridando, en caso necesario. La utilización de antisépticos locales es discutida por la posibilidad de su efecto tóxico para el tejido de granulación.	20seg	ENFERMERA
03	Si la UPP contiene grandes exudados: irrigue el suero en espiral, del centro de la lesión hacia los bordes.	El tejido húmedo y desvitalizado favorece la proliferación de organismos patógenos e interfiere en el proceso de curación.	120seg	ENFERMERA
04	Seque dando toques con una gasa estéril. No frotar.	La presión excesiva impide el cierre capilar.	10seg	ENFERMERA
05	En caso de presencia de tejido necrótico: Realice desbridamiento autolítico, enzimático y/o cortante. O combinación de estos ya que uno no excluye al otro. Realizar cura en ambiente húmedo. Utilizando hidrogel, alginato de calcio o hidrofibra cubriendo con apósito que retenga humedad como el hidrocoloide en lámina y/o película de poliuretano (si no hay signos de infección) dejándolos actuar de 3 a 4 días; y en caso que tenga signos de infección cubrir solo con gasas, cuyos cambios son diarios.	Es recomendable elevar el miembro afectado cuando se esté en reposo. La evidencia actual recomienda como principal tratamiento la compresión progresiva de la extremidad afectada (la presión debe ir aumentando desde el pie-tobillo hacia la rodilla o muslo), siendo los sistemas de múltiples capas más eficaces que los de una sola capa.	15seg	ENFERMERA
06	Ante la presencia de signos de infección: intensifique las medidas de limpieza y desbridamiento.	Intensificar la limpieza y el desbridamiento, insistir en las normas generales de asepsia; guantes estériles, lavado de manos.	60seg	ENFERMERA
07	Si después de intensificar las medidas de limpieza y desbridamiento, la úlcera no evoluciona favorablemente, y continúa los signos locales de infección: Se puede implantar un régimen de tratamiento con apósitos con plata cuyos cambios son de 1 a 3 días según saturación del apósito más gasas (cambio diario).	Lo más importante será tratar la causa que produce la úlcera por lo que, será el cirujano vascular, el que deberá disponer el tratamiento de la insuficiencia arterial.	120seg	ENFERMERA
08	Si la UPP se encuentra limpia y tiene heridas profundas con presencia de cavitaciones y/o tunelaciones rellenar de 50 a	Utilizar la mínima fuerza mecánica y materiales menos agresivos tanto en la limpieza como en el secado.	60seg	ENFERMERA

	80% estas, para evitar que se formen abscesos o cierres en falso usando productos basados en el principio de cura en ambiente húmedo.			
09	Cuando el tejido ya granuló se puede usar sustancias que ayuden a la epitelización, cubriéndolo con apósito hidrocoloide extrafino.	Para prevenir la formación de abscesos se debe eliminar el espacio muerto rellenando parcialmente entre la mitad y los $\frac{3}{4}$ de las cavidades y túneles con productos de cura húmeda.	30seg	ENFERMERA
10	La frecuencia del cambio de los apósitos estará en función del o los productos seleccionados y del criterio profesional. Apósitos transparentes o en láminas que permite despegar y pegar, mantener de 4 a 7 días. En geles o hidrogeles cambiar cada 3-4 días. En heridas muy exudativas el cambio se efectuará según la demanda generalmente 1 a 2 días.	La elección del apósito es una decisión importante y, en ocasiones, difícil; debiendo tener en cuenta las características de la lesión y la fase en la que se encuentra. No conviene rellenar en exceso la cavidad. La colocación deficiente de los apósitos de fijación puede provocar alteraciones en la lesión y en su cicatrización.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	555seg 9.25min	9 – 10 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente anquilosado, usar mecanismos que permitan la separación de la extremidad superior con el torso.</li> <li>✓ Evitar técnicas agresivas.</li> <li>✓ En situación de agonía valorar la necesidad de los cambios posturales.</li> </ul>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015.

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p>
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 10 CURACIÓN DE PIE DIABÉTICO</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

Corresponde a la curación No Tradicional de aquellas heridas de pacientes diabéticos que se sitúan en la planta del pie, en el talón o en los artejos.

## II. OBJETIVOS

- Aliviar el dolor, prevenir la infección y facilitar la cicatrización.

## III.- INDICACIONES

- Adulto mayor con diagnóstico de diabetes.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Adultos mayores con tratamiento de anticoagulantes.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipos de curación estéril
- Pinzas anatómicas y quirúrgicas
- Tijeras
- Cubetas
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Agentes regeneradores de tejido (alginatos, apósitos hidrocoloides, etc.)
- Agentes debridadores
- Vendas
- Jeringas de 10cc estéril
- Esparadrapo
- Guantes estériles
- Apósitos
- Depósito para desechos de material según normas de precauciones universales.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Lávese las manos.	Previene contaminación e infección secundaria.	45seg	
02	Explique el objetivo al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	60seg	ENFERMERA
03	En caso de que existan apósitos retírelos con suavidad y observe las condiciones en que se	La selección de apósitos depende: lugar de la lesión, estadio y severidad, cantidad	20seg	ENFERMERA

	encuentran (tipo de secreción).	de exudado, signos de infección, etc.		
04	Vuelva a lavarse las manos. Y ponerse los guantes.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	60seg	
05	Realice valoración de heridas de pie diabético.	Tener en cuenta: factores de riesgo (inmovilidad, incontinencia, nutrición, nivel de conciencia); enfermedades que interfieren (alteraciones vasculares, respiratorias, metabólicas, inmunológicas, depresión, psicosis, etc.)	40seg	
06	Ponga al paciente en una posición cómoda y adecuada para realizar la curación.	Evitar inadecuadas posturas aliviará el dolor.	60seg	
07	Si la herida se encuentra limpia, irriéguela con suero fisiológico, retire el exceso con una gasa estéril, aplique el apósito adecuado para la herida y cubrir.	Usar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre sin que se produzca traumatismo en el fondo de la herida.	90seg	ENFERMERA
08	Si la herida está infectada, límpiela con gasa estéril con suero fisiológico, desde el área limpia de la herida al área sucia. Aplique tratamiento antibiótico tópico más usado frente a gram positivos, negativos y anaerobios.	Los antibióticos tópicos son la sulfadiazina argéntica y el ácido fusídico. Si persiste la infección hacer cultivos de tejidos blandos y descartar osteomielitis.	120seg	
09	Utilice la gasa una sola vez y deseche. Administre antibiótico indicado por vía sistémica, según antibiograma.	La curación puede verse perjudicada por niveles de bacterias superiores a 10 <sup>5</sup> organismos/gramo de tejido.	60seg	
10	Cubra con apósito y fije.	En general debn evitarse los apósitos eclusivos si existe infección clínica.	60seg	
11	Retire el equipo para su limpieza correspondiente.	Descartar lo contaminado, y lavar los equipos para esterilizar.	40seg	
12	Sáquese los guantes.		10seg	
13	Deje cómodo al paciente.	Aliviar los efectos de dolor y de incomodidad.	35seg	ENFERMERA
14	Anote los datos obtenidos pertinentes.	Esto permitirá valorar un seguimiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	652seg 10.86min	10 – 11 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Hay que tranquilizar al paciente.
- ✓ Calmar el dolor si es necesario.
- ✓ Averiguar el elemento causante.
- ✓ Delimitar áreas.
- ✓ La frecuencia de la curación dependerá tanto del estado de la herida como del apósito que se aplicará.
- ✓ Este procedimiento lo realiza solo enfermera y/o médico.
- ✓ Si existe sospecha o evidencia de celulitis, osteomielitis, o bacteriemia, el paciente es tributario de atención médica urgente.

Fuente: Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015  
<http://es.slideshare.net/fbravog/manual-de-normas-tecnicas-procedimientos-cesfam-2011>



**I.- DEFINICIÓN**

Procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

Es electiva cuando se realiza en forma preventiva cuando se espera, debido a la enfermedad de base, un empeoramiento de la ventilación.

**II. OBJETIVOS**

- Reestablecer la vía aérea, permitiendo una adecuada función respiratoria.

**III.- INDICACIONES**

- Preoperatorio de grandes intervenciones, neuroquirúrgicas y del cuello.
- Previo a la irradiación del cáncer laríngeo.
- Enfermedades neurológicas degenerativas.
- Comas.
- Excepcionalmente para eliminar secreciones traqueales e enfermedades respiratorias crónicas agudas.

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

- Adulto mayor con diagnóstico de cáncer en la zona de punción.

**V.- EQUIPOS Y MATERIALES**

- Hisopos
- Envases de solución salina estéril o de agua estéril
- Agua oxigenada
- Vendas de gasa partidas de 2x2 para vía intravenosa
- Vendas de gasa comunes de 2x2
- Vasos para tomar medicamentos o varios recipientes limpios pequeños
- Guantes no estériles
- Toalla o cobija pequeña enrollada

**VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**



<b>PASO N°</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>FUNDAMENTO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
01	Lávese las manos con agua y jabón. Séquese bien.	Tomar medidas asépticas.	60seg	ENFERMERA
02	Reúna los materiales en un área de trabajo limpia y ábralos para tenerlos a su alcance.	Tener todo a disposición y a la mano evitará contratiempos y contaminación.	120seg	ENFERMERA
03	Si en el lugar de la traqueotomía sólo presenta secreción, abra un envase de agua o solución salina estéril y viértalo en un vaso para tomar medicamentos o en un recipiente pequeño y limpio.	El lavado con agua estéril retirará todos los residuos.	60seg	ENFERMERA

04	Coloque una toalla o cobija pequeña enrollada por debajo de los hombros de paciente.	Resulta más fácil ver y limpiar el área de la estoma.	10seg	ENFERMERA
05	Aspire el tubo de traqueotomía antes de limpiar el lugar. Con guantes de barrera.	Esto puede ayudar a disminuir la mucosidad durante el proceso de limpieza.	25seg	ENFERMERA
06	Póngase los guantes estériles.	Previene contaminaciones y futuras infecciones.	60seg	ENFERMERA
07	Evalúe la estoma (orificio en la piel)) para ver si presenta signos de infección, como por ejemplo, enrojecimiento, hinchazón, sangrado, heridas en la piel, secreción clara (pus).	Si presenta al menos uno de estos síntomas, comunique al médico	40seg	ENFERMERA
08	Si no presenta costras de mucosidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sin soltar el tubo de traqueotomía alrededor del cuello, retire el mandril y lávalo con suero fisiológico, introduciendo una gasa empapada. Repítalo.</li> <li>○ Moje una gasa en solución salina estéril. Pase la gasa entre el tubo de traqueotomía y la piel con movimientos circulares, hacia afuera.</li> <li>○ Use cada gasa una sola vez, luego descarte.</li> <li>○ Repita este proceso hasta haber eliminado la mucosidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Retirar todos restos de secreciones permitirá una eficacia respiratoria.</li> <li>○ El acumulo de secreciones causa eritema y luego UPP.</li> </ul>	160seg	ENFERMERA
09	Corte una gasa por en medio para proteger todo el equipo y cubrirlo de residuos ambientales. Asegure los bordes con esparadrapo.	Mantener medidas de bioseguridad, para evitar infecciones.	60seg	ENFERMERA
10	Cambie la tira de sujeción alrededor del cuello. Previamente asear e hidratar la piel del cuello.	Evitará que se desprenda el tubo.	90seg	ENFERMERA
11	Elimine todo el material contaminado y lave los equipos.	Debe quedar todo en orden y limpio.	100seg	ENFERMERA
		TOTAL	785seg 13.1min	13 – 14 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Tomaremos en cuenta que se puede tomar más tiempo si el paciente esta anquilosado, contracturado o con excitación física.

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PADOMI</b>	<b>FECHA: ABRIL 2015</b> 
	<b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 12 RETIRO DE PUNTOS</b>	

### I.- DEFINICIÓN

Es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada.

### II. OBJETIVOS

- Evitar procesos inflamatorios e infección.

### III.- INDICACIONES

- Post – sutura.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Dehiscencia de puntos.
- Herida infectada.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipo de curación estéril: con una pinza quirúrgica
- Porta bisturí
- Un bisturí
- Tijeras
- Gasa estéril
- Suero fisiológico
- Esparadrappo
- Mascarilla
- Guantes estériles
- Depósito para desechos



### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Lávese las manos y reúna el material a utilizar.	Mantener medidas de asepsia y tener todo completo evitará contaminaciones.	45seg	ENFERMERA
02	Prepare psíquica y físicamente al adulto mayor.	Dará seguridad y tranquilidad.	60seg	ENFERMERA
03	Delimite el área sucia y proceda a limpiar.	Un campo estéril de tela o papel será necesario.	20seg	ENFERMERA
04	Desprenda el esparadrappo desde los extremos, hacia el centro, dejando los extremos de ésta sobre el apósito.	Evitará desfacelar la piel, ya que en los adultos mayores está muy delgada.	30seg	ENFERMERA
05	Retire el apósito. Si es necesario humedecer con suero fisiológico.	Soltará con suavidad el apósito y los restos exudados.	25seg	ENFERMERA
06	Lávese las manos y póngase los guantes.	Una barrera estéril evitará contaminar.	60seg	ENFERMERA
07	Limpie con suero fisiológico,	Elimina residuos y tejidos	40seg	ENFERMERA



	desde el área limpia al área sucia.	muerdos.		
08	Movilice los puntos con pinzas y córtelos con bisturí o tijera apropiada.	Favorece al cortarlo la salida rápida y sin dolor.	60seg	ENFERMERA
09	Retire los puntos desde el centro de la herida.	Valorar la buena adherencia de los tejidos para retiro del punto.	30seg	ENFERMERA
10	Aplique antiséptico, colocar gasas si es necesario y fije con esparadrapo.	Desinfectar contribuye al incremento de patogenia.	60seg	ENFERMERA
11	Retire el equipo, ordene y despeje el área. Deseche el material, según normas de precaución universal.	Todo en orden y limpio dará una impresión de una adecuada técnica.	60	
12	Séquese los guantes y lávese las manos.	Descartar todo el material contaminado.	45	
13	Registre.	Permite el seguimiento.	12	
		TOTAL	547seg 9.12min	9 - 10 mn
OBSERVACIONES:				
✓ Si hay presencia de secreción seropurulenta, y de proceso inflamatorio comunicar al médico.				

Fuente: Sistema respiratorio, histología y función respiratoria. <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568>

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 13 CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMIA</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

Es un proceso quirúrgico que consiste en realizar una abertura del intestino grueso (Colon) hacia la piel de la zona abdominal.

## II. OBJETIVOS

- Desviar el tránsito intestinal.
- Distender el intestino grueso.
- Permitir la eliminación de heces.

## III.- INDICACIONES

- Cuando no se puede realizar una anastomosis por inestabilidad del paciente.
- Obstrucción intestinal.
- Protección de anastomosis colónicas.
- Resecciones sin reconstrucción del tránsito (Operación de Miles; Hartmann).
- Traumatismos perineales graves.
- Escaras sacras contaminadas.
- Fístula colo-vesical.
- Enfermedad diverticular complicada.
- Perforación colónica.
- Megacolon tóxico.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- En un cáncer terminal gastro intestinal.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Celulosa o toalla.
- Bolsa de colostomía.
- Agua destilada tibia.
- Jabón neutro.



## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente y/o familia del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	30seg	ENFERMERA
02	Tendrá el material necesario a disposición.	Ahorro de tiempo y energía.	20seg	ENFERMERA
03	Retire la prenda de ropa que cubre la ostomía.	Deja el área libre para trabajar.	60seg	ENFERMERA
04	Indique a familiar que informe al médico o enfermera sobre <b>signos de atención:</b>	Detectar cualquier signo de alarma y comunicarlo	10seg	ENFERMERA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enrojecimiento</li> <li>○ Irritabilidad.</li> <li>○ Goteo o fugas de heces.</li> <li>○ Cólicos que duren más de 2 ó 3 horas.</li> <li>○ Olor extraño severo que dure más de una semana.</li> <li>○ Cambios raros en la apariencia o el tamaño de la estoma.</li> <li>○ Obstrucción en la estoma y/o prolapso.</li> <li>○ Sangrado excesivo de la abertura del estoma.</li> <li>○ Lesión de la estoma.</li> <li>○ Sangrado continuo en la unión entre la piel y la estoma.</li> <li>○ Desecho acuoso severo que dure más de 5 ó 6 horas.</li> <li>○ Aumento de temperatura de la piel circundante de del estoma.</li> <li>○ Cualquier otra situación rara de la ostomía.</li> </ul>	permitirá y evitará complicaciones.		
05	Retire la bolsa que deseamos cambiar. Despegar una esquina de la parte superior e ir despegando poco a poco sin tirones. Es mejor ir separando la piel del adhesivo que tirar de la bolsa para despegarla.	Esto provocará mayor irritación del contorno de piel.	45seg	ENFERMERA
06	Lave la estoma con agua templada y jabón neutro. Se puede utilizar una esponja suave y limpiar la estoma sin miedo, como una parte delicada del cuerpo pero sin ser una herida. Seque con toques suaves con una celulosa o toalla.	Un ligero sangrado es normal por la gran vascularización de la mucosa de la estoma.	60seg	ENFERMERA
07	Coloque el Disco adhesivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El orificio del disco debe acoplarse exactamente al contorno de su estoma. En caso de ser necesario, dibuje una plantilla apropiada a la forma de su estoma y recorte el orificio con unas tijeras curvas.</li> <li>○ Retire el papel protector del disco adhesivo.</li> <li>○ Adhiera el disco adhesivo cuidadosamente sobre la piel, evitando pliegues y grietas. Se pega de abajo hacia arriba e intentando que se adapte a todos los pliegues de la piel.</li> </ul>	Es necesario medir la estoma porque cambiará de tamaño en los dos primeros meses tras la cirugía. El orificio del adhesivo tiene que ser de la misma forma y tamaño que la estoma para proteger la piel periestomal.	120seg	ENFERMERA
08	Una vez pegado es conveniente mantener la mano sobre la zona del adhesivo para proporcionar calor y favorecer la adhesividad.	Así lograremos centrar y adaptar mejor el orificio de la estoma.	60seg	ENFERMERA

	Un truco; si utilizamos bolsas opacas no tendremos la visión del estoma a través del plástico. Podemos plegar el adhesivo hacia afuera (doblar por la mitad) y poner primero la media luna inferior y luego la superior.			
		TOTAL	405seg 6.75min	6 – 7 mn
<p>OBSERVACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las deposiciones cambian su característica según lo que se coma.</li> <li>✓ Hay que cambiar la bolsa mínimo cada 3 días y no más de una vez al día.</li> <li>✓ Vaciar la bolsa cuando se llene a los 2/3 de su capacidad (75%).</li> <li>✓ Usar los materiales correctos para su cuidado.</li> <li>✓ Los gases y olores son normales en la digestión. Puedes controlarlo según el alimento que coma.</li> <li>✓ Usar la bolsa del tamaño adecuado para la colostomía.</li> </ul>				

Fuente: Sistema respiratorio, histología y función respiratoria. <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568>

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 14 COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL</b></p>	

### I.- DEFINICIÓN

Es la colocación de un catéter a través de la uretra hasta la vejigas para drenar orina.

### II. OBJETIVOS

- Facilitar el drenaje de la orina para aliviar la retención aguda o crónica.
- Permitir el drenaje de la orina en pacientes con disfunción neurológica de vejiga.
- Determinar la medición precisa del drenaje de orina en pacientes en estado crítico.

### III.- INDICACIONES

- Retención urinaria:
  1. Causa neurológica
  2. Causa urológica
- Necesidad de control de diuresis estricta
  1. Inestabilidad hemodinámica
  2. Trastornos de conciencia
- Hematuria macroscópica

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Principal factor de riesgo e infección urinaria.
- Incontinencia vesical, colectores, pañales.
- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales (doble vía, etc.).

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Sonda Foley # 14,16, 18
- Bolsa recolectora de orina.
- Jeringa de 10 cm. Con aguja 18.
- Suero fisiológico o agua destilada.
- Esparadrapo.
- Tijeras.
- Guantes de barrera.
- Un par de guantes estériles.
- Lidocaína en gel.
- Paquete de gasas.
- Povidona.



### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Explique al paciente o a la familia el procedimiento a realizar.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración	60seg	ENFERMERA
02	Prepare todo el material junto al paciente, cuidando de mantener	Evitará atrasos y contaminación.	60seg	ENFERMERA

	adecuada asepsia.			
03	Compruebe el buen funcionamiento del globo del catéter inyectando 10 cc de aire, a la Sonda Foley de Nelaton.	La tecnología le agregó un balón, un conducto fino y una válvula que permite inflar este balón y hacer autocontención en la vejiga.	10seg	ENFERMERA
04	Colóquese guantes de barrera, coger una jeringa y retirar el globo de agua de la sonda a retirar. Luego jalar la sonda desechable suavemente con una gasa estéril. Y eliminar en empaque cerrado.	Siempre existen microorganismos en la superficie externa del organismo, en las cavidades y conductos que tienen comunicación directa con el exterior.	80seg	ENFERMERA
05	Colóquese guantes estériles.	Alrededor de 40 % de todas las infecciones nosocomiales son infecciones del tracto urinario, de estas, alrededor de 75 % están relacionadas con la instrumentación urológica, o sea, la colocación de un catéter en la vejiga.	45seg	ENFERMERA
06	<p>VARONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lavado de los genitales externos; retrayendo el prepucio y limpiando el surco bálano prepucial. Con gasa empapada en povidona. Enjuague con agua estéril a chorro y dejar una gasa empapada sobre el glande.</li> <li>○ Coloque en posición decúbito supino.</li> <li>○ Lubrique la uretra.</li> <li>○ Coloque el pene, retirando completamente el prepucio en un ángulo de 90°. Aplique una leve tracción hacia arriba para enderezar la uretra.</li> <li>○ Introduce la sonda unos 20 cm hasta alcanzar la vejiga y comprobar que refluye orina.</li> <li>○ Si ofrece resistencia al avance de la sonda aumentar progresivamente la tracción a la que vez que intenta introducir la sonda.</li> </ul>	<p>Reducir las bacterias a ese nivel y evitar que sean arrastradas al interior de la vejiga.</p> <p>El lubricante disminuye la fricción que causa la sonda seca. Si se emplea con descuido puede tapan el lumen de la sonda.</p> <p>Para introducir la sonda es indispensable ver el meato con claridad. La orina que está dentro de la vejiga debe quedar por encima del nivel de la abertura de la sonda para poder eliminar la orina por acción de la gravedad.</p>	120seg	ENFERMERA
07	<p>MUJERES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lavado de los genitales externos, incluyendo el interior de los labios mayores y menores.</li> <li>○ Coloque a la paciente en posición ginecológica.</li> <li>○ Separe los labios mayores</li> </ul>	El aseo adecuado del meato y de la zona que lo rodea reduce la posibilidad de introducir bacterias en la vejiga.	120seg	ENFERMERA

	<p>para exponer el mato, con el índice y pulgar de la mano no dominante, proceder a realizar la limpieza, con movimientos descendentes. Deseche la torunda después de cada pasada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Introduce la sonda previa lubricación de la zona, con suavidad.</li> <li>○ Insertar la sonda de 8 a 10 cm.</li> </ul>			
08	Una vez conseguido el drenaje de la orina. Insufle el globo de la sonda con suero y/o agua anotando los cc que se introduce.	<p>Esto asegura que el balón se infla en la vejiga y no en uretra.</p> <p>En el caso de la sonda Foley, se debe fijar, insuflando el balón con solución salina, nunca se debe hacer con aire ni solución glucosada, esta acción garantizará el éxito y la durabilidad de la operación.</p>	30seg	ENFERMERA
09	Fije bien la sonda y la bolsa colectora por debajo del nivel del paciente.	El uso de sistemas de drenaje cerrado previene la introducción de microorganismos patógenos y la infección de vías urinarias.	40seg	ENFERMERA
10	Anote el procedimiento: calibre, orina excretada, fecha.		30seg	ENFERMERA
		TOTAL	595seg 9.92mn	9 – 10 mn
<p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <p>✓ No introducir varias veces la misma sonda.</p>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA</b> <b>LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b> <b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 15 COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
---	---	--

## I.- DEFINICIÓN

El Sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago. El sondaje también puede ser oro gástrico, es decir introducir la sonda por la boca hasta el estómago.

## II. OBJETIVOS

- Toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- Lavado gástrico.
- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicamentos.
- Prevención de bronco aspiración en pacientes con disminución de conciencia.
- Diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

## III.- INDICACIONES

- Aspiración de secreciones gastroduodenales en caso de pareia gástrica, fleo, etc.
- Alimentación enteral
- Lavados gástricos.
- Estudio y/o eliminación del contenido gástrico (tóxicos, etc.)
- Prevención de bronco aspiración en enfermos con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución.
- Diagnóstico y seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Obstrucción rinofaríngea o esofágica.
- Anomalías incontrolables de la coagulación
- Presencia de vómitos persistentes.
- Hemorragia gastrointestinal aguda
- Traumatismo máxilo facial severo y/o sospecha de fractura de la base del cráneo.
- Sospecha o evidencia de perforación esofágica.
- La presencia de varices esofágicas o de esofagitis severa.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Sonda Nasogástrica Levin # 14
- Gel lubricante
- Jeringa de alimentación
- Riñonera
- Esparadrappo
- Vaso con agua
- Jeringa de 20cc
- Paquete de gasa
- Estetoscopio


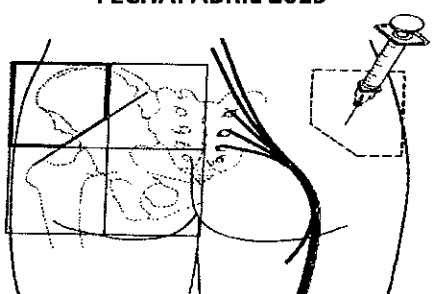
## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente del procedimiento de acuerdo al estado de conciencia y/o familia.	Para disminuir la ansiedad y obtener su colaboración.	60seg	ENFERMERA
02	Realice lavado de manos.	Previene contaminación.	45seg	ENFERMERA
03	Colóquese al lado derecho del paciente si es derecho.	Facilita la manipulación de la sonda	10seg	ENFERMERA
04	Cuente con todo el material indispensable y colóquelo en la unidad del paciente.	Permitirá trabajar en orden y con adecuada asepsia.	45seg	ENFERMERA
05	Limpie con agua hervida tibia los ojos, nariz y boca del paciente, retirando secreciones.	Esto permitirá posteriormente una buena fijación de la sonda.	40seg	ENFERMERA
06	Calcule la longitud de la sonda, para ello se coloca la sonda nasogástrica por fuera, dándole la curvatura aproximada de su recorrido por nariz, faringe, esófago y estómago.	Marcar para saber cuánto se introducirá al paciente.	10seg	ENFERMERA
07	Prepare la sonda para la inserción. Curvar ligeramente el extremo distal. Lubricar los 15 cm distales.	Permitirá mayor deslizamiento.	10seg	ENFERMERA
08	Introduce la sonda a través del orificio elegido de la nariz: hacia la faringe. Utilice la fosa nasal más permeable. Ponga directamente dentro de la fosa nasal una pequeña cantidad de lubricante. Introduce la sonda horizontalmente, para evitar que tropiece con los cornetes.	Disminuye el malestar que produce el roce de la sonda contra los cornetes.	50seg	ENFERMERA
09	Se nota una pequeña resistencia, aplique una ligera presión para abajo para hacer avanzar la sonda: si no avanza rotar la SNG.	Si se fuerza la introducción se puede lesionar las mucosas nasales.	25seg	ENFERMERA
10	Empuje la sonda hacia el esófago mientras el paciente traga. Permita que el paciente beba agua con una jeringa, facilita el paso de la sonda. Facilita el paso de la sonda, reduce la posibilidad de que la sonda penetre en tráquea.	A veces es conveniente que el paciente se llene la boca con agua, teniendo ésta hasta el momento en que se le ordene tragarla. La orden debe coincidir con las maniobras de presión para que la sonda atraviese la rinofaringe.	60seg	ENFERMERA
11	Introduce hasta la longitud marcada. Ausculta sobre el estómago mientras se inyectan 50 cc de aire por la sonda, para asegurarse de la posición intragástrica por el sonido de borboteo característico, escuchado con un estetoscopio.	Asegurarse de que la sonda este en estómago.	60seg	ENFERMERA
12	Si aparece tos, disnea o cianosis, retire la sonda. Volver a repetir el procedimiento.	Accidentalmente se habrá introducido a la tráquea.	10seg	ENFERMERA
13	Aspire el contenido gástrico una vez confirmada la posición. También se comprueba colocando el extremo en un vaso lleno de agua y no burbujea.	Asegurarse de no estar en vías respiratorias.	10seg	ENFERMERA
14	Sujete la sonda a un lado de la nariz	Esta técnica no permitirá el	30seg	ENFERMERA

	con un esparadrapo, y sobre la sonda fijar como corbata.	desprendimiento de la sonda.		
15	Ocluye el extremo libre de la sonda.	Evitará ingreso de aire.	10seg	ENFERMERA
16	Anote el procedimiento, la fecha y calibre de SNG usada.	Permitirá programaciones posteriores.	40seg	
		TOTAL	515seg 8.6mn	8 – 9 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener la sonda permeable mediante irrigación y cambios de posición.</li> <li>✓ Observar y anotar características de drenaje.</li> <li>✓ Hacer un registro de entrada y salida de líquidos a través de las características de drenaje.</li> <li>✓ Consignar el tipo y tamaño de la sonda, así como el tipo de aspiración empleado.</li> <li>✓ Detectar complicaciones en forma temprana.</li> <li>✓ Prevenir resequedad bucal (enjuagues orales)</li> <li>✓ Limpieza de secreciones.</li> </ul>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p> <p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 16</b></p> <p><b>ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLE INTRAMUSCULAR</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
--	--	--

## I.- DEFINICIÓN

Es una forma de administración en la que el medicamento se inyecta dentro del músculo. Es utilizada con el fin de que la sustancia administrada sea absorbida de forma eficaz para. El volumen de la medicación administrada a través de esta vía es pequeño.

## II. OBJETIVOS

- Determina el tratamiento de diferentes patologías.
- Lograr mayor efectividad a través de esta vía.
- Permite la absorción lenta del fármaco.

## III.- INDICACIONES

- Como tratamiento terapéutico. Algunos analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Como tratamiento preventivo. Algunas vacunas como el toxoide tetánico, la de la difteria y la tos ferina.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Si hay lesiones en la zona elegida, determinar otra área para la administración intramuscular.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Jeringa de 5 ó 3cc
- Aguja # 20, 21, 22 x 1 ½
- Aguja # 18 para diluir
- Medicamentos indicados
- Algodón
- Alcohol de 70°
- Cubeta

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Lavarse las manos.	Protección personal y al paciente.	30seg	ENFERMERA
02	Explicar al paciente de lo que se le va a hacer.	Favorece confianza y disminuye temor.	30seg	
03	Preparar el material necesario.	Tener todo disponibles y en orden.	40seg	ENFERMERA
04	Asegurarse las 5 reglas básicas: Usuario, medicamento, dosis, vía de administración, hora y frecuencia.	Siempre es necesario confirmar estos datos, evitará equivocaciones.	10seg	ENFERMERA
05	Elegir la zona: generalmente la más utilizada es el	Zona de mayor efectividad y seguridad.	10seg	ENFERMERA

	cuadrante superior externo de la región glútea.			
06	Colocar al paciente en la posición correcta.	Contribuye a la relajación muscular.	15seg	ENFERMERA
07	Desinfectar la zona.	Evitar ingreso de gérmenes.	20seg	ENFERMERA
08	Introducir profundamente la aguja con la jeringa perpendicular a la piel, en un ángulo de 90°.	Hay que hacerlo con un movimiento suave, enérgico y seguro.	20seg	ENFERMERA
09	Aspirar para comprobar que no se está en vaso sanguíneo, e introducir lentamente el medicamento.	Si aspira sangre, retiraremos la aguja y se dirigirá hacia otro lado.	50seg	ENFERMERA
10	Retirar la aguja y jeringa con un movimiento rápido.	Con firmeza y tranquilidad se logrará menor trauma.	10seg	ENFERMERA
11	Presionar con algodón.	Evita el retorno del medicamento.	10seg	ENFERMERA
		TOTAL	245seg 4.083min	4 mn
OBSERVACIONES:				
✓ Anotar todo procedimiento en la historia clínica.				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015



### I.- DEFINICIÓN

Es la determinación fiable, rápida y cómoda de los niveles de glicemia.

### II. OBJETIVOS

- Tener medición exacta de la glucosa.
- Corregir alteraciones de déficit o aumento de la glucosa.

### III.- INDICACIONES

- Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II
- Pacientes con tratamiento oral o de insulina.
- Pacientes con riesgos concomitantes.
- Para las personas con riesgo.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES



- Torundas de algodón
- Alcohol de 70°
- Glucómetro.
- Tiras reactivas.
- Lancetas.
- Guantes de barrera.

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Comunique al paciente y familia la toma de Hemoglucotest.	Disminuye el temor.	45seg	ENFERMERA
02	Lávese las manos y póngase los guantes.	No permitir ingreso de gérmenes patógenos zona de punción.	45seg	ENFERMERA
03	Busque un espacio de la mesa, silla o mueble y coloque un campo de papel todos los materiales a usar, de manera ordenada.	Permitirá la no contaminación, y dará confianza al paciente y familia una labor prolija.	45seg	ENFERMERA
04	Elija el dedo de la mano, la cual se va a pinchar. Masajear el dedo y hacer presión hacia la pulpa.	Mejora la dilatación capilar y permite salida inmediata de la gota sanguínea.	20seg	ENFERMERA
05	Prepare el algodón con alcohol, sin empaparlo, si el dedo queda humedecido con el alcohol, ventilar con la mano para que se seque.	El contacto del alcohol con la muestra puede dar un falso dato como resultado.	40seg	ENFERMERA

06	Elija el costado externo de la pulpa del dedo para realizar el pinchazo, presionando para que brote la gota gruesa deseada.	Hacerlo con firmeza y rapidez, evitará la buena producción de la gota y evitará nuevos pinchazos.	10seg	ENFERMERA
07	Tenga listo el glucómetro presionando la tecla on/off y con la tira reactiva instalada, cuando pida la gota, inmediatamente añadir la gota de sangre.	No se permitirá que la gota de sangre coagule.	15seg	ENFERMERA
08	Se esperará la lectura del glucómetro dándonos el valor que se espera.	Valoraremos hipo e hiperglicemia.	15seg	ENFERMERA
09	Coloque una torunda de algodón seca en la zona de la punción, durante unos segundos.	El alcohol produce resequead de la piel.	10seg	ENFERMERA
10	Lea y elimine la tira reactiva y el material de desecho.	Confirmar diagnóstico sabiendo el resultado.	10seg	ENFERMERA
11	Retírese los guantes y lávese las manos.	Descartar material utilizado.	25seg	ENFERMERA
12	Anote el dato obtenido.	Para comparar siguiente controles.	10seg	ENFERMERA
13	Comunique al médico, si hay alteración siga las indicaciones que el médico da.	Inmediatamente hay que corregir el riesgo.	10seg	ENFERMERA
		TOTAL	300seg 5min	5 mn
OBSERVACIONES:				
✓ Asegurarse que el paciente no tenga lesión en la zona de punción.				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO</b> <b>LANATTA</b> <b>LUJÁN</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE</b> <b>ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE</b> <b>PADOMI</b>	<b>FECHA: ABRIL 2015</b> 
	<b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO</b> <b>18 FLUJOMETRIA EN</b> <b>DOMICILIO</b>	

## I.- DEFINICIÓN

El Flujo Espiratorio Máximo (FEM): Es el Mayor Flujo Logrado durante una espiración efectuada con máximo esfuerzo partiendo del nivel de máxima insuflación pulmonar.

Su valor se expresa en volumen por unidad de tiempo:

- Litros/minuto, al medir en flujómetros portátiles.
- Litros/segundo, al medir por curva flujo/volumen mediante una espirometría.

Los flujómetros son en general aparatos sencillos, pequeños, económicos y portátiles diseñados para ser usado fuera del laboratorio de función pulmonar (casa, trabajo). Tipo tubulares con boquillas, el flujo desplaza un indicador.

Al inicio de una espiración forzada se considera tradicionalmente que no hay limitación al flujo de aire, es decir, el flujo de aire siempre es proporcional a la presión (esfuerzo o fuerza muscular).

En etapas siguientes de la maniobra de espiración forzada el flujo de aire alcanza un máximo que no puede ser incrementado, aun cuando se aumenta el esfuerzo (limitación de flujo).

- El rango en adultos es: 0 – 900 L/mn

## II. OBJETIVOS

- Valorar la capacidad respiratoria pulmonar.
- Valorar la necesidad de fisioterapia respiratoria.

## III.- INDICACIONES

- Sujetos con sospecha de asma pero con exirometría normal, para registrar en casa la variabilidad diurna.
- Adultos mayores con sospecha de asma inducida por el ambiente laboral o ejercicio, monitoreando antes y después del desencadenante.
- Asmáticos lábiles para ajustes de tratamiento.
- Valoración de la descompensación del asma.
- En investigación para detección de otras enfermedades obstructivas.
- Vigilancia de otras enfermedades obstructivas.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Sin ninguna afección respiratoria.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Flujómetro
- Boquilla limpia.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO Nº	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Informe al paciente despierto y que colabore con la prueba.	Favorece confianza y disminuye temor.	40seg	ENFERMERA
02	Que permanezca en pie, bien cogido de un bastón, andador o	La misma postura permitirá mejorar la fuerza respiratoria a	20seg	ENFERMERA

	familiar. Si no puede que lo haga sentado, pero siempre en la misma posición.	eliminar.		
03	Aliste el flujómetro y colóquele la boquilla limpia.	Material listo y al alcance de la enfermera y del adulto mayor.	20seg	ENFERMERA
04	Dirija el flujómetro hacia la boca del adulto mayor y haga que sople. Indique que tiene que hacer su mayor esfuerzo, con una inspiración profunda sin apnea previa. Lo más rápido y fuerte posible.	Se conocerá inmediatamente su capacidad pulmonar.	60seg	ENFERMERA
05	No toser ni ocluir con la lengua la boquilla.	Evita datos erróneos.	05seg	
06	Repetir la maniobra 3 veces.	Conocer varios datos es importante para elegir el más alto.	60seg	
07	Haga la lectura de la oscilación que indica la aguja del flujómetro.	Reconocer donde quedo la flecha del flujómetro.	15seg	ENFERMERA
08	Evalúe que conocimientos hay que brindar para mejorar el estatus respiratorio.	Motivar a que realice terapia respiratoria.	20seg	ENFERMERA
09	Registrar el mejor valor realizado.	Ira evaluando los controles posteriores.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	252seg 4.02min	4 – 5 mn
OBSERVACIONES:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El flujómetro se descalibra con el tiempo, por la humedad, temperatura y presión barométrica.</li> <li>✓ Varios equipos tienen una resistencia de más de 1,5 cm. H<sub>2</sub>O/Lt/seg. Esto puede generar diferencias de lectura de hasta 80 Lt/min.</li> </ul>				

Fuente: ALIAGA V. Javier, VIÑALES R. Nicolás (22 de mayo de 2014) Fisiología Humana, Sistema Respiratorio, histología y función respiratoria.





### I.- DEFINICIÓN

Es la utilización conjunta de tres terapias para la movilización de las secreciones pulmonares: Drenaje postural, percusión torácica y la vibración. La fisioterapia pulmonar debe seguirse de una tos productiva, pero puede aplicarse aspiración si la capacidad para toser del paciente es ineficaz.

1. Percusión torácica: Consiste en percutir alternamente la pared torácica sobre la zona a drenar.
2. Vibración: es una especie de presión, que se aplica a la pared torácica solamente durante la aspiración.
3. Drenaje postural, utiliza técnicas para extraer las secreciones de segmentos específicos pulmonares y de los bronquios hacia la tráquea.

### II. OBJETIVOS

- Expandir y desinflamar las vías respiratorias.
- Evitar el distres respiratorio.
- Mejorar la carencia de una adecuada oxigenación.

### III.- INDICACIONES

- Dirigido a pacientes con insuficiencias respiratorias crónicas y agudas.
- A todo adulto mayor y también a la familia y/o cuidador.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Líquidos tibios para beber.
- Tacho para desechos.
- Inhaladores; Bromuro de Ipatropio, Salbutamol (descongestiona), Beclometasona (desinflamante).

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Organice al paciente y al grupo familiar presente para realizar el taller de ejercicios respiratorios.	Disminuye el temor, dando confianza en la ejecución de los ejercicios.	60seg	ENFERMERA
02	Indique que antes de iniciar se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realizarlo apenas el adulto mayor se despierte o levante.</li> <li>○ Darle de beber líquidos o infusiones tibias.</li> <li>○ Si puede hacerlo de pie mucho mejor, pero también puede hacerlo sentado.</li> </ul>	Permitirá fluidificar las secreciones y movilización del adulto mayor permitirá su expectoración.	15seg	

03	<b>Percusión torácica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coloque la mano de forma que el dedo pulgar y el resto de los dedos se toquen y que la mano quede ahuecada. Aplique percusión sobre la superficie de la piel.</li> <li>○ Se dan golpecitos suaves sobre la espalda del paciente.</li> <li>○ Se alterna el movimiento de las manos contra la pared torácica sobre una tela sencilla, no sobre botones, corchetes o cremalleras.</li> <li>○ Tener precaución de percutir zonas pulmonares y no las regiones escapulares.</li> </ul>	Ayuda a desprender las secreciones.	20seg	ENFERMERA
04	<b>Vibración</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se aplica presiones a la pared torácica durante la espiración.</li> </ul>	La expansión torácica necesaria.	12seg	ENFERMERA
05	<b>Drenaje Postural</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El procedimiento puede abarcar la mayoría de los segmentos pulmonares.</li> <li>○ Arranque la flema acumulada. Si no es suficiente continuar, con el otro ejercicio.</li> </ul>	Eliminar las secreciones permite respirar mejor.	45seg	
06	Realice con el adulto mayor las aspiraciones de aire; jalando aire por la nariz lo más que se pueda y luego elimine el aire muy despacio por la boca, hasta provocar tos e indicarle que puede eliminar todas las secreciones acumuladas.	El reflejo tusígeno se hará presente permitiendo la salida de la flema.	50seg	ENFERMERA
07	Hacer que descanse, luego continuar de 5 a 10 veces este ejercicio.	Poco a poco ira mejorando la ventilación.	45seg	ENFERMERA
08	El Inhalador a usar inicialmente es Bromuro de ipatropio, y/o Salbutamol 2 puff a intervalo de un minuto, esto se repetirá a los 5, 15, 30 y 60 minutos. Culminando con la aplicación de 2 puff de Beclometasona.	La combinación de los antiinflamatorios con descongestionantes permitirá un mejor paso del aire a nivel alveolar.	120seg	ENFERMERA
09	Anotar el procedimiento y los hallazgos.	Permite valorar el seguimiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	379seg 6.32min	6 - 7 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Es importante que la familia realice los ejercicios con el adulto mayor.

Fuente: <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568>



## I.- DEFINICIÓN

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofrecer una mayor disponibilidad de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia.

## II. OBJETIVOS

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.

## III.- INDICACIONES

- Saturación de oxígeno por debajo de 90.
- Cansancio al mínimo esfuerzo.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Cánula binasal, sistema venturí o mascar de reservorio
- Conexiones
- Balón de oxígeno, manómetro,
- Humificador

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Explique al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento.	Confianza y disminución del temor.	60seg	ENFERMERA
02	Tenga el equipo listo	Evita correr a buscar algo.	45seg	
03	Lávese las manos.	Resta contaminación.	45seg	ENFERMERA
04	Verifique el funcionamiento del balón de oxígeno (cantidad suficiente).	Valorar el contenido de litros y la buena utilidad del balón.	20seg	ENFERMERA
05	Llene el frasco humificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humificador con el medidor de flujo.	Permite humedecer el oxígeno y reseca las mucosas oral y nasal.	20seg	ENFERMERA
06	Conecte el flujómetro al balón de oxígeno y verifique el funcionamiento de flujo y del humificador.	Reevaluar el buen funcionamiento.	10seg	
07	Conecte el equipo de oxigenación prescrito con el humificador y el flujómetro.	Dejar todo preparado para iniciar la oxigenación.	10seg	ENFERMERA
08	Abrir la llave de oxígeno. Y seleccione el flujo de oxígeno	Con previa valoración de la saturación, se inicia la	20seg	ENFERMERA

	prescrito.	dotación de oxígeno en 28%.		
09	Antes de insertar la cánula binasal examine que estén los orificios hacia arriba y si es curva debe conectar hacia abajo en dirección hacia el piso de las fosas nasales.	El paso del oxígeno humedecido al adulto mayor será eficaz si los bigotes de la cánula binasal están hacia abajo.	20seg	ENFERMERA
10	Coloque la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.	Asegurar la manguera para que se fije a la nariz.	10seg	ENFERMERA
11	Si se usa mascarilla colóquelo sobre la nariz, boca y mentón ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza.	La buena colocación es importante, de esto depende una buena oxigenación.	10seg	ENFERMERA
12	Compruebe el flujo de oxígeno. No cerrar los agujeros de las mascarillas.	Colocar sobre la mano los bigotes, verificando la salida de oxígeno.	10seg	ENFERMERA
13	Observe al paciente. Vuelva a controlar saturación.	La saturación de oxígeno en el paciente debe mejorar.	35seg	ENFERMERA
14	Registre.	Para dar seguimiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	327seg 5.45min	5 – 6 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> ✓ Evite lesiones en la mucosa nasal. Evite la fricción ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de oxígeno. ✓ Fijar la naricera y que no se deslice por movimientos.				

Fuente: Sistema respiratorio, histología y función respiratoria. <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568>



### I.- DEFINICIÓN

La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueo bronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

### II. OBJETIVOS

- Lograr extraer las secreciones traqueo bronquiales.
- Mejorar el proceso de ventilación externa.

### III.- INDICACIONES

- Adulto mayor con abundantes secreciones traqueo bronquiales que no puede eliminar.
- Adulto mayor postrado crónico.
- Adulto mayor con traqueotomía.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.
- Trastornos hemorrágicos (trastornos en la coagulación, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Un equipo de aspiración
- Dos frascos de agua estéril
- Dos sondas de aspiración: para la boca y para la traqueotomía
- Guantes estériles
- Paquete de gasas estériles
- Mascarilla

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Explique el objetivo al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	45seg	ENFERMERA
02	Evite hacer aspiración de secreciones tras las comidas. Observe signos de dificultad respiratoria o cardiaca. Deje equipo de repuesto a disposición.	En caso de urgencia ha de estar todo a	20seg	ENFERMERA

03	Verifique el funcionamiento del equipo, que esté listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes) Presión no mayor de 120mmHg.	Esta técnica ha de ser estéril en todo momento, ya que se realiza una invasión de las vías respiratorias.	25seg	ENFERMERA
04	Lávese las manos, y cálcese los guantes.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	45seg	ENFERMERA
05	Encender el equipo de aspiración e introducir la zona a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario. Previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.	La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.	60seg	ENFERMERA
06	Repita no más de 3 veces el proceso de aspiración por un período no mayor de 15 segundos por aspiración. Suspenda la aspiración si ésta es difícil o existe obstrucción, no forzar y comunicar al médico.	La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo.	180seg	ENFERMERA
07	Coloque la sonda en agua para su limpieza y seque con la gasa estéril. Evite traumatismo de la mucosa traqueal durante la aspiración, utilizando sondas de aspiración estéril de material blando con múltiples orificios.	Las sondas con un solo orificio puede adherirse a la mucosa adyacente, aumentando posteriormente el traumatismo local.	10seg	ENFERMERA
08	Observe las secreciones; color, cantidad, consistencia.	Necesario detectar complicaciones como infección.	10seg	ENFERMERA
09	Apague el equipo de aspiración, eliminar la sonda y gasas.	Tomar en cuenta las medidas de bioseguridad.	35seg	ENFERMERA
10	Retírese los guantes y lávese las manos.	Eliminar cualquier residuo.	45seg	ENFERMERA
11	Ayude a enjuagar la boca al final.	Evita resequedad.	60seg	ENFERMERA
12	Deje cómodo al paciente.	Cubrir la necesidad de bienestar.	35seg	ENFERMERA
13	Anote los datos obtenidos pertinentes.	Para continua evaluación.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	582seg 9.7min	9 - 10 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Previo y durante la aspiración: hiperoxigenar al paciente, aspiración rápida (no más de 15 seg.), observe al paciente después de cada aspiración y repitas el procedimiento si fuese necesario.

Fuente: ORELLANA Bernardita y Comité Comunal de Calidad (Revisión 2010) Manual de Procedimientos <http://es.slideshare.net/fbravog/manual-de-normas-tecnicas-y-procedimientos-cesfam-2011>



### I.- DEFINICIÓN

La nebulización permite la administración terapéutica fina de partículas de agua o medicamento mediante la presión de oxígeno o aire en forma de vapor.

### II. OBJETIVOS

- Fluidificar las secreciones pulmonares.
- Eliminar las secreciones.

### III.- INDICACIONES

- Paciente con secreciones bronquiales abundantes sin poder expectorar.
- Inflamación alveolar crónica o aguda.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Pacientes con procesos específicos.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Balón de oxígeno, manómetro
- Mascarilla de nebulizar
- Suero fisiológico
- Fenoterol
- Jeringa descartable de 10cc
- Conexión de oxígeno
- Pulsoxímetro

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Explique al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	45seg	ENFERMERA
02	Tenga el equipo listo y verifique el funcionamiento del equipo de oxígeno.	Ahorra el tiempo y el esfuerzo.	35seg	
03	Lávese las manos.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	45seg	ENFERMERA
04	Coloque al paciente en posición fowler o semifowler.	Favorece la expansión de los pulmones.	40seg	
05	Tomar la saturación de oxígeno inicial.	Permite valorar de forma inicial la saturación de oxígeno de nuestro adulto mayor.	20seg	ENFERMERA
06	Coloque el nebulizador y administre el oxígeno a una presión de 5 a 6 lts.	Favorece la evaporación para que sea inhalado por	40seg	ENFERMERA

	X'.	el paciente.		
07	Repita el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 minutos e inicie la fisioterapia respiratoria.	Facilita la movilización de secreciones y su eliminación a nivel pulmonar.	500seg	ENFERMERA
08	En el intervalo señalado brindarle agua tibia para que beba.	Fluidifica las secreciones permitiendo su eliminación.	60seg	ENFERMERA
09	Después de terminada las nebulizaciones indicadas esperar 20 minutos para su evaluación respectiva. Se toma saturación de oxígeno final.	Permite valorar la saturación de oxígeno y ver si ha sido efectiva la nebulización.	200seg	ENFERMERA
10	Registre el procedimiento en la hoja de Enfermería	Mantiene informado al equipo de salud.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	1045seg 17.42min	17 – 18 mn
OBSERVACIONES:				
✓ Repetir si es necesario, para mejorar su capacidad respiratoria.				

Fuente: ORELLANA Bernardita y Comité Comunal de Calidad (Revisión 2010) Manual de Procedimientos <http://es.slideshare.net/fbravog/manual-de-normas-tecnicas-y-procedimientos-cesfam-2011>





## I.- DEFINICIÓN

Administración de fármacos por la vía inhalatoria con fines terapéuticos. Una crisis asmática podría terminar con la muerte de la persona como consecuencia del cierre de sus bronquios, lo que le impide respirar y recibir oxígeno, por ello el uso adecuado del inhalador puede salvar la vida de personas asmáticas. Los Inhaladores son:

- Broncodilatadores: facilitan que las vías respiratorias se abran para la entrada del aire. El envase del inhalador puede ser de color azul, verde o gris.
- Antiinflamatorios (corticoides): ayudan a mantener los bronquios sin inflamación, su efecto no es tan rápido como los broncodilatadores. El envase del inhalador puede oscilar entre colores que van del salmón al marrón.
- Asociaciones de broncodilatadores con corticoides: llevan los dos medicamentos juntos en el mismo inhalador. El envase del inhalador puede oscilar entre colores que van del morado al rojo

## II. OBJETIVOS

- Tener acceso rápido al sistema respiratorio.
- Iniciar la acción del medicamento de forma rápida.
- Requerir una dosis menor como principio activo.
- Disminuir los efectos secundarios.

## III.- INDICACIONES

- Asma
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- El principal inconveniente es la necesidad de entrenamiento en la técnica de administración.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Inhalador según indicación médica.
- Aerocámara o espaciador de adulto.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO Nº	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Explique el objetivo al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	45seg	ENFERMERA
02	Lávese las manos, y cálcese los guantes.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	45seg	ENFERMERA
03	Coloque al paciente en posición fowler o semifowler.	El paso de las moléculas inhaladas permitida por la posición.	60seg	
04	Agite el inhalador fuertemente y en posición vertical. Ajuste	La deposición del medicamento y la técnica se puede mejorar adicionando	60seg	

	el inhalador al orificio de la Aero cámara o espaciador.	al inhalador presurizado de dosis fija un “espaciador”. Las funciones principales del espaciador son evitar los problemas de la coordinación, entre la pulsación del inhalador y la inhalación, se hace más lenta la llegada del aerosol a la boca, lo que minimiza la deposición del medicamento en la boca y la orofaringe y el efecto de irritación y tos, del propelente que tienen estos inhaladores y aumenta la deposición de medicamento activo al árbol traqueo bronquial.		
05	Acople el orificio de la cámara a la boca y nariz del adulto mayor indicándole que debe mantener ésta en posición horizontal.	Es importante la posición del inhalador.	25seg	
06	Presionar el inhalador para liberar una dosis del medicamento.	No olvidar agitar para la buena expulsión.	25seg	
07	Indicar al paciente que debe inspirar y espirar lenta y profundamente por la boca (10 segundos).	Inclinar la cabeza hacia atrás con el propósito de abrir el ángulo recto entre espacio orofaríngeo y tráquea para lograr un mejor comportamiento laminar del flujo.	60seg	
08	Vuelva a repetir la dosis.	Efectiva los efectos.	90seg	
09	Retire el inhalador y tápelo adecuadamente al finalizar.	Cubrir evita contaminar.	25seg	
10	Ayude a enjuagar la boca al final.	Evita resequedad de la mucosa y diseminación de micosis.	60seg	
11	Deje cómodo al paciente y retire el equipo para su limpieza correspondiente.	Cubre el confort.	45seg	ENFERMERA
12	Limpieza y mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Desmontar la cámara.</li> <li>o Lavado con agua y jabón, que elimina el 90% de los gérmenes de las superficies.</li> <li>o Lavado bajo el chorro o por inmersión 20 minutos con agua jabonosa.</li> <li>o Enjuague con agua.</li> <li>o Dejar secar al aire.</li> <li>o Cada 7-15 días.</li> </ul>	Mantener limpio para su continuo uso.	120seg	
13	Anote los datos obtenidos pertinentes.	Para el control y seguimiento.	12	ENFERMERA
		TOTAL	672seg 11.2min	11 – 12 mn
OBSERVACIONES:				
✓ Se debe saber utilizar correctamente el inhalador y tener claro cuál es la dosis terapéutica prescrita. En caso de duda, se debe consultar al médico o farmacéutico.				

Fuente: Orellana Bernardita y Comité Comunal de Calidad (Revisión 2010) Manual de Procedimientos. <http://es.slideshare.net/fbravog/manual-de-normas-tecnicas-y-procedimientos-cesfam-2011>



## I.- DEFINICIÓN

Procedimiento que permite el paso de medicamentos a la circulación sistémica a través de la boca.

El fármaco llega al organismo habitualmente después de la deglución. Una vez en el estómago, se somete a las características de los jugos del mismo, que por su acidez favorece mucho la ionización del fármaco, lo que hace que la absorción sea difícil. Cuando llega al intestino delgado cambia el pH luminal y se favorece bastante la absorción pasiva. No obstante, en la mucosa intestinal hay numerosos mecanismos para realizar procesos de absorción en contra de gradiente, aunque difícilmente se logran niveles plasmáticos suficientes para que sean efectivos.

## II. OBJETIVOS

- Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción que tiene el tracto digestivo.

## III.- INDICACIONES

- Fines de tratamiento en los cuales los medicamentos son absorbidos por mucosa oral, estómago o intestino.
- Tratamiento de acción más lenta.
- En pacientes que puedan deglutirlos.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Lesiones bucofaríngeas.
- Estados de sopor e inconciencia.
- Imposibilidad de deglución.
- Problemas gastrointestinales: gastritis, enterocolitis, etc.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES



- Vaso de plástico
- Sorbete
- Agua hervida tibia
- Medicamento indicado

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Identifique al paciente.	La identificación del adulto mayor en casa evita errores en la administración del medicamento.	30seg	ENFERMERA
02	Explique el objetivo del procedimiento.	Dará confianza y disminuirá el temor.	45seg	ENFERMERA
03	Lávese las manos.	Reduce contaminación.	45seg	ENFERMERA
04	Prepare los materiales incluyendo un vaso con agua y compruebe la medicación.	Facilita el tratamiento.	30seg	ENFERMERA

05	Proporcione agua en un vaso de plástico con sorbete, con agua aproximadamente 100 ml.	Los líquidos ayudan a la deglución del medicamento porque disuelve y hace más rápida su absorción gastrointestinal.	10seg	ENFERMERA
06	Proporcione el medicamento verificando la dosis correcta.	Se verifica las 5 correctas.	40seg	ENFERMERA
07	Permanezca junto al adulto mayor hasta que haya ingerido los medicamentos.	El educar sobre el tratamiento a administrar, tranquilizará y permitirá la colaboración de todos.	60seg	ENFERMERA
08	Observe las reacciones del paciente mientras se desechan o coloca el vaso del medicamento a lavarse.	Valorar las reacciones para tomar medidas correctivas.	60seg	ENFERMERA
09	Registre.	Para continuar el tratamiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	332seg 5.53min	5 – 6 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Siempre revisar los 5 correctos.</li> <li>✓ Si el paciente tiene dificultad para deglutir, triturar los medicamentos en un mortero.</li> <li>✓ Advertir al adulto mayor o familia si debe masticar, deglutir el medicamento o esperar que se disuelva en la boca.</li> </ul>				

Fuente: [http://es.slideshare.net/ugcfarmaciagranada/administracion-de-medicamentos-por-via-oral?next\\_slideshow=1](http://es.slideshare.net/ugcfarmaciagranada/administracion-de-medicamentos-por-via-oral?next_slideshow=1)

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 25 ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VIA SUBLINGUAL</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

Procedimiento que permite el paso del medicamento a la circulación sistémica a través de la lengua. La absorción se produce en los capilares de la cara inferior de la lengua y una vez que pasa el fármaco a la sangre se incorpora, vía venosa, directamente a la circulación de la V. Cava Superior, evitando el efecto de primer paso. Las condiciones del pH de la boca facilita la difusión pasiva de numerosos fármacos. Otra ventaja es que evita la destrucción de algunos fármacos debido al pH gástrico. Uno de los principales inconvenientes es el gusto desagradable de muchos fármacos. Algunos de los fármacos utilizados por vía sublingual son el nifedipino o la nitroglicerina.

## II. OBJETIVOS

- Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción que tiene la zona vascularizada debajo de la lengua en un tiempo corto.

## III.- INDICACIONES

- En enfermedades orofaríngeas, esofágicas, gástricas, duodenales, del SNC o hepáticas.
- Estados en los que no pueden emplear otras vías.
- Estados en los que se precisa una elevada velocidad de absorción y biodisponibilidad.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Alergias.
- Su uso es limitado porque solo está disponible para algunos medicamentos y solo pueden administrarse sustancias dosificables en pequeña magnitud al ser limitada la superficie bucal.
- La sequedad y posible irritación de la mucosa bucal reducen la disolución y la absorción de los fármacos.
- Vía incómoda para los pacientes por el sabor de los medicamentos.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Vaso de plástico
- Medicamento indicado molido

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Identifique al paciente.	La identificación del adulto mayor en casa evita errores en la administración del medicamento.	45seg	ENFERMERA
02	Explique el objetivo del procedimiento.	Dará confianza y disminuirá el temor.	45seg	ENFERMERA
03	Lávese las manos.	Reduce contaminación.	45seg	ENFERMERA

04	Prepare los materiales y compruebe la medicación sublingual.	No es necesario tener agua.	20seg	ENFERMERA
05	Coloque al adulto mayor en posición cómoda, de preferencia sentado.	Permite visualizar y facilita la colocación del fármaco.	60seg	ENFERMERA
06	Proporcione el medicamento asegurándose de que el paciente lo ponga debajo de la lengua y lo mantenga ahí. Cierre la boca.	El área sublingual de la mucosa oral es muy vascularizada, lo cual facilita la absorción de algunos fármacos.	60seg	ENFERMERA
07	Indique al paciente que el medicamento se mantiene en la lengua y no se muerde o mastica, que no traga y no se bebe agua.	Se absorben sustancias que tienen un alto coeficiente de distribución: aceite, agua.	15seg	ENFERMERA
08	Permanezca junto al adulto mayor hasta que este haya digerido completamente el medicamento o es decir éste se haya disuelto completamente en su boca.	Volver a evaluar y comprobar el buen efecto de la medicina.	60seg	ENFERMERA
09	Observe las reacciones del paciente mientras se desechan o coloca el vaso del medicamento a lavarse.	Cualquier efecto adverso debe de tomarse medidas correctivas.	40seg	ENFERMERA
10	Registre.	Para continuar tratamiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	402seg 6.1min	6 – 7 mn
OBSERVACIONES: ✓ Siempre revisar los 5 correctos.				

Fuente: Sistema respiratorio, histología y función respiratoria. <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568>



## I.- DEFINICIÓN

Procedimiento que permite el paso del medicamento al organismo por medio de la mucosa del oído.

La vía de administración de fármacos ótica consiste en la aplicación sobre el conducto auditivo externo de preparados principalmente líquidos, con el fin de que ejerzan una acción local. El fácil acceso del oído hace que muchos procesos otológicos sean susceptibles de ser tratados tópicamente.

## II. OBJETIVOS

- Lograr un efecto terapéutico local en el organismo mediante el poder de absorción de la mucosa del oído.

## III.- INDICACIONES

- Las gotas óticas se utilizan, principalmente, para el tratamiento de infecciones, como anestésico o para desprender o reblandecer la cera del canal auditivo.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Pérdida repentina de audición.
- Sensación de autofonía.
- Zumbidos
- Sensación de inestabilidad.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Conexiones
- Balón de oxígeno, manómetro
- Mascarilla de nebulizar
- Suero fisiológico
- Fenoterol
- Jeringa descartable de 10cc

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Identifique al paciente y el oído afectado.	El adulto mayor debe estar sentado recostado del lado no afectado.	45seg	ENFERMERA
02	Explique al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	45seg	ENFERMERA
03	Lávese las manos.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	45seg	ENFERMERA
04	Prepare el medicamento nasal (gotas) y compruebe la medicación.	Ahorra el tiempo y el esfuerzo.	20seg	ENFERMERA

05	Coloque al paciente sentado o acostado con la cabeza recostada sobre el lado no afectado.	Las afecciones del oído produce dolor esto aumenta la ansiedad.	45seg	ENFERMERA
06	Tire suavemente de la oreja del paciente hacia arriba y hacia atrás con el fin de alinear el canal auditivo.	El oído tiene dos funciones fisiológicas: oír y conservar el equilibrio.	15seg	ENFERMERA
07	Introduzca las gotas sobre las paredes del conducto, procurando no tocarlos con la punta del gotero o recipiente.	Los medicamentos óticos deben utilizarse para un único paciente.	30seg	ENFERMERA
08	Mantenga la posición adecuada durante 2 ó 3 minutos para que el fármaco actúe en el lugar indicado, tapando el orificio con algodón o gasa.	Si la punta del gotero o aplicador toca el pabellón o el conducto auditivo, lavarla con agua tibia y secar con una gasa estéril.	120seg	ENFERMERA
09	Deje cómodo al paciente y retire el equipo de su limpieza correspondiente.	La ley de gravedad favorece el retorno del líquido.	30seg	ENFERMERA
10	Eduque sobre revisiones periódicas, no usar objetos puntiagudos ni duros para limpiarse los oídos,	Se puede causar mayor lesión.	40seg	ENFERMERA
11	Anote los datos obtenidos pertinentes.	Mantiene informado al equipo de salud.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	447seg 7.45min	7 - 8 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ El ambiente húmedo, caliente y oscuro del oído favorece el desarrollo de microorganismos.

Fuente: Sistema respiratorio, histología y función respiratoria: <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568>





## **I.- DEFINICIÓN**

Procedimiento que permite el paso del medicamento al organismo por medio de la mucosa del ojo. Los fármacos oftálmicos de uso tópico se utilizan por sus efectos en el sitio de aplicación. Por lo general, es indeseable la absorción sistémica que resulta del drenaje por el conducto nasolagrimal. Los fármacos que se absorben a través del drenaje ocular no son metabolizados en el hígado, de manera que la administración oftálmica de gotas de antiadrenérgicos  $\beta$  o corticoesteroides puede originar efectos indeseables. Para que se produzcan efectos locales es necesario que el fármaco se absorba a través de la córnea; por lo tanto, las infecciones o traumatismos corneales aceleran la absorción. Los sistemas que prolongan la duración de la acción (por ejemplo, suspensiones y pomadas) son de gran utilidad en el tratamiento oftálmico. Los implantes oculares, como las inclusiones con pilocarpina para el tratamiento del glaucoma, ofrecen la aplicación continua de una pequeña cantidad del fármaco. Se pierde muy poco a través del drenaje ocular y, por lo tanto, sus efectos colaterales sistémicos se reducen al mínimo.

Todos los medicamentos oftálmicos tienen la capacidad de absorberse en la circulación general, de modo que pueden sobrevenir efectos adversos generalizados indeseables. Casi todos los fármacos oftálmicos se liberan localmente en el ojo, y los efectos locales potencialmente tóxicos se deben a reacciones de hipersensibilidad o efectos tóxicos directos en córnea, conjuntiva, piel periocular y mucosa nasal. En las gotas oculares y las soluciones para lentes de contacto suelen utilizarse preservadores, como cloruro de benzalconio, clorobutanol, quelantes y timerosal, por su eficacia antimicrobiana.

## **II. OBJETIVOS**

- Lograr un efecto terapéutico local en el organismo mediante el poder de absorción de la mucosa del ojo.

## **III.- INDICACIONES**

- Adulto mayor con infecciones oculares.

## **IV.- CONTRAINDICACIONES**

- Nunca se debe aplicar en los ojos un medicamento que o sea específico de oftalmología.

## **V.- EQUIPOS Y MATERIALES**

- Gasa
- Cubeta
- Medicamento: ungüento, colirio.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Identifique al adulto mayor y al ojo u ojos afectados.	Determina la posición del adulto mayor.	45seg	ENFERMERA
02	Explique el objetivo al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	45seg	ENFERMERA
03	Lávese las manos, y cálcese los guantes.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	45seg	ENFERMERA
04	Prepare el medicamento oftálmico (gotas), compruebe la medicación.	Ahorra el tiempo y el esfuerzo.	12seg	ENFERMERA
05	Limpie las secreciones de los ojos con una gasa impregnada en suero fisiológico o agua destilada, de adentro afuera del saco lagrimal. Coloque al paciente con el cuello hiperextendido.	Si hay evidencia de secreciones. Permite aprovechar todo el medicamento.	40seg	ENFERMERA
06	<p><b>Instile las gotas oftálmicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Con la mano dominante descansando sobre la frente del paciente, sostenga el cuentagotas.</li> <li>○ El frasco con el medicamento 1-2 cm. por encima del saco conjuntival.</li> <li>○ Instile el medicamento en el centro del fondo del saco conjuntival.</li> <li>○ Con una gasa apriete firmemente sobre el conducto lacrimal durante 1-2 minutos.</li> </ul> <p><b>Administre la pomada oftálmica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deseche la primera porción de la pomada.</li> <li>○ Con la mano dominante aplique una tira fina y uniforme de pomada en el saco conjuntival, yendo desde el canto interno al canto externo del ojo.</li> <li>○ Al llegar al canto externo, gire levemente el tubo en sentido contrario. Con ello se facilita el desprendimiento de la pomada.</li> <li>○ Pídale al paciente que cierre los párpados con suavidad, sin apretarlos. Así el medicamento se distribuirá uniformemente por el ojo.</li> <li>○ Si se rebosa medicamento, límpielo con la gasa que tenía en la mano no</li> </ul>	<p>Al tener la mano apoyada y el recipiente a esa distancia, se previenen tanto los traumatismos como las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo. Con ello se previene el rebosamiento hacia las vías nasales y la faringe y la absorción a la circulación sistémica.</p> <p>Mantenga una distancia de 1-2 cm. entre el tubo y el saco conjuntival, con el fin de evitar los traumatismos y las infecciones.</p> <p>Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.</p>	120	ENFERMERA

	dominante (yendo siempre desde el canto interno al canto externo del ojo). o Cierre el recipiente que contiene el medicamento.			
07	Deje cómodo al paciente y retire el equipo para su limpieza correspondiente.	El descanso permitirá una adecuada absorción.	15seg	ENFERMERA
08	Anote los datos obtenidos pertinentes.	Se continuará la evolución y tratamiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	334seg 5.56min	5 – 6 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Abra el recipiente que contiene el medicamento y deje la tapa boca arriba, para evitar la contaminación de los bordes.
- ✓ Coja una gasa limpia y colóquela sobre el pómulo del paciente (si parte del medicamento se rebosa, lo absorberemos con la gasa).
- ✓ No siempre hay que aplicar el mismo medicamento en ambos ojos.

Fuente: Administración de medicamentos por vía oftálmica Autores: Carolina Botella Dorta Médico de Familia <https://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaOft/viaOft.pdf>

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO</b> <b>LANATTA</b> <b>LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 28</b></p> <p><b>ENSEÑANZA DOMICILIARIA PARA SU MEDICACIÓN POR VIA TÓPICA</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

Procedimiento que permite el paso del medicamento al organismo por medio de la piel.

La vía tópica utiliza la piel y las mucosas para la administración de fármaco. Así pues, esto incluye la mucosa conjuntival, oral y urogenital. La característica de esta vía es que se busca fundamentalmente el efecto a nivel local, no interesando la absorción de los principios activos. Con respecto a la mucosa oral hay que hacer la distinción con la vía sublingual. En este caso, no interesa que el fármaco se absorba, buscando el efecto del mismo a nivel de la propia mucosa, mientras que en la vía sublingual lo que se va buscando es el paso del fármaco a la sangre. La diferencia viene dada por la naturaleza del fármaco o de la constitución de los excipientes que lo acompañan.

## II. OBJETIVOS

- Lograr un efecto terapéutico local en la piel mediante el poder de absorción de la misma.

## III.- INDICACIONES

- Adulto mayor con dolor, lesiones dérmicas.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Adultos mayores con sensibilidad de irritación a la piel.
- Limita las actividades.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Gasa
- Guantes
- Pomadas

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Identifique al adulto mayor y la lesión tópica.	Necesario exponer la parte afectada.	45seg	ENFERMERA
02	Explique el objetivo al adulto mayor y/o familia sobre el procedimiento a realizar.	Disminuye el temor y favorece su participación.	45seg	ENFERMERA
03	Lávese las manos, y cálcese los guantes.	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.	45seg	ENFERMERA
04	Pon al paciente en una posición cómoda y adecuada.	Para evitar adormecimiento y enfriamientos.	60seg	ENFERMERA
05	Limpie la piel con agua y jabón y enjuague con suero fisiológico o agua destilada o simplemente agua	Aplicarse en zonas limpias y secas. Tener conocimiento previo de la	60seg	ENFERMERA

	corriente.	acción del medicamento.		
06	Aplique el medicamento en la zona adecuada. Si hay pérdida de continuidad de la piel herida se hace de forma aséptica.	Los medicamentos que se administran por esta vía no requieren ser absorbidos para obtener su acción.	60seg	ENFERMERA
07	Deje cómodo al paciente y retire el equipo para su limpieza correspondiente.	Evitará otras complicaciones o infecciones.	35seg	ENFERMERA
08	Anote los datos obtenidos pertinentes.	Se continuará la evolución y tratamiento.	12seg	ENFERMERA
		TOTAL	362seg 6.03min	6 – 7 mn

**OBSERVACIONES:**

✓ En caso de irritación anotar y comunicar al médico.

Fuente: Sistema respiratorio, histología y función respiratoria. <http://es.slideshare.net/akozak9/manual-de-procedimientos-43886568> <http://es.slideshare.net/nazarcast/seminario-6-administracion-de-medicamentos-via-no-parenteral?related=1>

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p>
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 29 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTE ADULTO MAYOR</b></p>	 <p><b>Prevención de Caídas en el ADULTO MAYOR</b></p> 

### I.- DEFINICIÓN

Método de identificación de riesgo de presentar caídas basado en la valoración de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, definida en la Escala de Valoración de Riesgo de Caída de Downton.

### II. OBJETIVOS

- Prevenir la ocurrencia de caídas en pacientes adultos mayores, aplicando medidas de prevención según factor de riesgo identificado.

### III.- INDICACIONES

- Todo paciente adulto mayor en riesgo de caídas que está en su domicilio.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Paciente totalmente postrado, sin movilización alguna.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Hoja de valoración de Riesgo de Caída Downton.

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Contacto con el paciente en la primera visita domiciliaria.	Permite obtener un diagnóstico de enfermería inicial sobre la situación del paciente.	60seg	ENFERMERA
02	Realice la valoración inicial, aplicando la escala de Evaluación de Riesgo de Caída J. Downton.	Conoceremos el puntaje que el paciente tiene y se clasificará el riesgo.	90seg	ENFERMERA
03	Identifique, clasifique y registre el grado de riesgo de caída del paciente, en Formato de Escala de Valoración de Riesgo.	Puntaje exacto.	60seg	ENFERMERA
04	<p>Aplique <b>medidas de prevención</b> en función del puntaje obtenido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compruebe que la cama tenga barandillas.</li> <li>○ Mantener iluminación nocturna.</li> <li>○ Tener un timbre o campanilla para llamar.</li> <li>○ Asegurarse de dar un dispositivo que permita deambular como bastón, andador.</li> </ul>	Educación; orientando y aconsejando sobre las necesidades del paciente dirigido a la familia y cuidadores.	180seg	ENFERMERA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitar su marcha colocando pasamanos, agarraderas en espacios amplios y servicios higiénicos.</li> <li>○ Retirar material peligroso: mobiliario, cables, plantas.</li> <li>○ Promover el uso de ropa y calzado adecuado.</li> <li>○ Incorporarlo en la cama antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.</li> <li>○ Sentarlo en un sillón apropiado.</li> <li>○ Aplicar medidas de sujeción, si precisa.</li> </ul>			
05	Deambulaci3n <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evitar los suelos h3medos y encerados.</li> <li>○ Acompa1arlo, ayud1ndole a caminar.</li> <li>○ Evitar escalas o trapeadores en el piso.</li> </ul>		60seg	ENFERMERA
06	Si es necesario coordinar rehabilitaci3n y fisioterapia.		10seg	ENFERMERA
07	Reeval3e la clasificaci3n de riesgo de caida del paciente siempre que haya cambios en su estado de salud.	Podemos descubrir mejoras o empeoramiento.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	520seg 8.6min	8 – 9 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> ✓ La aplicaci3n de esta escala no debe tener criterios subjetivos, sino objetivos y evidentes.				

Fuente: Adecuaci3n de propuesta presentada por el Departamento de Enfermer3a del HNCASE y la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Red Asistencial Arequipa. Abril 2011.



### **I.- DEFINICIÓN**

En la jerarquía de necesidades de Maslow, la seguridad incluye falta de peligro, estabilidad, protección y libertad frente al miedo y la ansiedad. La seguridad tiene componentes tanto físicos como emocionales, suelen ir unidos.

El domicilio deberá ser un lugar sano, confortable y seguro. Los ancianos mantienen un sentido del espacio personal. La enfermedad o los cambios físicos progresivos propios del envejecimiento hacen necesarios cambios en el entorno domiciliario de una persona, se necesita valorar la seguridad domiciliaria, esto ayuda a identificar qué cambios son de mayor prioridad. Y refuerza las capacidades en lugar de las incapacidades del adulto mayor.

### **II. OBJETIVOS**

- Evitar peligros que ocasionen caídas al adulto mayor.
- Lograr que el adulto mayor permanezca seguro con estabilidad, protección y libertad en su domicilio.
- Lograr que la familia cumpla con los cambios físicos acorde a las necesidades del adulto mayor para mantener su seguridad.
- El adulto mayor permanecerá libre de lesiones.

### **III.- INDICACIONES**

- Adulto mayor con deterioro de la movilidad física localizada.
- Adulto mayor con deambulación deficiente, usuario de bastón, andador, silla de ruedas.
- Adulto mayor con alteración del mantenimiento de la salud.
- Adulto mayor con conductas generadoras de salud relacionadas con la seguridad domiciliaria.
- Adulto mayor con deterioro de la memoria.

### **IV.- CONTRAINDICACIONES**

- Adulto mayor que en su valoración de escala de limitación física sea de 1 a menos.

### **V.- EQUIPOS Y MATERIALES**

- Escala de Downton.
- Lapicero

### **VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

<b>PASO N°</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>FUNDAMENTO</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
01	Revise los hallazgos físicos previos o la conducta en la valoración de la visión, capacidad auditiva, sistema musculoesquelético y función neurológica del adulto mayor.	Puede revelar alteraciones o problemas sensoriales con la fuerza, la coordinación o el equilibrio que predispongan al adulto mayor a la lesión.	90seg	ENFERMERA
02	Determine si el adulto mayor tiene historia de caídas o de otras lesiones	Ayuda a concentrarse en el tipo de accidente que el	30seg	ENFERMERA



	dentro de su domicilio.	adulto mayor corre más riesgo de sufrir.		
03	<p>Revise cualquier factor de riesgo que el adulto mayor pueda tener y que lo haga proclive a sufrir accidentes dentro de su domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deterioro visual conocido.</li> <li>○ Deterioro de la audición.</li> <li>○ Disfunción Neuromuscular.</li> <li>○ Disminución de la energía o fatiga.</li> <li>○ Incontinencia.</li> <li>○ Historia de accidente vascular cerebral, diabetes o lesión de la médula espinal.</li> <li>○ Hipotensión postural.</li> <li>○ Amputación.</li> </ul>	<p><b>La función visual reducida puede alterar el equilibrio del adulto mayor, evitar la percepción clara de objetos en su camino normal o interferir en la adaptación a la oscuridad o a la luz deslumbrante.</b></p> <p><b>Evita que el adulto mayor perciba los ruidos ambientales normales con claridad como fuente de orientación e impide la percepción clara de cualquier alarma instalada en el domicilio.</b></p> <p><b>La marcha inestable o la debilidad muscular predisponen al adulto mayor a sufrir caídas. Las caídas recurrentes están asociadas con dificultades para levantarse de la silla. Predispone a las caídas.</b></p> <p><b>Las visitas frecuentes al cuarto de baño suelen hacer que un adulto mayor que tenga otro déficit tropiece o caiga accidentalmente por encima de las barreras.</b></p> <p><b>Estas alteraciones provocan cambios en la percepción periférica de las extremidades, lo que evita que el adulto mayor perciba el calor y el frío extremos.</b></p> <p><b>El mareo o la sensación de vahído predisponen a las caídas.</b></p> <p><b>Podría hacer que el adulto mayor se mueva por la casa de forma menos estable o coordinada.</b></p>	180seg	ENFERMERA
04	<p>Junto con el adulto mayor y la familia como participantes activos, lleve a cabo una valoración de la seguridad domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entradas frontales y</li> </ul>	<p><b>Proporciona una revisión completa de todas las áreas del interior del domicilio que pueden interponer barreras y situaciones de peligro.</b></p>	120seg	ENFERMERA

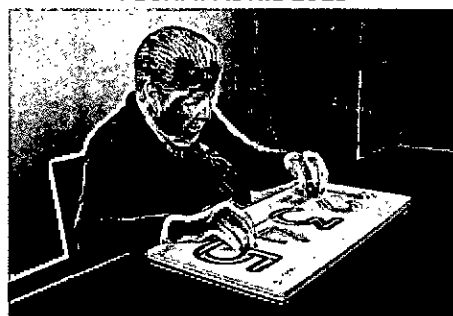
<p>posteriores: sin agujeros ni grietas, iluminadas, suelo antideslizante, abertura y cierre de puertas fácil, barandillas en pasillos largos y al lado de escaleras, estante o banco para colocar sus cosas, visualizar hacia afuera, no subir a taburetes o peldaños.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cocina: usar mangas cortas y ajustadas, alarma para avisar que la comida ya está cocinada, uso fácil de los comandos de la cocina, evitar que retire ollas con contenido recién cocinado.</li> <li>○ Baños y Duchas: puerta vaivén, alfombrillas antideslizantes dentro de la bañera y en el suelo, no usar aceites de baño, acceso a los materiales de higiene, cuidado con el agua caliente.</li> <li>○ Dormitorio: luz de noche que pueda prender sin levantarse de la cama, uso de linterna, camino libre de mobiliarios, no fumar en la cama,</li> <li>○ Resto de la Casa: teléfono con números de urgencia, retiro de cables eléctricos y que estén en buen estado, pasillos y accesos libres de objetos y trastos, evitar mobiliario con bordes y esquinas agudas, escaleras bien iluminadas, barandillas a todo lo largo de la escalera, si, fuera posible tener algún detector de humo, no echar cera, no dejar húmedo el piso.</li> </ul>	<p>Las entradas suelen imponer barreras en las superficies sobre las cuales debe caminar el cliente. Los dispositivos de seguridad, como barandillas y firmes de seguridad, proporcionan mayor apoyo y disminuyen la posibilidad de sufrir caídas. Subirse a un taburete de peldaños o a una silla implica riesgo de sufrir caídas. La cocina es uno de los lugares que presenta más peligro de la casa e implica serios peligros de incendio. El adulto mayor aprende la importancia de permanecer atento cuando está en la cocina y de minimizar los riesgos. El cuarto de baño es una habitación que presenta peligro. Los suelos mojados y los fondos de bañera pueden ser resbaladizos y provocar caídas. Las barras de sujeción proporcionan un apoyo adicional. Las quemaduras accidentales por exposición al agua caliente. Los ancianos tienen una visión nocturna pobre. Salir de la cama, sin el alumbrado y la capacidad necesaria para ajustarse a los cambios de luz, e intentar alcanzar los objetivos precisos puede predisponer al cliente a sufrir una caída. Tropezar y caer fácilmente a causa de los cables eléctricos, los trastos, las alfombras sueltas y el mobiliario. Algunas alteraciones físicas dificultan doblar las rodillas y las caderas, por lo que se hace complicado sentarse en sillas o sofás bajos. Los calentadores, hornos y</p>		
--	--	--	--

		chimeneas implican riesgos de incendios, una buena alerta puede ser un detector de humo.		
05	Además colocar un retrete portátil, urinario, cerca de la cama, un asiento de traslado, zapatos planos con plantas de goma.	El uso debe ser nocturno sobretodo. Lo antideslizante reduce el riesgo e tropezones y caídas.	60seg	ENFERMERA
06	Enseñe al adulto mayor y a su cuidador que hacer en caso de caída, como acceder a la ayuda de urgencia y como prevenir una lesión adicional.	Este servicio es una valiosa opción para los ancianos débiles que pueden vivir solos o que se quedan en casa mientras sus familias están fuera.	60seg	ENFERMERA
07	Valore los recursos económicos del adulto mayor; determine los ingresos mensuales empleados en gastos corrientes.	Determina el potencial para realizar reparaciones en el domicilio.	40seg	ENFERMERA
08	Valore los deseos que tienen el adulto mayor y su familia de revisar los cambios. ¿Ha aceptado el adulto mayor las limitaciones que le hacen correr el riesgo de sufrir una lesión? Determine lo importante que es la independencia funcional para el cliente.	El intento de la enfermera de mejorar la seguridad dentro del domicilio debe percibirse como intrusismo. Si puede demostrarse que las revisiones necesarias del entorno domiciliario preservarán la independencia, el adulto mayor puede participar voluntariamente.	45seg	ENFERMERA
09	Anote cualquier instrucción proporcionada, la respuesta y los cambios realizados en el domicilio.	Asegura la continuidad del cuidado para la siguiente visita domiciliaria.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	685seg 11.42min	11 – 12 mn

**OBSERVACIONES:**

- ✓ Animar a la familia a realizar anualmente una verificación de la seguridad de su domicilio.

Fuente: Maslow (1994). Corbett y Pennypacker (1992). POTTER Perry (1999); Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos, 4ta. Edición. Revisado por Lic. María Ángeles de Francisco.



## I.- DEFINICIÓN

La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento es uno de los aspectos que suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal, cuando las limitaciones son cognitivas, la autonomía de la persona está claramente amenazada. Muchas personas ancianas, refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico, o toleran peor la falta de relación familiar que un determinado proceso de enfermedad. Son medidas que la enfermera toma al actuar en situaciones donde se tienen que tomar decisiones sobre si un adulto mayor es competente para llevar a cabo su autocuidado, haciendo una valoración exacta de la salud mental, física y social y del estado económico y funcional, así como de las características ambientales.

## II. OBJETIVOS

- Proporcionar directrices al adulto mayor y familia sobre el modo de ayudarlos en los diferentes grados de disfunción cognitiva para que efectúen adaptaciones destinadas a preservar su habilidad para funcionar sin peligro dentro de su domicilio.

## III.- INDICACIONES

- Adulto mayor con comportamientos asociados con los cambios cognitivos y mentales.
- Confusión mental.
- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Test Mini Mental State
- Calendario
- Papel para confeccionar listas



## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Lleve a cabo la valoración durante una sesión corta y sea sensible a las necesidades sensoriales o discapacidades del adulto mayor.	Mejora la posibilidad de obtener el mayor número de datos.	60seg	ENFERMERA
	Asegúrese de que la habitación en la que se entrevista con el adulto mayor y la familia está bien iluminada y de que	Un ambiente óptimo para la valoración del estado cognitivo y mental del adulto mayor proporcionará una valoración más válida.		

	existen los mínimos ruidos externos o interrupciones. Hable con claridad y en un tono de voz normal.			
02	Pida al adulto mayor que describa su estado de salud y cómo afecta a su capacidad para mantener las habilidades de autocuidado; bañarse, vestirse, comer e ir al retrete.	Las preguntas exigirán que el cliente atienda a un asunto. Permite a la enfermera valorar la atención y la concentración. También determina si el cliente es totalmente perceptivo a su capacidad física.	90seg	ENFERMERA
03	Pregunte cómo se organiza el adulto mayor con las responsabilidades de mantenimiento del hogar. Las preguntas que pueden formularse incluyen: ¿para hacerme una idea de cómo se las arregla en casa, que recibos paga cada mes y cómo se organiza? Y ¿qué compra habitualmente como alimentos y suministros?	Proporciona una buena comparación de las percepciones del adulto mayor y de la familia. La interacción ayudará a medir la memoria a corto plazo, el juicio y la solución de problemas.	120seg	ENFERMERA
04	Valore los medicamentos que toma el adulto mayor. Revise el número y tipo de medicamentos, la finalidad para que fueron prescritas, la hora y el día en que las toma y las dosis. Preste especial atención a las medicaciones para controlar el dolor, a los anticonvulsivantes, antihipertensivos (especialmente betabloqueantes), diuréticos, digoxina, aspirina y otros anticoagulantes.	Los ancianos, frecuentemente, sufren interacciones farmacológicas como consecuencia de la polimedicación, prescritas. La selección y/o combinación de fármacos pueden situar al paciente en riesgos de sufrir efectos secundarios, que pueden incrementar las posibilidades de lesión como consecuencia de cambios físicos o cognitivos.	120seg	ENFERMERA
05	Determine si el adulto mayor tiene miembros de la familia o amigos que puedan ayudarlo con las responsabilidades del mantenimiento del hogar o el autocuidado. ¿Cómo percibe ese individuo y el adulto mayor la satisfacción en el apoyo que se le presta?	El papel del familiar cuidador puede ser muy estresante. Determina la disponibilidad de recursos para el cliente y la calidad de su apoyo.	90seg	ENFERMERA
06	Durante la conversación, observe la forma de vestir, las expresiones no verbales, el aspecto y la limpieza del adulto mayor.	Trastornos como la depresión y la demencia pueden provocar la incapacidad del adulto mayor para atender su aspecto personal.	60seg	ENFERMERA

	No confundir los cambios de comportamiento con la falta de recursos disponibles para mantener la higiene.			
07	Observe el entorno domiciliario inmediato: ¿está bien mantenido y ordenado?	Los cambios en el comportamiento asociados con disfunción cognitiva pueden ser detectados en un domicilio desordenado y en la colocación inapropiada de los objetos (ejm. Un frugos en caja de cartón sobre la cocina y no en la refri).	60seg	ENFERMERA
08	Si sospecha un cambio en el estado mental o cognitivo, complete un test mini-mental state.	Un examen de screening medirá los siguientes aspectos: orientación, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje e inteligencia.	180seg	ENFERMERA
09	Si el adulto mayor presenta una dificultad física que afecta a su habilidad motora fina, consulte con su médico y/o con su terapeuta ocupacional.	Puede ofrecer dispositivos de ayuda para bañarse, vestirse, escribir y hacer la alimentación más fácil.	15seg	ENFERMERA
10	Anote cualquier instrucción proporcionada, la respuesta y los cambios realizados en el domicilio.	Asegura la continuidad del cuidado para la siguiente visita domiciliaria.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	855seg 8.25min	8 – 9 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esta actividad requiere la solución de problemas y la aplicación de conocimientos exclusivos de una enfermera profesional. Por ello, la delegación de esta actividad no es apropiada.</li> <li>✓ Contar con los miembros de la familia para confirmar las descripciones del adulto mayor.</li> <li>✓ No crear una situación en la que el adulto mayor tenga la sensación de que no está siendo escuchado desde sus puntos de vista.</li> </ul>				

Fuente: Solomón (1988); Ebersole y Hess (1994); POTTER Perry (1999); Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos, 4ta. Edición. Revisado por Lic. María Ángeles de Francisco.

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO</b> <b>LANATTA</b> <b>LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b></p> <p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 32 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
--	--	--

### I.- DEFINICIÓN

Es la información real, sencilla, eficaz sobre la inscripción de ingreso del paciente nuevo con acto médico definiendo fecha a ser visitado, conocimiento del diagnóstico y tratamiento médico. Consejería y educación específica y puntual sobre: higiene, nutrición, movilización, estimulación, prevención de UPP, riesgos de caídas.

### II. OBJETIVOS

- Cuidador o familiar tendrá una información clara sobre los derechos y deberes para con su adulto mayor.
- Registro virtual del paciente a PADOMI
- Registro de cita con acto médico.

### III.- INDICACIONES

- Interconsulta del médico tratante.
- Previa entrevista con servicio social.
- Ingresa bajo los criterios de inclusión considerados en el manual de organización y funciones.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- El familiar no se compromete con los deberes del adulto mayor.
- No se enmarca dentro de los criterios de inclusión.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipo de red
- Programación mensual
- Punto de digitación
- Material educativo escrito

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	De la bienvenida.	Lograr empatía y compromiso del cuidador o familiar	2seg	ENFERMERA
02	Se solicitan los requisitos de ingreso: interconsulta del médico con entrevista social, fotocopia del titular o cuidador, fotocopia del adulto mayor ingresante, croquis claro y preciso de su domicilio.	Conocer al paciente, al cuidador Verificar dirección y chequear con croquis sencillo y claro. (La casa debe tener su dirección).	60seg	ENFERMERA
03	Se da información oral y escrita de los derechos y deberes del cuidador y/o	Es importante que el cuidador y/o familia se comprometa en la atención adecuada con el adulto	300seg	ENFERMERA

	familia.	mayor.		
04	Busque turno para atención médica y de enfermería domiciliaria, revisando en la programación una fecha relacionado con la localidad donde vive.	Se considera la ruta a seguir para evitar pérdidas de tiempo. La atención inmediata será eficaz para el adulto mayor y familia.	100seg	ENFERMERA
05	Registre en el sistema el ingreso del AM con su cita, informando al cuidador y/o familiar.	El ingreso confirmado del adulto mayor al programa	60seg	ENFERMERA
06	Escribe la solicitud de acto médico y envíe al familiar para que el digitador otorgue turno; para el personal médico y de enfermería.	El familiar y/o cuidador se irá tranquilo habiendo confirmado la fecha de atención.	15seg	ENFERMERA
07	Conteste preguntas; aclarando dudas y educando sobre los cuidados al AM	Mejorará la atención de parte de la familia al AM evitando complicaciones.	120seg	
07	Registre en el sistema al AM en la programación de procedimientos si es que lo necesita.	Evitar complicaciones por UPP, desnutrición o retención urinaria.	60seg	ENFERMERA
09	Despedida cordial y respetuosa.	A futuro mantener una buena relación.	30seg	ENFERMERA
		TOTAL	747seg 12.45min	12 – 13min
OBSERVACIONES:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se tiene un formato sobre los derechos y deberes del cuidador y/o familia el cual se entrega.</li> <li>✓ Se entrega materiales educativos.</li> </ul>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015





### I.- DEFINICIÓN

Es la información real, sencilla, eficaz con aplicación práctica hacia el paciente sobre aspectos relacionados a su necesidad inmediata y prevención de riesgos. Consejería y educación específica sobre: higiene, nutrición, movilización, estimulación, prevención de UPP, riesgos de caídas.

### II. OBJETIVOS

- Brindar conocimientos sencillos y específicos sobre la atención de la familia hacia su familiar adulto mayor.
- Realizar aplicación oportuna en relación a la necesidad inmediata del adulto mayor.

### III.- INDICACIONES

- Todo paciente y familia comprometida en PADOMI.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES



- Para control de signos vitales: termómetro, reloj, tensiómetro, estetoscopio, pulsoxímetro.
- Para taller demostrativo: gasa, esparadrapo, guantes de barrera, baja lenguas, SNG, jeringas, agujas, alcohol yodado.
- Medicamentos básicos: captopril 25mg, enalapril 10mg, diclofenaco 75mg, metamizol 1g.
- Algunos útiles que la familia nos puede facilitar.

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Toque la puerta o timbre, verificando el domicilio, el nombre del paciente a atender.	Evitará errores de identificación y aún más de atención.	45seg	ENFERMERA
02	Salude cordialmente, pedir permiso para entrar y sentarse. Presentarse y presentar al médico que acompaña la visita.	Obtener confianza y seguridad en la familia y paciente logrando empatía.	45seg	ENFERMERA
03	Informe y tome signos vitales.	Evaluación primaria, reconociendo alteraciones.	300seg	ENFERMERA
04	Haga un diagnóstico mental de enfermería, procesando las acciones a realizar.	Ordenar mentalmente y ejecutar las acciones necesarias corregirán aspectos mal informados o desconocidos.	60seg	ENFERMERA
05	Realice taller aplicativo sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Higiene ocular</li> <li>○ Higiene nasal</li> <li>○ Higiene oral</li> </ul>	Con la demostración práctica se logra una mejor comprensión de parte de la familia.	300seg	ENFERMERA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estimular al paciente en conocimientos y memoria.</li> <li>○ Movilización.</li> <li>○ Sujeción mecánica de protección.</li> <li>○ Cuidados de sondajes.</li> <li>○ Terapia Respiratoria.</li> </ul>			
06	Brinde educación en: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alimentación</li> <li>○ Movilización</li> <li>○ Estimulación: orientación, memoria, imaginación, atención.</li> </ul>	A la par énfasis educativo y reiterado en cada visita fortalecerá una mejor atención.	180seg	ENFERMERA
07	Retírese los guantes y solicite lavado de manos, en la casa donde brindamos la atención.	Desinfección adecuada para salir de la casa.	60seg	ENFERMERA
08	El médico ya hizo su diagnóstico, examino al paciente e hizo su receta médica con sus medicamentos que corrigen el daño, alguna enfermedad aguda, soluciones o cremas necesarias. Llenado en historia clínica.	Cubrirá su tratamiento necesario.	-----	ENFERMERA
09	Haga las anotaciones necesarias. Despedida y retiro de la casa.	Aprestará su aceptación posterior.	120seg	ENFERMERA
		TOTAL	1110seg 18.5mn	18 - 19 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> ✓ No realizar actividades fuera de la atención directa al paciente.				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN PADOMI</b>	<b>FECHA: ABRIL 2015</b> 
	<b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 34 CHARLA EDUCATIVA GRUPAL</b>	

### I.- DEFINICIÓN

Es la información educativa de 30 minutos ofrecida a la familia y/o cuidadores del adulto mayor, sobre aspectos de atención integral: ayuda emocional, conservación física y apoyo espiritual.

### II. OBJETIVOS

- Lograr aplicación de lo aprendido.
- Asumir con responsabilidad y dedicación la atención del adulto mayor.

### III.- INDICACIONES

- Tener paciente ingresado en PADOMI.
- Todo adulto mayor en riesgo.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Todo paciente asegurado que no contemple los criterios de inclusión para PADOMI.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- DATA
- Laptop
- Material educativo escrito.

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Coordine: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitud de data</li> <li>○ Impresión de material educativo.</li> <li>○ Apertura del ambiente, auditorio.</li> </ul>	Todo a tiempo, evitará improvisaciones.	600seg	ENFERMERA
02	Organice la información a brindar en power point.	Buscar información actual y sencilla para brindar la charla.	3600seg	ENFERMERA
03	Instale los equipos a utilizar y ambientar el auditorio.	Asegurarse que todo quede probado y cómodo.	120seg	ENFERMERA
04	De la bienvenida al grupo invitado.	Se captará precisando respeto y confianza.	20seg	ENFERMERA
05	Inicie la charla educativa en forma objetiva, clara y precisa. Con una metodología didáctica y dinámica	No causar asperezas y aburrimientos.	900seg	ENFERMERA
06	De un tiempo para preguntas y respuestas. Y haga preguntas relacionadas al tema y a las situaciones específicas de cada paciente.	Comparaciones en relación a la experiencia vivida, permitirán aclaraciones.	300seg	ENFERMERA
07	Despedirse, felicitando al grupo por su asistencia y participación.	Apretará su presencia en nuevas convocatorias.	60seg	ENFERMERA
		<b>TOTAL</b>	5600seg 94mn	90 – 100 mn

#### OBSERVACIONES:

- ✓ Ser puntual.

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015



### I.- DEFINICIÓN

Es la información educativa teórica y práctica ofrecida a la familia y/o cuidadores del adulto mayor, sobre aspectos de atención integral: ayuda emocional, conservación de la salud física y apoyo espiritual.

### II. OBJETIVOS

- Lograr que hagan la demostración de lo visualizado.
- Realizar con responsabilidad, dedicación y en el momento adecuado los cuidados del adulto mayor.

### III.- INDICACIONES

- Tener paciente ingresado en PADOMI.
- Todo adulto mayor en riesgo.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Todo paciente asegurado que no contemple los criterios de inclusión para PADOMI.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Solución salina
- Gasas
- Bicarbonato de sodio
- Agua de manzanilla
- Sujetadores
- Baja lenguas
- Apósitos
- Antibiótico oftálmico
- Hule
- Torundas de algodón
- Glicerina

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Coordine: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solicitud de data</li> <li>○ Impresión de material educativo.</li> <li>○ Apertura del ambiente, auditorio.</li> </ul>	Todo a tiempo, evitará improvisaciones.	600seg	ENFERMERA
02	Organice los materiales a utilizar en el taller definiendo los temas a demostrar.	Buscar información actual y sencilla para brindar la demostración.	480seg	ENFERMERA
03	De la bienvenida al grupo invitado y se procede a hacer las	Se captará precisando respeto y confianza.	30seg	

	demostraciones.			
04	Empiece comunicando lo que vamos a hacer con el paciente y terminamos comprobando que quede en la situación más cómoda posible.	Para fomentar la autonomía y la dignidad de la persona.	60seg	
05	Para todo procedimiento hay que lavarse las manos y colocarse guantes de barrera.		60seg	
06	El taller tocará: <b>Higiene de ojos.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se coge un extremo de la gasa y se le recoge como pañuelo de las 4 puntas, se humedece el centro con agua de manzanilla.</li> <li>○ Se procede a limpiar desde el ángulo interno del ojo hacia el ángulo externo a nivel del párpado inferior. No se soba ni se regresa la gasa.</li> <li>○ Se puede desdoblar la gasa y recoger como pañuelo el reverso para limpiar el párpado superior, siempre y cuando se haya logrado retirar toda la secreción infectada en el párpado inferior.</li> <li>○ Repita este procedimiento con el otro ojo.</li> <li>○ Repita cuantas veces sea necesaria para retirar todas las secreciones</li> <li>○ Hay que secar bien los pliegues palpebrales.</li> <li>○ Añada el antibiótico oftálmico a cada ojo.</li> </ul>	Estas actividades se realizan en aquel paciente que no puede realizar su higiene por sí solo.  Es recomendable realizar la limpieza de los ojos desde el ángulo interno hacia el ángulo externo del ojo, facilitando así la eliminación de posibles bacterias por arrastre. Así mismo se utilizará una gasa o torunda para cada ojo evitando así la contaminación.  Evitará presencia de hongos.	300seg	ENFERMERA
07	<b>Higiene de boca y dientes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coloque al paciente en decúbito supino con la cabeza ladeada hacia nuestro lado.</li> <li>○ Coloque una toalla o hule debajo de la cara, para evitar mojar o manchar la almohada.</li> <li>○ Impregne varias torundas n líquido de enjuague bucal o en 3cc de agua añadir una cucharita de bicarbonato de sodio.</li> <li>○ Con una pinza de disección envuelva la gasa en una baja lengua.</li> <li>○ Limpie, encías, paladar, lengua, carrillos, dientes.</li> </ul>	Favorece la eliminación de restos alimenticios, proliferación de gérmenes y el mal olor.	120seg	

	<p>Usando una torunda en cada zona, desechar lo usado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si el paciente está intubado; irrigue la boca con la solución bucal cargada en jeringa de 20cc y eliminar aspirando el líquido. Se repite las veces que sea necesario.</li> <li>○ Aplicar vaselina en los labios del paciente.</li> </ul>			
08	<p><b>Higiene de Oídos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pida a la familia que tres días previos en la noche se añada 1 gota de glicerina en cada oído por 3 días.</li> <li>○ Use los bastoncillos de algodón retirando el cerumen ablandado.</li> <li>○ Con una gasa limpie el oído externo y todo el pabellón auricular.</li> </ul>	Evita lo mareos, zumbidos de oídos.	60seg	
09	<p><b>Sujeción mecánica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se coge una toalla pequeña, apósito y se enrolla en cada muñeca.</li> <li>○ Una tira larga doblada en dos, se coloca sobre la toalla que envuelve la muñeca, dejando una sujeción en V.</li> </ul>	Este tipo de sujeción evitará que la paciente se lastime, no corta la circulación, ni daña la piel.	180seg	
10	<p><b>Terapia respiratoria.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De agua tibia sorbo a sorbo.</li> <li>○ Realice capotaje: la mano en cóncavo palmoear suavemente ambos lados pulmonares.</li> <li>○ Colocar cabeza y tórax hacia adelante, o lateralizado si esta postrado para que pueda evacuar las secreciones.</li> <li>○ Si el paciente no puede expectorar, extraer con una jeringa de 10 cc las secreciones acumuladas en la boca y garganta.</li> <li>○ Si aún el paciente puede deambular, aunque sea con limitación, realice con él aspiraciones de aire profunda y elimine el aire despacio por la boca, unas 10 veces, depende de la tolerancia del paciente.</li> </ul>	Comprobar el grado de autonomía fomentando el autocuidado. Evitará el distres respiratorio y complicaciones infecciosas.	600seg	

11	Se pide que acomoden al paciente y recojan todo el material usado, descartando lo sucio.	Asegurarse de eliminar material contaminado.	60seg	
12	Haga que los presentes repitan las demostraciones.	Quedará fijo en la memoria.	300seg	ENFERMERA
13	De un tiempo para preguntas y respuestas. Y haga preguntas relacionadas al tema y a las situaciones específicas de cada paciente.	Comparaciones en relación a la experiencia vivida, permitirán aclaraciones.	200seg	ENFERMERA
14	Despedirse, felicitando al grupo por su asistencia y participación.	Apretará su presencia en nuevas convocatorias.	60seg	ENFERMERA
		TOTAL	3110seg 51.83mn	51 – 52 mn
<p>OBSERVACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ser puntual.</li> <li>✓ Según las recomendaciones de la ANA – Asociación Americana de Enfermeras.</li> <li>✓ Realizar el procedimiento diariamente o cada vez que se precise.</li> <li>✓ Valorar la colaboración del paciente y familia.</li> <li>✓ Mantener la intimidad del paciente</li> <li>✓ Mantener la temperatura adecuada.</li> </ul>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PADOMI</b></p> <hr/> <p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 36 ENTREGA DE MATERIAL</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
--	--	--

## I.- DEFINICIÓN

Dotación de material necesario para cubrir las necesidades de curación, permanencia de sonda nasogástrica y/o vesical para el lapso de un mes.

La Protección ha evolucionado durante dos siglos, se encuentran productos que promueven un mejor cuidado de la salud, ayudando a mejorarla con dispositivos médicos y farmacéuticos que ayudan a evitar la propagación de enfermedades con antisépticos y desinfectantes, y material estéril. Una mejor salud es importante para el profesional de la salud y para el paciente.

## II. OBJETIVOS

- Curación de la herida o UPP.
- Retirar uso de sondajes a mediano plazo.
- Evitar contraer infecciones concomitantes.

## III.- INDICACIONES

- Pacientes con UPP, úlceras varicosas u otro tipo de herida.
- Con retención urinaria.
- Dificultad para la deglución, acumulo de secreciones o riesgo de aspiración.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Todo paciente que no pertenezca a PADOMI.
- Todo paciente que no amerite un procedimiento de curación.

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES



- Kits de materiales:
  - ✚ Kit de sonda Nasogástrica # 14: sonda nasogástrica # 14, gasa mediana de 7.5 cm x 7.5 cm, guantes quirúrgicos estéril # 6.5 (par), jeringa 20 cc, jeringa de alimentación.
  - ✚ Kit de sonda Vesical # 14, 16,18: sonda Foley 2 vías # 14,16,18 (descartable), gasa mediana de 7.5 x 7.5 cm, jeringas descartables de 20cc sin aguja, bolsa colectora para adulto, guante quirúrgico estéril # 6.5 (par), guante de barrera # 7 (par), aguja hipodérmica descartable 18 x 1 ½, gasa chica 5 x 5 cm.
  - ✚ Kit de Gasas para atención al Paciente: 75 gasa grande de 10 x 10, 75 gasa mediana de 7.5 x 7.5, 20 guantes simple # 7 (par).
  - ✚ Kit de Apósito y Gasa
  - ✚ Kit de Sonda Nelaton # 12, 14,16
  - ✚ Kit de Retiro o cambio de Sonda Vesical
  - ✚ Kit de Canalización venosa periférica # 18, 22, 24.
  - ✚ Kit de curación de UPP: 10 gasa mediana de 7.5 x 7.5, 10 gasa grande de 10 x 10, 10 gasa chica (estampilla) de 5 x 5, un par de guante simple # 7, un par de guante quirúrgico estéril # 7.
  - ✚ Kit de aspiración endotraqueal 12, 14, 16.
  - ✚ Kit de cambio de SNG # 14, 16.



**VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Ubique al familiar para su atención.	Mantener el orden, ayuda a avanzar el trabajo.	60seg	ENFERMERA
02	A su ingreso solicite el DNI de su paciente.	Identificarlo como paciente de PADOMI.	20seg	ENFERMERA
03	Busque en su registro virtual al paciente; nombre, DNI, procedimiento, entrega de material, fechas de atención.	Esto ya tiene que estar registrado para identificar al paciente y valorar la necesidad de material.	60seg	ENFERMERA
04	De acuerdo al estadio de la UPP se entrega material. Esto también se determina, si la necesidad es por colostomía, traqueotomía, u otro.	Lo necesario permitirá que el material se use con eficacia.	10seg	ENFERMERA
05	Llenar el formato de entrega con los datos del paciente: nombre, DNI, edad. Y confirmar con el nombre completo del recetor, su firma y DNI. Colocar la fecha.	El registro es necesario para llevar un buen control del uso de material.	60seg	ENFERMERA
06	Añadir algún otro material que el paciente necesite.	Complementará la buena atención del paciente.	60seg	ENFERMERA
07	Se coordina, fechas de atención para los procedimientos.	Los cambios de sondas, curaciones deben programarse.	120seg	ENFERMERA
08	Despedirse con amabilidad	Se logrará empatía para las siguientes atenciones.	45seg	ENFERMERA
		TOTAL	435seg 7.25min	7 – 8 mn
<b>OBSERVACIONES:</b> ✓ La medida de los guantes van en relación al tamaño de manos.				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015

 <b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PADOMI</b>	<b>FECHA: ABRIL 2015</b> 
	<b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 37 EXAMEN FÍSICO ABREVIADO PARA LA PRIMERA CONSULTA DEL ADULTO MAYOR</b>	

### I.- DEFINICIÓN

El paciente añoso frecuentemente padece pluripatología, en su evolución puede llevar a la invalidez y como consecuencia epilogar con una problemática mental y social. Todos estos elementos, enfermedad somática, capacidad funcional, problemática mental y social, deben ser encarados al contemplar el tratamiento a fin de que el mismo sea integral y aumente sus posibilidades de éxito. La evaluación debe ser dinámica y actualizada periódicamente para adaptar la terapéutica a los cambios que se produzcan en la evolución de la enfermedad. La evaluación y terapéutica geriátrica en sus aspectos biológicos, funcionales, psicológicos y sociales y la evolución del paciente se documentan en la historia clínica geriátrica.

### II. OBJETIVOS

- Estudiar la situación basal.
- Obtener un diagnóstico integral.
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados.
- Planificar la terapéutica especializada.
- Situar al adulto mayor en el nivel adecuado.
- Documentar la mejoría del adulto mayor.
- Favorecer la transmisión de la información entre profesionales.

### III.- INDICACIONES

- Ventajas:
  - Disminuye la mortalidad
  - Mejora la capacidad funcional
  - Mejoras el estado mental
  - Disminuye la necesidad de hospitalización
  - Disminuyen los reingresos hospitalarios
  - Disminuye el consumo de medicamentos

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Todo paciente que no pertenezca a PADOMI.

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES



- Examen físico abreviado para la primera consulta del Geronto.

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Identifique del adulto mayor.	Identificarlo como paciente de PADOMI.	60seg	ENFERMERA
02	Informe al adulto mayor y familia sobre la aplicación del examen.	Permitirá confianza y colaboración de parte de ellos.	60seg	ENFERMERA

03	Determine el espacio a realizar el examen.	Un espacio cómodo y conocido dará un mejor conocimiento de los aspectos funcionales.	60seg	ENFERMERA
04	Aplicar el examen físico abreviado al adulto mayor.	Con claridad, términos sencillos y práctico.	360seg	ENFERMERA
05	Llenar el formato impreso en relación a lo encontrado.	El registro es necesario para tener una información clara de la valoración del adulto mayor.	160eg	ENFERMERA
06	Hacer todas las anotaciones necesarias.	Material que permite encontrar necesidades y buscar soluciones.	160seg	ENFERMERA
07	Despedirse con amabilidad, y agradecer la colaboración de todos.	Se logrará empatía para las siguientes atenciones.	45seg	ENFERMERA
		TOTAL	905seg 15.1min	15 – 16 mn
OBSERVACIONES:				
✓ Este examen debe ajustarse en relación a las limitaciones funcionales de cada adulto mayor.				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015 Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina - Facultad de Medicina - UNNE - Octubre/2000 EVALUACION DEL PACIENTE ANCIANO - Prof. Dr. Victor Villanueva

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p> 
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 38 ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA A LA FAMILIA SOBRE SÍNDROME DEL CUIDADOR</b></p>	

### I.- DEFINICIÓN

El *Síndrome del Cuidador* es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. No son sólo individuos afectados, sino familias afectadas.

### II. OBJETIVOS

- Evitar que el cuidador(a) de un adulto mayor dependiente se agote física y mentalmente.
- Lograr que toda la familia se involucre en el cuidado del adulto mayor dependiente.

### III.- INDICACIONES

- Cuidador(a) en riesgo de síntomas de alarma.

### IV.- CONTRAINDICACIONES

- Ninguna

### V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Tiempo para ofrecer orientación y consejería.
- Participación de toda la familia.

### VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Organice una reunión familiar.	Todos tienen que estar involucrados.	60seg	ENFERMERA
02	<p>Brinde educación sobre los siguientes temas:</p> <p><b>Perfil del cuidador de una persona dependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mujer de edad media.</li> <li>○ Familiar directo del afectado (pareja, madre, padre, hijo, hija...), muy voluntariosa.</li> <li>○ Trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades ordinarias</li> <li>○ Cree que ésta será una situación llevadera y que no se prolongará demasiado tiempo y</li> <li>○ Espera ser ayudada por su entorno más cercano.</li> </ul>	Es necesario que todos los del entorno del adulto mayor conozcan lo que puede ocurrir con el cuidador (a).	360seg	ENFERMERA

	<p><b>Lo que ocurre con el cuidador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conforme el tiempo va pasando el cuidador poco a poco va asumiendo una gran carga física y psíquica.</li> <li>○ Se responsabiliza por completo de la vida del afectado (medicación, visitas médicas, cuidados, higiene, alimentación, etc.).</li> <li>○ Va perdiendo paulatinamente su independencia ya que el enfermo cada vez le absorbe más.</li> <li>○ Se desatiende a sí mismo: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital.</li> <li>○ Y es que “el tiempo no lo cura todo”... Conforme pasa el tiempo, la calidad d vida del afectado va mejorando considerablemente, mientras que la del cuidador va decayendo.</li> </ul> <p><b>Los principales síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar la existencia del Síndrome del Cuidador son</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Agotamiento físico y mental</li> <li>○ Labilidad emocional: cambios de humor repentinos</li> <li>○ Depresión y Ansiedad</li> <li>○ Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol</li> <li>○ Trastorno del sueño</li> <li>○ Alteraciones del apetito y del peso</li> <li>○ Aislamiento social y pérdida de interés</li> <li>○ Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención</li> <li>○ Problemas laborales</li> <li>○ Irritabilidad</li> <li>○ Reacción exagerada a críticas</li> <li>○ Desesperanza</li> <li>○ Resentimiento</li> <li>○ Ideación suicida o de abandono.</li> <li>○ Dolores</li> </ul>			
03	Aplicar la Escala de Zarit.	Determinará el grado de sobrecarga para el cuidador.	90seg	ENFERMERA
04	Soluciones: La intervención psicológica	Evitará entrar en crisis.	10seg	ENFERMERA

	<p>recomendada es la cognitivo conductual, es decir, debería centrarse en la modificación de aspectos cognitivos (pensamientos y emociones que puedan estar facilitando el trastorno) y en la intervención sobre las determinadas conductas.</p>			
05	<p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informarse muy bien sobre los cuidados que precisa la persona a la que va a cuidar. Para ello puede consultar con su médico.</li> <li>○ Descanse cada día lo suficiente.</li> <li>○ Evite auto medicarse.</li> <li>○ Vaya a su médico siempre que se encuentre mal, no lo deje ara más adelante y no ponga excusas para no ir. Realice los seguimientos que sean necesarios si padece alguna enfermedad (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, etc.).</li> <li>○ Procure mantener sus amistades y acudir a reuniones sociales y actividades que le permitan seguir ampliando sus redes sociales.</li> <li>○ Siga realizando algunas de las actividades y hobbies que siempre le han gustado (ir al cine, pasear, hacer ejercicio, ir a la piscina, hacer punto, hacer crucigramas,...).</li> <li>○ No se sienta culpable por reírse o pasarlo bien, si usted es feliz le será más fácil sobrellevar la situación.</li> <li>○ Cuide su aspecto físico, esto mejorará su bienestar psicológico.</li> <li>○ Ha de tener un tiempo a la semana para usted mismo, de forma que debe buscar ayuda de un familiar, un amigo, o un asistente que cuide del enfermo durante ese tiempo que le pertenece.</li> <li>○ También es importante tener unos días de vacaciones al año, después de lo cual verá las cosas de forma diferente.</li> <li>○ Prepararle para la situación de duelo que deberá enfrentar en un futuro (si se valora que no cuenta con estrategias de afrontamiento efectivas).</li> </ul>	Prepararse física y emocionalmente dará una mejor resistencia y tolerancia.	160seg	ENFERMERA

06	<p>Psicoterapia grupal:</p> <p>Esta terapia es muy importante, el objetivo es entrenarle en habilidades sociales y resolución de problemas ya sean internos (ej. Decidir dedicar más tiempo a su propia salud) o externos (ej. Pedir apoyo a familiares y amigos). El grupo tiene importantes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El terapeuta les ofrece información detallada sobre el trastorno que padecen.</li> <li>○ Encuentran el apoyo de otras personas en situaciones parecidas, de forma que pueden ver nuevas formas para resolver sus problemas.</li> <li>○ Les ayuda a superar su aislamiento, lo cual puede animarles a buscar más contactos sociales fuera del grupo.</li> <li>○ Escuchar y compartir experiencias con personas en situaciones similares les proporciona alivio emocional.</li> <li>○ El hecho de saber que sus opiniones y conocimientos son escuchados y valorados puede aumentar su autoestima.</li> </ul>	<p>Como recurso de tratamiento para el síndrome del cuidador se ha planteado el Mindfulness o conciencia plena pues, por medio de su práctica, se enseña a observar y a aceptar los pensamientos, sensaciones y emociones sin el afán de modificarlos o cambiarlos. Dicha técnica ha demostrado resultados para reducir el malestar psicológico siempre y cuando se acepte integrar su práctica a la vida cotidiana.</p>	90seg	ENFERMERA
07	Despedirse con amabilidad.	Se logrará empatía para las siguientes atenciones.	45seg	ENFERMERA
		TOTAL	815seg 13.58min	13 – 14 mn
<p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <p>✓ La familia debe acompañar este proceso.</p>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015.  
<http://es.slideshare.net/GerardoViau/sindrome-del-cuidador>

 <p><b>EsSalud</b> Seguridad Social para todos <b>HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN</b></p>	<p><b>PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE PADOMI</b></p>	<p><b>FECHA: ABRIL 2015</b></p>  <p><b>Duelo y acompañamiento</b></p>
	<p><b>GUÍA DE PROCEDIMIENTO 39 CUIDADOS ENTORNO AL DUELO</b></p>	

## I.- DEFINICIÓN

La muerte es un proceso profundo que afecta a todas las personas involucradas: la persona que muere, sus familiares y allegados, y el personal asistencial. El concepto que cada persona tiene de sí misma, sus experiencias anteriores, sus valores, creencias y emociones afectarán en la manera como cada persona afrontará el proceso de morir y la muerte en sí. La enfermera necesita tanto un conocimiento del proceso de la muerte como cierto grado de comodidad personal para enfrentarse al hecho de morir.

El duelo es una moción natural y es uno de los dones más grandes que les ha sido dado a los hombres para afrontar todas las pérdidas de su vida. ((Elizabeth Kubler-Ross).

La aflicción representa las reacciones particulares subjetivas que se experimentan mientras se está en estado de duelo (lo que uno siente, el dolor de la pena).

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es TOTAL: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto duele. (J. Montoya Carrasquilla, 1998).

## II. OBJETIVOS

- Lograr el apoyo de personas cercanas.
- Permanecer ocupadas para alejar su mente de la pérdida.
- Mantener un adecuado estado nutricional.
- Expresar y liberar las emociones.

## III.- INDICACIONES

- Familia que pasa por una situación de duelo.

## IV.- CONTRAINDICACIONES

- Si la familia presenta una actitud negativa

## V.- EQUIPOS Y MATERIALES

- Tiempo para acompañar y brindar apoyo con orientación y consejería.

## VI.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PASO N°	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Ubique al familiar o familiares para brindarles la atención de soporte necesario.	Es prudente ver el momento y espacio adecuado para brindar apoyo.	60seg	ENFERMERA
02	De a conocer los síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tristeza</li> <li>○ Preocupación</li> <li>○ Impresionado</li> <li>○ Confundido</li> <li>○ Enojado</li> <li>○ Engañado</li> <li>○ Aliviado</li> </ul>	Reconocer cuál de los síntomas está presentando el familiar para brindar el apoyo que alivie su dolor.	20seg	ENFERMERA



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Culpable</li> <li>○ Exhausto</li> <li>○ Vacío</li> </ul>			
03	<p>Mencione las dificultades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Para concentrarse</li> <li>○ Para estudiar</li> <li>○ Para comer</li> <li>○ Pérdida de interés por actividades.</li> <li>○ Se enfrascan en: tv, computación, deporte, beber.</li> </ul>	Prever estos aspectos que complicarían el bienestar familiar.	60seg	ENFERMERA
04	<p>Mencione actitudes ante la pérdida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evita hablar sobre la pérdida.</li> <li>○ Se siente culpable.</li> <li>○ Siempre habla de la pérdida.</li> <li>○ Algunas personas se deprimen y se alejan de sus amigos.</li> <li>○ Evitan los lugares o situaciones que les recuerden a la persona.</li> <li>○ Canaliza su dolor involucrándose en actividades peligrosas y autodestructivas.</li> <li>○ En ocasiones, una persona puede estar tan sorprendida o superada por su pérdida que no demuestra las emociones en forma inmediata, aun cuando la pérdida sea muy terrible.</li> </ul>	Hay que ser muy cauteloso con las palabras, expresiones o actitudes que lleven a connotar mayor dolor.	60seg	ENFERMERA
05	<p>Educar sobre qué hacer para superarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pedir apoyo a personas cercanas.</li> <li>○ Mantenerse ocupado para alejar su mente de la pérdida.</li> <li>○ Alimentarse bien.</li> <li>○ Únete a un grupo de apoyo.</li> <li>○ Expresa y libera tus emociones.</li> <li>○ Crea un memorial o un tributo.</li> </ul>	Coordinar con las personas de su entorno.	120seg	ENFERMERA
06	<p>Factores que determinan la respuesta a la pérdida de un ser querido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nivel de apego al ser querido.</li> <li>○ Características de la</li> </ul>	Valorar situaciones que lleven a estados anímicos de: depresión, ansiedad, demencia.	60seg	ENFERMERA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ pérdida.</li> <li>○ La personalidad que uno tenga.</li> <li>○ Participación en el cuidado del paciente.</li> <li>○ Duración de la enfermedad.</li> <li>○ Disponibilidad de apoyo, social y familiar.</li> </ul>			
07	<p>DECALOGO DEL ACOMPAÑANTE DEL DUELO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leer e informarse de todo lo relacionado con el duelo, la aflicción. De esta forma mi ayuda será más efectiva.</li> <li>2. Permitiré y animaré la expresión de los sentimientos de dolor y tristeza.</li> <li>3. Estarán siempre mis oídos atentos para escuchar el dolor.}</li> <li>4. Prestaré indefinidamente y mientras sea necesario, mis hombros, mis brazos y mi pecho como consuelo u apoyo.</li> <li>5. No esperaré a que el deudo busque ayuda, tomaré la iniciativa.</li> <li>6. Respetaré las diferencias individuales en la expresión del dolor.</li> <li>7. Estaré atento a reacciones anormales o distorsionadas del duelo.</li> <li>8. Animaré la realización de actividades necesarias para evitar enfermedades.</li> </ol>	Preparar el ánimo personal para escuchar y que el apoyo a brindar tenga un resultado más eficaz.	120seg	ENFERMERA
08	Despedirse con amabilidad y respeto con todos los familiares presentes.	Mantendrá la consideración y el respeto por el dolor del familiar.	45seg	ENFERMERA
		TOTAL	545seg 9.08min	9 – 10 mn
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>✓ Evitar situaciones de enfrentamiento y mayor dolor.</p>				

Fuente: Departamento de Enfermería Hospital II Gustavo Lanatta Luján – PADOMI – Mayo 2015  
<http://es.slideshare.net/AlejandroSalasLopez/duelo-en-el-adulto-mayor?related=1>

## ÍNDICE DE ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGOS DE ULCERA POR PRESIÓN - ESCALA DE NORTON (GUÍA 6, 7, 8, 9, 10)	95
2. CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO ADMINISTRADO POR CANULA BINASAL	96
3. CONCENTRACIÓN DE OXIGENO ADMINISTRADO POR MASCARILLA VENTURI	96
4. ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS – J.H. DOWNTON (GUÍA 29,30)	97
5. MINI MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (GUÍA 31)	97
6. EXAMEN FÍSICO ABREVIADO PARA LA PRIMER CONSULTA DEL ADULTO MAYOR (GUÍA 37)	98
7. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – ÍNDICE DE KATZ	100
8. ESCALA DE LA CRUZ ROJA DE INCAPACIDAD	101
- GRADOS DE INCAPACIDAD FÍSICA	
- GRADOS DE INCAPACIDAD MENTAL	
9. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA – ESCALA DE LAWTON Y BRODY – 1969)	102
10. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – YESAVAGE	103
11. ESCALA DE MARCHA Y EQUILIBRIO – TINETTI	104
12. CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)	105
13. NORMAS SOBRE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO	105
14. ESCALA PARA LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA – ZARIT (GUÍA 38)	107
15. SOLICITUD DE NEGACIÓN A TODO TRATAMIENTO	108
1. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN - ESCALA DE NORTON.	

Es una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP). Cada apartado se puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1 significa el estado menos favorable y el 4 el más favorable, con puntuaciones totales que varían de un máximo de 20 a un mínimo de 5.

VARIABLES		FECHAS DE EVALUACIONES		
		PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
a) Condición física	Buena	4	4	4
	Regular	3	3	3
	Pobre	2	2	2
	Muy mala	1	1	1
b) Estado Mental	Orientado	4	4	4
	Apático	3	3	3
	Confuso	2	2	2
	inconsciente	1	1	1
c) Actividad	Deambula	4	4	4
	Deambula con ayuda	3	3	3
	Cama/Silla	2	2	2
	Encamado	1	1	1
d) Movilidad	Total	4	4	4

	Disminuida	3	3	3
	Muy limitada	2	2	2
	Inmóvil	1	1	1
e) Incontinencia	Control	4	4	4
	Incontinencia ocasional	3	3	3
	Urinaria	2	2	2
	Urinaria – Fecal	1	1	1

Interpretación del puntaje del nivel de riesgo de UPP:

1	Alto	5 – 11
2	Evidente riesgo de úlceras en posible formación	12 -14
3	Bajo	15 - 20

## 2. CONCENTRACIÓN DE OXIGENO ADMINISTRADO POR CANULA BINASAL

<u>TASA DE FLUJO</u>	<u>CONCENTRACIÓN APROXIMADA</u>
<u>1 litro por minuto</u>	<u>24%</u>
<u>2 litros por minuto</u>	<u>28%</u>
<u>3 litros por minuto</u>	<u>32%</u>
<u>4 litros por minuto</u>	<u>36%</u>
<u>5 litros por minuto</u>	<u>40%</u>

## 3. CONCENTRACIÓN DE OXÍGENO ADMINISTRADO POR MASCARA DE VENTURI

<u>TASA DE FLUJO</u>	<u>CONCENTRACIÓN APROXIMADA</u>
<u>5 litros por minuto</u>	<u>40%</u>
<u>6 litros por minuto</u>	<u>50%</u>
<u>7 litros por minuto</u>	<u>60%</u>

## 4. ESCALA DE RIESGOS DE CAÍDAS - J.H. DOWNTON

Es un instrumento validado que estandariza la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos, orienta la aplicación de medidas de prevención en pacientes internados y ambulatorios.

<b>VARIABLES</b>		<b>INGRESO</b>	<b>REEVALUACIÓN</b>	
		Puntaje	Puntaje	Puntaje
CAÍDAS PREVIAS	No	0	0	0
	SI	1	1	1
USO DE MEDICAMENTOS	Ninguno	0	0	0
	Tranquilizantes – sedantes	1	1	1
	Diuréticos	1	1	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1	1	1
	Anti parkinsonianos	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1
	Otros medicamentos	1	1	1
	Ninguno	0	0	0

DÉFICIT SENSORIAL	Alteraciones visuales	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1
	Extremidades (ictus,...)	1	1	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0	0	0
	Confuso	1	1	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0	0	0
	Segura con ayuda	1	1	1
	Insegura con ayuda	1	1	1
	No deambula	1	1	1
<b>Puntaje Obtenido</b>				

Nota: En paciente con agitación psicomotora de inmediato se considera puntaje alto.

Interpretación del puntaje:

3 a más	Alto riesgo
1 a 2	Mediano riesgo
0	Bajo riesgo

#### 5. MINI – MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

Folstein *et al.*, (1975) desarrollaron una prueba para medir de forma rápida y con una validez contrastada el estado cognitivo de las personas. Esta prueba se denominó *Mini-Mental Status Examination* (MMSE) y es en la actualidad el test más utilizado para hacer una primera aproximación al estado cognitivo de las personas. En la Figura 6 aparece la versión validada para la población española, que es una adaptación del MMSE que primero se presentó en el año 1978 y se reelaboró en la forma actual por Lobo *et al.*, (1999) y se denomina Mini Examen Cognoscitivo (MEC).

A diferencia del MMSE que tiene una puntuación máxima de 30 puntos, en el MEC la puntuación máxima pasa a ser de 35, pero se mantiene el punto de corte para establecer deterioro cognitivo (DC) en 23/24 para personas de 65 años o más y en 27/28 en adultos no geriátricos.

En las personas de 65 años o mayores que obtienen 24 puntos o más en el MEC se considera que no hay deterioro cognitivo y con puntuaciones de 23 o menos sí lo hay. De igual forma en personas de menos de 65 años con puntuación de 28 o superior no hay DC y con 27 puntos o inferior sí lo presentan.

En el caso de que por analfabetismo o por imposibilidad física (incapacidad de escribir o dibujar o alteraciones sensoriales –vista, oído, etc.–) no se puedan plantear determinados ítems, la puntuación total debe ser corregida mediante una proporción. Así por ejemplo, si sólo se han podido cumplimentar 30 de los 35 ítems y obtiene una puntuación de 20, la calificación total corregida de la prueba es de  $(20 \times 35) / 30 = 23,33$  y se aplica el mismo punto de corte y normas que si hubiese contestado a las 35 preguntas.

**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN**

Paciente ..... Edad : .....  
 Teléfono : ..... Fecha : ...../...../..... Dx presuntivo : .....

- |                    |   |             |
|--------------------|---|-------------|
| ORIENTACION        | 1. TIEMPO   | Máx.5. .... |
|                    | Día<br>Mes<br>Año<br>Día de la semana<br>Hora   |             |
|                    | 2. ESPACIO  | Máx.5. .... |
|                    | Piso/Dpto<br>Hospital<br>Barrio<br>Ciudad<br>País   |             |
| MEMORIA            | 3. RECORDAR EL NOMBRE DE 3 OBJETOS<br>Repetir 6 veces la prueba si es necesario<br>Papel<br>Bicicleta<br>Cuchara                | Máx.3. .... |
| ATENCION Y CALCULO | 4. CONTAR HACIA ATRÁS<br>de 7 en 7, a partir de 100<br>93....<br>86....<br>79....<br>72....<br>65....                           | Máx.5. .... |
| MEMORIA DIFERIDA   | 5. RECORDAR LOS OBJETOS DEL PUNTO TRES<br>Papel .....<br>Bicicleta....<br>Cuchara....   | Máx.3. .... |
| LENGUAJE           | 6. DENOMINACION<br>Reloj<br>Lápiz   | Máx.2. .... |
|                    | 7. REPETICION DE LA FRASE<br>"Ni sí, ni no, ni pero"  | Máx.1. .... |
|                    | 8. COMPRENSION VERBAL<br>Agarre este papel con la mano derecha .....<br>Dóblelo por la mitad .....<br>Póngalo en el suelo ..... | Máx.3. .... |
|                    | 9. LECTURA-COMPRENSION<br>"Cierre los ojos"   | Máx.1. .... |
|                    | 10. ESCRITURA<br>Una frase con verbo, sujeto y predicado<br>DIBUJO  | Máx.1. .... |
|                    | 11. COPIA   | Máx.1. .... |

Puntaje total: .....



**ESCALA DE EVALUACION**  
 21 a 30 puntos = Normal  
 Menos de 21 puntos = Deterioro

**6. EXAMEN FÍSICO ABREVIADO PARA LA PRIMER CONSULTA DEL ADULTO MAYOR**

<u>AREA</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>RESULTADO ANORMAL</u>	<u>INTERVENCIÓN SUGERIDA</u>
<u>VISIÓN</u>	<u>Testee cada ojo con la escala de Jaeger. Testear con lentes si el paciente los usa.</u>	<u>Incapacidad para leer más allá de 20/40 a 40cm de distancia.</u>	<u>Derivar.</u>
<u>AUDICIÓN</u>	<u>Susurre la pregunta ¿cuál es su no nombre en cada oído fuera de la línea de visión directa.</u>	<u>Incapacidad de responder a la pregunta.</u>	<u>En presencia de cerumen corregir y repetir la prueba. Si persiste derivar.</u>
<u>BRAZO</u>	<u>Proximal: lleve ambos brazos hacia la nuca. Distal: tome el lapicero del escritorio.</u>	<u>Incapacidad total o parcial para realizar la tarea.</u>	<u>Examen osteomuscular y neurológico completo.</u>
<u>PIERNA</u>	<u>Observa al paciente luego de la</u>	<u>Incapacidad para</u>	<u>Examen</u>

	<u>siguiente orden: levántese de la silla, camine hacia la puerta, de la vuelta, vuelva y siéntese.</u>	<u>realizar total o parcialmente la tarea.</u>	<u>osteomuscular y neurológico completo. Reevaluar fármacos y examen formal de la marcha. Preguntar por caídas. Se recomienda evaluación en una entrevista completa.</u>
<u>INCONTINENCIA URINARIA</u>	<u>Preguntar: ¿se le escapa la orina?</u>	<u>Si</u>	<u>Se recomienda evaluar en un entrevista completa.</u>
<u>NUTRICIÓN</u>	<u>Pese y mida al paciente. Observe manifestaciones de pérdida de peso o desnutrición.</u>	<u>Peso por debajo de lo esperado para la altura o manifestaciones clínicas de pérdida de peso o desnutrición.</u>	<u>Se recomienda evaluación en una entrevista completa.</u>
<u>ESTADO MENTAL</u>	<u>Evaluar orientación temporal: ¿qué fecha es hoy? Y memoria. Le voy a nombrar 3 objetos: casa, zapato y papel. Repítalos ahora y recuérdelos, ya que se lo preguntaré luego.</u>	<u>Incapacidad de responder correctamente luego de un minuto.</u>	<u>Implementar test de Foistein. Anormal: puntuación de 24 o menos. Evaluar: confusión, demencia, depresión o fármacos.</u>
<u>DEPRESIÓN</u>	<u>Preguntar: ¿Se siente frecuentemente triste o deprimido? ¿Llora frecuentemente?</u>	<u>Si</u>	<u>Implemente la escala de Depresión geriátrica de Yesavage. Anormal: puntaje mayor de 5. Se recomienda evaluación en una entrevista completa.</u>
<u>AVD (Actividad de la vida diaria)</u>	<u>Preguntar: ¿Puede levantarse de la cama por sí mismo? ¿Puede vestirse solo? ¿Puede hacerse solo la comida? ¿Puede ir ud. solo a hacer las compras? ¿Maneja dinero?</u>	<u>No a cualquiera de las preguntas.</u>	<u>Corroborar respuestas con familiares. Determinar causa de la incapacidad, haciendo hincapié en motivación o limitación física.</u>
<u>SEGURIDAD DOMICILIARIA</u>	<u>Preguntar: ¿tiene ud. problemas para subir o bajar escaleras fuera o dentro de su casa? Pregunte sobre problemas con la bañera, alfombras, iluminación, etc.</u>	<u>Si a cualquiera de la preguntas.</u>	<u>Aconsejar medidas de seguridad en presencia de familiares. Requiere evaluación domiciliaria.</u>
<u>SOPORTE SOCIAL</u>	<u>Preguntar: ¿quién podría ayudarlo y cómo en caso de una emergencia?</u>	<u>Nadie o no sabe</u>	<u>Entrevistar acompañado de familiar o vecino.</u>

## 7. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – ÍNDICE DE KATZ

Población Diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos. Presenta 8 posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete y otra cualquiera.
- F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

LAVADO	No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual al bañarse).	Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda o piernas)	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda a entrar o salir de la bañera.
VESTIDO	Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda.	Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
USO DE RETRETE	Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar, bastón, andador o silla de ruedas).	Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	No va al retrete.
MOVILIZACIÓN	Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.	No se levanta de la cama.
CONTINENCIA	Controla completamente ambos esfínteres.	Incontinencia ocasional.	Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
ALIMENTACIÓN	Sin ayuda.	Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan.	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenoso.

## 8. ESCALA DE LA CRUZ ROJA DE INCAPACIDAD

Desarrollada en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y publicada por primera vez en 1972, es probablemente la escala de valoración funcional más ampliamente utilizada en nuestro entorno, pese a lo cual no existen excesivos datos acerca de sus cualidades métricas. Son dos escalas que valoran la esfera funcional, de Incapacidad Física de la Cruz Roja (CRF), y la cognitiva, de Incapacidad Mental de la Cruz Roja (CRM).



### Grados de Incapacidad Física

Grado 0	- Se vale por sí mismo y anda con normalidad	
Grado 1	- Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria - Deambula con alguna dificultad - Continencia normal	
Grado 2	- Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda - Deambula con bastón u otro medio de apoyo - Continencia normal o rara incontinencia	
Grado 3	- Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria - Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona - Incontinencia ocasional	
Grado 4	- Necesita ayuda para caso cualquier actividad de la vida diaria - Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas - Incontinencia habitual	
Grado 5	- Inmovilidad en cama o en sillón - Necesita cuidado de enfermería constantes - Incontinencia total	

### Grados de Incapacidad Mental

Grado 0	- Completamente normal	
Grado 1	- Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal	
Grado 2	- Ciertas alteraciones de la memoria, y a veces de la orientación - La conversación razonada es posible pero imperfecta - Trastornos del carácter - Algunas dificultades en el autocuidado - Incontinencia ocasional	
Grado 3	- Alteraciones graves de memoria y orientación - Imposible mantener una conversación coherente - Trastornos evidentes del comportamiento - Graves dificultades para el autocuidado - Incontinencia frecuente	
Grado 4	- Desorientación completa - Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas de demencia - Incontinencia habitual	
Grado 5	- Demencia avanzada - Vida vegetativa con o sin episodios de agitación - Incontinencia total	

### 9. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA DE LAWTON Y BRODY - 1969

1	Puede usar el teléfono sin ayuda	3
	Puede usarlo con algo de ayuda	2
	Incapaz de usa el teléfono	1
2	Puede viajar solo	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de viajar	1

3	Puede hacer tareas de la casa Puede hacerlo con ayuda Incapaz de hacer ninguna tarea de la casa	3 2 1
4	Puede lavarse la ropa Puede hacerlo con ayuda Incapaz de lavar la ropa	3 2 1
5	Puede tomar una medicación Puede hacerlo con ayuda (si alguien le prepara o le recuerda) Incapaz de tomar solo su medicación	3 2 1
6	Puede manejar dinero Puede hacerlo con ayuda Incapaz de manejar dinero	3 2 1
7	Puede realizar las compras necesarias Puede ir acompañado para realizar cualquier compra Incapaz de comprar.	3 2 1
8	Puede viajar solo en transporte público o maneja su propio coche Puede viajar e transporte público cuando va con otra persona Incapaz de viajar solo	3 2 1

El puntaje es por ítem y se interpreta como independiente, semiindependiente y dependiente.

10. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (YESAVAGE)

	NO	SI
- 1. ¿Está Ud., satisfecho con la vida ?		+
+ 2. ¿Ha dejado de hacer actividades de interés?	+	
+ 3. ¿Siente su vida vacía ?	+	
+ 4. ¿Se aburre frecuentemente?	+	
+ 5. ¿Se siente desesperanzado con respecto al futuro?	+	
- 6. ¿Se siente molesto por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	+	
- 7. ¿Está de buen humor la mayoría del tiempo?		+
+ 8. ¿Está preocupado porque algo malo va a sucederle ?	+	
- 9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		+
+ 10. ¿Se siente frecuentemente sin alguien que lo ayude?	+	
+ 11. ¿Se levanta frecuentemente sin alguien que lo ayude?	+	
+ 12. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	+	
+ 13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	+	
+ 14. ¿Cree Ud., que tiene más problemas con la memoria que el resto de la gente?	+	
- 15. ¿Se siente feliz de estar vivo?		+
+ 16. ¿Se siente frecuentemente descorazonado y triste?	+	
+ 17. Se siente inútil e inservible?	+	
+ 18. ¿Se preocupa demasiado por el pasado?	+	
- 19. ¿Se siente que la vida es estimulante?		+
+ 20. ¿Se le hace difícil comenzar nuevos proyectos?		+
- 21. ¿Se siente con energías?	?	?
+ 22. ¿Se siente desesperanzado?		+
+ 23. ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud. ?	+	
+ 24. ¿Se preocupa frecuentemente por pequeñas cosas?	+	
+ 25. ¿Siente frecuentemente ganas de llorar?	+	
+ 26. ¿Tiene problemas en concentrarse?	?	?
+ 27. ¿Se siente contento al levantarse en la mañana?		+
+ 28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	+	
- 29. ¿Le es fácil tomar decisiones?		+
- 30. ¿Siente que su mente es tan clara como antes?	+	
<b>TOTALES</b>	no	si

**Puntuación**

Puntuación de cero por cada respuesta no depresiva y de uno por cada respuesta depresiva

Las respuestas depresivas son NO para: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 10

Son SI para todas las demás

La puntuación normal es entre 0 y 10

### 11. ESCALA DE MARCHA Y EQUILIBRIO - TINETTI

TINETTI: EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Ptos
El paciente comienza de pie con el examinador, detiene por el puño o habitación (unos 3 metros) a paso normal.		
Iniciación de la marcha	• Algunas vocalizaciones o ruidos intermitentes para empezar.	0
	• No veces.	1
Iniciación del paso	• No sobrepasa el pie izquierdo con el paso.	0
	• Sobrepasa al pie izquierdo.	1
	• El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso.	0
	• El pie derecho se separa completamente del suelo	1
Movimiento del pie izquierdo	• No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
	• Sobrepasa al pie derecho.	1
	• El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso.	0
	• El pie izquierdo se separa completamente del suelo.	1
Simetría del paso	• La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho, no es igual.	0
	• Paralelismo entre los pasos.	1
	• Los pasos paralelos continuos.	0
Observar el brazo izquierdo - Calcular uno de los pies durante tres metros	• Desviación grave de la trayectoria.	0
	• Leve/moderada desviación o una extracción pero manteniendo la trayectoria.	1
	• Sin desviación o uso de ayudas.	2
Tronco	• Balanceo marcado o uso de ayudas.	0
	• No se balancea ni camina pero flexión de rodillas e inclinación, o separa los brazos al caminar.	1
	• No se balancea ni flexión ni uso de otras ayudas al caminar.	2
Postura al caminar	• 2 tórax arqueados.	0
	• 1 tórax casi normal al caminar.	1
<b>TOTAL MARCHA (12)</b>		

TINETTI: EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		Ptos
El paciente permanece sentado en una silla, rígida sin apoyar brazos. Se realizan las siguientes maniobras.		
Equilibrio sentado	• Se inclina o desliza en la silla.	0
	• Se mantiene seguro.	1
Levantarse	• Incapaz en ayuda.	0
	• Capaz pero usa los brazos para apoyarse.	1
	• Capaz sin usar los brazos.	2
Intentos para levantarse	• Incapaz sin ayuda.	0
	• Capaz pero necesita más de un intento.	1
	• Capaz de levantarse en un intento.	2
Equilibrio en bipedestación	• Inestable.	0
	• Estable con apoyo amplio (al menos 2 apoyos más de 10 cm) y una mano u otros apoyos.	1
	• Estable sin ayudas u otros apoyos.	2
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies bien juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.		
Ojos cerrados	• Empuja o caerse	0
	• Se tambalea, se agacha, pero se mantiene	1
	• Estable	2
Vueltas de 360°	• Inestable	0
	• Estable	1
	• Pasos discontinuos	0
	• Continuos	1
Sentarse	• Inestable (se tambalea, o agacha).	0
	• Estable	1
	• Seguro, está a la mala distancia, cede en la silla	0
	• Usa los brazos o el movimiento de brazos	1
	• Seguro, mantiene la cabeza	2
<b>TOTAL EQUILIBRIO (16)</b>		
<b>TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO (28)</b>		

## 12. CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 items que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminatoria.

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es el número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29. (3)

(1): Día, mes y año.

(2): Vale cualquier descripción correcta del lugar.

(3): Cualquier error hace errónea la respuesta.

Resultados:

- |                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| 0 – 2 Errores:  | Normal             |
| 3 – 4 Errores:  | Deterioro Leve     |
| 5 – 7 Errores:  | Deterioro Moderado |
| 8 – 10 Errores: | Deterioro Severo   |

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

## 13. NORMAS SOBRE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO

PROBLEMA	POSIBLE RIESGO DE CAIDA	MODIFICACIONES RECOMENDABLES
Suelos	Superficies muy pulidas o húmedas que facilitan el resbalamiento.	Utiliza tapetes antideslizantes en el suelo cercano a la bañera, en el suelo encerado utiliza cera antideslizante; emplea tapetes antideslizantes en el suelo próximo al fregadero de la cocina para evita la humedad.
Iluminación	La iluminación reducida o irregular puede enmascarar el peligro.	Aumenta la iluminación en las áreas de riesgo como escaleras, baño y dormitorio.
Deslumbramiento	La alteración visual y la distracción suele obedecer al deslumbramiento de objetos brillantes (sobre todo la luz solar) en los suelos pulidos.	Utiliza cristales polarizados en las ventanas o aplica tinte a las ventanas para evitar el deslumbramiento sin que disminuya la iluminación; reduce el deslumbramiento en objetos reflejantes cambiando su posición.
Escaleras	Una mala iluminación favorece el tropiezo en la escalera.	Coloca interruptores de luz al comienzo y al final de la escalera para evitar las subidas y bajadas en la oscuridad o coloca luces nocturnas en los escalones

		superior e inferior para obtener una mayor ayuda visual; aplica banas adhesivas antideslizantes de colores en las esquinas de las escaleras; coloca la altura de los escalones, como máximo en 15 cm.
Barandillas	La ausencia de apoyo puede deberse a la falta de barandillas o a barandillas inadecuadas.	Coloca barandillas cilíndricas a 2.5 a 5 cm. De la pared a ambos lados, cuyos extremos se extiendan más allá de los escalones primero y último para facilitar el apoyo y advertir el primer y último escalón.
Bordes del lavamanos y barra de sujeción de toallas	Una barra para las toallas floja o un borde húmedo y deslizante en el lavamanos, no ofrecen suficiente apoyo.	Sustituye las barras flojas por barras de sujeción antideslizante.
Asiento del inodoro	Las caídas ocurren a menudo porque el asiento es muy bajo.	Recomienda que el asiento del inodoro se eleve utilizando barras de sujeción apoyadas en la pared próxima del asiento.
Suelo húmedo de la bañera o ducha	El resbalamiento y las caídas ocurren con frecuencia sobre superficies húmedas.	Coloca bandas de goma adhesiva antideslizante o tapetes en el suelo del baño, que eviten el resbalamiento; instala barras de sujeción antideslizante dentro y alrededor de la bañera y de la ducha.
Altura de la cama	Las caídas durante los movimientos de transferencia son más frecuentes si la altura no es correcta	Ajusta la altura de la cama desde la rótula de las personas. La más segura es a 45 cm. Del suelo.
Colchón de cama blando.	Un apoyo y equilibrio inadecuados al sentarse, facilita la caída desde la cama.	Los bordes del colchón deben ser suficientemente firmes y dar apoyo a la persona sentada sin riesgo de resbalar.
Altura de la silla	Las caídas son más comunes en las sillas bajas.	Sustituye las sillas bajas por otras idóneas (la altura de la silla debe ser de 32 a 40 cms. Desde el borde de la silla hasta el suelo); los descansabrazos deben y situarse a 18 cm., del asiento y extenderse 2.5 a 5 cm., más allá del borde de la silla para obtener un apoyo óptimo.
Altura de los estantes	Alzarte o agacharte para recoger objetos situados en estantes muy altos o muy bajos, altera el equilibrio y facilita las caídas.	Reorganiza con frecuencia los utensilios de la cocina y del baño para evitar tener que alzarte o agacharte en exceso; recomienda el uso de los utensilios al alcance de la mano.
Gas	Si la perilla no se ve bien puede no desconectarse, lo que favorece las fugas de gas; la caída puede ser el primer signo de la asfixia producido	Coloca perillas de manera segura indicando la posición de encendido y apagado.

	por el gas en personas con alteración de la función olfativa.	
Temperatura	La temperatura baja puede producir hipotermia y ésta a su vez, caídas.	Mantén la temperatura en el interior del domicilio a 22°C en invierno.

#### 14. ESCALA PARA LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA - ZARIT

ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	PUNTUACIÓN
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familia?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted lo cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familia?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familia?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familia mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Carlos D'Hyver, Luis Migueel Gutiérrez Robledo. Geriatria. 2° ed. Editorial Manuel Moderno; 2009.

VALORACIÓN: Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado)

FRECUENCIA	PUNTUACIÓN
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos.

Sin embargo...

"No sobrecarga" puntuación inferior de 46

"Sobrecarga intensa" puntuación superior a 56

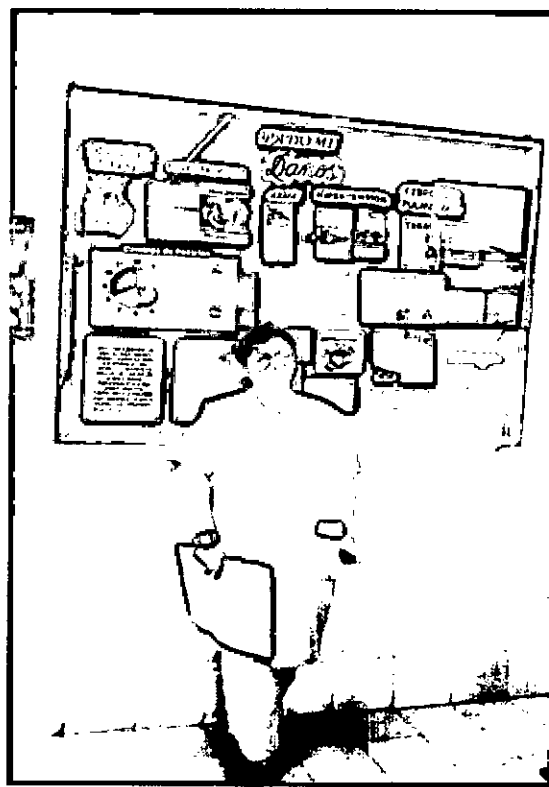
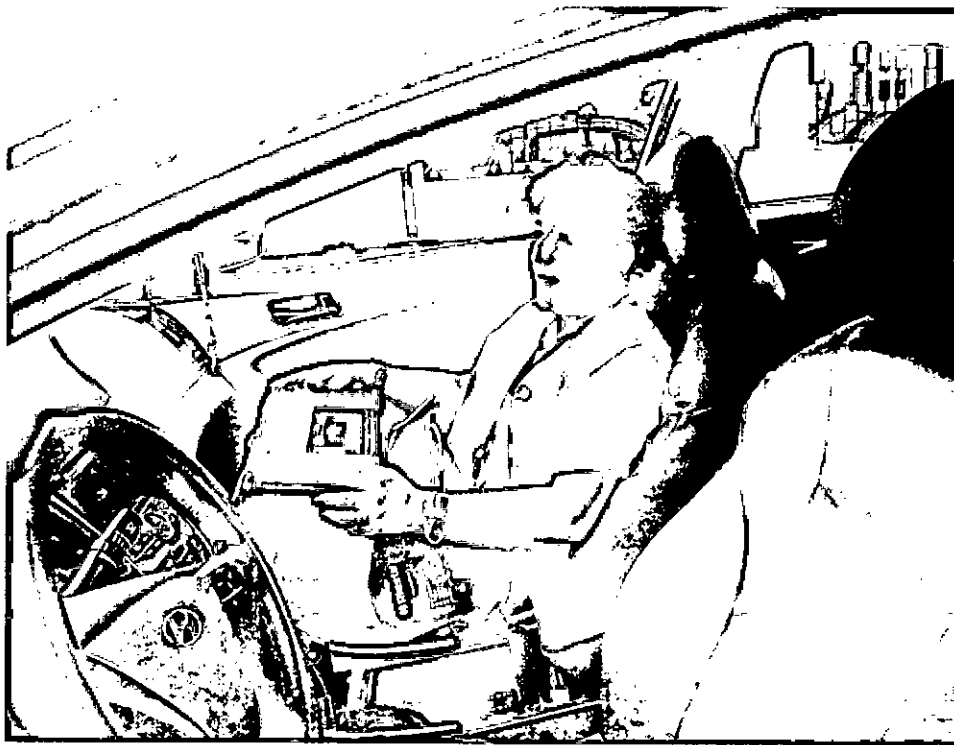
## BIBLIOGRAFIA

1. Evaluación del paciente Anciano, Prof. Dr. Víctor Villanueva; Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina. Facultad de Medicina – UNNE – Octubre/2000. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/evaluacion\\_paciente\\_anciano.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/evaluacion_paciente_anciano.htm) 13/05/2015 - 007:15 p.m.
2. [www.gerontologo.es](http://www.gerontologo.es)
3. <http://www.1aria.com/contenido/dolor/dolor-neuropatico/dolor-neuropatico-ayuda/dolor-neuropatico-escala>
4. POTTER Perry (1999); Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos, 4ta. Edición. Revisado por Lic. María Ángeles de Francisco.
5. Carlos D'Hyver, Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Geriatria. 2º ed. Editorial Manuel Moder; 2009.
6. Zarit, Bach-Peterson R. Entrevista de Carga del Cuidador. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2006.
7. Wifi: 11097

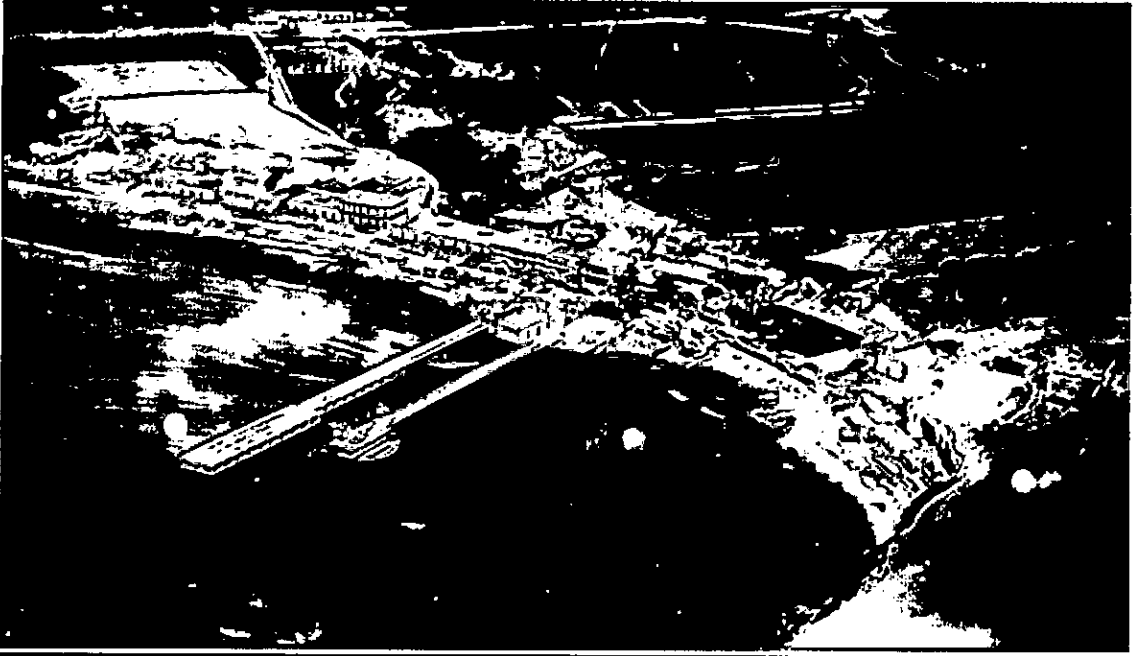


Anexo 11

Fotos del Servicio en PADOMI







FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, 2015

# ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL HGLL

