GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA CLÍNICA DE HERIDAS

NOVIEMBRE DE 2017

GUÍA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA PARA LA CLÍNICA DE HERIDAS

NOVIEMBRE 2017

© Derechos reservados.
Primera edición, noviembre 2017.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma
C.P. 50070

Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, Mexico.

La reproducción parcial o total de este documento
podrá efectuarse mediante la autorización exprofeso
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

CONTENIDO

	PRESENTACIÓN	5
I.	OBJETIVO GENERAL	6
II.	APROBACIÓN	7
III.	ALCANCE	8
IV.	REFERENCIAS	9
V.	RESPONSABILIDADES	11
VI.	DEFINICIONES	11
VII.	INSUMOS	14
VIII.	RESULTADOS	14
IX.	INTERACCION CON OTROS PROCEDIMIENTOS	14
X.	POLITICAS	14
XI.	DESARROLLO	15
XII.	DIAGRAMACION	19
XIII.	MEDICION	20
XIV.	ANEXOS (FORMATOS E INSTRUCTIVOS)	20
XV.	VALIDACION	57
XVI.	CREDITOS	58

PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, la Administración del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

La presente Guía documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos de las diferentes unidades aplicativas del ISEM de manera organizada y brindando el mejor servicio a los usuarios. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinean su gestión administrativa.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa de la Clínica de Heridas. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

I. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar la atención de enfermería a la persona con heridas agudas y/o crónicas en los tres niveles de atención, optimizando los recursos para otorgar una atención segura y oportuna en las Unidades Médicas del ISEM.

II. APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México en sesión ordinaria número 224, aprobó la presente **"Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la Clínica de Heridas"**, la cual contiene la información referente a consideraciones generales y procedimientos, así como políticas para dar cumplimiento en materia de Enfermería del Instituto de Salud del Estado de México.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
20 DE DICIEMBRE DE 2017	ISE/224/010

_____

Mtro. Alfonso González Coronado
Director de Administración y
Secretario del Consejo Interno del ISEM
RUBRICA

III. ALCANCE

Aplica a todo el profesional de enfermería adscrito al servicio de clínica de heridas de las unidades médicas del ISEM.

IV. REFERENCIAS

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
  Diario Oficial de la Federación, 5 de noviembre de 1917, reformas y adiciones.

- **Ley General de Salud.**
  Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.

- **Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.**
  Gaceta del Gobierno, 11 de septiembre de 1990, reformas y adiciones.

- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**
  Diario Oficial de la Federación, 14 de mayo de 1986, reformas y adiciones.

- **Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.**
  Gaceta del Gobierno, sección primera, 12 de agosto de 2011.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002.** Protección ambiental –Salud ambiental – residuos peligrosos biológico – infecciosos – clasificación y especificación de manejo.
  Diario oficial de la federación, 19 de febrero de 2003, reformas y ediciones.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004.** En materia de información en salud.
  Diario Oficial de la Federación, 28 de septiembre de 2005.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012.** Sistemas de información de registro electrónico para la salud Intercambio de información en salud.
  Diario Oficial de la Federación, 30 de noviembre de 2012.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012,** del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, publicada el 15 de octubre de 2012.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012.** Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
  Diario Oficial de la Federación, publicada el 8 de enero de 2013.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013.** Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación, 02 de septiembre de 2013.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013.** Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
  Diario Oficial de la Federación, 4 de septiembre de 2013.

- **Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2015.** Para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Diario Oficial de la Federación, 28 de abril 2016.

- **Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación**.
  Diario Oficial de la Federación, 4 de diciembre de 2008.

- **Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos.**
  Diario Oficial de la Federación, 20 de diciembre de 2008.

- The Joint Commission on Accreditacion of Healthcare Organizations. Establece criterios de evaluación de procesos, resultados e infraestructura.

V. RESPONSABILIDADES

La enfermera asignada a la clínica de heridas deberá:

- Otorgar atención al usuario con calidad y de manera oportuna.
- Optimizar los recursos materiales para la atención del paciente.

VI. DEFINICIONES

AGENTE: Toda sustancia química, microorganismos, tipo de energía, actividad o relación social que pueda alterar la salud.

AGENTE BIOLÓGICO: Son las bacterias, virus o rickettsias, hongos y parásitos que por sus características y bajo ciertas condiciones en el medio humano o ambiente, pueden ocasionar alguna respuesta.

AGENTE FÍSICO: Manifestación de la materia, que al entrar en contacto con el medio, provocan una alteración mecánica, vibracional, térmico, radiante, acústico e hidráulico.

ANTISEPSIA: Conjunto de procedimientos o prácticas encaminadas a evitar al máximo la reproducción, diseminación y trasmisión de los microorganismos destruyéndolos a través de medios físicos y químicos.

APÓSITO: Material de curación que se aplica sobre una lesión o herida que bloquea los gérmenes y mantiene el sitio de lesión seco y limpio.

ÁREA DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS: Área específica de atención especializada de enfermería enfocada a la ejecución de los planes de cuidados de enfermería individualizados y a la educación para la salud de la persona y su familia.

ASEPSIA: Se dice de la ausencia total de microorganismos que pueden ocasionar enfermedad.

ATENCIÓN MÉDICA: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.

BIOFILM: Comunidades de microorganismos que crecen embebidos en una matriz de exopolisacáridos y adheridos a una superficie inerte o un tejido vivo.

CICATRIZACION: Es un proceso biológico mediante el cual los tejidos vivos reparan sus heridas dejando -para el caso de las heridas cutáneas- una cicatriz.

CLÍNICA DE HERIDAS: Es el servicio de atención integral y especializada para la adecuada valoración, diagnóstico y tratamiento de la persona afectada por heridas agudas y/o crónicas y su familia.

CURACIÓN: Acto o proceso por el cual se restablecen la características estructurales y funcionales normales de un tejido, órgano o sistema corporal enfermo, disfuncional o lesionado.

DESBRIDACION: Es la remoción del tejido muerto o dañado de una herida.

DEHISCENCIA: Separación de los bordes de una herida.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Proceso de enseñanza–aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar conductas, con el propósito de inducir estilos de vida saludables que favorezcan el cuidado a la salud individual y colectiva.

Son las maniobras efectuadas sobre una herida para colocarle apósitos o sustancias medicamentosas y hacer acercamiento de tejidos con técnica aséptica.

ESCARA: Lesión de la piel que se caracteriza por la aparición de una costra como resultado de una quemadura, una gangrena o cualquier necrosis de origen infeccioso.

ESFACELOS: Tejido muerto, puede presentarse de color gris, blanquecino. Perjudicial para el proceso de cicatrización.

FIBRINA: Proteína fibrosa que resulta de la descomposición del fibrinógeno cuando la sangre se extravasa, y contribuye a la formación del coágulo sanguíneo.

FLICTEMA: Ampolla causada por la acumulación de líquido seroso que provoca un despegamiento de la epidermis.

HERIDA: Lesión que genera pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos blandos (piel, músculo, tejido subcutáneo, órganos blandos, tendones, nervios, entre otros).

HERIDA AGUDA: Es una herida que cicatriza por primer intención, mediante la superposición de planos, en un periodo comprendido entre los 7 y los 14 días.

HERIDA CRÓNICA: Es una herida que cicatriza por segunda intención y que requiere períodos mayores a 6 semanas.

MACERACIÓN: Epidermis que se torna blanquecina, arrugada y engrosada por sobre hidratación puede llegar a desprenderse.

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: Profesional que cuenta con título y cédula profesional, que hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

QUEMADURA: Lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.

TEJIDO: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función.

TEJIDO DE GRANULACION: Tejido especializado que crea el cuerpo como respuesta a una lesión sobre todo en las partes blandas, para rellenar los espacios muertos. Es extremadamente rico en fibroblastos, vasos capilares y colágeno.

TEJIDO NECRÓTICO: Contiene colágeno, fibrina y elastina, presencia de bacterias, favorece la infección, actúa como barrera mecánica.

TÓPICO: Es un ungüento, crema o pomada que contiene sustancias que desprenden el tejido muerto o desvitalizado.

TUMEFACCIÓN: Incremento de volumen de una parte del cuerpo a causa de algún tipo de infiltración.

ULCERA: Lesión que aparece en la piel o en el tejido de las mucosas a causa de una perdida de sustancias. Se forma cuando se han quitado las capas superiores de la piel o tejido.

USUARIO: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de los servicios de atención médica.

VII. INSUMOS

Solicitud por escrito de los servicios de la Clínica de Heridas, por Referencia de las diferentes unidades, así como de manera espontánea el usuario que lo requiera.

VIII. RESULTADOS

Usuarios satisfechos por la atención recibida por parte de la clínica de heridas.

IX. INTERACCION CON OTROS PROCEDIMIENTOS.

Laboratorio clínico

X. POLITICAS

El Profesional de Enfermería:

I. Deberá portar el uniforme reglamentario con gafete de identificación.
II. Deberá atender a los usuarios con calidad y calidez, apegado a la normatividad y metas internacionales establecidas en el ISEM.
III. Deberá contar con las competencias para el desarrollo de su práctica.
IV. Se obligará a dar educación para la salud implementando un plan de alta para el autocuidado y manejo en el hogar.
V. Deberá coadyuvar con el equipo multidisciplinario para el manejo integral del usuario.
VI. Deberá otorgar la atención al usuario que lo requiera.
VII. Deberá verificar que exista consentimiento informado e interconsulta para la disminución de riesgos profesionales.

XI. DESARROLLO

A. CURACIÓN DE HERIDAS

1	USUARIO	Acude a la unidad médica y solicita los servicios de la Clínica de Heridas, o es referido.
2	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Recibe al usuario, se entera de la solicitud verbal o de la referencia, e identifica al usuario. Lo registra en el formato: **"Registro del paciente y descripción de la herida"**
3	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Valora antecedentes patológicos personales, tipo de herida y determina: **¿Puede realizar la curación de la herida sin necesidad de la intervención del médico?**
4	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	**Si puede atender la herida del usuario**. Se presenta, explica al paciente el procedimiento y solicita su colaboración. Reúne y traslada el material e insumos necesarios a utilizar. Adopta medidas para respetar la individualidad del usuario y lo coloca en la posición necesaria de acuerdo a la localización de la herida. Realiza higiene de manos de acuerdo con la técnica establecida por la Dirección de Calidad y Educación en Salud. Retira el apósito o gasa y lo desecha en el contenedor correspondiente. En caso de requerir cultivo de tejido, tomar muestra, colocarla en un recipiente estéril y anotar los datos de identificación del paciente Si la gasa se encuentra adherida a la piel, humedece la gasa con solución estéril. Lava, retira sangre, pus, tejido necrótico y material extraño, auxiliándose con el instrumental dispuesto para ello. Delimita un campo estéril con todo el equipo y suministros necesarios para llevar a cabo la acción. Se calza los guantes, valora la herida para evaluar la aproximación de los bordes y buscar signos de infección, como: eritema, calor, tumefacción, olor y presencia de secreción purulenta. Lava la herida con solución antiséptica, siguiendo las reglas de asepsia: de limpio a sucio, de lo distal a lo proximal, del centro a la periferia, de arriba abajo.

		Enjuaga perfectamente con solución fisiológica. Seca la herida lo más posible sin lastimar al usuario. Aplica solución antiséptica o de ser necesario medicamento tópico. Extiende sobre la herida una gasa o apósito estéril y lo fija. Informa al usuario sobre los cuidados que debe tener en el sitio lesionado y los factores de riesgos así como la fecha de la próxima cita si es necesario. Registra los insumos utilizados en el formato: **"Registro de insumos utilizados"** **Se conecta a la operación 12.**
5	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	**Requiere la valoración del médico para realizar la curación.** Solicita al médico valoración previa del usuario.
6	MÉDICO	Se entera, revisa al usuario, valora la herida y determina: **¿El usuario requiere ser referenciado a otro nivel de atención?** **¿La realiza el médico con la asistencia de la enfermera? Se conecta a la operación 10.**
7	MÉDICO	**El usuario requiere ser referenciado a otro nivel de atención.** Requisita formato de "**Referencia y Contrarreferencia**" en original y dos copias, el original para el usuario, la primera copia la entrega a la enfermera para registro de la unidad médica y la segunda copia para la unidad médica a la que se refiere.
8	USUARIO	Recibe original del formato de **"Referencia y Contrarreferencia"** y se retira de la unidad médica para seguir indicaciones de referencia.
9	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Una vez entregada la referencia al usuario, le informa sobre los cuidados que debe tener en el sitio lesionado. **Se conecta a la operación 12**
10	ENFERMERA DE CLINICA DE HERIDAS	**Viene de la operación 6.** **Asiste al médico para realizar la curación.**

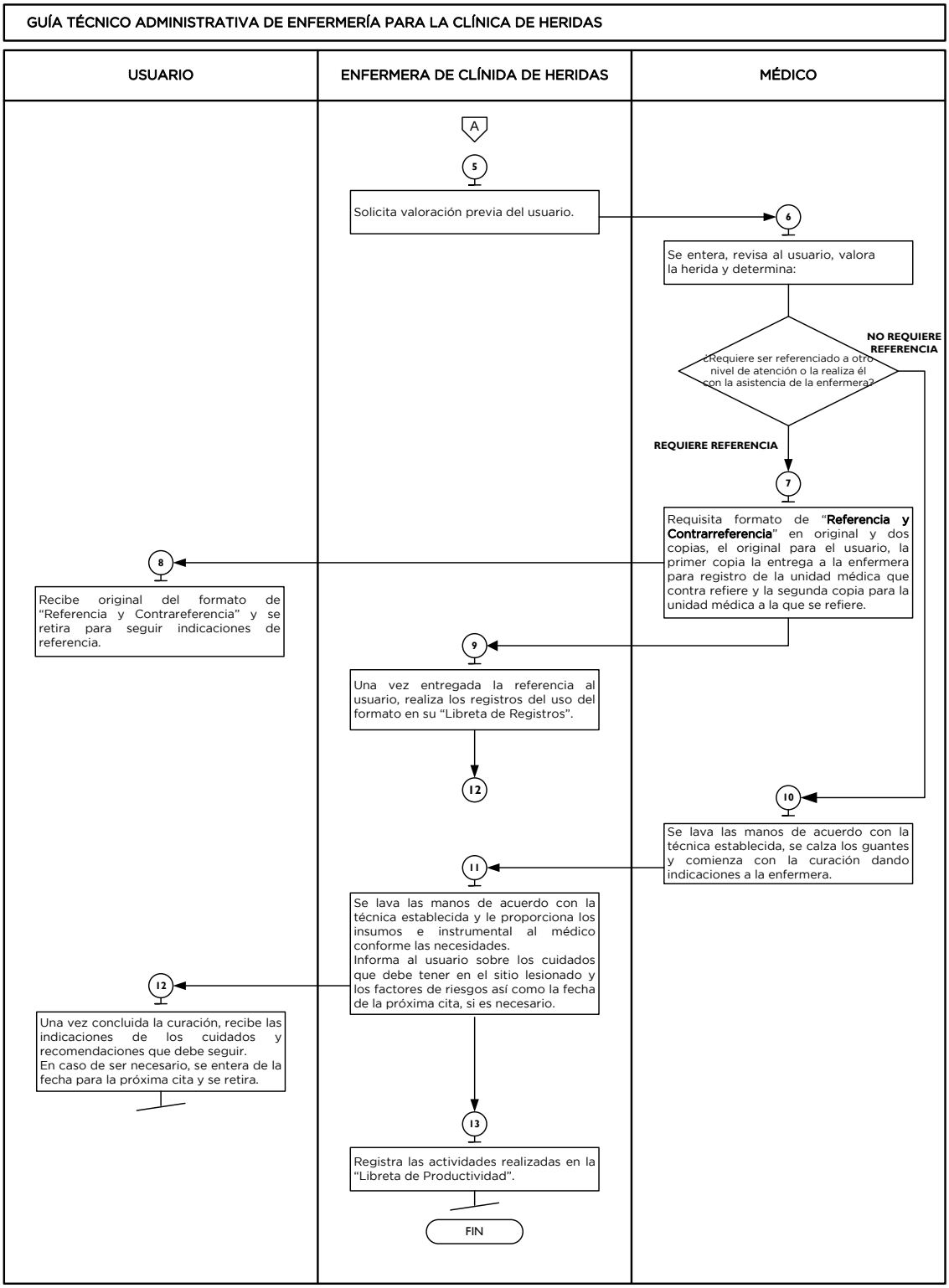
11	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Realiza higiene de manos de acuerdo con la técnica establecida y le proporciona los insumos e instrumental al médico conforme las necesidades. Informa al usuario sobre los cuidados que debe tener en el sitio lesionado y los factores de riesgos así como la fecha de la próxima cita, si es necesario.
12	USUARIO	Una vez concluida la curación, recibe las indicaciones de los cuidados y recomendaciones que debe seguir. En caso de ser necesario, se entera de la fecha para la próxima cita y se retira.
13	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Registra intervenciones en los formatos: **"Registro del paciente y descripción de la herida"**, y **"Registro de insumos utilizados"**.

B. CURACION DE HERIDAS AL PACIENTE HOSPITALIZADO

1	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Se entera de la solicitud, se traslada al servicio e identifica al paciente.
2	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Lo registra en el formato: **"Registro del paciente y descripción de la Hoja de registro paciente hospitalizado".** Valora antecedentes patológicos y estado del paciente
3	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Se presenta, explica al paciente el procedimiento y solicita su colaboración. Reúne y traslada el material e insumos necesarios a utilizar. Adopta medidas para respetar la individualidad del usuario y lo coloca en la posición necesaria de acuerdo a la localización de la herida. Realiza higiene de manos de acuerdo con la técnica establecida por la Dirección de Calidad y Educación en Salud. Retira el apósito o gasa y lo desecha en el contenedor correspondiente. En caso de requerir cultivo de tejido, tomar muestra, colocarla en un recipiente estéril y anotar los datos de identificación del paciente Si la gasa se encuentra adherida a la piel, humedece la gasa con solución estéril. Lava, retira sangre, pus, tejido necrótico y material extraño, auxiliándose con el instrumental) dispuesto para ello.

		Delimita un campo estéril con todo el equipo y suministros necesarios para llevar a cabo la acción. Se calza los guantes, valora la herida para evaluar la aproximación de los bordes y buscar signos de infección, como: eritema, calor, tumefacción, olor y presencia de secreción purulenta. Lava la herida con solución antiséptica, siguiendo las reglas de asepsia: de limpio a sucio, de lo distal a lo proximal, del centro a la periferia, de arriba abajo. Enjuaga perfectamente con solución fisiológica. Seca la herida lo más posible sin lastimar al usuario. Aplica solución antiséptica o de ser necesario medicamento tópico. Extiende sobre la herida una gasa o apósito estéril y lo fija, dejando cómodo al paciente.
4	ENFERMERA DE CLÍNICA DE HERIDAS	Registra intervenciones en los formatos: **"Registro del paciente y descripción de la herida"**, y **"Registro de insumos utilizados"**.

XII. DIAGRAMACION



XIII. MEDICION

Indicador para medir la capacidad de atención:

Número de atención a pacientes con heridas= X 100
Número de usuarios que solicitan atención

Registro de evidencias:

- La atención al paciente con heridas queda registrada en la "libreta de productividad de la clínica de heridas".

XIV. ANEXOS (FORMATOS E INSTRUCTIVOS)

1. **SISTEMA DE REFRERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**
2. **REGISTRO DEL PACIENTE Y DESCRIPCION DE LA HERIDA**
3. **REGISTRO DE INSUMOS UTILIZADOS**
4. **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**
5. **CLASIFICACION DE QUEMADURAS.**
6. **ULCERAS POR PRESION.**
7. **ULCERAS DE PIE DIABETICO.**
8. **VALORACION DE LA LESION**
9. **ESCALAS DE VALORACION.**
10. **EXPLORACION NEUROLOGICA DEL PIE.**
11. **PRODUCTOS RECOMENDADOS DE ACUERDO AL TIPO DE ULCERA.**
12. **GUIA PARA EL USO DE APOSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE ULCERAS DE PIE DIABETICO**
13. **LAVADO DE MANOS.**

ANEXO 1.- SISTEMA DE REFRERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1/ FOLIO:

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

I

2/ ☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

3/ FECHA DE REFERENCIA ____ 4/ No. DE CONTROL ____

5/ EDAD (AÑOS / MESES) — 6/ GÉNERO (M / F)

7/ NOMBRE DEL PACIENTE ____

8/ DOMICILIO DEL PACIENTE ____

11/ URG.

9/ MOTIVO DE ENVIO ____ 10/ DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL ____

12/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE ____ 13/ ESPECIALIDAD O SERVICIO ____

14/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: ____ 15/ CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA ____

16/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: ____ 17/ CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES: ____

- -

18/ FOLIO:

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

19/ ☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO

20/ Fecha ____ 21/ No. de control ____ 22/ Clasificación Socioeconómica ____ 23/ URGENCIA SI __ NO __

24/ No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR: ____ 25/ CLAVE DE IDENTIFICACIÓN CAUSES: ____

II

26/ NOMBRE (S) ____ (APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE (S))

27/ NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE ____ 28/ PARENTESCO ____

29/ NUMERO DE EXPEDIENTE ____ 30/ EDAD ____ 31/ SEXO ____

III

32/ UNIDAD QUE REFIERE ____

IV

33/ UNIDAD A LA QUE SE REFIERE ____

34/ DOMICILIO ____ (CALLE / NUMERO / COLONIA)

35/ SERVICIO AL QUE SE ENVIA ____

36/ NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA ____

V

37/ MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. ____ TEMP. ____ F.R ____

F.C. ____ PESO ____ TALLA ____ ESCALA DE GLASGOW ____ SILVERMAN ____

38/ LLENADO CAPILAR ____

39/ PADECIMIENTO ACTUAL ____

40/ EVOLUCIÓN ____

41/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE ____

42/ IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ____

43/ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

44/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

ORIGINAL PACIENTE

217B20000-181-11

VISITA DOMICILIARIA

VI

45/ FECHA DE VISITA ______________________ 46/ FECHA DE ALTA ______________________

47/ SE LE ATENDIÓ: SI _____ NO _____ 48/ NOMBRE DE LA UNIDAD: ______________________

49/ ¿POR QUE? ______________________

50/ OBSERVACIONES: ______________________

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

51/ NOMBRE: ______________________

52/ ESPECIALIDAD O SERVICIO: ______________________ 53/ FECHA ______________________

VIII

MANEJO DEL PACIENTE

54/ PADECIMIENTO ACTUAL ______________________

55/ EVOLUCIÓN ______________________

56/ ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE ______________________

57/ DIAGNÓSTICO DE INGRESO: ______________________

58/ DIAGNÓSTICO DE EGRESO: ______________________

59/ INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

60/ **Debe regresar:** ______________________ 61/ **Fecha:** ______________________

62/ En caso de dudas comunicarse con el médico que envió al teléfono: ______________________

63/ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	64/ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

217B20000-181-11

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Objetivo:

Documentar la referencia y contrarreferencia del paciente entre las unidades médicas de los distintos niveles de atención del Instituto de Salud del Estado de México.

Distribución y Destinatario:

El formato se genera en original y dos copias, el original para la unidad médica a la que se contrarrefiere al paciente, primera copia para la unidad médica receptora o contrarreferente y la segunda copia para unidad médica que refiere (sólo anverso).

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
	TALON	
1	**FOLIO:**	Anotar el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
2	**ADULTO/ PEDIÁTRICO:**	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicará como pediátrico.
3	**FECHA DE REFERENCIA:**	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
4	**No. DE CONTROL:**	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
5	**EDAD:** **AÑOS……MESES**	Indicar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, cuando el paciente es menor de un año.
6	**SEXO:** **M……F**	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda M (hombre), F (mujer) para indicar el sexo del paciente.
7	**NOMBRE DEL PACIENTE:**	Anotar el nombre completo del paciente que es referido.
8	**DOMICILIO DEL PACIENTE:**	Escribir el nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y localidad donde vive el paciente.
9	**MOTIVO DE ENVÍO:**	Especificar la causa o causas por las que el paciente es referido.
10	**DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL:**	Anotar el diagnóstico que se sospecha en el paciente.

11	**URG.:**	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
12	**UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:**	Indicar el nombre oficial de la unidad médica a la que se refiere al paciente.
13	**ESPECIALIDAD O SERVICIO:**	Especificar la especialidad o el servicio de la unidad médica, al que se envía al paciente.
14	**NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:**	Anotar el nombre completo del médico que envía al paciente.
15	**CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:**	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.
16	**NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:**	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
17	**CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:**	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente, según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
HOJA DE REFERENCIA		
18	**FOLIO:**	Incluir el número consecutivo que corresponda al formato que se elabora.
19	**ADULTO/ PEDIÁTRICO:**	Marcar con una “X” el cuadro según corresponda; si el paciente es mayor de 15 años, se indicará como adulto, si es menor de 15 años, se indicarán como pediátrico.
20	**FECHA:**	Anotar el día, mes y año en que se refiere al paciente.
21	**No. DE CONTROL:**	Escribir el número de control asignado al formato para la identificación del trámite que se realiza.
22	**CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA:**	Indicar la clasificación socioeconómica del paciente de conformidad con el tabulador correspondiente en vigor.

23	**URG.:**	Anotar en el espacio (SI), para indicar que el paciente requiere atención médica de urgencia, o (NO), para indicar que no requiere atención de urgencia.
24	**NÚMERO PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:**	Incluir el número de póliza del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) del paciente. En caso de que el paciente no esté inscrito al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), anotar NINGUNO.
29	**CLAVE DE INTERVENCIÓN CAUSES:**	Anotar el número de la intervención que cubre la enfermedad o padecimiento del paciente según el Catálogo Universal de Salud Vigente del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). En caso de que su enfermedad no esté contemplada en CAUSES, anotar NINGUNO.
II		
26	**NOMBRE(S):**	Anotar el nombre completo del paciente que se refiere.
29	**NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE:**	Escribir el nombre completo del familiar o, en su caso, de la persona responsable del paciente durante la referencia.
28	**PARENTESCO:**	Indicar el vínculo de consanguinidad entre el paciente y el familiar o responsable (papa, mama, hijo, hermano, primo, otro.). En caso de no haber parentesco, anotar NINGUNO.
29	**NÚMERO DE EXPEDIENTE:**	Anotar el número de identificación asignado al Expediente Clínico del paciente que se refiere.
30	**EDAD:**	Especificar el número de años y meses del paciente o, en su caso, el número de meses, si el paciente es menor de un año.
31	**SEXO:**	Indicar masculino o femenino, según el caso.
III		

32	**UNIDAD QUE REFIERE:**	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que refiere al paciente.
IV		
33	**UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:**	Escribir el nombre oficial de la unidad médica a la que se envía al paciente.
34	**DOMICILIO:**	Anotar nombre de la calle, número y colonia en donde se localiza la unidad médica a la que se refiere el paciente.
35	**SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:**	Indicar el nombre de la especialidad o servicio de la unidad médica al que se envía al paciente.
36	**NOMBRE DEL MÉDICO QUE ACEPTA LA REFERENCIA:**	Anotar el nombre completo del médico que recibirá al paciente referido.
V		
37	**MOTIVOS DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO):**	Asentar la información que se solicita relacionada con los signos vitales y datos somatométricos del paciente que se envía.
38	**LLENADO CAPILAR:**	Anotar los valores detectados por el médico como resultado de esta prueba realizada al paciente que se contrarrefiere.
39	**PADECIMIENTO ACTUAL:**	Escribir el nombre de la enfermedad del paciente que se refiere.
40	**EVOLUCIÓN:**	Anotar las fases que se han observado durante el tratamiento al paciente.
41	**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:**	Indicar el tipo de estudio de laboratorio o gabinete que se requiere practicar al paciente.
42	**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**	Escribir el diagnóstico que se sospecha o presuncional que apoya la referencia.
43	**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:**	Escribir el nombre completo y recabar la firma del médico responsable de la unidad médica que refiere.
44	**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE:**	Anotar nombre completo y recabar la firma del médico que refiere al paciente.
VISITA DOMICILIARIA		
VI		

45	**FECHA DE VISITA:**	Anotar el día, mes y año en que se realiza la visita domiciliaria.
46	**FECHA DE ALTA:**	Anotar el día, mes y año en que se dio de alta al paciente.
47	**SE LE ATENDIÓ:** **SI_____ NO_____**	Señalar con una "X" en el espacio que corresponda, si se atendido o no se atendió al paciente en la unidad médica donde se le refirió.
48	**NOMBRE DE LA UNIDAD:**	Indicar el nombre oficial de la unidad médica en la que se atendió o no se atendió al paciente.
49	**¿PORQUE?:**	En caso de haber sido atendido el paciente, anotar la fecha en los renglones en blanco, si no fue atendido, anotar los motivos.
50	**OBSERVACIONES:**	Asentar señalamientos relevantes u objeciones a considerar, relacionados con la referencia.
HOJA DE CONTRARREFERENCIA		
VII		
51	**UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:**	Anotar el nombre oficial de la unidad médica que contrarrefiere al paciente.
52	**SERVICIO:**	Indicar el nombre de la especialidad o servicio médico donde se atendió al paciente.
53	**FECHA:**	Anotar el día, mes y año en que se contrarrefiere al paciente.
MANEJO DEL PACIENTE		
VIII		
54	**PADECIMIENTO ACTUAL:**	Asentar el nombre de la enfermedad del paciente que se contrarrefiere.
55	**EVOLUCIÓN:**	Escribir las fases de mejoría que se han observado durante el tratamiento al paciente.
56	**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:**	Indicar el tipo de estudios de laboratorio o gabinete que se practicaron al paciente.
57	**DIAGNÓSTICO DE INGRESO:**	Anotar el diagnóstico con el que se recibe al paciente especificado en la referencia.
58	**DIAGNÓSTICO DE EGRESO:**	Escribir el diagnóstico con el que se contrarrefiere al paciente.

59	**INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:**	Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico del paciente para el control subsecuente en su unidad de origen, incluir las correspondientes al manejo dietético, higiénico, de terminar o continuar el tratamiento, indicar su regreso o consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en caso de que el paciente sea enviado a otra especialidad.
60	**DEBE REGRESAR:**	Indicar si el paciente debe regresar a la unidad médica que lo contrarrefiere.
61	**FECHA:**	Anotar la fecha en que debe regresar el paciente.
62	**EN CASO DE DUDAS COMUNICARSE……**	Escribir el número telefónico del médico que realiza la contrarreferencia.
63	**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:**	Asentar nombre completo y recabar la firma del médico que atendió al paciente (médico que contrarrefiere) en la unidad médica que contrarrefiere.
64	**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD:**	Anotar nombre completo y recabar la firma del médico responsable de la unidad médica que contrarrefiere.

ANEXO 2.- REGISTRO DEL PACIENTE Y DESCRIPCION DE LA HERIDA

Registro del paciente y descripción de la herida.

JURISDICCION SANITARIA:(1)		FECHA:(3)	
UNIDAD MEDICA:(2)		SERVICIO:(4)	

No. Paciente (5)	Fecha de ingreso(6)	Género(7)		Edad(8)	Tipo de ingreso(9)		Patología(10)	Tipo de herida(11)									Origen(12)			Localización(13)				Ancho(14)	Largo(15)	Profundidad (16)	Antigüedad (17)	Infección(18)		Microorganismos confirmados(19)
		Femenino	Masculino		Ambulatorio	Hospitalizado		Pie diabético	Ulcera por presión	Dehiscencia	Ulcera venosa	Quemadura	Herida traumática	Lesión por incontinencia	Herida neoplásica	Ulcera arterial	Hospital	Domicilio	Otra unidad	Extremidad Inf.	Extremidad Sup.	Tronco	Cabeza/cuello					SI	NO	

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA(O) DE CLINICA DE HERIDAS: ______________________

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REGISTRO DEL PACIENTE Y DESCRIPCION DE LA HERIDA		
Objetivo: Registrar las intervenciones que lleva a cabo el personal de enfermería en la atención clínica de pacientes con heridas.		
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original al ingreso del paciente a la Clínica de Heridas.		
NO.	**CONCEPTO**	**DESCRIPCIÓN**
1	**JURISDICCION SANITARIA**	Escribir el nombre completo de la Jurisdicción Sanitarias a la que corresponda la Unidad Médica.
2	**UNIDAD MEDICA**	Escribir el nombre completo de la Unidad Médica donde se brinda la atención.
3	**FECHA**	Escribir con números arábigos la fecha correspondiente al día en que se registra la información, utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa.
4	**SERVICIO**	Registrar el servicio en el que se atiende el paciente.
5	**No. DE PACIENTE**	Registrar el número progresivo de paciente utilizando números arábigos.
6	**FECHA DE INGRESO**	Registrar la fecha en que el paciente ingresa a la Clínica de Heridas.

7	**GENERO**	Marcar con una (X) según corresponda: Masculino o Femenino.
8	**TIPO DE INGRESO**	Marcar con una (X) según corresponda: Ambulatorio u Hospitalizado.
9	**PATOLOGIA**	Escribir el diagnóstico médico completo.
10	**TIPO DE HERIDA**	Marcar con una (X) según corresponda: Pie diabético, Ulcera por presión, Dehiscencia, Ulcera venosa, Quemadura, Herida traumática, Lesión por incontinencia, Herida neoplásica, o Ulcera arterial.
11	**ORIGEN**	Marcar con una (X) el origen del paciente según corresponda: Hospital, Domicilio u Otra unidad.
12	**LOCALIZACION**	Marcar con una (X) la localización de la herida según corresponda: Extremidad inf., Extremidad sup., Tronco, o cabeza/cuello.
13	**ANCHO**	Registrar de manera legible en centímetros el ancho de la herida.
14	**LARGO**	Registrar de manera legible en centímetros el largo de la herida.
15	**PROFUNDIDAD**	Registrar de manera legible en centímetros la profundidad de la herida.
16	**ANTIGÛEDAD**	Registrar de manera legible los días de antigüedad que tiene la herida.
17	**INFECCION**	Marcar con una (X) si la herida presenta datos de infección según corresponda: Sí o No.
18	**MICROORGANISMO CONFIRMADOS**	Registrar el nombre de los microrganismos reportados por laboratorio de la toma de cultivo.
19	**NOMBRE (S) COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA (O)**	Anotar nombre (s) completo (s) con apellidos de la enfermera(o) que realiza el llenado del registro de enfermería. Antecedido del perfil profesional que corresponda al personal de enfermería, considerando la siguiente nomenclatura: Mtra (o) Maestra (o), L.E. Licenciada (o) Enfermería, E.E. Enfermera (o) Especialista, E.G. Enfermera (o) General, A.E. Auxiliar de Enfermería.

ANEXO 3.- REGISTRO DE INSUMOS UTILIZADOS

REGISTRO DE INSUMOS UTILIZADOS.

JURISDICCION SANITARIA:(1)

UNIDAD MEDICA:(2)

No. Prog.(5)	Nombre del pacientePaciente(6)	Edad(7)	Género(8)		CURACION					No. de Curación(11.1)	Duración (11.2)	INSUMOS UTILIZADOS													
			Masculino	Femenino	Profesional que cura(9)			Tipo de curación(10)				AGUA OXIGENADA(11.3)	AGUA INYECTABLE(11.4)	APOSITO ANTIMICROBIANO DE	APOSITO ANTIMICROBIANO DE PLATA NANOCRI	APOSITO ANTIMICROBIANO DE	APOSITO BIOSINTETICO (11.8)	APOSITO DE ALGINATO(11.9)	APÓSITO DE ALGODÓN(11.10)	APOSITO HIDROCELULAR(8.11)	CLOREXHIDINA(8.11)	EQUIPO DE HIDROCIRUGÍA(8.12)	GASA PARAFINA(8.13)	GASAS CONVENCIONALES(8.14
					Enfermería	Médico	Ambos	Tradicional	Avanzada																

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA(O) DE CLINICA DE HERIDAS: _____

REGISTRO DE INSUMOS UTILIZADOS.

FECHA:(3)

SERVICIO:(4)

INSUMOS UTILIZADOS(11)

AGUA OXIGENADA(11.3)	AGUA INYECTABLE(11.4)	APOSITO ANTIMICROBIANO DE	APOSITO ANTIMICROBIANO DE PLATA NANOCRI	APOSITO ANTIMICROBIANO DE	APOSITO BIOSINTETICO (11.8)	APOSITO DE ALGINATO(11.9)	APÓSITO DE ALGODÓN(11.10)	APOSITO HIDROCELULAR(8.11)	CLOREXHIDINA(8.11)	EQUIPO DE HIDROCIRUGÍA(8.12)	GASA PARAFINA(8.13)	GASAS CONVENCIONALES(8.14)	STURÍ(8.	JABÓN ANTISÉPTICO(8.16)	LAMINA POLIURETANO(8.17)	AÑAL(8.1	PINZA DISECCION(8.19)	TELA ADHESIVA(8.20)	VENDAS 10 CM(8.21)	VENDAS 30 CM(8.22)	VENDA CON ÓXIDO DE ZINC(8.	GEL BIOMODUL(8.24)	COLAGENASA(8.25)	SOL. BARRERA(8.26)

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO: REGISTRO DE INSUMOS UTILIZADOS
Objetivo: Registrar los insumos que utiliza el personal de enfermería en la atención de pacientes con heridas.
Distribución y Destinatario: El formato se genera en original al finalizar la atención del paciente en la Clínica de Heridas.

NO.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	**JURISDICCION SANITARIA**	Escribir el nombre completo de la Jurisdicción Sanitarias a la que corresponda la Unidad Médica.
2	**UNIDAD MEDICA**	Escribir el nombre completo de la Unidad Médica donde se brinda la atención.
3	**FECHA**	Escribir con números arábigos la fecha correspondiente al día en que se registra la información, utilizando el siguiente formato: dd/mm/aaaa.
4	**SERVICIO**	Registrar el servicio en el que se atiende el paciente.
5	**No. DE PACIENTE**	Registrar el número progresivo de paciente utilizando números arábigos.
6	**NOMBRE DEL PACIENTE**	Escribir nombre(s) completo y apellidos del paciente
7	**EDAD**	Registrar la edad del paciente en años cumplidos
8	**GENERO**	Marcar con una (X) según corresponda: Masculino o Femenino.
9	**PROFESIONAL QUE CURA**	Marcar con una (X) según corresponda: Enfermería, Médico o Ambos.
10	**TIPO DE CURACION**	Marcar con una (X) según corresponda: Tradicional o Avanzada.
11	**INSUMOS UTILIZADOS**	Espacios para registrar los insumos y la cantidad utilizada para la atención del paciente
11.1	**No. DE CURACION**	Registrar el número de curación realizada al paciente
11.2	**DURACION**	Registrar en minutos el tiempo de duración de la curación
11.3	**AGUA OXIGENADA**	Registrar en mililitros la cantidad utilizada en la curación.
11.4	**AGUA INYECTABLE**	Registrar en mililitros la cantidad utilizada en la curación.
11.5	**APOSITO ANTIMICRTOBIANO DE PLATA IONICA**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.

11.6	**APOSITO ANTIMICROBIANO DE PLATA NANOCRISTALINA**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.7	**APOSITO ANTIMICROBIANO DE YODO**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.8	**APOSITO BIOSINTETICO**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.9	**APOSITO DE ALGINATO**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.10	**APOSITO DE ALGODON**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.11	**APOSITO HIDROCELULAR**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.12	**APOSITO HIDROCELULAR**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.13	**CUBREBOCA**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.14	**GASA PARAFINADA**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.15	**GASAS CONVENCIONALES**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.16	**GUANTES ESTERILES DESECHABLES**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.17	**HOJA DE BISTURI**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.18	**JABON ANTISEPTICO**	Registrar en mililitros la cantidad utilizada en la curación.
11.19	**IODOPOVIDONA**	Registrar en mililitros la cantidad utilizada en la curación.
11.20	**LAMINA DE POLIURETANO**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.21	**PAÑAL DESECHABLE ADULTO**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.

11.22	**SOLUCION CLORURO DE SODIO AL 09%**	Registrar en mililitros la cantidad utilizada en la curación.
11.23	**TELA ADHESIVA**	Registrar en centímetros la cantidad utilizada en la curación.
11.24	**TELA TRANSPORE**	Registrar en centímetros la cantidad utilizada en la curación.
11.25	**VENDA ELASTICA 10 CM.**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.26	**VENDA ELASTICA 15 CM.**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
11.27	**VENDA ELASTICA 30 CM.**	Registrar por pieza la cantidad utilizada en la curación.
12	**NOMBRE (S) COMPLETO Y FIRMA DE LA ENFERMERA (O)**	Anotar nombre (s) completo (s) con apellidos de la enfermera(o) que realiza el llenado del registro de enfermería. Antecedido del perfil profesional que corresponda al personal de enfermería, considerando la siguiente nomenclatura: Mtra (o) Maestra (o), L.E. Licenciada (o) Enfermería, E.E. Enfermera (o) Especialista, E.G. Enfermera (o) General.

ANEXO 4.- HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Carta de Consentimiento Informado

UNIDAD MÉDICA	LUGAR	FECHA	HORA

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))	NO. DE EXPEDIENTE

EDAD	GÉNERO	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL
	☐ MASCULINO ☐ FEMENINO		

DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)

Los médicos del servicio de_____, me han informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

Los médicos me informaron de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médico y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

Diagnóstico(s) clínico(s) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos _____

Actos anestésicos _____

Tratamiento(s) médico(s) _____

Tratamiento(s) quirúrgico(s) _____

Riesgos y complicaciones _____

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que implica el procedimiento.

Autorizo a los médicos de este hospital para que realicen los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

217B21302-017-04

ANEXO 5.- CLASIFICACION DE QUEMADURAS.

Existen varias clasificaciones de las quemaduras, en función de diversos criterios:

- Agente que las produce
- Extensión de la superficie quemada
- Profundidad
- Localización de dichas lesiones.

De acuerdo al agente que las produce:

CLASIFICACIÓN DE QUEMADURAS EN FUNCIÓN DEL AGENTE PRODUCTOR	
TIPO DE QUEMADURA	**AGENTE PRODUCTOR**
Térmica	**CALOR:** • Líquidos calientes: Escaldadura • Fuego directo: Llamas • Gases flamables **FRÍO:** Congelación
Eléctricas	**ELECTRICIDAD:** • Atmosférica • Industrial
Químicas	**PRODUCTO QUÍMICO:** • Ácidos • Bases • Gases
Radiactivas	**RADIACIÓN:** • Energía radiante Sol Radiaciones ultravioletas • Radiaciones ionizantes Rayos X Energía atómica • Radiaciones por isotopos radiactivos

En función de la extensión de superficie corporal quemada, hablamos de:

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE QUEMADURAS SEGÚN SCQ	
SCQ > 15%	QUEMADO CRITICO
SCQ < 15%	QUEMADO LEVE

- Quemado grave. También se denomina “gran quemado”. Es el paciente que presenta SCQ (Superficie Corporal Quemada) superior al 15%.
- Quemado leve. Es aquel paciente que presenta SCQ inferior al 15%.

En esta clasificación hay que considerar otros aspectos importantes, como la edad del paciente, la profundidad de la lesión, la existencia de otras enfermedades, etc., que pueden hacer que la clasificación del paciente cambie de leve a grave, aunque la superficie quemada sea inferior al 15%.

CLASIFICACIÓN DE QUEMADURAS SEGÚN SU PROFUNDIDAD				
TIPO Y GRADO	CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS	CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS	SENSIBILIDAD DE LA ZONA	CURACIÓN
Epidérmica (1er. Grado)	Destrucción de la epidermis	Eritematosa no exudativa, no flictenas o ampollas	Muy dolorosa hiperestesia	Espontanea de 4 - 5 días. No secuelas
Dérmicosuperficial (2do. Grado superficial)	Destrucción de la epidermis más la dermis superficial	Si flictenas, al retirarlas su base es: roja brillante exceso de exudado conserva folículos pilosebáceos	Muy dolorosa hiperestesia	Espontánea de 7 – 10 días. No secuelas (si no se infecta).
Dérmicoprofundo (2do. Grado profundo)	Destrucción de la epidermis más la dermis	Si Flictenas, al retirarlas su base es: blanca o gris menor exudado, no conserva los folículos pilosebáceos	No dolor hipostesia	Tratamiento quirúrgico: Si secuelas
Subdérmica (3er. Grado)	Destrucción de todo el espesor de la piel y zonas profundas.	Negruzca vasos sanguíneos trombosados	Perdida se sensibilidad y anestesia	Tratamiento quirúrgico. Secuelas importantes.

Clasificando las quemaduras en función de la profundidad que abarca la lesión, tradicional- mente se establecían grados (1º, 2º, 3º y 4º). Hoy en día, se considera más correcta su clasificación según las capas de piel afectadas.

Para calcular la extensión de una quemadura, se utilizan distintos métodos:

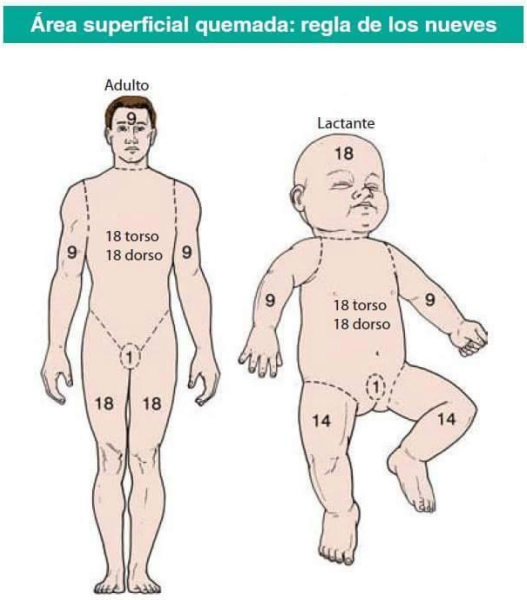
– **Esquema de Lund y Browder:** Este esquema da valores porcentuales a las distintas partes del cuerpo, estableciendo diferencias si el paciente quemado es un lactante, un niño o un adulto. El inconveniente de este esquema es el no poder tenerlo siempre a mano.

Se divide la superficie corporal total (100 %) en secciones a las cuales se les asigna un valor en porcentaje, así:

Parte del cuerpo	% SCT	Subdivisión
Cabeza	9%	3% Cara 3% Cuello 3% Cuero Cabelludo
Tronco anterior	18%	9% Tórax 9% Abdomen

Tronco Posterior	18%	9% Dorso 9% Región lumbosacra (incluye glúteos)
Miembro superior derecho	9%	3% Brazo 3% Antebrazo 3% Mano
Miembro superior izquierdo	9%	3% Brazo 3% Antebrazo 3% Mano
Miembro inferior derecho	18%	9% Muslo 6% Pierna 3% Pie
Miembro inferior izquierdo	18%	9% Muslo 6% Pierna 3% Pie
Ingles y genitales externos	1%	1% Ingles y genitales externos
TOTAL	**100%**	**100%**

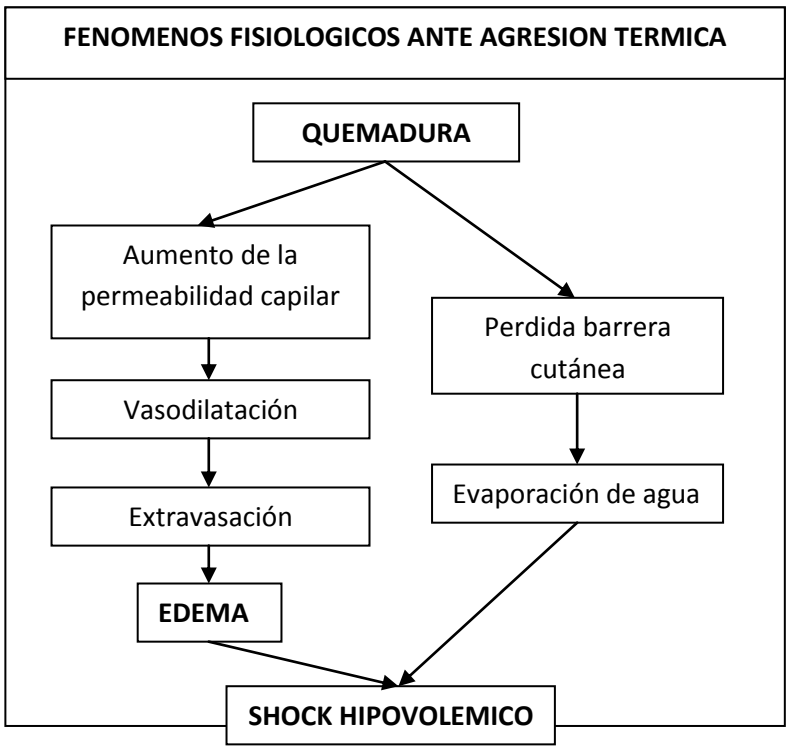
– **La "regla de los nueves" (Método de Pulaski y Tennison):** Según este método, se divide la superficie corporal en zonas que representan 9 o múltiplos de 9 (expresados en porcentaje). El 1% restante se asigna al periné.



– **La "regla de la palma de la mano":** Si pensamos que en el adulto la palma de la mano, contando los dedos, equivale al 1 % de superficie corporal, bastará con una sencilla operación de superposición de la mano del paciente que ha sufrido la quemadura (no la de la enfermera) para obtener el cálculo aproximado de la SCQ.

La agresión térmica sobre los tejidos desencadena una serie de fenómenos fisiopatológicos en el organismo, interesando profundamente a los sistemas circulatorio, nervioso, endocrino, renal y otros. En relación directa con la superficie quemada, el agente causal de la quemadura y el tiempo de exposición, los más importantes son:

• Aumento de la permeabilidad capilar: tras producirse la quemadura, se origina el paso de plasma, electrolitos y agua del espacio intravascular al espacio intersticial, lo que provoca un desequilibrio electrolítico y por lo tanto condiciona el edema. El edema interesa a las zonas afectadas y adyacentes.
• Destrucción tisular: se produce pérdida de la barrera cutánea, lo que provoca aumento de las pérdidas de agua por evaporación. Esta pérdida de agua puede ser de 200 g/m2 y por SCQ/h, que junto con el edema desencadenan el shock hipovolémico característico de los pacientes con quemaduras. Ello conduce a hipoxia celular y acumulación de ácido láctico.
• Hemoconcentración al inicio y, posteriormente anemia.
• Disminución y lentificación del volumen circulante, con disminución del volumen minuto y por tanto disminución del gasto cardiaco.
• Infección, ya que la pérdida de piel constituye una vía de entrada de gérmenes en el organismo.
• Alteraciones en la función pulmonar en pacientes quemados que hayan podido inhalar humos, con cambios importantes de CO2, O2 y del pH arterial.



ANEXO 6.- ULCERAS POR PRESION.

La úlcera por presión es una lesión en la piel y tejidos subyacentes como consecuencia de la compresión producida por presión, fricción o cizallamiento entre una protuberancia ósea y los tejidos que la envuelven contra una superficie externa, generalmente cuando la compresión es prolongada o sostenida. Dicha compresión, reduce el flujo sanguíneo capilar de la piel y los tejidos subyacentes, produciendo isquemia, necrosis y la pérdida de la arquitectura tisular. (Sibbald RG, 2011, Thomas DR, 2007).

- **Presión:** es una fuerza de aplastamiento tisular entre dos planos: el relativo al paciente, plano esquelético, prominencias óseas; y, el externo: sillón, cama, sondas, entre otros.
- **Fricción:** es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel. Se produce cuando una parte del cuerpo del paciente, generalmente los codos, el sacro y los tobillos, rozan contra una superficie áspera como la sábana.

- **Cizallamiento:** es resultado de la combinación de los efectos de la presión y de la fricción. Estas fuerzas se producen al deslizarse la persona cuando está mal sentada o cuando la cabecera se eleva más de 30°.

CLASIFICACIÓN.

Categoría I
Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión.
Manifestaciones clínicas:

- Eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.
- Cambios en la temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), sensaciones dolor, escozor).

Categoría II
Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.
Manifestaciones clínicas:

- Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, flictena o cráter superficial.

Categoría III
Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo
Manifestaciones clínicas:

- Lesión o necrosis que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

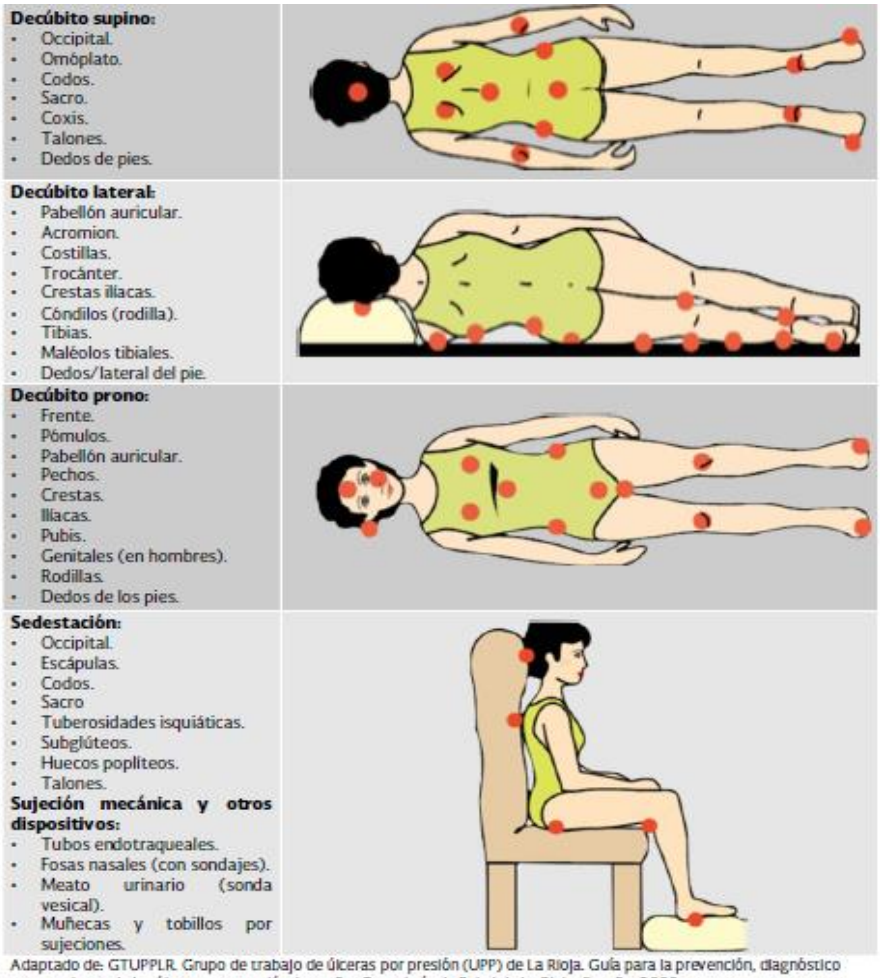
Categoría IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Manifestaciones clínicas:

- Lesiones con cavitaciones, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Zonas susceptibles de desarrollar ulceras de presión según la posición.



Adaptado de: GTUPPLR. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; España, 2009.

Localizaciones más frecuentes de las úlceras iatrogénicas:

- Nariz: por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: por pliegues en las sábanas.
- Muñecas y codos: en personas con sujeción mecánica.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

En UPP categoría I, los cuidados generales deben incluir:

- **Control de los factores etiológicos**: presión, cizalla y fricción
  - Movilización
  - Cambios posturales
  - Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP)
  - Protección local ante la presión
- **Control de los factores etiológicos: Humedad**
  - Limpieza
  - Hidratación
  - Protección de la piel frente a la humedad
- **Control de los factores coadyuvantes**
  - Cuidados de la piel de riesgo
  - Manejo de la nutrición e hidratación
  - Mejora de la oxigenación tisular
  - Protección frente a agresiones externas

MOVILIZACIÓN: Son técnicas o maniobras que se realizan para dar movimiento a un paciente en su unidad (cama, camilla, silla) y que implica cambios de posición, fisioterapia y traslado.
Es muy importante al movilizar a la persona, evitar la fricción y los movimientos de cizalla. Para ello debe considerarse:

- Utilizar una sábana de algodón suave, perfectamente estirada, sin arrugas al movilizar al paciente en la cama.
- Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30º) y durante el menor tiempo posible.
- Para las posiciones de decúbito lateral no sobrepase los 30º de lateralización, evitando apoyar el peso sobre los trocánteres. Los pacientes con un decúbito lateral de 90º tienen una tasa casi 4 veces superior de lesiones que los que están a 30º. Utilizar aparatos auxiliares para desplazar a los pacientes y reducir así la fricción y la cizalla. Elevar, no arrastrar, al individuo cuando se le esté movilizando.
- Si es necesario que el paciente se siente en la cama, evitar una posición de hombros caídos y deslizamiento que provoque aumento de la presión o fricción y cizalla en el sacro y en el coxis.

CAMBIOS POSTURALES: permiten reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo.

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.

Cambios posturales en paciente encamado:

- Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado. En todo caso nunca debe sentarse a más de 30º. Utilizar cojines

para eliminar la presión sobre los trocánteres, los tobillos y talones. Utilizar superficies especiales adecuadas.

- Las laterizaciones no deben hacerse a más de 30º para evitar úlceras en trocánteres.

Movilización del paciente encamado ayudado por una sábana:

- Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.
- Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad.

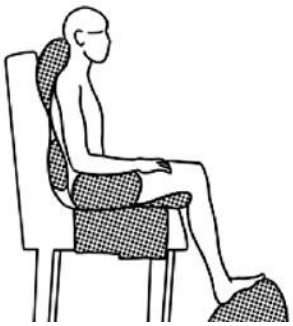
Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.

- Para ello colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar.
- Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Cambio postural en Decúbito lateral dorsal:

- Desplazar al paciente hacia el lateral de la cama contrario al decúbito deseado.
- Estirar el brazo hacia el lado que se va a girar y flexionar el otro sobre el pecho.
- Se flexiona la rodilla de la pierna que va a quedar por encima.
- Colocamos una mano sobre el hombro que quedará por encima y la otra en la rodilla flexionada y giramos al paciente en bloque, para mantener la alineación postural.
- Sacar hacia afuera el hombro sobre el que se apoya el paciente hasta notar que la escápula queda plana.

POSICIÓN TERAPEUTICA	COLOCACIÓN DE PROTECCIONES OSEAS
• Decúbito Supino	Una debajo de la cabeza y hombros. Una debajo de los gemelos (evitando el contacto de los talones con el colchón y la hiperextensión de las rodillas). Una en la planta del pie. Bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo, alcanzarán

	hasta la zona externa de los muslos para evitar la rotación de los trocánteres.
• Decúbito Lateral Dorsal: 	Una debajo de la cabeza y otra en la espalda. Entre las piernas desde la ingle hasta el pie. Otra debajo del brazo superior.
• • • Sedestación en silla o sillón 	Espalda apoyada en el respaldo. Distribuir por igual el peso en ambas caderas. Caderas, rodillas y pies en flexión de 90º. Evitar que los pies cuelguen. Separar ligeramente las rodillas, evitando el contacto de las prominencias óseas, si fuera necesario, colocar una almohada entre las rodillas.

No se recomienda frotar vigorosamente la piel con riesgo de úlcera por presión o en categoría I cuando se realice la limpieza. La fricción puede provocar dolor y destrucción aún mayor de tejido, reacción inflamatoria local, particularmente en adultos mayores frágiles.

En las úlceras en categoría II, III y IV los cuidados generales deben incluir además de los referidos para la categoría I:

- Limpieza de la úlcera.
- Desbridamiento del tejido necrótico.
- Aplicación de un material protector terapéutico que prevenga la infección bacteriana.
- Mantener la humedad en el lecho ulcerado a temperatura corporal.

Los objetivos recomendados para la limpieza de las úlceras en categoría II, III y IV son:

- Retirar restos orgánicos, inorgánicos y el exudado presente en la lesión.
- Rehidratar la superficie de la herida.
- Facilitar la inspección de la herida.

- Disminuir el riesgo de infección.

Se debe emplear agua inyectable para la limpieza de las úlceras por presión no infectadas ya que no impide el proceso de cicatrización, no provoca daño tisular, alergias, ni altera la flora normal de la piel.

Se recomienda considerar el uso de soluciones con surfactantes y/o antisépticos/antimicrobianos para la limpieza de úlceras en categoría II, III, IV, SOLO si se encuentran con sospecha de colonización bacteriana crítica, sospecha de infección o infección confirmada.

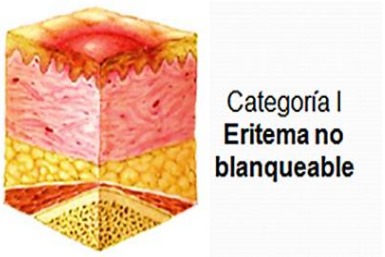
Para la limpieza de la herida se recomienda la siguiente técnica:

- Limpieza gentil con solución fisiológica, agua destilada o agua potable.
- Utilizar una jeringa de 20 ml con un catéter venoso periférico para la irrigación de la herida durante la limpieza.
- NO lesionar el tejido durante la limpieza de la herida evitando en lo posible abrasión, fricción y demasiada presión.
- Evitar el sangrado durante la limpieza.
- La úlcera por presión con tractos tunelizados o socavados debe limpiarse con mayor precaución y menor presión de lavado.
- La zona de limpieza debe extenderse 1 cm al borde de la úlcera.
- Vigilar el flujo de la irrigación y desechar de manera adecuada el líquido ocupado, de manera que se evite la contaminación cruzada.

Las úlceras por presión categoría III y IV son las que presentan más índices de infección debido a la mayor concurrencia de factores de riesgo intrínsecos, así como factores extrínsecos.
Se identifican 4 tipos de interacciones bacterianas y úlceras por presión:

- Contaminación: bacterias presentes en el lecho de la herida, pero sin replicación activa.
- Colonización: replicación activa de bacterias, pero sin daño en el tejido del huésped.
- Colonización crítica: Replicación de bacterias que enlentece la cicatrización de la herida.
- Infección: replicación activa de bacterias con invasión a tejidos profundos de la úlcera que evocan una respuesta inmune local y/o sistémica.

Clasificación de la Ulceras por Presión

Categoría I – Eritema no blanqueable: piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea, puede también aparecer en tejidos blandos que han sido sometidos a una presión externa. El área puede presentar características como dolor, firmeza, suavidad, sentirme más caliente o más fría en comparación son los tejidos adyacentes y puede presentar edema o induración.	

Categoría II – Úlcera de espesor parcial: perdida de espesor parcial de la dermis que se presenta abierta y poco profunda con un lecho de la herida de coloración rojo-rosado sin presentar esfacelos.	
Categoría III – Pérdida total de la piel: Pérdida completa de la dermis. El tejido adiposo puede ser visible, sin llegar a que estén expuestos los músculos, tendones o huesos. Pueden presentar esfacelos, tejido necrótico (húmedo o seco), se pueden visualizar o no cavitaciones/tunelizaciones.	
Categoría IV – Pérdida total del espesor de los tejidos: Pérdida total del espesor, en el cual se ve expuesto músculos, tendones y hueso. Puede presentar tejido necrótico (húmedo o seco), se pueden visualizar o no cavitaciones/tunelizaciones.	

Estadío de las úlceras por presión.

ANEXO 7. ULCERAS DE PIE DIABETICO.

La Organización Mundial de la Salud considera que el pie diabético es una infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos de la extremidad inferior, asociadas con alteraciones neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica. El "pie diabético" comprende una mezcla de patologías que incluyen la neuropatía diabética, la enfermedad vascular periférica, artropatía de Charcot, ulceración, osteomielitis y hasta la amputación.

Etiopatogenia.

El pie diabético ha sido definido como un síndrome clínico y complicación crónica grave de la diabetes mellitus, de etiología multifactorial, ocasionada y exacerbada por neuropatía sensitivo-motora, angiopatía, edema y afectación de la inmunidad, que condiciona infección, ulceración y gangrena de las extremidades inferiores, cuyo principal desenlace es la necesidad de hospitalización o cirugía mutilante capaz de incapacitar parcial o definitivamente al paciente.

Las características de la fisiopatología del pie diabético se basan en: neuropatía, angiopatía y osteoartropatía.

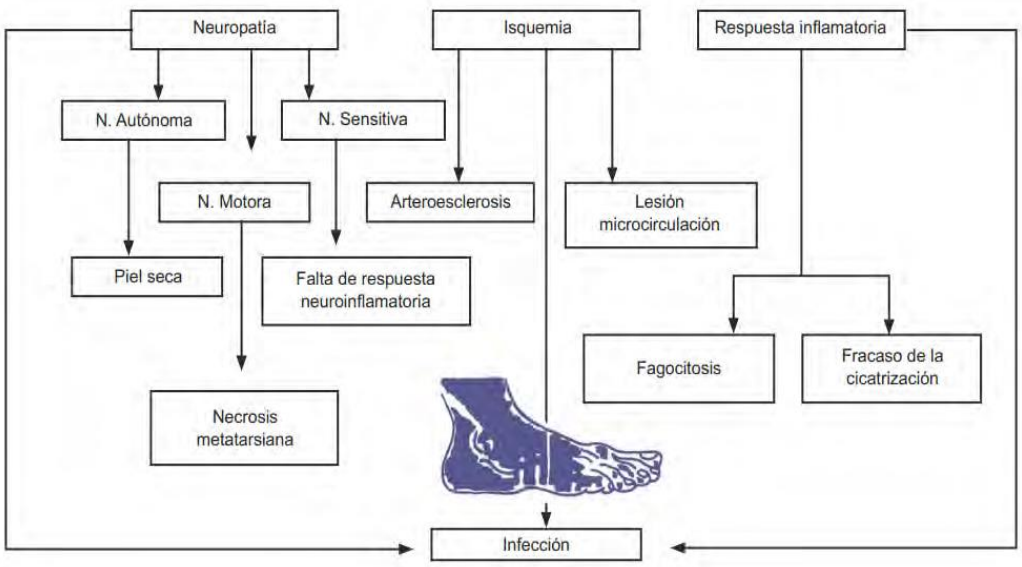
La neuropatía comprende la innervación motora, sensitiva y autonómica.

La **neuropatía motora** lleva a una atrofia muscular en el pie con un cambio concomitante en las fuerzas bioquímicas y la distribución del peso. La subluxación de articulaciones, biomecanismos alterados, atrofia de la grasa del cojinete metatarsiano, y callos reactivos son algunos de los resultados.

El cambio resultante en la presión y fuerzas de cizallamiento en el aspecto plantar del pie produce ampollas, callos y otros cambios en el tejido que llevan a la formación de úlceras.

La **neuropatía sensitiva** contribuye a la ulceración debido a que los cambios son indoloros, y el paciente frecuentemente no está consciente de que hay un problema.

La **neuropatía autonómica** resulta en la pérdida de la función de la glándula sudorípara, que contribuye a la resequedad en la piel, fisuras, y formación de callo duro. Adicionalmente, la pérdida de tono simpatético lleva a una respuesta de brote disminuida.



Fuente: Guadalupe Castro, et.al. Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético. En Medicina Interna de México, Vol. 25, No. 6., México, 2009. p. 484.

Angiopatía

Las úlceras isquémicas o por angiopatía diabética, incluye a aquellos pacientes diabéticos que también están afectados con insuficiencia vascular. Está más allá de este manual dar una descripción detallada de los factores que contribuyen a la enfermedad arterial en el paciente diabético.12
Al considerar la posibilidad de que el paciente diabético desarrolle enfermedad arterial, es importante diferenciar ambos padecimientos correctamente. La enfermedad arterial diabética puede ocurrir en una edad temprana y acelerar rápidamente. Las oclusiones de los vasos multisegmentales son comunes entre la rodilla y el tobillo en los diabéticos.

Como la mayoría de las enfermedades ateroescleróticas en los diabéticos, ocurren en los vasos entre la rodilla y el tobillo; los vasos del pie frecuentemente pueden sustituirse. Por lo tanto, muchos diabéticos con úlceras isquémicas pueden recibir un bypass de los vasos del pie, con el resultado de salvar su extremidad. No existen suficientes datos, a excepción de aquellos aportados por Boston (Lo Gerfo y Pomposelli), que documenten que conforme la incidencia de cirugía de bypass de extremo distal aumenta la incidencia de todos los niveles de amputaciones en el diabético. Es crucial defender la investigación agresiva del diabético con úlceras isquémicas para ver la revascularización como una opción.

Osteoartropatía

La restricción en el movimiento de las articulaciones de los pacientes diabéticos está relacionada con la glucosilación del colágeno, lo que da como resultado engrosamiento de las estructuras periarticulares, tales como tendones, ligamentos y cápsulas articulares.
La pérdida de la sensibilidad de una articulación puede volverse crónica, progresiva y destructiva. En el pie, las articulaciones más afectadas son la tarsometatarsiana subastragalina y la metatarsofalángica. La glucosilación del colágeno también se relaciona con la pérdida de la elasticidad del tendón de Aquiles en los pacientes diabéticos, con disminución de la movilidad, produciendo una deformidad en equino del pie. Está demostrado que las altas presiones sobre los pies se asocian con úlceras.

Complicaciones
• Infección
• Amputaciones
• Paroniquia
• Celulitis
• Miositis
• Abscesos
• Fascitis necrotizante
• Artritis séptica
• Tendinitis
• Osteomielitis

CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO SEGÚN WAGNER.

GRADO.	IMAGEN.	LESIÓN.	CARACTERÍSTICAS.
0		Ninguna Pie de Riesgo.	Callos gruesos, cabeza de metatarsianos prominentes, deformidades oseas.
I		Ulceras Superficiales.	Destrucción del espesor total de la piel.
II		Ulceras Profundas.	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin infectar el hueso. Infectada.
III		Ulceras profundas más absceso (Osteomielitis).	Extensa y profunda, secreción, mal olor, Infectada.
IV		Gangrena Limitada.	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.
V		Gangrena Profunda.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

ANEXO 8.- VALORACION DE LA LESION.

Valoración de la lesión

A la hora de valorar una lesión, ésta debería ser descrita mediante parámetros unificados para facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud implicados, lo que a la vez va a permitir verificar adecuadamente su evolución.

Es importante la valoración y el registro de la lesión al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

Esta valoración debiera de incluir al menos, los siguientes parámetros:

• Localización de la lesión
• Profundidad:
* Superficial: Herida que involucra únicamente a la epidermis
* Espesor parcial: Herida que involucra la epidermis y la dermis superficial
* Espesor total: Herida que involucra la dermis profunda y estructuras subyacentes
• Dimensiones:
* Largo
* Ancho
* Profundidad
• Existencia de tunelizaciones, excavaciones, trayectos fistulosos.
• Tipos de tejido/s presente/s en el lecho de la lesión:
* Tejido necrótico
* Tejido esfacelado
* Tejido de granulación
• Estado de la piel perilesional
* Integra
* Lacerada
* Macerada
* Ezcematización, celulitis,...
• Secreción de la úlcera
* Escasa
* Profusa
* Purulenta
* Hemorrágica
* Serosa
• Dolor
• Signos clínicos de infección local
* Exudado purulento
* Mal olor
* Bordes inflamados
* Fiebre
• Antigüedad de la lesión
• Curso-evolución de la lesión

ANEXO 9. ESCALAS DE VALORACION

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
  Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o Igual de 75 años.

• Escala de Norton:

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	**4**
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	**3**
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	**2**
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	**1**

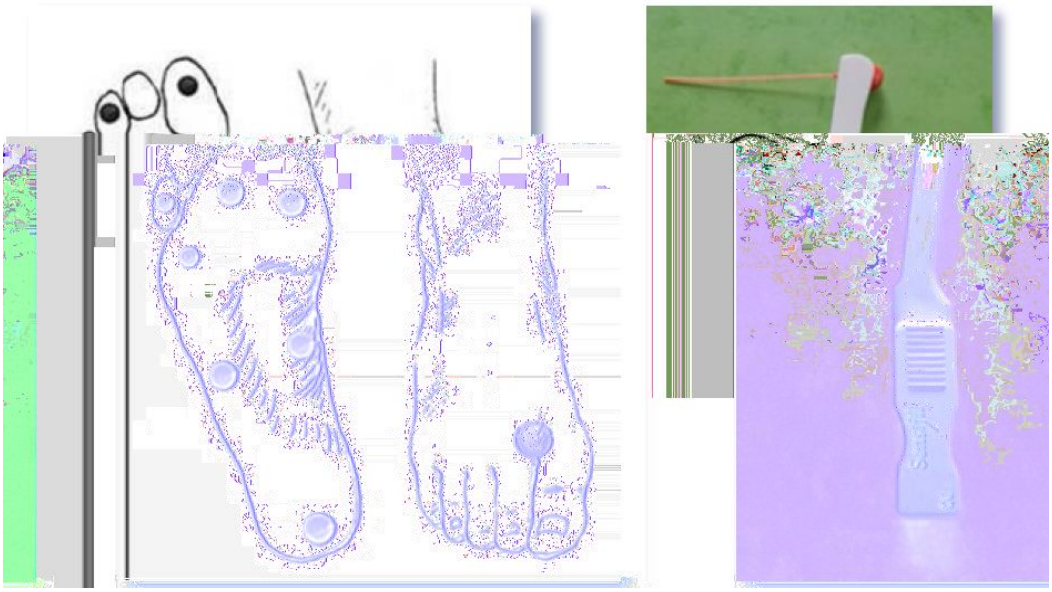
Clasificación de riesgo:

7 a 12 puntos ALTO
13 a 18 puntos MODERADO
19 a 24 puntos BAJO

ANEXO 10.- EXPLORACION NEUROLÓGICA DEL PIE.

La sensibilidad con los filamentos de Semmes-Weinstein (5.07-10g) se explora de la siguiente manera: En primer lugar se reza la prueba en una mano del paciente y se le pedimos que cuando sienta el toque del filamento en el pie nos lo comunique. No debe colocarse sobre callosidades ni sobre heridas abiertas. El filamento es empujado en el punto a explorar de forma perpendicular hasta que se dobla que es cuando se realiza la fuerza exacta.

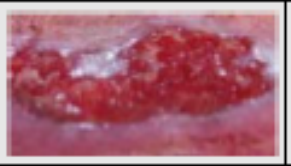
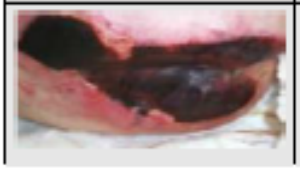
Se realiza la prueba en 10 puntos: Primero, tercero y quinto dedos, primera, tercera y quinta cabezas de los metatarsianos, dos pruebas en el medio pie, una en el talón y otra en el pliegue entre primer y segundo dedos. Se registra la presencia de sensibilidad sobre las 10 pruebas realizadas, conociendo que la ausencia de sensibilidad en cuatro de los 10 sitios tiene un 97% de sensibilidad y un 83% de especificidad para identificar la pérdida de sensación protectora.



PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL MONOFILAMENTO

1. Mostrar el filamento al paciente y tocarle con él en el brazo o la mano para demostrarle que no duele.
2. Realizar el test con el filamento en las áreas indicadas en cada pie. Nunca aplicarlo en una úlcera, callo, piel necrótica u otra lesión.
3. Aplicar el filamento perpendicularmente a la piel, empleando siempre movimientos uniformes.
4. Ejercer la presión suficiente para que el filamento se doble.
5. Retirarlo de la piel. No realizar movimientos rápidos. La aproximación, el contacto con la piel y la retirada del filamento no debe durar más de 1½ segundos.
6. No permitir que el filamento se deslice sobre la piel ni hacer contactos reiterados sobre un lugar de test.
7. El paciente responderá "sí" si siente el filamento. Si no responde al contacto en un área concreta del pie, continuar en otro sitio. Cuando se haya completado la secuencia, repetir las áreas donde el paciente no haya indicado que siente el contacto del filamento.
8. Usar una secuencia aleatoria para aplicar el filamento, para evitar que el paciente imagine donde le va a tocar.
9. Indicar con un signo "menos (-)" las zonas en las que no ha respondido al contacto con el filamento.

ANEXO 11.- PRODUCTOS RECOMENDADOS DE ACUERDO AL TIPO DE ULCERA

LESIÓN	TEJIDO DEL LECHO		OBJETIVO	TRATAMIENTO LOCAL ACONSEJADO
	Piel íntegra		Restablecer el film hidrolipídico protector de la piel	• Ácidos grasos hiperoxigenados. - Productos de Barrera • Películas de barrera • Óxido de Zinc.
	Epitelización		Favorecer la epitelización	Colágeno más apósito secundario
	Presencia de mal olor con o sin infección	EXUDADO: AUSENTE	Evitar el mal olor	Hidrogel + carbón + apósito secundario
		EXUDADO: PRESENTE		Alginato o hidrofibra + carbón + apósito secundario
	Presencia o sospecha de infección	EXUDADO: AUSENTE	Reducir la carga bacteriana del lecho de la herida	Hidrogel + apósito de plata + apósito secundario
		EXUDADO: PRESENTE		Apósito de plata + apósito secundario
	Hipergranulación		Eliminar el exceso de tejido	- Nitrato de plata - Pomada de Corticoide
	Tejido de granulación	EXUDADO: Nulo/ Escaso	Evitar la maceración	- Hidrogel + apósito secundario
		EXUDADO: Moderado/ Abundante		- Alginato o hidrofibra + apósito secundario
	Tejido esfacelado		Eliminar el tejido no viable	Desbridamiento enzimático: -Hidrogel + apósito secundario Desbridamiento autolítico: - Hidrogel + apósito secundario (En ausencia de exudado) - Alginato, hidrofibra, espuma o cualquier otro producto de cura en ambiente húmedo (en presencia de exudado) - Desbridamiento cortante - Combinación de cualquiera de ellos
	Tejido necrótico			

Adaptado de: GTUPPLR. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; España, 2009

ANEXO 12.- GUIA PARA EL USO DE APOSITOS PARA EL TRATAMIENTO DE ULCERAS DEL PIE DIABETICO

TIPO DE TEJIDO	OBJETIVO TERAPÉUTICO	FUNCIÓN DEL APÓSITO	PREPARACIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA	APÓSITO PRIMARIO	APÓSITO SECUNDARIO
Necrótico	Retirar el tejido desvitalizado	Hidratación del lecho de la herida	Desbridamiento mecánico o quirúrgico	Hidrogel	Apósito de película de poliuretano
Esfacelar	Retirar el tejido no viable. Proporcional limpieza al lecho de la herida para promover la granulación. Controlar el exudado	Absorber el exceso de humedad Proteger la piel perilesional para evitar maceración Fomentar del desbridamiento autolítico	Desbridamiento mecánico o quirúrgico Limpieza de la herida	Hidrogel Apósito absorbente (alginato)	Vendaje de retención Apósito de película de poliuretano
Granulado	Proporcionar un lecho sano de la herida para fomentar la epitalización	Mantener el equilibrio de la humedad Proteger el crecimiento del epitelio	Limpieza de la herida	Hidrogel Apósito absorbente (alginato) Apósitos de baja adherencia	Apósito hidrocelular Vendaje de retención
Epitelizante	Fomentar la epitalización y la maduración de la herida	Proteger el crecimiento del tejido nuevo		Hidrocoloide Apósito de película de poliuretano Apósito de baja adherencia	Apósito hidrocelular Vendaje de retención

ANEXO 13.- TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

XVI. VALIDACION

Dr. Gabriel Jaime O'shea Cuevas
Secretario de Salud y Director General del
Instituto de Salud del Estado de México
RUBRICA

Dr. Carlos Esteban Aranda Doniz
Coordinador de Salud
RUBRICA

Lic. Jesús Iván Pinto Medina
Coordinador de Administración y
Finanzas
RUBRICA

Dr. Ángel Salinas Arnaut
Director de Servicios de Salud
RUBRICA

Mtro. Carlos Ocaña Ponce
Jefe de la Unidad de Modernización
Administrativa
RUBRICA

Mtra. Martha Villegas Jiménez
Subdirectora de Atención Médica
RUBRICA

XVII.- CRÉDITOS

Técnico Administrativa.

Guía Técnico Administrativa de Enfermería para la Clínica de Heridas.

Secretaría de Salud

Instituto de Salud del Estado de México

Responsable de su elaboración:

L.E. María Teresa Dimas Sánchez
Mtro. Roberto Ramírez Jardón
L.E.O. Teresita de Jesús Mendoza Montes de Oca

Colaboradores:

L.E.O. María Elena Mata Cid
Mtra. Alejandra Maya Millán
L.E.O. Luz Adriana Velásquez Campos
E.E. Ma. Guadalupe Pérez Elizalde
M.G.S. Patricia Barajas Carbajal
L.E.O. Mirna Sánchez Pineda
L.E. Ingrid Joseth Sánchez Portales

Responsable de su integración:

Mtro. en Administración Pública, Carlos Ocaña Ponce,
Jefe de la Unidad de Modernización Administrativa del ISEM

Lic. Karen Seguel Granados,
Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional,

Lic. Graciela Montes de Oca Cruz,
Analista del Departamento de Desarrollo Institucional

Noviembre 2017