



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

INDICE

	Página
CAPITULO I.- GENERALIDADES	3
Artículo 1º.- Objetivo	3
Artículo 2º.- Finalidad	3
Artículo 3º.- Alcance	3
Artículo 4º.- Base Legal	3
CAPITULO II.- PROCEDIMIENTOS	4
Artículo 5º.- Relación de Procedimientos	4
Artículo 6º.- Descripción de Procedimientos	4



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO I.- GENERALIDADES

ARTÍCULO 1º.- OBJETIVO

Normar los procedimientos del Departamento de Enfermería.

ARTÍCULO 2º.- FINALIDAD

Mejorar la calidad de la gestión del cuidado en el paciente oncológico por el profesional de enfermería sistematizando los procedimientos de atención, que garanticen su cumplimiento y efectividad.

ARTÍCULO 3º.- ALCANCE

El alcance del cumplimiento del presente Manual, comprende a todo el personal del Departamento de Enfermería.

ARTÍCULO 4º.- BASE LEGAL

La aplicación del presente Manual se sujeta a lo prescrito en las siguientes normas:

- Ley N° 22315 de Creación del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Ley N° 27669 del Trabajo de la Enfermera(o).
- Decreto Supremo N°. 004-2002-SA -Reglamento de Ley del Trabajo de la Enfermera(o).
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Resolución Suprema N° 017-2007-SA - Aprueban Cuadro para Asignación de Personal del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Resolución Jefatural N° 219-2010-J/INEN - Aprueba el Manual de Organización y Funciones del Departamento de Enfermería.
- Resolución Jefatural N° 364-2011-J/INEN del 01/10/2011, modifica los Manuales de Procedimientos del INEN.



CAPÍTULO II.- PROCEDIMIENTOS

ARTÍCULO 5º.- RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

A continuación se detalla la relación de procedimientos del Departamento de Enfermería.

Proceso	Sub proceso	Procedimiento
Hospitalización Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.	1.1. Gestión del Cuidado	AS-DE-01 Admisión del paciente
		AS-DE-02 Entrevista de Enfermería a la Admisión del paciente
		AS-DE-03 Valoración de Funciones Vitales (Dolor, FR, T°; PA, FR y Saturación de oxígeno)
		AS-DE-04 Valoración del nivel de conciencia
		AS-DE-05 Administración de medicamentos: por vía sublingual, sonda nasogástrica, rectal, cutánea, oftálmica, ótica, Instilación, Inhalatoria, Aerosolterapia, vaginal, intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa.
		AS-DE-06 Alta de paciente.
		AS-DE-07 Alta voluntaria.
		AS-DE-08 Alimentación enteral por sonda naso-gastrointestinal.
		AS-DE-09 Alimentación Enteral por Gastrostomía y Yeyunostomía.
		AS-DE-10 Alimentación Parenteral Total.
		AS-DE-11 Aspiración gástrica continúa.
		AS-DE-12 Administración de Oxígeno.
		AS-DE-13 Aspiración de secreciones por traqueostomía.
		AS-DE-14 Cuidados y mantenimiento de la traqueostomía.
		AS-DE-15 Cuidados y mantenimiento de la sonda vesical.
		AS-DE-16 Balance del equilibrio de líquidos.
		AS-DE-17 Cuidados al paciente ostomizado.
		AS-DE-18 Movilización del paciente.
		AS-DE-19 Prevención y Cuidados de Enfermería en las caídas.
		AS-DE-20 Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión.
		AS-DE-21 Prevención de infecciones.
		AS-DE-22 Punción arterial. Gasometría.
		AS-DE-23 Realización de un ECG.
		AS-DE-24 Punción Lumbar.
		AS-DE-25 Técnica de inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periféricos.
		AS-DE-26 Técnica de inserción, mantenimiento y retiro de catéter Venoso Central.
		AS-DE-27 Fluidoterapia.
		AS-DE-28 Transfusión sanguínea y hemoderivados.
		AS-DE-29 Paracentesis.
		AS-DE-30 Toracocentesis.

En todos los Procedimientos el personal de enfermería dará cumplimiento a las siguientes normas:

1. Cumplir el Código de Ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del Servidor Público.
2. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
3. Realizar cada procedimiento de acuerdo a las Guías de Atención de Enfermería.

ARTÍCULO 5º.- DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

La descripción de cada Procedimiento del Departamento de Enfermería, se establece en los siguientes documentos que figuran a continuación:

Ficha de cada Procedimiento y sus anexos:

- Descripción de Actividades del Procedimiento.
- Flujograma o representación gráfica del Flujo de Actividades del Procedimiento.



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN** : Admisión del paciente.
- II. **SUBPROCESO** : Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO** : Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO** : AS-DE-01
- V. **CLIENTE O USUARIO** : Paciente
- VI. **OBJETIVO** : Conseguir la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible, con un trato personalizado y humano, brindando información especializada al paciente y/o familia.
- VII. **PRODUCTO FINAL** : Paciente adaptado y orientado al ambiente del instituto
- VIII. **PERIODICIDAD** : Diaria
- IX. **NORMAS:**
1. Ejecutar el procedimiento para pacientes que se hospitalicen cuando lo haya prescrito el médico.
 2. El contenido de la información debe de estar coordinado entre los profesionales del equipo de salud para evitar contradicciones en el proceso informativo.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Jefe de Servicio de Enfermería.
 3. Enfermera/o Especialista,
 4. Técnico en Enfermería de Enfermería
 5. Asistente Administrativo de Hospitalización
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería: Hoja de Control de Funciones vitales, grafica de CFV, Anotaciones de Enfermería, Hoja de movimiento de pacientes, libro de admisión /alta del servicio.
 2. Historia clínica completa.
 3. Guía informativa sobre Normas de Hospitalización.
 4. Mobiliario de unidad de paciente: Cama, velador, sillón, mesa de alimentación.
 5. Ropa de cama
 6. Material médico: Chata, urinario y escupidera
 7. Balanza con tallmetro.
 8. Útiles personales (Papel Higiénico, Jabón, toalla, vaso, cubiertos y termómetro).
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente para recepción de pacientes
 2. Ambiente para entrevista y examen clínico al paciente
 3. Unidad de paciente
 4. Equipos para medición de funciones vitales: Termómetro, tensiómetro, saturador de oxígeno
 5. Oficina, PC, Impresora y mobiliario
- XIII. **INDICADORES:**
1. Promedio diario de ingresos/permanencia por servicio u especialidad por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Formatos : Papeleta de ingreso, egresos de estadística
 2. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de anotaciones de enfermería.
 5. Cuaderno de reporte de enfermería.
 6. Formato de petición de dietas a Nutrición
 7. Formato de petición de medicación para Farmacia (clínica)
 8. Formato o vale de petición de materiales.
 9. Formato de Adquisición artículos personales (clínica)
 10. Guía informativa sobre Normas de Hospitalización
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del Procedimiento.



PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN DEL PACIENTE			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	Conforme a las normas de internamiento, verifica la disponibilidad de cama y coordina con la enfermera la hospitalización del paciente. Si el paciente se encuentra internado en emergencia u otro servicio se coordina con la enfermera para la hospitalización	Paciente hospitalizado	Asistente Administrativo Asistente	Departamento de Atención de Paciente – Equipo Funcional de Hospitalización	Promedio diario de ingresos/permanencia por servicio u especialidad por periodo.	Hospitalización
2	O	Presenta al paciente y familia, entrega la historia clínica y la orden de hospitalización		Enfermera/o Especialista			
3	O	Recibe al paciente, verifica la historia clínica, orden de internamiento, medicamentos y material médico requerido. Si está conforme acepta la admisión.					
4	O	Confirmar la identidad del paciente, colocándole sus datos personales: nombre y apellidos, historia clínica y número de cama (identificador), acompañar e instalarlo en su unidad.		Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería		
5	O	Entregar el folleto informativo de la unidad (tríptico).					
6	O	Mostrar al paciente las instalaciones del servicio y enseñarle su correcta utilización (zona de escape y seguridad)		Enfermera/o Especialista			
7	O	Proporcionar materiales de servicio (chata y urinario) y ropa.					
8	O	Registrar en las notas de enfermería según guía de atención.		Supervisora de Servicio Enfermera/o Especialista			
9	O	Registrar en el libro de admisión/alta - estadística: fecha, hora, nombre completo, unidad de procedencia, departamento de origen y N° de HC y otros datos según áreas críticas.					
10	O	Informar a la supervisora de Enfermería la condición del paciente.		Paciente hospitalizado			
11	O	Verifica y evalúa la admisión del paciente					
12	Fin	Registra en la hoja de estadística el ingreso.					





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PROCEDIMIENTO: ADMISIÓN DEL PACIENTE

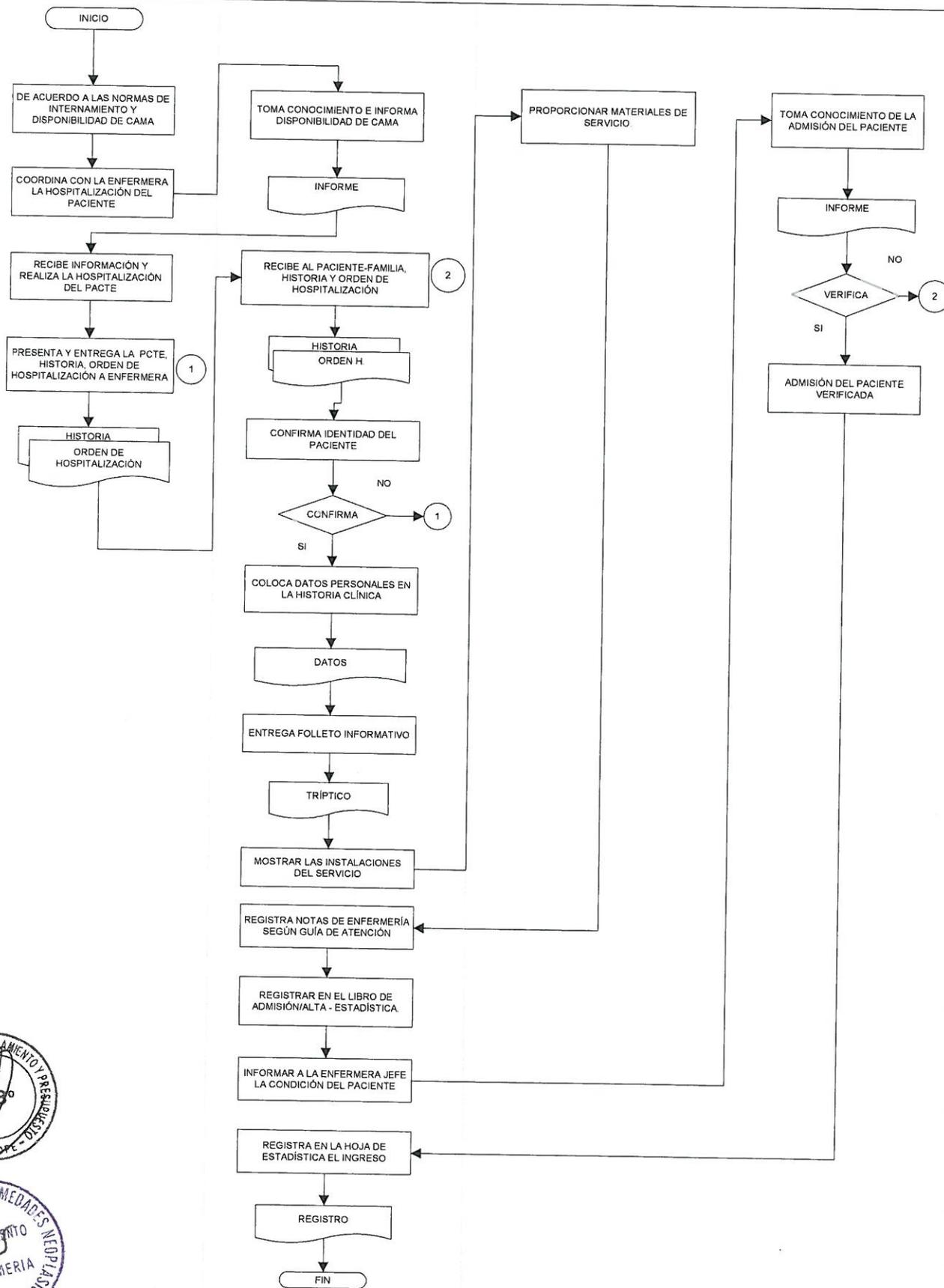
CÓDIGO: AS-DE-01

ASISTENTE ADMINISTRATIVO
MÓDULO DE HOSPITALIZACIÓN DPTO
SERVICIOS DE ATENCIÓN AL
PACIENTE

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ENFERMERA JEFE DE SERVICIO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Entrevista de Enfermería a la Admisión del paciente
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-02
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Identificar las necesidades afectadas y/o problemas del paciente, para planificar los cuidados de enfermería según PAE
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Satisfacción de necesidades y bienestar del paciente
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Ejecutar el procedimiento para los pacientes oncológicos hospitalizados.
 2. Los pacientes deberán de estar informados del procedimiento a realizar.
 3. Deberá constar por escrito la valoración de enfermería del paciente en la historia clínica.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Enfermera/o Especialista.
- XI. **RECURSOS MATERIALES**
1. Registros de Enfermería.
 2. Material de Oficina.
 3. Material médico: tensiómetro, estetoscopio, termómetro (AS-DE-03).
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para examen físico y valoración del paciente
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con evaluación inicial/total de pacientes hospitalizados por periodo.
 2. Porcentaje de pacientes satisfechos de la evaluación inicial a la entrevista.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de entrevista de Enfermería.
 2. Formatos de Registro de entrevista de enfermería
 3. Hoja de anotaciones de enfermería.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del Procedimiento

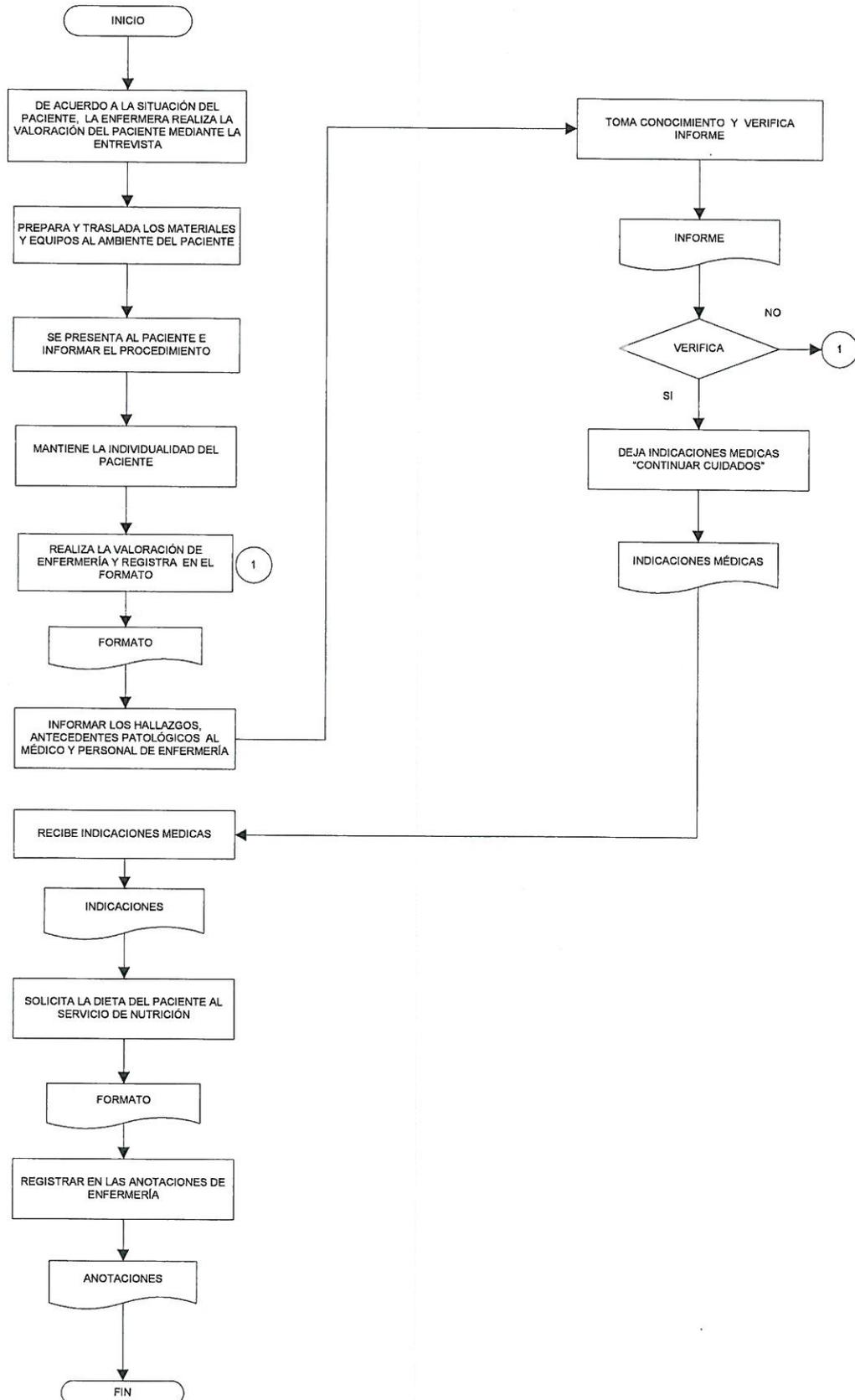


PROCEDIMIENTO: ENTREVISTA DE ENFERMERÍA A LA ADMISIÓN DEL PACIENTE		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Ord.	Tipo Activ.	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento o Relacionado
1	Inicio	De acuerdo al ingreso, traslado o condición/situación del paciente, la enfermera realiza la valoración del paciente mediante la entrevista.	Valoración y registro de la entrevista de enfermería en la admisión del paciente	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
2	O	Prepara y traslada los materiales y equipos en el ambiente del paciente.					
3	O	Presentarse al paciente e informar el objetivo del procedimiento.					
4	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
5	O	Realizar valoración inicial de Enfermería y registra en el formato establecido.					
6	O	Comunicar e informar los hallazgos, antecedentes patológicos, alergias y otros al médico y personal de enfermería en cada turno.					
7	O	Toma conocimiento, verifica e indica continuar cuidados.					
8	O	Solicitar la dieta del paciente al servicio de nutrición.					
9	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.					
OBSERVACIONES				Médico	Dpto. Médico		
<p>La entrevista se realizará teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:</p> <p>Mantener una actitud segura y serena.</p> <p>Observar el lenguaje corporal del paciente.</p> <p>Identificar causas que interfieran la comunicación del paciente como: idioma, y estado anímico del paciente</p> <p>Crear un clima cálido y seguro.</p> <p>Utilizar un lenguaje sencillo y comprensible según el nivel cultural del paciente</p> <p>Aclarar las dudas que se presenten durante la valoración.</p> <p>Antes de brindar información el equipo de enfermería unificará criterios.</p> <p>Tener en cuenta a la hora de dar la información los factores que influyen en el paciente:</p> <p>a. Factores físicos: Integridad de los sentidos, fatiga, dolor...</p> <p>b. Factores psicológicos: experiencias anteriores, motivación, confianza en sí mismo y en el personal, estado de ansiedad.</p> <p>c. Factores intelectuales: Capacidad de comprensión, edad...</p> <p>d. Factores sociológicos: Grado de apoyo familiar, creencias.</p> <p>e. Dar información directamente si es posible, evitando intermediarios.</p> <p>f. En casos de deficiencias sensoriales, distinto idioma, pacientes pediátricos, con ventilación mecánica, etc., utilizar métodos alternativos (Interpretes, lenguaje de signos, dibujos, escritura, etc...)</p> <p>Planificar la comunicación como una actitud habitual definiendo los objetivos</p> <p>Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información sea la misma.</p>				Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con evaluación inicial/total de hospitalizados por periodo.	



ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Valoración de los signos vitales
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-03
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Valoración del estado hemodinámico del paciente.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control de las funciones vitales del paciente.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos de la institución.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, la valoración de los signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, presión arterial, dolor y saturación de oxígeno.
 3. Cualquier alteración o anomalía será informada oportunamente al médico para su evaluación y manejo clínico.
 4. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Bolígrafo rojo y azul.
 3. Reloj con segundero.
 4. Tensiómetro.
 5. Estetoscopio.
 6. Termómetro oral y/o rectal.
 7. Solución desinfectante.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de registro cumplido del control de signos vitales por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones terapéuticas
 2. Hoja de Anotaciones de enfermería
 3. Hoja Gráfica de Funciones vitales
 4. Escala analógica lineal del dolor.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES (PULSO, FR, T°, PA, FR, DOLOR) SATURACIÓN DE OXÍGENO.

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Activ.	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado	
1	Inicio	De acuerdo a la necesidad/problema del paciente el médico indica a la enfermera la Valoración de Funciones Vitales (Dolor, FR, T°, PA, FR y Saturación de oxígeno).	Control y registro de las funciones vitales	Médico	Dpto. Médico	Porcentaje de cumplimiento del control de signos vitales por periodo.		
2	O	De acuerdo a la condición, necesidad/problema del paciente la enfermera valorará las funciones vitales.						
3	O	Traslada los materiales y equipos al lado del paciente.						
4	O	Lavarase las manos.						
5	O	Mantener la individualidad del ambiente e informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.						
6	O	En el control del pulso se tendrá en cuenta: a. Elegir el lugar de palpación: radial, carótida, temporal ó femoral. b. Apoyar la yema de los dedos índice, mediano y anular sobre la arteria (preferentemente radial) haciendo una ligera presión. c. Controlar el número pulsaciones por minuto + Ritmo (regular o irregular) + Intensidad (fuerte o débil) y hora.						
7	O	En el control de la frecuencia respiratoria se tendrá en cuenta: a. Observar y contar la elevación del tórax/abdomen del paciente por 1 minuto. b. Poner la mano o estetoscopio sobre el pecho del paciente, si no se pueden observar los movimientos torácicos, para contabilizar la frecuencia. c. Observar la regularidad, tipo y características de las respiraciones.						
8	O	En el control de la temperatura se tendrá en cuenta: a. Bajar el mercurio del termómetro a 35°C. b. Comprobar que la cavidad oral del paciente esté húmeda y libre de alimentos. c. Colocar el termómetro debajo de la lengua, indicando al paciente que tenga cuidado de no morder o masticar le termómetro. d. Mantener el termómetro de 3 a 5 min + retirar y leer + Limpiar una vez retirado en agua fría + antiséptico y secar. e. En neonatos y lactantes, la toma de temperatura será rectal, con el termómetro destinado a tal fin. Introducir el termómetro en el recto 2 cm. y mantener 2 min.						



PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES (PULSO, FR, T°; PA, FR, DOLOR Y SATURACIÓN DE OXIGENO)

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
9	O	<p>En el control de la presión arterial se tendrá en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> Revisar el perfecto funcionamiento del equipo. Colocar al paciente sentado o acostado. El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antecubital a nivel del corazón. Colocar el manguito del esfigmomanómetro 2cm. por encima de la fosa antecubital y rodear el brazo. Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar. Inflar el manguito unos 30 mm de Hg. por encima del punto en que se deje de palpar el pulso braquial. Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 ó 3 mm Hg. por segundo, manteniendo esta velocidad hasta finalizar la técnica. El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima. Si el latido no es audible se palpará la arteria braquial o radial y se infla el manguito hasta que desaparezca el pulso. A continuación se comienza a desinflar el brazalete y consideraremos la aparición del primer latido como T. A. sistólica. Utilizar el ancho y largo del manguito acorde al diámetro del brazo del paciente Si el enfermo tiene problemas en miembros superiores, se puede realizar esta técnica en miembros inferiores colocando el estetoscopio en el hueso poplíteo. 	Control y registro de las funciones vitales	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de registro cumplido del control de signos vitales por periodo	
10	O	<p>En el control de la saturación de oxígeno se tendrá en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> Verificar el funcionamiento del equipo. Colocar el sensor en el zona elegida (dedo pulgar)... Proceder a la toma de la saturación. Visualizar el resultado y proceder a su análisis e interpretación. 					



PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES (PULSO, FR, T°; PA, FR, PVC y DOLOR)

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

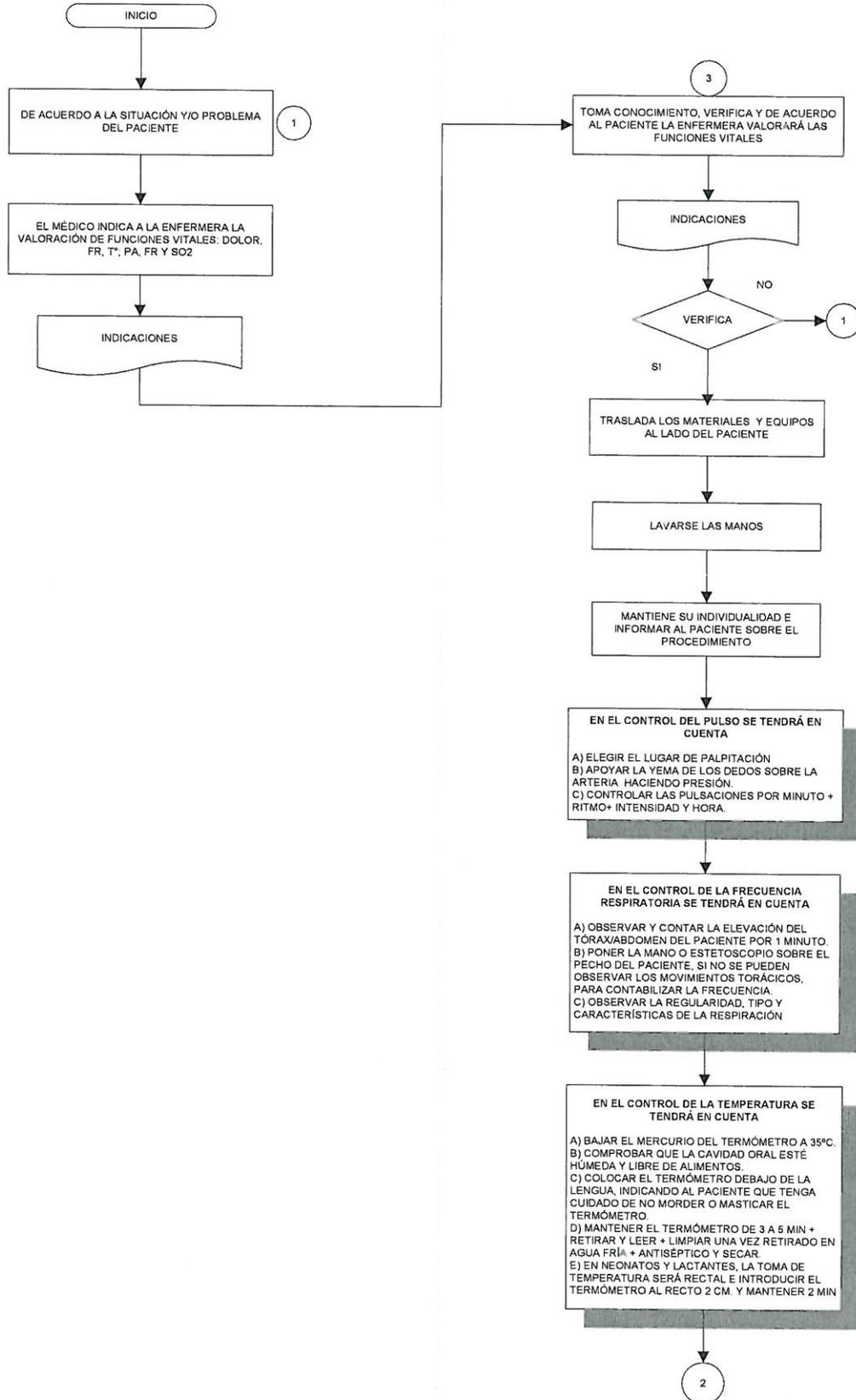
SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado				
11	O	<p>En la valoración del dolor se tendrá en cuenta:</p> <p>A) Valoración subjetiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> Registrar: Intensidad, Localización, irradiación, causa probable y Aumento o disminución con el ejercicio. Escuchar al paciente y observar la conducta ante el dolor. Detectar déficit de conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo. Detectar signos de ansiedad, preocupación y desinformación. Preguntar por el efecto analgésico de la medicación y su duración., si la tuviera. Obtener información de la familia. <p>B) Valoración objetiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cambios en la T. A., pulso y respiración. Dilatación de pupilas. Sudoración, náuseas, vómitos, cambios de temperatura... Expresión facial del dolor (ojos sin brillo, aspecto derrotado con movimiento fijo e irregular, palidez). Alteración del tono muscular (tensión de los músculos faciales, musculatura en posición de defensa...). Conducta desordenada como: lamentos, llanto, deambulación incontrolada, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad. Debilidad, agotamiento, impotencia. Insomnio. 	Control y registro de las funciones vitales	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de registro cumplido del control de signos vitales por período					
12	O	Si se detecta alteración de las funciones vitales se comunica al médico e instalara medidas de soporte vital (oxígeno, medios físicos, hidratación, cambios posturales, entre otros.)									
13	O	Toma conocimiento, verifica e indica tratamiento.									
14	Fin	Registra anotaciones de enfermería.		<table border="1"> <tr> <td>Médico</td> <td>Dpto. Médico</td> </tr> <tr> <td>Enfermera/o Especialista</td> <td>Departamento de Enfermería</td> </tr> </table>	Médico	Dpto. Médico	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería			
Médico	Dpto. Médico										
Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería										



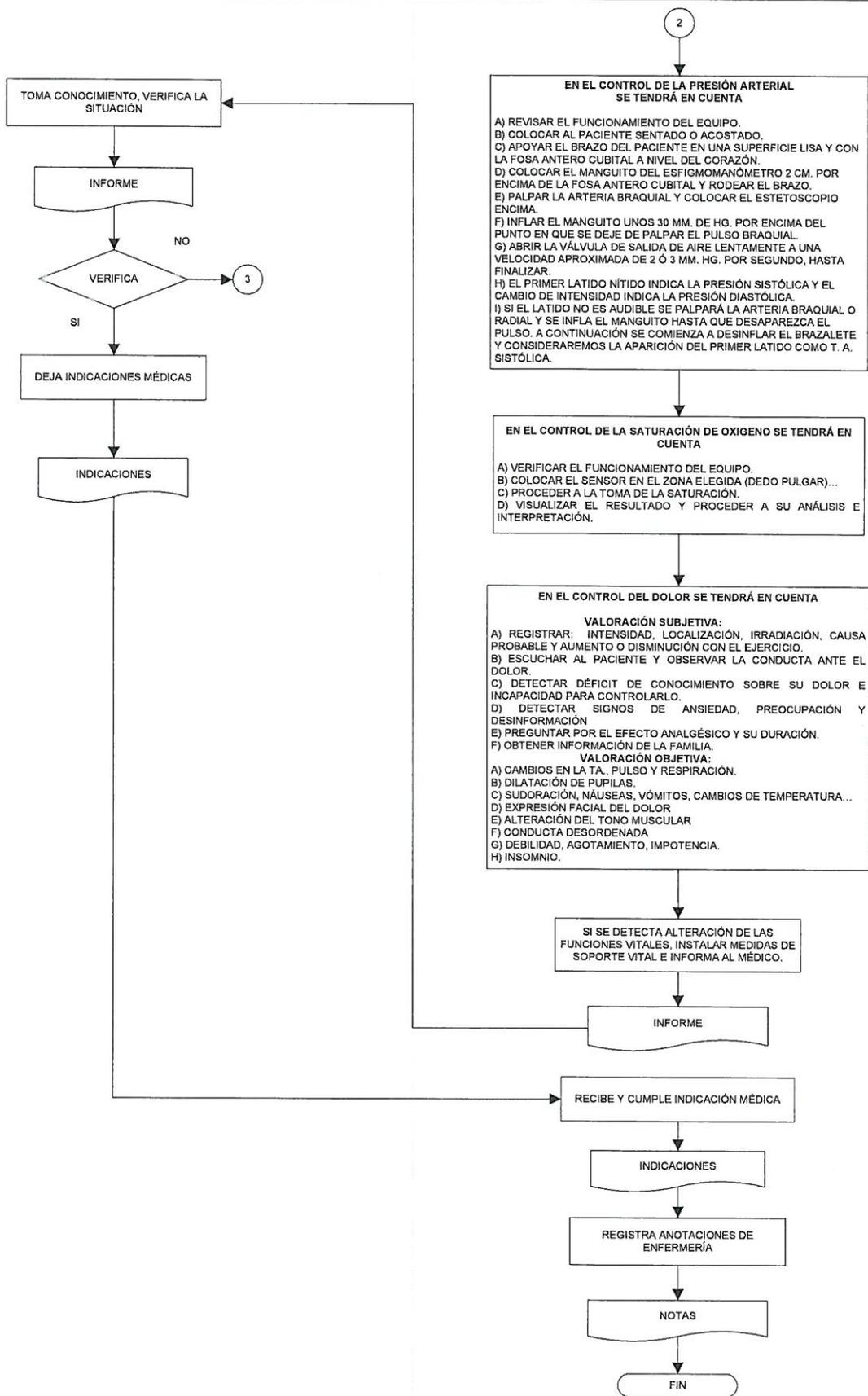
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Valoración del Nivel de Conciencia (VNC)
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-04
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de conciencia del paciente
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control del Nivel de Conciencia
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario.
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos de la institución.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el nivel de conciencia: lugar, posición, instrumentos utilizados y resultados de la VNC del paciente e intervenciones realizadas.
 3. Cualquier alteración o anomalía de la VNC será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Escala de Glasgow.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Unidad del paciente: cama con barandas de seguridad.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con evaluación del nivel de conciencia/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones médicas.
 2. Guía de atención de enfermería
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Hoja de monitoreo de Signos vitales
 5. Escala de Glasgow.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujoograma del procedimiento

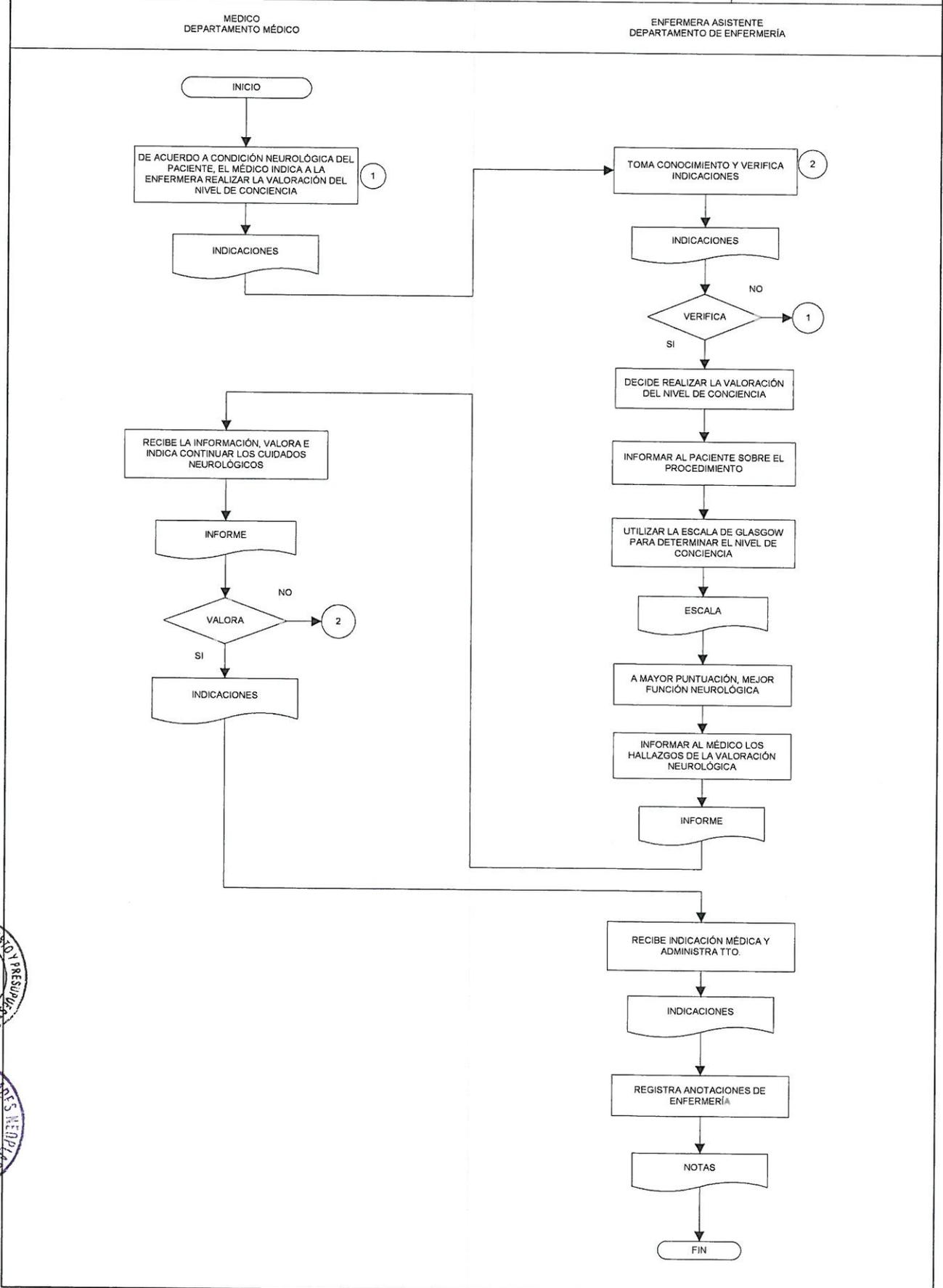


PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA	PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado
--	---------------------------------	--

Nº Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a situación/condición neurológica del paciente, el médico indica a la enfermera realizar la valoración del nivel de conciencia.	Control y Registro del nivel de conciencia	Médico	Dpto. Médico	Porcentaje de pacientes con evaluación del nivel de conciencia por periodo	
2	0	Toma conocimiento, verifica indicaciones y realiza la valoración del nivel de conciencia.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	0	Informar al paciente sobre el procedimiento, siempre y cuando no tenga trastornos del sensorio.		Técnico en Enfermería			
4	0	Utilizar la escala de Glasgow para determinar el nivel de conciencia (Ver Anexo).		Enfermera/o Especialista			
5	0	Cuanto mayor es la puntuación, más normal es la función neurológica.		Médico	Dpto. Médico		
6	0	Informar al médico los hallazgos de la valoración neurológica.		Enfermera/o Especialista			
7	0	Recibe la información, valora e indica continuar los cuidados neurológicos.					
8	Fin	Registrar en las anotaciones de Enfermería.					

OBSERVACIONES
 - Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow, informar de inmediato al médico.





FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Administración de Medicamentos
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-05
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Preparar y administrar al paciente para el tratamiento prescrito por el facultativo en dosis y horarios indicados con medidas de bioseguridad.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Preparación y administración correcta del medicamento.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se encuentren hospitalizados, durante la atención ambulatoria, en situaciones de emergencia, urgencias del paciente y que haya sido prescrito por el médico.
 2. La enfermera especialista es responsable de la administración y evaluación de los efectos secundarios del tratamiento especializado antineoplásico.
 3. Registrar la preparación y administración de los medicamentos: las condiciones y cuidados para su manipulación y conservación del fármaco y las intervenciones realizadas en las anotaciones de enfermería y en otros registros de la historia clínica.
 4. No administrar ningún medicamento sin prescripción médica.
 5. Toda prescripción médica debe ser por escrito consignado lo siguiente:
 - a) Nombre del paciente.
 - b) Fecha y hora de la prescripción médica.
 - c) Nombre y dosis del fármaco a administrar.
 - d) Vía de administración y frecuencia.
 - e) Firma del médico que la prescribe.
 6. La prescripción médica debe estar lo suficientemente clara de manera que no pueda inducir a errores por: mala caligrafía, abreviaturas inapropiadas, decimales omitidos o fuera de su sitio... Ante la más mínima duda, consultar con el médico.
 7. Transcribir la prescripción médica en el Kardex de Enfermería.
 8. Comprobar los antecedentes de alergia del paciente y anotarlos (si los hubiera) de forma visible en los registros de la historia clínica.
 9. Comprobar que el paciente que va a recibir el tratamiento cumple con los cinco correctos (nombre del paciente, nombre del fármaco, dosis, vía de administración, hora de administración, nombre y firma de la enfermera/o que lo administra). En pacientes que no puedan identificarse verbalmente o estén desorientados, verificar el nombre en el brazaletes de identificación. En niños, verificar con los padres su identidad.
 10. Volver a comprobar la medicación prescrita si el paciente tiene dudas sobre el tratamiento que se la va a administrar.
 11. Instruir al paciente y/o familia para la autoadministración si es posible, en dosis y horarios indicados (Por ejemplo: medicación oral, tópica, rectal, trasdérmica, inhaladores...).
 12. Respetar el derecho del paciente a rechazar la medicación, registrar en las anotaciones de Enfermería y comunicarlo al médico.
 13. En caso de error u omisión en la administración comunicarlo al médico de inmediato y registrarlo en la hoja de anotaciones de enfermería.



14. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (cambio de color, viscosidad, densidad,...) en el fármaco o alteración en los signos vitales del paciente, será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable; deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno y registro en nota de enfermería.
15. Registrar cualquier cambio de horario de la medicación prescrita y las causas que lo han producido (por ejemplo: realización de pruebas complementarias...).
16. La enfermera deberá registrar y reportar en cada turno los medicamentos, efectos secundarios encontrados y las acciones realizadas para cada caso.

X. RECURSOS HUMANOS:

1. Médico.
2. Enfermera/o Especialista.

XI. RECURSOS MATERIALES:

1. Registros de Enfermería
2. Fármacos prescritos.
3. Administración por vía Oral:
 - ✓ Agua, medicación, vaso.
4. Administración por Sonda Nasogástrica:
 - ✓ Guantes no estériles, servilletas, vasos para líquidos, asepto jeringa, mortero, vaso graduado para medicamento.
5. Administración por Rectal:
 - ✓ Guantes, Lubricante, Papel higiénico, Chata.
6. Administración por Parenteral:
 - ✓ Alcohol yodado y/o puro, algodón, cubeta o riñonera, jeringas, agujas, catéteres periféricos de diferentes calibres.
7. Contenedor para objetos punzo cortante, Guantes estériles, Esparadrapo, férulas, soporte.

XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente adecuado para la preparación y administración de medicamentos.
2. Coche de enfermera.
3. Bomba de infusión.

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo.
2. Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

1. Guía de Atención de Enfermería.
2. Hoja de indicaciones terapéuticas.
3. Hoja de anotaciones de enfermería.

XV. ANEXOS:

4. Descripción del Procedimiento.
5. Flujograma del procedimiento.

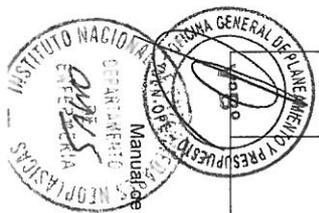


PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCESO:
HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable		Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
				Médico	Enfermero/a Especialista			
1	Inicio	De acuerdo al estado del paciente y normas de manipulación de medicamentos el médico indica a la enfermera realizar la administración del tratamiento farmacológico.						
2	O	Toma conocimiento, verifica indicaciones e inicia el procedimiento						
3	O	Lavarse las manos.						
4	O	Preparar los materiales, equipos e instrumentos para administrar el tratamiento.						
5	O	Informar al paciente el procedimiento a realizar						
6	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente						
7	O	Colocar al paciente en posición Fowler ó semisentado ó la indicada.						
8	O	Colocarse guantes si fuera necesario.						
9	O	En la administración de la medicación por vía oral se tendrá en cuenta: a. Valorar la capacidad de deglución del paciente b. Dar la medicación al paciente proporcionándole agua u otro líquido en cantidad suficiente para que la medicación llegue al estómago. c. Asegurarse que la medicación administrada ha sido ingerida por el paciente.	Medicamento administrado y registrado	Enfermero/a Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de cumplimiento de registros sobre la medicación administrada ■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con tratamiento farmacológico ■ Tiempo promedio de la administración del medicamento. 		
10	O	En la administración de la medicación por vía sublingual se tendrá en cuenta: a. Colocar la medicación debajo de la lengua. b. Indicar al Paciente que tenga la medicación debajo de la lengua hasta disolverse. c. Pedir al paciente que no mastique, ni toque con la lengua la medicación.						
11	O	En la administración de la medicación por sonda nasogástrica realizará lo siguiente: a. Triturar y diluir la medicación con agua: mínimo 30 cc. ó 20cc. b. Comprobar la colocación y permeabilidad de la SNG. c. Pinzar la SNG y conectar a su extremo la jeringa de 50 cc sin émbolo. d. Llenar la jeringa con 10 cc. de agua templada (de 2 a 5 cc en niños pequeños). e. Despinzar la SNG y permitir que el agua entre por gravedad. f. Vaciar el contenido del vaso con la medicación diluida en la jeringa, permitiendo que esta pase por gravedad. g. Añadir de 10 a 20 cc de agua (de 5 a 10 cc en niños) tras la medicación. h. Si el agua o la medicación no pasara libremente por la SNG, nos ayudaremos del émbolo de la jeringa, ejerciendo una suave presión, para favorecer el paso. i. Pinzar la SNG y retirar la jeringa. j. Mantener pinzada la SNG durante una hora como mínimo.						



PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
12	O	<p>En la administración de la medicación por vía rectal realizara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Extraer el supositorio ó cánula del envase y lubricar el extremo. Separar las nalgas del paciente con la mano no dominante. Introducir suavemente el supositorio ó cánula (comprimiendo el tubo para expulsar el medicamento) a través del ano, a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca y que relaje el esfínter. Indicar al paciente que retenga el supositorio o medicación unos 20 minutos. Limpiar la zona anal con gasas. 					
13	O	<p>En la administración de la medicación por vía cutánea se realizara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Valorar el estado de la piel del paciente. Desinfecte la zona de punción. Introduzca la aguja N°25 en el tejido a un ángulo de 45° aproximadamente. Aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto. Inyecte el fármaco lentamente. Retire la aguja y presione unos segundos la zona con algodón yodado 	Medicamento administrado y registrado	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamentos por periodo	
14	O	<p>En la administración de la medicación por vía oftálmica se realizara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Colocar el dedo Índice en el pómullo y tirar suavemente de la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival. Indicar al paciente que mire hacia arriba. Instilar el número de gotas prescrito en el saco conjuntival. (Colirio) Aplicar un cordón fino sobre la conjuntiva, a lo largo del borde interno del párpado inferior, desde el ángulo interno del ojo hasta el externo. (Pomada) Indicar al paciente que cierre suavemente los ojos. 				Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo	
15	O	<p>En la administración de la medicación por vía ótica se realizara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tracción del pabellón auditivo suavemente hacia arriba y hacia atrás. Instilación de las gotas prescritas a la temperatura corporal del paciente colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo. Indicación al paciente de que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos. 					



PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCESO:
HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
16	<input type="radio"/>	En la administración de la medicación por vía respiratoria se realizara: (instilación) a. Pedir al paciente que se limpie la nariz, si no está contraindicado. b. Levantar ligeramente la punta de la nariz del paciente. (gotas) c. Instilar las gotas 1 cm. por encima de las narinas dirigiéndolas hacia la línea media del comete superior. d. Mantener la cabeza del paciente inclinado hacia atrás después de la instilación durante unos cinco minutos.					
17	<input type="radio"/>	En la administración de la medicación por vía inhalatoria se realizara: a. Agitar el inhalador para mezclar su contenido. b. Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización. c. Colocar el inhalador en posición invertida (en forma de L). d. El paciente debe espirar la mayor cantidad de aire posible. e. Colocar el inhalador en la boca del paciente y pedirle que cierre alrededor de éste de forma que la dosis de medicamento que inhale sea la prescrita. f. Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar totalmente la dosis administrada.	Medicamento administrado y registrado	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo.	
18	<input type="radio"/>	En la administración de la medicación por aerosoles se realizara: (nebulización) a. Introducir la medicación en el vaso nebulizador, diluida con SSF si esta indicado. b. Entrosar el vaso a la mascarilla; conectar la extensión de O2 al vaso nebulizador y a la conexión del caudalímetro. c. Regular el flujo de O2 en el caudalímetro entre 6 a 8 litros/minuto. d. Colocar la mascarilla al paciente. e. Explicar al paciente que realice inspiraciones profundas, manteniéndolas uno ó dos segundos antes de la espiración. f. Mantener el nebulizador de 10 a 15 minutos, luego retirar el equipo nebulizador. g. Proporcionar al paciente antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluidos para que realice el enjuague bucal, si se le hubieran administrado corticoides. h. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales. i. Recoger el material y cambiar a diario el equipo nebulizador. j. Retirar la medicación y lavar el equipo nebulizador con agua caliente, después de cada uso. Secar bien.				Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	



PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCESO:
HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

Nº Orden	Tipo Activ.	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
19	0	<p>En la administración de la medicación por vía vaginal se realizará:</p> <p>a. Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal. b. Introducir el óvulo vaginal lubricado, o el aplicador, de 5 a 7 cm. (empujar el émbolo del aplicador para depositar la medicación en el interior de la vagina).</p>					
20	0	<p>En la administración de la medicación por vía intradérmica se realizará:</p> <p>a. Colocar el codo y el antebrazo extendidos y apoyado en una superficie plana. b. Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar. c. Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice. d. Introducir en la piel a un ángulo de 5-15° hasta que se note resistencia. e. Inyectar la medicación lentamente hasta formar una pápula o vesícula. f. Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula. g. Señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perimetro. h. Indicar al paciente no lavarse, ni tocar la zona de punción y perimetro marcado. i. Se realizará la lectura a las 48-72 horas.</p>	Medicamento administrado y registrado	Enfermero/a Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo.	
21	0	<p>En la administración de la medicación por vía subcutánea se realizará:</p> <p>a. Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar. b. Formar un pliegue cutáneo y pinché rápido y firme en un ángulo de 45°. c. Aspirar antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto. La heparina se inyectará siempre en el abdomen. d. Inyecte el fármaco lentamente. e. Retire la aguja y presione la zona con el algodón empapado con alcohol.</p>				Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	
22	0	<p>En la administración de la medicación por vía intramuscular se realizará:</p> <p>a. Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar. b. Introducir la aguja perpendicular a un ángulo de 90°, rápido y seguro. c. Aspirar antes de inyectar el fármaco, si se aspira sangre cambiar de plano o desechar la aguja y pinchar en otro punto. d. Inyecte el fármaco lentamente. e. Retire la aguja y presione la zona con el algodón impregnado en alcohol.</p>					



PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCESO:
HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
23	O	<p>En la administración de la medicación por vía intravenosa en bolo se realizara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar. Aplicar antiséptico en el lugar de punción y dejar que se seque. Colocar un compresor a 10 ó 15 cm. por encima del sitio de punción. Localizar la zona de punción, escogiendo la vena de mayor calibre. Colocar la aguja en la piel a un ángulo de 30° e introducir en la vena. Administrar el medicamento de acuerdo a lo indicado. Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente (o a la velocidad prescrita). Retirar la aguja y aplicar una torunda de algodón, mínimo 3 minutos en la zona. 				<p>Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo.</p>	
24	O	<p>En la administración por vía intravenosa con perfusión continua se realizara: En caso de que exista llave de tres pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Retirar el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril. Limpiar la entrada de la llave con antiséptico. Insertar la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (Interrumpir la entrada de la infusión principal). Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía. Administrar lentamente o a la velocidad prescrita. Limpiar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico. Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón. Si no existe llave de tres pasos: Limpiar la goma del sistema IV (zona especial para inyección). Cerrar el sistema o pinzar el sistema IV principal. Pinchar con la aguja en la goma, aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía e introducir el medicamento lentamente o a la velocidad prescrita. Retirar la aguja y la jeringa. Abrir el sistema y ajustar el ritmo de perfusión. 	Medicamento administrado y registrado	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<p>Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.</p>	



PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PROCESO:
HOSPITALIZACIÓN

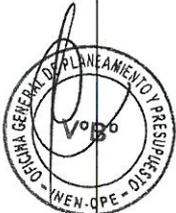
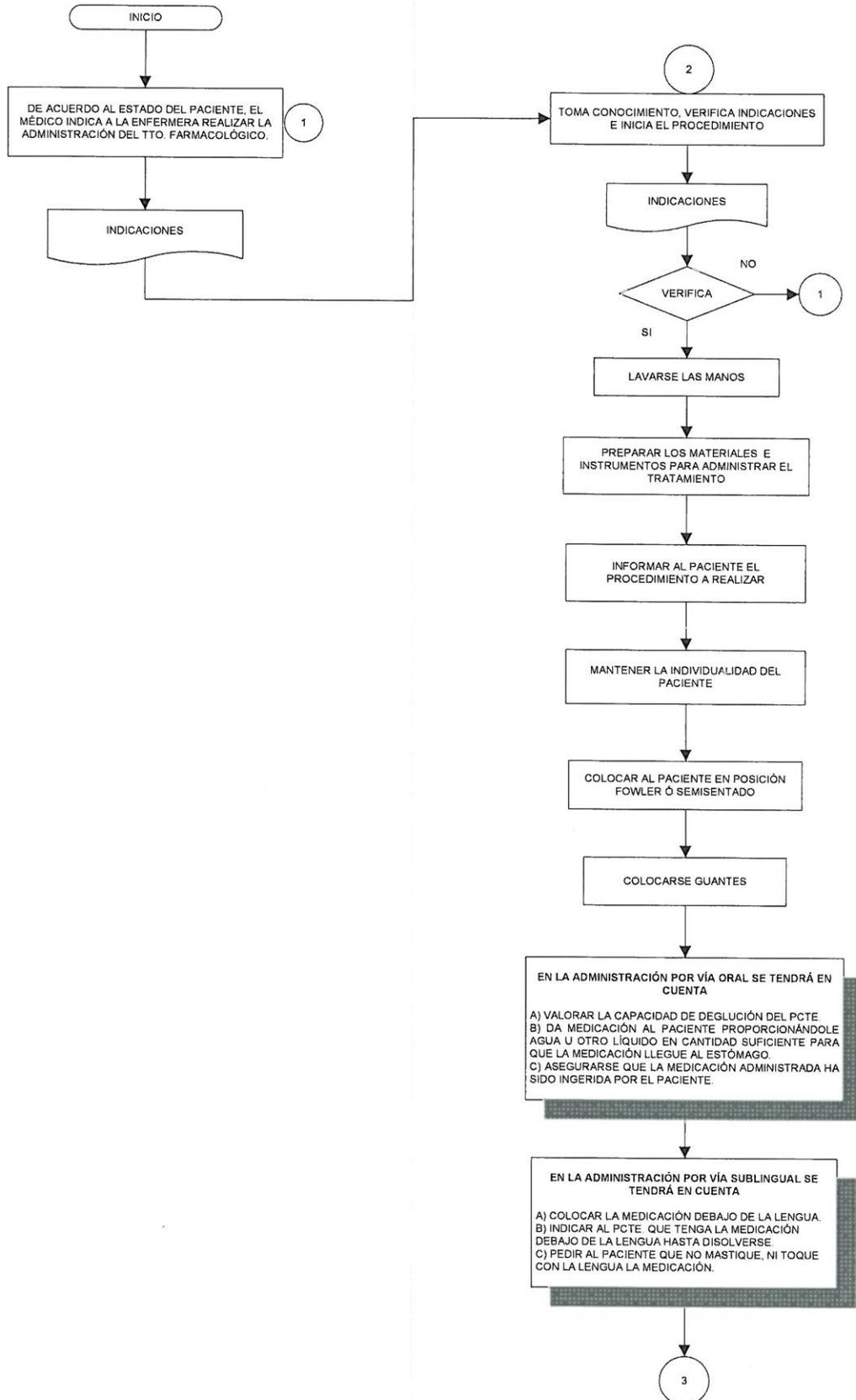
SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
25	O	<p>En la administración por vía intravenosa con perfusión intermitente se realizará:</p> <p>Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.</p> <ol style="list-style-type: none"> Perforar el recipiente de la medicación con un equipo de suero. En caso de que por esa vía se esté perfundiendo una solución continua, colgar el recipiente del medicamento por encima del nivel de la solución IV principal. Seguir los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema. Administrar el medicamento al ritmo prescrito o según las indicaciones. Retirar el sistema una vez administrada la medicación. Ajustar el ritmo de la perfusión principal si está utilizando un sistema en "Y". Vigilar la zona de punción IV durante la administración. 		Enfermero/a Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo.	
26	O	Limpia y guardar los materiales, equipos y/o medicamentos apropiadamente.	Medicamento administrado y registrado				
27	O	Desectar los materiales, equipos, (aguja, jeringa algodón, ...) en el contenedor de objetos punzantes y no punzantes.				Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	
28	O	Informar oportunamente al médico cualquier reacción o incidente ocurrido antes, durante y después de la administración del medicamento.					
29	O	Toma conocimiento, valora la el informe e indica continuar cuidados y observación.		Médico	Dpto. Médico		
30	O	Toda orden verbal y/o telefónica deberá ser firmada por el médico antes de las 24 horas, se registrará por la enfermero/a en la hoja de evolución de Enfermería, poniendo el nombre del médico que la prescribe y el nombre de la enfermera.					
31	Fin	Registra e informa en cada turno los medicamentos, quimioterapia y/o tratamiento especializado administrados, y pendientes; así como las intervenciones e incidentes ocurridos durante la administración en los formatos establecidos.		Enfermero/a Especialista	Departamento de Enfermería		



MEDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MEDICO
DEPARTAMENTO MEDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

3

EN LA ADMINISTRACIÓN POR SONDA NASO GÁSTRICA SE REALIZARÁ

- A) TRITURAR Y DILUIR LA MEDICACIÓN CON AGUA. MÍNIMO 30 CC. O 20 CC.
- B) COMPROBAR LA COLOCACIÓN Y PERMEABILIDAD DE LA SNG.
- C) PINZAR LA SNG Y CONECTAR A SU EXTREMO LA JERINGA DE 50 CC SIN ÉMBOLO.
- D) LLENAR LA JERINGA CON 10 CC DE AGUA TEMPLADA (DE 2 A 5 CC EN NIÑOS PEQUEÑOS).
- E) DESPINZAR LA SNG Y PERMITIR QUE EL AGUA ENTRE POR GRAVEDAD.
- F) VACIAR EL CONTENIDO DEL VASO CON LA MEDICACIÓN DILUIDA EN LA JERINGA, PERMITIENDO QUE ÉSTA PASE POR GRAVEDAD.
- G) AÑADIR DE 10 A 20 CC DE AGUA (DE 5 A 10 CC EN NIÑOS) TRAS LA MEDICACIÓN.
- H) SI EL AGUA O LA MEDICACIÓN NO PASA LIBREMENTE POR LA SNG, NOS AYUDAREMOS DEL ÉMBOLO DE LA JERINGA, EJERCIENDO UNA SUAVE PRESIÓN, PARA FAVORECER EL PASO.

EN LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA SE REALIZARÁ

- A) PEDIR AL PACIENTE QUE SE LIMPIE LA NARIZ, SI NO ESTÁ CONTRAINDICADO.
- B) LEVANTAR LIGERAMENTE LA PUNTA DE LA NARIZ DEL PACIENTE (GOTAS).
- C) INSTILAR LAS GOTAS 1 CM. POR ENCIMA DE LAS NARINAS DIRIGIENDOLAS HACIA LA LÍNEA MEDIA DEL CORNETE SUPERIOR.
- D) MANTENER LA CABEZA DEL PACIENTE INCLINADA HACIA ATRÁS DESPUÉS DE LA INSTILACIÓN DURANTE UNOS CINCO MINUTOS.

EN LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA INHALATORIA SE REALIZARÁ

- A) AGITAR EL INHALADOR PARA MEZCLAR SU CONTENIDO.
- B) DESTAPAR EL INHALADOR Y PREPARARLO PARA SU UTILIZACIÓN.
- C) COLOCAR EL INHALADOR EN POSICIÓN INVERTIDA (EN FORMA DE L).
- D) EL PACIENTE DEBE ESPIRAR LA MAYOR CANTIDAD DE AIRE POSIBLE.
- E) COLOCAR EL INHALADOR EN LA BOCA DEL PACIENTE Y PEDIRLE QUE CIERRE ALREDEDOR DE ÉSTE DE FORMA QUE LA DOSIS DE MEDICAMENTO QUE INHALE SEA LA PRESCRITA.
- F) INDICAR AL PACIENTE QUE REALICE OTRA INSPIRACIÓN PROFUNDA PARA APROVECHAR TOTALMENTE LA DOSIS ADMINISTRADA.

EN LA ADMINISTRACIÓN POR VÍA AEROSOLES SE REALIZARÁ

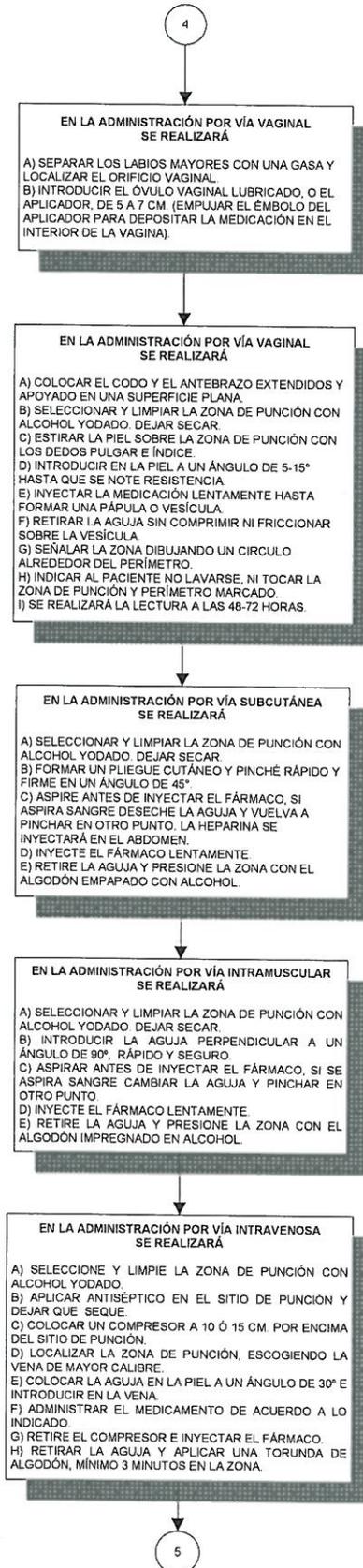
- A) INTRODUCIR LA MEDICACIÓN + SSF EN EL NEBULIZADOR.
- B) ENROSCAR EL VASO A LA MASCARILLA, CONECTAR LA EXTENSIÓN DE O₂ AL NEBULIZADOR Y A LA CONEXIÓN.
- C) REGULAR EL FLUJO DE O₂ ENTRE 6 A 8 LITROS/MINUTO.
- D) COLOCAR LA MASCARILLA AL PACIENTE.
- E) EXPLICAR AL PACIENTE QUE REALICE INSPIRACIONES PROFUNDAS, POR 1 O 2 SEGUNDOS ANTES DE LA ESPIRACIÓN.
- F) MANTENER EL NEBULIZADOR 10-15', LUEGO RETÍRELO.
- G) PROPORCIONAR AL PCTE. ANTISÉPTICO BUCAL O BICARBONATO SÓDICO DILUIDOS PARA QUE REALICE EL ENJUAGUE BUCAL, SI SE LE HUBIERAN ADMINISTRADO CORTICOIDES.
- H) DEJAR AL PACIENTE EN POSICIÓN CÓMODA, PERMITIENDO EL FÁCIL ACCESO AL TIMBRE Y OBJETOS PERSONALES.
- I) RECOGER EL MATERIAL Y CAMBIAR A DIARIO EL EQUIPO NEBULIZADOR.
- J) RETIRAR LA MEDICACIÓN Y LAVAR EL EQUIPO NEBULIZADOR CON AGUA CALIENTE, DESPUÉS DE CADA USO. SECAR BIEN.

4



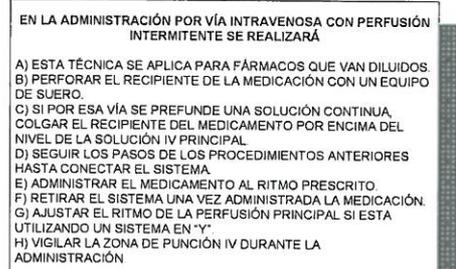
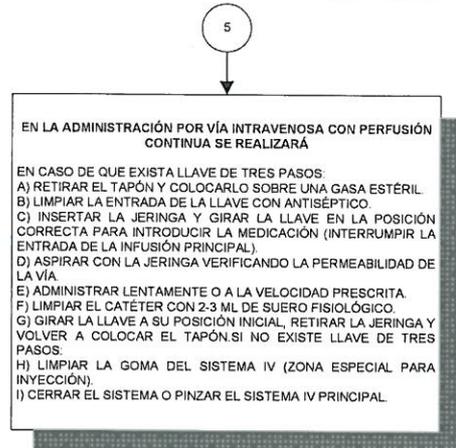
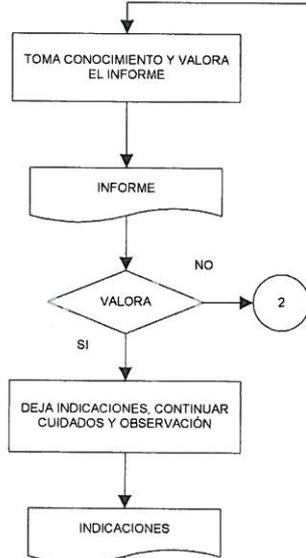
MEDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MEDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



LIMPIAR Y GUARDAR LOS MATERIALES, EQUIPOS Y MEDICAMENTOS

DESECHAR LOS MATERIALES, EQUIPOS, EN EL CONTENEDOR

INFORMAR AL MÉDICO CUALQUIER REACCIÓN EN EL TRATAMIENTO

INDICACIONES

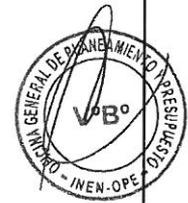
RECIBE INDICACIONES MEDICAS, REALIZA CUIDADOS.

INDICACIONES

REGISTRA E INFORMA EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO

NOTAS

FIN



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Alta del Paciente
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-06
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Reincorporar al paciente a su entorno familiar, garantizando la continuidad de los cuidados.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Control y registro de alta del paciente
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diaria
- IX. **NORMAS:**
1. Se realizará este procedimiento para los pacientes oncológicos que tengan indicada y firmada el alta.
 2. Se informará al paciente/familia las condiciones en que es dado de alta. Deberán de llevar consigo lo siguiente:
 - ✓ Fecha de la próxima cita.
 - ✓ Receta médica, dosis, vía, frecuencia y tiempo de administración.
 - ✓ Fecha de próxima curación (si lo amerita)
 - ✓ Información apropiada sobre los cuidados en el hogar.
 3. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el alta, cita, medicamentos cuidados e indicaciones claras y precisas.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico Especialista
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería y/o Auxiliar en Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Libro de Admisión /Alta
 2. Registros de enfermería: Anotaciones de Enfermería
 3. Solicitud del servicio de ambulancia, si precisa.
 4. Medicación y material de cura, si precisa.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Sala de Internamiento.(Unidad del paciente)
 2. Coche de ropa
 3. Silla de ruedas o camilla según precise.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Promedio diario de egreso/permanencia por servicio u especialidad por periodo.
 2. Tiempo promedio de permanencia según departamento mensual y anual.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería.
 4. Formato de pedido de ambulancia.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del Procedimiento.



PROCEDIMIENTO: ALTA DEL PACIENTE		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Activ.	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	O	De acuerdo al estado/situación del paciente, el médico indica el alta: deja órdenes de exámenes auxiliares, receta, próxima cita e indicaciones.	Control y Registro de Alta del paciente	Médico	Dpto. Médico	Porcentaje de pacientes satisfechos con el procedimiento del alta	Procedimiento Relacionado
2	O	Verifica, registra y envía formatos al Modulo de hospitalización.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	O	Recibe y entrega formato de alta en el Modulo de hospitalización		Técnico en Enfermería			
4	O	Informa al paciente y familia del alta con suficiente antelación.		Médico	Dpto. Médico		
5	O	Recibe y verifica papeleta de alta con firmas y sellos respectivos (facturas o boletas en clínica)		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
6	O	Colabora en la preparación al alta, (vestirse y arreglo de sus pertenencias) acomodándolo en la silla de ruedas o en la ambulancia brindando seguridad.		Técnico en Enfermería			
7	O	Recoge los materiales e instrumentos médicos del servicio.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
8	O	Coordina con el servicio social, servicio de nutrición y servicio de ambulancia.					
9	O	Entrega las indicaciones médicas al alta: próxima cita, dieta, curación y medicación. Informar y educar al paciente y familia los cuidados básicos que deberá continuar fuera del hospital.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
10	O	Informa apropiadamente sobre la medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tratamiento durante las primeras 24 horas.					
11	O	Despide al paciente y su familia.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
12	O	Cumple y cursa los formatos de baja a Nutrición, estadística y Farmacia (si los hubiera).					
13	O	Limpia la habitación, y/o unidad del paciente	Trabajador de Servicios	Oficina de Ingeniería Mantenimiento y Servicios – Unidad de Servicios. Generales -Limpieza			
14	O	Prepara la unidad para un nuevo ingreso	Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería			
	O	Informa al Modulo de Hospitalización sobre la disponibilidad de la cama.	Enfermera/o Especialista				
	Fin	Anota en los formatos de Enfermería, estadística la fecha y hora de alta. OBSERVACIONES					
		En Pediatría u otro servicio, el familiar que recoge al paciente, tiene que identificarse, solicitar su DNI y registrarlo en las anotaciones de enfermería.					

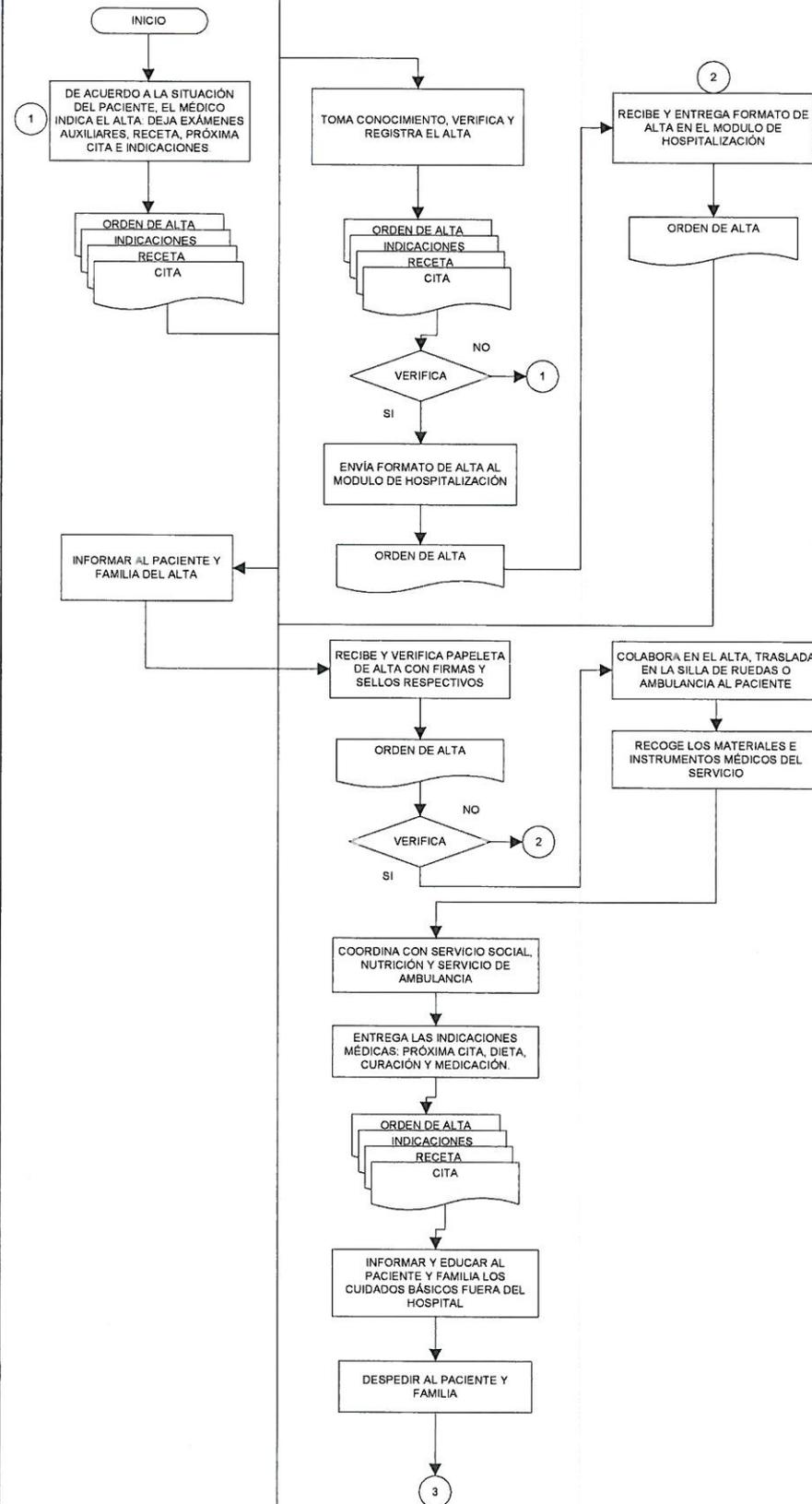


MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICO DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MÉDICO

TRABAJADOR DE SERVICIOS
OFICINA DE INGENIERÍA MANTENIMIENTO Y
SERVICIOS





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ALTA DEL PACIENTE

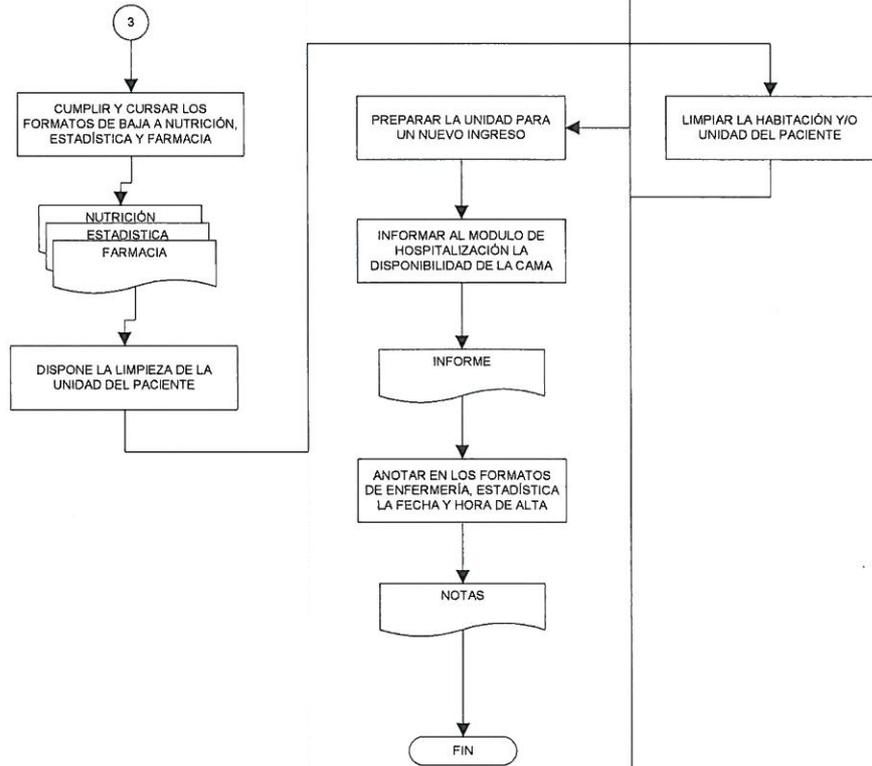
CÓDIGO: AS-DE-06

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICO DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MÉDICO

TRABAJADOR DE SERVICIOS
OFICINA DE INGENIERÍA MANTENIMIENTO Y
SERVICIOS



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Alta Voluntaria.
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-07
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Facilitar al paciente la documentación legal necesaria para su salida del instituto, cuando éste demande el alta.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Control y registro de la alta voluntaria.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diaria
- IX. **NORMAS:**
1. Se realizará este procedimiento en los pacientes oncológicos que se encuentren hospitalizados y que solicitan el alta voluntaria, la que será prescrita por el médico del INEN.
 2. Los pacientes/familiares deberán de ser informados de las condiciones y riesgos en que es dada su alta voluntaria, siempre y cuando sea esto posible. Deberán de llevar consigo al alta lo siguientes:
 - ✓ Fecha y hora de alta.
 - ✓ Receta médica, dosis, vía, frecuencia y tiempo de administración.
 - ✓ Información apropiada sobre los cuidados en el hogar.
 3. El paciente y/o familiar dejara constancia escrita en la historia clínica de la alta voluntaria por extrema gravedad.
 4. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el alta voluntaria, cita abierta, medicamentos cuidados e indicaciones claras y precisas.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista Especialista
 3. Técnico en Enfermería y/o Auxiliar en Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Libro de Registro de admisión/alta
 2. Papeleta de Alta.
 3. Receta para Farmacia
 4. Registros de Enfermería.
 5. Material de Cama cerrada
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente hospitalario adecuado.
 2. Coche de ropa.
 3. Silla de ruedas o camilla, si precisa.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Promedio diario de alta voluntaria por servicio u especialidad por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones terapéuticas
 2. Guía de atención de enfermería.
 3. Formato de pedido de ambulancia
 4. Hoja de ingresos y egresos de Estadista
 5. Hoja de anotaciones de enfermería
 6. Constancia escrita y firmada del alta voluntaria en hoja de evolución médica (nº4)
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del Procedimiento



PROCEDIMIENTO: ALTA VOLUNTARIA.			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento o Relacionado
1	Inicio	El Paciente hospitalizado o su familiar a cargo, curador o tutor, solicita y manifiesta al Médico su deseo de retirarse y ser dado de Alta.	Solicitud de Alta voluntaria	Paciente, familiar a cargo, curador o tutor del paciente			
2	0	Informa verbalmente en forma clara y sencilla la situación actual al paciente hospitalizado o a al familiar a cargo, curador o tutor.					
3	0	Si a pesar de los riesgos/beneficios, el familiar, curador o tutor del paciente o el paciente adulto desea retirarse, el médico le hace leer y firmar la hoja de evolución (N° 4) y luego decide dar el Alta voluntaria, firmando la Papeleta de Alta.		Médico	Dpto. Médico		
4	0	Entrega la Papeleta de Alta al paciente hospitalizado o a al familiar a cargo, curador o tutor.	Control y Registro de Alta voluntaria del paciente			Porcentaje o razón de alta voluntaria por gravedad extrema	
5	0	Avisa a la enfermera responsable, sobre el Alta voluntaria solicitada y autorizada.		Enfermera/o Especialista Médico	Departamento de Enfermería		
6	0	Sigue el procedimiento de Alta del paciente. (AS-DE-06)					
7	Fin	Comunica la situación a la Supervisora de Enfermería y al Modulo de hospitalización.					





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ALTA VOLUNTARIA DEL PACIENTE

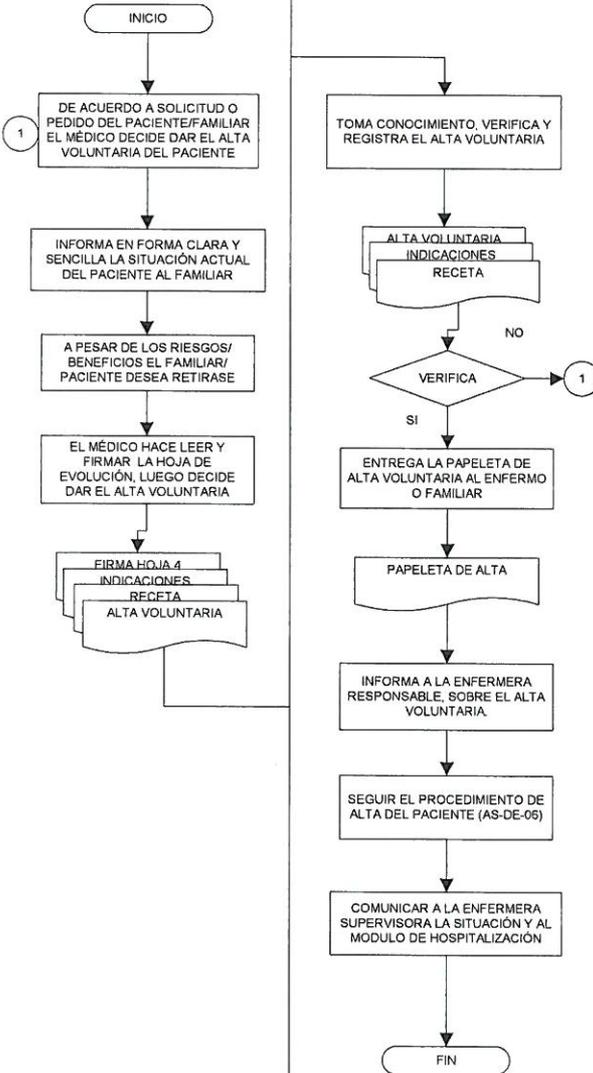
CÓDIGO: AS-DE-07

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICO DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ENFERMERÍA

TRABAJADOR DE SERVICIOS
OFICINA DE INGENIERÍA, MANTENIMIENTO
Y SERVICIOS



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Alimentación enteral por sonda naso-gastrointestinal.
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-08
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Proporcionar una dieta equilibrada al paciente según sus necesidades, situación de salud y administrar los cuidados necesarios, en la ingesta a través de la sonda naso-gastrointestinal.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de la Alimentación Enteral por Sonda.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Continua
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos de la institución.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el inicio, durante y final de la alimentación enteral por sonda naso-gastrointestinal: las observaciones, cuidados durante y después de la intervención realizada.
 3. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía en el paciente durante o después de la administración de la dieta (ahogo, tos, aspiración e intolerancia de la dieta,...) será informado oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (hospitalización, emergencia, UCI, UTI, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico.
 2. Enfermera/o Especialista.
 3. Nutricionista.
 4. Técnico en Enfermería de Enfermería.
 5. Técnico en Enfermería de nutrición.
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de enfermería.
 2. Sonda para alimentación enteral, con tapón.
 3. Dieta prescrita
 4. Equipo para alimentación: Jeringa de alimentación, Bolsa de nutrición enteral, Guantes,
 5. Vaso con agua, servilletas, toallas de papel, riñonera.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Cama clínica, sillón, mesa de alimentación.
 3. Bomba infusora, Sistema para de nutrición enteral continua.
 4. Soporte.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes hospitalizados con Alimentación Enteral por Sonda por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería.
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Cuaderno de reporte de enfermería
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASO-GASTRO INTESTINAL (SNGI)		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a necesidad/problema del paciente el médico indica la alimentación enteral, dispone a la enfermera mediante hoja de indicaciones.		Médico	Dpto. Médico		
2	0	Toma conocimiento, verifica y solicita mediante formato la NE al serv. nutrición.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	0	Recibe, verifica e indica preparar la formula enteral del paciente.		Nutricionista	Departamento de Atención de Servicios al Paciente - Nutrición		
4	0	Prepara y entrega la formula enteral del paciente en servicio.		Técnico/a en Nutrición			
5	0	Recibe, verifica y firma la entrega la formula enteral del paciente.		Enfermera/o Especialista		■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con alimentación enteral en un periodo	Procedimiento de Nutrición
6	0	Lavarse las manos.				■ Porcentaje de registros cumplidos con alimentación enteral	
7	0	Preparar el material, equipo y trasladarlo al lado del paciente.					
8	0	Informar al paciente el procedimiento.					
9	0	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
10	0	Colocar al paciente en posición de Fowler.					
11	0	Colocarse los guantes.	Registro y Control de la Alimentación enteral por sonda	Técnico en Enfermería			
12	0	Comprobar correcta colocación de la sonda.					
13	0	Comprobar tolerancia, antes de iniciar la alimentación, verificando que el residuo gástrico sea menor de 50 ml en adultos (en pacientes pediátricos varía según la edad).					
14	0	En la administración en bolo: a. Pinzar la sonda. b. Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la SNG. c. Rellenar con el preparado alimenticio. d. Despinzar la sonda. e. Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión. f. Lavar la SNG, al finalizar, con 20-30 ml de agua en adultos y 10 ml niños.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
	0	En la administración enteral a débito continuo (NEDC): a. Pinzar la sonda. b. Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la sonda. c. Programar el ritmo prescrito, según volumen por hora. d. Comprobar la tolerancia c / 4 - 8 h. (menos de 150 ml de residuo gástrico). e. Lavar la sonda con agua c / 8h. de 20 a 30 ml. y siempre que se administre medicación (2-5 ml. en niños). f. Cambiar el sistema y bolsa de alimentación c / 24 h.					



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASO-GASTRO INTESTINAL (SNGI)			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a necesidad/problema del paciente el médico indica la alimentación enteral, dispone a la enfermera mediante hoja de indicaciones.		Médico	Dpto. Médico		
2	O	Toma conocimiento, verifica y solicita mediante formato la NE al serv. nutrición.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	O	Recibe, verifica e indica preparar la formula enteral del paciente.		Nutricionista	Departamento de Atención de Servicios al Paciente - Nutrición		
4	O	Prepara y entrega la formula enteral del paciente en servicio.		Técnico/a en Nutrición			
5	O	Recibe, verifica y firma la entrega la formula enteral del paciente.					
6	O	Lavarse las manos.					
7	O	Preparar el material, equipo y trasladarlo al lado del paciente.		Enfermera/o Especialista			
8	O	Informar al paciente el procedimiento.	Registro y Control de la Alimentación enteral por sonda			■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con alimentación enteral por sonda en un periodo	Procedimiento de Nutrición
9	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.				■ Porcentaje de registros cumplidos con alimentación enteral	
10	O	Colocar al paciente en posición de Fowler.		Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería		
11	O	Colocarse los guantes.					
12	O	Comprobar correcta colocación de la sonda.		Enfermera/o Especialista			
13	O	Comprobar tolerancia, antes de iniciar la alimentación, verificando que el residuo gástrico sea menor de 50 ml en adultos (en pacientes pediátricos varia según la edad).					



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASO-GASTRO INTESTINAL (SNGI)		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN			SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
14	O	<p>En la administración en bolo:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pinzar la sonda. Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la SNG. Rellenar con el preparado alimenticio. Despinzar la sonda. Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión. Lavar la SNG, al finalizar, con 20-30 ml de agua en adultos y 10 ml niños. 					
15	T	<p>En la administración enteral a débito continuo (NEDC):</p> <ol style="list-style-type: none"> Pinzar la sonda. Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la sonda. Programar el ritmo prescrito, según volumen por hora. Comprobar la tolerancia c / 4 - 8 h. (menos de 150 ml de residuo gástrico). Lavar la sonda con agua c / 8h. de 20 a 30 ml. y siempre que se administre medicación (2-5 ml. en niños). Cambiar el sistema y bolsa de alimentación c / 24 h. 					



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR Sonda NASO-GASTRO INTESTINAL (SNGI)		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN			SUBPROCESO: Gestión del Cuidado					
N° Ord	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado			
16	O	<p>Administración enteral cíclica:</p> <p>a. Utilizada en pacientes como transición entre NEDC y oral.</p> <p>b. Se administra en varias tomas prescritas, de un volumen determinado con un periodo de descanso entre ellas.</p> <p>c. La manera de proceder será igual que en la NEDC.</p>	Registro y Control de la Alimentación enteral por sonda	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con alimentación enteral por sonda en un periodo ■ Porcentaje de registros cumplidos con alimentación enteral 				
17	O	Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.		Técnico en Enfermería						
18	O	Recoger el material y/o equipo utilizado.		Enfermera/o Especialista						
19	O	Retirarse los guantes.		Médico						
20	O	Lavarse las manos.		Departamento de Enfermería						
21	O	Informar al médico cualquier alteración si ocurriese durante o después la administración.								
22	O	Toma conocimiento, evalúa e imparte órdenes y cuidados específicos.		Dpto. Médico						
23	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería el procedimiento realizado.								
OBSERVACIONES		<p>Iniciar la alimentación en volúmenes pequeños.</p> <p>Conservar medidas de higiene y asepsia.</p> <p>Mantener al paciente sentado o incorporado en la cama de 30 hasta una hora después de la administración de la dieta.</p>								



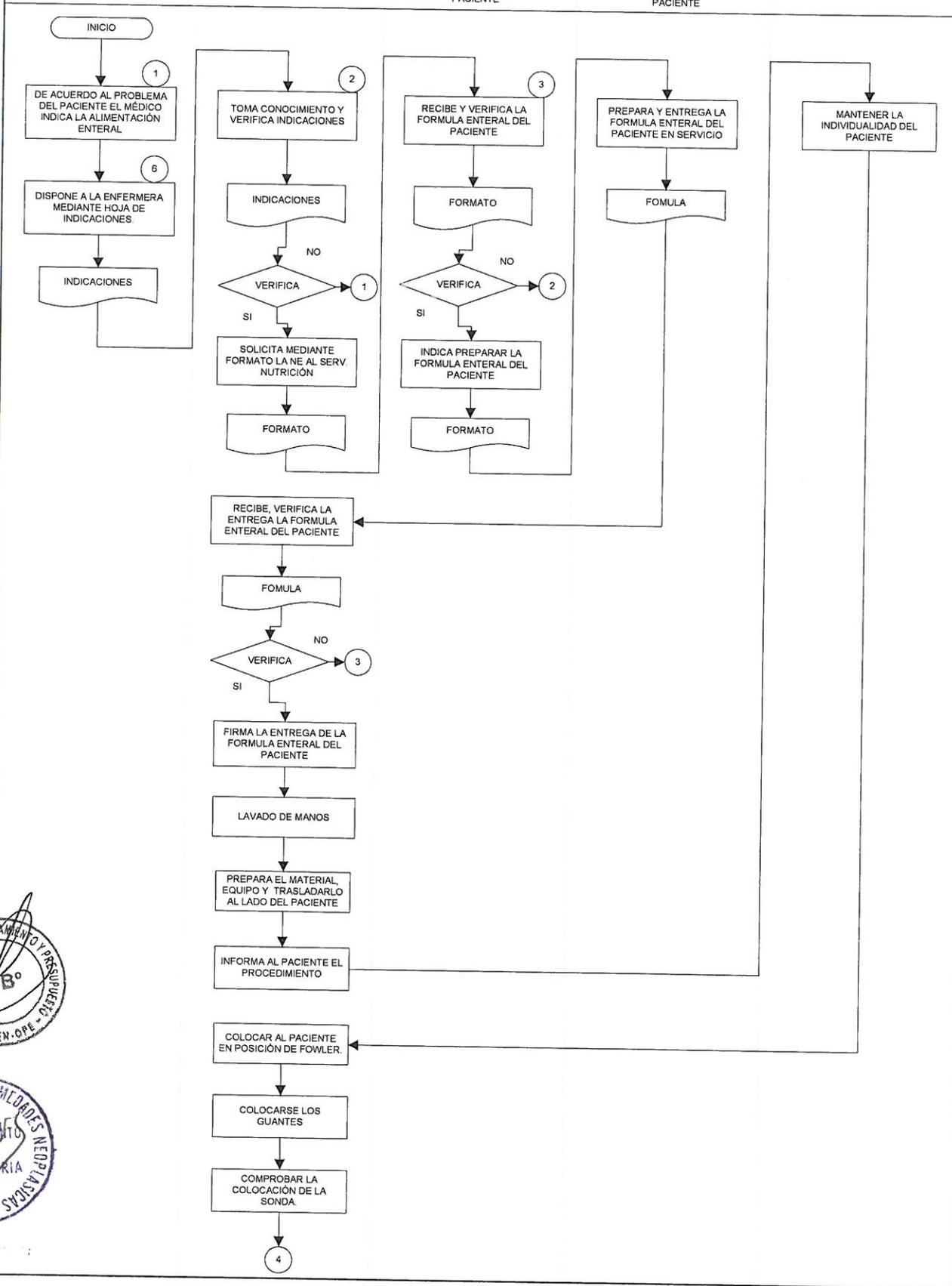
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NUTRICIONISTA
SERVICIO DE NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE
ATENCIÓN DE SERVICIOS AL
PACIENTE

TEC. NUTRICIÓN
SERVICIO DE NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE
ATENCIÓN DE SERVICIOS AL
PACIENTE

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



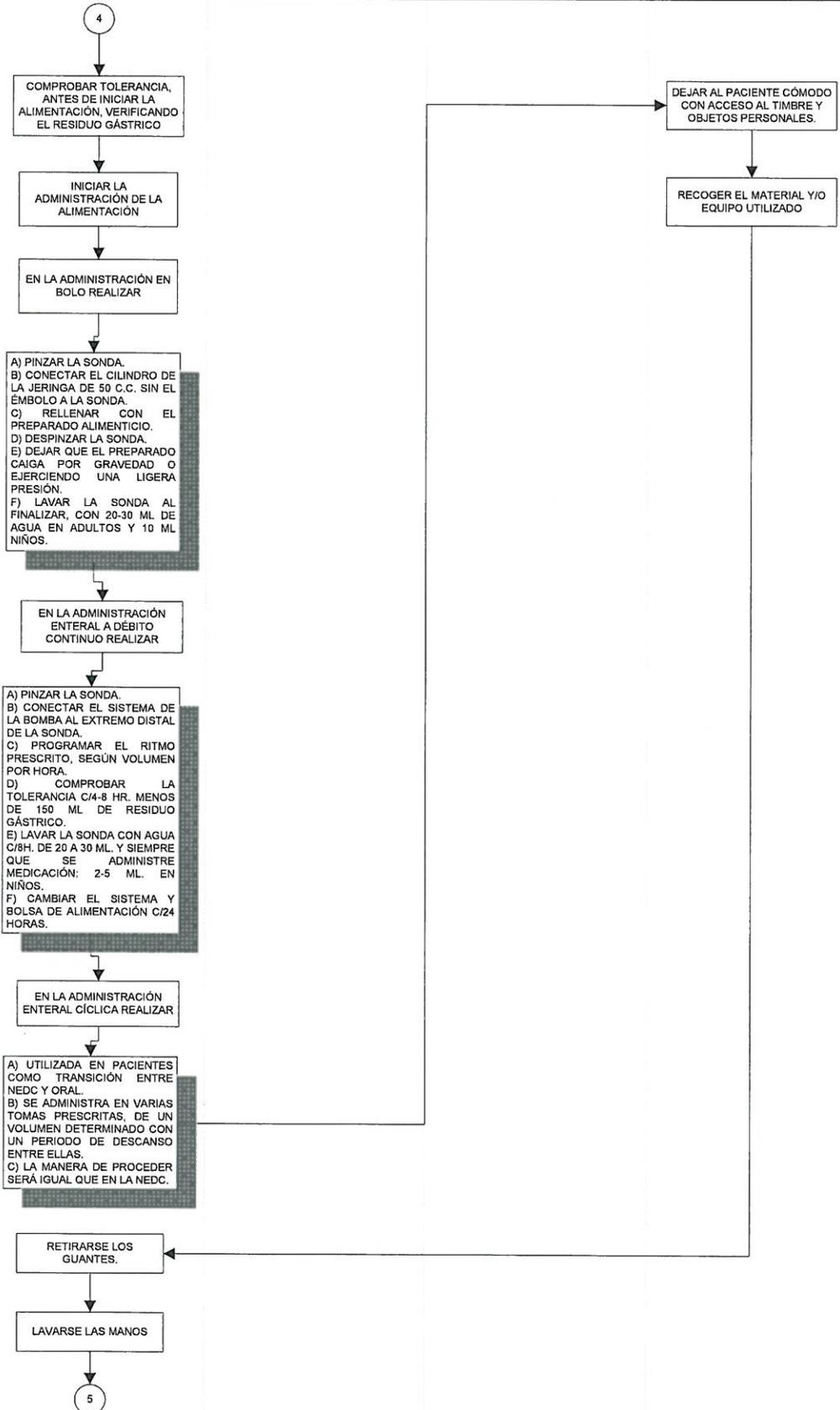
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NUTRICIONISTA
SERVICIO DE NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE
ATENCIÓN DE SERVICIOS AL
PACIENTE

TEC. NUTRICIÓN
SERVICIO DE NUTRICIÓN
DEPARTAMENTO DE
ATENCIÓN DE SERVICIOS AL
PACIENTE

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



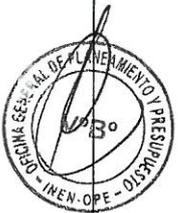
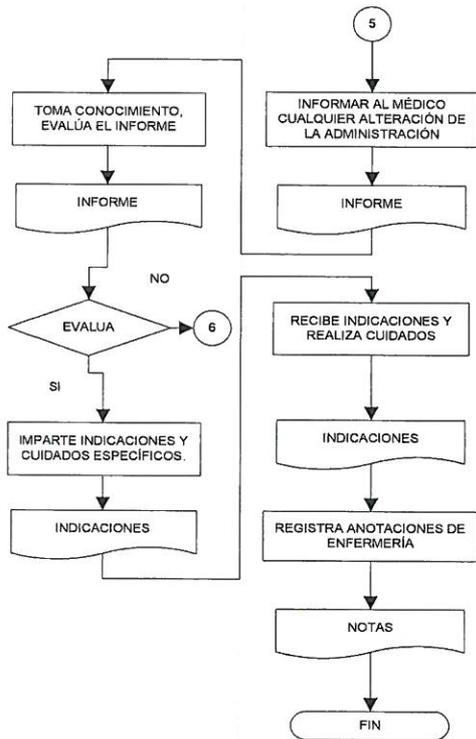
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NUTRICIONISTA
SERVICIO DE NUTRICIÓN

TÉCNICO EN NUTRICIÓN
SERVICIO DE NUTRICIÓN

TÉCNICO EN ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN** : Alimentación Enteral por Gastrostomía y Yeyunostomía
- II. **SUBPROCESO** : Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO** : Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO** : **AS-DE-09**
- V. **CLIENTE O USUARIO** : Paciente
- VI. **OBJETIVO** : Realizará una nutrición equilibrada al paciente con riesgo de desnutrición o con desnutrición establecida, a través de la sonda de gastrostomía o yeyunostomía.
- VII. **PRODUCTO FINAL** : Registro y Satisfacción del paciente de la Alimentación Enteral por Gastrostomía y Yeyunostomía
- VIII. **PERIODICIDAD** : Continua
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos hospitalizados y de emergencia que haya sido prescrito por el médico del INEN.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el inicio, durante y final de la alimentación enteral por gastrostomía u yeyunostomía: las observaciones, cuidados durante y después de la intervención realizada.
 3. De presentarse dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía en el paciente antes, durante o después de la administración de la alimentación (ahogo, tos, aspiración e intolerancia de la dieta,...) será informado oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (hospitalización, emergencia, UCI, UTI, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- XI. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XII. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de enfermería.
 2. Sonda para alimentación enteral, con tapón.
 3. Dieta prescrita y/o preparado comercial de nutrición enteral.
 4. Equipo para alimentación: Jeringa de alimentación, Bolsa de nutrición enteral, Guantes,
 5. Vaso con agua, servilletas, toallas de papel, riñonera.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Cama clínica, sillón, mesa de alimentación.
 3. Bomba infusora, Sistema para de nutrición enteral continua.
 4. Soporte.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes hospitalizados con Alimentación Enteral por Gastrostomía y Yeyunostomía por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Formato de preparación comercial de nutrición enteral de farmacia.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Hoja de Indicaciones Terapéuticas
 5. Cuaderno de Reporte de Enfermería.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento

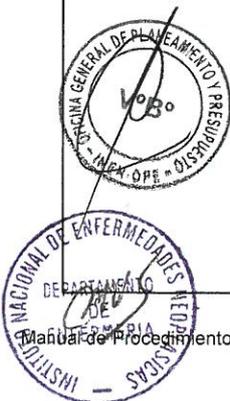
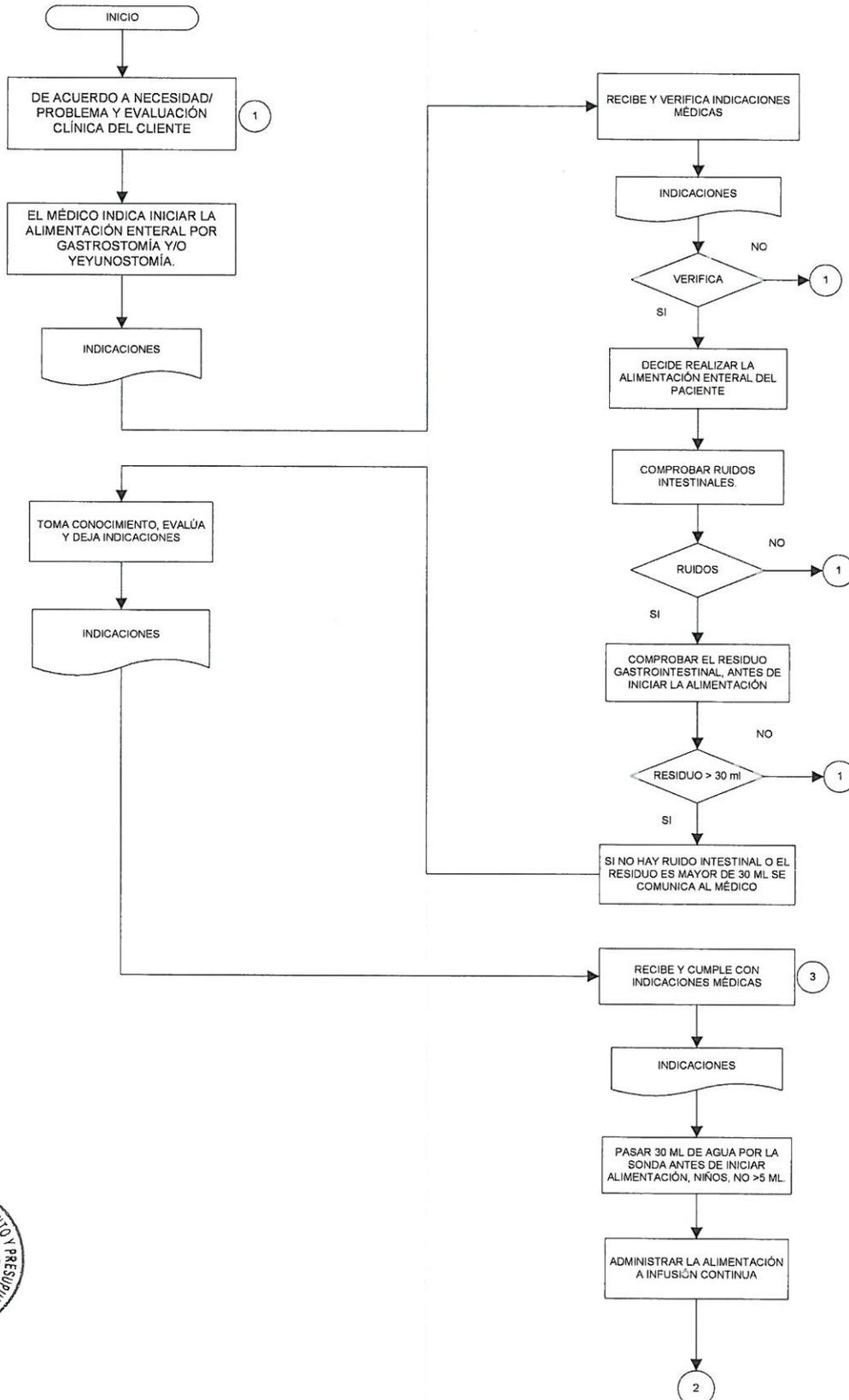


PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN ENTERAL POR GASTROSTOMÍA Y/O YEYUNOSTOMÍA		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN			SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	O	De acuerdo a necesidad/problema y evaluación clínica del cliente, el médico indica a la enfermera iniciar la alimentación enteral por gastrostomía y/o yeyunostomía.		Médico	Departamento Médico		
2	O	Verifica indicaciones e decide realizar la alimentación enteral del paciente.					
3	D	Comprobar ruidos intestinales. Si el ruido intestinal está ausente, notificar al médico antes de iniciar la alimentación.					
4	O	Comprobar el residuo gastrointestinal (no debe ser >30ml), antes de iniciar la alimentación con sonda de yeyunostomía.					
5	O	Pasar 30 ml de agua por la sonda antes de iniciar alimentación (niños, no >5 ml).					
6	O	Administrar la alimentación en infusión continua, para asegurar una absorción adecuada.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con alimentación enteral por gastrostomía y/o yeyunostomía en un periodo	S. Nutrición Oficina de Atención al Cliente
7	O	Utilizar técnica aséptica si el estoma no está cicatrizado. Usar guantes estériles	Registro y Control de la alimentación enteral por gastrostomía y/o yeyunostomía				
8	O	Informar al médico cualquier alteración, anormalidad si ocurriese durante la administración.					
9	O	Toma conocimiento, evalúa e imparte órdenes y cuidados específicos.		Médico	Dpto. Médico	■ Porcentaje de registros cumplidos con alimentación enteral	
10	O	Fijar la sonda al abdomen para evitar contaminaciones y tracciones.					
11	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería, y otros de las historia clínica.					
OBSERVACIONES		<p>No iniciar la alimentación en volúmenes máximos. Conservar medidas de higiene y asepsia. Mantener la cabecera de la cama permanecerá ligeramente elevada, y en el caso de los pacientes a los que se administre en forma de bolo, permanecerán en posición de Fowler al menos durante 30 minutos tras la toma. Anotar y comunicar al médico posibles incidencias tales como vómitos, diarrea, distensión abdominal...</p>					



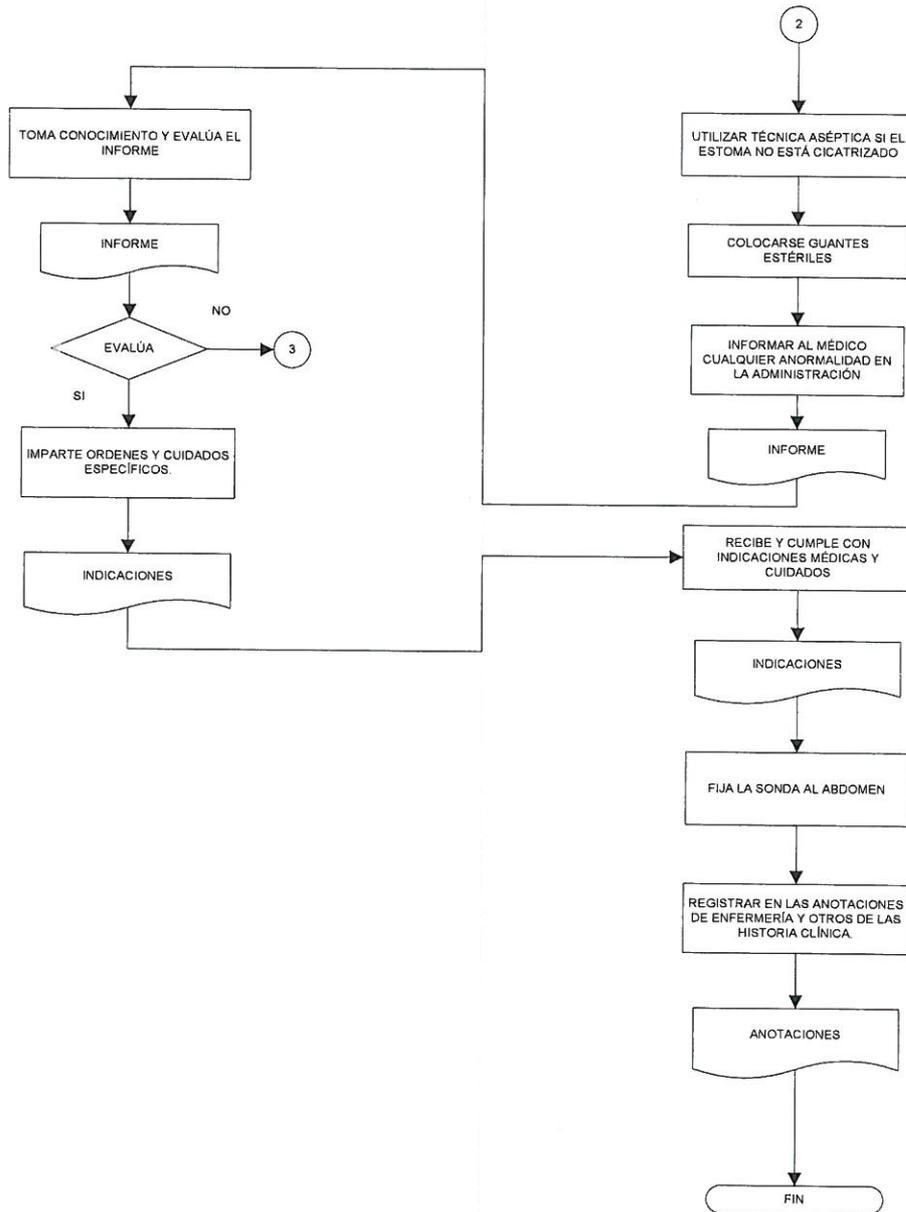
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Alimentación Parenteral Total
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-10
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Proporcionar los requerimientos de proteínas y calorías al torrente sanguíneo por disfunción gastrointestinal y/o reposo intestinal.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de la Alimentación Enteral Total
- VIII. **PERIODICIDAD:** Continua
- IX. **NORMAS**
1. Se ejecutará para los pacientes oncológicos que se hospitalicen, prescrito por el médico.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería e H.C., la situación del paciente, al inicio, durante y al final de la alimentación parenteral: observaciones, cuidados durante y después de la intervención.
 3. De presentarse dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía en el paciente antes, durante o después de la administración de alimentación parenteral (fiebre, hipotensión, taquicardia, trastorno del sensorio e incompatibilidades de la NPT) se informa oportunamente al médico para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (hospitalización, emergencia, UCI, UTI, salas de aislados o neutropenia) niño o anciano, adulto o joven; debe informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico Intensivista – Jefe Dpto. Médico
 2. Químico – Farmacéutico
 3. Nutricionista
 4. Enfermera/o Especialista Oncóloga
 5. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de enfermería.
 2. Equipo para preparar NTP estéril: Agujas, Jeringas, Bolsa NTP, Gasas y guantes, Llave doble vía.
 3. Equipos : Colocación de Catéter Venoso Central
 4. Soluciones NTP: Dextrosa 50%, Oligomentos, Multivitaminas, Lípidos, Otros.
 5. Bomba y sistema de infusión.
 6. Guantes estériles, jeringas, rótulos, esparadrapos.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado.
 2. Cabina Flujo laminar.
 3. Bomba de perfusión volumétrica.
 4. Contenedor de objetos punzantes.
 5. Glucómetro.
 6. Balanza con Tallímetro.
 7. Soporte.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con nutrición parenteral total / total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería.
 3. Hoja de Indicaciones Terapéuticas
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del Procedimiento.



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT)			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a necesidad/problema del paciente el médico indica a la enfermera en la hoja terapéutica la alimentación parenteral total.		Médico	Departamento Médico		
2	O	Verifica y coordina/solicita la NPT a farmacia.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	O	Evaluación, registro del estado nutricional del paciente y su soporte.		Nutricionista	Departamento de Atención de Servicios al Paciente - Nutrición		
4	O	Recibe y verifica las indicaciones médicas sobre la NPT del paciente.		Químico-farmacéutico	Departamento de Farmacia		
5	O	Preparación de acuerdo a procedimiento de NP.					
6	O	Entrega la NPT del paciente en servicio.					
7	D	Recepciona, verifica nombre, fecha y N° historia clínica y firma la entrega de la NPT.					
8	O	Prepara el equipo y/o materiales.					
9	O	Lavarse las manos.					
10	O	Informar al paciente del procedimiento.					
11	O	Colocarse los guantes estériles.					
12	O	Cubrir la bolsa con un paño verde u oscuro no estéril para aislar de la luz.					
13	O	Verificar la etiqueta: composición de la NPT, fecha y hora de comienzo, identificación del paciente. Volumen de infusión.	Registro y Control de la alimentación enteral total	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con alimentación parenteral total en un periodo ■ Porcentaje de registros cumplidos con alimentación parenteral total 	Nutrición Farmacia
14	O	Conectar a la bomba de perfusión y ajustar dosificación. Frecuencia por hora					
15	O	Cambiar el sistema en cada cambio de alimentación.					
16	O	Comprobar la colocación del catéter central, asepsia del punto de inserción y detectar signos y síntomas de contaminación antes de conectar la NPT.					
17	O	Preparar y mantener la asepsia (Preparación y las conexiones del CVC).		Técnico en Enfermería			
18	O	Dejar al paciente en posición cómoda, con acceso al timbre y objetos personales.		Enfermera/o Especialista			
19	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico	Dpto. Médico		
20	O	Informar cualquier alteración, anomalía si ocurriese durante la administración.					
21	O	Toma conocimiento, evalúa e imparte ordenes y cuidados específicos.					
22	Fin	Anotar la fecha, hora del comienzo y finalización de la NPT e incidencias ocurridas.					
		En caso de interrupción, sustituir por glucosa 10% y comunicar al médico.					
		Se realizarán controles de glicemia según guía de atención de enfermería.					
		De presentar hiperglicemia, disminuir el ritmo de infusión al 50%.					
		No administrar fármacos o productos sanguíneos por la misma vía de la NPT.					
		Evitar manipulaciones del sistema y extracciones de sangre por el mismo.					
		Mantener conectada a la red la bomba de perfusión siempre que sea posible.					



PROCEDIMIENTO: ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL

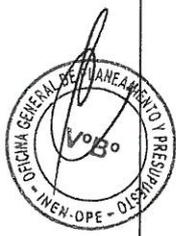
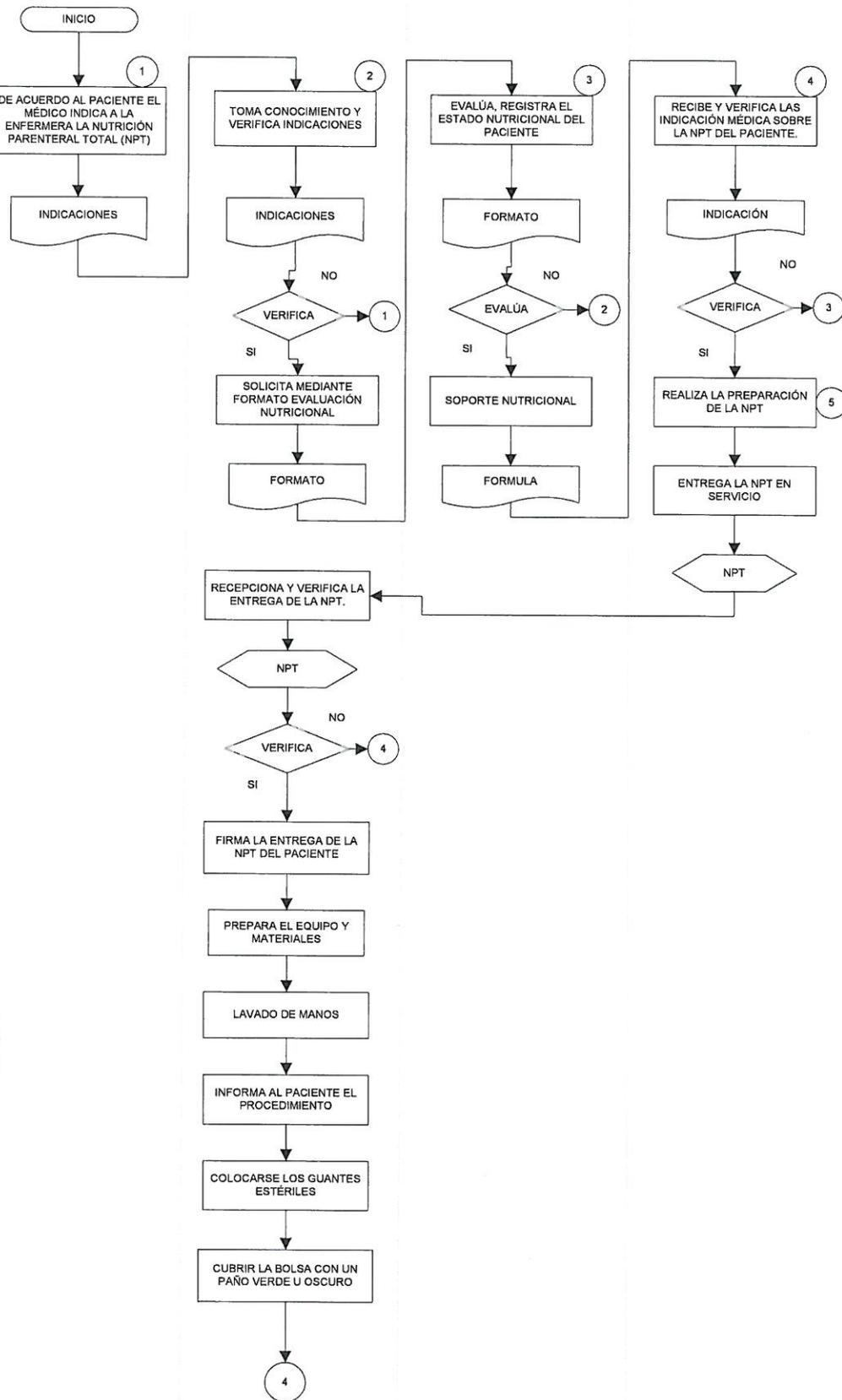
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ESPECIALISTA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NUTRICIONISTA
SERVICIO DE NUTRICIÓN
DPTO. DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
AL PACIENTE

QUÍMICO - FARMACÉUTICO
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



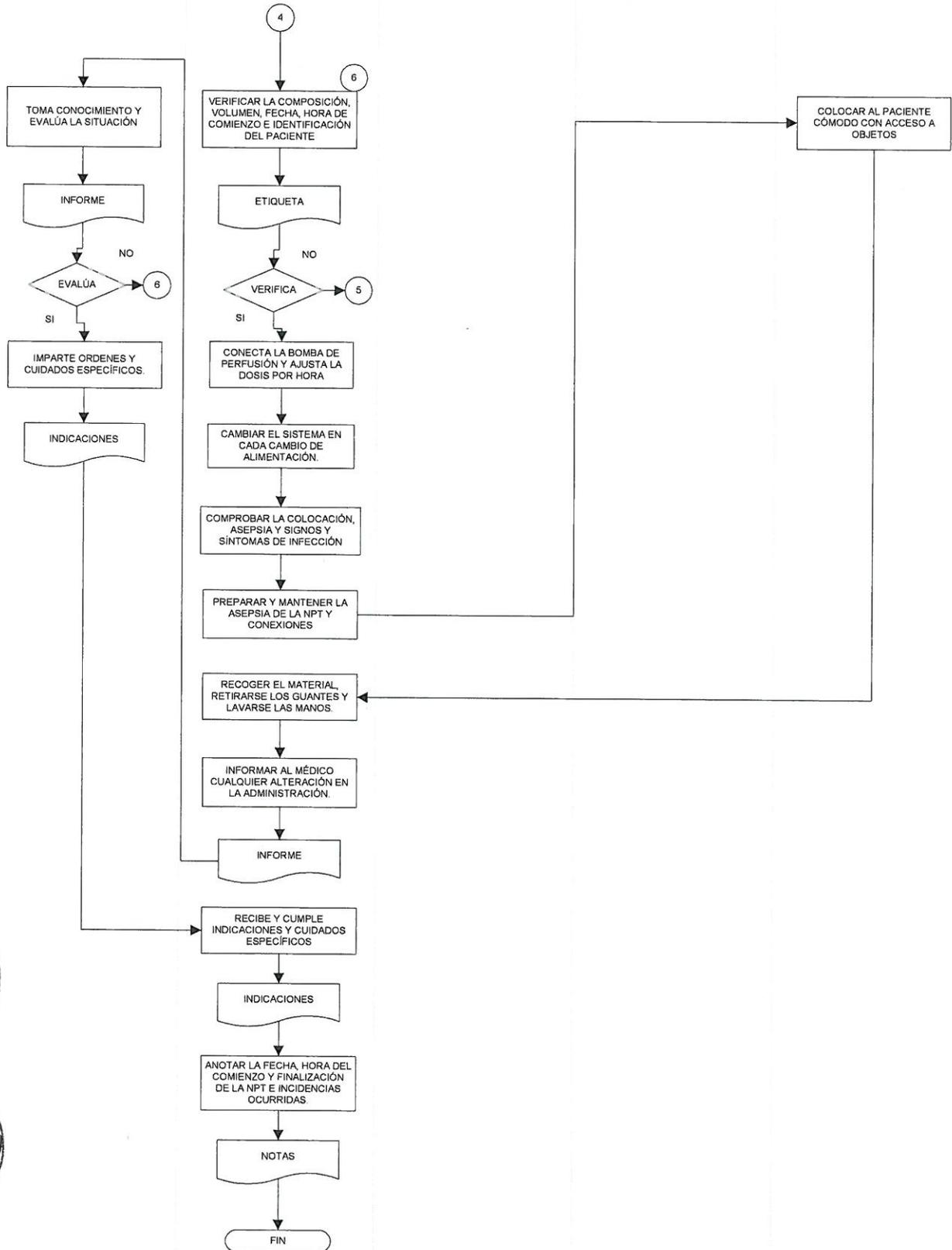
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ESPECIALISTA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

NUTRICIONISTA
SERVICIO DE NUTRICIÓN
DPTO. DE ATENCIÓN DE SERVICIOS
AL PACIENTE

QUÍMICO - FARMACÉUTICO
DEPARTAMENTO DE FARMACIA

TECNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Aspiración Gástrica Continúa
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-11
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Vaciar o descomprimir el estómago del paciente mediante aspiración suave o por gravedad de gases o contenido gástrico.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control del contenido gástrico.
- VIII. **PERIODICIDAD:** DAIM
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen y haya sido prescrito por el médico del INEN.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, la aspiración gástrica continua, frecuencia, tiempo – las características macroscópicas del drenaje gástrico.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Agua o SSF.
 3. Bolsa p /sistema aspiración (circuito cerrado).
 4. Conexión recta.
 5. Guantes no estériles.
 6. Jeringa de 50 cc.
 7. Material de aspiración gástrica.
 8. Tubo para aspiración.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Aspirador eléctrico intermitente y/o empotrado.
 3. Equipo de aspiración gástrica.
 4. Soporte para sistema de aspiración.
 5. Toma de vacío (vacuómetro).
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con aspiración gástrica/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
 2. Guía de atención de enfermería.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Hoja graficas de funciones vitales (eliminaciones)
 5. Hoja de egresos.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



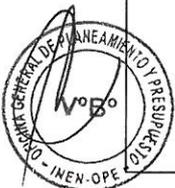
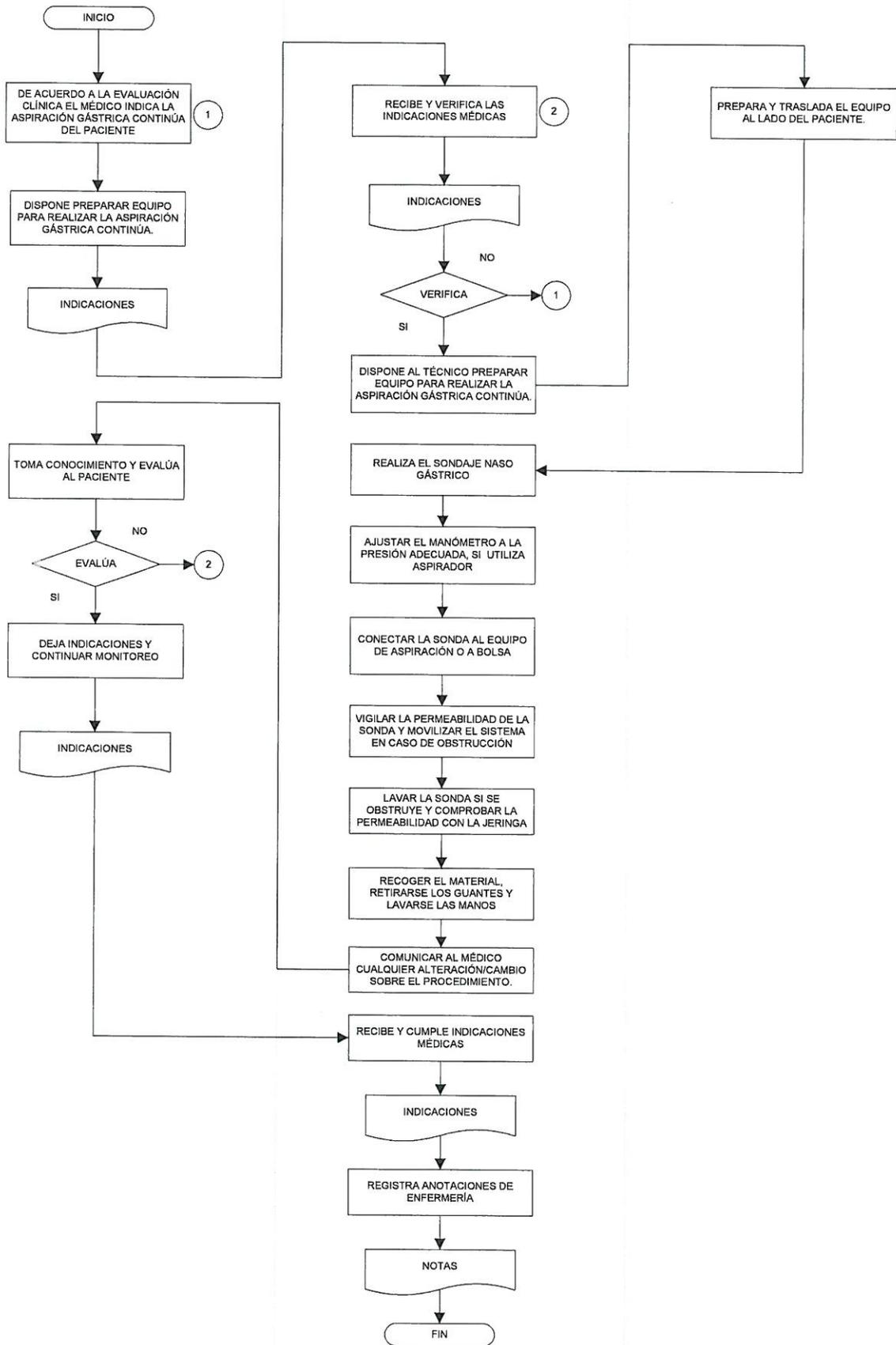
PROCEDIMIENTO: ASPIRACIÓN GÁSTRICA CONTINUA			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	I	De acuerdo a la evaluación clínica y condición del paciente paciente, el médico indica la aspiración gástrica continua del paciente. Dispone al técnico preparar equipo para realizar la aspiración gástrica continúa.	Control y registro del contenido gástrico	Médico	Dpto. Médico		
2	O	Recibe las indicaciones médicas, verifica valoración y la decisión cumplir con las indicaciones médicas. Dispone al técnico preparar equipo para realizar la aspiración gástrica continúa.		Enfermera/o Especialista			
3	O	Prepara y traslada el equipo y/o materiales al lado del paciente.		Técnico en Enfermería			
4	O	Realizar el procedimiento del sondaje naso gástrico.					
5	O	Ajustar el manómetro a la presión adecuada, en caso de que se utilice aspirador.					
6	O	Conectar la sonda al equipo de aspiración o a bolsa de caída libre.					
7	O	Vigilar la permeabilidad de la sonda: el líquido fluye lentamente por la sonda.					
8	O	Movilizar en caso de detectar obstrucción por posibles adherencias o acodamientos.					
9	O	Hacer lavados de la sonda en caso de obstrucción (introducir agua o SSF).					
10	O	Comprobar la permeabilidad con la jeringa.					
11	O	Recoger el material.					
12	O	Retirarse los guantes.					
13	O	Lavarse las manos.					
14	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio sobre el procedimiento.					
15	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente e indica continuar monitoreo.					
16	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería las características de y cantidad del drenaje.			Médico	Dpto. Médico	
		OBSERVACIONES Si el contenido gástrico aspirado presenta cambio de características: Aumento > o = 500 cc x 24 horas, aumento de volumen u otras complicaciones (laceración de piel por rebozamiento) informar al médico oportunamente.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de registro cumplido del egreso gástrico	



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TECNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Administración de oxígeno
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-12
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control del paciente de la administración de oxígeno
- VIII. **PERIODICIDAD:** Continua
- IX. **NORMAS**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, la administración, dispositivo, cantidad - efecto de la oxigenoterapia y cuidados de enfermería realizados.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Sistema para oxigenoterapia: mascarilla, conexión, humidificador, cánula binasal,
 3. Balón de oxígeno o sistema empotrado con manómetro.
 4. Otros tipos de mascarilla según requerimiento de oxígeno:
 - ✓ Mascarilla de reinalación.
 - ✓ Venturi.
 - ✓ Mascarilla de alto flujo.
 - ✓ Bigotera.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Oxímetro de pulso.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería.
 3. Hoja de Indicaciones Terapéuticas.
 4. Cuaderno de Reporte de Enfermería.
- XIV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del procedimiento.



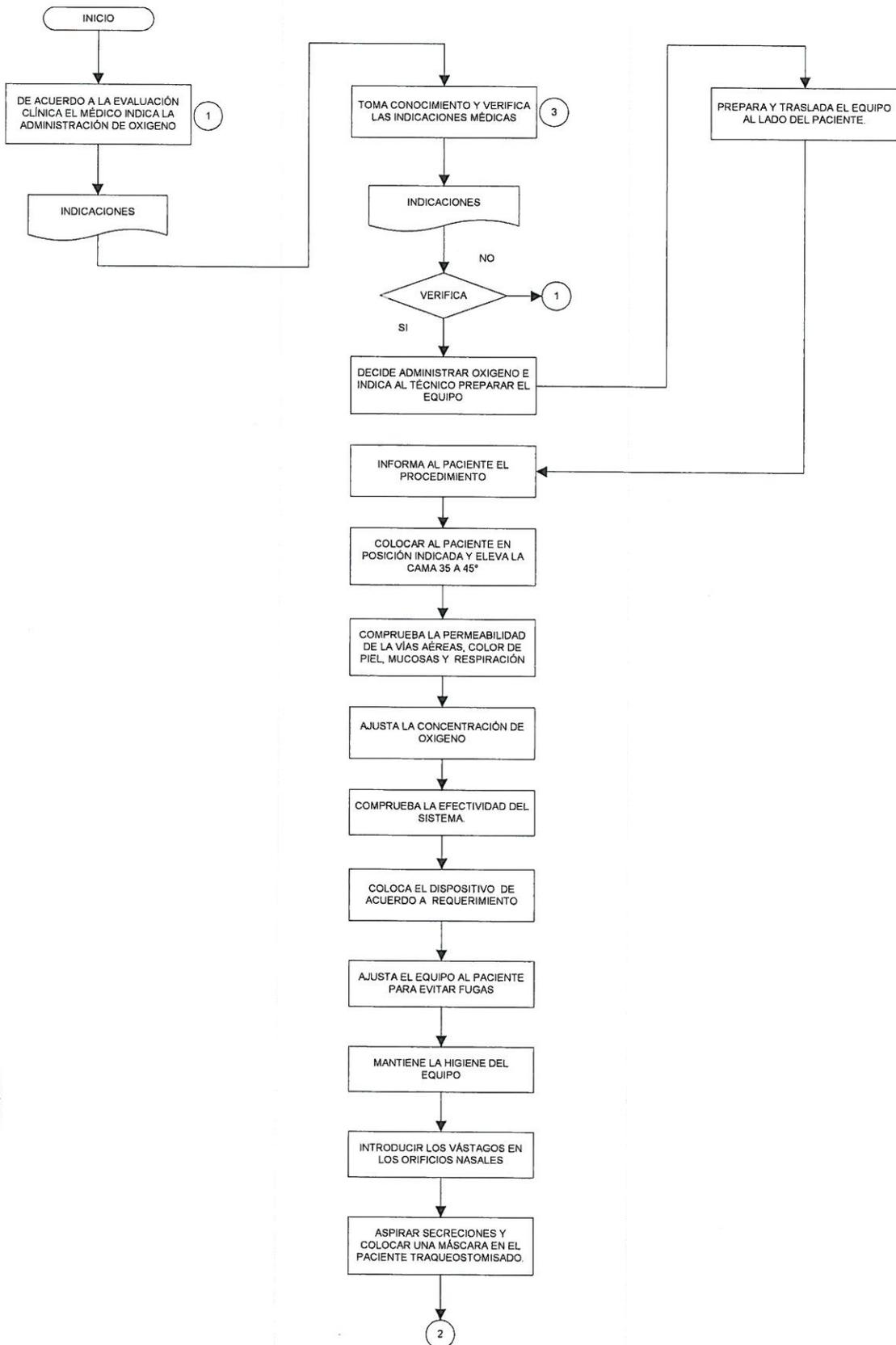
PROCEDIMIENTO: OXIGENOTERAPIA			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo al estado/evaluación clínica del paciente, el médico indica a la enfermera administrar oxígeno. Si no está indicado, toma la iniciativa y coordina con el médico.	Registro y Control del paciente de la administración de oxígeno	Médico	Dpto. Médico	■ Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	O	Toma conocimiento, verifica indicación médica y decide administrar oxígeno.					
3	O	Informar al paciente del procedimiento.					
4	O	Colocar al paciente en posición indicada, elevando la cabecera de la cama/cuna 35 a 45%.					
5	O	Comprobar la permeabilidad de la vía aérea, coloración de piel, mucosas y frecuencia respiratoria.					
6	O	Ajustar la concentración de oxígeno en el flujómetro					
7	O	Comprobar la efectividad del sistema.					
8	O	Colocar al paciente el dispositivo necesario de acuerdo a su requerimiento.					
9	O	Ajustar la mascarilla al paciente para evitar fugas.					
10	O	Mantener higiene diaria de la mascarilla ó bigotera .					
11	O	Introducir los vástagos de la bigotera en los orificios nasales, fijándolos de la forma más cómoda para el paciente para evitar irritación de la mucosa.					
12	O	Al administrar oxígeno al paciente con traqueostomía deberá de aspirar las secreciones y colocar máscara para paciente traqueostomizado.					
13	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio sobre el procedimiento.					
14	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente e indica continuar monitoreo.					
15	O	Tomar y valorar periódicamente análisis de gases en sangre (AGA).					
16	Fin	Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería. El tipo, el flujo de oxígeno, tiempo, tolerancia y la situación actual del paciente.					
		OBSERVACIONES		Médico	Dpto. Médico		
		Medir con el oxímetro de pulso la saturación del paciente periódicamente.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

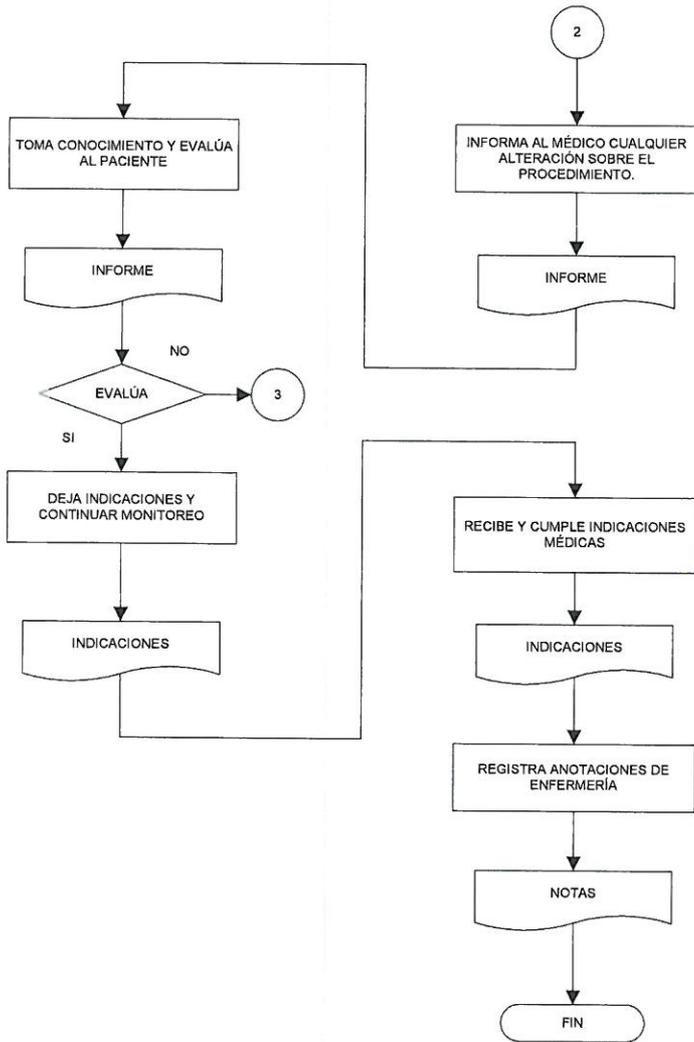
TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TECNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



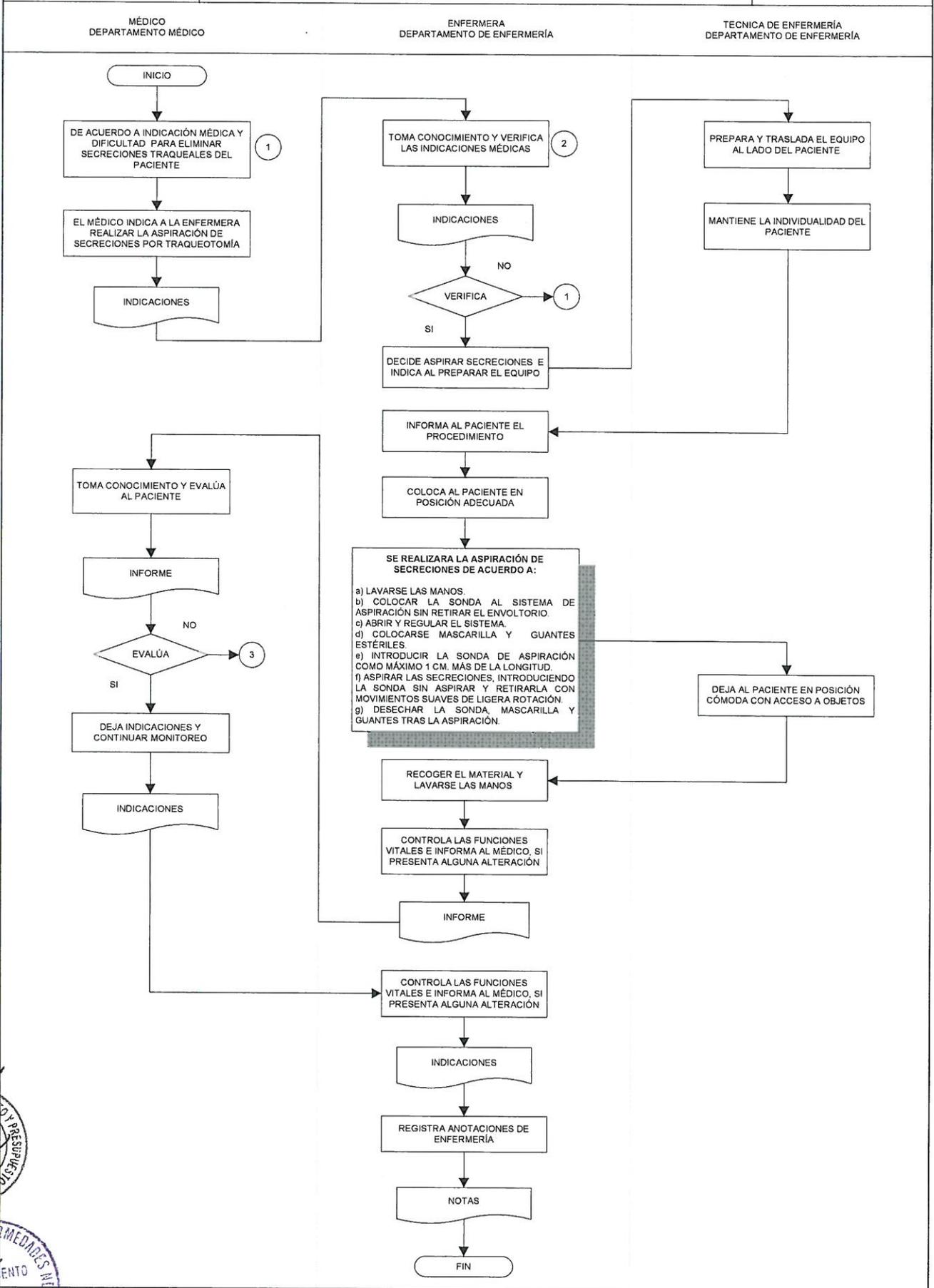
FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Aspiración de secreciones por Traqueotomía
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-13
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Mantener la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de traqueostomizados con vía aérea permeable.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diaria - Continua
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, las características del estoma, el dispositivo y de las secreciones.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Set de Aspiración:
 - ✓ Sonda con control.
 - ✓ Vasito descartable.
 - ✓ Agua.
 - ✓ Guantes.
 - ✓ Gasas.
 - ✓ Campo Estéril.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Equipo de aspiración (empotrado o portátil).
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con aspiración de secreciones por traqueotomía/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Guía de atención de enfermería.
 3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 4. Hoja de anotaciones de enfermería.
 5. Cuaderno de Reporte de Enfermería.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujoograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOTOMÍA			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a indicación médica, necesidad/problema de eliminación de secreciones traqueales del paciente, el médico indica a la enfermera realizar la aspiración de secreciones por traqueotomía.		Médico	Departamento Médico		
2	O	Toma conocimiento, verifica indicaciones y decide realizar la aspiración de secreciones.					
3	O	Realizar la aspiración de secreciones por el traqueostoma de acuerdo a la necesidad del paciente.					
4	O	Lavarse las manos.					
5	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente e informar el procedimiento.					
6	O	Preparar el material y lo traslada al lado del paciente.					
7	O	Colocar al paciente en posición semisentada.					
8	O	Colocar la sonda en el sistema de aspiración sin retirar el envoltorio.					
9	O	Abrir y regular el sistema de aspiración.	Registro y control de traqueotomizados via área permeable	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con aspiración de secreciones por Traqueotomía / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
10	O	Colocarse la mascarilla y los guantes estériles.					
11	O	Introducir la sonda de aspiración como máximo 1 cm. más de la longitud de la cánula.					
12	O	Aspirar las secreciones, introduciendo la sonda sin aspirar y retirarla con movimientos suaves de ligera rotación.					
13	O	Desechar la sonda, la mascarilla y los guantes tras la aspiración.					
14	O	Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.					
15	O	Recoger el material y lavarse las manos.					
16	O	Control de funciones vitales. Si presenta alguna alteración informar al médico.					
17	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones médicas.					
18	Fin	Registrar en las anotaciones de Enfermería.		Médico	Dpto. Médico		
		OBSERVACIONES		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
		Evitar realizar esta técnica después de las comidas del paciente.					





FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Cuidado y Mantenimiento de la Traqueotomía
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-14
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Mantener la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado, evitar infecciones respiratorias y mantener el estoma en condiciones óptimas.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control del cuidado y mantenimiento de la traqueotomía.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diaria – Continua
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, el cuidado y mantenimiento de la traqueotomía.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Set de aspiración de traqueotomía:
 - ✓ Sonda de aspiración.
 - ✓ Guantes.
 - ✓ Suero fisiológico o agua estéril.
 - ✓ Recipiente descartable o riñonera.
 - ✓ Gasa.
 - ✓ Jeringa de 20 c.c. estéril.
 3. Set de limpieza de la cánula de traqueotomía
 - ✓ Hisopos, agua, solución antiséptica.
 4. Set de curación de traqueotomía:
 - ✓ Gasas
 - ✓ Cinta de algodón.
 - ✓ Antiséptico
 - ✓ Suero fisiológico.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes. (Biombo)
 2. Equipo de aspiración (empotrado o portátil).
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con cuidado y mantenimiento de la traqueotomía/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería.
 3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 4. Cuaderno de Reporte de Enfermería.
- ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del procedimiento.

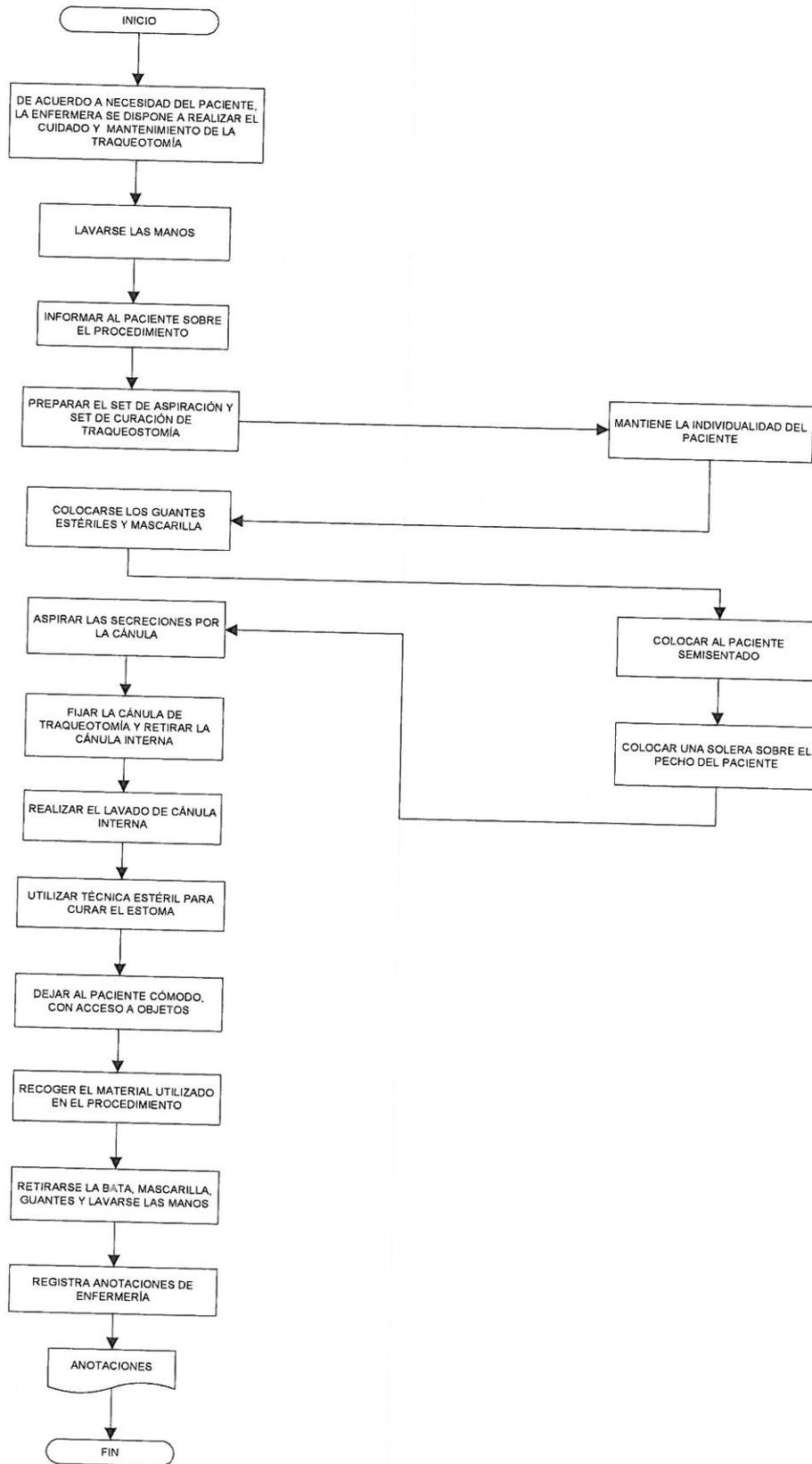


PROCEDIMIENTO: CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA TRAQUEOTOMÍA		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a las necesidades y/o problemas de la traqueotomía, la enfermera se dispone a realizar los cuidados y mantenimiento de la traqueotomía.		Enfermera/o Especialista			
2	0	Lavarse las manos.		Técnico en Enfermería			
3	0	Informar al paciente y preparar el set de aspiración y set de curación de traqueostomía		Enfermera/o Especialista			
4	0	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.		Técnico en Enfermería			
5	0	Colocarse guantes estériles y mascarilla.					
6	0	Colocar al paciente semisentado.					
7	0	Colocar una solera sobre el pecho del paciente.					
8	0	Aspirar las secreciones por la cánula.	Registro y Control del cuidado y mantenimiento de la traqueotomía				
9	0	Fijar con una mano la cánula de traqueotomía, y con la mano dominante, retirar la cánula interna (camiseta).					
10	0	Realizar el lavado de cánula interna o camiseta.					
11	0	Utilizar técnica estéril para curar el estoma: a) Limpiar con SSF y secar con las gasas. b) Colocar gasas precortadas y por debajo de la traqueotomía.				Porcentaje de pacientes con cuidado y mantenimiento de la traqueotomía/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
12	0	Dejar al paciente en posición cómoda, con acceso al timbre y objetos personales.			Departamento de Enfermería		
13	0	Recoger el material.					
14	0	Retirarse la bata, la mascarilla, los guantes y lavarse las manos.					
15	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.		Enfermera/o Especialista			



ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



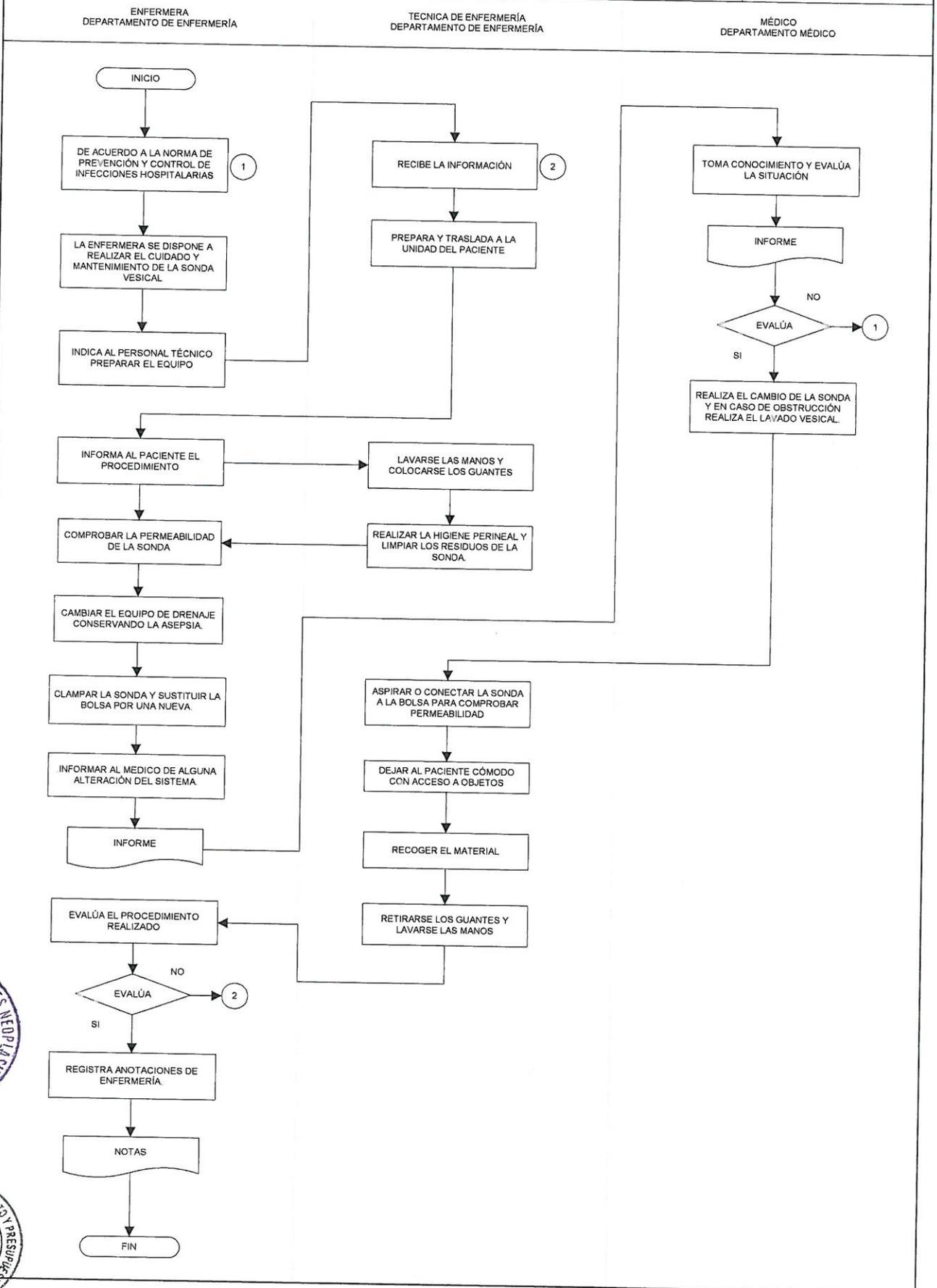
FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Cuidado y mantenimiento de la Sonda Vesical
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-15
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Mantener la higiene y permeabilidad de la sonda vesical.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Control y Prevención de las infecciones urinarias.
- VIII. **PERIODICIDAD:** DAIM
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, el cuidado y mantenimiento del sondaje vesical.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico.
 2. Enfermera/o Especialista.
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería.
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Set de higiene perineal.
 - ✓ Frasco de agua.
 - ✓ Solución antiséptica.
 - ✓ Solera – hule.
 - ✓ Guantes, gasas y toallas de papel.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Biombo.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de infecciones urinarias relacionadas con el sondaje vesical/total de pacientes con sonda por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería
 3. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



PROCEDIMIENTO: CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la norma de prevención y control de infecciones hospitalarias, la enfermera se dispone a realizar el cuidado y mantenimiento de la sonda vesical. Indica al personal técnico preparar equipos y materiales.	control y prevención de las infecciones urinarias	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de infecciones urinarias relacionadas con el sondaje vesical/total de pacientes con sonda por periodo.	
2	O	Recibe la información, prepara el material y lo traslada a la unidad del paciente.		Técnico en Enfermería			
3	O	Informar al paciente sobre el procedimiento.		Enfermera/o Especialista			
4	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente (biombo).		Técnico en Enfermería			
5	O	Lavarse las manos		Enfermera/o Especialista			
6	O	Colocarse los guantes.		Enfermera/o Especialista			
7	O	Realizar la higiene perineal y limpiar los residuos de la sonda.		Enfermera/o Especialista			
8	O	Comprobar la permeabilidad de la sonda.		Enfermera/o Especialista			
9	O	Cambiar el equipo de drenaje frecuentemente, conservando la asepsia.		Enfermera/o Especialista			
10	O	Clampar la sonda y sustituir la bolsa por una nueva.		Enfermera/o Especialista			
11	O	Informar al medico de alguna alteración del sistema.		Enfermera/o Especialista			
12	O	Toma conocimiento y realiza el cambio de la sonda.		Médico			
13	O	En caso de obstrucción realiza el lavado vesical.		Médico			
14	O	Aspirar o conectar la sonda a la bolsa para comprobar permeabilidad.		Técnico en Enfermería			
15	O	Dejar al paciente en posición cómoda con acceso al timbre y objetos personales.		Enfermera/o Especialista			
16	O	Recoger el material.		Enfermera/o Especialista			
17	O	Retirarse los guantes y lavarse las manos.		Enfermera/o Especialista			
18	O	Evalúa el procedimiento realizado.		Enfermera/o Especialista			
19	Fin	Registrar en las anotaciones de Enfermería.		Enfermera/o Especialista			



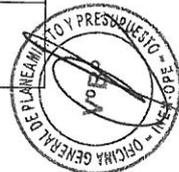


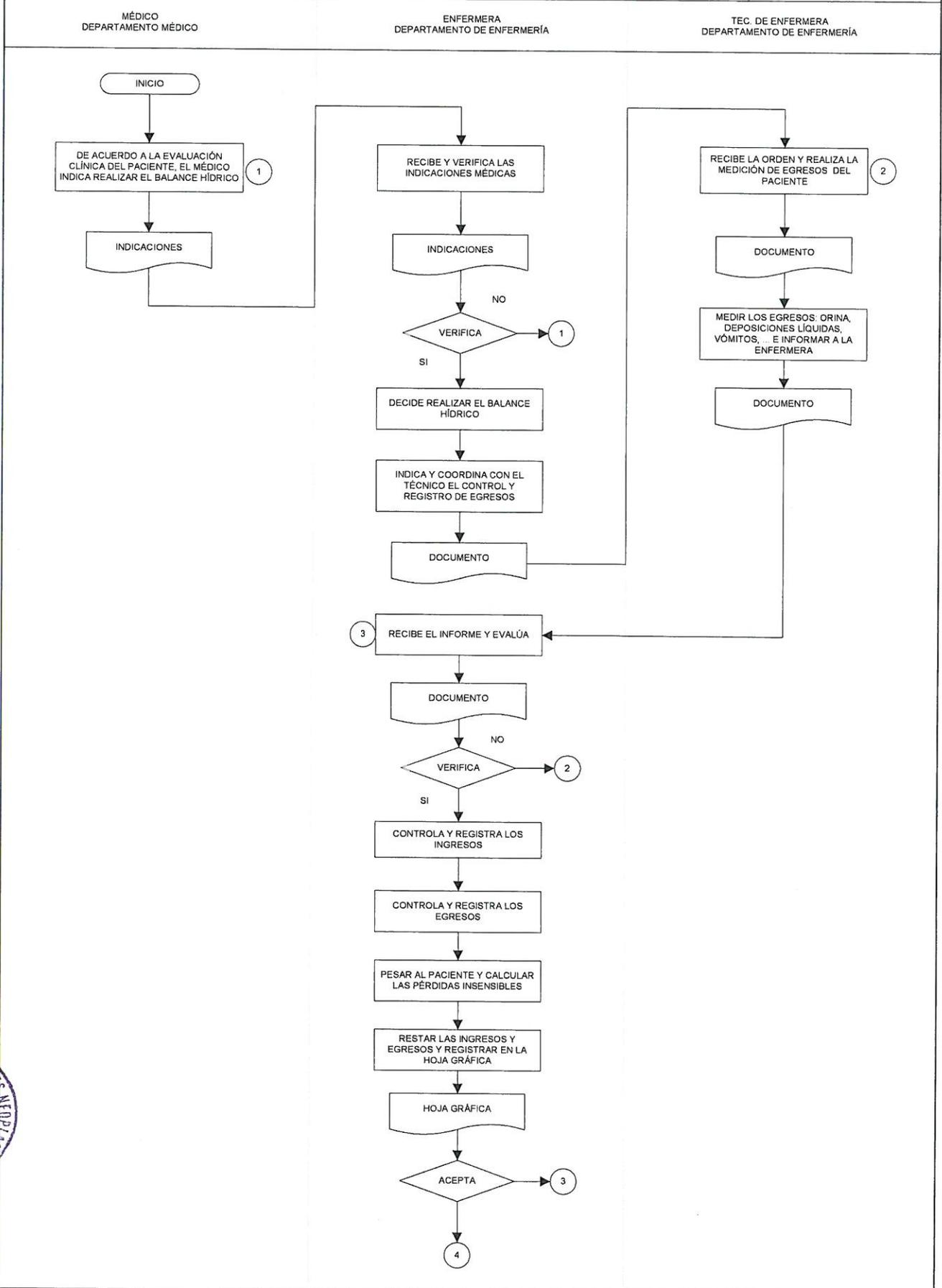
FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Balance Hídrico
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-16
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Conocer la cantidad de líquidos administrados (ingeridos e intravenosos) y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de ingresos y egresos.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diaria
- X. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes que se hospitalicen y haya sido prescrito por el médico.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, el balance de egresos e ingresos, frecuencia, tiempo – las observaciones y acciones de enfermería.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
4. Médico
 1. Enfermera/o Especialista
 2. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Material del procedimiento.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Equipo del procedimiento.
 3. Balanza con tensiómetro.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con balance hídrico/Total de pacientes hospitalizados por periodo.
 2. Tiempo promedio de balance hídrico/total de pacientes con balance hídrico por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería
 3. Hoja graficas de funciones vitales (eliminaciones)
 4. Hoja de Balance Hídrico
 5. Hoja de egresos
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



PROCEDIMIENTO: BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la evaluación clínica y condición del paciente, el médico indica realizar el balance hídrico.		Médico	Dpto. Médico		
2	O	Recibe, verifica las indicaciones y decide realizar el balance hídrico. Informar al paciente sobre el procedimiento.		Enfermera/o Especialista			
3	O	Indica y coordina con el técnico el control y registro de egresos.		Técnico en Enfermería			
4	O	Recibe la orden y realiza la medición de egresos del paciente e informa a la enfermera.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de registro de balance hídrico.	
5	O	Medir todos los egresos: orina, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.... (Excepto drenajes de hemosuccion, Blake, etc.)					
6	O	Controlar y registrar todas las ingestas de líquidos: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I. V., hemoderivados, NE, NPP, NPT...					
7	O	Controlar y registrar todas las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc....	Control y registro de ingresos y egresos.				
8	O	Pesar al paciente para valorar pérdidas insensibles, cada 24 horas.					
9	O	Añadir en el egreso las pérdidas insensibles. Estas se calcularán según la fórmula siguiente: P. I. = Peso x n° de horas.					
10	O	Restar los ingresos y egresos. Registrar en la hoja gráfica. Al cerrar balance, contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.		Enfermera/o Especialista			
11	D	Si el resultado obtenido no guarda relación con el estado del paciente, ni el ingreso con el egreso, se rechazan los resultados y vuelve al paso "3".					
12	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio en el procedimiento.					
13	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.					
14	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica.		Médico	Dpto. Médico		
		OBSERVACIONES Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina y valorar la aparición de edemas. Realizar el balance cada 24 horas (considerar fecha y hora de inicio).		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		

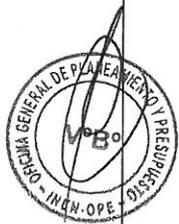
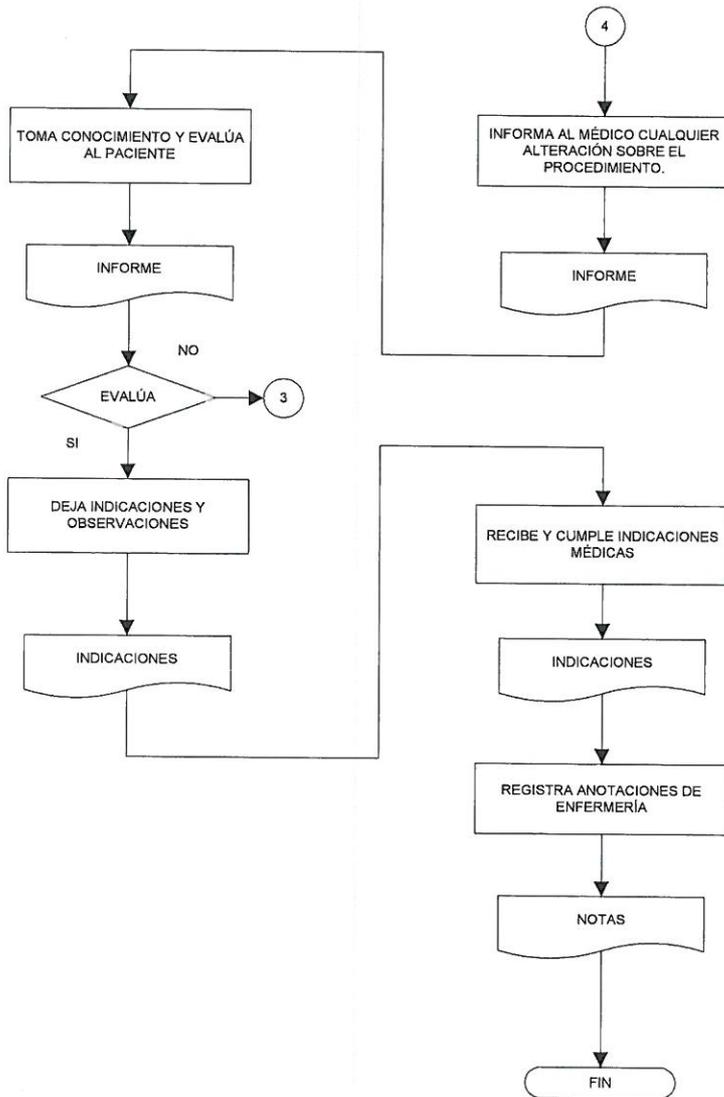




MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TECNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CÓDIGO: AS-DE-01

FECHA: 30/07/05

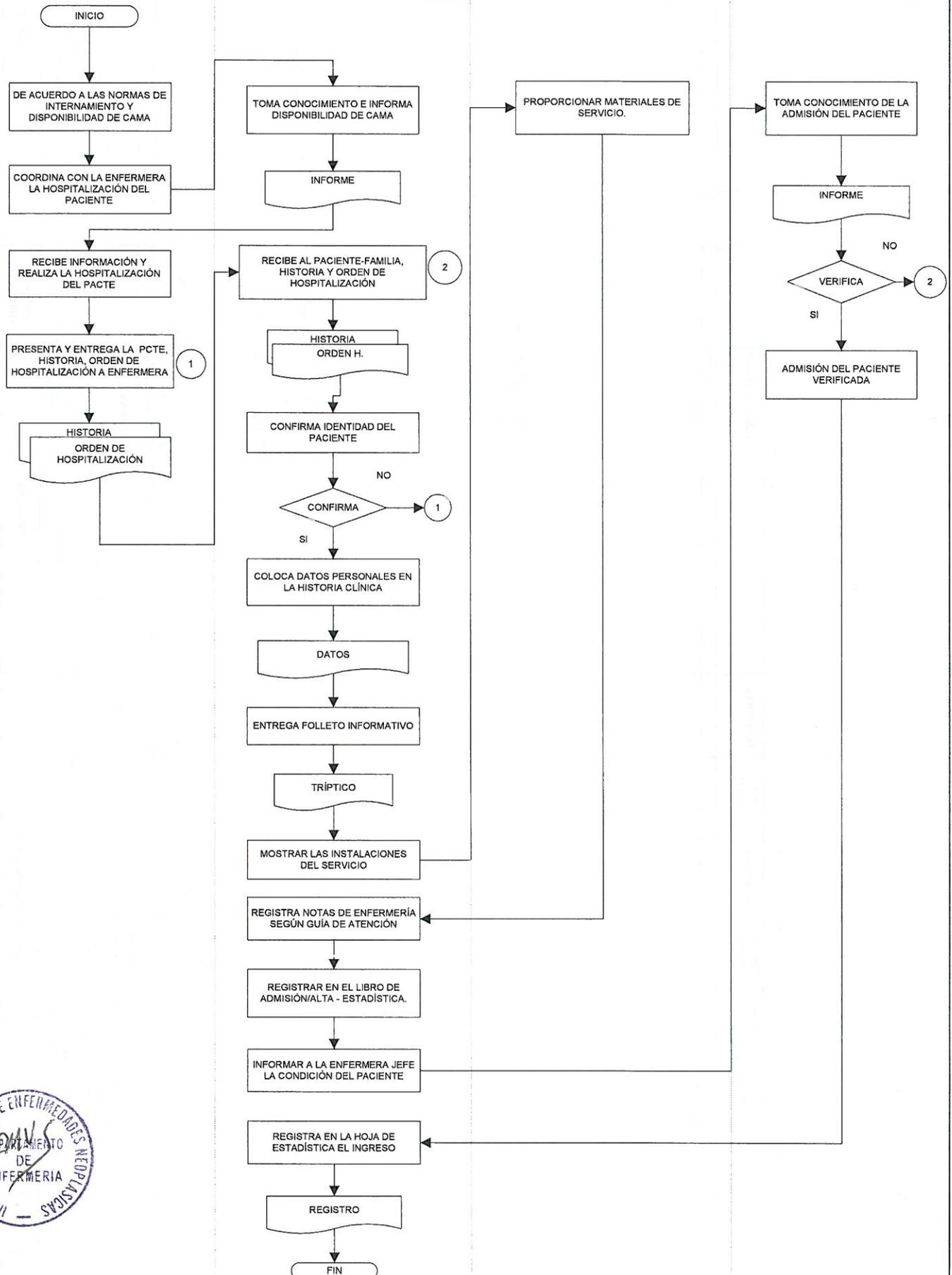
ADMISIÓN DEL PACIENTE

ASISTENTE ADMINISTRATIVO
MÓDULO DE HOSPITALIZACIÓN
ATENCIÓN AL CLIENTE

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ENFERMERA JEFE DE SERVICIO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA





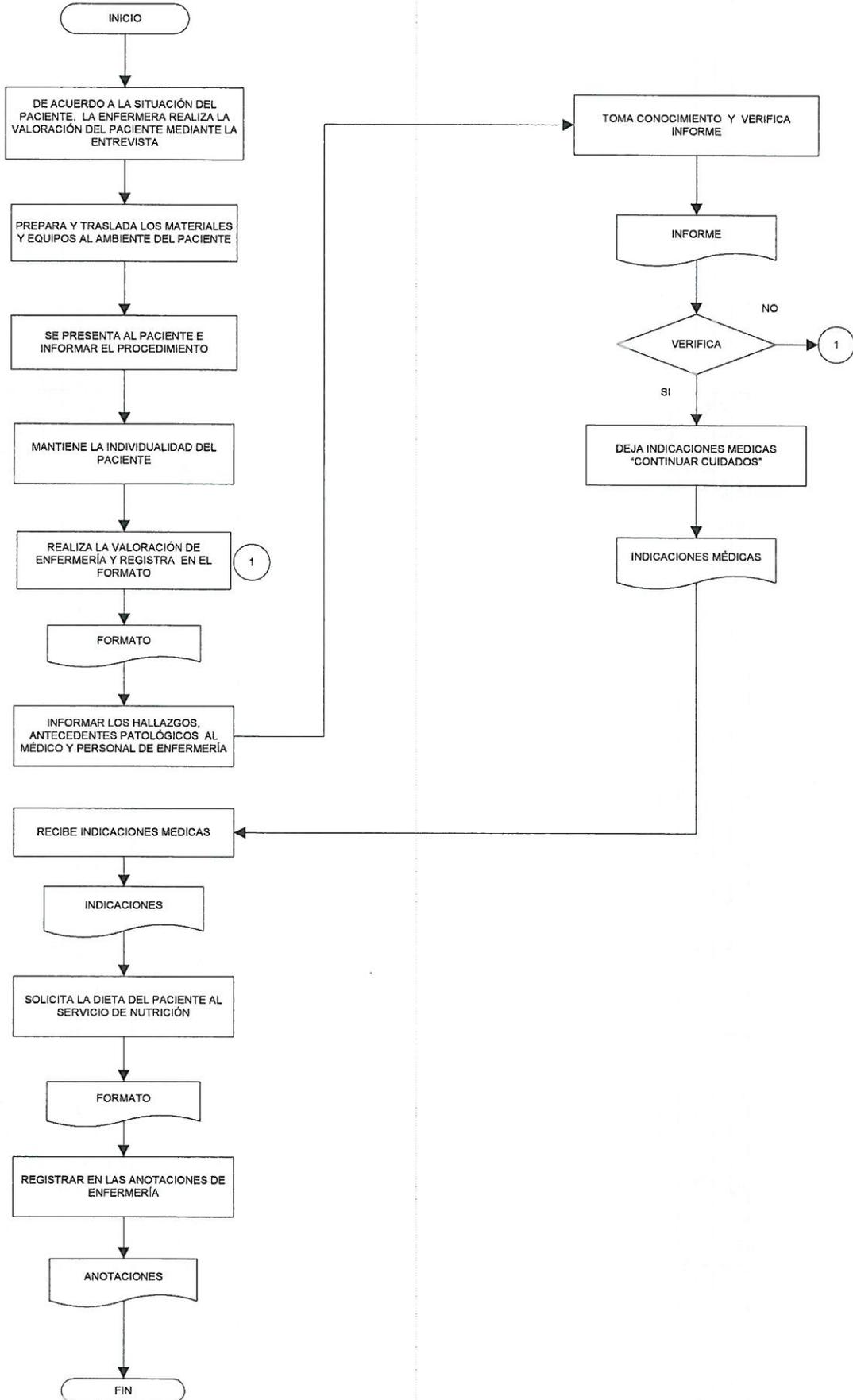
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
ENTREVISTA DE ENFERMERÍA A LA ADMISIÓN DEL PACIENTE

CÓDIGO: AS-DE-02

FECHA: 30/07/05

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

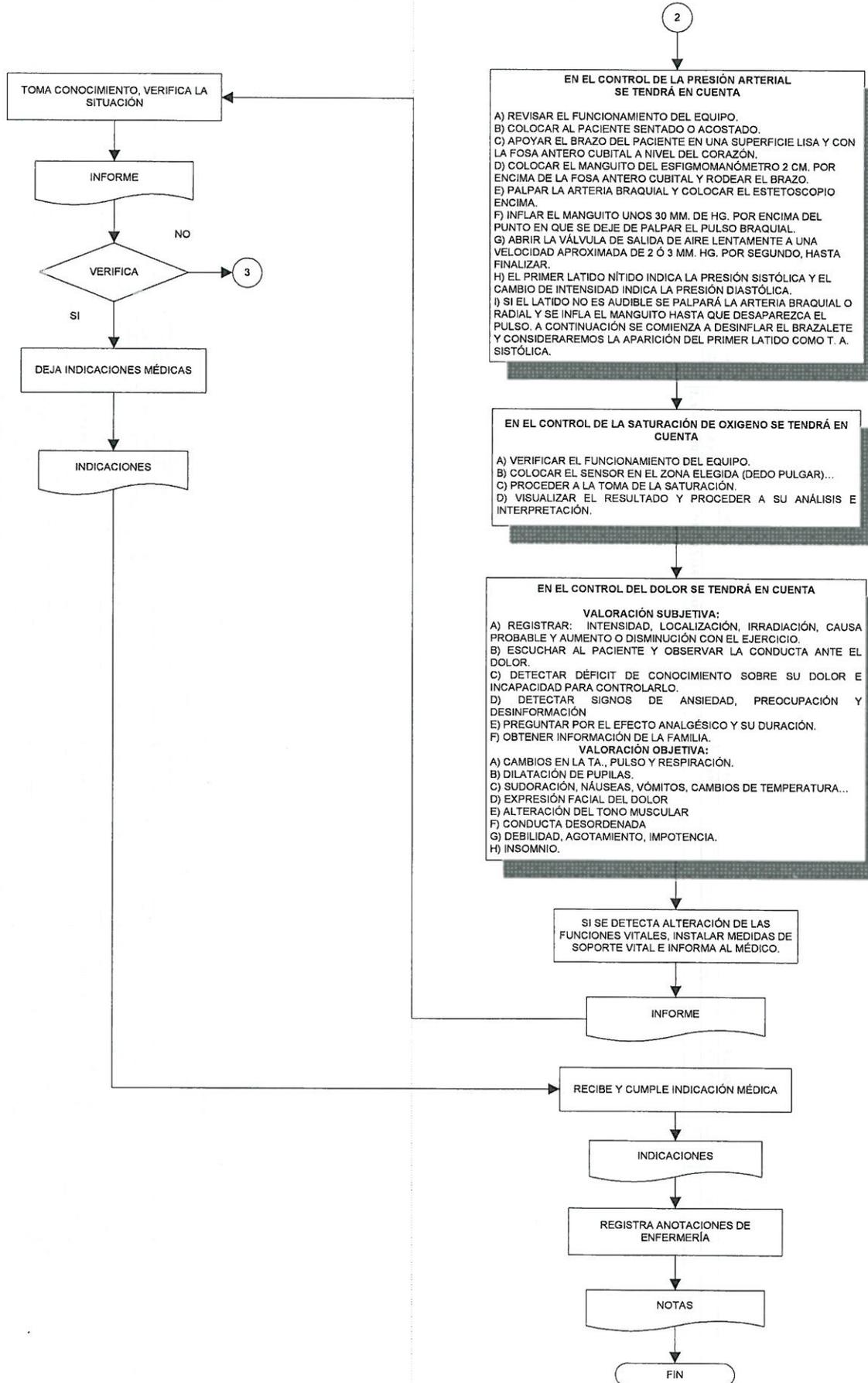
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO





MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA





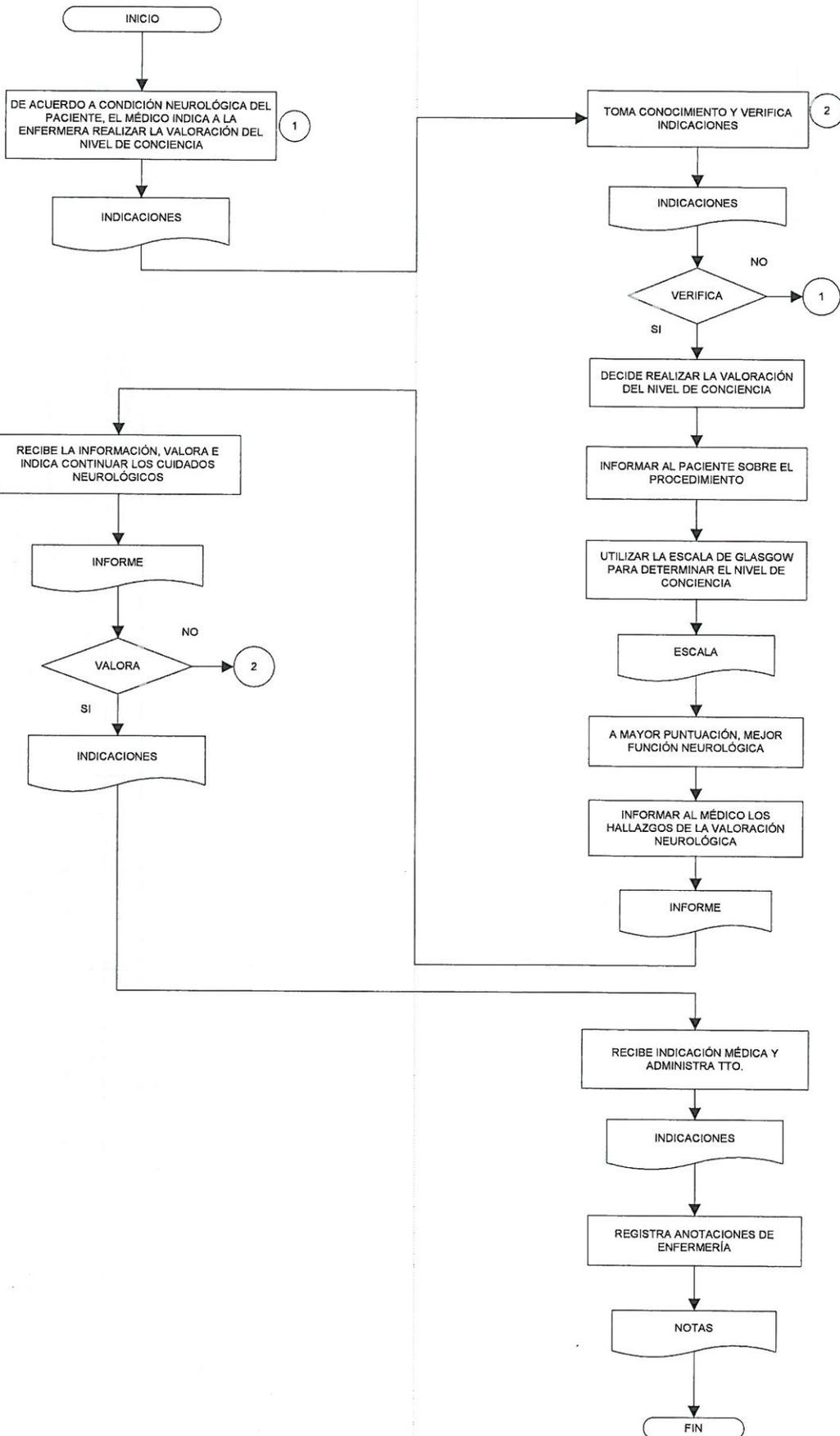
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

CÓDIGO: AS-DE-04

FECHA: 30/07/05

MEDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
PREVENCIÓN DE INFECCIONES

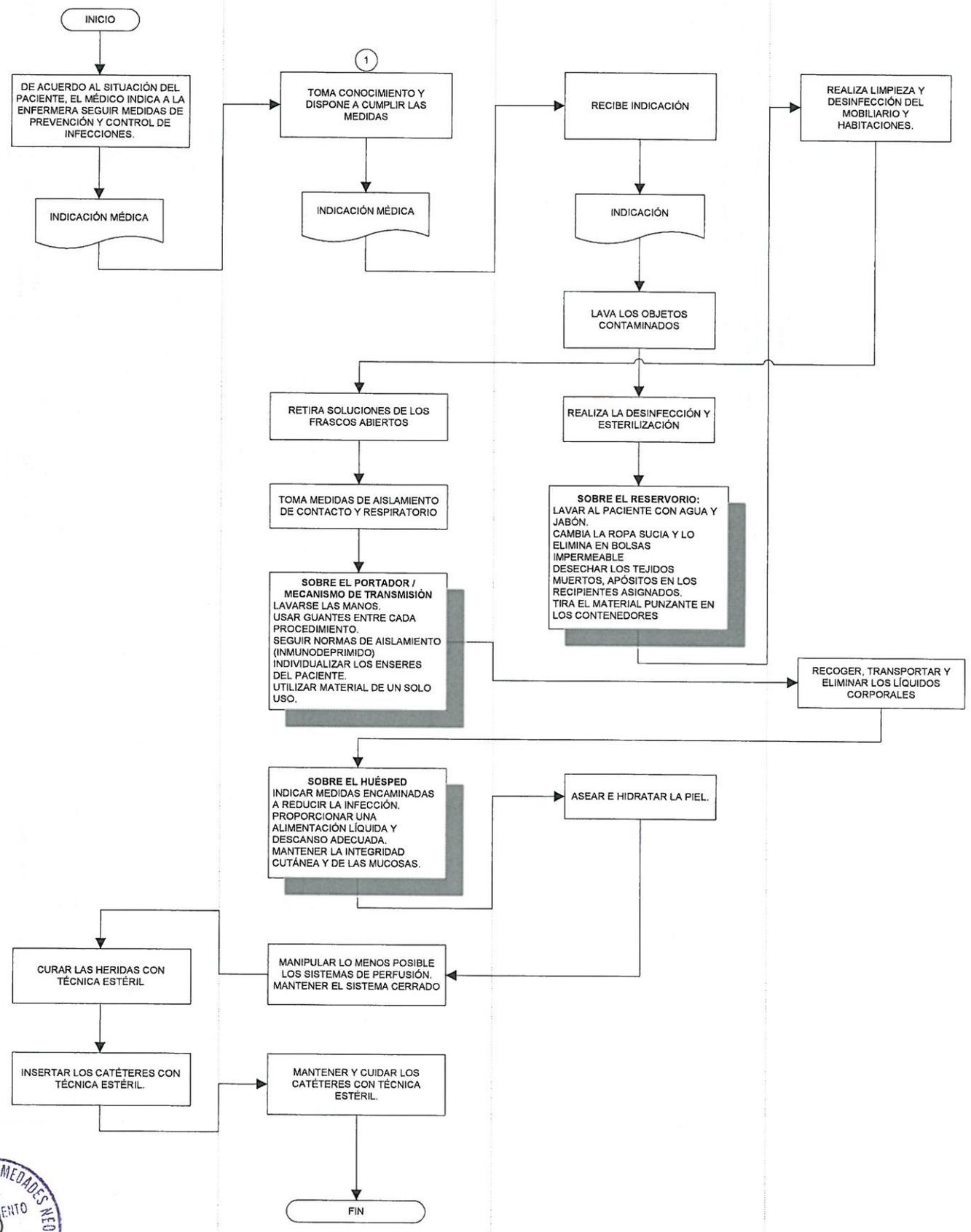
CÓDIGO: AS/DE/21
FECHA: 01/08/05

MÉDICO
DEPARTAMENTO MEDICO

ENFERMERO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICO DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LIMPIEZA
SERVICIO DE LIMPIEZA - DIRECCIÓN
DE SERVICIOS GENERALES

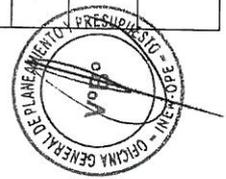


FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Cuidados del Paciente Ostomizado
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-17
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Mantener el estoma en condiciones óptimas y la integridad de la piel periestomal.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control del cuidado del paciente ostomizado.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario.
- X. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos hospitalizados.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros de la historia clínica, la situación del paciente, el estado del estoma, piel y cuidados de enfermería realizados.
- XI. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Enfermera/o Especialista
 2. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XII. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Bolsas de ostomía de 01 y 02 piezas.
 3. Ropa de cama.
 4. Equipo de Curación para ostomías.
 5. Jabón neutro.
 6. Cloruro de sodio al 9%.
 7. Dermo protectores
 8. Pastas hidrocoloideas para relleno.
 9. Plantilla medidora de estomas.
 10. Polvos hidrocoloideas.
 11. Tijeras curvas.
- XIII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Biombo
 3. Lámpara
 4. Envase para residuos o desechos.
- XIV. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo.
 2. Porcentaje de complicaciones de pacientes ostomizados por periodo.
 3. Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Hoja graficas de funciones vitales.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del procedimiento.

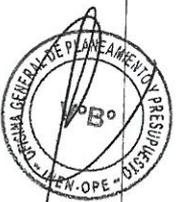
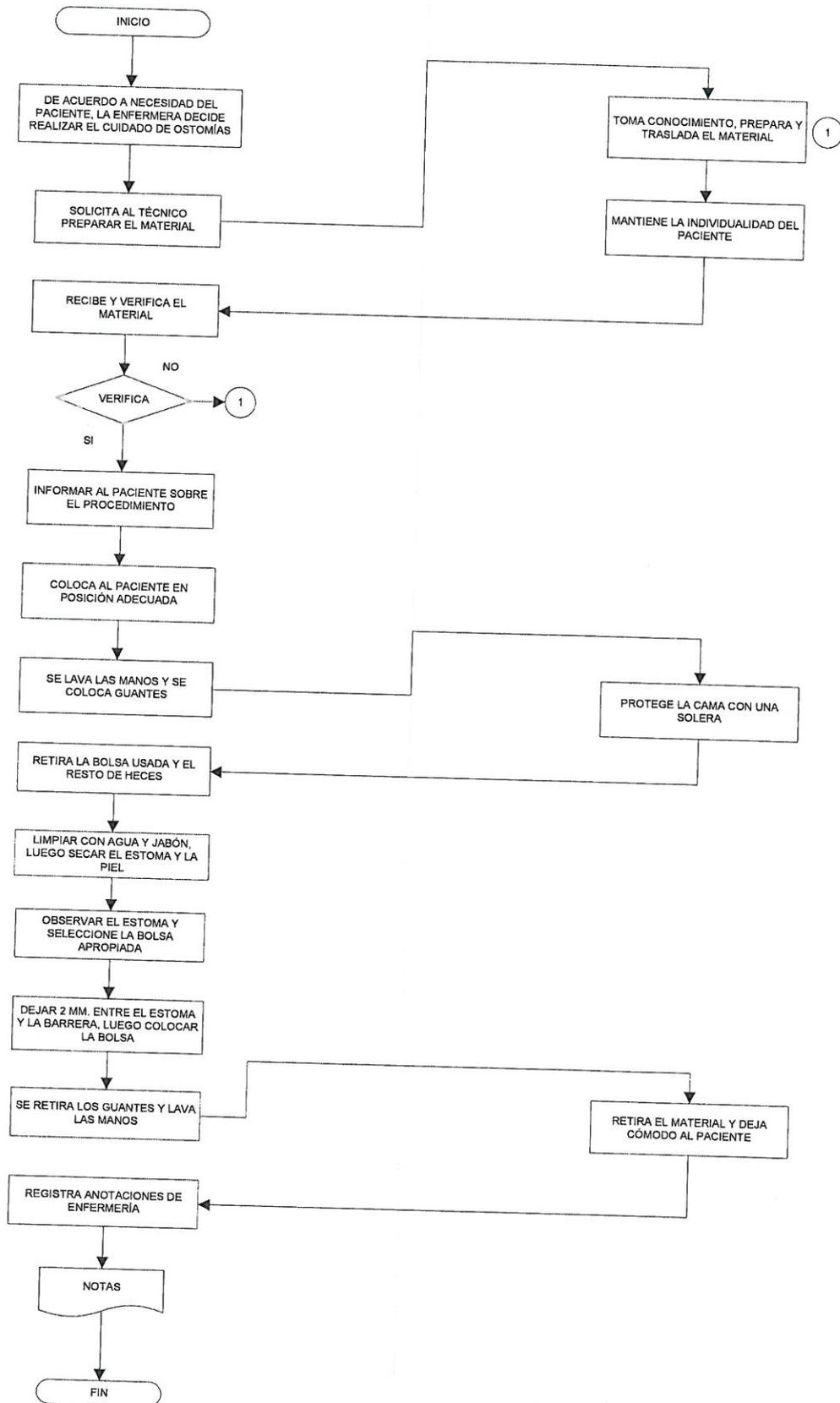


PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	I	De acuerdo a la necesidad y/o problema del paciente la enfermera toma la decisión de realizar los cuidados de ostomías.	Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por período Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por período.	
2	O	Lavarse las manos.		Técnico en Enfermería			
3	O	Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.		Enfermera/o Especialista			
4	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.		Técnico en Enfermería			
5	O	Informar al paciente.		Enfermera/o Especialista			
6	O	Colocar al paciente en decúbito dorsal con el abdomen descubierto.		Técnico en Enfermería			
7	O	Colocarse los guantes.		Enfermera/o Especialista			
8	O	Proteger la ropa de la cama con una solera.		Técnico en Enfermería			
9	O	Retirar suavemente la bolsa usada (evitando tracciones de la piel), desde la parte superior a la inferior (para evitar derrames).		Enfermera/o Especialista			
10	O	Retirar los restos de heces con una gasa humedecida en agua.		Técnico en Enfermería			
11	O	Limpiar el estoma y la zona circundante con agua templada y si es necesario utilizar un jabón neutro.		Enfermera/o Especialista			
12	O	Secar bien el estoma y la piel circundante sin frotar.		Técnico en Enfermería			
13	O	Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor.		Enfermera/o Especialista			
14	O	Seleccionar la bolsa apropiada a las características de la ostomía (abiertas, cerradas, de una o dos piezas).		Técnico en Enfermería			
15	O	Dejar 2 o 3 mm. De espacio entre el estoma y la barrera.		Enfermera/o Especialista			
16	O	Colocar la bolsa desde la parte inferior a la superior.		Técnico en Enfermería			
17	O	Retirarse los guantes y lavarse las manos.		Enfermera/o Especialista			
18	O	Retirar el material, dejar al paciente en posición adecuada, cerca al timbre y objetos personales.		Técnico en Enfermería			
19	Fin	Registrar en la anotaciones de enfermería las características y/o alteraciones de las heces, el estoma y del procedimiento.		Enfermera/o Especialista			
		OBSERVACIONES					
		En la ileostomía se tendrá especial cuidado de la piel circundante.					



ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

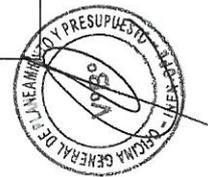


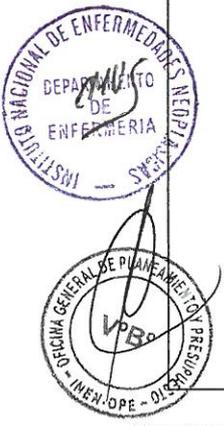
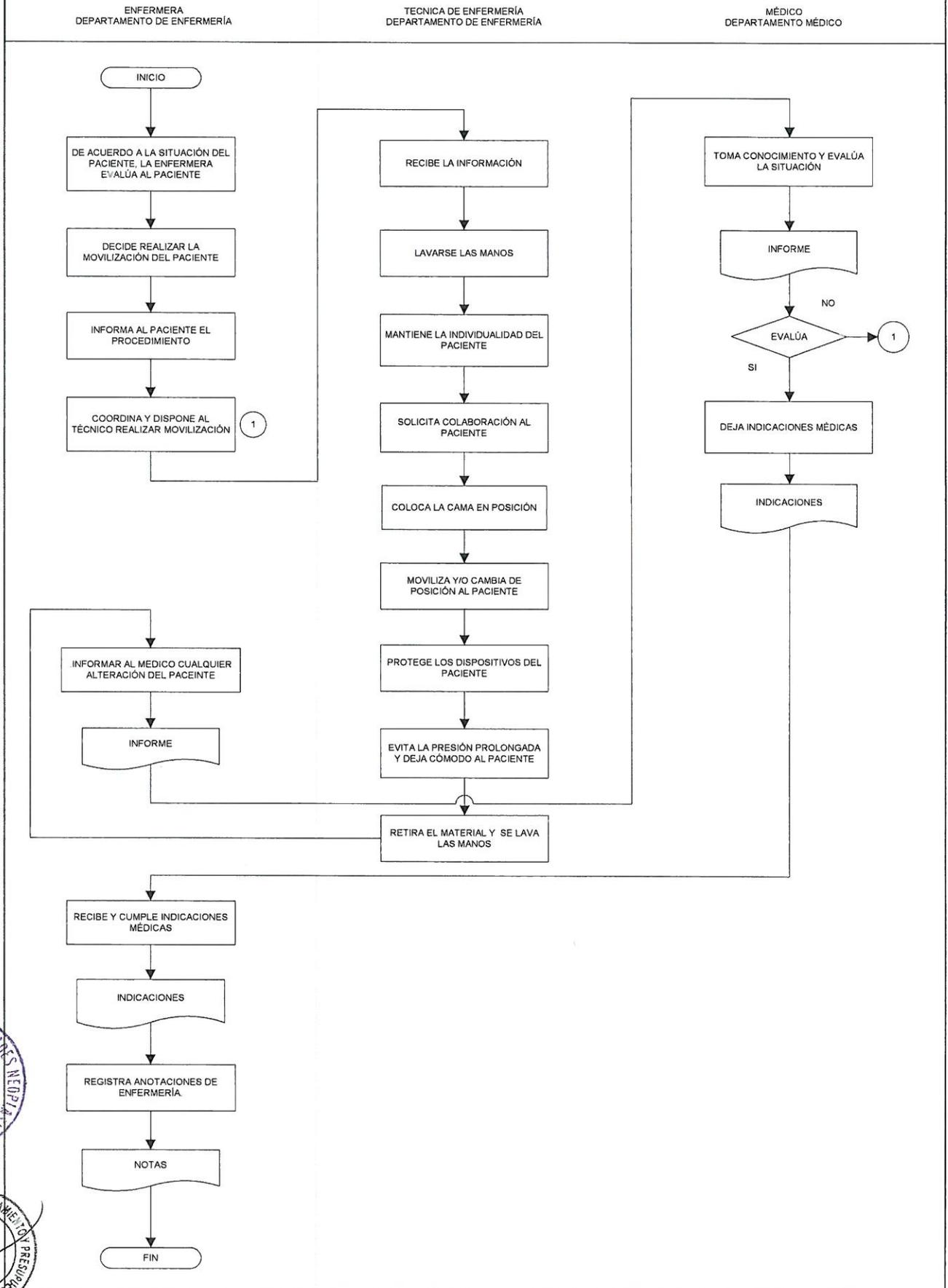
FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Movilización del Paciente
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-18
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Proporcionar las posiciones más adecuadas al paciente postrado y prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...)
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Prevenir complicaciones en pacientes postrados.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se realizará este procedimiento en los pacientes oncológicos hospitalizados en las diferentes áreas del INEN.
 2. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la condición del paciente, la movilización, la ausencia o presencia de complicaciones e intervención de enfermería.
- XI. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Enfermera/o Especialista
 2. Médico
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XII. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Almohadas y colchón neumático y mangas antiembolicas.
 3. Protectores: Sábanas, soleras, piel de carnero, rodetes, látex.
 4. Sillón.
- XIII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Unidad del paciente.
- XIV. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con úlceras por presión/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo al estado/situación del paciente, la enfermera evalúa y decide iniciar la movilización del paciente.	Prevenir complicaciones en pacientes postrados	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes con úlceras por presión / total de pacientes hospitalizados por periodo. 	
2	O	Coordina y dispone al técnico realizar los cambios posturales.					
3	O	Informar al paciente.					
4	O	Lavarse las manos.					
5	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
6	O	Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.					
7	O	Colocar la cama en posición adecuada.					
8	O	Movilizar al paciente a la posición seleccionada (fowler, decúbito-supino, prono, lateral, trendelenburg, sims, litotomía y/o genupectoral evitando fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.					
9	O	Proteger las vías, drenajes y dispositivos que pudiera tener el paciente al movilizarlo.					
10	O	Evitar la presión prolongada sobre la misma zona.					
11	O	Dejar al paciente cómodo con acceso al timbre y objetos personales.					
12	O	Retirar el material.					
13	O	Lavarse las manos.					
14	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio sobre la condición del paciente.					
15	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.					
16	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.					
		OBSERVACIONES		Enfermera/o Especialista	Dpto. Médico		
		- Se valorará la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización del paciente.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
		- El personal que intervenga en la movilización del paciente usará técnicas preventivas de mecánica corporal.					





FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Prevención y Cuidados de enfermería en las Caídas
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-19
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Evitar que el paciente hospitalizado pueda sufrir caídas
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Prevenir accidentes o lesiones en el paciente.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se realizará este procedimiento para los pacientes oncológicos hospitalizados en el INEN.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, la ausencia o presencia de lesiones y/o accidentes en el paciente.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Enfermera/o Especialista
 2. Médico
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de enfermería.
 2. Protectores: Sábanas, soleras, vendas, sujetadores, rodetes, látex.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Unidad del paciente:
 - ✓ Cama con baranda
 - ✓ Correas de sujeción.
 - ✓ Sillón
 3. Andadores, bastones, muletas.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con accidentes y/o caídas/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de anotaciones de enfermería
 3. Hoja de indicaciones Terapéuticas
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujoograma del procedimiento



PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS CAÍDAS		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
--	--	--------------------------	---------------------------------	--	--

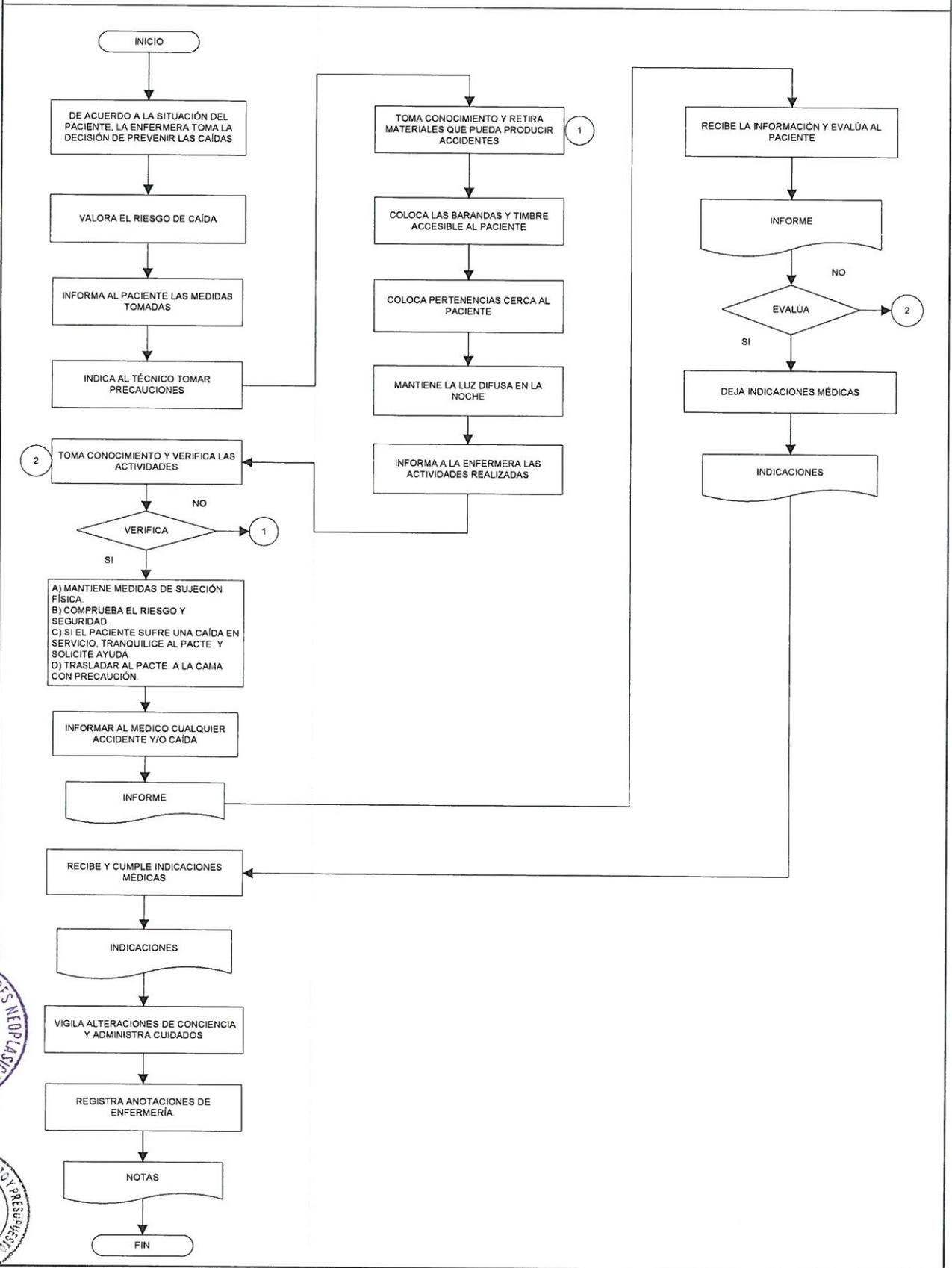
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición/situación del paciente la enfermera toma la decisión de actuar para prevenir las caídas del paciente.	Prevenir accidentes o lesiones en el paciente	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentajes de pacientes con accidentes caídas/total de pacientes hospitalizados por periodo. 	
2	O	Valorar el riesgo de caída según la patología, la edad, el estado de conciencia y/o emocional del paciente.					
3	O	Informar al paciente y/o familia de las medidas a tomar.					
4	O	Retirar de la habitación el material que pueda producir caídas (mobiliario, agua, cables...)					
5	O	Comprobar que la cama esté frenada.					
6	O	Colocar las barandas en la cama.					
7	O	Colocar el timbre en una posición accesible para el paciente.					
8	O	Poner a su alcance las perfenencias y dispositivos de ayuda personales (andador, bastón, muletas).					
9	O	Mantener una luz difusa en la habitación durante la noche.					
10	O	Mantener las medidas de sujeción física si fuera necesario.					
11	O	Comprobar los factores de riesgo y la seguridad del paciente por turno.					
12	O	Si el paciente sufre una caída en servicio, tranquilizar al paciente y solicitar ayuda.					
13	O	Valorar lesiones y comunicar al médico.					
14	O	Trasladar al paciente a la cama con precaución dependiendo del grado de lesión.					
15	O	Recibe la información, evalúa al paciente y deja indicaciones médicas.					
16	O	Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia (Glasgow).					
17	O	Administrar los cuidados derivados de las lesiones.					
18	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería: la hora, circunstancias de la caída y cuidados administrados.					
		OBSERVACIONES		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
		Detectar y corregir las causas que produjeron la caída.		Médico	Dpto. Médico		



ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

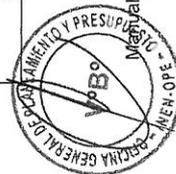


FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Prevención y Tratamiento de las Ulceras por Presión.
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-20
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Mantener la piel del paciente en buen estado y eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición de las úlceras por presión (presión, humedad, desnutrición...) y/o restablecer la integridad física de la piel del paciente.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Control y registro de las úlceras por presión (UPP).
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se realizará este procedimiento para los pacientes oncológicos hospitalizados en el INEN.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la condición del paciente, las medidas de prevención, la ausencia o presencia de escaras o lesiones en el paciente.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Enfermera/o Especialista
 2. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Set de curación:
 - ✓ Set quirúrgico: Bisturí, pinzas, tijera, campos estériles.
 - ✓ Guantes
 - ✓ Suero fisiológico, jabón neutro, esponja.
 - ✓ Productos hidratantes y nutritivos (Aceite de almendras, Vaselina, Vaselina líquida)
 - ✓ Aceite hiperoxigenado.
 - ✓ Apósitos hidrocoloides extrafinos, gasa estéril.
 - ✓ Esparadrapo de tela, vendas.
 3. Colchón neumático, cojines.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado, unidad del paciente
 2. Coche de curación.
 3. Equipo de curación (chico o grande).
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con úlceras por presión/total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Guía de atención de enfermería.
 2. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado				
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición/situación del paciente la enfermera toma la decisión de prevenir las úlceras por presión (UPP) del paciente.	Control y registro de las úlceras por presión	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	O	Informar al paciente.					
3	O	Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión.					
4	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
5	O	Realizar la higiene diaria de la piel con agua y jabón neutro.					
6	O	Eliminar las pomadas y los polvos.					
7	O	Aclarar y secar bien entre los dedos y pliegues cutáneos.					
8	O	Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidos, con aceite hiperoxigenado.					
9	O	Mantener las sábanas limpias, secas y sin arrugas.					
10	O	Colocar rodetes en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción.					
11	O	Colocar apósitos hidrocoloides extrafinos en zonas de presión.					
12	O	Mantener buena hidratación de la piel.					
13	O	Pautar cambios posturales y sistemas de rotación programados.					
14	O	Vigilar sondajes, vías centrales, drenajes..., evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.					
15	O	Levantar al paciente al sillón cuando sea posible, adoptando posturas adecuadas.					
16	O	Asegurar la buena hidratación y corregir los déficit nutricionales.					
17	O	Si el paciente presenta una úlcera por presión se deberá realizar:					
18	O	Preparar el coche de curación y trasladarlo al lado del paciente.					
19	O	Informar al paciente.					
20	O	Proporcionar intimidad al paciente.					
21	O	Lavarse las manos.					
22	O	Colocarse los guantes. Valorar la lesión atendiendo a: Localización de la lesión, Clasificación según estadio, Tipo de tejido, Cantidad de exudado, Dolor, Signos de infección local.					



PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
23	O	Se seguirán unas normas básicas para la curación de todas las úlceras, basándonos en el principio de la curación húmeda. CUIDADOS BÁSICOS PARA TODAS LAS ÚLCERAS. a. Aplicar el procedimiento de prevención. b. Lavarse las manos. c. Usar guantes. d. Usar set de curación estéril. e. Limpiar la herida siempre con S.S.F. a chorro. f. Secar sin arrastrar. g. No usar ningún tipo de antiséptico que no esté autorizado por el Comité de Control de Infecciones.					
24	O	Aplicar el tratamiento según el estadio, tipo de tejido y cantidad de exudado existentes.					
25	O	El cambio y frecuencia de la curación vendrá determinado por el nivel de exudado y estado en que se encuentre el apósito utilizado.					
26	O	ESTADIO I (Eritema cutáneo). Tratamiento: Aceite hiperoxigenado + Apósito hidrocoloide + No masajear la zona enrojecida.					
27	O	ESTADIO II (Pérdida parcial de tejido que afecta a epidermis y dermis. Suele presentar exudación moderada). Tratamiento: Apósito hidrocoloide absorbente + Si existe cavidad: Apósito hidrocoloide absorbente + pasta hidrocoloide + Si existe tejido necrótico: Desbridar.	Control y registro de las úlceras por presión	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
28	O	ESTADIO III y IV. (Pérdida total del espesor de la piel que implica al tejido subcutáneo, muscular, y a veces, óseo y tendones.) Tratamiento: Apósito hidrocoloide abs+pasta hidrocoloide (rellenar 3/4 partes de cavidad). Retirar por completo toda la pasta hidrocoloide de las curación anteriores. Si el exudado es muy abundante: Apósito de hidrofibra + apósito hidrocoloide absorbente. Si existe tejido necrótico: Desbridar. No utilizar curación oclusiva si están expuestos los tendones y los huesos. Usar apósitos tradicionales (apósito estéril no transparente). En las úlceras con mal olor: Usar apósitos de carbón activado.					
29	O						



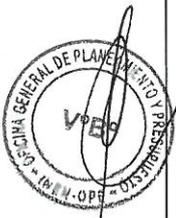
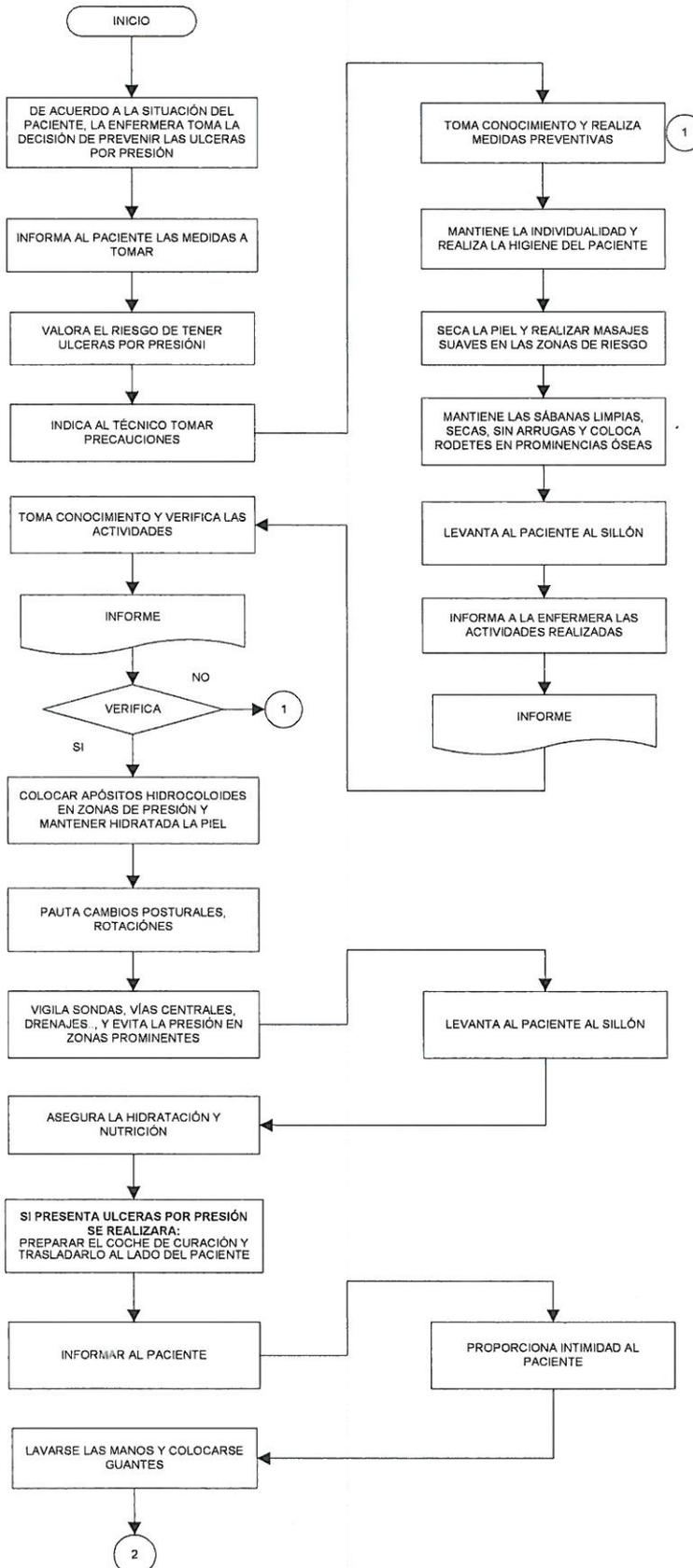
PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
30	O	ÚLCERAS INFECTADAS. Tratamiento: No usar curación oclusiva + Limpieza con SSF cada 12 horas + Apósito de hidrofibra + apósito tradicional. Si no mejora en 10 días, aplicar tto ATB local previo frotis o tomando muestra de cultivo por aspiración. Comunicar al facultativo por si procede pauta ATB por vía sistémica.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
31	O	ÚLCERA CON TEJIDO NECRÓTICO. (Desbridar). Tipos de desbridamiento: Quirúrgico: Precisa destreza, es rápido, no selectivo, puede resultar doloroso y producir hemorragia. Comenzar a desbridar siempre por el centro de la lesión. Enzimático: Es más lento, no doloroso y puede macerar el tejido sano. El más utilizado es la colagenasa, que se aplica con gasas humedecidas en SSF. Autolítico: Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación. Se utilizan los hidrogeles. El desbridamiento enzimático o autolítico, se puede combinar con el Quirúrgico.	Control y registro de las úlceras por presión	Médico	Departamento Médico	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
32	O	REGLAS BÁSICAS PARA LA UTILIZACIÓN DE APÓSITOS HIDROCOLOIDES. a) Aplicar directamente sobre la úlcera dejando un margen de 2 ó 3cm. alrededor. b) Cambiar c/48-72 horas o siempre que rebose un gel blanquecino por el borde. c) No retirar precozmente porque se destruye el tejido de granulación formado. d) Utilizar esparadrapo de tela elástica como refuerzo en los bordes. e) Identificar la fecha de aplicación del apósito.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
33	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.					
34	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio sobre el procedimiento.					
35	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.		Médico	Dpto. Médico		
36	Fin	Registrar las anotaciones de enfermería. OBSERVACIONES En pacientes de alto riesgo o ingresados en unidades de cuidados críticos, se valorará diariamente el riesgo de UPP.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		



ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TECNICA DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

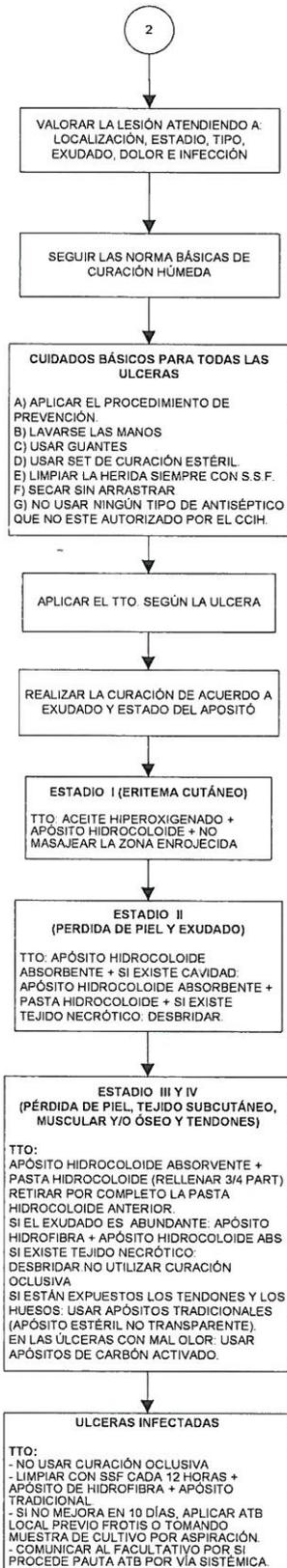
MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO



ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO



ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

3

ÚLCERA CON TEJIDO NECRÓTICO (DEBRIDAR)

QUIRÚRGICO: PRECISA DESTREZA, ES RÁPIDO, NO SELECTIVO, PUEDE RESULTAR DOLOROSO Y PRODUCIR HEMORRAGIA. COMENZAR A DESBRIDAR SIEMPRE POR EL CENTRO DE LA LESIÓN.

ENZIMÁTICO: ES MÁS LENTO, NO DOLOROSO Y PUEDE MACERAR EL TEJIDO SANO. EL MÁS UTILIZADO ES LA COLAGENASA, QUE SE APLICA CON GASAS HUMEDECIDAS EN SF. AUTOLÍTICO: ES LENTO, SELECTIVO Y NO DAÑA EL TEJIDO DE GRANULACIÓN. SE UTILIZAN LOS HIDROGELES. EL DESBRIDAMIENTO ENZIMÁTICO O AUTOLÍTICO, SE PUEDE COMBINAR CON EL QUIRÚRGICO.

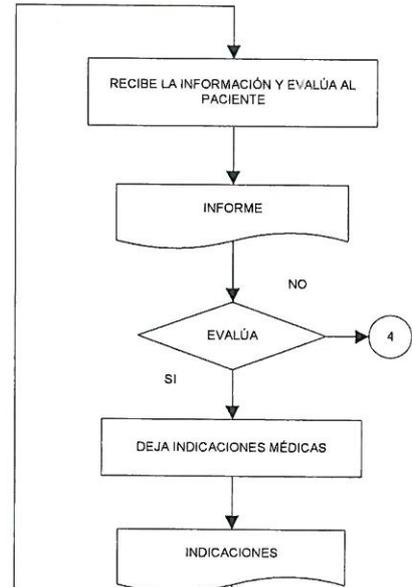
REGLAS BÁSICAS PARA UTILIZAR APOSITOS HIDROCOLOIDES

A) APLICAR DIRECTAMENTE SOBRE LA ÚLCERA DEJANDO UN MARGEN DE 2 Ó 3CM. ALREDEDOR.
B) CAMBIAR C/48-72 HORAS.
C) NO RETIRAR PRECOZMENTE PORQUE SE DESTRUYE EL TEJIDO GRANULADO.
D) UTILIZAR ESPARADRAPO DE TELA ELÁSTICO EN LOS BORDES.
E) IDENTIFICAR LA FECHA DE APLICACIÓN DEL APOSITO

RECOGER EL MATERIAL, RETIRARSE LOS GUANTES Y LAVARSE LAS MANOS

INFORMAR AL MEDICO CUALQUIER ALTERACIÓN U ANORMALIDAD

INFORME



RECIBE Y CUMPLE INDICACIONES MÉDICAS

INDICACIONES

REGISTRA ANOTACIONES DE ENFERMERÍA.

NOTAS

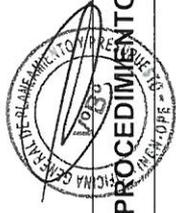
FIN



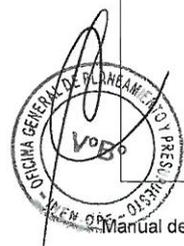
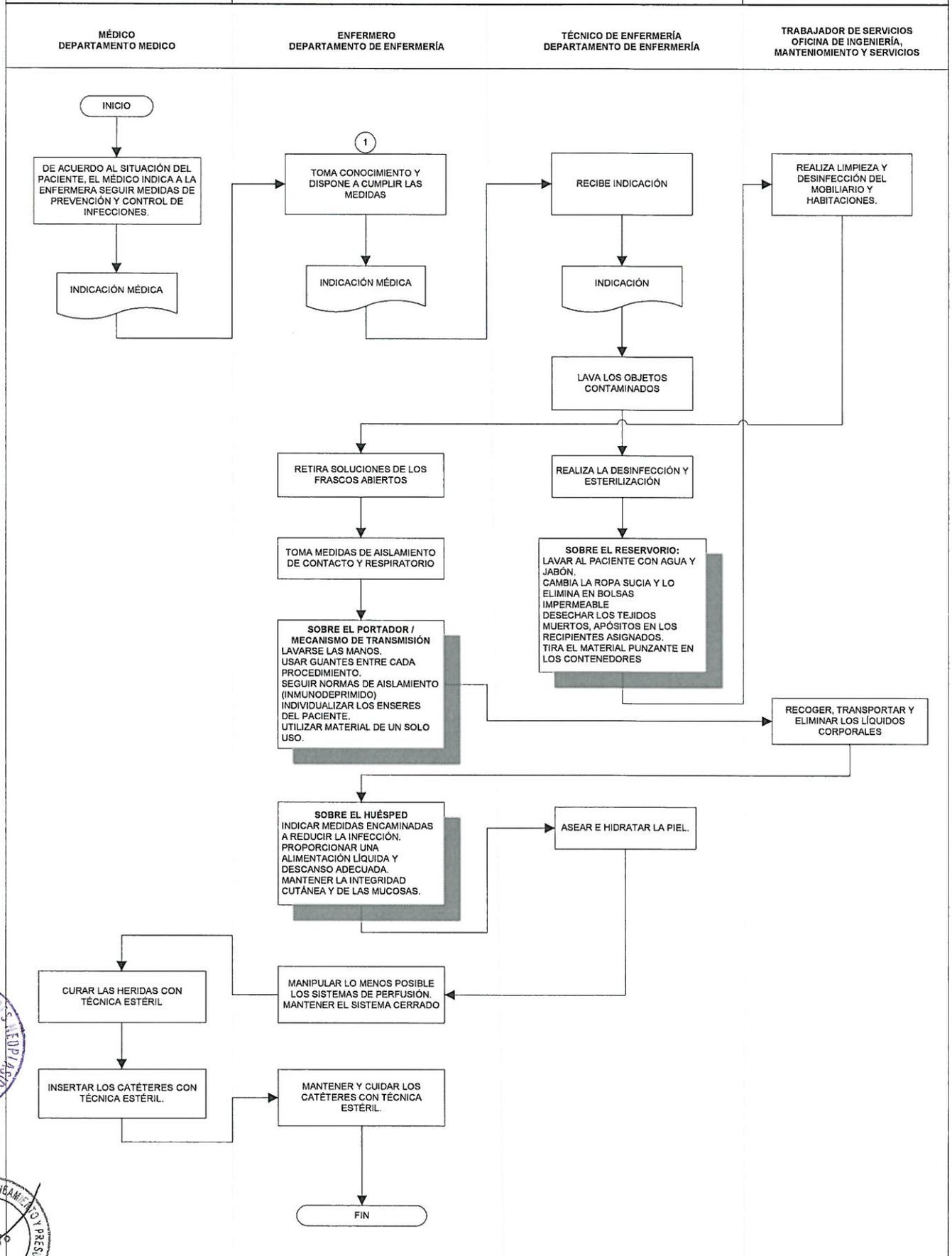
FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Prevención de Infecciones
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-21
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Realizar la prevención y control de infecciones intrahospitalarias a través de la detección oportuna de signos y síntomas de infección en el paciente.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro, Control y Prevención de las Infecciones intrahospitalarias.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
- Se ejecutará para los pacientes oncológicos que se hospitalicen y haya sido prescrito por el médico.
 - Cumplir las normas para el control y prevención de Infecciones Hospitalarias, en lo concerniente a:
 - ✓ Bioseguridad
 - ✓ Aislamiento
 - ✓ Limpieza y desinfección de ambientes de hospitalización
 - ✓ Uso racional de antisépticos
 - ✓ Lavado de manos
 - ✓ Uso de técnica aséptica
 - ✓ Prevención de infecciones del Tracto Urinario
 - ✓ Prevención de Infecciones Asociadas a Catéteres Vasculares Centrales
 - ✓ Prevención de la Infección del sitio quirúrgico
 - ✓ Prevención de Infecciones de la Infección Asociada a la Ventilación Mecánica
 - Registrar en anotaciones de enfermería e H.C., la situación del paciente, las medidas de prevención, la ausencia o presencia de factores condicionantes/riesgos en el paciente e **intervenciones**.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
- Médico
 - Enfermera/o Especialista
 - Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
- Registros de Enfermería y Registros clínicos
 - Formatos de Control y vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias
 - Gorro, bata, guantes, mascarilla descartable, anteojos.
 - Bolsa negra y roja y Contenedor de objetos corto punzantes
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
- Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 - Unidad de aislamiento.
 - Coche de curación e instrumentos médicos.
- XIII. **INDICADORES:**
- Porcentaje de pacientes con infecciones intrahospitalarias/total de los hospitalizados por periodo
 - Porcentaje de pacientes hospitalizados con infecciones intrahospitalarias por localización y periodo.
 - Porcentaje de pacientes hospitalizados fallecidos por infecciones intrahospitalarias/total por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
- Guía de atención de enfermería.
 - Hoja de Indicaciones Terapéuticas
 - Hoja de anotaciones de enfermería
 - Formatos de Control y vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias.
 - Formatos de bioseguridad y control de infecciones intrahospitalarias.
- XV. **ANEXOS:**
- Descripción del Procedimiento.
 - Flujograma del procedimiento.





PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN DE INFECCIONES			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo al situación/condición del paciente, el médico indica a la enfermera seguir medidas efectivas de prevención y control de infecciones.	Registro, prevención y Control de las infecciones	Médico	Dpto. Médico	Porcentaje de pacientes con infecciones intrahospitalarias / total de pacientes hospitalizados por periodo	
2	O	Toma conocimiento y dispone a cumplir las medidas.		Enfermera/o Especialista			
3	O	Lavar los objetos contaminados.		Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería		
4	O	Realizar la desinfección y esterilización de los mismos.					
5	O	Sobre el reservorio: Lavar al paciente con agua y jabón.		Trabajador de Servicios	Ofic. Ing. Mant. y Servicios - Limpieza		
6	O	Cambiar la ropa sucia y eliminarlos en bolsas impermeables.					
7	O	Desechar los tejidos muertos, apósitos en los recipientes asignados.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
8	O	Tirar el material punzante en los contenedores diseñados para ello.					
9	O	Emplear medidas de limpieza y desinfección en el mobiliario y habitaciones.		Trabajador de Servicios	Ofic. Ing. Mant. y Servicios - Limpieza		
10	O	Retirar las soluciones de los frascos abiertos durante periodos prolongados.					
11	O	Tomar medidas de aislamiento de contacto y respiratorio, si procede.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
12	O	Sobre el portador / mecanismo de transmisión. Lavarse las manos.					
13	O	Usar guantes entre cada procedimiento.		Trabajador de Servicios	Ofic. Ing. Mant. y Servicios - Limpieza		
14	O	Seguir las normas de aislamiento. En especial los inmunodeprimidos.					
15	O	Recoger, transportar y eliminar los líquidos corporales adecuadamente.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
16	O	Los enseres de aseo del paciente serán individuales.					
17	O	Utilizar preferentemente material de un solo uso.		Médico	Dpto. Médico		
18	O	Sobre el huésped. Indicar las medidas encaminadas a reducir la susceptibilidad a la infección.					
19	O	Proporcionar una alimentación e ingesta líquida y descanso adecuado.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
20	O	Mantener la integridad cutánea y de las mucosas.					
21	O	Aseo adecuado e hidratación de la piel.		Médico	Dpto. Médico		
22	O	Manipular lo menos posible los sistemas de perfusión.					
23	O	Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
24	O	Curar las heridas con técnica estéril.					
25	O	Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.		Médico	Dpto. Médico		
26	Fin	Mantener y cuidar los catéteres con técnica estéril.					



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Punción Arterial (AGA o Gasometría)
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-22
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Extraer sangre arterial del paciente para conocer los valores de intercambio gaseoso y su equilibrio ácido, base.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control de gases arteriales en sangre.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen y haya sido prescrito por el médico.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, la indicación de la punción arterial: lugar, posición y resultados del AGA del paciente e intervenciones realizadas.
 3. Cualquier alteración o anomalía del AGA será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Jeringa de Gasometría.
 3. Antiséptico yodado.
 4. Gasas y guantes estériles.
 5. Esparadrapo.
 6. Contenedor de objetos punzantes.
 7. Taper para traslado de muestras.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Unidad del paciente.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes con control de AGA/ total de pacientes hospitalizados por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones médicas.
 2. Guía de atención de enfermería.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Hoja de solicitud de análisis.
 5. Hoja de informe de resultado de análisis.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



PROCEDIMIENTO: PUNCIÓN ARTERIAL (GASOMETRÍA)		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado				
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo al estado del paciente el médico indica, a la enfermera realizar la punción arterial para gasometría.		Médico	Departamento Médico		
2	O	Toma conocimiento y verifica orden.					
3	O	Lavarse las manos.					
4	O	Preparar el material.					
5	O	Informar el procedimiento y colocar al paciente en posición adecuada para abordar la arteria.					
6	O	Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. Realizar el test de Allen en caso de elegir la arteria radial.					
7	O	Desinfectar la piel con una gasa empapada en antiséptico yodado.					
8	O	Colocarse los guantes					
9	O	Utilizar jeringa heparinizada. Retirar ligeramente el embole para observar el ingreso de la sangre arterial					
10	O	Colocar la mano en hiperextensión ayudándose del borde de la cama o de un rodillo.					
11	O	Punzar la arteria con bisel hacia arriba en ángulo de 30 a 45° en dirección contraria al flujo arterial.	Registro y Control de gases arteriales en sangre	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes con control de AGA total de pacientes hospitalizados por periodo.	
12	O	Dejar que entre en la jeringuilla de 1-2 ml de sangre. Retirar rápidamente la aguja y mantener una presión firme en el lugar de la punción durante 5 a 10 minutos, si hubiera alteración de la coagulación.					
13	O	Dejar una gasa sobre el lugar de la punción y fijarla con esparadrapo ejerciendo una ligera presión.					
14	O	Eliminar las burbujas de aire que puedan quedar en el interior de la jeringa.					
15	O	Cerrar y etiquetar.					
16	O	Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.					
17	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.					
18	O	Procesar inmediatamente la muestra. Si no fuera posible, mantenerla en hielo o refrigerado					
19	O	Comunicar al médico el resultado del AGA					
20	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente e indica continuar monitoreo de las FVs.		Médico Enfermera/o Especialista	Dpto. Médico Departamento de Enfermería		
21	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.					



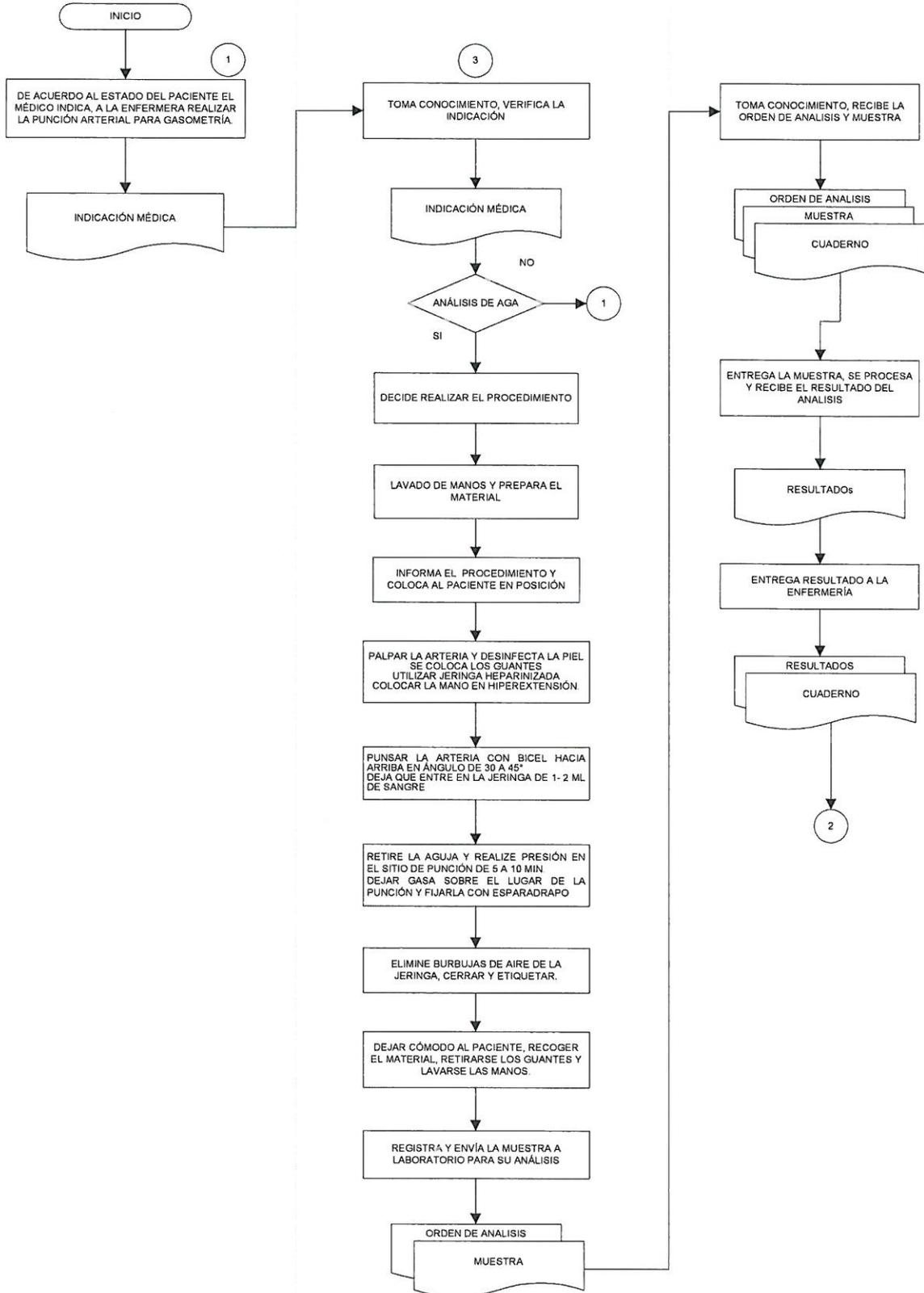
PROCEDIMIENTO: PUNCIÓN ARTERIAL (GASOMETRÍA)		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
		<p>OBSERVACIONES En caso de elegir la arteria radial o femoral, pinchar entre los dedos índice o medio.</p> <p>En pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante o con trastornos de coagulación se les mantendrá la presión durante al menos 10 minutos. Cubrir el lugar de la punción con un vendaje.</p> <p>TEST DE ALLEN: Objetivo: Evaluar el suministro sanguíneo de las arterias colaterales de la arteria radial.</p> <p>Para hacerlo debemos seguir los siguientes pasos: Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluyen las arterias radial y cubital Hacer que el enfermo abra su mano Dejar de comprimir la arteria cubital El color debe volver a la mano del enfermo en 15 seg.</p> <p>En caso contrario elija otro sitio para realizar la punción arterial.</p>	Registro y Control de gases arteriales en sangre	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes con control de AGA/ total de pacientes hospitalizados por periodo. 	



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ESPECIALISTA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

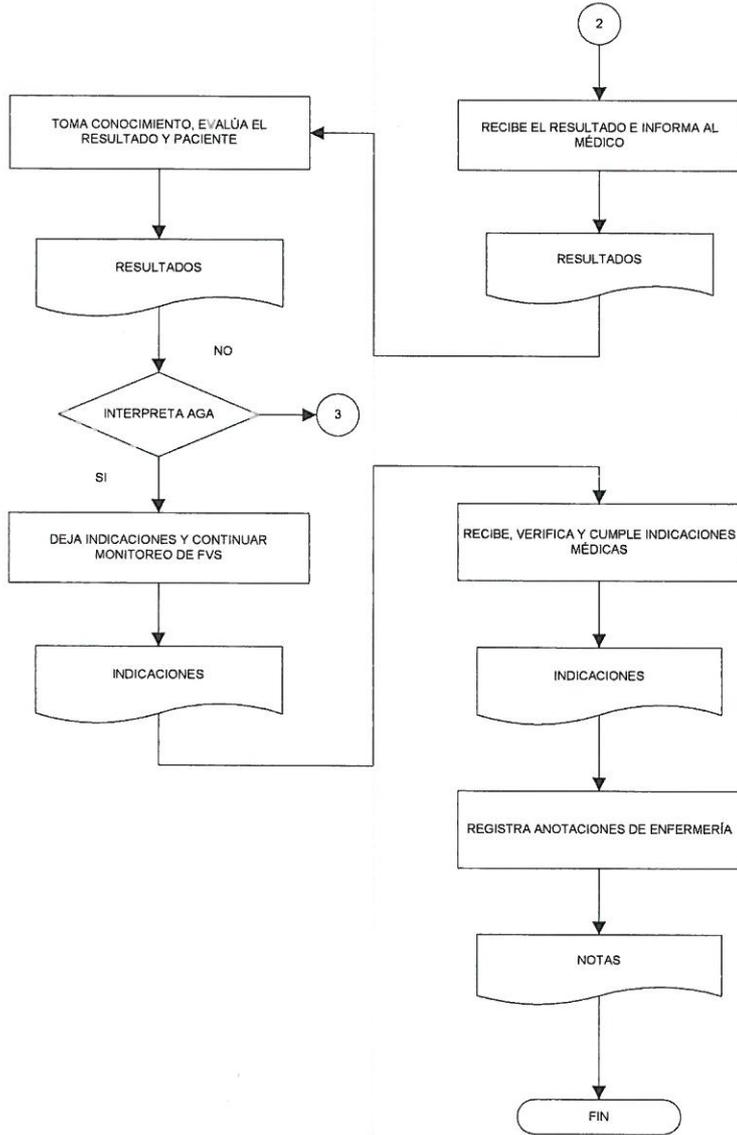
TÉCNICA DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

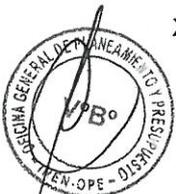
ENFERMERA ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Realización de un Electrocardiograma (EKG)
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-23
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Obtener una representación gráfica de los impulsos eléctricos generados por el corazón del paciente durante el ciclo cardiaco.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control del estado electrocardiográfico del paciente
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen, durante la atención ambulatoria y haya sido prescrito por el médico del INEN.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, la obtención del EKG: técnica y las características del registro electrocardiográfico del paciente e intervenciones realizadas.
 3. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (arritmia, fibrilación,...) en el EKG, será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Registros clínicos.
 3. Electrodo, brazaletes.
 4. Gel para electrocardiograma, papel de EKG.
 5. Guantes.
 6. Gasas.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado libre de interferencias electromagnéticas y ruidos.
 2. Electrocardiógrafo (de uno o múltiples caudales).
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje de registros electrocardiográficos realizados/total de pacientes atendidos por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
 2. Guía de atención de enfermería.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Formato de solicitud del examen EKG.
 5. Hoja de registro de EKG.
 6. Formato de derecho de pago de EKG.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento.



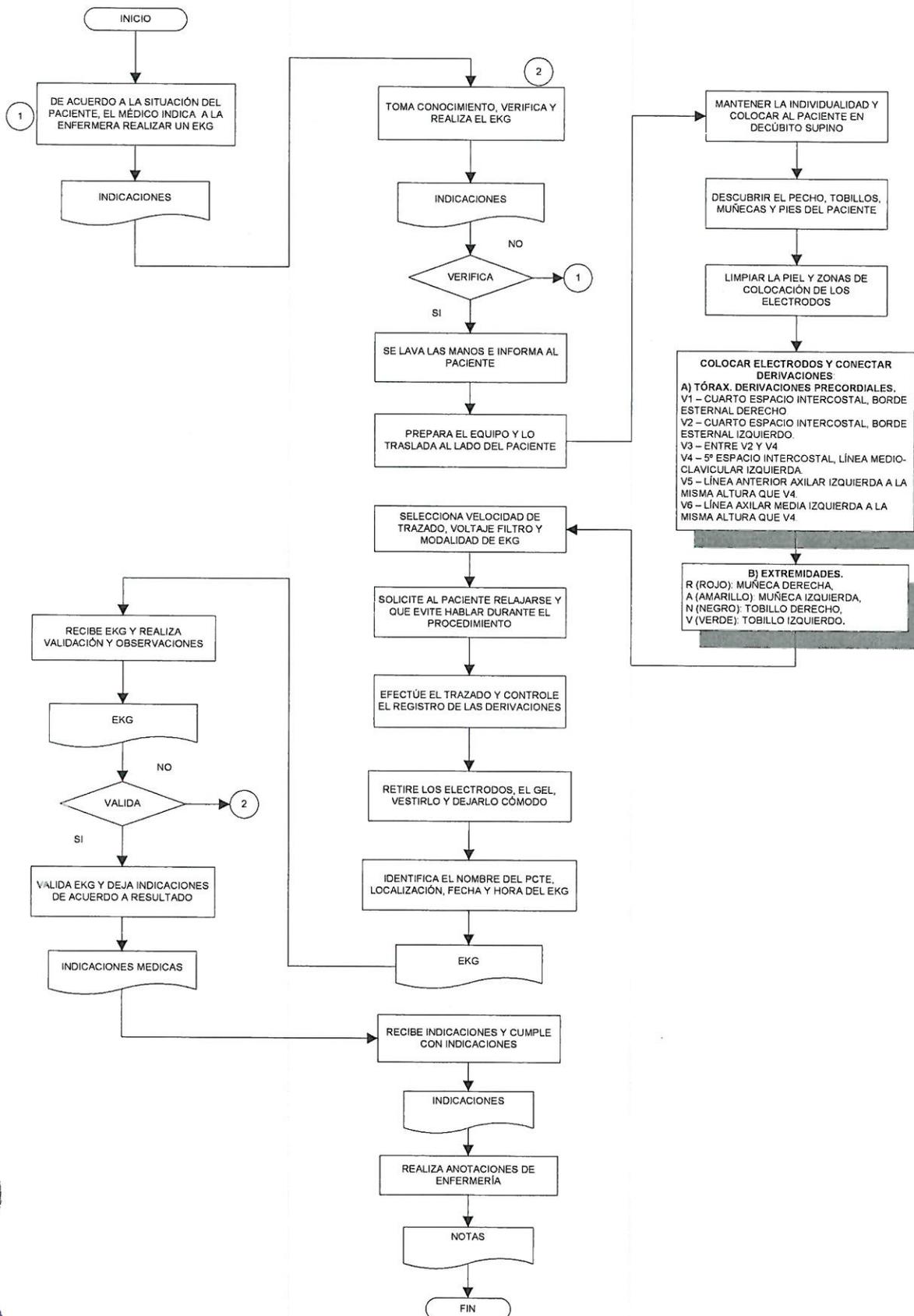
PROCEDIMIENTO: REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición/situación del paciente, el médico indica a la enfermera la realización de un EKG.		Médico	Departamento Médico		
2	O	Toma conocimiento, verifica y decide realizar el procedimiento.					
3	O	Lavarse las manos.		Enfermera/o Especialista			
4	O	Informar al paciente.					
5	O	Preparar el material, equipo y trasladarlo al lado del paciente.					
6	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
7	O	Colocar al paciente en decúbito supino.					
8	O	Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el pecho, tobillos y muñecas.					
9	O	Limpia la piel y/o zonas de colocación de los electrodos. Rasurar si es preciso.					
10	O	Colocar electrodos y conectar derivaciones: a) Torax. Derivaciones precordiales. V1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho. V2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo. V3 – Entre V2 y V4. V4 – 5° espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda. V5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V4. V6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V4. b) Extremitades. R (Rojo): Muñeca derecha, A (Amarillo): Muñeca izquierda, N (Negro): Tobillo derecho, V (Verde): Tobillo izquierdo.	Registro y control electrocardiográfico	Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.	
11	O	Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/seg. y el voltaje a 1 mv. Seleccionar "filtro" y modalidad manual o automática.					
12	O	Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.		Enfermera/o Especialista			
13	O	Efectuar el trazado y controlar que el registro de las derivaciones sea correcto.					
14	O	Retirar los electrodos, retirar el gel y ayudar al paciente a vestirlo dejándolo cómodo.					
15	O	Identificar el registro con nombre del paciente, localización, fecha y hora de realización.					
16	O	Valida, realiza observaciones y deja indicaciones de acuerdo a resultado.		Médico	Departamento Médico		
17	Fin	Registra en las anotaciones de enfermería.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICO DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO MÉDICO



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Punción Lumbar.
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-24
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Establecer un diagnóstico y aplicar tratamiento especializado a través de de la punción lumbar.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Cuidados en la Punción Lumbar.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen, durante la atención ambulatoria y haya sido prescrito por el médico.
 2. Registrar en anotaciones de enfermería e H.C., la situación del paciente, la técnica y las características del líquido cefalorraquídeo del paciente e intervenciones realizadas.
 3. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (sangrado, dolor, incapacidad motora o sensitiva, alteración de lo signos vitales,...) en el paciente, será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, procedimientos especiales, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico.
 2. Enfermera/o Especialista.
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Registros clínicos: Ordenes de examen.
 3. Set de punción lumbar: Campos estériles, Guantes, Agujas, Anestésico local, Antiséptico, Apósitos, Catéteres epidural, Gasas estériles, Jeringas de luer lock, Tubos de análisis (c/s heparina con tapón), Etiquetas identificativos
 4. Quimioterápicos.
- XII. **INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Recipiente para traslado de la muestra.
 3. Cama o camilla.
 4. Contenedor para objetos punzantes.
- XIII. **INDICADORES:**
1. Porcentaje pacientes con punción lumbar / total de pacientes atendidos por periodo.
- XIV. **REGISTROS Y FORMATOS:**
1. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
 2. Guía de Atención de Enfermería.
 3. Hoja de anotaciones de enfermería
 4. Formato de solicitud del examen.
- XV. **ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento



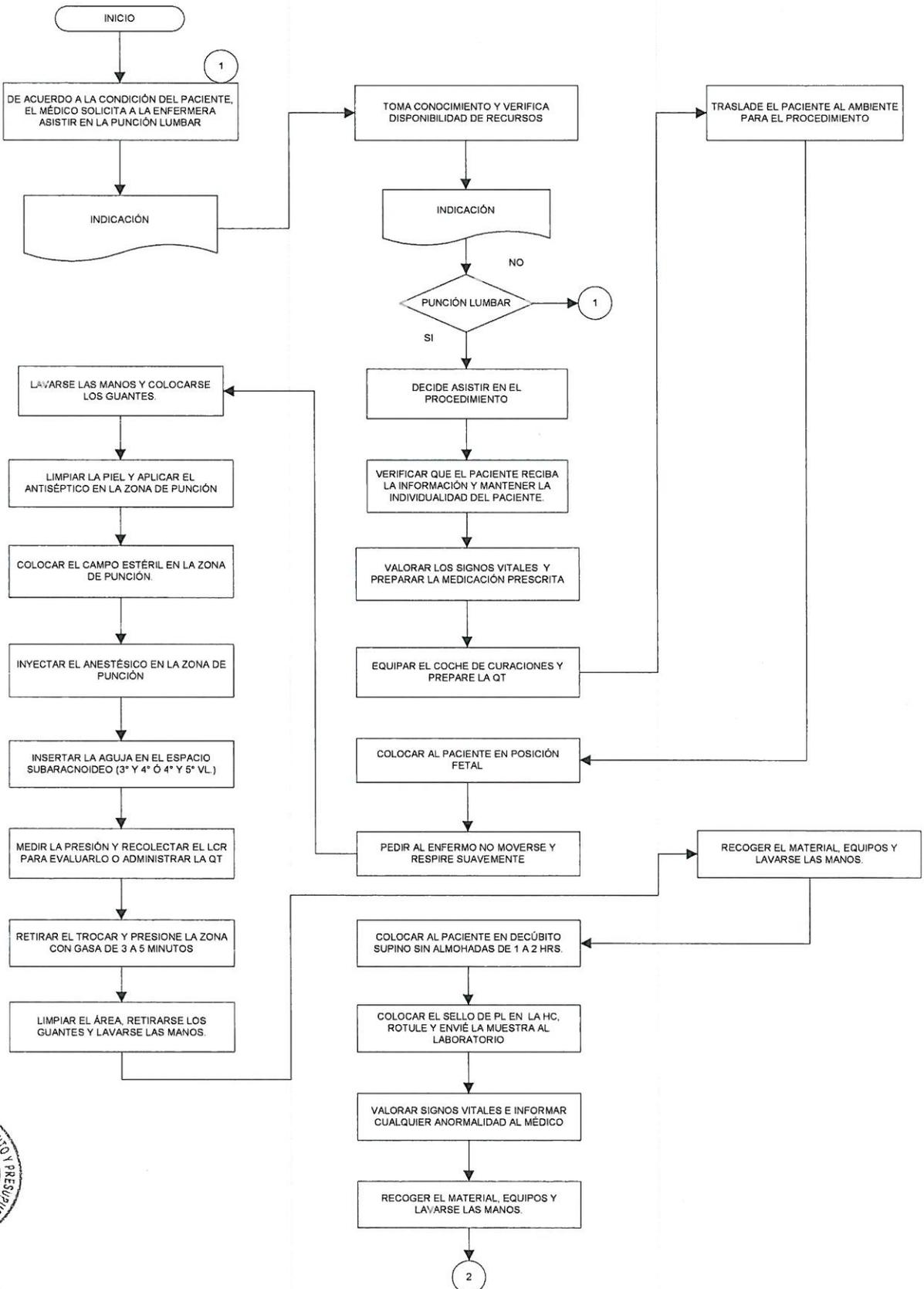
PROCEDIMIENTO: PUNCIÓN LUMBAR		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición/evaluación del paciente, el médico solicita a la enfermera asistir para la realización de la punción lumbar.	Registro y Cuidado de la Punción Lumbar	Médico	Dpto. Médico	■ Porcentaje de pacientes con punción lumbar / total de pacientes atendidos por periodo.	
2	O	Toma conocimiento y decide asistir al médico.					
3	O	Verificar que el paciente reciba la información médica del procedimiento.					
4	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
5	O	Lavarse las manos y colocarse los guantes.					
6	O	Valorar signos vitales en pacientes críticos					
7	O	Preparar la medicación si está prescrita (analgesia, sedación...).					
8	O	Equipar el coche de curaciones para realización del procedimiento.					
9	O	Prepara la medicación (qt).					
10	O	Traslado del paciente al ambiente para realizar el procedimiento.					
11	O	Colocar al paciente en decúbito lateral, al borde de la cama, flexionando el cuello y pegando el mentón con el pecho, a la vez que flexiona las rodillas sobre el abdomen y las sujeta con los brazos (Posición fetal).					
12	O	Pedir al enfermo que no se mueva y que respire suavemente.					
13	O	Limpia la piel y aplicar el antiséptico en la zona de punción.					
14	O	Colocar el campo estéril en la zona de punción.					
15	O	inyectar el anestésico local en la zona de punción (lidocaína).					
16	O	Insertar la aguja adecuadamente en el espacio subaracnoideo entre la 3° y 4° ó 4° y 5° vértebra lumbar. Si no es adecuado repite el procedimiento.					
17	O	Medir las presión y recolectar el LCR para evaluarlo o administrar el medicamento.					
18	O	Retirar el trocar con el guador puesto, presionando la zona con gasa estéril durante 3 a 5 min.					
19	O	Limpia el área, retirarse los guantes y lavarse las manos.					
20	O	Recoger el material, equipos y lavarse las manos.					
21	O	Colocar al paciente en decúbito supino sin almohadas durante 1 a 2 horas.					
22	O	Colocar el sello de raquicenetesis en la hoja N° 4 de la HC, rotular y enviar las muestras para el procesamiento.					
23	O	Valorar signos vitales en pacientes críticos.					
24	O	Informar cualquier alteración o anomalía al médico.					
25	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones médicas					
	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.					



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

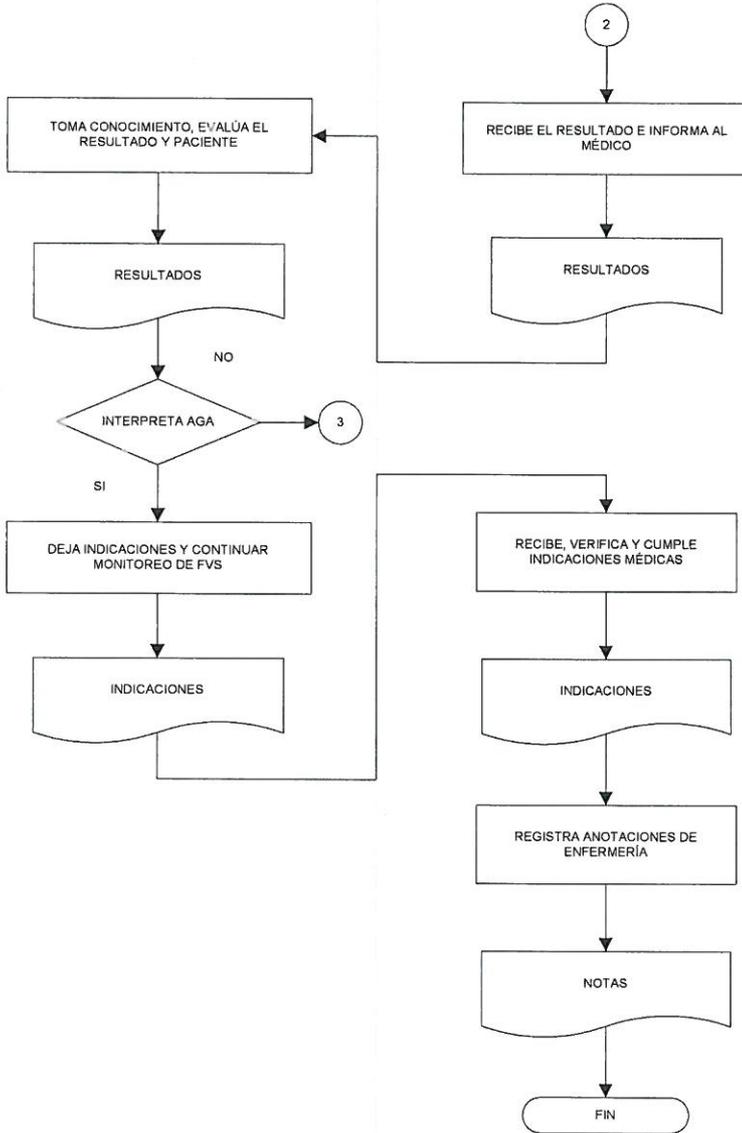
TÉCNICA DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TÉCNICA DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Técnica de inserción, mantenimiento o retiro de Catéter Periférico
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-25
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Lograr la administración y manejo apropiado del tratamiento médico especializado y que sirva como una herramienta de control y/o prevención de complicaciones.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de la inserción, mantenimiento y retiro del Catéter periférico.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes hospitalizados, durante la atención ambulatoria o en situaciones de emergencia u urgencias y cuando haya sido prescrito por el médico.
 2. La preparación y administración de medicamentos dependen de la disponibilidad de los recursos humanos, materiales e instrumentos especializados y de las medidas de bioseguridad para su manipulación.
 3. La enfermera especialista es responsable de la administración y evaluación de los efectos secundarios del tratamiento especializado antineoplásico.
 4. Registrar en las anotaciones de enfermería y en otros de la historia clínica, la situación del paciente, la inserción, el mantenimiento o retiro del catéter periférico, los cuidados de enfermería realizados, indicando especialmente:
 - a) En la inserción del catéter periférico:
 - ✓ Tipo de catéter.
 - ✓ Lugar y número de veces de inserción.
 - ✓ Fecha y Hora del procedimiento.
 - ✓ Observaciones y/o anotaciones.
 - ✓ Nombre y Firma del médico o enfermera que lo realiza.
 - b) En el mantenimiento del catéter periférico:
 - ✓ Estado actual.
 - ✓ Fecha y Hora de mantenimiento.
 - ✓ Observaciones y/o anotaciones.
 - ✓ Nombre y Firma de la enfermera/o que lo realiza.
 - c) En el retiro del catéter periférico:
 - ✓ Motivo del retiro.
 - ✓ Fecha y Hora del retiro.
 - ✓ Nombre y Firma de la enfermera/o que lo retira (sello).
 5. La enfermera deberá establecer un plan de cuidados y mantenimiento programado de los catéteres.
 6. La enfermera deberá vigilar y reportar diariamente la condición del catéter. Cualquier efecto esperado o inesperado, deberá reportar, registrar e informar al médico tratante para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Registros clínicos.
 3. Fármacos prescritos.
 4. Set de catéter periférico:
 - ✓ Catéteres periféricos.
 - ✓ Ligadura.
 - ✓ Alcohol puro.
 - ✓ Solución antiséptica



- ✓ Torundas de algodón/gasas
 - ✓ Jeringas y agujas.
 - ✓ Gasas estériles 2 x 2 precortada
 - ✓ Apósitos o protector transparente.
 - ✓ Esparadrapo antialérgico.
5. Suero salino fisiológico, heparina.
 6. Equipo de venoclisis, llave de tres vías.
 7. Obturadores.
 8. Contenedor para material punzante.

XII INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente adecuado.
2. Unidad del paciente.
3. Coche de enfermera.

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periférico / total de pacientes hospitalizados por periodo.
2. Porcentaje de pacientes hospitalizados con flebitis según servicio o unidad por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

1. Guía de atención de enfermería.
2. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
3. Hoja de anotaciones de enfermería.

XV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATÉTERES PERIFÉRICOS

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición/evaluación del paciente, el médico indica a la enfermera la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico.	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter periférico	Médico	Dpto. Médico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periférico / total de pacientes hospitalizados por período. 	
2	O	Toma conocimiento, verifica orden y realiza la inserción ó mantenimiento ó retiro del catéter.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	O	Lavarse las manos con jabón o clorexidina 2 %.		Técnico en Enfermería			
4	O	Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.		Enfermera/o Especialista			
5	O	Informar al paciente sobre la inserción, mantenimiento ó retiro del catéter.					
6	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.					
7	O	Colocar al paciente en la posición correcta, según la técnica a realizar. En la inserción del catéter periférico se realizará: a. Seleccionar la vena más adecuada atendiendo a: - El estado de las venas del paciente. - Características de la solución a infundir. - Calibre del catéter. b. Colocar un campo debajo de la zona de punción. c. Colocar la ligadura 10 a 15 cm. por encima de la zona elegida. d. Aplicar la solución antiséptica en la zona y dejar secar. e. Coger el catéter con la mano dominante. f. Desentundar el catéter. g. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva. h. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba, con un ángulo entre 15° y 30° ligeramente por debajo del punto elegido y en dirección a la vena. i. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía. j. Retirar la ligadura y conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 ó 3 cc. de suero fisiológico heparinizado colocando posteriormente el obturador. k. Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico. l. Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo. m. Fijar el catéter y el equipo de infusión con gasa y esparadrapo					
8	O						



PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATÉTERES PERIFÉRICOS

PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATÉTERES PERIFÉRICOS		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN	SUBPROCESO: Gestión del Cuidado	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relac.	
N° Ord	Tipo Activ	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	
9	O	<p>En el mantenimiento del catéter periférico se realizará:</p> <ol style="list-style-type: none"> Lavarse las manos con jabón clorexidina para manipular el sistema y los guantes estériles para los cambios del apósito. Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis. Cambiar el apósito o sistema cada 48 – 72 horas, o cuando esté húmedo, manchado o despegado, contaminado o presente fugas, etc. Vigilar la zona de punción, valorando signos de infección: rubor, calor, tumor y/o exudado. Limpiar con antiséptico el punto de punción, en forma circular de dentro hacia fuera. Colocar una gasa debajo de la conexión catéter–equipo para evitar decúbitos. Utilizar llave de tres pasos con extensión para que la manipulación sea menos traumática. Mantener la llave de tres pasos bien cerrada (con sus tapones). Desinfectar las entradas de la llave con antiséptico siempre que se utilice. Evitar las desconexiones con el sistema intravenoso. Mantener los catéteres heparinizados. Cambiar el catéter siempre que existan flebitis, extravasación, obstrucción o sospecha de infección en el punto de punción. 	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter periférico	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periférico / total de pacientes hospitalizados por periodo.
10	O	<p>En el retiro del catéter periférico se realizará:</p> <ol style="list-style-type: none"> Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección. Limpiar con la solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia fuera, con movimientos circulares. Retirar con suavidad el esparadrapo ó apósito con cuidado. Extraer el catéter lentamente sin rozar la piel. Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos. Limpiar el área y colocar un apósito estéril. 		Técnico en Enfermería		
11	O	Lavarse las manos.				
12	O	Dejar al paciente en posición correcta con acceso al timbre y objetos personales.				
13	O	Desechar los materiales, equipos, (aguja, jeringa algodón, ...) en el contenedor de objetos punzantes y no punzantes.				
14	O	Informar oportunamente al médico cualquier anomalía o complicación ocurrida antes, durante y después de la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico.		Enfermera/o Especialista		
15	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones.		Médico	Dpto. Médico	
16	Fin	Registra en las anotaciones de enfermería, la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico. Así como las incidencias y acciones realizadas en el procedimiento.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	

OBSERVACIONES

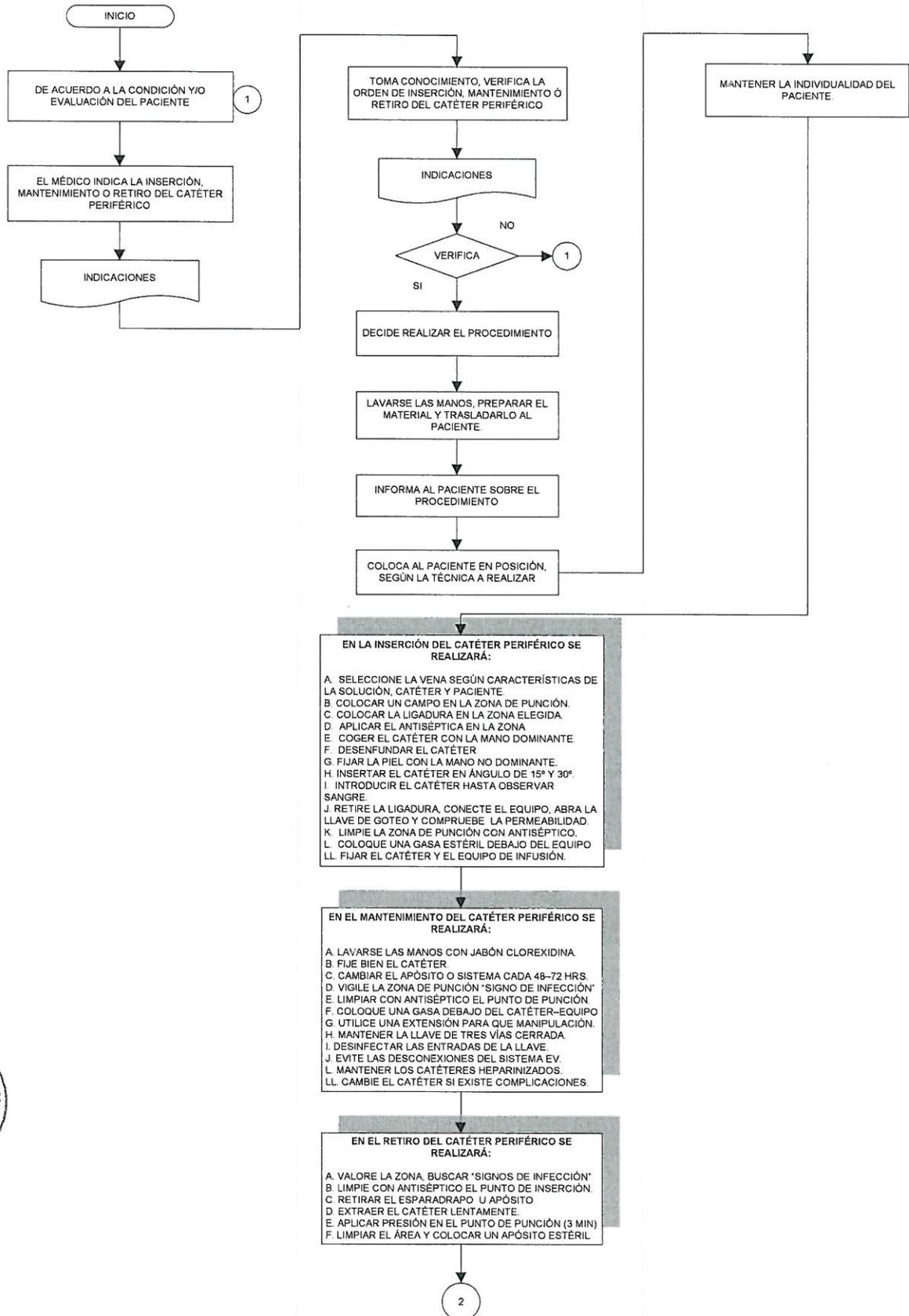
- Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- Tener en cuenta a los pacientes post mastectomía, con SOCVS y otros
- No pinchar en las venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas tijeras si fuera necesario.
- Utilizar un catéter en cada intento de inserción. Una misma enfermera/o no debería realizar más de tres intentos.
- Los apósitos transparentes de poliuretano tienen la ventaja de que se visualiza el punto de punción; pero deben vigilarse constantemente por el riesgo de acumulación de humedad debajo de él y por lo tanto de colonización e infección.
- En caso de que aparezca fiebre de origen desconocido, se cambiará el equipo completo (catéter–sistema–equipo –suero).
- Cultivar la punta del catéter si se observan signos de infección (enrojecimiento...) para ello abrir el frasco de cultivo e sin tocarlo, la punta del catéter y cortar con las tijeras estériles, tapar el frasco y etiquetar.
- Cultivar la muestra de exudado purulento se podrá tomar una muestra de éste con un hisopo y mandarlo también al servicio de Microbiología.

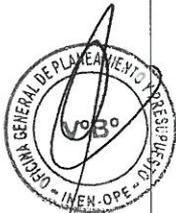
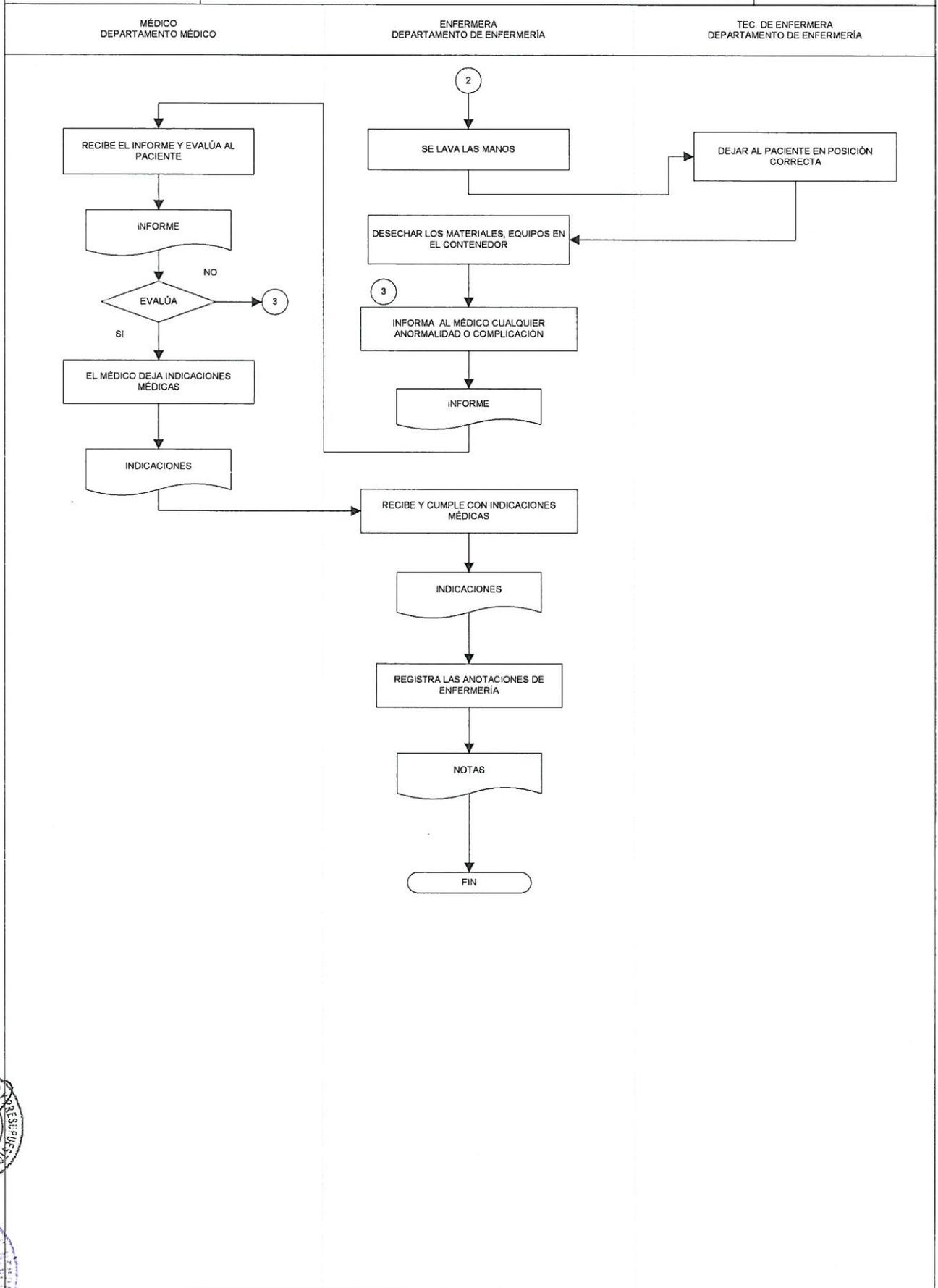


MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA





FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Técnica de inserción, mantenimiento o retiro del Catéter Venoso Central
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-26
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Lograr la administración y manejo apropiado del tratamiento médico especializado y que sirva como una herramienta de control y/o prevención de complicaciones.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de la inserción, mantenimiento y retiro del Catéter Venoso Central.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
- Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se encuentren hospitalizados, durante la atención ambulatoria, en situaciones de emergencia u urgencias del paciente y haya sido prescrito por el médico.
 - La inserción del catéter venoso central lo realiza exclusivamente del medico especialista o entrenado en el manejo de catéteres venosos centrales.
 - La enfermera especialista es responsable del cuidado y mantenimiento y retiro de los catéteres venosos centrales.
 - El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería y Guía clínica médica.
 - Registrar en las anotaciones de enfermería y en otros de la historia clínica, la situación del paciente, la zona de inserción, el mantenimiento y el retiro del CVC, las indicaciones médicas y los cuidados de enfermería realizados, indicando especialmente:
 - En la inserción del catéter periférico:
 - ✓ Tipo de catéter.
 - ✓ Lugar y número de veces de inserción.
 - ✓ Fecha y hora de la inserción.
 - ✓ Observaciones y/o anotaciones.
 - ✓ Nombre y Firma del médico que lo realiza (sello).
 - En el mantenimiento del catéter periférico:
 - ✓ Estado actual.
 - ✓ Fecha y Hora de mantenimiento.
 - ✓ Observaciones y/o anotaciones.
 - ✓ Nombre y Firma de la enfermera/o que lo realiza (sello).
 - En el retiro del catéter periférico:
 - ✓ Motivo del retiro.
 - ✓ Fecha y Hora del retiro.
 - ✓ Nombre y Firma del médico que lo realiza (sello).
 - La enfermera deberá establecer un plan de cuidados y mantenimiento programado de los catéteres. Cualquier efecto esperado o inesperado, deberá reportar y registrar oportunamente al médico tratante para su evaluación y manejo oportuno.
 - Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (sangrado, dolor, disnea, cambios en signos vitales del paciente,...) será informado oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, procedimientos especiales, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
- Médico
 - Enfermera/o Especialista
 - Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
- Registros de Enfermería



2. Registros clínicos.
3. Fármacos prescritos.
4. Set de catéter central:
 - ✓ Catéter central.
 - ✓ Alcohol puro.
 - ✓ Solución antiséptica
 - ✓ Torundas y gasas.
 - ✓ Jeringas y agujas.
 - ✓ Gasas estériles.
 - ✓ Apósitos o protector transparente.
 - ✓ Esparadrapo antialérgico.
5. Material de Fluidoterapia:
 - ✓ Suero salino fisiológico,
 - ✓ Suero heparinizado
 - ✓ Heparina.
 - ✓ Equipo de venoclisis, llave de tres vías.
6. Obturadores.
7. Contenedor para material punzante.
8. Bolsa para residuos.

XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente adecuado.
2. Coche de curaciones.
3. Equipo de colocación y curación de CVC.

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro del CVC / total de pacientes hospitalizados por periodo.
2. Porcentaje de pacientes hospitalizados con complicaciones del CVC (flebitis, obstrucción,..) según servicio por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

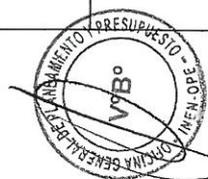
1. Guía de atención de enfermería.
2. Hoja de indicaciones terapéuticas.
3. Formatos de radiodiagnóstico (control de catéter)
4. Hoja de anotaciones de enfermería.
5. Formato de pedido de equipos.
6. Formato de receta (catéteres, equipos, soluciones, medicamentos).

XV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición/evaluación del paciente, el médico coordina con la enfermera la inserción, mantenimiento o retiro del catéter venoso central.		Dpto. Médico	Dpto. Médico		
2	O	Toma conocimiento, verifica y participa en la inserción, mantenimiento ó retiro del CVC.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	O	Lavarse las manos.		Médico	Dpto. Médico		
4	O	Preparar la solución a infundir, el material o equipo y lo traslada al lado del paciente.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
5	O	Informar al paciente sobre la inserción, mantenimiento ó retiro del catéter venoso central		Médico	Dpto. Médico		
6	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.		Técnica en Enfermería	Departamento de Enfermería		
7	O	Colocar al paciente en la posición correcta (de cubito supino) ó según la técnica a realizar.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
8	O	Colocarse los guantes estériles. En la inserción del catéter venoso central se realizara: a. Elegir la zona, lavar y/o desinfectar ampliamente con yodopovidona el sitio de inserción. b. Limitar la zona con campo y material estéril. c. Retirarse y luego colocarse guantes estériles. d. Preparar, verifica la calidad de los materiales y equipos del CVC. e. Realizar la infiltración anestésica de la zona. f. Realiza la inserción de la vena y avanza manteniendo la succión con la jeringa hasta obtener flujo libre de sangre venosa. g. Retira la aguja y deja el guador, luego introduce el catéter a través del guador hasta la vena cava superior y la aurícula derecha y posteriormente retira el guador. h. Conecta el extremo proximal del catéter al suero y comprueba el retorno venoso. i. Realiza la sutura del catéter a la piel, coloca gasa estéril impregnada con antiséptico y aplica esparadrapo en la zona de inserción. j. Fijar bien el sistema de infusión a la piel para evitar tracciones. k. Indicar la toma de Rx de Tórax para comprobar la posición del catéter.	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter venoso central	Médico	Departamento Médico	Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro del CVC / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
9	O	En el mantenimiento del catéter venoso central se realizara: a. El procedimiento será el mismo que "Cuidados y mantenimiento del catéter periférico " (AS-DE-25), teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: b. Para curar el punto de punción se realizará con técnica estéril. c. Realizar con técnica estéril todos los cambios de sistemas y accesorios. d. Evitar las desconexiones del sistema y limitar el uso de llaves de tres pasos y otras conexiones estrictamente a lo necesario. e. Aplicar antiséptico en la entrada de las llaves cuando se cambien los sistemas o se administre medicación en bolo. f. Envolver las conexiones en gasas impregnadas con un antiséptico. g. Heparinizar las lúmenes que no se utilicen de los catéteres y cada vez que se utilicen intermitentemente para administrar medicación y hemoderivados. h. Restringir las extracciones de sangre a través de estas vías; en caso de que se utilicen se lavaran con suero fisiológico tras la extracción de la muestra.					
10	O			Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		

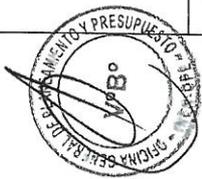


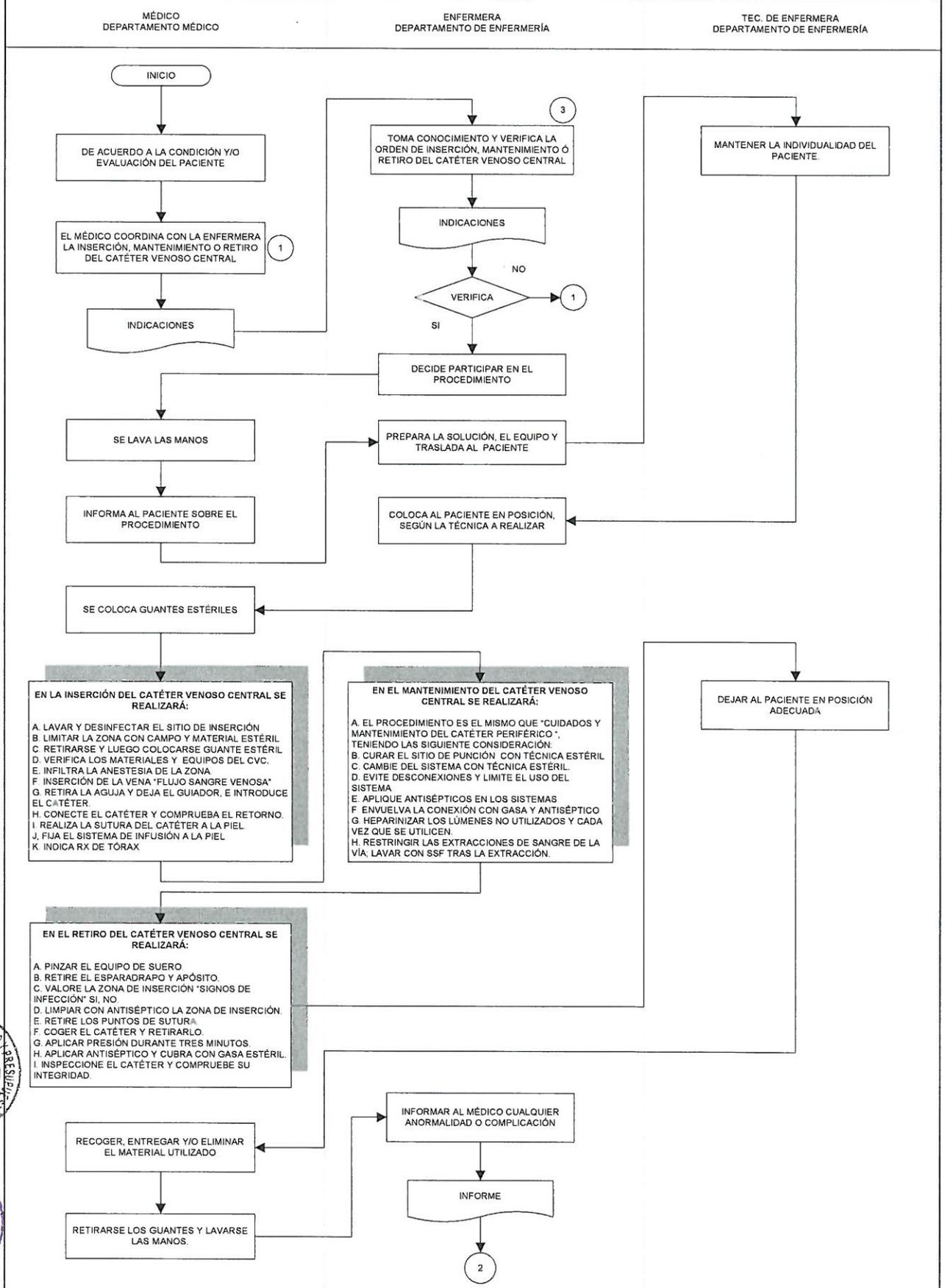
PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
11	0	<p>En el retiro del catéter venoso central se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pinzar el equipo de suero si lo hubiera. b. Retirar el esparadrapo y apósito de la piel del paciente. c. Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección (ver observaciones). d. Limpiar con solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia fuera, con movimientos circulares. e. Retirar puntos de sutura si los hubiera. f. Coger el catéter cerca de la zona de inserción y retirarlo muy lentamente. g. Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos aproximadamente. h. Limpiar el área con antiséptico y cubrir con una gasa y un apósito estéril. i. Inspeccionar el estado del catéter y comprobar que la punta esté íntegra. 	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter venoso central	Médico	Departamento Médico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro del CVC / total de pacientes hospitalizados por periodo. 	
12	0	j. Dejar al paciente en posición cómoda-adeuada al timbre y objetos personales.		Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería		
13	0	Informar oportunamente al médico cualquier anomalía o complicación ocurrida antes, durante y después de la inserción, mantenimiento o retiro del catéter.		Enfermera/o Especialista			
14	0	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones.		Médico	Dpto. Médico		
15	0	Recoger, entregar o eliminar el material utilizado en el procedimiento.		Médico y Enfermera/o Especialista	Dpto. Médico Dpto. Enfermería		
16	Fin	Retirarse los guantes y lavarse las manos. Registrar en las anotaciones de enfermería y otros registros la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico. Así como las incidencias y acciones realizadas.		Médico	Dpto. Médico		
<p>OBSERVACIONES Cultivar la punta del catéter si se observan signos de infección (exudado, enrojecimiento...); para ello abrir el frasco de cultivo e introducir, sin tocarlo, la punta del catéter y cortar con las tijeras estériles, tapar el frasco y etiquetar. Si existiera exudado purulento se podrá tomar una muestra de este con un hisopo y mandarlo también al servicio de Microbiología.</p>							

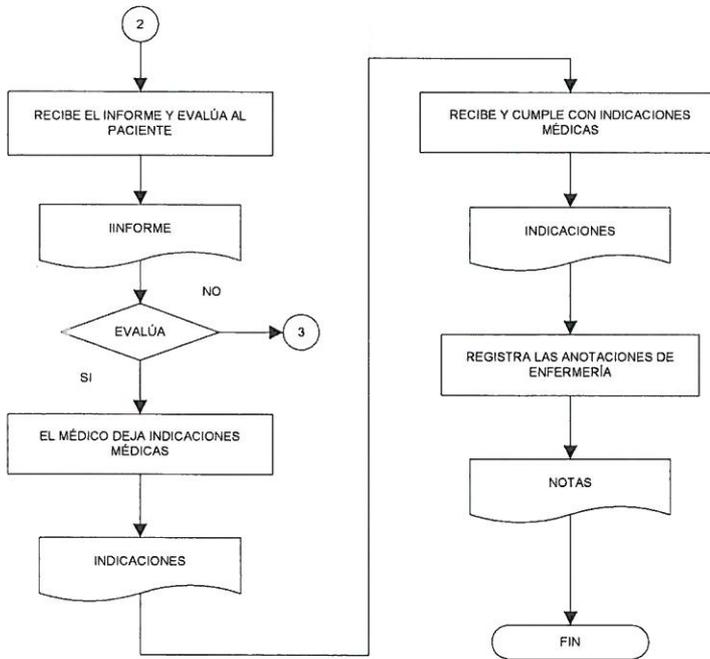




MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

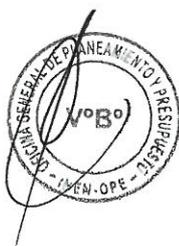
ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Fluidoterapia
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-27
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Preparar y administrar líquidos al paciente por vía intravenosa en dosis y horarios prescritos.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control de la hidratación.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará para pacientes hospitalizados y durante la atención ambulatoria, en situaciones de emergencia u urgencias del paciente, cuando haya sido prescrito por el médico.
 2. La preparación y administración de la hidratación depende de la disponibilidad de recursos humanos, materiales e instrumentos especializados y de las medidas de bioseguridad para su manipulación.
 3. La enfermera es responsable de la hidratación y control de efectos secundarios, que ello ocasionara.
 4. Registrar en las anotaciones de enfermería y en otros de la historia clínica, el inicio, durante y final de la fluidoterapia: las observaciones, peso diario - cuidados durante y después de la intervención realizada, teniendo en cuenta lo siguiente:
 - ✓ Volumen total a ingresar.
 - ✓ Dosis y horario establecido.
 - ✓ Nombre y sello de la enfermera/o que lo realiza.
 5. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (edema, extravasación, dolor, disnea, tos, cambios en signos vitales del paciente,...) será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, procedimientos especiales, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registro de enfermería
 2. Registros Clínicos
 3. Medicamentos, fluidoterapia prescrita.
 4. Sistema de infusión: equipo de venoclisis, para bomba, microgoteros.
 5. Catéter periférico o central
 6. Conexión o llave de tres vías
 7. Esparadrapo.
 8. Jeringas, agujas
 9. Filtro antibacteriano.
 10. Guantes.
 11. Microgoteros c/bureta de 150 ml.p/solución intravenosa
 12. Obturador.
 13. Solución antiséptica
 14. Equipo inyector baja absorción p/citostáticos sin pvc.
 15. Equipo inyector con toma aire con filtro antibacter.sin látex.
 16. Filtro 0,22 micra p/administración de nutrición.
 17. Contenedor para material punzante.



XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente adecuado para la preparación y administración de medicamentos.
2. Bomba de Perfusión Volumétrica.
3. Soporte.
4. Recipiente.
5. Cabina de flujo laminar.

XIII. INDICADORES:

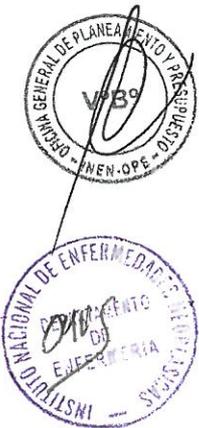
1. Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia/total de pacientes hospitalizados por periodo.
2. Tiempo promedio de permanencia del paciente con fluidoterapia/ total de pacientes hospitalizados por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

1. Hoja de indicaciones terapéuticas.
2. Guía de atención de enfermería.
3. Hoja de anotaciones de enfermería.
4. Registro de enfermería
5. Registro Médico.

XV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.



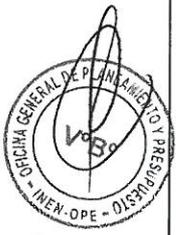
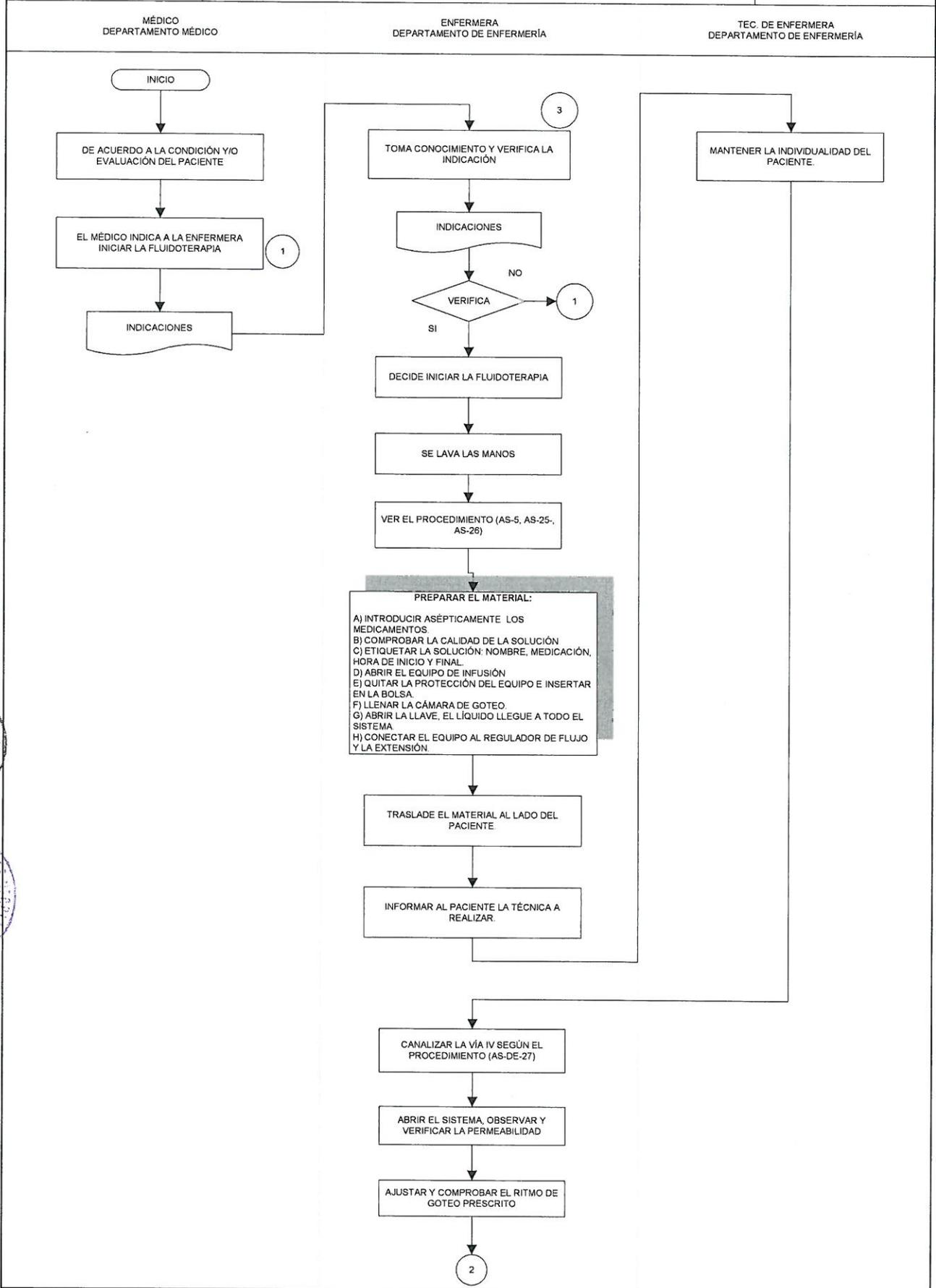
PROCEDIMIENTO: FLUIDOTERAPIA

PROCESO: HOSPITALIZACIÓN

SUBPROCESO: Gestión del Cuidado

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de Actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la condición, necesidad/problema del paciente el médico indica a la enfermera iniciar la fluidoterapia.		Médico	Dpto. Médico		
2	0	Toma conocimiento, verifica y dispone a iniciar la fluidoterapia.					
3	0	Lavarse las manos.					
4	0	Ver el procedimiento (AS-DE-05, (AS-DE-25), (AS-DE-26).					
5	0	Preparar el material: a) Introducir de forma aséptica los medicamentos prescritos. b) Comprobar el color y la claridad de la solución IV una vez preparada. c) Etiquetar la solución con el nombre del paciente, medicación, hora de inicio y final. d) Abrir el equipo de infusión manteniendo estéril ambos extremos y clampar. e) Quitar la cubierta protectora del equipo e insertar en la bolsa o frasco de infusión. f) Llenar la cámara de goteo con la solución a un tercio o la mitad de su capacidad. g) Abrir la llave, lentamente permitiendo que el líquido llegue a todo el sistema. h) Conectar el equipo al regulador de flujo y la extensión con llave de tres vías.		Enfermera/o Especialista			
6	0	Trasladar el material al lado del paciente.	Registro y Control de la hidratación		Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
7	0	Informar al paciente de la técnica a realizar.		Técnico en Enfermería			
8	0	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.		Enfermera/o Especialista			
9	0	Canalizar la vía IV según el procedimiento (AS-DE-27), si no la hubiera.					
10	0	Conectar el extremo (estéril) del equipo al catéter IV de manera aséptica.					
11	0	Abrir el sistema, observar y verificar la permeabilidad del catéter.					
12	0	Ajustar y comprobar el ritmo de goteo prescrito					
13	0	Fijar el sistema de infusión con esparadrappo para evitar tracciones.					
14	0	Dejar al paciente en posición cómoda-adeuada al timbre y objetos personales.		Técnico en Enfermería			
15	0	Recoger el material. Retirarse los guantes y lavarse las manos.		Enfermera/o Especialista			
16	0	Controlar las funciones vitales e informar cualquier alteración al médico.					
17	0	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones terapéuticas.					
18	Fin	Registrar en las anotaciones de Enfermería. Cuando se precise perfundir líquidos a pacientes pediátricos, drogas vaso-activas, nutrición parenteral, se utilizarán bombas de perfusión.		Médico	Dpto. Médico		



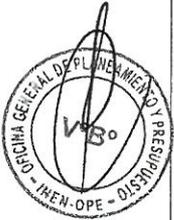
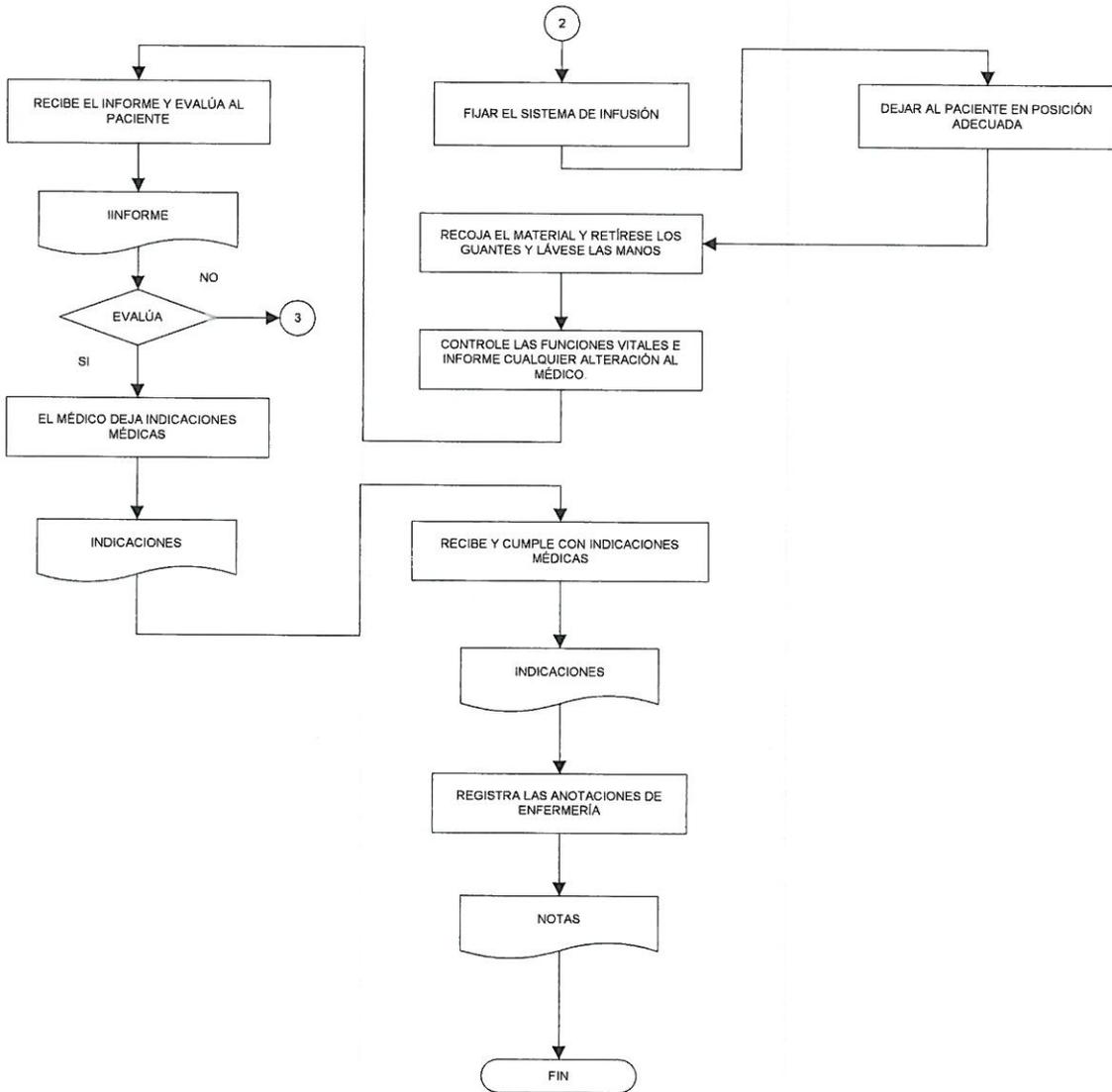


FLUIDOTERAPIA

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Transfusión Sanguínea y Hemoderivados
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-28
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Administrar sangre o hemoderivados al paciente en las condiciones de seguridad adecuada evitando complicaciones.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Diario
- IX. **NORMAS:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes de la institución que se encuentren hospitalizados, durante la atención ambulatoria, en situaciones de emergencia u urgencias del paciente y haya sido prescrito por el médico.
 2. La verificación de datos del paciente y del producto sanguíneo a administrar son de competencia de la enfermera.
 3. La enfermera es responsable de la administración y monitoreo de los efectos secundarios de la transfusión sanguínea y sus derivados.
 4. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el inicio, durante y final de la transfusión sanguínea: las observaciones, cuidados durante y después de la intervención realizada. Se deberá registrar especialmente:
 - ✓ Nombre e historia clínica del paciente.
 - ✓ Dosis y Volumen total administrado.
 - ✓ Hora de inicio y fin de la administración.
 - ✓ Grupo sanguíneo y Rh y número de bolsa de transfusión.
 - ✓ Observaciones.
 - ✓ Nombre y sello de la enfermera/o que lo realiza.
 5. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (fiebre, dolor, disnea, tos, escalofríos, cambios en signos vitales del paciente,...) será informada oportunamente al médico especialista para su evaluación y manejo clínico. Si el paciente se encuentra en estado crítico o inestable (emergencia, sala de operaciones, cuidados pre post anestésicos, recuperación, TAMO, UCI, UTI, Endoscopia y cirugía menor, procedimientos especiales, salas de aislados o neutropenia,...) niño o anciano, adulto o joven; esta deberá de informarse inmediatamente para su evaluación y manejo oportuno.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XII. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Equipo de inyector especial para transfusión.
 3. Equipos de bomba de infusión para hemoderivados.
 4. Antiséptico.
 5. Esparadrapo.
 6. Filtro de leucocitos.
 7. Guantes.
 8. Jeringas y agujas.
 9. Presurizador (manguito de presión para paso rápido de líquidos).
 10. Registros (tapón y sello).
 11. Sangre o hemoderivados.
 12. Solución antiséptica.
 13. Suero salino fisiológico.
 14. Adaptador p/perfusión intermitente (obturador)



15. Contenedor.
16. Equipo transfusión sanguínea.
17. Esparadrapo antialérgico
18. Filtro microagregado sq-40se s/ set de infusión horizontal
19. Guantes estéril y no estéril
20. Jeringas c/luer
21. Sistema volumétricos para hemoderivados
22. Sangre o hemoderivado
23. Suero salino fisiológico

XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente adecuado para la administración.
2. Recipiente.
3. Bomba de Perfusión Volumétrica.
4. Soporte.

XIII. INDICADORES:

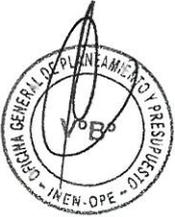
1. Porcentaje de pacientes que reciben productos hemoderivados / total de pacientes hospitalizados por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

1. Hoja de indicaciones terapéuticas.
2. Guía de atención de enfermería.
3. Hoja de anotaciones de enfermería.
4. Registros de Enfermería
5. Registros médicos.

XV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y DE HEMODERIVADOS		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado				
N° Orden	Tipo Activ.	Descripción de actividad		Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a la necesidad/problema del paciente el médico indica a la enfermera la transfusión de sanguínea y/o hemoderivados.		Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Médico	Dpto. Médico		
2	O	Toma conocimiento, verifica y decide a iniciar la transfusión sanguínea y/o hemoderivados.			Enfermera/o Especialista			
3	O	Ver el procedimiento. (AS-DE-25)			Técnico en Enfermería			
4	O	Verificar que el producto a recibir corresponde con el prescrito por el médico: Nombre del paciente, N° HC, grupo sanguíneo y Rh, N° de unidades, fecha de caducidad y el aspecto (color, grumos, burbujas,... Comprobar en la historia del paciente, en las bolsas de hemoderivados y en el impreso de Banco de Sangre que acompaña al producto			Enfermera/o Especialista			Porcentaje de pacientes que reciben productos hemoderivados / total de pacientes hospitalizados por periodo
5	D	Si hay alguna anomalía, se rechaza el producto y se informa al servicio de Banco de Sangre. Remitir el producto de inmediato.					Departamento de Enfermería	
6	O	Lavarse las manos.						
7	O	Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.						
8	O	Informar al paciente de la técnica a realizar.						
9	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.						
10	D	Volver a comprobar los datos del preparado, la identidad del paciente y si ha presentado reacciones adversas en las anteriores transfusiones.						
11	O	Colocar al paciente en posición cómoda.						
12	O	Tomar constantes vitales (Tª, TA, FR, FC).						
13	O	Comprobar que la vía intravenosa canalizada es del calibre adecuado y permeable o canalizar una si no la hubiera (AS-DE-27).				Enfermera/o Especialista		



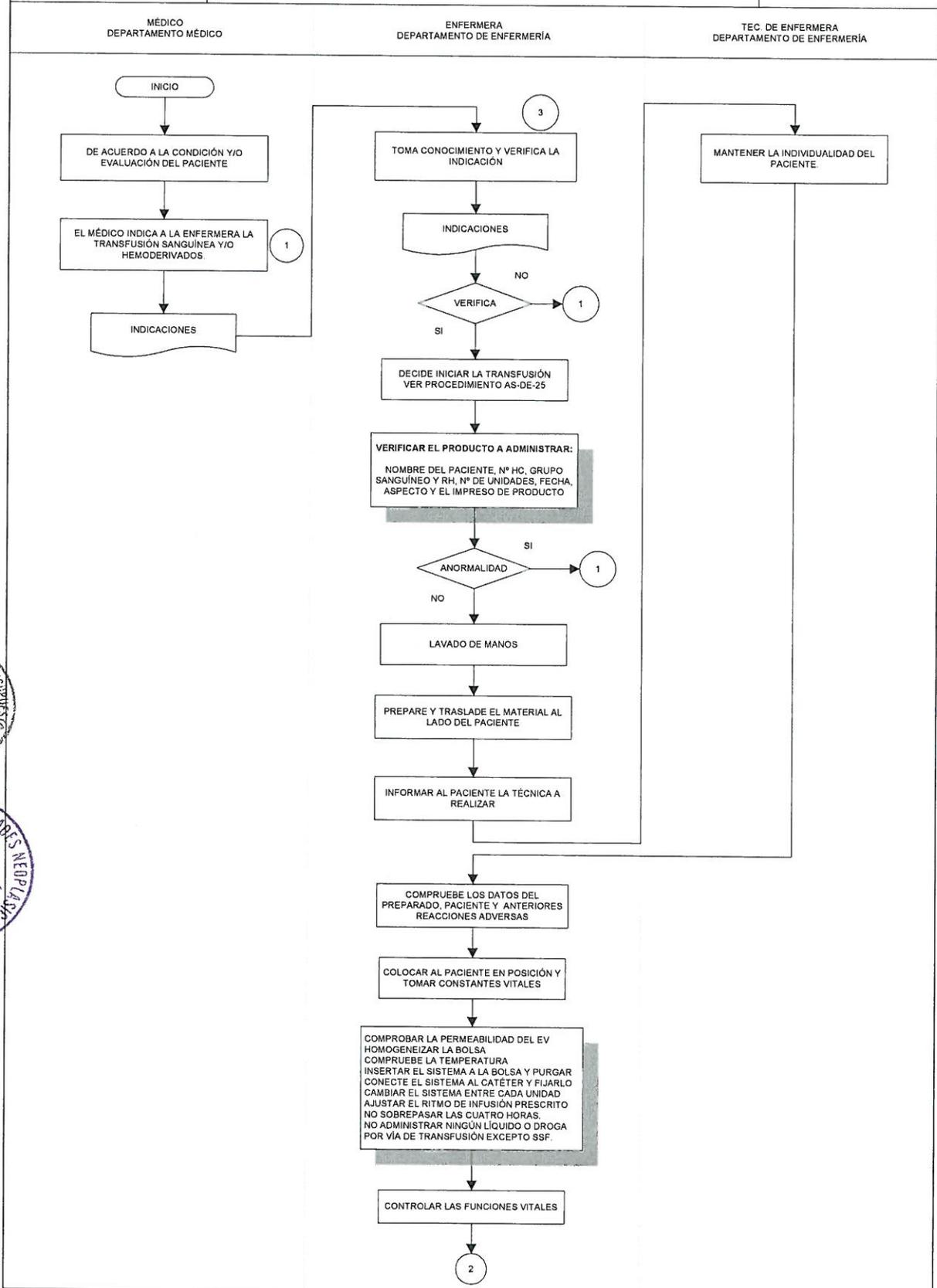
PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y DE HEMODERIVADOS		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN			SUBPROCESO: Gestión del Cuidado		
N° Orden	Tipo Activ.	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
14	O	Homogeneizar la bolsa y comprobar que la temperatura del producto a transfundir es similar a la temperatura del cuerpo.					
15	O	Insertar el sistema en la bolsa del hemoderivado y purgarlo.					
16	O	Conectar el extremo (estéril) del sistema al catéter IV de manera aséptica y fijarlo.					
17	O	Cambiar el sistema entre cada unidad cuando transfunda sangre total o cc hematíes					
18	O	Iniciar la transfusión y permanecer al lado del paciente los primeros minutos.					
19	O	Ajustar el ritmo de infusión prescrito, no sobrepasar las cuatro horas.					
20	O	No administrar ningún otro líquido o medicación a la vez por la misma vía mientras dure la transfusión excepto suero salino fisiológico (SSF). Si resulta inevitable administrar medicación, limpiar la vía con SSF antes y después.					



PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA Y DE HEMODERIVADOS **PROCESO: HOSPITALIZACIÓN** **SUBPROCESO: Gestión del Cuidado**

N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
21	O	Tomar las funciones vitales al inicio y al finalizar la transfusión.	Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes que reciben productos hemoderivados / total de apacientes atendidos por periodo.	
22	O	Vigilar el ritmo de infusión y el estado general del paciente.					
23	O	Suspender la transfusión ante cualquier tipo de reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea...(ver observaciones) y avisar al médico.					
24	O	Lavar la vía IV con suero salino fisiológico una vez terminada la transfusión.					
25	O	Dejar al paciente cómodo y con acceso al timbre y objetos personales.					
26	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.					
27	O	Comunicar al médico cualquier efecto adverso.					
28	O	Toma conocimiento, valora y deja indicaciones médicas.					
29	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería: Hora de inicio y de finalización, Grupo sanguíneo, Rh, Tipo de hemoderivado y n° de unidades, Signos vitales, Respuesta del paciente a la transfusión, Firma y sello de la enfermera.					
		<p>OBSERVACIONES</p> <p>Pautas a seguir ante una reacción transfusional:</p> <p>Interrumpir de inmediato la transfusión, Notificar la reacción al médico, Valorar y estabilizar al paciente, Controlar los signos vitales en especial TA, esfuerzo respiratorio y diuresis.</p> <p>Retirar el equipo de transfusión y el hemoderivado, guardarlos para enviarlos al Banco de sangre para su estudio (por reacción)</p> <p>Mantener la vía permeable con una perfusión de suero salino fisiológico.</p> <p>Notificar la reacción al personal del Banco de Sangre.</p> <p>Anotar todo lo ocurrido durante la transfusión y las actividades realizadas.</p> <p>Durante todo el proceso permanecerá un miembro del equipo con el paciente.</p> <p>Extremar los cuidados en los pacientes con patologías cardíacas, ancianos, pediátricos....durante la transfusión.</p> <p>Si esto ocurre notificarlo al médico, disminuir la transfusión a una frecuencia de mantenimiento de vía, elevar la cabecera de la cama y administrar oxígeno.</p>					

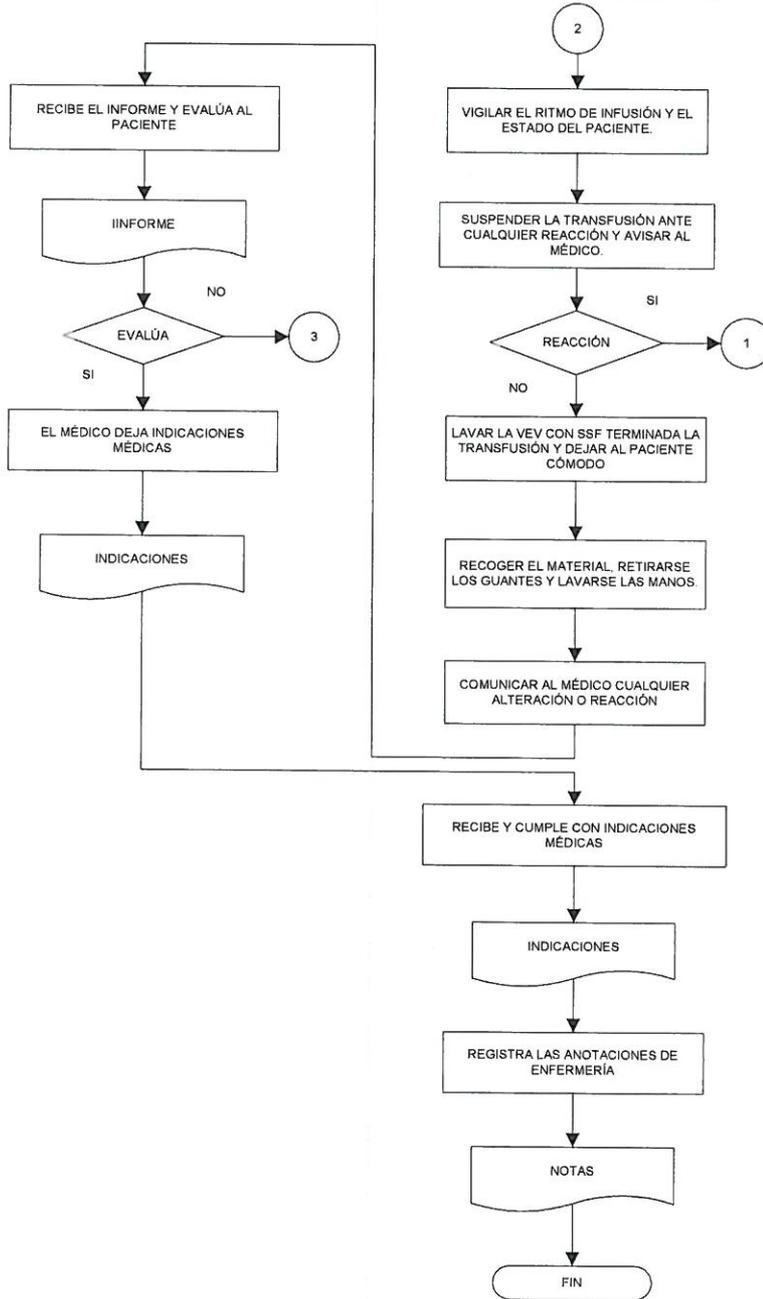




MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Paracentesis
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-29
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Extraer líquido de la cavidad abdominal del paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos, colaborando con el facultativo.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control del líquido ascítico
- VIII. **PERIODICIDAD:** Según Requerimiento
- IX. **NORMAS:**
1. La ejecución de este procedimiento se realizara de acuerdo a la situación clínica del paciente, evaluación e indicación médica y autorización escrita del paciente.
 3. La realización del procedimiento depende de la disponibilidad de los recursos existente, de las medidas de bioseguridad, riegos y beneficios que obtendrán por la acción.
 4. La enfermera es responsable de participar en el procedimiento médico y velar por el buen cuidado, uso y resguardo de la privacidad/seguridad del paciente.
 5. La enfermera deberá de evaluar y registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica la situación y la condición del paciente antes, durante y después del acto, así como de los materiales, equipos e instrumentos médicos de acuerdo al formato o solicitud establecida, indicando:
 - ✓ Nombre, fecha y número de historia clínica del paciente.
 - ✓ Técnica del procedimiento, complicaciones y observaciones.
 - ✓ Fecha, hora de inicio y final del procedimiento.
 - ✓ Nombre y Firma del médico que lo ejecuta.
 6. El personal de salud deberá registrar y reportar en cada turno la cantidad y características del drenaje y los medicamentos, materiales, equipos e instrumentos médicos utilizados en el procedimiento.
 7. La enfermera deberá reportar inmediatamente al médico cualquier cambio súbito o efecto inesperado del procedimiento. Si ocurre un cambio importante en los signos vitales este o se pone en riesgo la salud del paciente deberá comunicar de inmediato al médico mas cercano y responsable del servicio para su evaluación y manejo médico.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería
 2. Registros clínicos.
 3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 4. Equipo de paracentesis.
 - ✓ Catéter radiopaco 14 – 18 g percútanlo periférico
 - ✓ Jeringas c/luer de 2, 50, 100 cc.
 - ✓ Llave de doble o triple vía estéril.
 - ✓ Trocar de 8 piezas.
 - ✓ Trocar simple.
 - ✓ Set de agujas e hilo de sutura.
 - ✓ Pinza de limpieza, tijera, mango de bisturí, hoja de bisturí, porta agujas.
 - ✓ Campo estéril.
 - ✓ Jebe látex.
 5. Anestésico local.
 6. Equipo de venoclisis.
 7. Gasas y apósitos estériles.



8. Guantes estériles y no estériles.
9. Jeringas y aguas.
10. Contenedor.
11. Antiséptico.
12. Tubo de prueba.
13. Envases de vidrios (frascos de 1000 cc.).

XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente físico apropiado.
2. Contenedor para objetos punzantes.
3. Recipiente graduado.

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de pacientes con paracentesis / total de apacientes atendidos por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

1. Guía de atención de enfermería.
2. Hoja de Anotaciones de enfermera
3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
4. Registros médicos.
5. Registros de enfermería.
6. Formato de Análisis de Microbiología

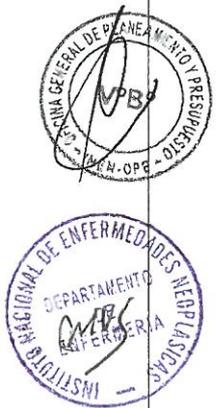
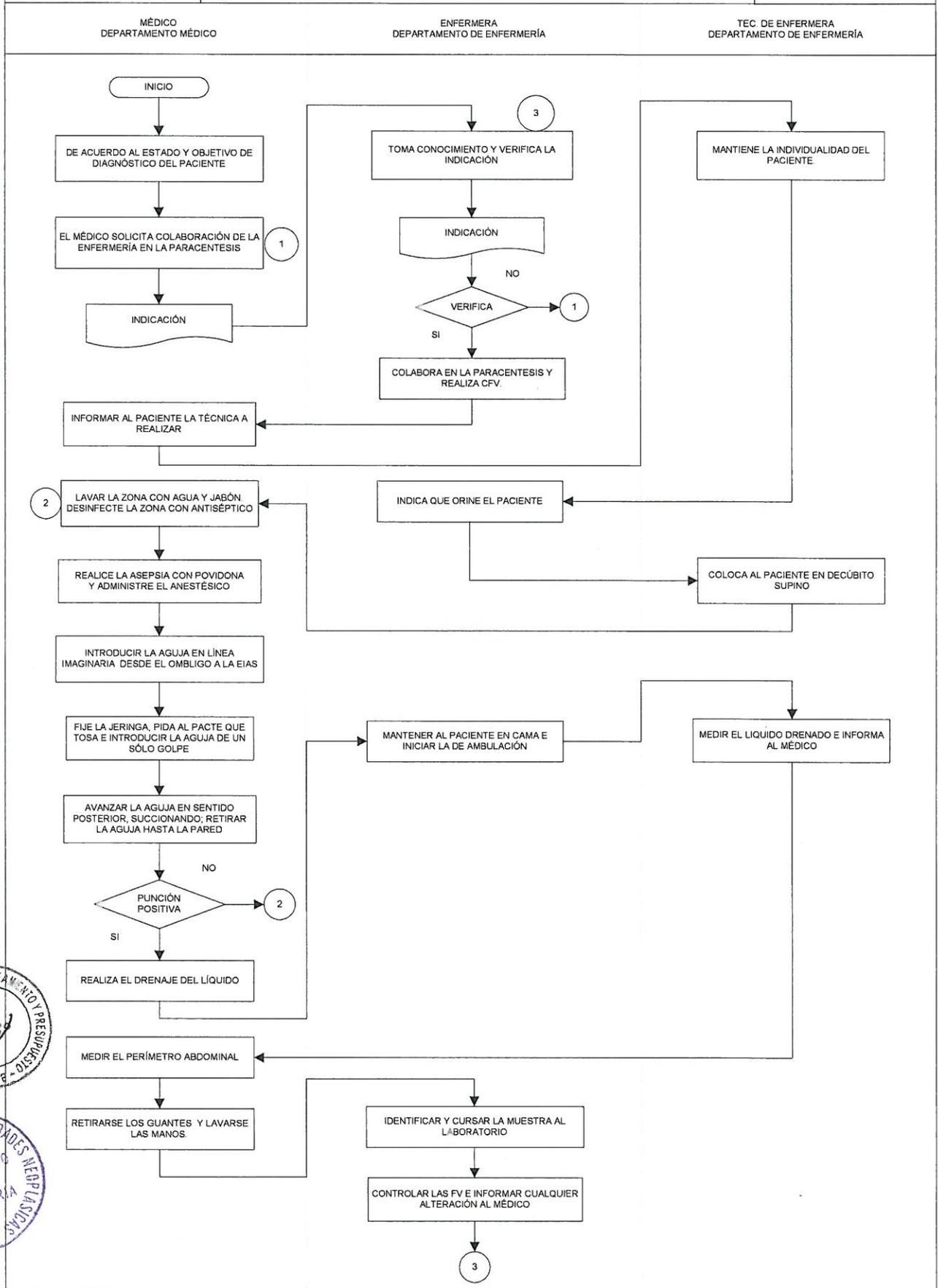
XV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.



PROCEDIMIENTO: PARACENTESIS		PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Activ	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica del Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado
1	Inicio	De acuerdo al estado y objetivo de diagnóstico del paciente el médico solicita colaboración de la enfermería en la paracentesis.		Médico	Dpto. Médico		
2	0	Toma conocimiento, verifica, controla funciones vitales y se dispone a colaborar con el médico.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
3	0	Informar al paciente del procedimiento a realizar.		Médico	Dpto. Médico		
4	0	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.		Técnico en Enfermería			
5	0	Indicar al paciente que orine.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
6	0	Colocar al paciente en posición en decúbito supino, según indicación médica.		Técnico en Enfermería			
7	0	Lavar la zona de punción con agua y jabón y séquela correctamente.					
8	0	Desinfecte la zona con antiséptico.					
9	0	Realizar la asepsia del abdomen inferior con yodopovidona o un antiséptico similar.					
10	0	Administrar el anestésico local (xilocaína).					
11	0	Introducir la aguja en el borde lateral del recto a la altura del ombligo o en el sitio donde una línea imaginaria trazada desde el ombligo a la espina iliaca antero superior cruce el borde lateral del recto.	Registro y Control de la paracentesis	Médico	Dpto. Médico	■ Porcentaje de pacientes con paracentesis / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
12	0	Fijar la jeringa con la mano derecha y la aguja con la izquierda.					
13	0	Pedir al paciente que tosa y cuando lo haga se introduce la aguja de un sólo golpe.					
14	0	Penetrada la cavidad peritoneal, avanzar la aguja en sentido posterior, succionando todo el tiempo; retirar la aguja hasta la pared y cambiar la orientación, dirigiéndola hacia la gotera parietocólica; y orientarlo hacia el fondo de saco de Douglas.					
15	0	Si la punción es negativa, se repite el procedimiento en el lado contrario. En el momento en que se obtenga sangre u otro líquido se suspende el procedimiento.					
16	0	Mantener al paciente en cama e iniciar la deambulacion de forma progresiva.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
	0	Medir el liquido drenado y retirar los materiales.		Técnico en Enfermería			
	0	Medir el perímetro abdominal, retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico	Dpto. Médico		
	0	Identificar y cursar los tubos con las muestras a los laboratorios y/o servicios.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		
	0	Controlar las funciones vitales e informar cualquier alteración al médico.		Médico	Dpto. Médico		
21	0	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones médicas.					
22	Fin	Registra en las anotaciones de enfermería.					
		OBSERVACIONES Vigilar la aparición de signos y síntomas de hemorragia, valorando la coloración de piel y mucosas tras el procedimiento.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería		



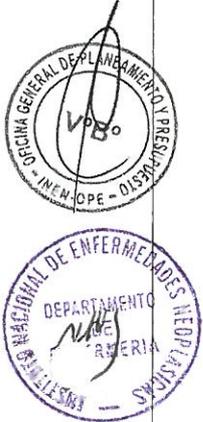
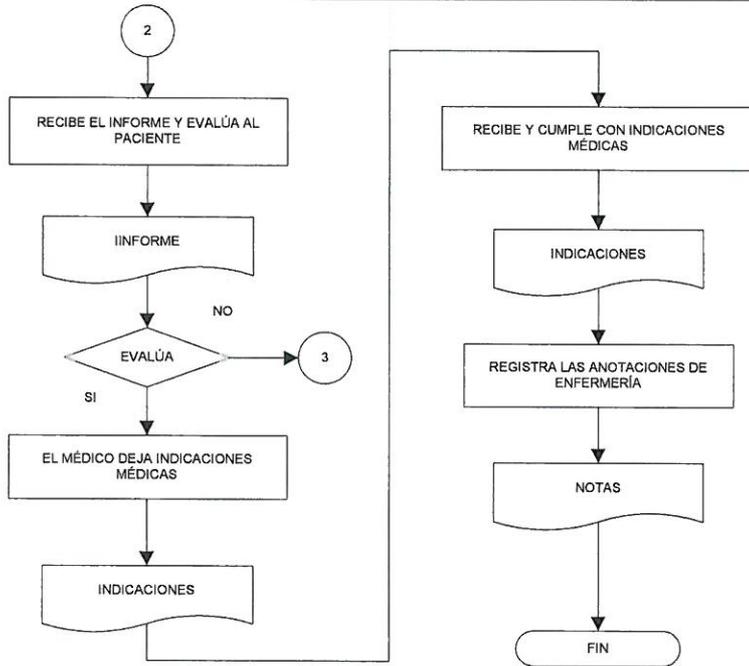


PARACENTESIS

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. **DENOMINACIÓN:** Toracocentesis.
- II. **SUBPROCESO:** Gestión del Cuidado
- III. **PROCESO:** Hospitalización, Atención Ambulatoria y Unidades Críticas.
- IV. **CODIGO:** AS-DE-30
- V. **CLIENTE O USUARIO:** Paciente
- VI. **OBJETIVO:** Extraer líquido de la cavidad pleural, mediante una punción a través de la pared torácica del paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos, colaborando con el médico.
- VII. **PRODUCTO FINAL:** Registro y control del drenaje pleural.
- VIII. **PERIODICIDAD:** Según requerimiento
- IX. **NORMAS:**
1. La ejecución de este procedimiento se realizara de acuerdo a la situación clínica del paciente, evaluación e indicación médica y autorización escrita del paciente.
 2. El procedimiento depende de la disponibilidad de los recursos existente, de las medidas de bioseguridad, riegos y beneficios que obtendrán por la acción.
 3. La enfermera es responsable de contar con recursos materiales y velar por el buen cuidado, uso y resguardo la privacidad/seguridad del paciente.
 4. La enfermera deberá evaluar y registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la condición del paciente antes, durante y después del acto, así como de los materiales, equipos e instrumentos médicos de acuerdo al formato o solicitud establecida, indicando:
 - ✓ Nombre y número de historia clínica del paciente.
 - ✓ Fecha, Técnica del procedimiento, complicaciones y observaciones.
 - ✓ Nombre y Firma del médico que lo ejecuta.
 5. La enfermera deberá registrar y reportar en cada turno la cantidad y características del drenaje y los medicamentos, materiales, equipos e instrumentos médicos utilizados en el procedimiento.
 6. La enfermera deberá reportar inmediatamente al médico cualquier cambio súbito o efecto inesperado del procedimiento. Si ocurre un cambio importante en los signos vitales este o se pone en riesgo la salud del paciente deberá comunicar de inmediato al médico mas cercano y responsable del servicio para su evaluación y manejo médico.
- X. **RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera/o Especialista
 3. Técnico en Enfermería de Enfermería
- XI. **RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Registros clínicos.
 3. Anestésico local.
 4. Antiséptico.
 5. Apósitos y gasas estériles.
 6. Frasco estéril.
 7. Equipo de Toracocentesis:
 - ✓ Campos estériles
 - ✓ Jeringas de 50 cc.
 - ✓ Llave de doble vía.
 - ✓ Pinzas, tijeras, Mango de bisturí, Hoja de bisturí, portaguñas,
 - ✓ Guantes estériles.
 - ✓ Hilos y agujas.
 - ✓ Látex - Conexión.
 8. Equipo de curaciones.
 9. Impresos de petición de pruebas.
 10. Material de oxigenoterapia.
 11. Medicación prescrita.
 12. Contenedor.
 13. Envases de vidrios.



XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:

1. Ambiente físico apropiado.
2. Recipiente graduado.
3. Coche de curaciones.

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de pacientes con toracocentesis / total de apacientes atendidos por periodo.

XIV. REGISTROS Y FORMATOS:

1. Hoja de indicaciones terapéuticas.
2. Guía de atención de enfermería.
3. Hoja de anotaciones de enfermería.
4. Formatos de Anatomía patológica.
5. Formatos de análisis de Microbiología.

XV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.



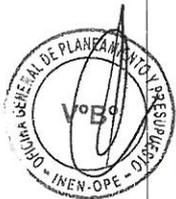
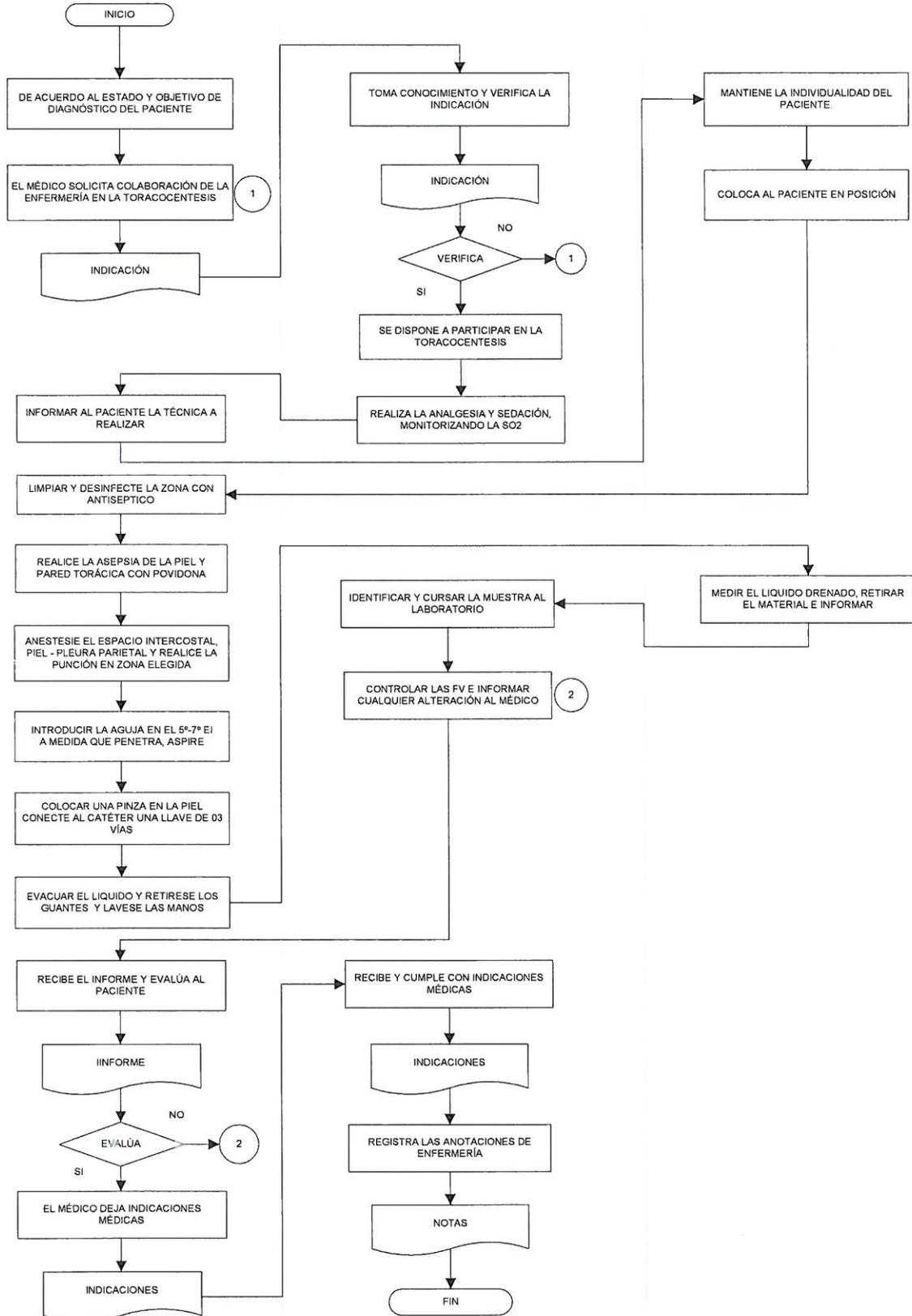
PROCEDIMIENTO: TORACOCENTESIS			PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		SUBPROCESO: Gestión del Cuidado			
N° Orden	Tipo Actividad	Descripción de actividad	Producto o resultado	Responsable	Unidad Orgánica Responsable	Indicador de Gestión o Control	Procedimiento Relacionado	
1	Inicio	De acuerdo al estado y objetivo de diagnóstico del paciente el médico solicita colaboración de la enfermería en la toracocentesis.	Control y registro de la toracocentesis	Médico	Dpto. Médico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes con toracocentesis / total de pacientes atendidos por periodo. 		
2	O	Toma conocimiento, verifica y se dispone a participar en el procedimiento.		Enfermera/o Especialista	Departamento de Enfermería			
3	O	Realizar la punción con analgesia y sedación, monitorizando la saturación de O2.		Médico	Dpto. Médico			
4	O	Informar al paciente del procedimiento a realizar.		Técnico en Enfermería	Departamento de Enfermería			
5	O	Mantener la individualización del ambiente para el paciente.						
6	O	Colocar al paciente sentado al borde de la cama, recostado sobre una silla auxiliar y apoyando los brazos en una almohada.						
7	O	Limpiar y desinfecte la zona con yodopovidona o un antiséptico.						
8	O	Realizar la asepsia en la piel de la pared torácica con yodopovidona u antiséptico.						
9	O	Anestesiarse el espacio intercostal, desde la piel hasta la pleura parietal.						
10	O	Realizar la punción en función de la localización del tumor, derrame; inclinado para facilitar la salida del líquido.						
11	O	Introducir la aguja a la altura de la línea axilar posterior y base del tórax (5°-7° espacio intercostal, según donde llegue el líquido ó debajo de la punta de la escápula), con el bisel hacia arriba, sobre el borde superior de la costilla que limita por						
12	O	A medida que se penetra, realice suavemente la aspiración.						
13	O	Colocar una pinza a la altura de piel para evitar el avance de la aguja.						
14	O	Conectar el catéter rápidamente a una llave de tres pasos para evitar la entrada de aire en el espacio pleural.						
15	O	Evacuar lentamente el líquido.						
16	O	Retirarse los guantes y lavarse las manos.						
17	O	Medir el líquido drenado y retirar el material.			Técnico en Enfermería			Dpto. Médico
18	O	Identificar y cursar los tubos/frascos con las muestras a los laboratorios y Servicios.			Enfermera/o Especialista			Departamento de Enfermería
19	O	Informar oportunamente, si el paciente presenta dificultad respiratoria o dolor torácico.			Médico			Dpto. Médico
20	O	Toma conocimiento, evalúa y dispone si es necesario examen radiológico de tórax.			Enfermera/o Especialista			Departamento de Enfermería
21	Fin	Registra en las anotaciones de enfermería y en los registros clínicos establecidos.			Médico			Dpto. Médico
		En las toracocentesis diagnósticas, extraer sólo el líquido necesario para realizar los análisis de laboratorio.						
		En las toracocentesis terapéuticas, extraer el volumen de líquido suficiente para aliviar la disnea.						



MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



TORACOCENTESIS

MÉDICO
DEPARTAMENTO MÉDICO

ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TEC. DE ENFERMERA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

