



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**JULIO
2005**

APROBADO	VIGENCIA
	Fecha:



INDICE

	Página
Introducción	
• CAPITULO I	
Objetivos	4
• CAPITULO II	
Base Legal	4
• CAPITULO III	
Alcance	4
• CAPITULO IV	
Relación de Procesos, Subprocesos y Procedimientos de Hospitalización del Departamento de Enfermería	4-5
• CAPITULO V	
Ficha de Procedimiento y descripción de los Procedimientos Departamento de Enfermería	6-108



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento a las normas vigentes del Ministerio de Salud, el Departamento de Enfermería del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, a desarrollado el Manual de Procedimientos de Enfermería, en los que se establece formalmente los procedimientos requeridos para la “Aplicación y cumplimiento de la Gestión del Cuidado de Enfermería”

El Manual de Procedimientos del Departamento de Enfermería constará de tres ediciones:

- Primera edición: Procedimientos Básicos de Enfermería
- Segunda edición: Procedimientos Especializados de Enfermería Oncológica
- Tercera edición: Procedimientos Administrativos de la Gestión

Cada edición irá enmarcada en el siguiente contexto:

Capitulo I	Objetivos del Manual.
Capitulo II	Base Legal y las Normas en cada Procedimiento.
Capitulo III	Alcance
Capitulo IV	Índice de procesos, subprocesos y los procedimientos
Capitulo V	Descripción de los procedimientos operativos y su respectiva representación grafica (Flujograma).

En esta primera edición se ha desarrollado cada uno de los procedimientos básicos de enfermería en forma práctica con el afán de brindar una atención de calidad al paciente oncológico en las diferentes etapas del proceso de la enfermedad.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

CAPITULO I. Objetivo

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

CAPITULO II. Base legal

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

- Resolución Ministerial N° 485-2003-SA/DM del 8 de Mayo del 2003, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas.
- Resolución Suprema N° 003-2004-SA - Aprueban Cuadro para Asignación de Personal del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas.
- Resolución Directoral N° -241-DG-INEN-2004. Aprueba el Manual de Organización y Funciones del Departamento de Enfermería.
- 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).

CAPITULO III. Alcance

La aplicación de este manual se circunscribe al Departamento de Enfermería, en sus diferentes componentes estructurales, su conocimiento y por ende su cumplimiento es de carácter obligatorio por parte de todo el personal de enfermería.

CAPITULO IV. Relación de Procesos, Subprocesos y Procedimientos en la “Gestión del Cuidado” del Departamento de Enfermería.

A continuación se transcribe la relación de procesos y subprocesos de la “Gestión del Cuidado” del Departamento de Enfermería, en la cual se establece los procedimientos.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 continua. 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.

Capítulo V. Descripción de los procedimientos de “Gestión del Cuidado” del Departamento de Enfermería.

Ficha de Procedimiento.

Ficha de descripción del procedimiento.

Representación gráfica (Flujogramas).



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen y cuando haya sido prescrito por el médico del INEN.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a las Guías de Atención de Enfermería.
 5. 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. Enfermera Jefe - Asistencial
 3. Técnico de Enfermería
 4. 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 tallímetro.
 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

XIV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del Procedimiento.
3. Formatos : Papeleta de ingreso, egresos de estadística
4. Hoja de indicaciones terapéuticas.
5. Guía de atención de enfermería.
6. Hoja de anotaciones de enfermería.
7. Cuaderno de reporte de enfermería.
8. Formato de petición de dietas a Nutrición
9. Formato de petición de medicación para Farmacia (clínica)
10. Formato o vale de petición de materiales.
11. Formato de Adquisición artículos personales (clínica)
12. Guía informativa sobre Normas de Hospitalización



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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, el asistente administrativo verifica 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	Mod. Hospitalización Atención al Cliente	Promedio diario de ingresos/permanencia por servicio u especialidad por periodo.	Mod. Hospitalización Atención al Cliente
3	O	Presentar al paciente y familia , entregar la historia clínica, la orden de hospitalización		Asistente	A. Cliente		
4	O	Recepciona al paciente, verifica la historia clínica, orden de internamiento, medicamentos y material médico requerido. Si está conforme se acepta la admisión.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
5	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.					
6	O	Entregar el folleto informativo de la unidad (triptico).		Técnico			
7	O	Mostrar al paciente las instalaciones del servicio y enseñarle su correcta utilización (zona de escape y seguridad)					
9	O	Proporcionar materiales de servicio (chata y urinario) y ropa.		Enfermera			
10	O	Registrar en las notas de enfermería según guía de atención.					
11	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.		Jefe de servicio			
12	O	Informar a la enfermera jefe la condición del paciente.					
13	O	Verifica y evalúa la admisión del paciente		Enfermera			
14	Fin	Registra en la hoja de estadística el ingreso.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos hospitalizados.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a las Guías de Atención de Enfermería.
 5. Los pacientes deberán de estar informados del procedimiento a realizar. Deberá constar por escrito la valoración de enfermería del paciente en la historia clínica.
- X. RECURSOS HUMANOS:**
1. Enfermera.
- 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del Procedimiento
 3. Guía de entrevista de Enfermería.
 4. Formatos de Registro de entrevista de enfermería
 5. Hoja de anotaciones de enfermería.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

PROCEDIMIENTO: ENTREVISTA DE ENFERMERÍA A LA 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 o Relacionado
1	Inici	De acuerdo al ingreso, traslado o condición/situación del paciente, la enfermera realizar la valoración del paciente mediante la entrevista.	Valoración y registro de la entrevista de enfermería en la admisión del paciente	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con evaluación inicial/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	O	Prepara y traslada los materiales y equipos en el ambiente del paciente. Presentarse al paciente e informar el objetivo del procedimiento.					
3	O	Mantener la individualidad del paciente.					
4	O	Realizar valoración inicial de Enfermería y registra en el formato establecido.		Médico	D. Médico		
5	O	Comunicar e informar los hallazgos, antecedentes patológicos, alergias y otros al médico y personal de enfermería en cada turno.					
6	O	Toma conocimiento, verifica e indica continuar cuidados.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
8	O	Solicitar la dieta del paciente al servicio de nutrición.					
9	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.					
		OBSERVACIONES La entrevista se realizará teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: Mantener una actitud segura y serena. Observar el lenguaje corporal del paciente. Identificar causas que interfieran la comunicación del paciente como: idioma, y estado anímico del paciente Crear un clima cálido y seguro. Utilizar un lenguaje sencillo y comprensible según el nivel cultural del paciente Aclarar las dudas que se presenten durante la valoración. Antes de brindar información el equipo de enfermería unificará criterios.					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

PROCEDIMIENTO: ENTREVISTA DE ENFERMERÍA A LA 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
		<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>g) Planificar la comunicación como una actitud habitual definiendo los objetivos.</p> <p>h) Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información sea la misma.</p>	Valoración y registro de la entrevista de enfermería en la admisión del paciente	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con evaluación inicial/total de pacientes hospitalizados por periodo.	



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. Cualquier alteración o anomalía será informada oportunamente al médico para su evaluación y manejo clínico.
 7. 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
- 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Hoja de indicaciones terapéuticas
 4. Hoja de Anotaciones de enfermería
 5. Hoja Gráfica de Funciones vitales
 6. Escala analógica lineal del dolor.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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

**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 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	D. Médico	Porcentaje de registro cumplido del control de signos vitales por periodo.	
2	O	De acuerdo a la condición, necesidad/problema del paciente la enfermera valorará las funciones vitales.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
3	O	Traslada los materiales y equipos al lado del paciente.					
4	O	Lavarse las manos.					
5	O	Mantener su individualidad e informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.					
7	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.					
9	O	En el control de la presión arterial se tendrá en cuenta: a) Revisar el perfecto funcionamiento del equipo. b) Colocar al paciente sentado o acostado. c) El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antecubital a nivel del corazón.					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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
10	O	<p>d) Colocar el manguito del esfigmomanómetro 2cm. por encima de la fosa anterocubital y rodear el brazo.</p> <p>e) Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar.</p> <p>f) Inflar el manguito unos 30 mm de Hg. por encima del punto en que se deje de palpar el pulso braquial.</p> <p>g) 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.</p> <p>h) 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.</p> <p>i) 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. Con esta</p> <p>j) 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 hueco poplíteo.</p> <p>En el control de la saturación de oxígeno se tendrá en cuenta:</p> <p>a) Verificar el funcionamiento del equipo.</p> <p>b) Colocar el sensor en el zona elegida (dedo pulgar)...</p> <p>c) Proceder a la toma de la saturación.</p> <p>d) Visualizar el resultado y proceder a su análisis e interpretación.</p>	Control y registro de las funciones vitales	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de registro cumplido del control de signos vitales por periodo	



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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> <p>a) Registrar: Intensidad, Localización, irradiación, causa probable y Aumento o disminución con el ejercicio.</p> <p>b) Escuchar al paciente y observar la conducta ante el dolor.</p> <p>c) Detectar déficit de conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo.</p> <p>d) Detectar signos de ansiedad, preocupación y desinformación.</p> <p>e) Preguntar por el efecto analgésico de la medicación y su duración., si la tuviera.</p> <p>f) Obtener información de la familia.</p> <p>B) Valoración objetiva:</p> <p>a) Cambios en la T.A., pulso y respiración.</p> <p>b) Dilatación de pupilas.</p> <p>c) Sudoración, náuseas, vómitos, cambios de temperatura...</p> <p>d) Expresión facial del dolor (ojos sin brillo, aspecto derrotado con movimiento fijo e irregular, palidez).</p> <p>e) Alteración del tono muscular (tensión de los músculos faciales, musculatura en posición de defensa...).</p> <p>f) Conducta desordenada como: lamentos, llanto, deambulación incontrolada, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad.</p> <p>g) Debilidad, agotamiento, impotencia.</p> <p>h) Insomnio.</p>	Control y registro de las funciones vitales	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de registro cumplido del control de signos vitales por periodo			
12	O	Si se detecta alteración de las funciones vitales se comunica al médico e instalara medidas de soporte vital (oxígeno, medios físicas, hidratación, cambios posturales, entre otros.)							
13	O	Toma conocimiento, verifica e indica tratamiento.						Médico	D. Médico
14	Fin	Registra anotaciones de enfermería.						Enfermera	D. Enfermería



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. 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, Endoscopía 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
- 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Hoja de indicaciones médicas.
 4. Guía de atención de enfermería
 5. Hoja de anotaciones de enfermería
 6. Hoja de monitoreo de Signos vitales
 7. Escala de Glasgow.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

PROCEDIMIENTO: VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

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 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	D. Médico	■ Porcentaje de pacientes con evaluación del nivel de conciencia por periodo	
2	O	Toma conocimiento, verifica indicaciones y realiza la valoración del nivel de conciencia.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
3	O	Informar al paciente sobre el procedimiento, siempre y cuando no tenga trastornos del sensorio.		Técnico			
4	O	Utilizar la escala de Glasgow para determinar el nivel de conciencia (Ver Anexo).		Enfermera			
5	O	Cuanto mayor es la puntuación, más normal es la función neurológica.					
6	O	Informar al médico los hallazgos de la valoración neurológica.		Médico	D. Médico		
7	O	Recibe la información, valora e indica continuar los cuidados neurológicos.			Enfermera		
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.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. La enfermera especialista es responsable de la administración y evaluación de los efectos secundarios del tratamiento especializado antineoplásico.
 6. 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.
 7. No administrar ningún medicamento sin prescripción médica.
 8. 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.
 9. 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.
 10. Transcribir la prescripción médica en el Kardex de Enfermería.
 11. Comprobar los antecedentes de alergia del paciente y anotarlos (si los hubiera) de forma visible en los registros de la historia clínica.
 12. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

13. Volver a comprobar la medicación prescrita si el paciente tiene dudas sobre el tratamiento que se le va a administrar.
14. 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...).
15. Respetar el derecho del paciente a rechazar la medicación, registrar en las anotaciones de Enfermería y comunicarlo al médico.
16. En caso de error u omisión en la administración comunicarlo al médico de inmediato y registrarlo en la hoja de anotaciones de enfermería.
17. 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.
18. Registrar cualquier cambio de horario de la medicación prescrita y las causas que lo han producido (por ejemplo: realización de pruebas complementarias...).
19. 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.

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. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Guía de Atención de Enfermería.
4. Hoja de indicaciones terapéuticas.
5. Hoja de anotaciones de enfermería.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 o Relacionado			
1	Inicio	De acuerdo al estado del paciente y normas de manipulación de medicamentos el médico indica a la enfermera realizar la administración del tto. farmacológico.	Medicamento administrado y registrado	Médico	Departamento Médico	<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. 				
2	O	Toma conocimiento, verifica indicaciones e inicia el procedimiento		Medicamento administrado y registrado	Enfermera			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. 	
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 individualidad del 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: <ul style="list-style-type: none"> 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. 								
10	O	En la administración de la medicación por vía sublingual se tendrá en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> a) Colocar la medicación debajo de la lengua. b) Indicar al pcte. 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 <ul style="list-style-type: none"> 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. 								



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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	i) Pinzar la SNG y retirar la jeringa. j) Mantener pinzada la SNG durante una hora como mínimo. En la administración de la medicación por vía rectal realizara: a) Extraer el supositorio ó cánula del envase y lubricar el extremo. b) Separar las nalgas del paciente con la mano no dominante. c) 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. d) Indicar al paciente que retenga el supositorio o medicación unos 20 minutos. e) Limpiar la zona anal con gasas.					
13	O	En la administración de la medicación por vía cutánea se realizara: a) Valorar el estado de la piel del paciente. b) Desinfecte la zona de punción. c) Introduzca la aguja N°25 en el tejido a un ángulo de 45° aproximadamente. d) Aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto. e) Inyecte el fármaco lentamente. f) Retire la aguja y presione unos segundos la zona con algodón yodado	Medicamento administrado y registrado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo	
14	O	En la administración de la medicación por vía oftálmica se realizara: a) Colocar el dedo Índice en el pómulo y tirar suavemente de la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival. b) Indicar al paciente que mire hacia arriba. c) Instilar el número de gotas prescrito en el saco conjuntival. (Colirio) d) 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) e) Indicar al paciente que cierre suavemente los ojos.					
15	O	En la administración de la medicación por vía ótica se realizara: a) Traccionar del pabellón auditivo suavemente hacia arriba y hacia atrás. b) Instilar las gotas prescritas a la temperatura corporal del paciente colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo. c) Indicar al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos.					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	O	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 cornete superior. d) Mantener la cabeza del paciente inclinado hacia atrás después de la instilación durante unos cinco minutos.					
17	O	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.					
18	O	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) Enroscar 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.	Medicamento administrado y registrado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo. Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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
19	O	<p>En la administración de la medicación por vía vaginal se realizara:</p> <p>a) Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.</p> <p>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>	Medicamento administrado y registrado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo. Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	
20	O	<p>En la administración de la medicación por vía intradérmica se realizara:</p> <p>a) Colocar el codo y el antebrazo extendidos y apoyado en una superficie plana.</p> <p>b) Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar.</p> <p>c) Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.</p> <p>d) Introducir en la piel a un ángulo de 5-15° hasta que se note resistencia.</p> <p>e) Inyectar la medicación lentamente hasta formar una pápula o vesícula.</p> <p>f) Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.</p> <p>g) Señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perímetro.</p> <p>h) Indicar al paciente no lavarse, ni tocar la zona de punción y perímetro marcado.</p> <p>i) Se realizará la lectura a las 48-72 horas.</p>					
21	O	<p>En la administración de la medicación por vía subcutánea se realizara:</p> <p>a) Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar.</p> <p>b) Formar un pliegue cutáneo y pinché rápido y firme en un ángulo de 45°.</p> <p>c) Aspire 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.</p> <p>d) Inyecte el fármaco lentamente.</p> <p>e) Retire la aguja y presione la zona con el algodón empapado con alcohol.</p>					
22	O	<p>En la administración de la medicación por vía intramuscular se realizara:</p> <p>a) Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar.</p> <p>b) Introducir la aguja perpendicular a un ángulo de 90°, rápido y seguro.</p> <p>c) Aspirar antes de inyectar el fármaco, si se aspira sangre cambiar de plano o desechar la aguja y pinchar en otro punto.</p> <p>d) Inyecte el fármaco lentamente.</p> <p>e) Retire la aguja y presione la zona con el algodón impregnado en alcohol.</p>					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	En la administración de la medicación por vía intravenosa en bolo se realizara: a) Seleccionar y limpiar la zona de punción con alcohol yodado. Dejar secar. b) Aplicar antiséptico en el lugar de punción y dejar que se seque. c) Colocar un compresor a 10 ó 15 cm. por encima del sitio de punción. d) Localizar la zona de punción, escogiendo la vena de mayor calibre. e) Colocar la aguja en la piel a un ángulo de 30° e introducir en la vena. f) Administrar el medicamento de acuerdo a lo indicado. g) Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente (o a la velocidad prescrita). h) Retirar la aguja y aplicar una torunda de algodón, mínimo 3 minutos en la zona.					
24	O	En la administración por vía intravenosa con perfusión continua se realizara: En caso de que exista llave de tres pasos: a) Retirar el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril. b) Limpiar la entrada de la llave con antiséptico. c) Insertar la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (interrumpir la entrada de la infusión principal). d) Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía. e) Administrar lentamente o a la velocidad prescrita. f) Limpiar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico. g) Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón. Si no existe llave de tres pasos: h) Limpiar la goma del sistema IV (zona especial para inyección). i) Cerrar el sistema o pinzar el sistema IV principal. j) 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. k) Retirar la aguja y la jeringa. l) Abrir el sistema y ajustar el ritmo de perfusión.	Medicamento administrado y registrado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo. Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	En la administración por vía intravenosa con perfusión intermitente se realizara: a) Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos. b) Perforar el recipiente de la medicación con un equipo de suero. c) 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. d) Seguir los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema. e) Administrar el medicamento al ritmo prescrito o según las indicaciones. f) Retirar el sistema una vez administrada la medicación. g) Ajustar el ritmo de la perfusión principal si esta utilizando un sistema en “Y”. h) Vigilar la zona de punción IV durante la administración.	Medicamento administrado y registrado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de cumplimiento de registro de la administración de medicamento por periodo. Porcentaje de errores durante la preparación y administración de medicamentos por periodo.	
26		Limpia y guardar los materiales, equipos y/o medicamentos apropiadamente.					
27	O	Desechar los materiales, equipos, (aguja, jeringa algodón, ...) en el contenedor de objetos punzantes y no punzantes.					
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	D. Médico		
30	O	Toda orden verbal y/o telefónica deberá ser firmada por el médico antes de las 24 horas, se registrará por la enfermera/o en la hoja de evolución de Enfermería, poniendo el nombre del médico que la prescribe y el nombre de la enfermera.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
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.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. 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 Especialista
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del Procedimiento.
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 5. Hoja de anotaciones de enfermería.
 6. Formato de pedido de ambulancia.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

PROCEDIMIENTO: ALTA 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, 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				
2	O	Verifica, registra y envía formatos al Modulo de hospitalización.		Enfermera	Departamento de Enfermería					
3	O	Recibe y entrega formato de alta en el Modulo de hospitalización		Técnico	Enfermería					
4	O	Informar 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						
6	O	Colabora en la preparación al alta, (vestirse y arreglo de sus pertenencias) acomodandolo en la silla de ruedas o en la ambulancia brindando seguridad.		Técnico						
7	O	Recoger los materiales e instrumentos médicos del servicio.								
8	O	Coordinar con el servicio social, servicio de nutrición y servicio de ambulancia.								
9	O	Entregar 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	Departamento de Enfermería					
10	O	Informar apropiadamente sobre la medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tto. durante las primeras 24 horas.								
11	O	Despedir al paciente y su familia.								
14	O	Cumplir y cursar los formatos de baja a Nutrición, estadística y Farmacia (si los hubiera).								
15	O	Limpiar la habitación, y/o unidad del paciente		Limpieza	S. Generales					
16	O	Preparar la unidad para un nuevo ingreso		Técnico						
17	O	Informar al Modulo de Hospitalización sobre la disponibilidad de la cama.								
18	Fin	Anotar en los formatos de Enfermería, estadística la fecha y hora de alta.		Enfermera	Departamento de Enfermería					
		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.								



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. El paciente y/o familiar dejara constancia escrita en la historia clínica de la alta voluntaria por extrema gravedad.
 7. 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 Especialista
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del Procedimiento
 3. Hoja de indicaciones terapéuticas



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

4. Guía de atención de enfermería.
5. Formato de pedido de ambulancia
6. Hoja de ingresos y egresos de Estadista
7. Hoja de anotaciones de enfermería
8. Constancia escrita y firmada del alta voluntaria en hoja de evolución médica (nº4)



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 Relacionado
1	Inicio	De acuerdo a solicitud o pedido del paciente/familiar el médico toma decisión de dar el alta voluntaria del paciente.	Control y Registro de Alta voluntaria del paciente	Médico	Dpto. Médico	Porcentaje o razón de alta voluntaria por gravedad extrema	
2	O	Informar verbalmente en forma clara y sencilla la situación actual del paciente al familiar.					
3	O	A pesar de los riesgos/beneficios el familiar/paciente desea retirarse, el médico hace leer y firmar la hoja de evolución (n°4) luego decide dar el alta voluntaria.					
4	O	Entregar la papeleta de alta enfermo/familiar más directo.		Enfermera Médico	Departament o de Enfermería		
5	O	Avisar a la enfermera responsable, sobre el alta voluntaria.					
6	O	Seguir el procedimiento de alta del paciente. (AS-DE-06)					
7	Fin	Comunicar a la supervisora de enfermería la situación y al modulo de hospitalización.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. 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.
 3. Nutricionista.
 4. Técnico de Enfermería.
 5. Técnico 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

XIV. ANEXOS:

- Descripción del Procedimiento
- Flujograma del procedimiento
- Hoja de indicaciones terapéuticas.
- Hoja de anotaciones de enfermería.
- Guía de atención de enfermería.
- Cuaderno de reporte de enfermería



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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.	Registro y Control de la Alimentación enteral por sonda	Médico	D. Médico	<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 	S. Nutrición Oficina de Atención al Cliente
2	O	Toma conocimiento, verifica y solicita mediante formato la NE al serv. nutrición.		Enfermera	D. Enfermería		
3	O	Recibe, verifica e indica preparar la formula enteral del paciente.		Nutricionista	Of. Nutrición S. A. Cliente		
4	O	Prepara y entrega la formula enteral del paciente en servicio.		T. Nutrición			
5	O	Recibe, verifica y firma la entrega la formula enteral del paciente.		Enfermera			
6	O	Lavarse las manos.					
7	O	Preparar el material, equipo y trasladarlo al lado del paciente.					
8	O	Informar al paciente el procedimiento.		Técnico			
9	O	Mantener la individualidad del paciente.					
10	O	Colocar al paciente en posición de Fowler.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
11	O	Colocarse los guantes.					
12	O	Comprobar correcta colocación de la sonda.					
13	O	Comprobar tolerancia, antes de iniciar la alimentación, verificando que el residuo gástrico sea menor de 50 ml en adultos (en ptes pediátricos varia según la edad).					
14	O	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.					
15	O	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).					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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
16	O	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. Administración enteral cíclica:	Registro y Control de la Alimentación enteral por sonda	Enfermera	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			
18	O	Recoger el material y/o equipo utilizado.					
19	O	Retirarse los guantes.					
20	O	Lavarse las manos.					
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.		Médico	D. Médico		
23	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería el procedimiento realizado. OBSERVACIONES Iniciar la alimentación en volúmenes pequeños. Conservar medidas de higiene y asepsia. Mantener al paciente sentado o incorporado en la cama de 30 hasta una hora después de la administración de la dieta.		Enfermera	Departamento de Enfermería		



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 haya sido prescrito por el médico del INEN.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. De presentarle 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
 3. Técnico 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.
- XIV. INDICADORES:**
1. Porcentaje de pacientes hospitalizados con Alimentación Enteral por Gastrostomía y Yeyunostomía por periodo.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

XIV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento
2. Flujograma del procedimiento
3. Guía de atención de enfermería.
4. Formato de preparación comercial de nutrición enteral de farmacia.
5. Hoja de anotaciones de enfermería
6. Hoja de Indicaciones Terapéuticas
7. Cuaderno de Reporte de Enfermería.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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.	Registro y Control de la alimentación enteral por gastrostomía y/o yeyunostomía	Médico	Departamento Médico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con alimentación enteral por gastrostomía y/o yeyunostomía en un periodo ■ Porcentaje de registros cumplidos con alimentación enteral 	S. Nutrición Oficina de Atención al Cliente
2	O	Verifica indicaciones e decide realizar la alimentación enteral del paciente.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
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.		Médico	D. Médico		
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	Departamento de Enfermería		
7	O	Utilizar técnica aséptica si el estoma no está cicatrizado. Usar guantes estériles					
8	O	Informar al médico cualquier alteración, anomalía si ocurriese durante la administración.					
9	O	Toma conocimiento, evalúa e imparte ordenes y cuidados específicos.					
10	O	Fijar la sonda al abdomen para evitar contaminaciones y tracciones.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
11	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería, y otros de la historia clínica.					
		OBSERVACIONES No iniciar la alimentación en volúmenes máximos. Conservar medidas de higiene y asepsia. Mantener la cabecera de la cama permanecerá ligeramente elevada, y en los pacientes 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...					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 todos los requerimientos diarios de proteínas y calorías directamente 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 este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen y haya sido prescrito por el médico.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, el inicio, durante y final de la alimentación parenteral total: las observaciones, cuidados durante y después de la intervención realizada.
 6. De presentarse dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía en el paciente antes, durante o después de la administración de la alimentación parenteral total (fiebre, hipotensión, taquicardia, trastorno del sensorio e incompatibilidades de la NPT,...) 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 Intensivista – Jefe Dpto. Médico
 2. Químico – Farmacéutico
 3. Nutricionista
 4. Enfermera Oncóloga
 5. Técnico de Enfermería
- XI. RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de enfermería.
 2. Equipo para preparar NTP estéril :
 - ✓ Agujas.
 - ✓ Equipos : Colocación de Catéter Venoso Central
 - ✓ Jeringas.
 - ✓ Bolsa NTP.
 - ✓ Gasas y guantes.
 - ✓ Llave doble vía.
 3. Soluciones NTP:
 - ✓ Dextrosa 50%.
 - ✓ Oligolementos.
 - ✓ Multivitaminas.
 - ✓ Lípidos.
 - ✓ Otros.
 4. Bomba y sistema de infusión.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

5. Guantes estériles, jeringas.
6. Otros – 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 Tallimetro.
7. Soporte.

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de pacientes con nutrición parenteral total / total de pacientes hospitalizados por periodo.

XIV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Guía de atención de enfermería.
4. Hoja de anotaciones de enfermería.
5. Hoja de Indicaciones Terapéuticas.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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.	Registro y Control de la alimentación enteral total	Médico	Departamento Médico	<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 	S. Nutrición S. Farmacia Oficina de Atención al Cliente
2	O	Verifica y coordina/solicita la NPT a farmacia.		Enfermera	D. Enfermería		
3	O	Evaluación, registro del estado nutricional del paciente y su soporte.		Nutricionista	Of. Nutrición		
4	O	Recibe y verifica las indicaciones médicas sobre la NPT del paciente.		Químico-farmacéutico	Of. Farmacia S. A. Cliente		
5	O	Preparación de acuerdo a procedimiento de NP.					
6	O	Entrega la NPT del paciente en servicio.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
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.					
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.		Técnico			
17	O	Preparar y mantener la asepsia (Preparación y las conexiones del CVC).		Enfermera			
18	O	Dejar al paciente en posición cómoda, con acceso al timbre y objetos personales.		Médico	D. Médico		
19	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.					
20	O	Informar cualquier alteración, anormalidad si ocurriese durante la administración.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
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.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Hoja de indicaciones Terapéuticas.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

4. Guía de atención de enfermería.
5. Hoja de anotaciones de enfermería
6. Hoja graficas de funciones vitales (eliminaciones)
7. Hoja de egresos.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 continua.	Control y registro del contenido gástrico	Médico	Dpto. Médico	Porcentaje de registro cumplido del egreso gástrico	
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 continua.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
3	O	Prepara y traslada el equipo y/o materiales al lado del paciente.		Técnico			
4	O	Realizar el procedimiento del sondaje naso gástrico.		Enfermera			
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.		Médico	Dpto. Médico		
16	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería las características de y cantidad del drenaje.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
		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.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del procedimiento.
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de anotaciones de enfermería.
 5. Hoja de Indicaciones Terapéuticas.
 6. Cuaderno de Reporte de Enfermería.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	D. Médico	■ Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.				
2	O	Toma conocimiento, verifica indicación médica y decide administrar oxígeno.		Registro y Control del paciente de la administración de oxígeno	Enfermera			Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes con oxigenoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
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.			Médico			D. Médico		
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 Medir con el oxímetro de pulso la saturación del paciente periódicamente.			Enfermera			Departamento de Enfermería		



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 3. Técnico de Enfermería
- XI. RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. 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. ANEXOS:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Descripción del Procedimiento.
 3. Flujograma del procedimiento.
 4. Guía de atención de enfermería.
 5. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 6. Hoja de anotaciones de enfermería.
 7. Cuaderno de Reporte de Enfermería.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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.	Registro y control de traqueotomizados vía área permeable	Médico	Departamento Médico	Porcentaje de pacientes con aspiración de secreciones por Traqueotomía / total de pacientes hospitalizados por periodo.				
2	O	Toma conocimiento, verifica indicaciones y decide realizar la aspiración de secreciones.		Enfermera				Departamento de Enfermería		
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 individualidad del paciente e informar el procedimiento.								
8	O	Preparar el material y lo traslada al lado del paciente.								
8	O	Colocar al paciente en posición semisentada.								
9	O	Colocar la sonda en el sistema de aspiración sin retirar el envoltorio.								
10	O	Abrir y regular el sistema de aspiración.								
11	O	Colocarse la mascarilla y los guantes estériles.								
12	O	Introducir la sonda de aspiración como máximo 1 cm. más de la longitud de la cánula.								
13	O	Aspirar las secreciones, introduciendo la sonda sin aspirar y retirarla con movimientos suaves de ligera rotación.								
14	O	Desechar la sonda, la mascarilla y los guantes tras la aspiración.								
15	O	Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.								
16	O	Recoger el material y lavarse las manos.								
17	O	Control de funciones vitales. Si presenta alguna alteración informar al médico.								
18	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones médicas.							Médico	D. Médico
19	Fin	Registrar en las anotaciones de Enfermería. OBSERVACIONES Evitar realizar esta técnica después de las comidas del paciente.							Enfermera	Departamento de Enfermería



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

2. Flujograma del procedimiento.
3. Guía de atención de enfermería.
4. Hoja de anotaciones de enfermería.
5. Hoja de indicaciones terapéuticas.
6. Cuaderno de Reporte de Enfermería.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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.	Registro y Control del cuidado y mantenimiento de la traqueotomía	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con cuidado y mantenimiento de la traqueotomía/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	O	Lavarse las manos.					
3	O	Informar al paciente y preparar el set de aspiración y set de curación de traqueostomía					
5	O	Mantener la individualidad del paciente.					
6	O	Colocarse guantes estériles y mascarilla.		Técnico			
8	O	Colocar al paciente semisentado.		Enfermera			
10	O	Colocar una solera sobre el pecho del paciente.		Técnico			
11	O	Aspirar las secreciones por la cánula.		Enfermera			
12	O	Fijar con una mano la cánula de traqueotomía, y con la mano dominante, retirar la cánula interna (camiseta).					
13	O	Realizar el lavado de cánula interna o camiseta.					
14	O	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.					
15	O	Dejar al paciente en posición cómoda, con acceso al timbre y objetos personales.					
16		Recoger el material.					
17		Retirarse la bata, la mascarilla, los guantes y lavarse las manos.					
18	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de anotaciones de enfermería
 5. Hoja de indicaciones Terapéuticas.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS**
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

PROCEDIMIENTO: CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL

**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 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	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					
3	O	Informar al paciente sobre el procedimiento.		Enfermera					
4	O	Mantener la individualidad del paciente (biombo).		Técnico					
6	O	Lavarse las manos		Enfermera					
7	O	Colocarse los guantes.							
8	O	Realizar la higiene perineal y limpiar los residuos de la sonda.		Médico					
9	O	Comprobar la permeabilidad de la sonda.							
10	O	Cambiar el equipo de drenaje frecuentemente, conservando la asepsia.		Departamento Médico					
11	O	Clampar la sonda y sustituir la bolsa por una nueva.							
12	O	Informar al médico de alguna alteración del sistema.		Departamento de Enfermería					
13	O	Toma conocimiento y realiza el cambio de la sonda.							
15	O	En caso de obstrucción realizar el lavado vesical.		Técnico					
16	O	Aspirar o conectar la sonda a la bolsa para comprobar permeabilidad.							
17	O	Dejar al paciente en posición cómoda con acceso al timbre y objetos personales.		Enfermera					
18	O	Recoger el material.							
19	O	Retirarse los guantes y lavarse las manos.							
20	Fin	Evalúa el procedimiento realizado.							
		Registrar en las anotaciones de Enfermería.							



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 2. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Proceso de atención de enfermería
 4. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
 5. Hoja de anotaciones de enfermería
 6. Hoja graficas de funciones vitales (eliminaciones)
 7. Hoja de Balance Hídrico
 8. Hoja de egresos



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

PROCEDIMIENTO: BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS

**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 la evaluación clínica y condición del paciente, el médico indica realizar el balance hídrico.	Control y registro de ingresos y egresos.	Médico	D. Médico	Porcentaje de registro cumplido del balance hídrico.	
2	O	Recibe, verifica las indicaciones y decide realizar el balance hídrico.		Enfermera			
3	O	Informar al paciente sobre el procedimiento.					
4	O	Indica y coordina con el técnico el control y registro de egresos.					
5	O	Recibe la orden y realiza la medición de egresos del paciente e informa a la enfermera.		Técnico			
6	O	Medir todas los egresos: orina, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.,... (excepto drenajes de hemosuc, Blake, etc.)					
7	O	Controlar y registrar todas las ingresos de líquidos: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I. V., hemoderivados, NE, NPP, NPT...		Enfermera	Departamento de Enfermería		
8	O	Controlar y registrar todas las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.,...					
9	O	Pesar al paciente para valorar pérdidas insensibles, cada 24 horas.		Enfermera			
10	O	Añadir en el egreso las pérdidas insensibles. Estas se calcularán según la fórmula siguiente: P. I. = Peso x nº de horas.					
11	O	Restar las ingresos y egresos. Registrar en la hoja gráfica. Al cerrar balance, contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.					
12	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".		Médico	D. Médico		
13	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio en el procedimiento.					
14	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
14	Fin	Registrar en la anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica.					
		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).					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 2. Técnico 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 hidrocoloides para relleno.
 9. Plantilla medidora de estomas.
 10. Polvos hidrocoloides.
 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujoograma del procedimiento.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

3. Guía de atención de enfermería.
4. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
5. Hoja de anotaciones de enfermería
6. Hoja graficas de funciones vitales.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																																																						
2	O	Lavarse las manos.		Registro y control del cuidado del paciente ostomizado				Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																																																		
3	O	Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.										Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																																													
4	O	Mantener la individualidad del paciente.															Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																																								
5	O	Informar al paciente.																				Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																																			
6	O	Colocar al paciente en decúbito dorsal con el abdomen descubierto.																									Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																														
7	O	Colocarse los guantes.																														Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																									
8	O	Proteger la ropa de la cama con un solera.																																			Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																																				
9	O	Retirar suavemente la bolsa usada (evitando tracciones de la piel), desde la parte superior a la inferior (para evitar derrames).																																								Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																															
10	O	Retirar los restos de heces con una gasa humedecida en agua.																																													Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																										
11	O	Limpiar el estoma y la zona circundante con agua templada y si es necesario utilizar un jabón neutro.																																																		Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																					
12	O	Secar bien el estoma y la piel circundante sin frotar.																																																							Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																																
13	O	Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor.																																																												Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																											
14	O	Seleccionar la bolsa apropiada a las características de la ostomía (abiertas, cerradas, de una o dos piezas).																																																																	Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																						
15	O	Dejar 2 o 3 mm. De espacio entre el estoma y la barrera.																																																																						Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.																	
16	O	Colocar la bolsa desde la parte inferior a la superior.																																																																											Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.												
17	O	Retirarse los guantes y lavarse las manos.																																																																																Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.							
18	O	Retirar el material, dejar al paciente en posición adecuada, cerca al timbre y objetos personales.																																																																																					Registro y control del cuidado del paciente ostomizado	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con estomas/ total de pacientes hospitalizados por periodo Índice de pacientes con estomas atendidos en consulta por periodo.		
19	Fin	Registrar en la anotaciones de enfermería las características y/o alteraciones de las heces, el estoma y del procedimiento. OBSERVACIONES En la ileostomía se tendrá especial cuidado de la piel circundante.																																																																																										Registro y control del cuidado del paciente ostomizado



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 2. Médico
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento.
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de anotaciones de enfermería



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes con úlceras por presión / total de pacientes hospitalizados por periodo.					
2	O	Coordina y dispone al técnico realizar los cambios posturales.		Prevenir complicaciones en pacientes postrados				Enfermera			
3	O	Informar al paciente.							Técnico		
4	O	Lavarse las manos.									
5	O	Mantener la individualidad del paciente.									
6	O	Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.									
8	O	Colocar la cama en posición adecuada.									
9	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.									
10	O	Proteger las vías, drenajes y dispositivos que pudiera tener el paciente al moverlo.									
11	O	Evitar la presión prolongada sobre la misma zona.									
13	O	Dejar al paciente cómodo con acceso al timbre y objetos personales.									
14	O	Retirar el material.									
16	O	Lavarse las manos.									
17	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio sobre la condición del paciente.			Enfermera						
18	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.			Médico			D. Médico			
19	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.			Enfermera			Departamento de Enfermería			
		OBSERVACIONES - Se valorará la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización del paciente. - El personal que intervenga en la movilización del paciente usará técnicas preventivas de mecánica corporal.									



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 2. Médico
 3. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de anotaciones de enfermería
 5. Hoja de indicaciones Terapéuticas



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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		Departamento de Enfermería	■ Porcentajes de pacientes con accidentes y/o caídas/total de pacientes hospitalizados por periodo.		
2	○	Valorar el riesgo de caída según la patología, la edad, el estado de conciencia y/o emocional del paciente.		Enfermera				
3	○	Informar al paciente y/o familia de las medidas a tomar.						
4	○	Retirar de la habitación el material que pueda producir caídas (mobiliario, agua, cables...)		Técnica				
5	○	Comprobar que la cama esté frenada.		Enfermera				
6	○	Colocar las barandas en la cama.						
7	○	Colocar el timbre en una posición accesible para el paciente.		Técnica				
8	○	Poner a su alcance las pertenencias y dispositivos de ayuda personales (andador, bastón, muletas).						
9	○	Mantener una luz difusa en la habitación durante la noche.						
10	○	Mantener las medidas de sujeción física si fuera necesario.						
11	○	Comprobar los factores de riesgo y la seguridad del paciente por turno.						
12	○	Si el paciente sufre una caída en servicio, tranquilizar al paciente y solicitar ayuda.		Enfermera				
13	○	Valorar lesiones y comunicar al médico.						
14	○	Trasladar al paciente a la cama con precaución dependiendo del grado de lesión.						
15	○	Recibe la información, evalúa al paciente y deja indicaciones médicas.		Médico				D. Médico
16	○	Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia (Glasgow).						
17	○	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 Detectar y corregir las causas que produjeron la caída.		Enfermera				Departamento de Enfermería



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

FICHA DE PROCEDIMIENTO

- I. DENOMINACIÓN:** Prevención y Tratamiento de las **Úlceras 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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se realizará el procedimiento de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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
 2. Técnico 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento.
 2. Flujograma del procedimiento.
 3. Guía de atención de enfermería.
 4. Hoja de indicaciones terapéuticas.
 5. Hoja de anotaciones de enfermería.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

**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 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	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	<input type="radio"/>	Informar al paciente.		Técnica			
3	<input type="radio"/>	Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión.					
4	<input type="radio"/>	Mantener la individualidad del paciente.					
5	<input type="radio"/>	Realizar la higiene diaria de la piel con agua y jabón neutro.					
6	<input type="radio"/>	Eliminar las pomadas y los polvos.					
7	<input type="radio"/>	Aclarar y secar bien entre los dedos y pliegues cutáneos.					
8	<input type="radio"/>	Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidos, con aceite hiperoxigenado.					
9	<input type="radio"/>	Mantener las sábanas limpias, secas y sin arrugas.					
10	<input type="radio"/>	Colocar rodetes en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción.					
11	<input type="radio"/>	Colocar apósitos hidrocoloides extrafinos en zonas de presión.					
12	<input type="radio"/>	Mantener buena hidratación de la piel.		Enfermera			
13	<input type="radio"/>	Pautar cambios posturales y sistemas de rotación programados.		Técnica			
14	<input type="radio"/>	Vigilar sondajes, vías centrales, drenajes..., evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.					
15	<input type="radio"/>	Levantar al paciente al sillón cuando sea posible, adoptando posturas adecuadas.		Enfermera			
16	<input type="radio"/>	Asegurar la buena hidratación y corregir los déficit nutricionales.					
17	<input type="radio"/>	Si el paciente presenta una ulcera por presión deberá realizar: Preparar el coche de curación y trasladarlo al lado del paciente.		Técnica			
18	<input type="radio"/>	Informar al paciente.					
19	<input type="radio"/>	Proporcionar intimidad al paciente.		Enfermera			
20	<input type="radio"/>	Lavarse las manos.					
21	<input type="radio"/>	Colocarse los guantes.					
22	<input type="radio"/>	Valorar la lesión atendiendo a: Localización de la lesión, Clasificación según estadio, Tipo de tejido, Cantidad de exudado, Dolor, Signos de infección local.					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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	<input type="radio"/>	Se seguirán unas normas básicas para la curación de todas las úlceras, basándonos en el principio de la curación húmeda.					
24	<input type="radio"/>	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 este autorizado por el Comité de Control de Infecciones.					
25	<input type="radio"/>	Aplicar el tto. según el estadio, tipo de tejido y cantidad de exudado existentes.					
26	<input type="radio"/>	El cambio y frecuencia de la curación vendrá determinado por el nivel de exudado y estado en que se encuentre el apósito utilizado.					
27	<input type="radio"/>	ESTADIO I (Eritema cutáneo). Tto: Aceite hiperoxigenado + Apósito hidrocoloide + No masajear la zona enrojecida.	Control y registro de las úlceras por presión	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
28	<input type="radio"/>	ESTADIO II (Pérdida parcial de tejido que afecta a epidermis y dermis. Suele presentar exudación moderada). Tto: Apósito hidrocoloide absorbente + Si existe cavidad: Apósito hidrocoloide absorbente + pasta hidrocoloide + Si existe tejido necrótico: Desbridar.					
29	<input type="radio"/>	ESTADIO III y IV. (Pérdida total del espesor de la piel que implica al tejido subcutáneo, muscular, y a veces, óseo y tendones.) Tto: 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.					



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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. Tto: 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.	Control y registro de las úlceras por presión	Enfermera	Departamento de Enfermería	Porcentaje de pacientes con úlceras por presión/total de pacientes hospitalizados por periodo.	
31	O	Comunicar al facultativo por si procede pauta ATB por vía sistémica. 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.		Médico	Departamento Médico		
32	O	El desbridamiento enzimático o autolítico, se puede combinar con el Quirúrgico. 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	Departamento de Enfermería		
33	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico	D. Médico		
34	O	Comunicar al médico cualquier alteración/cambio sobre el procedimiento.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
35	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.					
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.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 las medidas de 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:**
1. Se ejecutará este procedimiento para los pacientes oncológicos que se hospitalicen y haya sido prescrito por el médico.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. Se cumplirá con el Manual de Normas y procedimientos para el control y Prevención de Infecciones Hospitalarias, del Comité de 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
 5. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 6. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, las medidas de prevención, la ausencia o presencia de factores condicionantes/riesgos en el paciente e **intervenciones realizadas**.
- X. RECURSOS HUMANOS:**
1. Médico
 2. Enfermera
 3. Técnico de Enfermería
- XI. RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 2. Registros clínicos
 3. Formatos de Control y vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias
 4. Gorro, bata, guantes, mascarilla descartable, anteojos.
 5. Bolsa negra y roja.
 6. Contenedor de objetos corto punzantes
- XII. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO:**
1. Ambiente adecuado para atención de pacientes.
 2. Unidad de aislamiento.
 3. Coche de curación e instrumentos médicos.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

XIII. INDICADORES:

1. Porcentaje de pacientes con infecciones intrahospitalarias/total de pacientes hospitalizados por periodo
2. Porcentaje de pacientes hospitalizados con infecciones intrahospitalarias por localización por periodo.
3. Porcentaje de pacientes hospitalizados fallecidos por infecciones intrahospitalarias/total de pacientes hospitalizados por periodo.

XIV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento
2. Flujograma del procedimiento
3. Guía de atención de enfermería.
4. Hoja de Indicaciones Terapéuticas
5. Hoja de anotaciones de enfermería
6. Formatos de Control y vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias.
7. Formatos de bioseguridad y control de infecciones intrahospitalarias.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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	D. Médico	Porcentaje de pacientes con infecciones intrahospitalarias / total de pacientes hospitalizados por periodo	
2	O	Toma conocimiento y dispone a cumplir las medidas.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
3	O	Lavar los objetos contaminados.		Técnico			
4	O	Realizar la desinfección y esterilización de los mismos.					
5	O	Sobre el reservorio: Lavar al paciente con agua y jabón.					
6	O	Cambiar la ropa sucia y eliminarlos en bolsas impermeables.					
7	O	Desechar los tejidos muertos, apósitos en los recipientes asignados.					
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.		Limpieza	S. Limpieza		
10	O	Retirar las soluciones de los frascos abiertos durante periodos prolongados.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
11	O	Tomar medidas de aislamiento de contacto y respiratorio, si procede.					
13	O	Sobre el portador / mecanismo de transmisión. Lavarse las manos.					
14	O	Usar guantes entre cada procedimiento.					
15	O	Seguir las normas de aislamiento. En especial los inmunodeprimidos.					
16	O	Recoger, transportar y eliminar los líquidos corporales adecuadamente.					
17	O	Los enseres de aseo del paciente serán individuales.					
18	O	Utilizar preferentemente material de un solo uso.		Limpieza	S. Limpieza		
19	O	Sobre el huésped. Indicar las medidas encaminadas a reducir la susceptibilidad a la infección.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
20	O	Proporcionar una alimentación e ingesta líquida y descanso adecuado.					
21	O	Mantener la integridad cutánea y de las mucosas.					
22	O	Aseo adecuado e hidratación de la piel.		Técnico			
23	O	Manipular lo menos posible los sistemas de perfusión.		Enfermera			
24	O	Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.		Médico	Dpto Médico		
25	O	Curar las heridas con técnica estéril.					
26	O	Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.		Enfermera	D. Enfermería		
27	Fin	Mantener y cuidar los catéteres con técnica estéril.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. 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
 3. Técnico de Enfermería
- XI. RECURSOS MATERIALES:**
1. Registros de Enfermería.
 1. Jeringa de Gasometría.
 2. Antiséptico yodado.
 3. Gasas y guantes estériles.
 4. Esparadrapo.
 5. Contenedor de objetos punzantes.
 6. 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. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujograma del procedimiento
 3. Hoja de indicaciones médicas.
 4. Guía de atención de enfermería.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

5. Hoja de anotaciones de enfermería
6. Hoja de solicitud de análisis.
7. Hoja de informe de resultado de análisis.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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	
1	Inicio	De acuerdo al estado del paciente el médico indica, a la enfermera realizar la punción arterial para gasometría.	Registro y Control de gases arteriales en sangre	Médico	Departamento Médico	■ Porcentaje de pacientes con control de AGA/ total de pacientes hospitalizados por periodo.		
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.						
7	O	Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. Realizar el test de Allen en caso de elegir la arteria radial.						
8	O	Desinfectar la piel con una gasa empapada en antiséptico yodado.						
9	O	Colocarse los guantes						
10	O	Utilizar jeringa heparinizada. Retirar ligeramente el embole para observar el ingreso de la sangre arterial						
11	O	Colocar la mano en hiperextensión ayudándose del borde de la cama o de un rodillo.						
12	O	Punzar la arteria con bisel hacia arriba en ángulo de 30 a 45° en dirección contraria al flujo arterial.						
13	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.						
14	O	Dejar una gasa sobre el lugar de la punción y fijarla con esparadrapo ejerciendo una ligera presión.						
15	O	Eliminar las burbujas de aire que puedan quedar en el interior de la jeringa.						
16	O	Cerrar y etiquetar.						
17	O	Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.						
18	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.						
20	O	Procesar inmediatamente la muestra. Si no fuera posible, mantenerla en hielo o refrigerado						
21	O	Comunicar al médico el resultado del AGA						
22	O	Toma conocimiento, evalúa al paciente e indica continuar monitoreo de las FVs.						
23	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.			Médico			D. Médico
					Enfermera			D. Enfermería



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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</p> <p>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:</p> <p>Objetivo:</p> <p>Evaluar el suministro sanguíneo de las arterias colaterales de la arteria radial.</p> <p>Para hacerlo debemos seguir los siguientes pasos:</p> <p>Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluyen las arterias radial y cubital</p> <p>Hacer que el enfermo abra su mano</p> <p>Dejar de comprimir la arteria cubital</p> <p>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	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes con control de AGA/ total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>	



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 cardíaco.
- 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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. 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.
 6. 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
 3. Técnico 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 canales).
- XIII. INDICADORES:**
1. Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados/total de pacientes atendidos por periodo.
- XIV. ANEXOS:**
1. Descripción del Procedimiento
 2. Flujoograma del procedimiento.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

3. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
4. Guía de atención de enfermería.
5. Hoja de anotaciones de enfermería
6. Formato de solicitud del examen EKG.
7. Hoja de registro de EKG.
8. Formato de derecho de pago de EKG.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 condición/situación del paciente, el médico indica a la enfermera la realizar un EKG.	Registro y control electrocardiográfico	Médico	Departamento médico	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																																												
2	<input type="radio"/>	Toma conocimiento, verifica y decide realizar el procedimiento.		Registro y control electrocardiográfico	Enfermera			Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																																									
3	<input type="radio"/>	Lavarse las manos.									Registro y control electrocardiográfico	Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																																				
4	<input type="radio"/>	Informar al paciente.														Registro y control electrocardiográfico	Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																															
5	<input type="radio"/>	Preparar el material, equipo y trasladarlo al lado del paciente.																			Registro y control electrocardiográfico	Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																										
6	<input type="radio"/>	Mantener la individualidad del paciente.																								Registro y control electrocardiográfico	Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																					
7	<input type="radio"/>	Colocar al paciente en decúbito supino.			Registro y control electrocardiográfico																										Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																	
8	<input type="radio"/>	Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el pecho, tobillos y muñecas.										Registro y control electrocardiográfico																							Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																													
9	<input type="radio"/>	Limpia la piel y/o zonas de colocación de los electrodos. Rasurar si es preciso.															Registro y control electrocardiográfico																						Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																									
10	<input type="radio"/>	Colocar electrodos y conectar derivaciones: a) Tórax. 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) Extremidades. R (Rojo): Muñeca derecha, A (Amarillo): Muñeca izquierda, N (Negro): Tobillo derecho, V (Verde): Tobillo izquierdo.																				Registro y control electrocardiográfico																					Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																					
10	<input type="radio"/>	Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/seg. y el voltaje a 1 mV. Seleccionar “filtro” y modalidad manual o automática.																									Registro y control electrocardiográfico																				Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																	
11	<input type="radio"/>	Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.																													Registro y control electrocardiográfico																				Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.													
12	<input type="radio"/>	Efectuar el trazado y controlar que el registro de las derivaciones sea correcto.																																	Registro y control electrocardiográfico																				Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.									
13	<input type="radio"/>	Retirar los electrodos, retirar el gel y ayudar al paciente a vestirlo dejándolo cómodo.																																					Registro y control electrocardiográfico																				Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.					
14	<input type="radio"/>	Identificar el registro con nombre del pcte, localización, fecha y hora de realización.																																									Registro y control electrocardiográfico																				Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.	
15	<input type="radio"/>	Valida, realiza observaciones y deja indicaciones de acuerdo a resultado.																																													Registro y control electrocardiográfico																			
16	Fin	Registra en las anotaciones de enfermería.	Registro y control electrocardiográfico			Médico	D. médico																																												■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.															
16	Fin	Registra en las anotaciones de enfermería.		Registro y control electrocardiográfico		Enfermera	D. Enfermería	■ Porcentaje de registro Electrocardiográfico realizados / total de pacientes atendidos por periodo.																																																										



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 5. Registrar en anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica, la situación del paciente, la técnica y las características del líquido cefalorraquídeo del paciente e intervenciones realizadas.
 6. Cualquier dificultad en el procedimiento, alteración o anomalía (sangrado, dolor, incapacidad motora o sensitiva, alteración de los 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.
 3. Técnico 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 identificativas
 4. Quimioterápicos.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento
2. Flujograma del procedimiento
3. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
4. Guía de Atención de Enfermería.
7. Hoja de anotaciones de enfermería
8. Formato de solicitud del examen.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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	D. Médico	■ Porcentaje de pacientes con punción lumbar / total de pacientes atendidos por periodo.	
2	O	Toma conocimiento y decide asistir al médico.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
3	O	Verificar que el paciente reciba la información médica del procedimiento.		Médico	D. Médico		
4	O	Mantener la individualidad del paciente.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
5	O	Lavarse las manos y colocarse los guantes.		Técnico			
6	O	Valorar signos vitales en pacientes críticos		Enfermera	Departamento de Enfermería		
7	O	Preparar la medicación si está prescrita (analgesia, sedación...).		Enfermera			
8	O	Equipar el coche de curaciones para realización del procedimiento.		Médico	Departamento médico		
9	O	Prepara la medicación (qt).		Técnico			
10	O	Traslado del paciente al ambiente para realizar el procedimiento.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
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).		Médico			
12	O	Pedir al enfermo que no se mueva y que respire suavemente.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
13	O	Limpiar la piel y aplicar el antiséptico en la zona de punción.		Médico			
14	O	Colocar el campo estéril en la zona de punción.		Enfermera	Departamento médico		
15	O	Inyectar el anestésico local en la zona de punción (lidocaína).		Técnico			
16	O	Insertar la aguja adecuadamente en el espacio subaracnoideo entre la 3° y 4° ó 4° y 5° vertebra lumbar. Si no es adecuado repite el procedimiento.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
17	O	Medir las presión y recolectar el LCR para evaluarlo o administrar el medicamento.		Médico			
18	O	Retirar el trocar con el guiador puesto, presionando la zona con gasa esteril durante 3 a 5 min.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
19	O	Limpiar el área, retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico			
20	O	Recoger el material, equipos y lavarse las manos.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
21	O	Colocar al paciente en decúbito supino sin almohadas durante 1 a 2 horas.		Médico			
22	O	Colocar el sello de raquicentesis en la hoja N° 4 de la HC, rotular y enviar las muestras para el procesamiento.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
23	O	Valorar signos vitales en pacientes críticos.		Médico			
24	O	Informar cualquier alteración o anomalía al médico.		Enfermera	D. Enfermería		
25	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones médicas		Médico			
26	Fin	Registrar en las anotaciones de enfermería.		Enfermera	D. Enfermería		



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 oncológicos que se encuentren hospitalizados, durante la atención ambulatoria, en situaciones de emergencia u urgencias del paciente y haya sido prescrito por el médico.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. 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.
 5. La enfermera especialista es responsable de la administración y evaluación de los efectos secundarios del tratamiento especializado antineoplásico.
 6. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 7. 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).
 8. La enfermera deberá establecer un plan de cuidados y mantenimiento programado de los catéteres.
 9. 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



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

2. Enfermera
3. Técnico 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. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Guía de atención de enfermería.
4. Hoja de indicaciones Terapéuticas.
5. Hoja de anotaciones de enfermería.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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	D. Médico	■ Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periférico / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	○	Toma conocimiento, verifica orden y realiza la inserción ó mantenimiento ó retiro del catéter.		Enfermera			
3	○	Lavarse las manos con jabón o clorexidina 2 %.					
4	○	Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.					
5	○	Informar al paciente sobre la inserción, mantenimiento ó retiro del catéter.		Técnico			
6	○	Mantener la individualidad del paciente.					
7	○	Colocar al paciente en la posición correcta, según la técnica a realizar.		Enfermera			
8	○	En la inserción del catéter periférico se realizara: <ul style="list-style-type: none"> a. Seleccionar la vena más adecuada atendiendo a: <ul style="list-style-type: none"> - 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. Desenfundar 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. ll. Fijar el catéter y el equipo de infusión con gasa y esparadrapo 					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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
10	O	<p>En el mantenimiento del catéter periférico se realizara:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lavarse las manos con jabón clorexidina para manipular el sistema y los guantes estériles para los cambios del apósito. b. Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis. c. Cambiar el apósito o sistema cada 48 – 72 horas, o cuando esté húmedo, manchado o despegado, contaminado o presente fugas, etc. d. Vigilar la zona de punción, valorando signos de infección: rubor, calor, tumor y/o exudado. e. Limpiar con antiséptico el punto de punción, en forma circular de dentro hacia fuera. f. Colocar una gasa debajo de la conexión catéter–equipo para evitar decúbitos. g. Utilizar llave de tres pasos con extensión para que la manipulación sea menos traumática. h. Mantener la llave de tres pasos bien cerrada (con sus tapones). i. Desinfectar las entradas de la llave con antiséptico siempre que se utilice. j. Evitar las desconexiones con el sistema intravenoso. l. Mantener los catéteres heparinizados. ll. 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	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periférico / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>	
11	O	<p>En el retiro del catéter periférico se realizara:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección. b. Limpiar con la solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia fuera, con movimientos circulares. c. Retirar con suavidad el esparadrapo ó apósito con cuidado. d. Extraer el catéter lentamente sin rozar la piel. e. Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos. f. Limpiar el área y colocar un apósito estéril. 		Técnico			
12	O	Lavarse las manos.		Enfermera			
13	O	Dejar al paciente en posición correcta con acceso al timbre y objetos personales.					
14	O	Desechar los materiales, equipos, (aguja, jeringa algodón, ...) en el contenedor de objetos punzantes y no punzantes.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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
15	O	Informar oportunamente al médico cualquier anomalía o complicación ocurrido antes, durante y después de la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico.	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter periférico	Enfermera	D. Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro de catéteres periférico / total de pacientes hospitalizados por periodo. 	
16	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones.		Médico	D. Médico		
17	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. OBSERVACIONES <ul style="list-style-type: none"> - 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-equipos -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. - Si existiera exudado purulento se podrá tomar una muestra de éste con un hisopo y mandarlo también al servicio de Microbiología. 					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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:**
1. 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.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. La inserción del catéter venoso central lo realiza exclusivamente del medico especialista o entrenado en el manejo de catéteres venosos centrales.
 5. La enfermera especialista es responsable del cuidado y mantenimiento y retiro de los catéteres venosos centrales.
 6. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería y Guía clínica médica.
 7. 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:
 - a) 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).
 - 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 (sello).
 - c) En el retiro del catéter periférico:
 - ✓ Motivo del retiro.
 - ✓ Fecha y Hora del retiro.
 - ✓ Nombre y Firma del médico que lo realiza (sello).
 8. 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.
 9. 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

X. RECURSOS HUMANOS:

1. Médico
2. Enfermera
3. Técnico de Enfermería

XI. RECURSOS MATERIALES:

1. 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. ANEXOS:

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



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

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.	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter venoso central	D. Médico	D. Médico	Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro del CVC / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	O	Toma conocimiento, verifica y participa en la inserción, mantenimiento ó retiro del CVC.		Enfermera	D. Enfermería		
3	O	Lavarse las manos.		Médico	D. Médico		
4	O	Preparar la solución a infundir, el material o equipo y lo traslada al lado del paciente.		Enfermera	D. Enfermería		
5	O	Informar al paciente sobre la inserción, mantenimiento ó retiro del catéter venoso central		Médico	D. Médico		
6	O	Mantener la individualidad del paciente.		Técnica	D. Enfermería		
7	O	Colocar al paciente en la posición correcta (decubito supino) ó según la técnica a realizar.		Enfermera			
8	O	Colocarse los guantes estériles.		Médico	Departamento Médico		
9	O	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. Prepara, verifica la calidad de los meteriales y equipos del CVC. e. Realizar la infiltración anestesia 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 guiador, luego introduce el catéter a traves del guiador hasta la vena cava superior y la auricula derecha y posteriormente retira el guiador. h. Conecta el extremo proximal del cateter al suero y comprueba el retorno venoso. i. Realiza la sutura del cateter a la piel, coloca gasa esteril 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.					
10	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.					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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	O	<p>e. Aplicar antiséptico en la entrada de las llaves cuando se cambien los sistemas o se administre medicación en bolo.</p> <p>f. Envolver las conexiones en gasas impregnadas con un antiséptico.</p> <p>g. Heparinizar las lumenes que no se utilicen de los catéteres y cada vez que se utilicen intermitentemente para administrar medicación y hemoderivados.</p> <p>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.</p> <p>En el retiro del catéter venoso central se realizara:</p> <p>a. Pinzar el equipo de suero si lo hubiera.</p> <p>b. Retirar el esparadrapo y apósito de la piel del paciente.</p> <p>c. Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección (ver observaciones).</p> <p>d. Limpiar con solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia fuera, con movimientos circulares.</p> <p>e. Retirar puntos de sutura si los hubiera.</p> <p>f. Coger el catéter cerca de la zona de inserción y retirarlo muy lentamente.</p> <p>g. Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos aproximadamente.</p> <p>h. Limpiar el área con antiséptico y cubrir con una gasa y un apósito estéril.</p> <p>i. Inspeccionar el estado del catéter y comprobar que la punta esté íntegra.</p> <p>j. Dejar al paciente en posición cómoda-adeuada al timbre y objetos personales.</p>	Registro y Control de la inserción, mantenimiento y retiro del catéter venoso central	Enfermera	Departamento de Enfermería	■ Porcentaje de pacientes con inserción, mantenimiento y retiro del CVC / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
12	O	Informar oportunamente al médico cualquier anomalía o complicación ocurrido antes, durante y después de la inserción, mantenimiento o retiro del catéter.		Médico	Departamento Médico		
13	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones.		Técnico	D. Enfermería		
14	O	Recoger, entregar o eliminar el material utilizado en el procedimiento.		Enfermera			
15	O	Retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico	D. Médico		
16	Fin	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 - Enfermera	D. Médico - Enfermera		
		<p>OBSERVACIONES</p> <p>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.</p> <p>Si existiera exudado purulento se podrá tomar una muestra de este con un hisopo y mandarlo también al servicio de Microbiología.</p>					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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 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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. La preparación y administración de la hidratación depende de la disponibilidad de los recursos humanos, materiales e instrumentos especializados y de las medidas de bioseguridad para su manipulación.
 5. La enfermera es responsable de la hidratación y control de los efectos secundarios que ello ocasionara.
 6. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 7. 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.
 8. 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, Endoscopía 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
 3. Técnico 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



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
4. Guía de atención de enfermería.
5. Hoja de anotaciones de enfermería.
6. Registro de enfermería
7. Registro Médico.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS**
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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.	Registro y Control de la hidratación	Médico	D. Médico	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																																																	
2	O	Toma conocimiento, verifica y dispone a iniciar la fluidoterapia.		Registro y Control de la hidratación	Enfermera			Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																																														
3	O	Lavarse las manos.									Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																																									
4	O	Ver el procedimiento (AS-DE-05,.(AS-DE-25). (AS-DE-26).														Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																																				
5	O	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 pcte, 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.																			Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																															
6	O	Trasladar el material al lado del paciente.																								Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																										
7	O	Informar al paciente de la técnica a realizar.																													Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																					
8	O	Mantener la individualidad del paciente.																																		Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																
9	O	Canalizar la vía IV según el procedimiento (AS-DE-27), si no la hubiera.																																							Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																											
10	O	Conectar el extremo (estéril) del equipo al catéter IV de manera aséptica.																																												Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																						
11	O	Abrir el sistema, observar y verificar la permeabilidad del catéter.																																																	Registro y Control de la hidratación	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																	
12	O	Ajustar y comprobar el ritmo de goteo prescrito			Registro y Control de la hidratación			Enfermera																																																Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>														
13	O	Fijar el sistema de infusión con esparadrapo para evitar tracciones.										Registro y Control de la hidratación	Enfermera																																														Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>											
14	O	Dejar al paciente en posición cómoda-adeuada al timbre y objetos personales.															Registro y Control de la hidratación	Enfermera																																												Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>								
15	O	Recoger el material. Retirarse los guantes y lavarse las manos.																				Registro y Control de la hidratación	Enfermera																																										Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>					
16	O	Controlar las funciones vitales e informar cualquier alteración al médico.																									Registro y Control de la hidratación	Enfermera																																								Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>		
17	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones terapéuticas.																														Registro y Control de la hidratación	Enfermera																																						Departamento de Enfermería
18	Fin	Registrar en las anotaciones de Enfermería. - Cuando se precise profundir líquidos a pacientes pediátricos, drogas vasoactivas, nutrición parenterales...), se utilizarán bombas de perfusión.																																			Registro y Control de la hidratación	Médico																																	
			Registro y Control de la hidratación			Enfermera	Departamento de Enfermería																															<p>■ Porcentaje de pacientes hospitalizados con Fluidoterapia / total de pacientes hospitalizados por periodo.</p>																																	



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor público.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. La verificación de datos del paciente y del producto sanguíneo a administrar son de competencia de la enfermera.
 5. La enfermera es responsable de la administración y monitoreo de los efectos secundarios de la transfusión sanguínea y sus derivados.
 6. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 7. 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.
 7. 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
 3. Técnico 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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/perfusion 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. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
4. Guía de atención de enfermería.
5. Hoja de anotaciones de enfermería.
6. Registros de Enfermería
7. Registros médicos.



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y DE HEMODERIVADOS	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 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	D. Médico	Porcentaje de pacientes que reciben productos hemoderivados / total de pacientes hospitalizados por periodo																																				
2	O	Toma conocimiento, verifica y decide a iniciar la transfusión sanguínea y/o hemoderivados.		Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera			Departamento de Enfermería																																		
3	O	Ver el procedimiento. (AS-DE-25)							Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de 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										Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería																												
5	D	Si hay alguna anomalía, se rechaza el producto y se informa al servicio de Banco de sangre. Remitir el producto de inmediato.													Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería																									
6	O	Lavarse las manos.																Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería																						
7	O	Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.																			Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería																			
8	O	Informar al paciente de la técnica a realizar.																						Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería																
9	O	Mantener la individualidad del paciente.																									Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería													
10	D	Volver a comprobar los datos del preparado, la identidad del paciente y si ha presentado reacciones adversas en las anteriores transfusiones.																												Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería										
12	O	Colocar al paciente en posición cómoda.																															Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería							
13	O	Tomar constantes vitales (Tª, TA, FR, FC).			Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados			Enfermera																												Departamento de Enfermería						
14	O	Comprobar que la vía intravenosa canalizada es del calibre adecuado y permeable o canalizar una si no la hubiera (AS-DE-27).								Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera																										Departamento de Enfermería					
15	O	Homogeneizar la bolsa y comprobar que la temperatura del producto a transfundir es similar a la temperatura del cuerpo.											Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera																								Departamento de Enfermería				
16	O	Insertar el sistema en la bolsa del hemoderivado y purgarlo.														Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera																						Departamento de Enfermería			
17	O	Conectar el extremo (estéril) del sistema al catéter IV de manera aséptica y fijarlo.																	Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera																				Departamento de Enfermería		
18	O	Cambiar el sistema entre cada unidad cuando transfunda sangre total o cc hematíes																				Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera																		Departamento de Enfermería	
19	O	Iniciar la transfusión y permanecer al lado del paciente los primeros minutos.																							Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera																Departamento de Enfermería
20	O	Ajustar el ritmo de infusión prescrito, no sobrepasar las cuatro horas.																										Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera													
21	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.																													Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera										



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS
“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”**

PROCEDIMIENTO: TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y DE HEMODERIVADOS

**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
22	O	Tomar las funciones vitales al inicio y al finalizar la transfusión.	Registro y Control de la transfusión sanguínea y hemoderivados	Enfermera	Departamento de Enfermería	<p>■ Porcentaje de pacientes que reciben productos hemoderivados / total de apacientes atendidos por periodo.</p>	
23	O	Vigilar el ritmo de infusión y el estado general del paciente.					
24	O	Suspender la transfusión ante cualquier tipo de reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea...(ver observaciones) y avisar al médico.					
25	O	Lavar la vía IV con suero salino fisiológico una vez terminada la transfusión.					
26	O	Dejar al paciente cómodo y con acceso al timbre y objetos personales.					
27	O	Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico	D. Médico		
28	O	Comunicar al médico cualquier efecto adverso.					
29	O	Toma conocimiento, valora y deja indicaciones médicas.					
30	Fin	<p>Registrar en las anotaciones de enfermería: Hora de inicio y de finalización, Grupo sanguíneo, Rh, Tipo de hemoderivado y nº de unidades, Signos vitales, Respuesta del paciente a la transfusión, Firma y sello de la enfermera.</p> <p>OBSERVACIONES</p> <p>Pautas a seguir ante una reacción transfusional: 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. Retirar el equipo de transfusión y el hemoderivado, guardarlos para enviarlos al Banco de sangre para su estudio (por reacción) Mantener la vía permeable con una perfusión de suero salino fisiológico. Notificar la reacción al personal del Banco de sangre. Anotar todo lo ocurrido durante la transfusión y las actividades realizadas. Durante todo el proceso permanecerá un miembro del equipo con el paciente. Extremar los cuidados en los pacientes con patologías cardiacas, ancianos, pediátricos,...durante la transfusión. 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>					



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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.
 2. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor publico.
 3. 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. 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. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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
 3. Técnico 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

- ✓ 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 pacientes atendidos por periodo.

XIV. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Guía de atención de enfermería.
4. Hoja de Anotaciones de enfermera
5. Hoja de indicaciones terapéuticas.
6. Registros médicos.
7. Registros de enfermería.
8. Formato de Análisis de Microbiología



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

PROCEDIMIENTO: PARACENTESIS

**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 y objetivo de diagnóstico del paciente el médico solicita colaboración de la enfermería en la paracentesis.	Registro y Control de la paracentesis	Médico	D. Médico	■ Porcentaje de pacientes con paracentesis / total de pacientes hospitalizados por periodo.	
2	O	Toma conocimiento, verifica, controla funciones vitales y se dispone a colaborar con el médico.		Enfermera	D. Enfermería		
3	O	Informar al paciente del procedimiento a realizar.		Médico	D. Médico		
4	O	Mantener la individualidad del paciente.		Técnico	Departamento de Enfermería		
5	O	Indicar al paciente que orine.		Enfermera			
6	O	Colocar al paciente en posición en decúbito supino, según indicación médica.		Técnico			
7	O	Lavar la zona de punción con agua y jabón y séquela correctamente.					
8	O	Desinfecte la zona con antiséptico.					
9	O	Realizar la asepsia del abdomen inferior con yodopovidona o un antiséptico similar.					
10	O	Administrar el anestésico local (xilocaína).					
11	O	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 ilíaca antero superior cruce el borde lateral del recto.		Médico	D. Médico		
12	O	Fijar la jeringa con la mano derecha y la aguja con la izquierda.					
13	O	Pedir al paciente que tosa y cuando lo haga se introduce la aguja de un sólo golpe.					
14	O	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	O	Si la punción es negativa, se repite el procedimiento en el lado contrario. En el momento en que se obtenga sangra u otro líquido se suspende el procedimiento.					
16	O	Mantener al paciente en cama e iniciar la deambulacion de forma progresiva.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
17	O	Medir el líquido drenado y retirar los materiales.		Técnico			
18	O	Medir el perímetro abdominal, retirarse los guantes y lavarse las manos.		Médico	D. Médico		
19	O	Identificar y cursar los tubos con las muestras a los laboratorios y/o servicios.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
20	O	Controlar las funciones vitales e informar cualquier alteración al médico.					
21	O	Toma conocimiento, evalúa y deja indicaciones médicas.		Médico	D. Médico		
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	Departamento de Enfermería		



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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. Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros y el Código de Ética del servidor publico.
 3. Asumir con responsabilidad la atención del paciente oncológico, velando por su seguridad y protegiéndolo de daños u errores en el ejercicio de sus funciones.
 4. El procedimiento depende de la disponibilidad de los recursos existente, de las medidas de bioseguridad, riegos y beneficios que obtendrán por la acción.
 5. La enfermera es responsable de contar con recursos materiales y velar por el buen cuidado, uso y resguardo la privacidad/seguridad del paciente.
 6. El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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
 3. Técnico 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.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

- ✓ Pinzas, tijeras, Mango de bisturí, Hoja de bisturí, portaguas,
- ✓ 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. ANEXOS:

1. Descripción del Procedimiento.
2. Flujograma del procedimiento.
3. Hoja de indicaciones terapéuticas.
4. Guía de atención de enfermería.
5. Hoja de anotaciones de enfermería.
6. Formatos de Anatomía patológica.
7. Formatos de análisis de Microbiología.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

“Dr. Eduardo Cáceres Graziani”

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.		Médico	D. Médico	<p>■ Porcentaje de pacientes con toracocentesis / total de pacientes atendidos por periodo.</p>	
2	O	Toma conocimiento, verifica y se dispone a participar en el procedimiento.	Control y registro de la toracocentesis	Enfermera	D. Enfermería		
3	O	Realizar la punción con analgesia y sedación, monitorizando la saturación de O2.					
4	O	Informar al paciente del procedimiento a realizar.		Médico	D. Médico		
5	O	Mantener la individualidad del paciente.		Técnico	D. Enfermería		
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	Anestesiar 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 (5º-7º 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	D. Médico		
18	O	Identificar y cursar los tubos/frascos con las muestras a los laboratorios y Servicios.		Enfermera	Departamento de Enfermería		
19	O	Informar oportunamente, si el pcte. presenta dificultad respiratoria o dolor torácico.					
20	O	Toma conocimiento, evalúa y dispone si es necesario examen radiológico de tórax.		Médico	D. Médico		
21	Fin	Registra en la anotaciones de enfermería y en los registros clínicos establecidos. 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.					
					Enfermera	D. Enfermería	
				Médico	D. Médico		