



HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA



GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

RD. N° 114-2024-DE-HJATCH

2024

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA”

Jefa del Departamento de Enfermería **Mg. Flores Apaza, Patricia**

Jefa del servicio de Centro Quirúrgico **Lic. Velásquez Heredia, Violeta**

Lic. en Enfermería Especialista en Centro Quirúrgico **Lic. Tarazona Ponce Vidalia, Giessela**

Lic. en Enfermería Especialista en Centro Quirúrgico **Lic. Falla Fernández, Lorena I.**

Jefa del servicio de Cirugía especialista en Cuidado enfermero en paciente Clínico Quirúrgico **Lic. Flores Valenza, Gloria**

Enfermera Asistencial **Lic. Panéz Mauricio Karen Zulema**

Enfermera Asistencial **Lic. Portilla Vargas Ingrid**

Jefa del Servicio de Consultorios Externos **Lic. Rodríguez Sáenz. Eva**

Enfermera Asistencial **Lic. Zapata Soto Magaly, Lizzeth**

Enfermera Asistencial **Lic. Córdova Jacinto Yessenia, Marycruz**

Enfermera Asistencial **Lic. Pardave Salazar, Patricia Selene**

Enfermera Asistencial **Lic. Rojas López, Jazmín Nicol**

Jefa del Servicio de Emergencia **Lic. Apolinario Veliz, Noemi**

Enfermera Asistencial **Lic. Canchaya Quispe, Kattia Milagros**

Enfermera Asistencial **Lic. Terrazos, Erika**

Jefa del Servicio de Medicina, especialista en Cuidado enfermero en paciente Clínico Quirúrgico **Lic. Huamán Guere Rosio del Pilar**

Enfermera Asistencial **Lic. Carhuaz Arellano, Miriam.**

Enfermera Asistencial **Lic. Pinedo Pérez, Mario**

Enfermera Asistencial **Lic. De La Cruz Roque, Carol Stefani**

Enfermera Asistencial **Lic. Panéz Condor, Soledad**

Enfermera Asistencial **Lic. Flores Ricse, Elisabeth Lorena**

Enfermera Asistencial **Lic. Villa Vargas, Karla**

Enfermera Asistencial **Lic. Jacay Malpartida, Ana**



**Enfermera Asistencial, especialista
en Enfermería en Cuidados Intensivos
Neonatales**

Lic. Villanueva Ascurra, Pilar

**Enfermera Asistencial Especialista En
Cuidado enfermero en Geriatria y
Gerontología**

Lic. Vilca Arizaca ,Elizabeth

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Emergencia y Desastre
Consuelo**

Lic Santillán Ornay Jackeline

**Jefa del Servicio de Neonatología,
especialidad en Cuidado de Enfermería
en Neonatología y Emergencia y Desastres**

Lic. Avilez Huaranga Olaria Daniela



**Enfermera Asistencial, especialidad
Cuidados Intensivos Neonatales
Emergencias Y Desastres**

Lic. Bautista Flores,Elizabeth Johanna



**Enfermera Asistencial, especialidad
en Neonatología**

Lic. Campos Arzapalo Yuliana Deysy

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Cuidados Intensivos Neonatales**

Lic. Huaman Gomez Ubaldina



**Enfermera Asistencial, especialidad
en Cuidados Intensivos Neonatales**

Lic.Meza Muñoz Celia Esther

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Cuidados Intensivos Neonatales**

Lic. Obispo Lozano Flormila Luisa

**Enfermera Asistencial, especialidad
Cuidados de Enfermería En Neonatología**

Lic Quispe Riveros Rosy

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Cuidados Intensivos Neonatales**

Lic. Ramírez Sedano Lina Raquel

**Enfermera Asistencial, especialidad
Neonatología**

Lic. Lozano Huari Kennedy Teofila

Enfermera Asistencial

Lic. Pillaca Yaranga Marilu

Enfermera Asistencial

Lic. Sanchez Castillo Seberina

**Jefa del Servicio de Pediatría, especialidad
en Gestión y Administración de Salud**

Lic. Quispe Curi, Hermelinda

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Emergencia y Desastre**

Lic. Carlos Astudillo, Yossy Isabel



Enfermera Asistencial

Lic. Julca Licapa, Azucena

**Jefa Del Servicio De UCI, especialista en
Enfermería en Cuidados Intensivos,
Gestión y Administración Servicios
de Salud Y Auditora En Salud**

Lic. Condor Sánchez, Rosario



**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Lic. Morales Aquino, Gladys

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Lic. Espinoza Almerco, Vilsa



**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Lic. Regalado Bustamante, Hugo

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Lic. Mayta Paucara, Julissa

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Lic. Ramírez López, Úrsula

**Enfermera Asistencial, especialidad
en Enfermería en Cuidados Intensivos**

Lic. Vargas Barra, Yuliana

Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

Enfermera Asistencial

Lic. Eusebio Lazo, Cyntia

Enfermera Asistencial

Lic. Mormontoy Chuquillanqui, Flor

Enfermera Asistencial

Lic. Estrella Medina, Roxana

Enfermera Asistencial

Lic. De la Cruz Casana, Yesenia



ÍNDICE

CENTRO QUIRÚRGICO	9
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN Y MANEJO SUBSECUENTES POR DIA DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTESICA-URPA DEL HJATCH	9
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA REGIONAL DE AGENTE ANESTÉSICO LOCAL U OTRA MEDICACIÓN EN EXTREMIDAD SUPERIOR O INFERIOR DEL HJATCH	16
CIRUGÍA	22
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE HEMOSTASIS DEL HJATCH	22
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE Sonda Rectal del HJATCH	30
CONSULTORIOS EXTERNOS	38
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD-CRED EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS	38
GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL: CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (PVV) Y CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL HJATCH	56
GUÍA TECNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE VACUNA CONTRA DIFTERIA, PERTUSIS Y TETANO (DPT), VACUNA TETANO Y DISTERIA (DT) MAYORES Y MENORES DE 7 AÑOS Y CONSEJERÍA EN INMUNIZACIONES DEL HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA	66
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERIA PRE TEST Y POST TEST PARA VIH	85
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA DE SALUD RESPIRATORIA PARA MADRES AFECTADAS DE TUBERCULOSIS	94
EMERGENCIAS	106
GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INFUSIÓN INTRAVENOSA PARA TERAPIA, PROFILAXIS Y DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	106
GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO INYECCIÓN SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	115
GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INYECCIÓN TERAPEUTICA PROFILACTICA O DIAGNOSTICA, BOLO INTRAVENOSO DE SUSTANCIA O MEDICAMENTO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	123
GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TRASLADO DEL PACIENTE HERIDO O EN CONDICIONES EN QUE NO ESTÁ EN RIESGO POTENCIAL SU VIDA Y SALUD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	133
GUÍA TÉCNICA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE OXIMETRÍA NO INVASIVA DE LA OREJA O DE PULSO PARA DETERMINAR SATURACIÓN DE OXÍGENO; MEDIANTE MONITOREO CONTINUO DURANTE TODA LA NOCHE DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	139
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE	145



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

ATENCIÓN EN TÓPICO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	145
MEDICINA	149
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE COLOCACION DE ENEMA DEL HJATCH.	149
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN Y MANEJO INICIALES POR DÍA, EN SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL HJATCH	157
GUÍA TÉCNICA; GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	213
GUÍA TÉCNICA; GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CURACIÓN DE ÚLCERA DE DECUBITO I, II, III DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	229
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA	249
GUÍA TÉCNICA; GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL HJATCH	269
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INSERCIÓN DE CATETER VESICAL TEMPORAL; SIMPLE DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	280
NEONATOLOGÍA	291
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE CONSEJERÍA EN FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO PSICOAFECTIVO Y PREVENTIVO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO DEL HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA”	291
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE CONSEJERÍA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PREVENTIVO/PROFILÁCTICO PARA RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE VIH (+) DEL HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA”	296
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE CONSEJERÍA DE EN CORTE Y CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL DEL HJATCH.....	308
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO CONSEJERÍA DE IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL HJATCH	317
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE EN EL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA”	324
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA EN HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO NIÑO O NIÑA Y CUIDADOS EN EL HOGAR	329
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONTACTO PIEL CON PIEL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA DEL HJATCH	337
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO LACTANCIA ARTIFICIAL A RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH DEL HJATCH	348
PEDIATRÍA	355
GUÍA TÉCNICA; GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PREVALENTES DEL HJATCH	355
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	373



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE APLICACIÓN DE MEDIOS FÍSICOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	382
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	390
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR CIRCUITO CERRADO O CONTINUA Y MANTENIMIENTO DE LINEA DE CIRCUITO CERRADO EN PACIENTE INTUBADO DEL HJATCH	390
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA.....	399
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE NUTRICIÓN PARENTERAL POR DIA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	407
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA DEL HJATCH	419
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE RETIRO CATETER DEL HJATCH	425
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA, TERAPÉUTICA INTRAVENOSA DEL HJATCH	445
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CURACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DEL HJATCH	456
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE REVISIÓN DE CICATRIZ DE TRAQUEOTOMÍA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA	462
GUÍA TÉCNICA; GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE VERIFICACIÓN Y/O CONTROL DE LA PERMEABILIDAD DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) TUNELIZADO INSERTADO CENTRALMENTE EN PACIENTES ADULTOS DEL HJATCH	469



CENTRO QUIRÚRGICO

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN Y MANEJO SUBSECUENTES POR DÍA DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA-URPA DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Este instrumento proporcionará una herramienta para evaluación y manejo por día de un paciente hospitalizado en la unidad de recuperación post anestésica con la intención de brindarle una atención de calidad a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios nuevos y continuadores del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Registrar y monitorizar la estabilidad respiratoria del paciente.
- Gestionar eficazmente el dolor postoperatorio mediante evaluaciones regulares y ajustes en el plan de analgesia garantizando el confort del paciente y facilitando su recuperación.
- Mantener un equilibrio adecuado de líquidos y electrolitos, adaptando el plan de fluidos según las necesidades individuales del paciente y previniendo desequilibrios.
- Colaborar estrechamente con otros miembros del equipo de atención médica incluyendo la comunicación efectiva con el equipo quirúrgico y otros especialistas.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al departamento de Enfermería, Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Evaluación y Manejo subsecuentes por día de un paciente hospitalizado en la Unidad de Recuperación Post Anestésica - URPA.

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99232.

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 80 min . (La duración puede variar .con excepción de algunas cirugías y también dependiendo del tipo de anestesia)

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

-Evaluación y manejo de pacientes hospitalizados en URPA, Recuperación post anestésica: Es el proceso de recuperación gradual de la conciencia, sensibilidad, respiración y fuerza muscular.

Se hace necesaria la participación activa de un grupo multidisciplinario para el manejo postoperatorio inmediato de los pacientes enmarcado en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA).

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Analgesia:** Eliminación de la experiencia dolorosa mediante la manipulación de los mediadores del dolor y/o de las vías de transmisión del dolor, o mediante la desconexión de los centros del dolor.



- **Analgésicos:** Medicamento usado para disminuir o eliminar el dolor. ¿La palabra analgesia viene del griego procede del prefijo griego? - ('carencia, negación') y? λγος (/álgos/, 'dolor'.²
- **Dolor postoperatorio:** El dolor postoperatorio se define como dolor agudo de inicio reciente, auto limitado, que alcanza su máxima intensidad las primeras 24 horas y luego disminuye; aparece como consecuencia de estimulación nociceptiva, debido a lesión tisular de diversa etiología como intervención quirúrgica, distensión vesical e intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas, entre otras, las cuales inducen liberación de sustancias sensibilizadoras de nociceptores. Para un mejor control del dolor postoperatorio, es necesario combinar fármacos con mecanismos de acción diferentes, obteniendo mayor potencia analgésica con menos efectos adversos, denominándose esta práctica clínica, analgesia multimodal.³
- **Sedación:** Disminución controlada del estado de alerta del individuo o de la percepción del dolor mientras se mantienen estables los signos vitales, protección de la vía aérea y ventilación espontánea.³

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Lic. en Enfermera especialista en centro quirúrgico, recuperación
- 1 Técnico de Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cama quirúrgica	Unid	1
Monitor multiparámetro	Unid	1
Escritorio de melamine	Unid	1
Silla de metal	Unid	1
Microondas	Unid	1
Estetoscopio	Unid	1
Papagayo	Unid	1
Chata	Unid	1
Equipo de soporte	Unid	1

- Material médico no fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Frazadas	Unid	2
Colchas	Unid	1
Sábanas	Unid	1
Hules de plástico	Unid	1
Soleras	Unid	1
Termómetro clínico	Unid	1



Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Guantes descartables	Unid	2

Medicamentos: Dependiendo del medicamento por administrar.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Dextrosa 5%	Litro	1
Hipersodio	Unid	1
Hidrocortisona 100	Unid	1
Etilefrina	Unid	1
Dexametasona 4mg	Unid	1
Atropina 0,5	Unid	1
Poligelina	Unid	1
Agua destilada	Litro	2
Jeringa 20ml	Unid	4

5.3.3 FORMATOS:

- Formato de registro de Unidad de Recuperación Post Anestésica
- Hoja de Filiación del paciente
- En casos en los que el paciente se encuentre en una situación de emergencia o crítica se aplicará conforme a la Ley.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

PERSONAL MÉDICO –ANESTESIÓLOGO

TIEMPO DE TRASLADO

1. El anestesiólogo, en coordinación con la Licenciada Instrumentista y/o circulante, procede al traslado del paciente en camilla e ingresa a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), donde será sometido a monitoreo por parte de la licenciada en enfermería responsable. **(6 minutos)**

LLEGADA DE PACIENTE

2. El médico con especialidad en anestesiología informa a la **Licenciada instrumentista o a la especialista en URPA y/o enfermera general** acerca del tipo de anestesia administrada, analgésicos empleados con el paciente y describe la evolución durante la cirugía y entrega a la Lic. la Hoja de anestesia del paciente. Además, en colaboración con la Licenciada, lleva a cabo la instalación correspondiente de los accesorios para el monitoreo de los pacientes y va evaluando a su paciente, céfalo caudal **(8 minutos)**.



3. La Lic. Instrumentista y/o circulante reporta a la Lic. De URPA como fue la intervención quirúrgica, si hubo algún inconveniente, material y gasas utilizadas, alergias conocidas, o algún evento **(5 minutos)**.
4. Licenciada verifica la solución que le está transfundiendo, la permeabilidad de la vía, los drenajes si los tuviera, como están los apósitos colocados en la herida operatoria. **(6 minutos)**
5. Si el paciente requiere de Oxígeno la Lic. en URPA instalará la mascarilla de bolsa de reservorio y se administrará la cantidad de oxígeno indicada por el cirujano. **(4 minutos)**
6. La Licenciada utiliza para cada paciente una Hoja de Registro en la Unidad de Recuperación Post anestésica, procede a monitorizar las funciones vitales cada 5 minutos por un tiempo de 20 minutos, luego cada 15 minutos, En la hoja, registra el número de historia clínica, edad, peso y todos los datos relevantes del paciente, incluidos los diagnósticos pre y postquirúrgicos, alergias, nombres de los cirujanos, tipo de anestesia administrada y medicamentos utilizados durante la cirugía. Además, se registra la administración de soluciones para el balance hídrico y se utiliza el puntaje de ingreso del Aldrete modificado para evaluar el estado del paciente. **(15 minutos)**
7. Registra además al paciente en el Libro de URPA el personal de enfermería, teniendo en cuenta: número de orden, la fecha, datos completos del paciente, residencia, trabajo, diagnóstico preoperatorio, diagnósticos postoperatorio, Médico anesthesiologo, indicación, tratamiento, nombre del cirujano, Lic. en URPA, número de historia clínica, si es emergencia o programada y la hora del alta de URPA **(7 minutos)**.
8. El personal de enfermería informa al anesthesiologo sobre la evolución del paciente, quien luego indica el alta de este. **(4 minutos)**.
9. La Lic. registra los ingresos y egresos de líquidos, déficit, sangrado, tanto de SOP, así como de URPA, registra el balance hídrico y procede a retirar todas las conexiones del paciente dado que ya tiene la indicación de alta del Médico anesthesiologo, traslada al paciente al área de sala de trabajo. **(10 minutos)**.
10. La profesional responsable de URPA coordina telefónicamente con la Lic. del, en servicio respectivo para trasladar internamente al paciente, registra la hora de llamada al servicio en el formato, así como también la hora que vienen a recogerlo para trasladar a su servicio, en ese momento reportan el estado de salud del paciente post operado inmediato **(15 minutos)**



6.2. INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes reacciones adversas
- Complicaciones anestésicas graves
- Negación de paciente para no operarse

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes con complicaciones y termodinámicamente inestable

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes con necesidad de ventilación mecánica
- Pacientes que requieran tener mayor capacidad resolutive
- Pacientes con inestabilidad hemodinámica

6.4 COMPLICACIONES:

- Propias de cada patología
- Riesgo de caída
- Apnea obstructiva del sueño
- Shock
- Paro cardiorespiratorio

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Es importante que los formatos y las historias clínicas estén digitalizados.
- Todos los pacientes que ingresen a SOP para un procedimiento o cirugía bajo anestesia deben ser monitorizados hasta que se recuperen por completo de los efectos anestésicos.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01.** Registro de unidad de recuperación post anestésica



ANEXO N° 01. REGISTRO DE UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA

[illegible]

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón E, Pernia A, de Antonio P, Calderón Pla E, Torres LM. A comparison of two constant-dose continuous infusions of remifentanyl for severe postoperative pain. *Anesth Analg* ,2020; 92 (3): 715-9 .



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA REGIONAL DE AGENTE ANESTÉSICO LOCAL U OTRA MEDICACIÓN EN EXTREMIDAD SUPERIOR O INFERIOR DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Este instrumento proporcionará una herramienta para evaluación y manejo por día de un paciente hospitalizado en la unidad de recuperación post anestésica con la intención de brindarle una atención de calidad a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios nuevos y continuadores del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Registrar y monitorear la administración de medicamentos.
- Proporcionar los fármacos al paciente para su absorción por vía venosa. o la infusión para la administración del medicamento en un período de tiempo asignado.
- Disminuir el dolor post operatorio en el paciente.
- Favorecer a la pronta recuperación, disminuyendo los riesgos a las complicaciones.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio de Centro Quirúrgico del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Administración endovenosa regional de agente anestésico local u otra medicación en extremidad superior o inferior

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 1995

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 56 min aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Administración endovenosa:** Es el procedimiento por medio del cual se introducen soluciones al torrente circulatorio a través de una vena, utilizando técnica aséptica durante el procedimiento.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Administración de medicamentos:** Es una de las intervenciones de cuidado más frecuentes en el campo de la enfermería y, por tanto, tiene un gran impacto en la salud y la calidad de vida de la población⁴.

- **Error en la Administración:** Es cualquier evento prevenible que puede originar un uso inapropiado de una medicación y/o daño al paciente mientras la medicación está bajo el control del profesional de la salud, el paciente o el consumidor en general⁵.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Lic. En Enfermería especialista en centro quirúrgico y/o recuperación
- 1 técnico de Enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT
Cama quirúrgica	Unid	1
Monitor multiparametro	Unid	1
Escritorio de melamine	Unid	1
Silla de metal	Unid	1
Equipo de soporte	Unid	1

- Material médico no fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Frazadas	Unid	2
Colchas	Unid	1
Sábanas	Unid	1
Hules de plástico	Unid	1
Soleras	Unid	1
Termómetro clínico	Unid	1

- Material médico fungible:

Descripción	U.M	CANT.
Guantes quirúrgicos	Unid	1
Jeringa de 20 ml	Unid	4
Aguja n° 18	Unid	2
Tegader	Unid	2
Torundas de algodón	Unid	2
ALCOHOL 76°	ml	3
Ligadura 45 cm	Unid	1

- Medicamentos: Dependiendo del medicamento por administrar.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cloruro De Sodio 9%	LITRO	1
Hidrocortisona 100mg	Unid	1
Etilefrina 10 Mg	Unid	1
Dexametazona 4mg	Unid	1
Clorfeniramina 10 Mg	Unid	1
Cloruro De Sodio 9% 100ml	Unid	1
Dextrosa 5%	LITRO	1
Cloruro 20%	Unid	1



5.3.3 FORMATOS:

- Formato de la Unidad de recuperación Post Anestésica

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

- Verificar la indicación post operatoria inmediata (**2 minutos**)
- La Licenciada responsable de URPA procederá a realizarse el lavado de manos clínico antes y después de realizar el procedimiento.

En la administración por vía endovenosa con perfusión continua, la Licenciada de URPA realizará:

- El calzado de guantes estéril (**2 minutos**)
- La responsable retirará el tapón de llave de triple vía y lo colocará sobre una gasa estéril en una riñonera (**2 minutos**).
- Limpiar la entrada de la llave con antiséptico y gasa estéril (**3 minutos**)
- Para esta actividad se realizará los 11 correctos (**3 minutos**)
- Preparación del medicamento y se agregará al Cloruro de sodio 9% x100cc (**4 minutos**)
- La profesional explicará al paciente el medicamento prescrito por su médico tratante (**3 minutos**)
- Administrar el medicamento al ritmo prescrito y rotular el frasco con las soluciones agregadas (**2 minutos**)
- Vigilar la zona de punción y reacciones adversas durante la administración (**30 minutos**)
- Se continuará con la solución prescrita (**3 minutos**)
- La licenciada registrará en la hoja de monitoreo hora, medicamento y cantidad administrada (**2 minutos**)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Administración de medicamentos como tratamiento terapéutico, profiláctico y paliativo.
- Administrar medicamentos estimulantes en caso de emergencia

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Mantener un equilibrio de líquidos y electrolitos

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Inexistencia de orden médica
- Antecedente de alergias a medicamentos
- No aceptación por parte del paciente para la realización del procedimiento

6.4 COMPLICACIONES:

Locales

- Infiltración
- Hematomas y equimosis

Vasculares

- Flebitis



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio

VII. RECOMENDACIONES:

- Comprobar si el fármaco es el correcto al sacarlo del empaque original.
- Verificar la dosis farmacológica indicada antes de su administración, en caso de parecer inapropiada confirmarla.
- Antes de administrar el medicamento se debe verificar fecha de vencimiento del fármaco al preparar el medicamento.
- No anotar la administración de un fármaco antes de administrarlo, no debe haber enmendaduras en el registro de URPA
- Comunicar y registrar eventos adversos asociados a la administración de medicamentos.

VIII. ANEXOS

-ANEXO N°01 : Registro de unidad de recuperación post anestésica



20

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú.MINSA. Guía Procedimiento de Enfermería "Administración Segura de Medicamentos Endovenosos. Fecha: Abril - 2021.Disponible en : <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%C2%B0%20000087-2021-DG-INSNSB%20028%20GP%20administracion%20de%20medicamentos%20edv%20VB.pdf>
2. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Administración intravenosa de medicamentos Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.2019
3. Marín Morales, Norma Alexandra Bonilla Manchola, Amanda Rojas-Marín, María Zoraida Guarnizo-Tole, Mildred Manual para la administración de medicamentos desde el proceso de atención de enfermería. Disponible en :<https://hdl.handle.net/20.500.12495/4404>
4. Arbesu M. Medications errors as a health problem. Rev Cubana Farm vol.42, n.2 [citado 2024-03-10].



CIRUGÍA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE HEMOSTASIS DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Establecer lineamientos técnicos y normar los procedimientos asistenciales relacionados con la hemostasia y alteraciones de la coagulación en pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.

II. OBJETIVOS:

- Brindar atención médica oportuna, eficaz y segura a pacientes con trastornos de la coagulación mediante procedimientos asistenciales estandarizados en hemostasia.
- Establecer recursos materiales, humanos y logísticos requeridos.
- Describir detalladamente la secuencia de acciones del personal de salud involucrado.
- Determinar indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de los pacientes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio de Cirugía de hospitalización del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Hemostasis

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99196

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 30 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Hemostasia:** Proceso fisiológico que detiene el sangrado y preserva la integridad del sistema vascular.
- **Hemostasia:** Podemos definir el concepto de hemostasia como el conjunto de maniobras, técnicas y cuidados que se aplican sobre los vasos arteriales o venosos dirigidos tanto a obtener su total cierre sin complicaciones con un máximo de comodidad y seguridad para el paciente, como a preservar indemne la pared vascular para su reutilización posterior en caso necesario³
- **Pruebas de coagulación:** Exámenes que evalúan la capacidad de coagulación de la sangre.²

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Trastorno hemorrágico:** Condición clínica que predispone a hemorragias anormales.⁵
- **Cascada de coagulación:** Secuencia de reacciones que culminan en la formación del coágulo.⁵
- **Tiempo de protrombina (TP):** Prueba que mide la vía extrínseca de la coagulación.
- **Tiempo parcial de tromboplastina (TTPa):** Prueba que evalúa la vía intrínseca.
- **Anticoagulantes:** Fármacos que inhiben la coagulación de la sangre.⁵



5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 01 Médico general o especialista en cardiología,
- 01 Médico general especialista en medicina interna,
- 01 Médico especialista en anestesiología, hematólogo.
- 01 Licenciada(o) en enfermería especialista en hematología, especialista en medicina interna y enfermera general.
- 01 Técnico de enfermería del servicio con habilidades en hematología, medicina interna y cardiología.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Bandeja de instrumental	Unid	1
Pinzas hemostáticas	Unid	1
Tabla rígida para transporte	Unid	1
Tijeras para vendaje	Unid	1
Torniquete	Unid	1

- Material médico no fungible: No aplica
- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Compresas estériles	Unid	1
Vendajes elásticos 6X5	Unid	1
Vendas de gasa estéril	Unid	1
Esparadrapo	Unid	1
Gasas 10X10	Unid	2
Guantes estériles	Unid	2
Jeringas 20ml + agujas	Unid	2

Medicamentos:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Solución salina 100CC	Frasco	2
Solución de epinefrina	Ampolla	2
Ácido tranexámico	Ampolla	2
Gelatina hemostática	Frasco	2



- 

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

- **Evaluación inicial del paciente :**
El médico lidera la evaluación inicial del paciente, evaluando la naturaleza y gravedad de la hemorragia y tomando decisiones clínicas rápidas.
- **Aplicación de medidas hemostáticas :**
El médico administra agentes hemostáticos tópicos o sistémicos, y puede realizar procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos.
- **Estabilización y observación :**
Supervisa la estabilización del paciente y monitoriza continuamente para detectar signos de hemorragia recurrente o complicaciones.

- **Control inicial del sangrado (10 minutos):**
Colabora en la aplicación de medidas de control del sangrado inicial, como la elevación de la extremidad afectada y la aplicación de presión directa sobre el sitio de la hemorragia.
- **Preparación del equipo y los materiales (5 minutos):**
Prepara los materiales y el equipo necesarios para la hemostasia, siguiendo las indicaciones del médico.
- **Asistencia durante procedimientos (15 minutos):**
Ayuda al médico durante la aplicación de medidas hemostáticas y procedimientos, proporcionando el equipo y los materiales necesarios, así como asistencia directa al paciente.

- **Asistencia general** : Ayuda en tareas generales, como la movilización del paciente, la preparación del entorno, el transporte de equipos, etc.
- **Apoyo logístico** : Colabora en la obtención y preparación de materiales y equipos necesarios para el procedimiento.
- **Registro de datos** : Registra datos clínicos y vitales del paciente durante el procedimiento, según sea necesario.

-Es importante tener en cuenta que estos tiempos son estimaciones aproximadas y pueden variar según la complejidad del caso, la disponibilidad de recursos y la experiencia del equipo médico. Además, en situaciones de emergencia, el tiempo puede ser crítico y algunas etapas del proceso pueden superponerse para proporcionar una atención rápida y eficiente al paciente.

6.2 INDICACIONES: Varían según la situación clínica y la causa del sangrado

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

Estas son situaciones en las que la hemostasia es imperativa y no puede ser evitada.

- **Sangrado Incontrolable:** Cuando el sangrado no puede ser controlado con métodos menos invasivos.
- **Riesgo de Vida:** Cuando el sangrado representa un riesgo inminente para la vida del paciente.
- **Procedimientos Quirúrgicos:** Antes, durante o después de procedimientos quirúrgicos para garantizar la seguridad del paciente.
- **Traumatismo Grave:** Generan hemorragias significativas.
- **Complicaciones de Enfermedades Vasculares:** Aneurismas que pueden romperse.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS

- **Procedimientos Invasivos:** Después de procedimientos invasivos para prevenir o controlar el sangrado.
- **Trastornos Hemorrágicos:** En pacientes con trastornos hemorrágicos, a hemostasia puede ser necesaria, pero la gravedad del sangrado determina la urgencia.
- **Lesiones Menores:** En situaciones donde el sangrado puede no ser amenazante para la vida, pero aún así puede requerir intervención.
- **Hemorragias Crónicas:** En enfermedades crónicas, como úlceras gastrointestinales, donde la hemostasia puede ser necesaria para controlar hemorragias recurrentes.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- **Riesgo de Isquemia:** En áreas donde la aplicación de técnicas de hemostasia podría llevar a la isquemia (falta de flujo sanguíneo), especialmente en extremidades.
- **Infección en la Zona de Tratamiento:** Cuando hay evidencia de infección en el área donde se planea realizar la hemostasia, ya que podría propagar la infección.
- **Trastornos de Coagulación No Corregidos:** La hemostasia podría ser ineficaz y llevar a complicaciones.
- **Lesiones Vasculares Irreparables:** En situaciones donde los vasos sanguíneos están tan dañados que la hemostasia no sería efectiva o podría empeorar la situación.
- **Condiciones Médicas Graves:** En pacientes con condiciones médicas graves donde el estrés adicional de la hemostasia podría tener consecuencias negativas.
- **Cirugía Electiva en Presencia de Enfermedades Graves:** En cirugías electivas cuando la salud general del paciente está comprometida y la intervención podría presentar un riesgo significativo.
- **Sangrado Necesario para la Curación:** En casos donde el sangrado es necesario para el proceso de curación natural, como en la formación de nuevos vasos sanguíneos.
- La decisión de realizar o no la hemostasia se basa en una evaluación cuidadosa de la situación clínica, los riesgos y beneficios, y la consideración de la condición específica del paciente. Es importante que estas decisiones sean tomadas por profesionales médicos con experiencia.



6.4 COMPLICACIONES:

Aunque la hemostasia es crucial para detener el sangrado y promover la curación, en algunos casos pueden surgir complicaciones. Algunas de las complicaciones asociadas con la hemostasia incluyen:

- **Isquemia:** Si la hemostasia se realiza de manera demasiado efectiva o en áreas críticas, puede resultar en la falta de flujo sanguíneo (isquemia), causando daño a los tejidos.
- **Infección:** La intervención para detener el sangrado puede aumentar el riesgo de infección, especialmente si hay contaminación en la zona de tratamiento.
- **Daño a Tejidos Circundantes:** En algunos casos, la aplicación de técnicas de hemostasia puede dañar tejidos circundantes, nervios o estructuras anatómicas.
- **Reacciones alérgicas o de hipersensibilidad a Agentes Hemostáticos:** El uso de agentes hemostáticos, especialmente aquellos que contienen materiales sintéticos, puede desencadenar reacciones alérgicas o de hipersensibilidad en algunos pacientes.
- **Recurrencia del Sangrado:** En situaciones en las que la hemostasia no es completa o efectiva, puede ocurrir una recurrencia del sangrado.
- **Relacionadas con Torniquetes:** El uso prolongado de un torniquete puede resultar en daño tisular, necrosis y otros problemas circulatorios.
- **Complicaciones Sistémicas:** En algunos casos, la manipulación de la coagulación puede tener efectos sistémicos, afectando la función de otros órganos.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Evaluación y control inicial del sangrado, aplica presión directa sobre la herida.
- Intervención hemostática mediante la administra medicamentos hemostáticos según indicación médica.
- Realiza suturas para cerrar heridas vasculares, si es necesario
- Se realizará ligadura de los vasos sanguíneos si persiste la hemorragia.
- Emplea técnicas como la electrocoagulación o el uso de clips vasculares según la indicación médica.
- Utiliza apósitos o esponjas hemostáticas.
- Aplica agentes hemostáticos locales de forma adecuada y según las necesidades.
- Realiza un seguimiento continuo para evaluar la respuesta al tratamiento.
- Controla los signos vitales y la evolución del paciente de manera periódica.
- Aborda cualquier condición médica o quirúrgica asociada que pueda influir en el sangrado.
- Adaptar el enfoque de acuerdo con la situación clínica y las necesidades individuales del paciente.

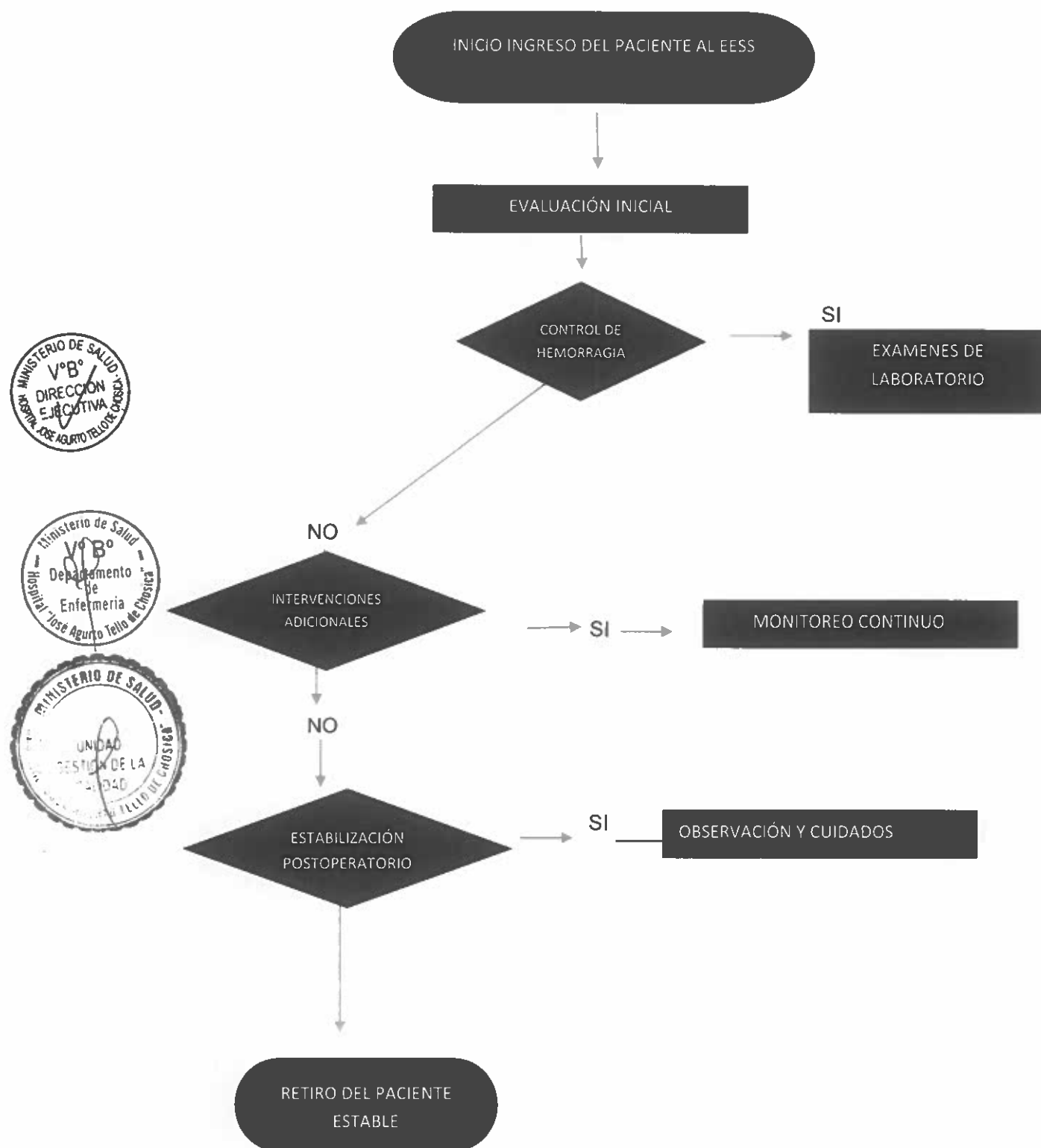
VIII. ANEXOS

- **Anexo N°01:** Flujograma de atención en caso de hemostasia



- Anexo N°2: Consentimiento Informado para Procedimiento de Hemostasia

ANEXOS N° 01 :FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CASO DE HEMOSTASIA



ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE HEMOSTASIA

Yo,....., comprendo que mi médico..... me ha recomendado someterme a un procedimiento de hemostasia. He recibido una explicación completa sobre el procedimiento, incluyendo sus riesgos, beneficios, alternativas y el proceso de recuperación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han proporcionado respuestas satisfactorias a todas mis inquietudes.

Entiendo que el propósito de este procedimiento es controlar o detener el sangrado que pueda ocurrir durante una intervención quirúrgica, un traumatismo o debido a una condición médica subyacente. También comprendo que existen riesgos asociados con este procedimiento, que pueden incluir pero no limitarse a:

Infección en el sitio de la incisión.

Hematomas o acumulación de sangre debajo de la piel.

Reacciones alérgicas a los medicamentos o materiales utilizados durante el procedimiento.

Daño a los tejidos circundantes, como nervios o vasos sanguíneos.

Complicaciones relacionadas con la anestesia, si se administra.

A pesar de estos riesgos, he decidido dar mi consentimiento para que se realice el procedimiento de hemostasia. Entiendo que no hay garantía de resultados específicos y que -los resultados individuales pueden variar.

También comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante el procedimiento si cambio de opinión. Además, autorizo al equipo médico a tomar las decisiones necesarias en mi mejor interés si surgen complicaciones imprevistas durante el procedimiento.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Testigo (si es necesario): _____

Firma del Médico: _____

Fecha: _____



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoffman, R., Benz Jr, E. J., Silberstein, L. E., Heslop, H. E., Weitz, J. I., & Anastasi, J. (2018). *Hematology: Basic Principles and Practice*. Elsevier
2. Colegio de Enfermería de España. (2018). *Manual de procedimientos en Hemodinámica*. Editorial Médica Panamericana.
3. Harrison, C. N., & Green, A. R. (2018). *Hematology: Basic Principles and Practice*. Elsevier.
4. Aldana R, Carrillo R, Giraldo G, et al. Manejo perioperatorio de pacientes en tratamiento crónico con anticoagulantes orales directos. *Acta Med Colomb*. 2014;39(4):275-9. doi:10.36104/amc.2014.447.
5. de Queiroz Crivelini T, de Carvalho MR, Martino HF. Fibrinogênio: características, métodos de dosagem e sua aplicabilidade clínica. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2016;38(4):331-9. doi:10.1016/j.bjhh.2016.07.003.
6. Álvarez-Márquez JA, Cervantes-López JG, Sánchez-Zúñiga D, et al. Utilidad del tiempo de tromboplastina parcial activada en el control de la terapia con heparina no fraccionada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2019;57(1):24-8. PMID: 30626269.
7. De Filippo O, D'Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, et al. Reduced rate of hospital admissions for ACS during Covid-19 outbreak in Northern Italy. *N Engl J Med*. 2020 Jul 23;383(1):88-9. doi: 10.1056/NEJMc2009166. Epub 2020 Apr 28. PMID: 32343497; PMCID: PMC7262136.
8. Levi M, van der Poll T. Coagulation and sepsis. *Thromb Res*. 2017 Mar;149:38-44. doi: 10.1016/j.thromres.2016.11.007. Epub 2016 Nov 15. PMID: 27863804.
9. Franchini M, Marano G, Veropalumbo E, Masiello F, Pati I, Candura F. Acquired inhibitors of clotting factors: AICE recommendations for diagnosis and management. *Blood Transfus*. 2015 Oct;13(4):498-513. doi: 10.2450/2015.0141-15. Epub 2015 Oct 1. PMID: 26405360; PMCID: PMC4686773.
10. Quinsey NS, Greco E, Othman M. The impact of platelet concentrates and fibrin sealant on intraoperative blood loss in craniosynostosis surgery: A randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg*. 2021 Jan;147(1):143-50. doi: 10.1097/PRS.0000000000007312. PMID: 33369943.
11. Honickel M, Riegger J, Körber M, Wenzel P, Wiedemann A, Schnabel PA, et al. Disseminated intravascular coagulation in critically ill patients - a prospective cohort study. *Thromb Res*. 2021 Jan;197:83-7. doi: 10.1016/j.thromres.2020.11.033. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33275991.
12. Mazzeffi MA, Tanaka K, Galvagno SM, Menaker J, Kaczorowski DJ, Judd SE, et al. Red cell distribution width and 30-day mortality in adult patients undergoing cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2020 Sep;160(3):747-55.e1. doi: 10.1016/j.jtcvs.2019.12.096. Epub 2020 Jan 9. PMID: 32057565; PMCID: PMC7408561.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE SONDA RECTAL DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Establecer directrices técnicas y protocolos para regular los procedimientos de asistencia relacionados con la colocación y manejo de sondas rectales en pacientes atendidos en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.

II. OBJETIVOS:

- Establecer protocolos precisos para la administración segura y eficaz de enemas a través de la sonda rectal, garantizando la comodidad y el bienestar del paciente
- Establecer pautas para el uso de la sonda rectal en la reducción de la temperatura corporal en casos de fiebre, promoviendo una terapia eficaz y controlada.
- Proporcionar directrices claras para el alivio de la distensión abdominal mediante el uso adecuado de la sonda rectal, contribuyendo así a mejorar el confort y la salud del paciente.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio de Cirugía de hospitalización del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Colocación de Sonda Rectal

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99188.02

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 21 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Sonda Rectal:** Dispositivo médico en forma de tubo delgado y flexible que se introduce por el recto para diversas finalidades médicas, como la administración de medicamentos, la toma de muestras o la medición de la temperatura.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Recto:** Es una parte del intestino grueso que conecta el colon sigmoide con el conducto anal. Es la última porción del tracto digestivo antes del ano y es responsable de almacenar las heces fecales antes de su expulsión durante la defecación.²

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Licenciada(o) en enfermería
 - 1 Técnico de enfermería
- Médicos, enfermeras, técnicos y otro personal de salud debidamente capacitado para realizar el procedimiento de colocación de la sonda rectal.



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Lubricante Hidrosoluble	Unid	1
Bandeja de Instrumental	Unid	1
Material Recolector	Unid	1
Hule o Protector para camas	Unid	1

Material médico no fungible: No aplica

Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Torundas de Algodón	Unid	3
Gasas de Algodón	Unid	4
Guantes Desechables	PAR	1
Guantes Quirúrgicos	PAR	1
Sonda Rectal	Unid	1

Medicamentos: Solución salina, anestésico tópico

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Solución Salina 100ml	Unid	2
Xilocaina gel	ml	1
Enema o Evacuante	Unid	1

5.3.3 FORMATOS:

- Formato Consentimiento informado
- Formato de solicitud de exámenes de coagulación.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO 21 min

PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Informar al paciente de la técnica a realizar. (2min)
2. Lavar manos y poner guantes. (1min)
3. Colocar al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo con pierna derecha flexionada por encima de la izquierda), siempre que sea posible. (3min)
4. Colocar cuña o conectar a la sonda una bolsa, para evitar manchar la cama. (1min)

5. Lubricar abundantemente el extremo distal de la sonda. (1min)
6. Separar la nalga con la mano libre, para visualizar el ano. (1min)
7. Indicar al paciente que respire profundamente. (1 min)
8. Introducir suavemente la sonda, aproximadamente 10 cm; asegurándose de que ha sobrepasado el esfínter anal interno. (1 min)
9. Colocar al paciente de forma confortable y que permita la efectividad del sondaje. (2 min)
10. Retirar la sonda, si es preciso y/o mantenerla el tiempo indicado dependiendo de su finalidad. (1 min)
11. Lavar la zona anal al retirar la sonda y siempre que sea preciso. (3 min)
12. Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza o eliminación. (2 min)
13. Retirar los guantes. (1 min)
14. Finalmente se culmina con lavar manos por parte del personal de enfermería (1 min)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con obstrucción intestinal que requieran alivio inmediato.
- Evaluación y seguimiento de la temperatura rectal en pacientes críticos.
- Administración de medicamentos rectales en situaciones de emergencia

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes con estreñimiento crónico que no responden a tratamientos convencionales.
- Evaluación de la función rectal en casos de incontinencia fecal.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- El sondaje rectal está contraindicado en pacientes recién intervenidos del recto, próstata o con patología rectal por riesgo de perforación intestinal.
- Paciente con inestabilidad cardíaca por riesgo de estimulación vagal.

6.4 COMPLICACIONES:

La colocación de una sonda rectal puede estar asociada con varias complicaciones, aunque son relativamente raras cuando se realiza correctamente. Algunas de las complicaciones que pueden ocurrir incluyen:

- **Lesiones Anorrectales:** La inserción incorrecta o forzada de la sonda puede causar lesiones en el recto o en el canal anal, como desgarros, abrasiones o perforaciones.
- **Sangrado:** La inserción de la sonda puede provocar irritación o lesiones en la mucosa rectal, lo que puede resultar en sangrado leve o moderado.
- **Dolor o Malestar:** Algunos pacientes pueden experimentar molestias o dolor durante la inserción de la sonda rectal, especialmente si se realiza de manera brusca o sin lubricación adecuada.
- **Infección:** Si no se mantienen adecuadas medidas de higiene durante la inserción de la sonda, existe un riesgo de introducir microorganismos patógenos en el recto, lo que podría provocar una infección.
- **Retención de la Sonda:** En algunos casos, la sonda rectal puede quedar retenida en el recto, especialmente si no se ha insertado correctamente o si hay una obstrucción intestinal subyacente.



- **Irritación o Lesión de la Mucosa:** El uso prolongado de la sonda rectal puede causar irritación o lesión de la mucosa rectal, especialmente si se emplea con frecuencia o si no se realizan cambios adecuados de posición.
- **Reacciones alérgicas o Sensibilidad:** Algunos pacientes pueden desarrollar sensibilidad o reacciones alérgicas a los materiales de la sonda o a los lubricantes utilizados durante el procedimiento.

Es importante tener en cuenta estas posibles complicaciones y tomar medidas preventivas adecuadas, como la formación del personal en técnicas de inserción seguras, el uso de lubricantes apropiados, la selección del tamaño correcto de la sonda y la atención cuidadosa a la higiene para minimizar el riesgo de complicaciones durante la colocación de la sonda rectal. Además, es esencial estar atento a cualquier signo de complicaciones después del procedimiento y tomar medidas apropiadas para su manejo si es necesario.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

1. Preparación del paciente:
 - Explicar el procedimiento al paciente de manera clara y tranquilizadora.
 - Obtener el consentimiento informado del paciente o su representante legal.
 - Proporcionar privacidad al paciente durante el procedimiento.
 - Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda, como decúbito lateral o posición genupectoral.
2. Preparación del equipo:
 - Verificar que la sonda rectal esté correctamente calibrada y lubricada.
 - Asegurarse de contar con los materiales necesarios, como guantes estériles, lubricante, gasas estériles, etc.
3. Higiene y medidas de prevención de infecciones:
 - Lavarse las manos adecuadamente con agua y jabón antes y después del procedimiento.
 - Utilizar guantes estériles durante la inserción de la sonda.
 - Limpiar la zona perianal con solución antiséptica antes de la inserción de la sonda.
4. Técnica de inserción:
 - Insertar la sonda rectal de manera suave y gradual, aplicando lubricante en la punta y alrededor del ano.
 - Asegurarse de seguir las indicaciones específicas para la inserción de la sonda, evitando movimientos bruscos o forzados.
 - Detener la inserción si se encuentra resistencia significativa o si el paciente experimenta dolor intenso.
5. Posicionamiento correcto de la sonda:
 - Verificar que la sonda esté correctamente colocada en el recto y no en el colon sigmoide.
 - Fijar la sonda en su lugar para evitar su desplazamiento accidental.
6. Monitorización y cuidados post-procedimiento:
 - Observar al paciente en busca de signos de malestar, dolor o complicaciones durante y después del procedimiento.
 - Proporcionar cuidados de enfermería adecuados, como limpieza y protección de la zona perianal.
 - Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente, incluyendo los detalles relevantes y cualquier complicación que pueda haber surgido.



7. Educación al paciente:

- Proporcionar instrucciones claras al paciente sobre cómo manejar la sonda rectal, incluyendo cuidados de la misma y signos de posibles complicaciones.
- Asegurarse de que el paciente comprenda la importancia de informar al personal médico si experimenta cualquier síntoma preocupante después del procedimiento.

Estas recomendaciones son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante la colocación de la sonda rectal y para minimizar el riesgo de complicaciones. Es importante que el personal médico esté capacitado y familiarizado con estas recomendaciones para realizar el procedimiento de manera efectiva y segura.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01:** Formato de solicitud de procedimiento
- **ANEXO N° 02** Formato de consentimiento



ANEXO N° 01 : FORMATO DE SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO

Formato de Procedimiento: Sondaje Rectal

Fecha: [Fecha del procedimiento]

Paciente: [Nombre del paciente]

Identificación del Procedimiento:

- **Nombre del Procedimiento:** Sondaje Rectal
- **Indicación:** [Indicación médica para el procedimiento]
- **Médico Responsable:** [Nombre del médico encargado del procedimiento]
- **Enfermera/o Asistente:** [Nombre del enfermero/a asistente]

Material Necesario:

1. Sonda rectal estéril.
2. Guantes estériles.
3. Lubricante estéril soluble en agua.
4. Gasas estériles.
5. Solución antiséptica (povidona yodada).
6. Bolsa de desechos biológicos.

Procedimiento:

1. Explicar al paciente el procedimiento que se llevará a cabo y obtener su consentimiento informado.
2. Preparar el equipo y el material necesario.
3. Lavar las manos adecuadamente y colocar los guantes estériles.
4. Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda, generalmente decúbito lateral izquierdo o posición genupectoral.
5. Limpiar la región perianal con solución antiséptica utilizando gasas estériles.
6. Lubricar la punta de la sonda rectal con lubricante estéril soluble en agua.
7. Insertar suavemente la sonda rectal en el ano del paciente, siguiendo la curva natural del recto y aplicando una presión suave y constante.
8. Continuar la inserción de la sonda hasta que se alcance la longitud prescrita o se encuentre resistencia.
9. Una vez colocada la sonda, asegurarse de que esté correctamente posicionada en el recto.
10. Fijar la sonda en su lugar, evitando la tensión excesiva o el desplazamiento.
11. Retirar los guantes y desecharlos en la bolsa de desechos biológicos.
12. Ayudar al paciente a recuperar su posición cómoda y proporcionar cuidados adicionales según sea necesario.
13. Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente, incluyendo la fecha, la indicación, los detalles relevantes y cualquier complicación.

Observaciones:

- [Cualquier observación o complicación durante o después del procedimiento]
- [Instrucciones adicionales para el cuidado posterior del paciente]

Firma del Médico Responsable: _____

Firma del Enfermero/a Asistente: _____



ANEXO N° 02 FORMATO DE CONSENTIMIENTO

Consentimiento Informado para Sonda Rectal

Yo....., he sido informado(a) por el Dr..... sobre la necesidad y los riesgos asociados con el procedimiento de sonda rectal. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha proporcionado información adecuada para entender el procedimiento. Acepto voluntariamente someterme a este procedimiento, y doy mi consentimiento para ello.

Indicaciones para el Procedimiento: [Indique brevemente la razón médica para realizar el sondaje rectal, como administración de medicamentos, monitoreo de la temperatura, alivio de la obstrucción, etc.]

Riesgos y Complicaciones: Entiendo que, aunque se espera que el procedimiento se realice sin complicaciones, existen riesgos asociados, que pueden incluir, pero no se limitan a:

- Lesiones anorrectales, como desgarros o perforaciones.
- Sangrado leve o moderado.
- Malestar o dolor durante la inserción de la sonda.
- Posibilidad de infección.
- Retención de la sonda en el recto.
- Reacciones alérgicas a los materiales utilizados durante el procedimiento.

Entiendo que existen alternativas al procedimiento de sonda rectal, como tratamientos orales o intravenosos, medicamentos en otras formas de administración, u otros enfoques terapéuticos según la indicación médica específica.

Comprendo que se me explicará el procedimiento antes de que se realice, incluyendo la posición que debo adoptar, los pasos del procedimiento y cualquier cuidado posterior necesario.

Entiendo que mi información médica y el consentimiento para este procedimiento serán tratados con confidencialidad, de acuerdo con las leyes y regulaciones de privacidad vigentes.

Se me ha animado a hacer preguntas sobre el procedimiento, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente sobre el procedimiento de sonda rectal. Autorizo al Dr./Dra. [Nombre del médico] y al equipo médico a realizar este procedimiento.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo (si es necesario): _____

IX . REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smith, J., & Johnson, A. Uso de la sonda rectal en el manejo del estreñimiento crónico: revisión sistemática. Revista de Gastroenterología Clínica, 2016. 10(2), 45-52.
2. Peterson, V. Procedimientos en Enfermería. Capítulo 5: Sondaje Rectal. Editorial Médica Moderna.2016
3. Rao, S. S. C., & Patcharatrakul, T. Diagnosis and treatment of fecal incontinence. Philadelphia: Wolters Kluwer.2016



CONSULTORIOS EXTERNOS

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD-CRED EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar criterios de actuación del profesional de enfermería para atención integral de salud-CRED en niños de 1 a 4 años detectando los signos de alarma y el retardo de crecimiento y desarrollo infantil temprano, mejorando la calidad de vida del niño y la niña por consultorio externo del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Brindar una atención optima, oportuna identificando precozmente los factores de riesgo y alteraciones en el buen crecimiento y desarrollo del niño (a), para una intervención oportuna y adecuada.
- Identificar los signos de alarma de manera oportuna y precoz en el niño (a) menor de un mes.
- Desarrollar al máximo las capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicacionales, del niño y de la niña de alto riesgo.

III. **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Departamento de enfermería, consultorios externos y los demás servicios correspondientes.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

CÓDIGO CPMS	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO:	TIEMPO
99401.06	Consejería en importancia del control de crecimiento y desarrollo (4 controles)	49 min
99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	35 min
99382	Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	41 min
99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo	3 min
99216	Atención en consultorio de enfermería	49 min



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO:** Es el control del crecimiento y desarrollo de seguimiento de alto riesgo del niño y niña es una intervención realizada por el personal de enfermería que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña, el niño, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones ó trastornos y presencia de enfermedades; lo que nos facilita su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades en el menor.¹
- **CONSEJERÍA DEL NIÑO:** Es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.¹
- **CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:** Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial.¹
- **ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (EEDP):** ES un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses.¹
- **TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI):** Es un instrumento que evalúa el desarrollo mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Evalúa tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad. El test se encuentra estandarizado para niños de 2 a 5 años.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **PACIENTE AMBULATORIO:** Es aquel paciente atendido y tratado de forma ambulatoria, normalmente a través de la consulta externa incluyendo procedimientos ambulatorios de laboratorio.¹
- **CONSULTORIO DE ENFERMERÍA FUNCIONAL:** Son ambientes físicos utilizados en varios turnos de atención.¹
- **Consultorio de enfermería físico:** Son ambientes físicos utilizados destinados en brindar atención de seguimiento en niña y niño de alto riesgo.¹
- **ANTROPOMETRÍA:** Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros.¹
- **DESARROLLO:** Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.¹
- **DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (DIT):** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser

competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.¹

- **FACTORES DE RIESGO:** Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.¹
- **FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO (ENDÓGENO):** Constituyen el periodo prenatal, perinatal y post natal (bajo peso, prematuros o malformaciones congénitas, entre otros).¹
- **FACTORES DE RIESGO SOCIAL - AMBIENTAL (EXÓGENO):** Son condiciones sociales negativas como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que alteran su proceso madurativo.¹

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Licenciada de enfermería
- 1 Técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES

- Equipos Biomédicos, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Sillas fija metal	Unid	02
Contenedor para residuos comunes	Unid	01
Contenedor para contaminados	Unid	01
Contenedor de punzocortante	Unid	01
Escritorio	Unid	01
Impresora	Unid	01
Reloj de pared	Unid	01
Infantómetro	Unid	01
Batería completa de EDP	Unid	01
Batería de TEPSI	Unid	01

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Bajalenguas	Unid	01
Algodón	Unid	01
Alcohol 70	Unid	01
Guantes a granel	Unid	01
Toallas de papel	Unid	01



- Material Médico no Fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Estetoscopio	Unid	01
Pulsoxímetro	Unid	01
Otoscopio	Unid	01
Balanza digital de 20	Unid	01
Balanza de pie	Unid	01
Instrumento de evaluación del desarrollo de niña y niño(test peruano de evaluación del desarrollo del niño)	Unid	01
Tallímetro de madera para pre escolar	Unid	01
Tallímetro de madera para etapa escolar	Unid	01
Otoscopio	Unid	01
Linterna	Unid	01
Campana	Unid	01
Cinta métrica	Unid	01

- Medicamentos: No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Orden de análisis de laboratorio (VIRTUAL)
- Tarjeta de atención integral de salud del niño (a) 0 a 5 años.
- Cartilla de ganancia promedio mensual de peso y talla de la niña del mes a 24 meses
- Cartilla de ganancia promedio mensual de peso y talla del niño del mes a 24 meses
- Tabla de valoración nutricional antropométrica de niña: 29 días a menor de 5 años.
- Tabla de valoración nutricional antropométrica niño: 29 días a menor de 5 años.
- Tríptico informativo de lactancia materna.



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE ENFERMERÍA -CONSEJERÍA EN IMPORTANCIA DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (4 CONTROLES RECÉN NACIDO DE ALTO RIESGO).

- **ANTES DEL PROCEDIMIENTO 4 MIN**

TÉCNICO DE ENFERMERÍA

1. Revisión de documentación de pacientes (Referencias, Fuas, Historia Clínicas), Triage, toma de signos vitales, registro en historia clínica, e indicación a todos los pacientes atendidos para la continuación en su atención y entregar citas clasificando la atención por prioridad por Ley. ¹ **3 MIN.**

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

2. Realizar la entrega del ticket de citas para que en el área de admisión le puedan generar una ficha de atención, una vez generada la ficha de atención se procede a regresar al consultorio de alto riesgo. (siempre en cuando la atención sea por primera vez ó haya perdido su ticket que se le brinde al terminar cada atención (generalmente ya los pacientes programados acuden con su ticket directo al consultorio) ¹ **(1min).**

DURANTE EL PROCEDIMIENTO: 32 MIN

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

3. Recepcionar al paciente en el consultorio, lo entrevista y orienta del porque el menor se atenderá en el hospital José Agurto Tello de Chosica, en el servicio de seguimiento de la niña y niño de alto riesgo y quienes ingresan al consultorio de seguimiento de alto riesgo ¹ **(5min).**
4. Solicitar el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años y revisión de la historia clínica para la identificación de antecedentes de la niña y el niño. Comunica a los padres los procedimientos a realizar al menor. Considerar que la niña o niño esté despierto para realizar la evaluación. ¹ **(3 min).**
5. Realizar las mediciones antropométricas y examinar al menor en un tiempo aproximado de ¹ **(5min).**
6. Observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorando a través de preguntas sencillas a la madre, padre de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con su integridad física y emocional. Orientar a la mamá cuando la niña o niño llore, animar a la madre, padre que le acompaña, para calmarlo. ¹ **(5min)**
7. Priorizar los diagnósticos para orientar las intervenciones oportunas. ¹ **(3min)**
8. Informar a la madre, padre sobre los resultados de la evaluación del crecimiento y desarrollo registrando en la tarjeta de control. ¹ **(3 min)**
9. Promover un espacio para la consejería sobre los aspectos observados en control del crecimiento y desarrollo. ¹ **(5 min)**
10. Derivar a menor según edad al servicio de nutrición e inmunizaciones. ¹ **(1min)**
11. Registra y grafica en el carnet de atención integral de salud del niño(a) menor de 5 años. ¹ **(1 min).**
12. Solicitará examen de laboratorio, según edad para evaluarlo posteriormente en siguiente control; según resultados se solicitará reevaluación con especialidad de pediatría, luego de evaluarlo, se dará la orientación necesaria según lo indicado por su especialista ¹ **(3min).**
13. Invitar a la mamá y papá a su próxima cita otorgándole su ticket para la siguiente cita en consultorio de seguimiento de alto riesgo, lo programa en el área admisión ¹ **(1 min).**



DESPUES DEL PROCEDIMIENTO 13 MIN

14. Registrar la historia clínica físico y electrónica detalladamente e identificarse algún signo de alarma acude con mamá y menor al servicio de emergencia con especialidad correspondiente para una evaluación y atención oportuna, si en caso viene sola se apoya con los tramites y se deja solo en espera para su atención. (casos especiales) ¹ (10 min).
15. Se brinda consejería las madres, padres o cuidadores, sobre las actividades básicas de atención temprana del desarrollo en el niño y niña menor de tres años para potenciar sus capacidades motrices, cognitivas, afectivas, sociales y comunicativas. La sesión debe ser programada previamente para desarrollarse en grupos de niños de edades y/o necesidades similares, con una duración promedio de 1 hora, preparando previamente las condiciones del ambiente y de los materiales para el desarrollo de actividades de juego, exploración, desplazamientos, así como de cuidados cotidianos. La sesión está dirigida a madres, padres o cuidador, con la finalidad de fortalecer sus habilidades y competencias para mejorar las prácticas de crianza, favoreciendo así el adecuado crecimiento y desarrollo. ¹ 3 MIN.



ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA (O) MENOR DE 1 AÑO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO: 4 MIN

TÉCNICO DE ENFERMERIA

1. Revisión de documentación de pacientes (Referencias, Fuas, Historia Clínicas), Triage, toma de signos vitales, registro en historia clínica, e indicación a todos los pacientes atendidos para la continuación en su atención y entregar citas clasificando la atención por prioridad por Ley. ¹ 1 MIN.

LICENCIADA DE ENFERMERIA

2. Recepcionar al paciente en el consultorio, lo entrevista y orienta del porque el menor se atenderá en el hospital José Aguirre Tello de Chosica, en el servicio de seguimiento de la niña y niño de alto riesgo y quienes ingresan al consultorio de seguimiento de alto riesgo ¹ (1 min).
3. Solicitar el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años y revisión de la historia clínica para la identificación de antecedentes de la niña y el niño y comunica a los padres los procedimientos a realizar al menor ¹ (2 min).

DURANTE EL PROCEDIMIENTO: 14 MIN

PERSONAL DE ENFERMERIA

4. Considerar que la niña o niño esté despierto para realizar la evaluación, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorando a través de preguntas sencillas a la madre, padre de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con su integridad física y emocional. procederá a realizar las mediciones antropométricas y examinar al menor. ¹ (5min)
5. El personal de enfermería informar a la madre, padre sobre los resultados de la evaluación del crecimiento y desarrollo registrando en la tarjeta de control. ¹ (2 min)
6. Promover un espacio para la consejería sobre los aspectos observados en control del crecimiento y desarrollo. ¹ (1 min)
7. Derivar a menor según edad al servicio de nutrición e inmunizaciones. ¹ (1min)
8. Registrar y grafica en el carnet de atención integral de salud del niño(a) menor de 5 años. ¹ (1 min).



9. Solicitar el examen de laboratorio, según edad para evaluarlo posteriormente en siguiente control; según resultados se solicitará reevaluación con especialidad de pediatría, luego de evaluarlo, se dará la orientación necesaria según lo indicado por su especialista.¹ (3min).

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO: 17 min

7. Registrar la historia clínica físico y electrónica detalladamente.¹(5 minutos).
8. Identificado de algún signo de alarma acude con mamá y menor al servicio de emergencia con especialidad correspondiente para una evaluación y atención oportuna, si en caso viene sola se apoya con los tramites y se deja solo en espera para su atención. (casos especiales) (5 min).
9. Invitar a la mamá y papá a su próxima cita otorgándole su ticket para la siguiente cita en consultorio de seguimiento de alto riesgo, lo programa en el área admisión.¹ (1 min)
10. Ingresar al consultorio de seguimiento de alto riesgo, solicita el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años y revisión de la historia clínica para la identificación de antecedentes de la niña y el niño¹ (1 min).
11. Realizar la entrega del ticket de citas para que en el área de admisión le puedan generar una ficha de atención para la próxima consulta, una vez generada la ficha de atención se procede a regresar al consultorio de alto riesgo. (siempre en cuando la atención sea por primera vez ó haya perdido su ticket que se le brindo al terminar cada atención (generalmente ya los pacientes programados acuden con su ticket directo al consultorio)¹ (1min)
12. El personal de enfermería informar a la madre, padre sobre los resultados de la evaluación del crecimiento y desarrollo registrando en la tarjeta de control.¹ (3 min)
13. La licenciada en enfermería invitara a la mamá y papá a su próxima cita otorgándole su ticket para la siguiente cita en consultorio de seguimiento de alto riesgo, lo programa en el área admisión (1 min).¹



ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO (A) DE 1 AÑO A 4 AÑOS

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 4 min TÉCNICO DE ENFERMERIA

1. Revisión de documentación de pacientes (Referencias, Fuas, Historia Clínicas), Triage, toma de signos vitales, registro en historia clínica, e indicación a todos los pacientes atendidos para la continuación en su atención y entregar citas clasificando la atención por prioridad por Ley.¹ 3 MIN.

LICENCIADA DE ENFERMERIA

2. Paciente ingresa al consultorio de seguimiento de alto riesgo, el personal de enfermería ó personal técnico capacitado realiza la entrega del ticket de citas para que en el área de admisión le puedan generar una ficha de atención, una vez generada la ficha de atención se procede a regresar al consultorio de alto riesgo. (siempre en cuando la atención sea por primera vez ó haya perdido su ticket que se le brindo al terminar cada atención (generalmente ya los pacientes programados acuden con su ticket directo al consultorio) (1min).¹

DURANTE EL PROCEDIMIENTO: 22 MIN

LICENCIADA DE ENFERMERIA

3. Recepciona al paciente en el consultorio, lo entrevista y orienta del porque el menor se atenderá en el hospital José Aguirre Tello de Chosica, en el servicio de seguimiento de la niña y niño de alto riesgo y quienes ingresan al consultorio de seguimiento de alto riesgo (3 min)¹

4. Solicitar el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años y revisión de la historia clínica para la identificación de antecedentes de la niña y el niño. (1 min) ¹
5. Comunicar a los padres los procedimientos a realizar al menor (1 min).
6. Procederá a realizar las mediciones antropométricas y examinar al menor en un tiempo aproximado de (5 min) ¹
7. Observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorando a través de preguntas sencillas a la madre, padre de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con su integridad física y emocional. (5min) ¹
8. Personal de enfermería prioriza los diagnósticos para orientar las intervenciones oportunas. (2 min)
9. El personal de enfermería informar a la madre, padre sobre los resultados de la evaluación del crecimiento y desarrollo registrando en la tarjeta de control. (2 min) .
10. El personal de enfermería debe promover un espacio para la consejería sobre los aspectos observados en control del crecimiento y desarrollo (2 min) ¹
11. Personal de enfermería derivara a menor según edad al servicio de nutrición e inmunizaciones. (1min) ¹

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO :15 MIN

12. Personal de enfermería debe registra y grafica en el carnet de atención integral de salud del niño(a) menor de 5 años. ¹ (1 min)
13. El personal de enfermería solicitará examen de laboratorio, según edad para evaluarlo posteriormente en siguiente control; según resultados se solicitará reevaluación con especialidad de pediatría, luego de evaluarlo, se dará la orientación necesaria según lo indicado por su especialista ¹ (3 min)
14. La licenciada en enfermería invitara a la mamá y papá a su próxima cita otorgándole su ticket para la siguiente cita en consultorio de seguimiento de alto riesgo, lo programa en el área admisión (1 min). ¹
15. El personal de enfermería registrara la historia clínica físico y electrónica detalladamente (5 minutos) ¹
16. Licenciada en enfermería una vez terminada la atención, identificado de algún signo de alarma acude con mamá y menor al servicio de emergencia con especialidad correspondiente para una evaluación y atención oportuna, si en caso viene sola se apoya con los tramites y se deja solo en espera para su atención. (casos especiales). ¹ (5min)

6.2 INDICACIONES:

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Niños con diagnóstico de bajo peso. ¹
- Niños con hipotiroidismo congénito. ¹
- Niños expuestos a VIH
- Niños expuestos a Sífilis
- Niños con diagnóstico de prematuros. ¹
- Niños con ganancia inadecuada de peso. ¹
- Niños con inadecuada técnica de lactancia materna. ¹
- Niños con pérdida de peso. ¹

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Niños con patologías de fondo. ¹
- Niños sin signos de alarma. ¹



6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que no estén llenados en el libro de seguimiento.¹
- Pacientes que no sean citados.¹

6.4 COMPLICACIONES:

- Niños con patologías de fondo¹
- Niños que presenten signos de alarma como: deshidratación, Ictericas Neonatales.¹

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de la salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.³

VII. RECOMENDACIONES

- El Servicio de Consultorio Externo de enfermería de seguimiento de alto riesgo de niño y niña debe de estar dotado de los elementos mencionados en el inciso.
- El personal de enfermería debe contar con los equipos, insumos para brindar una atención adecuada y oportuna a los pacientes que acudan al servicio de CRED.
- Generar la confianza con el menor y evitar el rechazo con el personal de salud.
- Orientación de la mamá del beneficio de acudir a los seguimientos de alto riesgo con el menor, ganar confianza y empatía para garantizarles una atención oportuna.

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N° 1** : Formato de historia clínica
- **ANEXO N° 2** : Carnet de atención de Niño Sano
- **ANEXO N° 3** : curva de crecimiento para prematuros- niños
- **ANEXO N° 4** : Tabla de ganancia de peso.
- **ANEXO N° 5** : Formato de consejería de lactancia.
- **ANEXO N° 6** : Orden de laboratorio



ANEXO N° 1: FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Ministerio de Salud		2	
Establecimiento de Salud:		N° de Historia Clínica	
		Cod. Afiliación SIS u otro Seguro	
DATOS GENERALES			
Apellidos		Nombres	
		Sexo: M ☐ F ☐ Edad:	
Lugar de Nacimiento		Domicilio/Referencia	
		CUENSA: G.S.	
Grado de Instrucción		Centro Educativo	
		Teléfono (Residencia):	
Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor		Edad	
		Identificación (DNI):	
Grado de Instrucción		Ocupación	
		Estado Civil:	
Nombre y Apellidos de la Madre o Padre o Tutor		Edad	
		Identificación (DNI):	
Grado de Instrucción		Ocupación	
		Estado Civil:	
I. Antecedentes Personales: 1. Antecedentes Perinatales 1.1. Embarazo: Normal ☐ Complicado ☐ Patología al durante la gestación: AP de nacimiento: Atención Perinatal: Si ☐ No ☐ N/A/N ☐ Lugar de Análisis: 1.2. Parto: ☐ Normal ☐ Cerebral ☐ Complicaciones del parto:			
1.3. Alimentación Edad Gest. al nacer: Peso al nacer (kg): Talla al nacer (cm): Ingestión (ml/kg/día): Desarrollo: Respuestas y Manto al mamar: Lactancia: Si ☐ No ☐ ALC/AN: Si ☐ No ☐ Respuestas: Si ☐ No ☐ Talla (kg/m ²): Si ☐ No ☐ Especificar:			
2. Antecedentes Perinatales Edad al nacer: ALC/AN: Si ☐ No ☐ Desarrollo: Si ☐ No ☐ Respuestas: Si ☐ No ☐ Talla (kg/m ²): Si ☐ No ☐ Especificar:			
II. Vivienda/Entorno Social Tipo de vivienda: Si ☐ No ☐ Especificar: Densidad: Si ☐ No ☐ Especificar:			
III. Inmunizaciones BCG: ☐ MVB: ☐ APO: ☐ Pentavalente: ☐ Rotavirus: ☐ Pneumococo: ☐ Influenza: ☐ SIV: ☐ AHA: ☐ CVT: ☐			
Control de crecimiento y desarrollo Edad: Peso: Talla:			
IV. Diagnóstico Diagnóstico principal: Diagnóstico secundario: Diagnóstico terciario:			
APELLIDOS Y NOMBRES		N° HCL	

ANEXO N° 2 : CARNET DE ATENCIÓN DE NIÑO SANO

Anexo N° 2 Carné de atención integral del menor de 5 años

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
DIRECCIÓN EJECUTIVA
HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CUSCO

MINISTERIO DE SALUD
VºBº
Departamento de Enfermería
Hospital José Aguirre Tello de Cuzco

UNIDAD GESTIÓN DE LA SALUD
HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CUSCO

Atendiendo a crecer a nuestros hijos avanzamos a crecer a nosotros mismos

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

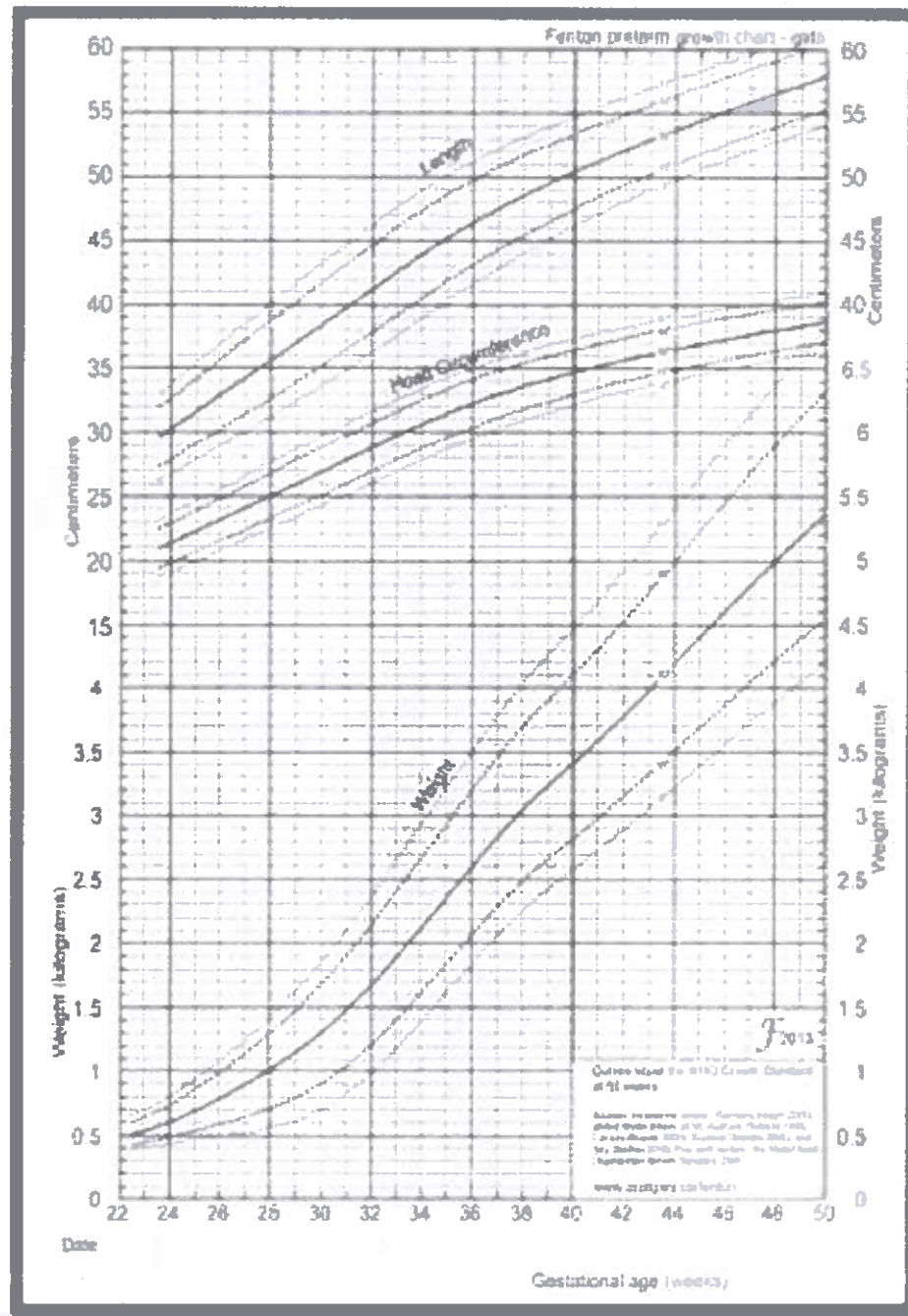
MINISTERIO DE SALUD
VºBº
Departamento de Enfermería
Hospital José Aguirre Tello de Cuzco

UNIDAD GESTIÓN DE LA SALUD
HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CUSCO

Atendiendo a crecer a nuestros hijos avanzamos a crecer a nosotros mismos

ANEXO N°3 : CURVA DE CRECIMIENTO PARA PREMATUROS- NIÑOS

CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑAS



ANEXO N° 4: TABLA DE GANANCIA DE PESO

Crecimiento infantil
Ganancia promedio mensual de peso y talla
Desde el nacimiento hasta los 24 meses **NIÑAS**

EDAD	Ganancia PESO (g/mes)	Ganancia TALLA (cm/mes)
Al nacer	1000	4.8
De 1 a 2 meses	900	3.4
De 2 a 3 meses	700	2.7
De 3 a 4 meses	600	2.5
De 4 a 5 meses	500	2.3
De 5 a 6 meses	400	1.7
De 6 a 7 meses	300	2.0
De 7 a 8 meses	300	1.4
De 8 a 9 meses	300	1.4
De 9 a 10 meses	300	1.4
De 10 a 11 meses	200	1.3
De 11 a 17 meses	200	1.2
De 18 a 24 meses	200 cada mes	1.0 cada mes

PATRONES DE REFERENCIA OMS - 2006



Crecimiento infantil
Ganancia promedio mensual de peso y talla
Desde el nacimiento hasta los 24 meses **NIÑOS**

EDAD	Ganancia PESO (g/mes)	Ganancia TALLA (cm/mes)
Al nacer	1200	4.8
De 1 a 2 meses	1100	3.7
De 2 a 3 meses	800	3.0
De 3 a 4 meses	600	2.5
De 4 a 5 meses	500	2.0
De 5 a 6 meses	400	1.7
De 6 a 7 meses	400	1.6
De 7 a 8 meses	300	1.4
De 8 a 9 meses	300	1.4
De 9 a 10 meses	300	1.3
De 10 a 11 meses	200	1.2
De 11 a 17 meses	200	1.2
De 18 a 24 meses	200 cada mes	1.0 cada mes

PATRONES DE REFERENCIA OMS - 2006



ANEXO N° 5: FORMATO DE CONSEJERÍA DE LACTANCIA



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL "JOSÉ
AGURTO TELLO
DE CHOSICA



SERVICIO DE NEONATOLOGIA

Beneficios de la *Lactancia*
Materna

BENEFICIOS
para el bebé

1. La leche materna contiene todos los nutrientes que el bebé necesita durante los 6 primeros meses de vida.
2. Protege su sistema inmunitario.
3. Reduce el riesgo de asma y alergias.
4. Más fácil de digerir que la lactancia artificial.
5. Menor tasa de obesidad infantil.

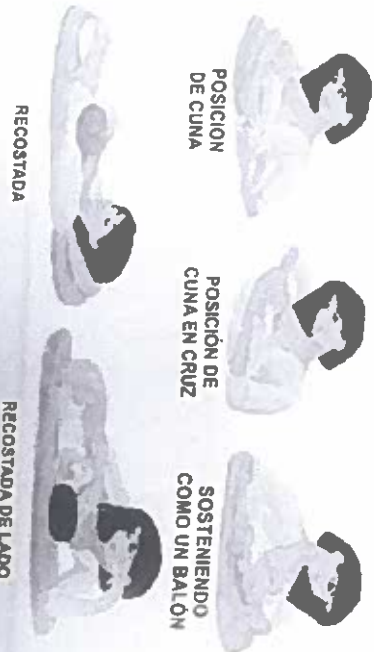


La lactancia materna es un nexo de unión único entre madre e hijo.

1. La lactancia materna acelera la recuperación de la mama.
2. Menor riesgo de hipertensión y depresión posparto.
3. Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y mama.
4. Ayuda a la mineralización de los huesos.
5. Ahorro económico en la familia.



Posiciones para lactancia



RECOSTADA

RECOSTADA DE LADO

TÉCNICA DE LACTANCIA

Toma al bebé acostado en tu brazo a la altura de los pechos con su cuerpo alineado (cabeza y cuerpo) y con la cara de frente al pecho (no la decaída)



Con la otra mano se ofrece el pecho sosteniéndolo con el dedo pulgar sobre el pezón y el resto de los dedos por debajo formando una letra C.



Con el pezón se estimula el labio inferior para que el lactante abra la boca, manteniéndolo en el que logra coger el niño el pezón y la areola dentro de su boca.



Extracción Manual



PASO 1

Para realfirmar la hasta masajes alrededor del pecho en forma circular.



PASO 2

Colocar la mano en forma de "C" empujar suavemente contra los pezones



PASO 3

Cuando saiga la leche dispondrá de un recipiente

Es de aconsejable las personas Recibir el pecho con una mano colocando el pulgar por arriba de la areola y los demás dedos por debajo.

Presione la mama, empujándola hacia el pezón para exprimir la leche. Campeñe la mama con el dedo pulgar por arriba en el límite externo de la areola y presionando, sin que el dedo rebale hacia el pezón.

Presione y suelte en forma intermitente y rítmica. Si no sale o sale poco, NO presione más fuerte, invite a la madre a relajarse y bríndele seguridad e intensidad la frecuencia de los movimientos intermitentes.

Rotar los dedos para recibir la leche de todos los sectores. NO dar el pezón porque puede el relleno de eyeción.

La extracción manual dura aproximadamente entre 15 y 20 minutos



La suspensión brusca de la lactancia puede llegar a tener pechos dolorosos, fiebre, causar angustia en la madre y los riesgos relacionados con la alimentación artificial. La recuperación de la producción de leche podría ser complicada.



54

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. Resolución Ministerial N°537-2017/MINSA (2017 Jul 10).



GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL: CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (PVV) Y CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL HJATCH

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar criterios de actuación del profesional de enfermería para la atención integral de salud del paciente afectado por virus del VIH/SIDA, optimizando la relación del usuario y el personal de salud, a través de la consejería, que es reconocida como una de las estrategias más importantes en las intervenciones en: prevención, atención y soporte a personas afectadas que acuden al Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Promover la Calidad de Atención integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Hospital José Agurto Tello.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de enfermería, consultorios externos y los demás servicios correspondientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

CÓDIGO CPMS	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TIEMPO APROXIMADO
99402.16	Consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA	45 minutos
99401.3	Consejería de Prevención enfermedades transmisibles	45 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Consejería en ITS, VIH/SIDA.** Es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el (la) consejero(a) y el (la) consultante en ITS, VIH/SIDA. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud.¹
- **Consejería en Prevención de Enfermedades Transmisibles:** Es un dialogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el (la) consejero(a) y el (la) consultante en pacientes con factores de riesgo para enfermedades transmisibles.¹
- **PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA QUE ACUDEN AL LOS SERVICIOS Y RECIBEN ATENCION INTEGRAL:** Es la atención integral a la población (adultos, jóvenes y adolescentes) que tienen diagnostico

confirmado de infección por VIH, realizado por el equipo multidisciplinario de salud capacitado en VIH y manejo del TAR.²

MUJERES GESTANTES REACTIVAS Y NIÑOS EXPUESTOS AL VIH/SIDA RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO: Es la atención que se brinda a las gestantes con VIH (reactiva a prueba rápida, ELISA o confirmada) y al niño nacido de dicha gestación. Incluyen intervenciones en la madre durante el embarazo, parto y/o puerperio, así como al recién nacido expuesto; desde el nacimiento hasta los dos años.²

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **NIÑOS EXPUESTOS A VIH RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL:** Es aquel recién nacido, de madre con prueba VIH reactiva y/o confirmada. Hasta los dos años de vida, para disminuir el riesgo de transmisión materno infantil del VIH. El manejo integral es realizado por el personal capacitado durante los primeros 24 meses de vida. el equipo de salud requiere capacitación no menor de 24 horas por año.²
- **Abandono al TARV.** Es la condición en la que el paciente no concurre a recibir tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos, tiempo que también se considera cuando el paciente es referido a otro establecimiento de salud y no se confirma su recepción.¹
- **Adherencia al tratamiento.** Comportamiento de una persona con VIH que se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de la salud.¹
- **Infección confirmada por VIH.** Es la persona que presenta dos pruebas de tamizaje reactivas (prueba rápida para VIH y/o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas - ELISA para VIH) o una prueba confirmatoria positiva.¹

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Lic. de enfermería
- 1 técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES

-Equipos Biomédicos, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Sillas fija metal	Unid	02
Contenedor para residuos comunes	Unid	01
Contenedor para contaminados	Unid	01
Contenedor de punzocortante	Unid	01
Escritorio	Unid	01
Coche de curaciones	Unid	01
Impresora	Unid	01



-Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Pruebas rápidas para descarte de VIH-SIFILIS x 30 determinaciones. (1 AÑO)	Unid	600
Pruebas rápidas para descarte de HEPATITIS B x 30 determinaciones. (1 AÑO)	Unid	360
Pruebas rápidas para descarte de HEPATITIS C x 30 determinaciones. (1 AÑO)	Unid	360
Lancetas	Unid	1
Algodón	Unid	02
Alcohol 70	ml	02
Guantes a granel	Unid	01
Toallas de papel	Unid	01

- Material Médico no Fungible: No aplica

- Medicamentos:

Se brinda antirretrovirales por programación trimestral con CENARES, alrededor de 324 pacientes con diferentes esquemas de acuerdo a las metas establecidas y cantidad de pacientes continuadores a la fecha del requerimiento.(Anexo 04)

5.3.3 FORMATOS

- Tarjeta de administración de TAR y terapia preventiva en pacientes con VIH. ¹
- Protocolo de entrevista de enfermería. ¹
- Notas de enfermería. ¹

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

-TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA A PACIENTES CON VIH:

ANTES DEL PROCEDIMIENTO: 13 MIN

EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Responsable: TÉCNICO DE ENFERMERIA

- Revisión de documentación de pacientes (Referencias, Fuas, Historia Clínicas), Triage, toma de signos vitales, registro en historia clínica, e indicación a todos los pacientes atendidos para la continuación en su atención y clasificando la atención por prioridad por Ley. ¹ 5 MIN.

Responsable: LICENCIADA DE ENFERMERIA

- Comprobar la identidad del paciente, se presenta por su nombre con el paciente y familiar a cargo, explica el procedimiento que se va a realizar ¹ **.3MIN**
- Anotar el nombre de la Dirección de Salud, nombre del puesto de salud, centro de salud, hospital u otra institución pública o privada notificante. Registrar el nombre completo del paciente, edad, el sexo al que corresponde, el número de historia clínica, DNI correspondiente, tipo de población que pertenece, grupo étnico, la fecha en la que ingresó a TARV y su dirección completa, distrito al que pertenece y teléfonos correspondientes para su ubicación (idealmente número de celular). ¹ **.3MIN**
- Anotar el nombre de la Dirección de Salud, nombre del puesto de salud, centro de salud, hospital u otra institución pública o privada notificante. **2MIN**

DURANTE EL PROCEDIMIENTO: 14 MIN

Responsable: PERSONAL DE ENFERMERIA

- Registrar el nombre completo del paciente, edad, el sexo al que corresponde, el número de historia clínica, DNI correspondiente, tipo de población que pertenece, grupo étnico, la fecha en la que ingresó a TARV y su dirección completa, distrito al que pertenece y teléfonos correspondientes para su ubicación (idealmente número de celular). ¹ **2MIN**
- Colocar en el espacio en blanco el ARV correspondiente o los ARV juntos si su forma de presentación es de Dosis Fija Combinada. Ej. AZT en caso de fármaco solo o AZT/3TC para medicación combinada. ¹ **2MIN**
- Colocar primero el número de tabletas entregadas y en dosis total/día, colocar la dosis total en miligramos que el paciente recibe por día, Ej. 60 Tabletetas de AZT/3TC, siendo la dosis total por día de 600mg/300mg de AZT y 3TC respectivamente ¹ **2MIN**
- Colocar el porcentaje de adherencia tanto para antirretrovirales. ¹ **2MIN**
- Colocar el valor y la fecha de resultado del número total de linfocitos T CD4 que el paciente registra. 7. Carga viral. Colocar el valor y la fecha de resultado de número de copias por mililitro que el paciente registra. En el caso de que sea indetectable colocar dicha palabra, seguido de la fecha de resultado. ¹ **2MIN**
- colocar el N° de Medicamentos entregados y la dosis total/ día de TMP/SMX para la Terapia Preventiva con TMP/SMX o los medicamentos utilizados para Terapia Preventiva para TB (TP TB) respectivamente. ¹ **2MIN**
- Registrar el control de vacunaciones realizadas en el paciente con VIH. En observaciones, se debe colocar la firma y/o iniciales de la persona que realiza el registro en la Tarjeta de Control. ¹ **2MIN**.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO: 18 MIN

Responsable: PERSONAL DE ENFERMERIA

- Registrar en cada atención realizada, detallándose las actividades realizadas (consejería de soporte; refuerzo de adherencia; cantidad de medicamentos entregados; exámenes pendientes, ETC). 9 min
- Actividades de enfermería que involucren actividades que se trabajaran durante la consejería para Consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA y consejería de en prevención enfermedades transmisibles. 9 min



6.2 INDICACIONES:

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con diagnóstico de VIH¹

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes con diagnóstico de hepatitis.¹
- Pacientes con enfermedades de transmisión sexual.¹
- Pacientes que ha tenido más de una pareja sexual desde que se hizo la última prueba del VIH.¹
- Pacientes que ha compartido agujas, jeringas u otros implementos para la inyección de drogas con otra persona.¹
- Paciente que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre (HSH)¹

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.¹
- Pacientes que no sean citados.¹

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes con falla virológica.¹
- Pacientes con reacción adversa al medicamento.¹

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de la salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.²

VII. RECOMENDACIONES

- Garantizar un ambiente exclusivo para la atención del paciente que solicita la consejería de soporte a personas que viven con VIH/SIDA y consejería de prevención enfermedades transmisibles, asimismo mantener la confidencialidad de su atención.²
- Se debe mantener la atención brindada por el personal de enfermería, el cual debe estar capacitado para brindar la atención especializada que busca favorecer un buen soporte y ayudar en la mejora de la calidad de vida.²
- Garantizar los insumos necesarios para brindar una atención adecuada.²
- Brindar las facilidades para capacitación al personal de enfermería que atiende al paciente viviendo con VIH, según las normativas vigentes.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 1:** TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TAR Y TERAPIA PREVENTIVA EN PACIENTES CON VIH
- **ANEXO N° 2** PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA
- **ANEXO N° 3** NOTAS DE ENFERMERÍA.
- **ANEXO N° 4 :** ESQUEMA DE ANTIRETROVIRALES



TARJETA DE ADMINISTRACIÓN DE TARV Y TERAPIA PREVENTIVA EN PACIENTES CON VIH

N° DE HUELLA _____
 DNI _____
 P. MEDICO a TARY _____
 DISTRITO _____
 TELEFONO _____
 GRUPO ETNICO _____

[illegible]

ANEXO N° 2 PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA



PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

Fecha de Entrevista: _____ DNI: _____ H°CI: _____ Teléf: _____
Lugar de Entrevista: Ambulatorio ☐ Hospitalización ☐

A.- DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellidos: _____ Sexo: ☐ ☐
Fecha de nac.: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____ Lengua materna: _____
Tipo de población:

HSH	TRANS	TS	PPL	PG	G
-----	-------	----	-----	----	---

 Grupo étnico: _____

B.- ANTECEDENTES

b.1. Tiene diagnóstico previo del VIH: Si ☐ No ☐ (Si la respuesta es "Si" pasar a b.3)

b.2. Motivo de prueba de VIH:

☐ Voluntario	☐ Indicación médica
☐ Reactivo en Banco de sangre	☐ Campaña de Salud
☐ Control prenatal	☐ Brigadas
☐ Pareja con diagnóstico	☐ Otros: _____

b.3. Recibió TARV: Si ☐ No ☐ EESS recibió TARV: _____

b.4. Motivo de Ingreso:

☐ Diagnóstico nuevo
☐ Cambio de domicilio
☐ Abandono recuperado
☐ Egreso de establecimiento penitenciario
☐ Otros: _____

b.5. Vacunaciones:

Hepatitis B (3 dosis completas): Si ☐ No ☐ No sabe ☐
Influenza estacional (anual): Si ☐ No ☐ No sabe ☐
Anti difterietánica (c/10 años): Si ☐ No ☐ No sabe ☐

b.6. Terapia Preventiva

Inició TP TB: Si ☐ No ☐ Completó: Si ☐ No ☐
Inició TP TMP/SMX: Si ☐ No ☐ Completó: Si ☐ No ☐

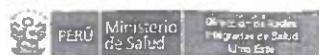
Entorno y apoyo familiar: (Si cuenta o no con Agente de Soporte, datos, observaciones): _____

C.- CONSIDERACIONES PARA LA ADHERENCIA

El personal de Enfermería indagará sobre los factores que se relacionen con una adecuada adherencia al TARV para definir los diagnósticos de enfermería y/o conduciendo al paciente a proponer sus propias soluciones:

Diagnóstico: Explore sobre el mecanismo del VIH en el organismo, dudas sobre el diagnóstico del VIH
TARV: Explore sobre efecto del tratamiento antirretroviral, eventos adversos, importancia de la adherencia, riesgo de resistencia, carga viral del monitoreo. Pregunte sobre el plan personal para tomar el TARV
Soporte emocional: Explore si cuenta con soporte familiar o de pareja, si ha compartido su diagnóstico, principales preocupaciones y/o temores.
Co-morbididades: Explore otras enfermedades que puedan influir en la adherencia
Social: Explore accesibilidad y plan del paciente para cumplir con el cronograma de consultas
Adicciones: Explore los patrones de consumo de alcohol o drogas

ANEXO N° 3 : NOTAS DE ENFERMERÍA



- Condiciones económicas: Explico si tienen afiliación a SIS, EcSALUD u otros, y cómo se relacionan con los recursos para cubrir los costos de los cuidados primarios.
- Otros: _____

D. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Marcar con X los diagnósticos de Enfermería según corresponda en el momento de la valoración de enfermería.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Gestión ineficaz de la salud: no conocimiento in suficiente del régimen terapéutico ☐ Tendencia a adoptar conducta de riesgo para la salud: y actitud negativa hacia la atención sanitaria o autoeficacia baja ☐ Protección ineficaz: no transitorio inmunológico secundario a VIH ☐ Incumplimiento de conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, motivación insuficiente, conocimiento de salud incongruentes con el plan de habilidades insuficiente para realizar el régimen terapéutico ☐ Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: no normativamente desbalanceado ☐ Disposición de mejorar la nutrición ☐ Interrupción de la lactancia materna: no enfermedad de la madre secundario a VIH ☐ Insomnio: no agentes farmacológicos ☐ Disposición para mejorar el autoapoyo ☐ Descuido personal: no incapacidad para mantener el control, abuso de sustancias ☐ Disposición para mejorar los conocimientos | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Conocimientos deficientes: no conocimiento insuficiente de los recursos o información insuficiente, información emocional proporcionada por otros, alteración de la función cognitiva, insuficiente interés en el aprendizaje ☐ Transitorio de la identidad personal: no autoestima baja, discriminación, transitorio descriptivo de la identidad ☐ Trastorno de la imagen corporal: no alteración de la autoimagen ☐ Patrón sexual ineficaz: no deterioro de la relación con una persona significativa, conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas con la sexualidad ☐ Riesgo en alteración de la dieta: maternidad infantil, no enfermedad de la madre secundario a VIH ☐ Disposición para mejorar el afrontamiento ☐ Afrontamiento ineficaz: no apoyo social insuficiente ☐ Ansiedad: no crisis situacional ☐ Conflicto de decisiones: no interferencia en la toma de decisiones, información insuficiente ☐ Riesgo de infección: no conocimiento insuficiente para evitar exposición a patógenos, vacunación inadecuada o malnutrición ☐ Disposición a mejorar la gestión de la salud ☐ Otros: _____ |
|--|--|

E. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☐ Brinda consejería individualizada sobre VIH SIDA ☐ Brinda consejería sobre reducción de riesgo sexual y medidas preventivas ☐ Brinda educación sanitaria sobre estilos de vida saludable y prevención de infecciones oportunistas ☐ Brinda educación sobre el uso adecuado del condón ☐ Realiza la prueba rápida a la (s) pareja (s) ☐ Promueve la vinculación del contacto reducida ☐ Deriva al Educador Par PUV ☐ Informa al paciente sobre apoyo del Agente de Soporte ☐ Brinda apoyo emocional ☐ Coordina con Psicólogo para evaluación de paciente ☐ Educa sobre la Terapia Preventiva para TB y otras infecciones ☐ Monitorea el tratamiento de infecciones oportunistas ☐ Educa sobre vacunación ☐ Coordina con el Servicio de Inmunizaciones ☐ Monitorea la aplicación de vacunación | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Educa sobre el TARV (línea, cambios, etc) ☐ Monitorea y administra el TARV ☐ Educa y refuerza la importancia de la adherencia al TARV ☐ Educa sobre problemas RAM al TARV ☐ Identifica y notifica RAM ☐ Refuerza consecuencias y/o riesgos del abandono al TARV ☐ Monitorea la Terapia Preventiva para TB y otras TMP/SATX ☐ Orienta al paciente sobre monitoreo de CD4 y carga viral ☐ Orienta al paciente sobre la prueba de Genotipificación ☐ Monitorea el proceso de aprobación de esquemas especiales del TARV ☐ Coordina las referencias y contrareferencias ☐ Realiza el registro de seguimiento de paciente VIH y TARV ☐ Coordina con el Servicio de TB para profilaxis o tratamiento ☐ Coordina con otras áreas: _____ ☐ Otros (Especificar): _____ |
|---|--|

FIRMA Y SELLO CON N.º DE

Firma Manuscrita y sello de la enfermera o enfermero responsable de la atención



ANEXO N °4 : ESQUEMA DE ANTIRETROVIRALES

Tabla 3: Esquema de Primera Línea para el Tratamiento Antirretroviral de la infección por VIH.

Esquema de elección ¹	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg /Dolutegravir 50mg	1 Tableta en DFC cada 24 horas

DFC: Dosis Fija Combinada

Esquema	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg /Efavirenz 400mg o Tenofovir 300mg/Emtricitabina 200mg /Efavirenz 600mg	1 Tableta en DFC cada 24 horas

Tabla 4: Esquemas de segunda línea recomendados

Esquemas Tripos	Fuente
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DRV/rv (o DRV + rlv)	Estudio ODIN, TITAN
TDF/FTC (o TDF+3TC) + RAL	Estudio BENCHMARK - 1 BENCHMARK - 2
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ETV	Estudio TMC125-C227
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ATV/rv	Estudio 046
TDF/FTC (o TDF+3TC) + LPV/rv	Estudio M05 - 730
DRVr + RAL + ETV	Estudio TRIO
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DTG	Estudio DAWNING para pacientes que tardan a ABC/3TC o AZT/3TC + EFV
AZT/3TC + DTG	OMS 2019
Esquemas Duales	
LPV/rv + RAL	Estudio SECOND LINE, EARNEST, A5373 SELECT STUDY

Tabla 5: Esquema de TAR de elección en pacientes con coinfección TB/VIH

Esquema de Elección	Observaciones
TDF/3TC/DTG . DTG	La dosis de Dolutegravir será de 50 mg dos veces al día, si el esquema anti TB incluye el uso de rifampicina

TABLA 7: Profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH

Esquema	Dosificación	Observaciones
Tenofovir 300 mg (TDF)/Lamivudina 300 mg (3TC)/Dolutegravir 50 mg (DTG)	1 tableta de TDF/3TC/DTG cada 24 horas por un periodo de 4 semanas	Se preferirán esquemas con presentación de dosis fija combinada
Tenofovir 300 mg (TDF)/Emtricitabina 200 mg (FTC) + Darunavir 800 mg (DRV) + Ritonavir (rtv) 100 mg	1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 1 tableta de DRV 800 mg cada 24 horas + 1 tableta de rtv cada 24 horas por un periodo de 4 semanas	
Tenofovir 300 mg (TDF)/Emtricitabina 200 mg (FTC) + Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg (LPV/rtv)	1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rtv (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas (Se utilizará solo ante la no disponibilidad de los esquemas anteriores)	



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) N°1024-2020/MINSA (2020 Dic 10).
2. Perú. Ministerio de economía y finanzas. Programas presupuestales. Disponible en :https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
VACUNA CONTRA DIFTERIA, PERTUSIS Y TETANO (DPT),
VACUNA TETANO Y DISTERIA (DT) MAYORES Y MENORES DE 7
AÑOS Y CONSEJERÍA EN INMUNIZACIONES DEL HOSPITAL
JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA**

I. FINALIDAD:

- Estandarizar y unificar criterios de actuación del profesional de enfermería para la buena praxis en la administración o suspensión de microorganismos vivos (bacterias o virus) inactivas o muertas a través de la inoculación a un ser humano, incorporando las mejores prácticas en la actividad asistencial, dando un cuidado eficiente y de calidad en el paciente que ingresa por consultorio externo en el área de Inmunizaciones del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Promover la calidad y seguridad del proceso de atención en la administración de vacunas para dichas edades disminuyendo riesgos, eventos adversos y complicaciones posteriores a la inoculación, contribuyendo a proteger la vida y la salud de toda la población que asiste al Hospital José Agurto Tello de Chosica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía está dirigida para todos los profesionales de enfermería que realicen actividades de vacunación dentro del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

VI. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CPMS	TIEMPO APROX
Administración de DPT	90701	28
Toxoides de la difteria y del tétanos (DT), adsorbida, para individuos menores de 7 años, para uso intramuscular	90702	28
Toxoide Tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de perseverante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	90714	28
Toxoides absorbidos del tétanos y de la difteria (Td), para uso en adultos, para inyección intramuscular o a chorro	90718	28
Consejería en inmunizaciones	99401.07	28
Toxoide tetánico absorbido, para uso intramuscular	90703	28



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Administración de la Vacuna Contra DPT, Toxoide difteria y del tétano menores de 7 años y Tétano Y Difteria (DT) Mayores De 7 Años** :Es el procedimiento en el cual el profesional de enfermería hace una correcta selección de manera individualizada y monitoreo del paciente, conociendo las indicaciones. Contraindicaciones, dosis, efectos esperados y efectos adversos antes, durante y después de la administración. ⁽¹⁾

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Enfermedades prevenibles por vacunación:** Son aquellas enfermedades que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas, entre ellas: la Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Hepatitis A, Influenza, Poliomieltis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, Varicela, Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, cáncer de cuello uterino por VPH, entre otras. ⁽¹⁾
- **Esquema de Vacunación:** Es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de vacunación e inmunización. ⁽¹⁾
- **Inmunidad:** Es la capacidad que tienen los organismos para resistir y defenderse de la agresión de agentes extraños. ⁽¹⁾
- **Inmunización:** Proceso por el que una persona se hace inmune o resistente a una enfermedad infecciosa, mediante la administración de una vacuna. ⁽¹⁾
- **Población Vulnerable:** Grupo de personas que se encuentran priorizadas para la atención de la vacunación. Dentro de estos grupos están consideradas las gestantes, población indígena, personas con discapacidad, personas privadas de su libertad y personal de primera línea (bomberos, serenazgo, policías, limpieza, seguridad, fuerzas armadas). ⁽¹⁾
- **Toxoides:** Toxinas de origen bacteriano modificadas, que han perdido su capacidad de producir enfermedad, pero conservan su poder antigénico, es decir, generan una respuesta inmune protectora en el organismo. ⁽¹⁾
- **Vacuna:** Es toda preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando una respuesta inmune específica contra la enfermedad infecciosa respectiva. Habitualmente es la suspensión de microorganismos virales, bacterianos vivos, inactivados o sus fracciones, subunidades o partículas proteicas de los mismos. ⁽¹⁾
- **Vacunación:** Acción que consiste en administrar una vacuna a una persona, de acuerdo a un esquema establecido. ⁽¹⁾
- **Vacunación segura:** La vacunación segura es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización y comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos normalizados, estandarizados o protocolizados que se observan desde la formulación de una vacuna, su producción, transporte, almacenamiento y conservación, distribución, manipulación, reconstitución, administración (inyección segura), eliminación (bioseguridad) y la vigilancia epidemiológica e investigación de los ESAVI. ⁽²⁾
- **Vacunas inactivadas:** Vacunas compuestas por gérmenes muertos que han perdido su capacidad patogénica, pero conservan la capacidad inmunogénica. Se obtienen tratando los antígenos vivos mediante procedimientos físicos (calor) o



químicos (formaldehído) que destruyen su infectividad sin afectar la inmunogenicidad.⁽³⁾

- **Vacunas vivas atenuadas:** Vacunas compuestas por microorganismos infecciosos vivos (bacterias o virus) que muestran bajos niveles de virulencia. Conservan la capacidad inmunogénica y estimulan la inmunidad protectora, pero han perdido el poder patógeno y t muy rara vez son capaces de causar formas graves de enfermedad, por ejemplo, la vacuna contra la fiebre amarilla y la vacuna anti poliomielítica oral. Se obtienen seleccionando mulantes a virulentas o de virulencia atenuada a través de pases sucesivos en diferentes huéspedes animales y/o medios de cultivos celulares.⁽¹⁾
- **Cadena de frío:** Conjunto de normas y procedimientos que aseguran el correcto almacenamiento y distribución de vacunas a los servicios de salud desde el nivel nacional hasta el nivel local.⁽³⁾
- **Termos de conservación de biológicos (vacunas):** Un sistema de transporte y almacenamiento en frío que se utiliza para mantener las vacunas en un rango de temperatura seguro y constante, generalmente entre 2°C y 8°C.⁽³⁾
- **ESAVI:** Un evento adverso supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI) es un cuadro clínico que tiene lugar después de la administración de una vacuna y podría o no estar relacionado con esta.⁽²⁾
- **SICHE:** Sistema del ministerio de Salud que nos brinda el acceso y el registro de diversas áreas entre ellas el servicio de inmunizaciones.⁽⁴⁾

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Lic. de Enfermería
- 01 Téc. de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

Equipos biomédicos. Instrumental y Mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Congeladora	unidad	1
Aire acondicionado	unidad	1
Data loger	unidad	2
Refrigeradora	unidad	2
Estabilizador	unidad	2
Aire acondicionado	unidad	1
Termos kst	unidad	1
Blow king	unidad	1
Termómetros de alcohol	unidad	1
Paquetes de hielo	paquete	4
Mesa Pasteur acero	unidad	1
Tachos de residuos	unidad	3
Recipiente con colector	unidad	2

Infantometro	unidad	1
Silla	unidad	2
Casilleros de metal	unidad	1
Escritorio	unidad	1
Computadora con acceso a internet	unidad	1
Tablero	unidad	1
Lapicero azul	unidad	1
Tampón	unidad	2
Febrero	unidad	1

- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U. MED.	CANT
Riñonera	Unidad	1
Tambor	unidad	1

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U. MED.	CANT
Hidigel	1 unidad	1
Mascarilla descartables	1 unidad	1
Guantes descartables	1 unidad	1
Torundas de Algodón	1 unidad	3
Alcohol 70°-1L	ml	3
Mandil descartable	1 unidad	1
Jabón líquido	ml	5
Esparadrupo hipo alergénico	cm	7



- Medicamentos

DESCRIPCIÓN	U. MED.	CANT
Biológico a administrar <i>Difteria, Pertusis Y Tétano (Dpt)- trimestre</i>	1 unid	5
Jeringa 25 x ½ IM	1 unidad	1
Tétano y Difteria (dt) Mayores de 7 años	1 unid	5
Toxoide diftoterano pediátrico (dt) menores de 7 años.	1 unid	3

5.3.3 FORMATOS

- Hoja de Disentimiento vacunal.
- Consentimiento informado: Ingresos con responsable y/o tutor.
- Historia clínica electrónica y/o Historia clínica
- Carnet de atención Integral de Salud de la Niño(a) de 7 años a mas con registro de vacunas anteriores.
- Registro de temperatura (refrigerador – congeladora)
- Formato de Kardex (biológicos-jeringas)
- Cuaderno A-4 de registros de atención diaria



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

A. Previo a la vacunación (10 minutos aprox.)

- Paciente ingresa al consultorio de inmunizaciones, la licenciada de enfermería o el personal técnico capacitado le hace entrega el ticket de citas para que en el área de admisión pueda generar una ficha de atención, una vez generada la ficha de atención procede ir nuevamente al consultorio de inmunizaciones. **(2 MINUTOS)**
- El personal de Enfermería brinda la Información sobre la vacuna a administrar, todo trabajador de salud (licenciada o personal técnico) que labora en el consultorio de inmunizaciones debe explicar a los padres o usuarios sobre los beneficios y consecuencias de cada vacuna administrada, además tener en cuenta las precauciones y contraindicaciones según esquema de vacunas según edad y necesidad. **(2 MINUTOS)**
- Conocer la historia vacunal del niño(o) o usuario, es importante asegurarnos con la siguiente información antes de vacunar. **(2 MINUTOS)**
- La licenciada en enfermería verifica en el sistema web (SHICE) a nivel nacional las vacunas anteriores aplicadas según edad y necesidad. **(2 MINUTOS)**
- En la entrevista con el paciente, la licenciada en enfermería debe preguntar y asegurar información personal: ¿Está enfermo el día de hoy? ¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, vacuna u

otro? ¿Tiene alguna enfermedad que afecte a su sistema inmunitario? ¿Ah recibido medicamentos anticancerosos o radioterapias durante los últimos 90 días? (2 MINUTOS)

B. Durante la vacunación: (13 minutos aprox.)

a. Protección del personal de salud (Licenciada de enfermería) (3 MINUTOS)

- La licenciada procede al lavado de manos con agua y jabón antes y después de la vacunación.
- No es necesario el uso de guantes para la administración de la vacuna, aunque puede ser recomendable en situaciones puntuales, como enfermedades infecto contagiosas.

b. Preparación del Material necesario (3 MINUTOS)

El personal de enfermería (licenciada y técnica) asegura el estado de cada material antes de ser usado.

- El material será limpio o estéril de un solo uso
- Deberá disponerse de algodón para la limpieza del lugar de inyección y comprensión después de la vacunación.

Nota: Considerar por niño o niña 3gr. De algodón y 1ml de jabón antimicrobiano.

c. Preparación de la Vacuna (Licenciada de enfermería) (4 MINUTOS)

- Conocer la forma de la presentación de la vacuna (líquido, liofilizado)
- Conocer la conservación y manipulación de la vacuna
- Conocer y verificar fecha de vencimiento y número de lote del biológico (vacuna)
- La elección de la vacuna adecuada es decisión debe tomarse una vez consultando el registro vacunal (carta de vacunación y/o verificar en el sistema SIHCE e historia clínica.

C. Limpieza en el Lugar de la inyección (Licenciada de enfermería) (3 MINUTOS)

- Limpieza de la piel visible en la zona de inyección: 1MIN
✓ Vía intramuscular en la parte superior de la cara lateral externa del brazo del brazo (región deltoides)
- Limpiar con jabón antimicrobiano o realizando movimientos centrífugos. 1MIN
- No utilizar algodones húmedos guardados en un tambor o bolsa plástica. 1 MIN

D. Después de la administración de la Vacuna (5 MINUTOS)

- La Licenciada de enfermería asegura que el paciente haya recibido la información completa sobre la vacuna a administrar. (1 MINUTO)
- Explicar qué fecha debe regresar para continuar con su esquema de vacunación regular (utilizar el carnet de vacunación colocando con lápiz su fecha próxima) (1 MINUTO)
- Se recomienda que esperen de 15 a 20 minutos para evidenciar algún tipo de reacción. (1 MINUTO)
- Pasada las horas si se llegara a complicar algunos de los efectos adversos pues los padres deberán reportarlo por emergencia en el Hospital para así hacer seguimientos de ESAVI (1 MINUTO)



- La vacuna deberá ser registrada tanto en la historia clínica electrónica, física, carnet del menor y en el sistema SIHCE. (1 MINUTO)

6.2. INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Por alguna mordedura de algún tipo de animal silvestre.
- Por herida con algún objeto punzocortante de dudosa procedencia.
- Población en riesgo como trabajadores de salud (área crítica, emergencia, asistencial y administrativo).
- Administración de difteria y del tétanos (DT), para pacientes menores 7 años
- Administración de Tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de perseguido, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores.
- Pacientes con indicación médica.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Cada 10 años se reforzará la inmunidad con una dosis de DT en personas que recibieron esquema completo de DT.
- Padres que solicitan la consejería para inmunizaciones

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna en dosis previa.
- Gestantes con menos de 20 semanas de gestación.
- Enfermedades infecciosas agudas u otras enfermedades (agudas o crónicas) en curso.
- Padres firmen el desistimiento de vacuna.

6.4 COMPLICACIONES

Reacciones locales: son dolor, enrojecimiento, edema, induración en el sitio de la aplicación de la vacuna.

Reacción sistémica: Malestar general

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021- MINSA /DGSO –V 03, la presentación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de Enfermería que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Generar confianza con el menor para evitar rechazo al personal de salud.
- Fomentar la buena comunicación entre padres y el personal de salud.
- Educar sobre la importancia de la vacunación regularmente y/o periódicamente.

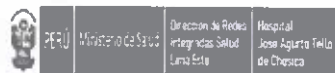


VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N°1** :Desistimiento vacuna
- **ANEXO N° 2** :Carnet de vacunación
- **ANEXO N° 3** :Formato de ESAVI
- **ANEXO N°4** :Hoja de registro de temperatura (REFRIGERADOR)
- **ANEXO N° 5**: Formato de registro de temperatura (CONGELADOR)
- **ANEXO N° 6**: Sistema de registro vacunal a nivel nacional.
- **ANEXO N°07**: Características de las vacunas.
- **ANEXO N°08** :Cuaderno de registro de atención diaria



ANEXO N° 1.-DESISTIMIENTO DE VACUNA



Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho

DESESTIMIENTO DE VACUNACIÓN

Yo, _____ con DNI _____ en calidad de
(señalar lo que aplique) padre / madre / tutor legal de _____, tras
haber sido informado de los riesgos y beneficios de la vacunación por
_____, profesional sanitario del _____.

ENTIENDO

El propósito, beneficios y riesgos de la (s) vacuna (s) recomendada (s)

Las consecuencias de no recibir la vacunación y que pueden incluir:

Que mi hijo/a pueda contraer la enfermedad que la vacuna puede prevenir.

Que la enfermedad puede ser transmitida a otras personas a través de mi hijo/a.

Tras valorar esta información, y sabiendo que puedo reconsiderar mi decisión en cualquier momento para solicitar la vacunación:

RECHAZO la administración de las siguiente vacuna a mi hijo/a:

Asumo el riesgo explicado existente de que mi hijo/a pueda padecer de la enfermedad anteriormente mencionada, y que son actualmente son prevenibles en parte o en su totalidad mediante vacunación.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento y he recibido copia del mismo.

Chosica _____ de _____ del año 2023



ANEXO Nº 2.-CARNET DE VACUNACIÓN MAYOR DE 5 AÑOS



RECOMENDACIONES

- 1.- Conservar y portar este carné es requisito para su vacunación.
- 2.- Tres dosis es necesario para estar protegido contra la Hepatitis B, Tetanos y Difteria.
- 3.- Cumplir con las fechas y dosis indicadas para cada vacuna.
- 4.- Si viajas a zonas endémicas de fiebre amarilla, vacúnate / porta este carné, vacúnate 10 días antes del viaje.

BIOLOGICOS	DOSIS	FECHA	LOTE
Toxolide	1ra Dosis	/ /	
Tetánico	2da Dosis	/ /	
Difterico (dT)	3ra Dosis	/ /	
VPH	1ra Dosis	/ /	
	2da Dosis	/ /	
dTpa	Una Dosis	/ /	
Gestante		/ /	
Neumococo	1ra Dosis	/ /	



Carné de Vacunación (0,5 ml) contiene: Toxoides teta

MINISTERIO DE SALUD

Hospital José Agustín Tello de Chosica
VACUNACIÓN MAYORES DE 5 AÑOS

Nombres: _____
 Apellidos: _____
 Domicilio: _____
 Tipo Doc: _____ N°: _____
 Edad: _____ Distrito: _____
 Provincia: _____
 N° Celular: _____
 Inst. Laboral: _____

BIOLOGICOS	DOSIS	FECHA	LOTE
Hepatitis B	1ra Dosis	/ /	
	2da Dosis	/ /	
	3ra Dosis	/ /	
Antiamarilla	Dosis única	/ /	
SR	Dosis única	/ /	
Influenza (Comorbilidad/ Riesgo)	Dosis única	/ /	
Contra COVID-19	1ra Dosis	/ /	
Otros	2da Dosis	/ /	

ANEXO N°3.FORMATO DE ESAVI

DIRECTIVA SANITARIA N° - MINSA/DGE - V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

ANEXO 3

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE
EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) SEVERO

Definición operativa: Es todo evento severo supuestamente atribuido a vacunación o inmunización, que requiere hospitalización, ponga en riesgo la vida de la persona, asociado a discapacidad, o que conlleve al fallecimiento

I NOTIFICACIÓN

Fecha de Notificación: ____/____/____
Día Mes Año

No. Caso: _____	Nombre del establecimiento que notifica: _____
D/Sa/Di/Resa/GERESA/ _____	Teléfono: _____
Provincia: _____	Persona que notifica: _____
Distrito: _____	
1 PS ☐ 2. CS ☐ 3. Hosp. ☐ 4. Instituto Nacional ☐	
Minsa ☐ EsSalud ☐ FFAA y PNP ☐ Sector Privado ☐	

II DATOS DEL PACIENTE

Firma: _____		Sexo: M ☐ F ☐		Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año	Edad: _____	Dirección: _____		
1. Años ☐ 2. Meses ☐		Localidad: _____		
3. Días ☐ 4. Hora ☐		Referencia: _____		
5. Minutos ☐		Distrito: _____		
Departamento: _____		Provincia: _____		
Pertenencia a Comunidad Nativa: Si ☐ No ☐		Área de procedencia: Urbano ☐		
Cuer: _____		Esta asegurado: Si ☐ No ☐		
Destante Si ☐ No ☐		SIS ☐		
Rural ☐		EsSalud ☐		
		Privado ☐		
		Ocupación: Sin ocupación ☐		
		Estudiante ☐		
		Comerciante ☐		
		Empleado ☐		
		Otro ☐		
		Especifique: _____		
		Documento de identificación: DNI ☐ Menor si ident. ☐		
		Pasaporte ☐ Adulto si ident. ☐		
		N° _____		

III DATOS DE LA VACUNACIÓN (colocar códigos)

1 Nombre de Vacuna (código)	2 Aduvante	3 Dosis	4 Vía	5 Sitio	Fecha de vacunación	EESS que vacunó	Fabricante	Lote	Fecha de expiración
					____/____/____				____/____/____
					____/____/____				____/____/____
					____/____/____				____/____/____
					____/____/____				____/____/____

- VACUNA: 01 BCG, 02 DPT, 03 APO, 04 Hepatitis B, 05 Hib, 06 Pentavalente, 07 SPR, 08 Febre amarilla, 09 SR, 10 DT, 11 Influenza estacional, 12 Antisarampión, 13 Contra neumococo, 14 Contra rotavirus, 15 Contra VPH, 16 otras especificar
- Aduvante: 01 con adyuvante, 02 sin adyuvante
- DD SIS: 01 primera, 02 segunda, 03 tercera, 04 adicional, 05 única, 06 refuerzo
- VIA: 01 oral, 02 intradérmica, 03 subcutánea, 04 intramuscular
- SITIO: 01 hombro derecho, 02 hombro izquierdo, 03 brazo derecho, 04 brazo izquierdo, 05 Vasto externo de muslo derecho, 06 Vasto externo de muslo izquierdo, 09 oral

DIRECTIVA SANITARIA N° - MINSADGE - V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI)

IV ANTECEDENTES

PERSONALES					FAMILIARES				
ESAVI previo? Si ☐ No ☐ Cual _____	Alergia: Si ☐ No ☐	Convulsiones: Si ☐ No ☐	Asma: Si ☐ No ☐	Enfermedad crónica: Si ☐ No ☐	Otros específicos: Si ☐ No ☐	Alergia: Si ☐ No ☐	Convulsiones: Si ☐ No ☐	Asma: Si ☐ No ☐	Enfermedad crónica: Si ☐ No ☐

V SIGNOS/SÍNTOMAS

	Tiempo entre vacunación e inicio del evento			Fecha de Inicio	Fecha de Término
	Minuto	Hora	Días	día / mes / año	día / mes / año
1. Absceso en el sitio de inyección a) Estéril b) Bacteriano	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
2. Linfadenitis supurativa a) Nódulo Linfático mayor a 1.5 cm b) Nódulo Bacteriano	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
3. Reacciones locales Severas a) Inflamación mas allá de la articulación mas cercana b) Dolor enrojecimiento e inflamación de más de 3 días	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
4. Llanto persistente (mayor de 3 horas) a) Solo asociado a fiebre b) Asociado a otros síntomas	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
5. Convulsiones a) Febril b) Afebril	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
6. Síndrome Hipotónico - hiporreactivo a) Asociada a depresión respiratoria, cianosis b) No asociada a depresión respiratoria, cianosis	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
7. Reacción Alérgica a) Reacción Anafiláctica b) Shock anafiláctico	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
8. Púrpura trombocitopénica a) Solo manifestaciones dermaticas (petequias) b) Asociadas a otros síntomas	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
9. Síncope o reacción vasovagal	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
10. Parálisis flácida aguda a) Asimétrica b) Simétrica	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
11. Encefalopatías a) Convulsiones b) Severa alteración de conciencia por uno o más días c) Cambio de conducta por uno o más días d) Daño cerebral permanente	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
12. Encefalitis				___/___/___	___/___/___
13. Meningitis				___/___/___	___/___/___
14. Osteitis / osteomielitis				___/___/___	___/___/___
15. Antráx a) Persistente b) Transitorio	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___
16. Sepsis				___/___/___	___/___/___
17. Síndromes de shock tóxico				___/___/___	___/___/___
18. Otros eventos severos e inusuales específicos	Minuto	Hora	Días	___/___/___	___/___/___

Cual:





Gofa Tecnica:

ANEXO Nº 4.- HOJA D

Placa	Comparto
Consignador N°	
Marca	
Modelo	
Capacidad (litros)	
Cond. frigorífica	

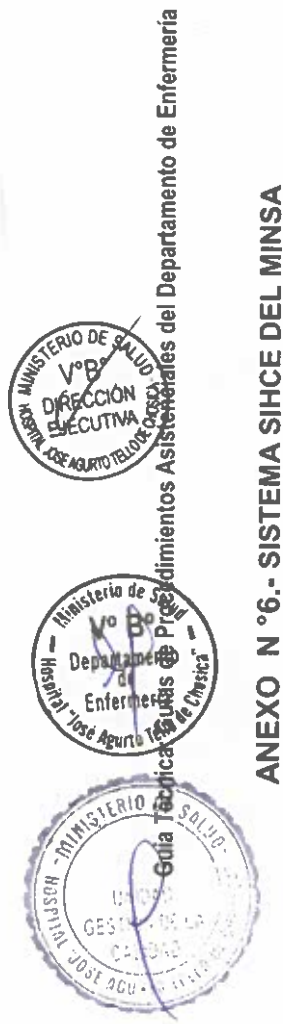
Tarmonolito
colaborado en el
Nro.
artículo para el número de
edición Nro. 111

Control de Temperatura con termómetro
☐ Digital del equipo ☐ Digital Externo
☐ Alcohol ☐ Otro:

Turno	☐ Manhã	☐ Tarde
	Dom - 2pm	Dom - 8pm

Registro de Temperatura	Control al Interior Control al Exterior	Turnos																																																																
Gráfica de Temperatura	<table><thead><tr><th>Horas</th><th>Temperatura</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>10</td></tr><tr><td>1</td><td>10</td></tr><tr><td>2</td><td>10</td></tr><tr><td>3</td><td>10</td></tr><tr><td>4</td><td>10</td></tr><tr><td>5</td><td>10</td></tr><tr><td>6</td><td>10</td></tr><tr><td>7</td><td>10</td></tr><tr><td>8</td><td>10</td></tr><tr><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>10</td><td>30</td></tr><tr><td>11</td><td>28</td></tr><tr><td>12</td><td>18</td></tr><tr><td>13</td><td>17</td></tr><tr><td>14</td><td>17</td></tr><tr><td>15</td><td>18</td></tr><tr><td>16</td><td>10</td></tr><tr><td>17</td><td>10</td></tr><tr><td>18</td><td>10</td></tr><tr><td>19</td><td>10</td></tr><tr><td>20</td><td>10</td></tr><tr><td>21</td><td>10</td></tr><tr><td>22</td><td>10</td></tr><tr><td>23</td><td>-27</td></tr><tr><td>24</td><td>24</td></tr><tr><td>25</td><td>24</td></tr><tr><td>26</td><td>24</td></tr><tr><td>27</td><td>24</td></tr><tr><td>28</td><td>24</td></tr><tr><td>29</td><td>24</td></tr><tr><td>30</td><td>24</td></tr></tbody></table>	Horas	Temperatura	0	10	1	10	2	10	3	10	4	10	5	10	6	10	7	10	8	10	9	10	10	30	11	28	12	18	13	17	14	17	15	18	16	10	17	10	18	10	19	10	20	10	21	10	22	10	23	-27	24	24	25	24	26	24	27	24	28	24	29	24	30	24	Turnos
		Horas	Temperatura																																																															
		0	10																																																															
		1	10																																																															
		2	10																																																															
		3	10																																																															
		4	10																																																															
		5	10																																																															
		6	10																																																															
		7	10																																																															
8	10																																																																	
9	10																																																																	
10	30																																																																	
11	28																																																																	
12	18																																																																	
13	17																																																																	
14	17																																																																	
15	18																																																																	
16	10																																																																	
17	10																																																																	
18	10																																																																	
19	10																																																																	
20	10																																																																	
21	10																																																																	
22	10																																																																	
23	-27																																																																	
24	24																																																																	
25	24																																																																	
26	24																																																																	
27	24																																																																	
28	24																																																																	
29	24																																																																	
30	24																																																																	

64



Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

ANEXO N °6.- SISTEMA SIHCE DEL MINSA

ANEXO N°07: CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS

VACUNA DPT Y SUS CARACTERÍSTICAS Y ESQUEMA:

PRESENTACIÓN	Frasco de 10 dosis de 5ml, suspensión blanca grisácea Vacuna multidosis.
INDICACIONES	Protección contra Difteria, tétano y tos ferina
ESQUEMA DE VACUNACIÓN.	Se administra como Refuerzos dos dosis : 1 er Refuerzo a los 18 meses 2 do Refuerzo a los 4 años hasta, los menores de 7 años 0 días.
DURACIÓN DE LA VACUNA	Una vez abierto dura 4 semanas

VACUNA DT MENORES DE 7 AÑOS Y SUS CARACTERÍSTICAS Y ESQUEMA:

PRESENTACION	Frasco de 10 dosis de 5ml, suspensión blanca grisácea Vacuna multidosis.
INDICACIONES	Prevención de la difteria y tétano en niños que presentan reacción adversa severa (anafilaxia) a la vacuna pentavalente.
ESQUEMA DE VACUNACION.	Niños que presentan reacción adversa a la vacuna Pentavalente completar el esquema de vacunación: -Intervalo: 2 meses entre dosis y dosis . El intervalo mínimo y excepcionalmente será de 4 semanas (ámbito de difícil acceso situación de riesgo epidemiológico, entre otras) -En ninguna caso se reinicia esquema, este de debe completar tomando en cuenta el intervalo mínimo -En caso de refuerzo para niños con antecedente de RAM , aplicar 2 dosis según esquema (18 y 4 años)
DURACION DE LA VACUNA	Una vez abierto dura 4 semanas



VACUNA DT MAYORES DE 7 AÑOS Y SUS CARACTERÍSTICAS Y ESQUEMA:

PRESENTACIÓN	Frasco de 10 dosis de 5ml, suspensión blanca grisácea Vacuna multidosis.	
INDICACIONES	Prevención de la difteria y tétano. Cada 10 años se reforzará la inmunidad con una dosis de dt en personas que recibieron esquema completo dt.	
ESQUEMA DE VACUNACION.	Varones o mujeres Mayores de 7 años	Gestante
	Si no recibió la vacuna previamente: 1ra dosis al primer contacto con el Servicio de Salud. 2da dosis a los 2 meses de la primera. 3ra dosis a los 6 meses del primer. Vacunación incompleta: No reiniciar. Completar con 1 o 2 dosis faltantes. Vacunación primaria completo. Vacunación primaria completa: Refuerzo cada 10 años, a partir de la última dosis.	Si no recibió la vacuna previamente: 1ra dosis: dt desde DX. De embarazo, considerar dosis previa. 2da dosis: Tdap ENTRE LA 20^a 36 semanas de gestación Tener en cuenta un intervalo mínimo de 4 semana. Vacunación incompletas: Completar las 2 dosis de vacunas, una de las cuales debe ser Tdap entre las 20-36 semanas. Vacunación primaria Completas. Tdap en cada gestación.
DURACION DE LA VACUNA	Una vez abierto dura 4 semanas	
CONSERVACION DE LA VACUNACION	+ 2c a + 8 C	

- Conocer la dosis de la vacuna (es 0.5 ml)
- Cargar la vacuna multidosis liquida en una jeringa de 25x1"



ANEXO N°08: Cuaderno de registro de atención diaria



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 196 -MINSA/DGIESP- 2022 "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación". Resolución Ministerial N° 884-2022/MINSA. (7 de Noviembre del 2022)
- 2- Perú. Ministerio de Salud. "Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)". Resolución Ministerial N° 063-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 054- MINSA/DGE-V.01. (23 de Enero del 2014)
- 3- Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Manejo de la Cadena de Frío en las Inmunizaciones". Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud pública del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 497-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 136- MINSA/2017/DGIESP. (27 de Julio del 2017)
- 4- Perú. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Plan Nacional de Implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE e-Qhali para las IPRESS del primer nivel de atención 2019-2021. Resolución Ministerial N° 625-2019/MINSA. (18 de Julio de 2019). Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/340783/Resoluci%C3%B3n_Ministrial_N__625-2019-MINSA.PDF?v=1562773735.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA PRE TEST Y POST TEST PARA VIH

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar criterios de actuación del profesional de enfermería para consejería de pre y post test para VIH, dando un cuidado eficiente y de calidad paciente adulto y jóvenes varones de 18 a 59 años de edad que requieren el tamizaje que ingresa por consultorio externo del Hospital José Aguirre Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Proporcionar herramientas que permitan orientar al personal de enfermería que desarrolla acciones de consejería y la realización del tamizaje dando una atención de calidad.
- Realizar procesos de tamizaje, diagnóstico precoz y simplificado, tratamiento oportuno en los pacientes que solicitan consejería pre test.
- Realizar el proceso de atención de enfermería en consejería en VIH/ SIDA y ITS.
- Dar a conocer buenas prácticas de sexualidad, como parte de la consejería.
- Analizar en forma conjunta, con el paciente, sobre los factores de riesgo de otras ITS.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Departamento de enfermería, consultorios externos.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:

CÓDIGO CPMS	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO MÉDICO:	TIEMPO
99401.33	Consejería pre test para VIH	40 min
99401.34	Consejería post test para VIH - resultado No reactivo	40 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN VIH Y PREVENCIÓN DE ITS A POBLACIÓN ADULTA Y JOVEN:** Conjunto de actividades orientadas a brindar información sobre uso correcto y consistente del condón, orientación y consejería sobre las medidas preventivas y evaluar riesgos de exposición a las ITS y VIH, a varones de 18 a 59 años, durante las actividades intramurales y extramurales, incluye la entrega de preservativos.³

- **TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO PARA VIH A POBLACIÓN ADULTA Y JOVEN:** Conjunto de actividades que comprende la identificación de casos de sífilis y VIH en población adultos y jóvenes varones de 18 a 59 años de edad, además de la confirmación del diagnóstico según algoritmo de la norma vigente. El tamizaje es voluntario e informado, debe estar disponible el resultado en máximo 30 minutos una vez tomada la muestra, en caso de reactivos a VIH deben ser vinculados a un establecimiento con manejo de TAR. Los casos reactivos a Sífilis deberán recibir tratamiento inmediato en el establecimiento de salud que identifica el caso.³
- **CONSEJERÍA:** Es un diálogo confidencial que permite desarrollar planes de vida individual, contribuyendo a disipar temores y reducir ansiedad, ira o frustración, de tal manera que proporcione elementos para la toma de decisiones de forma racional. La consejería de buena calidad incluye además adecuación a las necesidades de las personas con la posibilidad de haberse expuesto y habilitación de la persona para la toma de decisiones, teniendo un enfoque integral e integrado contribuyendo de manera eficaz a lograr la adherencia al tratamiento y culminación con éxito del mismo.¹
- **CONSEJERÍA PERSONALIZADA:** Se define como el proceso dinámico e interacción entre el consejero y la persona que demanda consejería que permite reforzar los mensajes educativos que no han sido asimilados en las fases que siguen al diagnóstico VIH.¹
- **Consentimiento informado:** es la aceptación racional de una intervención que se decide el usuario/a mediante la elección entre alternativas posibles que satisfagan su necesidad de salud.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Consejero:** Profesional con habilidades y destrezas en comunicación asertiva para proporcionar apoyo en momentos de crisis, ayudar a la persona con tuberculosis a comprender su situación de salud, mejorar su calidad de vida adaptándola a las circunstancias personales.¹
- **No reactivo/negativo:** La persona no está infectada o todavía no se han producido aun los anticuerpos necesarios para ser detectados por la prueba (período ventana).¹
- **Prueba rápida para VIH:** Prueba de tamizaje para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH, con resultados que se obtienen en tiempos menores a los 30 minutos y no requieren de equipos sofisticados de diagnóstico, obteniéndose a partir de la sangre total.¹

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Licenciado de enfermería
- 1 Técnico de enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES

-Equipos Biomédicos, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Sillas fija metal	Unid	02
Contenedor para residuos comunes	Unid	01
Contenedor para contaminados	Unid	01
Contenedor de punzocortante	Unid	01
Escritorio	Unid	01
Coche de curaciones	Unid	01
Impresora	Unid	01

-Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Pruebas rápidas para descarte de VIH-SIFILIS x 30 determinaciones. (trimestre)	Unid	150
Lancetas	Unid	1
Algodón	Unid	3
Alcohol	Unid	5
Guantes a granel	Unid	2
Toallas de papel	Unid	5

- Material Médico no Fungible: No aplica

- Medicamentos. : No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje del VIH
- Orden de análisis de laboratorio (otro servicio lo brinda)
- Orden de solicitud de prueba rápida de VIH

VI.CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

CONSEJERIA PRE TEST CONSEJERIA Y POST TEST CON, RESULTADO NO REACTIVO:

ANTES DEL PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE (11 min)

- El técnico de enfermería revisará la documentación de pacientes (Referencias, FUAS, Historia Clínicas), Triage, toma de signos vitales, registro en historia clínica, e indicación a todos los pacientes atendidos para la continuación en su atención y clasificando la atención por prioridad por Ley. **5 MIN.**
- La licenciada en enfermería comprobará la identidad del paciente, se presenta por su nombre con el paciente y familiar a cargo, explica el procedimiento que se va a realizar **3.3MIN**

Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

- Preguntar sobre las razones por las cuales se ha solicitado la consulta. Se evalúa riesgo que consiste en una acción que permite conocer las conductas de riesgo. Brindar la información utilizando la Guía Nacional de Consejería en ETS/VIH/SIDA aprobada por la resolución ministerial N 306-98-SA/DM, que delinea los pasos para una adecuada decisión informada. Formas de transmisión y prevención así mismos de creencias y mitos al respecto. Asimismo, también se brindará la información sobre la prueba, se Informa al paciente sobre el procedimiento a realizar³. **3MIN**

DURANTE EL PROCEDIMIENTO : 24 MIN

- La licenciada en enfermería identifica la problemática de la persona **con sospecha de VIH** y aplica las técnicas de manejo para estas situaciones, en el contexto de los derechos humanos y la atención integral de salud. Se informará acerca del VIH-SIDA, con la finalidad de identificar factores de riesgo y lograr que se realice la prueba de Elisa, previa consejería y consentimiento³. **4 MIN**
- Explicar en detalle el procedimiento de la prueba de tamizaje, la confiabilidad el tiempo de espera por el resultado. Con la aceptación del paciente, se procede a la firma del consentimiento informado con el formato correspondiente y se realizara la toma de muestra y realización de la prueba, cumpliendo las medidas de bioseguridad recomendadas³. **10 MIN**
- Realiza la lectura para verificar la reactividad, si es No reactivo Considerar la evaluación de riesgo y la posibilidad del periodo ventana, si este fuera el caso se recomienda repetir el examen tres meses, después de la prueba, siempre y cuando la persona no vuelva a exponer al VIH. Si se trata de la pareja de una persona ya diagnosticada, se hará un seguimiento hasta 1 año, repitiendo el examen cada tres meses y si es reactivo sacar interconsulta por infectología³. **10 MIN**

DESPUES EL PROCEDIMIENTO: 5 MIN

- ✓ El personal de enfermería registra las anotaciones de enfermería en el sistema de consultorios externos, firma y sella el registro en la historia³. **5MIN**

6.2 INDICACIONES:

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis.⁴
- Pacientes con diagnóstico de hepatitis.¹
- Pacientes con enfermedades de transmisión sexual.¹
- Pacientes que ha tenido más de una pareja sexual desde que se hizo la última prueba del VIH.¹
- Pacientes que ha compartido agujas, jeringas u otros implementos para la inyección de drogas con otra persona.¹
- Paciente que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre (HSH)¹

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes que requerían para el informe médico nupcial.¹
- Pacientes pre quirúrgicos.¹



6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no sean citados.

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes con patologías de fondo.
- Pacientes con trastornos de coagulación.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de la salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.³

VII. RECOMENDACIONES

- Garantizar un ambiente exclusivo para la atención del paciente que solicita la consejería de VIH y asimismo mantener la confidencialidad de su atención.²
- Se debe mantener la atención brindada por el personal de enfermería, el cual debe estar capacitado para brindar la atención especializada que busca favorecer un buen soporte y ayudar en la mejora de la calidad de vida.²
- Garantizar los insumos necesarios para brindar una atención adecuada.²
- Brindar las facilidades para capacitación al personal de enfermería que atiende al paciente viviendo con VIH, según las normativas vigentes.²

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N° 1** : Orden de solicitud de prueba rápida de VIH
- **ANEXO N° 2** Formato de consentimiento informado para la prueba de despistaje del VIH
- **ANEXO N° 3** Orden de análisis de laboratorio (otro servicio lo brinda)



ANEXO N° 1: ORDEN DE SOLICITUD DE PRUEBA RÁPIDA DE VIH



ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y VIH SIDA
ORDEN DE SOLICITUD PARA LA PRUEBA DE ELISA-VIH Y O PRUEBA RÁPIDA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ MICRORED N°: _____

CODIGO DEL PACIENTE: _____

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	1 ER NOMBRE	2 DO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
					DIA MES AÑO

EDAD: _____

DOMICILIO: _____ DISTRITO: _____

1ra MUESTRA: [] 2da MUESTRA: []

FIRMA DEL CONSEJERO/A
NOMBRE: _____

FIRMA DEL PACIENTE
DNI: _____

FECHA: _____ Fecha de notificación de resultado por laboratorio: _____

ITS	
HSE	
MDR TB	
GESTANTE S/S	
Gestante NO S/S	
OTROS	
Especificar	



ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y VIH SIDA
ORDEN DE SOLICITUD PARA LA PRUEBA DE ELISA-VIH Y O PRUEBA RÁPIDA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ MICRORED N°: _____

CODIGO DEL PACIENTE: _____

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	1 ER NOMBRE	2 DO NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
					DIA MES AÑO

EDAD: _____

DOMICILIO: _____ DISTRITO: _____

1ra MUESTRA: [] 2da MUESTRA: []

FIRMA DEL CONSEJERO/A
NOMBRE: _____

FIRMA DEL PACIENTE
DNI: _____

FECHA: _____ Fecha de notificación de resultado por laboratorio: _____

ITS	
HSE	
MDR TB	
GESTANTE S/S	
Gestante NO S/S	
OTROS	
Especificar	

ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA DE DESPISTAJE DEL VIH.

DOCUMENTO TÉCNICO:
CONSEJERÍA EN ITS / VIH Y SIDA

ANEXO N° 10

Modelo de Consentimiento informado para la prueba de despistaje del VIH

Yo, _____, certifico que he recibido información sobre el VIH: transmisión, prevención y sobre el propósito y beneficio de la prueba, así como su carácter de no concluyente.

Que he recibido consejería pre test para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas, antes de realizarme la pruebas diagnóstica.

También certifico que, el consejero(a) me informó que recibiré una consejería post test (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Nombre y firma de quien da el consentimiento

Nombre _____ Firma _____

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre _____ Firma _____

Fecha _____

Lugar _____



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia humana, el sida y las enfermedades de transmisión sexual. Resolución Ministerial N°1024-2020/MINSA (2020 Dic 10).
2. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Manejo de infecciones de transmisión sexual. Resolución Ministerial N°077-2012 /MINSA (2012 Abril 23).
3. Perú. Ministerio de economía y finanzas. Programas presupuestales. Disponible en : https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es.
4. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Prevención y control de la infección tuberculosis y virus de la Inmunodeficiencia humana en el Perú. Resolución Ministerial N°143-2018 /MINSA (2018 octubre 02).



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA DE SALUD RESPIRATORIA PARA MADRES AFECTADAS DE TUBERCULOSIS

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar criterios de actuación del profesional de enfermería para consejería de salud respiratoria para madres afectadas de tuberculosis, contribuyendo al fortalecimiento de la calidad de atención integral de salud del paciente afectado con la Tuberculosis, que ingresa por consultorio externo del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Realizar procesos de diagnóstico precoz y simplificado, derivación para el tratamiento oportuno, monitoreo en los adultos con TBC.
- Realizar el proceso de atención de enfermería en consejería en personas afectadas de tuberculosis.
- Dar a conocer buenas prácticas de salud respiratoria, como parte de la consejería.
- Analizar en forma conjunta, con el paciente, sobre los factores de riesgo de otras enfermedades respiratorias.
- Reforzar la motivación para el logro de los cambios de conducta en TBC.
- Contribuir a lograr la adherencia al tratamiento antituberculoso, para mejorar su calidad de vida, mediante la consejería.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de enfermería, consultorios externos

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería de salud respiratoria para madre afectada de tuberculosis
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401.14
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 45 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **CONSEJERÍA DE SALUD RESPIRATORIA PARA MADRE AFECTADA DE TUBERCULOSIS:** Es la atención integral a la población que tiene el diagnóstico de TBC, realizado por un equipo multidisciplinario de salud según norma técnica ¹.
- **IDENTIFICACIÓN Y EXAMEN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS EN LAS ATENCIONES A PERSONAS > 15 AÑOS Y POBLACIÓN VULNERABLE:** Es el conjunto de actividades y procedimientos orientados a identificar precozmente a las personas sospechosas de tuberculosis pulmonar. Se realiza permanentemente a través de la identificación y examen inmediato de personas con sospecha de tuberculosis, se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio de la Institución prestadora de servicios de salud, así como en poblaciones vulnerables ³.
- **SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO AL SINTOMATICOS RESPIRATORIOS CON 2 RESULTADOS DE BACILOSCOPIA NEGATIVA:** Conjunto de actividades que se realiza al sintomático respiratorio con dos resultados de

baciloscopia negativos, en el cuál se sospecha de TB pulmonar, tiene como objetivo de confirmar o descartar esta enfermedad³.

- **CONSEJERÍA:** Es un diálogo confidencial que permite desarrollar planes de vida individual, contribuyendo a disipar temores y reducir ansiedad, ira o frustración, de tal manera que proporcione elementos para la toma de decisiones de forma racional. La consejería de buena calidad incluye además adecuación a las necesidades de las personas con TB y habilitación de la persona para la toma de decisiones, teniendo un enfoque integral e integrado contribuyendo de manera eficaz a lograr la adherencia al tratamiento y culminación con éxito del mismo¹.
- **CONSEJERÍA PERSONALIZADA:** Se define como el proceso dinámico e interacción entre el consejero y la persona que demanda consejería que permite reforzar los mensajes educativos que no han sido asimilados en las fases que siguen al diagnóstico de tuberculosis¹.
- **REFERENCIA:** Uno de los objetivos de la consejería es promover cambios de comportamientos y siendo este un proceso a mediano –largo plazo, el consejero deberá identificar la necesidad de referir oportunamente a la Persona con TB que lo requiera cuando necesite de la atención de un profesional o especialista¹.
- **DERIVACIÓN:** Es una modalidad de referencia por cuyo proceso un paciente diagnosticado de TB en un E.S. y que reside en otra jurisdicción, es derivado al E.S. más cercano a su domicilio para continuar su tratamiento. El reporte del caso es realizado por el E.S. que recibe al paciente¹.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Consejero:** Profesional con habilidades y estresas en comunicación asertiva para proporcionar apoyo en momentos de crisis, ayudar a la persona con tuberculosis a comprender su situación de salud, mejorar su calidad de vida adaptándola a las circunstancias personales¹.
- **Seguimiento diagnóstico:** Procedimientos clínicos y de exámenes de apoyo al diagnóstico a los casos probables de TB¹.
- **Sintomático respiratorio (SR):** Persona que presenta tos y flema por más de 15 días¹.
- **Sintomáticos respiratorios examinados con bacteriología confirmada:** Es el SREx con resultado de bacteriología positiva (baciloscopia, cultivo o prueba molecular rápida positiva)¹.
- **Terapia preventiva de la TB (TPTB):** Tratamiento que se ofrece a las personas a quienes se considera en riesgo de enfermar de TB, con el fin de reducir ese riesgo. También denominado tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITBL) o tratamiento preventivo de la TB¹.



5.3 REQUERIMIENTOS BASICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 medico neumólogo
- 1 Lic. de enfermería
- 1 químico farmacéutico
- 1 tecnólogo medico
- 1 licenciado psicología
- 1 servicio social
- 1 licenciado en nutrición

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

-Equipos Biomédicos, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Sillas fija metal	Unid	02
Contenedor para residuos comunes	Unid	01
Contenedor para contaminados	Unid	01
Contenedor de punzocortante	Unid	01
Escritorio	Unid	01
Coche de curaciones	Unid	01
Impresora	Unid	01
Computadora y monitor	Unid	01

-Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Frascos de BK -trimestre	Unid	150
Alcohol 70	ml	5
Guantes a granel	Unid	2
Mascarillas Kn95	Unid	2
Mandilón descartable	Unid	1
Toallas de papel	Unid	5

5.3.3 FORMATOS

- Formato de solicitud de investigación bacteriológica
- Orden de análisis de laboratorio
- Hoja de derivación de pacientes
- Libro de registro de detección de casos
- Sistema de Registros Nacional DPCTB
- Sistema de Gestión de información de laboratorios NETLAB



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

CONSEJERIA DE SALUD RESPIRATORIA PARA MADRE AFECTADA DE TUBERCULOSIS.

TÉCNICO DE ENFERMERIA

- Revisión de documentación de pacientes (Referencias, Fuas, Historia Clínicas), Triage, toma de signos vitales, registro en historia clínica, e indicación a todos los pacientes atendidos para la continuación en su atención y clasificando la atención por prioridad por Ley.² 5 MIN.

MÉDICO NEUMÓLOGO

- Entrevista al paciente, evalúa los antecedentes si ha sido anteriormente tratado solicita el examen bacteriológico o si presenta algún síntoma que nos orientan a descartar de TB.² 10 MIN.

TÉCNICO EN LABORATORIO

- Recepción de muestras y entrega de resultados para el diagnóstico de tuberculosis.² 5 MIN

LICENCIADO EN TECNOLOGIA MEDICA ESPECIALISTA EN MICROBIOLOGIA

- Procesamiento de muestras para el diagnóstico de tuberculosis.² 5 MIN.

LICENCIADA EN ENFERMERIA

- Comprobar la identidad del paciente, se presenta por su nombre con el paciente y familiar a cargo, explica el procedimiento que se va a realizar.² 1 MIN
- Interrogar sobre las razones por las cuales se ha solicitado la baciloscopia. Se evalúa riesgo que consiste en una acción que permite conocer las conductas de riesgo. Brindar la información utilizando la aprobada por la resolución ministerial N 339-2023-MINSA, que delinea los pasos para una adecuada decisión informada. Formas de contagio y prevención así mismos de creencias y mitos al respecto. Asimismo, también se brindará la información sobre la baciloscopia, se informa al paciente sobre el procedimiento a realizar.¹ 2 MIN
- Registrar en la tarjeta, identificando la problemática de la persona **con sospecha de TBC** y aplica las técnicas de manejo para estas situaciones, en el contexto de los derechos humanos y la atención integral de salud. Se informará acerca de la TB, con la finalidad de identificar factores.¹ 2 MIN
- Anotar el nombre de la institución /Dirección de salud (DIRIS/DIRESA/GERESA), Red de Salud, Microrred y E.S.¹ 1 MIN
- Escribir el nombre de la enfermera y/o técnico de enfermería encargado de registrar las personas identificadas.¹ 1 MIN
- Apuntar los números en forma correlativa de acuerdo al número de orden en que se detecta a la persona. Empezar con el N°01 (uno)el primer día útil del mes.¹ 1 MIN
- Anotar la fecha que se identifica a la persona con síntomas y signos sugestivos de tuberculosis.¹ 1 MIN
- Consignar si la persona identificada es sintomático respiratorio. Para la persona identificada como no sintomático respiratorio marcar con un aspa si tiene radiografía de tórax o es grupo de riesgo. ¹ 1 MIN



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

- Anotar la fecha (DD/MM/AA) de obtención de muestra, fecha de resultado y el resultado del examen realizado. En el caso de realizar la baciloscopia, si el resultado es positivo especificar si es paucibacilar o en N° de cruces (+, ++, +++), con lapicero color rojo; si es el resultado es negativo, con lapicero azul o negro. En el caso de PMMA-Xpert se deberá consignar como resultado D(detectado), ND (No detectado), E(error) .¹1 MIN
- Anotar la fecha (DD/MM/AA). Según la indicación al DX para la 1 era, 2da, 3era y 4ta muestra.¹1 MIN
- Llenar este campo solos si la persona fue diagnosticada con tuberculosis. Se iniciará tratamiento en el establecimiento donde es derivado, y se procederá a realizar el llenado en el SIGTB.¹1 MIN
- Rellenar el formato de solicitud de investigación bacteriológica identificando la problemática de la persona con sospecha de TBC y aplica las técnicas de manejo para estas situaciones, en el contexto de los derechos humanos y la atención integral de salud.¹1 MIN
- Anotar el nombre de la institución /Dirección de salud (DIRIS/DIRESA/GERESA), Red de Salud, Microrred y E.S.¹1 MIN
- Anotar el Tipo de muestra, si corresponde a esputo u procedencia de la muestra.¹1 MIN
- Identificar al sintomático respiratorio, preguntar al paciente si en una anterior oportunidad ha recibido medicamentos anti-tuberculosis, o que le orientación para el registro si es nunca tratado o antes tratado. Solo marcar una opción .¹1 MIN
- Anotar el Examen solicitado: Baciloscopia: colocar una esquís(x) en :1 era muestra,2 da muestra ,según sea el caso y en el recuadro otras anotar que corresponde al sintomático respiratorio en seguimiento.Cultivo:marcar con una esquís(x) si solicita el cultivo: Prueba molecular rápida: marcar esquís(x)si se solicita el cultivo .Prueba de sensibilidad: Marcar con una esquís (x)si se solicita procesar una prueba de sensibilidad rápida o fenotípica Rápida: Marcar con una esquís(x) y especificar el método a utilizar (Ensayo de sonda en línea-ESL o PMMA).Fenotípica: Marcar con una esquís(x)en el recuadro que corresponda al método BACTEC o MODS.¹1 MIN
- Anotar el motivo de la prueba si es sospecho de TB tiene dos baciloscopias negativas y se le solicitan más muestras de esputo y cultivo. Si durante el tiempo de espera del resultado del cultivo, el paciente continúa con tos y expectoración, se deben solicitar dos muestras de esputo y cultivo para baciloscopias de diagnóstico cada dos semanas.¹1 MIN
- Escribir la fecha de detección (DD/MM/AA): Anotar la fecha que se identifica a la persona con síntomas y signos sugestivos de tuberculosis. Grupo de riesgo: Persona que pertenece a población semicerrada, población cerrada y población con vulnerabilidad sanitaria. Factores de riesgo: Registrar factores de riesgo de tb resistente que se hayan identificado en la persona. Fecha de obtención de muestra: anotar la fecha que se recolecta la muestra. Datos del solicitante: Escribir apellidos y nombres de las personas que solicita la baciloscopia, teléfono celular.¹1 MIN
- Registrar en el sistema de Netlab el Bk realizado y generar un código enviar a laboratorio por cada muestra obtenida.¹1 MIN
- Registrar las anotaciones de enfermería en el sistema de consultorios externos, firma y sella el registro en la historia.¹1 MIN

6.2. INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con diagnóstico de VIH.¹
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus. ¹
- Pacientes con contacto TB-MDR. ¹
- Trabajadores de salud.¹
- Pacientes contacto de casos de TB. ¹
- Mujeres gestantes .¹

- Casos en seguimiento de diagnóstico.¹
- Pacientes antes tratados.¹

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes pre quirúrgicos.¹
- pacientes con familiares con diagnóstico de tuberculosis¹

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.¹
- Pacientes que no sean citados.¹

6.4 COMPLICACIONES:

- Pacientes con patologías de fondo¹
- Pacientes con trastornos de coagulación¹

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021- MINSA /DGSO –V 03, la presentación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de Enfermería que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.³

VII.RECOMENDACIONES

- Garantizar un ambiente exclusivo para la atención del paciente con diagnóstico de TB que solicita la consejería y asimismo mantener la confidencialidad de su atención.¹
- Se debe mantener la atención brindada por el personal de enfermería, el cual debe estar capacitado para brindar la atención especializada que busca favorecer un buen soporte y ayudar en la mejora de la calidad de vida.²
- Garantizar los insumos necesarios para brindar una atención adecuada.¹
- Brindar las facilidades para capacitación al personal de enfermería que atiende al paciente con diagnóstico de TB según las normativas vigentes.²

VIII.ANEXOS.

- **Anexo N°1:** Formato de Investigación Bacteriológica.
- **Anexo N°2:** Orden de análisis de laboratorio
- **Anexo N°3:** Hoja de derivación de pacientes
- **Anexo N°4:** Libro de Registro de detección de casos de TB
- **Anexo N°5:** Sistema de Registros Nacional DPCTB
- **Anexo N°6:** Sistema de Gestión de información de laboratorios NETLAB



ANEXO N°2: ORDEN DE ANÁLISIS DE LABORATORIO



ORDEN DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

APellidos y Nombres del Paciente: _____
Edad: _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Recibo: _____

BIOQUÍMICA	INMUNOCLOGÍA	MICROBIOLOGÍA	HEMATOLOGÍA
☐ ASÍLORRICO	☐ ESTUO DE PROTEÍNAS	☐ BACTERIOLOGÍA BY	☐ HEMOGÉNICO
☐ BODOSIMILAR EN CHAMPAÑE (BCHM)	☐ ANTI-HERPES (SNA) (ANTICORPO)	☐ PRUEBA DE INLECHO	☐ GELMO SANGUÍNEO (RM)
☐ ALBUMINA	☐ FACTOR REUMATÓIDICO	☐ PRUEBA DE INLECHO	☐ COAGULO DIRECTO
☐ ANALISA SÉRICA	☐ FACTOR REUMATÓIDICO (QUANTITATIVO)	☐ COPOLUCULTIVO	☐ COAGULO INDEFINIDO
☐ AGUJOS EN DEAMINASA (ADA)	☐ PRUEBA DE REACTIVA FOR	☐ CULTIVO DE INOCULOS	☐ HEMATOCRITO - HEMOGLOBINA
☐ BILIRUBINAS TOTALES Y +	☐ BILIRUBINA CUANTITATIVA	☐ ADIUTIVUS	☐ HEMOGRAMA AUTOMATIZADO
☐ CALCIO SÉRICO	☐ ROSA DE HINGALA	☐ CULTIVO DE SECRECIONES	☐ RETICULOCITOS
☐ CITOQUÍMICO (HCO) CORPORAL	☐ AGLOMERACIONES	☐ CULTIVO DE HONGOS	☐ PRUEBA DE COMPATIBILIDAD
☐ C- TOTAL	☐ HORMONA TATRO	☐ EXAMEN DIRECTO DE SECRECC	☐ PLACUETAS
☐ CP-MB	☐ HORMONA TATRO	☐ EXAMEN LEISHMANIA FROTIS	☐ TIEMPO DE COAGULACION SANGRIA
☐ COLESTEROL TOTAL	☐ HORMONA TATRO	☐ EXAMEN RASPADOS DE FIEL USAS	☐ TIEMPO DE PROTHROMBINA
☐ COLESTEROL LDL	☐ HORMONA TATRO	☐ GOTA GELISA	☐ TIEMPO DE TROMBINA
☐ COLESTEROL HDL	☐ HORMONA TATRO	☐ COLORACION GRAM	☐ TIEMPO PARCIAL DE THROMBOPLASTINA
☐ CREATININA (DEPURACION)	☐ HORMONA TATRO	☐ HEMOCULTIVO	☐ VELOCIDAD DE SEDIMENTACION
☐ CREATININA (SANGRE)	☐ HORMONA TATRO	☐ PARASIT EN HECES SERRADO	☐ EXAMEN DE LAMINA PERIFERICA
☐ CFSHIDROGENASA (ACTIVA) (CHL)	☐ HORMONA TATRO	☐ PARASIT EN HECES SIMPLE	☐ RECuento DE EOSNOFLOS
☐ EXAMEN COMPLETO DE CHINA	☐ HORMONA TATRO	☐ PRACAPN INFLAMATORIA	
☐ FOSFATASA ALCALINA	☐ HORMONA TATRO	☐ TEST DE GRAHAM	
☐ GLUCOSA	☐ HORMONA TATRO	☐ TEST DE RUMAS	
☐ GLUCOSA POST PRANDIAL	☐ HORMONA TATRO	☐ UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	
☐ GAMMA GLOBULIN (TRANSFERTINASA)	☐ HORMONA TATRO		
☐ LITASA SÉRICA	☐ HORMONA TATRO		
☐ PROTEÍNAS TOTALES	☐ HORMONA TATRO		
☐ PROTEÍNA A DE 24 HORAS	☐ HORMONA TATRO		
☐ TRANSAMINASAS TGP	☐ HORMONA TATRO		
☐ TRANSAMINASAS TGO	☐ HORMONA TATRO		
☐ TRIGLICÉRIDOS	☐ HORMONA TATRO		
☐ UREA	☐ HORMONA TATRO		
☐ GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS	☐ HORMONA TATRO		
☐ ELECTROLITOS (CL) + NA	☐ HORMONA TATRO		

PERFILES

- ☐ PERFIL HEPÁTICO (TGO, TGP, FALC, BILIRRUBINAS, PROTEÍNAS)
- ☐ PERFIL LIPÍDICO (COLESTEROL, HDL, LDL, TRIGLICÉRIDOS)
- ☐ PERFIL RENAL (GLUCOSA, UREA, CREAT, AC ÚNICO, PROTEINURIA, DEPURACION CREAT)
- ☐ PERFIL COAGULACION (TC, TS, TP, TTP, TROMBINA, FIBRINOGENO)
- ☐ PERFIL TIPOIDE (TBS, TS, T4)
- ☐ PERFIL TORCH (TOXOPLASMA, RUBELLA, CITOMEGALOVIRUS, HERPES)

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE



ANEXO N°3: HOJA DE DERIVACIÓN DE PACIENTES



ESNPCT

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

HOJA DE DERIVACION DE PACIENTES

Dirección de Salud: Historia Clínica:
 Red de Salud: Derivación N°:
 EL Hospital ☐ C.S. ☐ P.S. ☐ Deriva al
 Hospital ☐ C.S. ☐ P.S. ☐ Al paciente

Sexo: ☐ ☐

Edad:

A. Paterno

A. Materno

Nombres

N° teléfono:

Peso:

DNI:

Dirección:

Diagnóstico de TB: PULMONAR (☒) EXTRAPULMONAR (☐) Fecha de diagnóstico:

Baciloscopia/PMMA: (☒) Cultivo (☐) Biopsia: Serología:

SIN/CONF. Bacteriológica: (☒) Tipo de muestra:

Prueba de sensibilidad: SI (☒) FECHA: NO (☐) Resultado:

Esquema de tratamiento indicado:

Esquema uno ☐ Esquema dos ☐ Esquema tres ☐ MDRS ☐ MDR-1 ☐

OBSERVACIONES:

.....

Nombre y apellidos del
responsable de la derivación

Firma y sello

FECHA:

Nota: Anexar copia de análisis y/o exámenes auxiliares

Desglosar y comunicar recepción del paciente derivado Derivado hosp. N°

Dirección de Salud Red de salud

Establecimiento de salud:

Ha recibido al paciente:

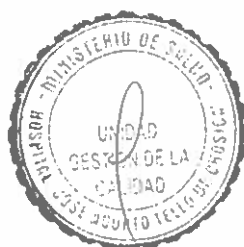
Derivado del establecimiento:

En la fecha:

Fecha:

Responsable de Pct

NOTA: Si el paciente no corresponde a su jurisdicción, favor orientarlo e indicarle a que establecimiento debe acudir. Hacer el seguimiento de la patente hasta su ingreso. Gracias





ANEXON° 2: LIBRO DE REGISTRO DE DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS

Date		Time		Location		Weather		Wind		Sea		Visibility		Temperature		Humidity		Pressure		Barometer		Compass		Log		Remarks		
Day	Month	Year	Hour	Minute	Latitude	Longitude	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force	Direction	Force
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	
18	18	18	18	18																								

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Elaboración de Cuidado integral de la persona afectada por tuberculosis, familia y comunidad. Resolución Ministerial N°339-2023/MINSA (2023 Mar 25).
2. Perú. Ministerio de salud. Documento técnico: Elaboración de la Prevención y control de coinfección tuberculosis y virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú. Resolución Ministerial N°895-2018/MINSA (2018 Oct 02).
3. Perú. Ministerio de economía y finanzas. Programas presupuestales. Citado por https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es, 2022



EMERGENCIA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INFUSIÓN INTRAVENOSA PARA TERAPIA, PROFILAXIS Y DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

Estandarizar y unificar los criterios de actuación del profesional de enfermería para Infusión Intravenosa para terapia, profilaxis y diagnóstico, contribuyendo a promover la calidad y seguridad del proceso en los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Promover la calidad del cuidado para Infusión Intravenosa para terapia, profilaxis y diagnóstico, para obtener mayor eficiencia y eficacia en el proceso.
- Reducir el riesgo potencial de incidencias y eventos adversos relacionados al proceso.
- Facilitar el uso adecuado, seguro y efectivo de la Infusión Intravenosa para terapia, profilaxis y diagnóstico, en los profesionales de salud.
- Reducir el riesgo de complicaciones derivadas de su uso.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Enfermería, servicios de Emergencia con aplicación en todas las salas de observación adultos, pediátricos, unidad de Trauma shock, tópico de inyectables, sala de aislados y otros.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento:

Nombre del procedimiento médico	CPMS	Tiempo total (aprox)
Introducción de aguja o catéter en vena periférica	36000	10 min.
Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, hasta 1 hora	96365	1 hora
Infusión intravenosa, hidratación; inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	96361	2 -4 horas
Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); infusión secuencial adicional, hasta 1 hora (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	96367	1 hora
Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); infusión concurrente (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	96368	2-24 horas
Infusión intravenosa, hidratación; inicial, 31 minutos a 1 hora	96360	30 min – 1 h

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

Infusión intravenosa: Es una de las prescripciones terapéuticas más comunes en pacientes clínicos hospitalizados con el objetivo de corregir o mantener el equilibrio hidroelectrolítico que garantice un adecuado gasto cardíaco, perfusión y oxigenación tisular a los diferentes órganos; durante las últimas décadas ha tenido grandes y constantes avances que hacen necesaria su frecuente revisión y análisis; de manera general las cuatro indicaciones principales para su administración son la reanimación, reemplazo, mantenimiento y deslizamiento de líquido, considerar que previo a su administración deben conocerse las indicaciones, contraindicaciones, volumen, frecuencia y tipo de líquido a administrar, analizando ante todo la relación beneficio-riesgo y buscando restaurar lo antes posible la vía enteral.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Paciente:** Se refiere a la persona que tiene un problema de salud y necesita un servicio médico (cita, examen u hospitalización) para resolverlo. Es a través de la atención de profesionales calificados que esta persona satisfará la necesidad de tratar o curar una enfermedad. Por lo tanto, es un individuo atento al aspecto humano de la relación.²
- **Medicamento** Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.²
- **Indicación Médica** Es parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades del paciente.²
- **Ampolla** Constituye un sistema cerrado, se caracterizan por tener un cuello largo que presenta una constricción en su base por donde se pueden abrir y aspirar el líquido fácilmente.²
- **Incidente:** Relacionado con la seguridad del paciente como aquellos eventos o circunstancias que han provocado o podrían haber provocado un daño innecesario a un paciente durante la atención sanitaria, esta circunstancia puede cambiar por una intervención oportuna.²

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

- **Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Parante porta suero con 4 ganchos	Unid	1
Mesa con espaldar y tipo escritorio con posabrazo	Unid	1
Mesa de mayo con protector para preparación de tratamiento	Unid	1
Computadora	Unid	1

- **Material Médico no Fungible, especificar la cantidad.**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Bomba de infusión	Unid	2
Riñonera	Unid	1
Ligadura	Unid	1

- **Material Médico Fungible**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Guantes descartables	Par	2
Jeringa 1 cc	Unid	1
Jeringa 5 cc	Unid	1
Jeringa 10 cc	Unid	1
Jeringa 20 cc	Unid	1
Línea de infusión sin bureta	Unid	1
Línea de infusión con bureta	Unid	1
Equipo de venoclisis	Unid	1
Llave de triple vía con extensión	Unid	1
Bránula o catéter 24	Unid	1
Bránula o catéter 22	Unid	1
Bránula o catéter 20	Unid	1
Bránula o catéter 18	Unid	1
Torundas de algodón	Unid	10
Aguja N° 18	Unid	3
Esparadrapo	Unid	1
Apósito transparente 6 x 10 cm	Unid	2

- **Medicamentos:** Se administran los medicamentos según las indicaciones médicas actualizadas

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cloruro de Sodio al 9%o 1lt	Frasco	1
Cloruro de Sodio al 9%o 500cc	Frasco	1
Cloruro de Sodio al 9%o 100cc	Frasco	1
Dextrosa al 5% 1Lt	Frasco	1
Solución poli electrolítica	Frasco	1
Poligelina	Frasco	1

5.4 FORMATOS

- Formato virtual de receta médica: Se consignará identificación de paciente y tratamiento a realizar.
- Formato de receta médica en físico: Se consignará el nombre completo del paciente, medicamentos a recibir, vía de administración, diagnóstico médico, CIE y fecha de receta médica.

- Formatos de historia clínica aprobada por resolución Directoral de nuestro Hospital.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

Todos los procedimientos de canalización y terapia endovenosa son realizados por parte de la licenciada en enfermería:

ANTES DEL PROCEDIMIENTO (9 min)

Responsable: El profesional licenciado en enfermería:

- Comprueba la identidad del paciente. (1 min)
- Se presenta por su nombre con el paciente y familiar a cargo, explica el procedimiento que se va a realizar. (2 min)
- Verifica el historial de antecedentes alergias a la medicación o si es un paciente anticoagulado. (1 min)
- Prepara el área de trabajo (limpieza y desinfección del área). (1 min)
- Realiza el lavado de manos correspondiente (40-60 segundos)
- Preserva la intimidad del paciente en todo momento. (1 min)
- Adopta postura adecuada y ergonómicas, para el paciente como para el profesional. (1 min)
- Prepara los materiales e insumos necesarios. (1 min)

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

Responsable: El profesional licenciado en enfermería:

- Selecciona una vena superficial adecuada del paciente (1 min)
- Coloca (generalmente en el brazo) una banda (torniquete) para ingurgitar la vena. La visualización y punción de la vena puede facilitarse calentando la extremidad y dando masaje (palmadas) en el lugar de la punción. Tensar la piel con el pulgar o con los dedos de una mano por debajo del lugar de la inyección; también se puede pedir al paciente que cierre y abra el puño de forma repetida. (5 min)
- Limpia y desinfecta el lugar de la inyección con gasa empapada de alcohol. (1 min)
- Tensa la piel, extendiéndola con el pulgar o con los dedos de una mano por debajo del sitio de la punción. Insertar el catéter endovenoso con un ángulo de ~30° a 45°. (5 min)
- Cuando aparece la sangre en el mandril del catéter, libera el torniquete y se retira el mandril interno del catéter; se realiza la fijación del catéter plástico con el uso de apósito transparente de 6 x 10 cm (Tegaderm) y esparadrapo, a su vez se conecta la extensión diss al equipo de venoclisis. (5 min)
- Posteriormente se cumple la terapia endovenosa según indicación médica:
 - ✓ Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica, intravenosa (30 min – 1 hora)
 - ✓ Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis, o diagnóstico/específica (sustancia o droga) inicial, (1 hora aprx)
 - ✓ Infusión intravenosa, hidratación inicial (30 min – 1 hora)
 - ✓ Infusión intravenosa, hidratación; cada hora adicional (2 – 4 horas aprx)



- ✓ Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis, o diagnóstico/específica (sustancia o droga); infusión secuencial (1 hora aprx)
- ✓ Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis, o diagnóstico/específica (sustancia o droga); infusión concurrente (2 – 24 horas)

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO:

Responsable: Licenciado en enfermería:

- Realice lavado de manos (40-60 seg)
- Registra en las anotaciones de enfermería en la historia clínica y Kardex de enfermería (2 min)
- Firma y sella el registro realizado. (1min)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Administración terapéutico, profiláctico y diagnóstica.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Hidratación

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Inexistencia de orden médica.
- Antecedentes de alergias a medicamentos o al látex.
- Administración por vía parenteral en zonas con inflamaciones, heridas, hematomas, lesiones o infecciones cutáneas.
- Administración por vía endovenosa en venas con flebitis, esclerosis o trombosis, extremidades con derivación o fistula arterio-venosa, miembro de vaciamiento ganglionar o axilar.

6.4 COMPLICACIONES:

- Riesgo de Flebitis química o mecánica.
- Obstrucción
- Dolor
- Extravasación.
- Salida del catéter.
- Infección local o generalizada (sepsis).

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII. RECOMENDACIONES

- Para garantizar una buena atención durante la administración de la terapia intravenosa, el personal de enfermería deberá cumplir con los criterios de registro del paciente, así como revisar la receta médica donde figure la fecha de expedición de la receta, los nombres correctos del paciente, diagnóstico médico, CIE del diagnóstico otorgado, vía de administración del medicamento además de la indicación dada por el o los médicos de turno.
- El licenciado de enfermería realizará los procedimientos empleando las medidas de bioseguridad.
- Es muy importante que el personal enfermero que se ocupe de la canalización a los pacientes reciba formación y entrenamiento específico para obtener la habilidad en dicho procedimiento para reducir riesgos de eventos adversos

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO 01:** FORMATO VIRTUAL DE RECETA MÉDICA- VIRTUAL
- **ANEXO 02:** FORMATO DE RECETA MÉDICA -EN FÍSICO
- **ANEXO 03:** FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA -VIRTUAL
- **ANEXO 04:** KÁRDEX DE ENFERMERÍA



- ANEXO N° 01: FORMATO VIRTUAL DE RECETA MÉDICA- VIRTUAL

Formato virtual de receta médica. El formulario muestra campos para el nombre del paciente, edad, sexo y una lista de medicamentos. La lista de medicamentos tiene columnas para el nombre del medicamento, la cantidad, la frecuencia y la duración. El formulario es interactivo y permite editar los datos.

- ANEXO N° 02: FORMATO DE RECETA MÉDICA - EN FÍSICO

Formato físico de receta médica. El formulario muestra campos para el nombre del paciente, edad, sexo, y una lista de medicamentos. La lista de medicamentos tiene columnas para el nombre del medicamento, la cantidad, la frecuencia y la duración. El formulario es interactivo y permite editar los datos.



Amores	CLAZ SANJHEZ DE PAPA RUIZ NA
- phone	0678332
Cell	057905m00d



2000

KARDEX

55

ASEGURADO

5305

4444

NGR 5012 LUNA HORA

(152)

852

[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Reis e Silva Maria Eugênia, Lopes de Sousa Álvaro Francisco, Amorim Batista Odineá Maria, Batista Moura Maria Eliete, Ribeiro dos Santos Ana Maria, de Araújo Madeira Maria Zélia. Indicadores de calidad en la terapia intravenosa. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2018 Jun [citado 2024 Mar 26] ; 34(2): e1589. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200007&lng=es. Epub 01-Jun-2018.
2. Perú. MINSA NTSN°139-MINSA/2018/DGAIN. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica aprobada con Resolución Ministerial 214-2018/MINSA y su modificatoria Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA.(13 Marzo 2018)
3. Perú. MINSA. Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de Salud. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA.2016



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INYECCIÓN SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar los criterios de actuación del profesional de enfermería en la inyección terapéutica profiláctica o diagnóstica de inyección subcutánea e intramuscular, para la administración segura de medicamentos a los pacientes en las diferentes áreas del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVO

- Promover la calidad y seguridad del proceso de atención en la preparación y administración correcta de medicamentos por vía subcutánea o intramuscular.
- Promover la calidad del cuidado mediante la administración correcta y segura de medicamentos para obtener mayor eficacia en el proceso.
- Asegurar la administración terapéutica farmacológica prescrita al usuario de forma segura e informada.
- Reducir el riesgo potencial de incidentes, eventos adversos y complicaciones relacionados con la administración de medicamentos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Enfermería, servicio de Emergencia del hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico.

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento.

Nombre del procedimiento médico.	CPMS	Tiempo total
Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica; subcutánea o intramuscular	90782	20 MINUTOS
Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); subcutánea o intramuscular	96372	20 MINUTOS
Inyección intramuscular de antibiótico (especifique)	90788	20 MINUTOS
Administración de tratamiento	99199.11	20 MINUTOS



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **INYECCION PROFILÁCTICA:** medicamentos que se administran con la finalidad de prevenir o controlar alguna enfermedad.¹
- **ADMINISTRACIÓN VÍA SUBCUTÁNEA:** Es una vía parenteral a través de la cual se administran fluidos en el tejido celular subcutáneo o hipodermis.¹
- **ADMINISTRACIÓN VÍA INTRAMUSCULAR:** Es una forma de administración rápida en la que el medicamento es inyectado directamente dentro de un músculo.¹

5.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- **PACIENTE:** todo individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a una enfermedad, lesiones, para mejorar su bienestar o prevenir enfermedades.³
- **ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:** Es la acción que se efectúa para administrar un medicamento, por alguna de sus vías de aplicación, con un fin determinado, para lograr una acción, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.¹
- **INYECCION INTRAMUSCULAR (IM):** es la administración de un medicamento en forma rápida directamente dentro del tejido muscular profundo. Es utilizada con el fin de que la sustancia administrada sea absorbida de forma eficaz.²
- **ADMINISTRACION SUBCUTANEA (SC):** Es la administración de un medicamento a nivel del tejido adiposo, justo debajo de la piel. Es la mejor manera de administrarse ciertos medicamentos como insulinas y anticoagulantes.³
- **REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM):** Es aquella reacción nociva y no deseada, que se presenta tras la administración de un medicamento.¹
- **KARDEX DE ENFERMERIA:** es un instrumento que permite contar con un recurso, donde se reúnen los datos más importantes del proceso de enfermería, proporciona una guía de cuidado individualizado al profesional de enfermería y un medio de comunicación para el equipo que simplifica la metodología del trabajo.¹

5.3 REQUERIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

5.3.1 Recursos Humanos

- 1 Licenciada en Enfermería
- 1 técnico en enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Coche metálico para curaciones	unid	1
Escritorio	unid	1
Silla metálica con respaldo para el paciente	unid	1
Silla para el personal	unid	1
Tacho de desechos punzocortantes	unid	1
Tacho para eliminar desechos contaminados	unid	1
Riñonera	unid	1
Lapiceros azul y rojo de acuerdo con el turno	unid	1
Tampón azul	unid	1

- **Material Médico no Fungible**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tambor para torundas de algodón	unid	1
Soporte porta sueros	unid	1
Camilla	unid	1

- **Material Médico Fungible**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Alcohol 70% litro	unid	1
Guantes a granel caja Talla M	unid	1
Jeringa 20ml	unid	1
Jeringa 10ml	unid	1
Jeringa 5ml	unid	1
Jeringa 1 ml	unid	1
Torundas de algodón	unid	1
Mascarilla KN95	unid	1
Esparadrapo hipoalergénico	unid	1
Papel toalla e hojas separadas	unid	1
Mandilón descartables	unid	1

- **Medicamentos**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Insulina R	unid	1
Insulina NPH	unid	1
Anticoagulantes	unid	1
Analgésicos	unid	1
Antibióticos	unid	1
Corticoides	unid	1
Antiinflamatorios	unid	1
Cloruro de sodio 0.9% 1000ml	unid	1

5.3.3 FORMATOS:

- Formato virtual de Receta médica.
- Formato en físico de Receta médica, respectivamente llenada.
- Kardex (físico)
- Historia clínica (virtual)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

Responsable: Profesional Licenciado en Enfermería

- Verifica la indicación médica actualizada (**30 segundos**)
- Confirma la identificación del paciente y explique el procedimiento a seguir (**1 min**)
- Se realiza el lavado de las manos siguiendo los pasos de acuerdo con la normativa establecido por el MINSA (**40 -60 min**)

- Valora el estado del paciente que permita colaboración y comprensión del procedimiento. **(1min)**
- Explica el procedimiento a realizar, y brinde información acerca del medicamento (antibióticos, analgésicos, insulino terapia etc.) que se administrara, todo lo desconocido causa temor e inseguridad. **(1min)**
- Revisa el material que va utilizar **(1 min)**
- Prepara el medicamento a colocar según los 10 correctos y trasladarlo al paciente **(1 min)**
- Selecciona el lugar de punción y desinfectar con solución antiséptica ya sea SC o IM. Si es SC pellizcar la piel produciendo un pliegue e insertar con el bisel hacia arriba a un ángulo de 45°, comprobar que no refluye sangre y aplicar dicho medicamento. Si es por vía IM el ángulo es de 90°. La administración del medicamento es a velocidad de 10 segundos por ml para permitir su absorción. Retire la aguja dejando una torunda de algodón seca **(2 min)**
- Coloca al paciente de tal forma que los brazos, piernas, abdomen o zona de punción elegida se encuentren relajada, elegir el sitio de inyección adecuado, teniendo el cuidado de que la piel no tenga lesiones, cicatrices o inflamación. valorar el tamaño y la integridad muscular. En la piel descarte las áreas de sensibilidad, induración, existencia de hematomas o infección local. Los músculos relajados deben estar blandos y cuando se tensan deben ser firmes. Si las inyecciones van a ser frecuentes, alterne los puntos. **(1min)**
- Se calza los guantes, retira el capuchón de la aguja y evita tocarla con el borde, Prepara la jeringa con la dosis y el medicamento correcto, en forma aséptica, aplique los 10 correctos: **5 minutos**

- medicamento correcto
- paciente correcto
- dosis correcta
- vía correcta
- hora correcta
- verificar la fecha de caducidad del medicamento
- preparar y administrar usted mismo el medicamento
- registre usted mismo el medicamento y la hora de administración
- velocidad de infusión correcta

-Acomoda al paciente con la zona a inyectar descubierta. La posición disminuye el estiramiento muscular y disminuye las molestias Una vez escogido el sitio de punción Ud. debe considerar los pasos a seguir para realizar la inyección intramuscular o subcutánea, **(30 seg)**

En el caso de una inyección subcutánea:

Procede a desinfectar la zona a inyectar con un algodón impregnado de alcohol al 70% del centro hacia afuera en un área de 5cm, tomar un nuevo algodón y sujetarlo entre el 3er y 4to dedo de la mano contraria(opcional) expulsando cualquier burbuja de aire de la jeringa ,tomar y levantar la piel con 2 o 3 dedos formando un pliegue de un grosor 2 cm ,se Inserta la aguja en un ángulo de 45 grados, aspira (tirando del émbolo de la jeringa). **20 segundos.**

En caso de una inyección Intramuscular:

Procede a desinfección de la zona a inyectar en el tercio superior externo del glúteo del paciente con un algodón impregnado de alcohol al 70% del centro hacia afuera en un área de 5 cm, tomar un nuevo algodón y agarrar el musculo con los dedos pulgar e índice y con firmeza colocar la aguja con el bisel arriba y en ángulo de 90° aspirar (tirara del embolo de la jeringa) si no se observa sangre administrar el medicamento prescrito como máximo 5 cc por glúteo. **20 segundos.**



- Antes de introducir el medicamento siempre se debe aspirar para ver si hemos conectado con un vaso. En caso afirmativo, debemos extraer la aguja y puncionar nuevamente en otro lugar. **(20seg)**
- El medicamento se debe inyectar lentamente ya que, aparte de ser menos doloroso, iremos dando tiempo a que se vaya distribuyendo por el músculo.
- Durante todo el procedimiento iremos observando cómo va reaccionando el paciente y le preguntaremos si tiene dolor, si se encuentra mareado, etc. Una vez administrado todo el medicamento, esperaremos unos diez segundos antes de retirar la aguja, pues así evitaremos cualquier pérdida de medicación. **(1min)**
- A continuación, colocaremos la torunda de algodón justo sobre el punto de la inyección y retiraremos la aguja con suavidad y rapidez. **(20seg)**
- Posteriormente haremos una suave presión mientras friccionamos ligeramente la zona para evitar que el medicamento se acumule y así favorecer su absorción. **(10seg)**
- Desecha el material usado y retírese los guantes **(30 segundos)**
- Se lava nuevamente las manos **(40-60 segundos)**
- Registra dicha actividad: Kardex y notas de Enfermería **(1min)**



6.1. INDICACIONES:

6.1.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes con indicación médica para el procedimiento
- Pacientes que requieren tratamiento por alguna patología

6.1.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Paciente con tratamiento (diabéticos)
- Pacientes manejo de dolor en poco tiempo.
- Pacientes policontusos



6.2. CONTRAINDICACIONES:

- Infecciones en el punto de inserción.
- Mala perfusión del tejido celular subcutáneo.
- Presencia de edema generalizado
- Estados de shock.
- Coagulopatías graves.
- Anasarca



6.3. COMPLICACIONES:

- Irritación local:
- Induración
- Edema
- Hematoma
- Enrojecimiento
- Dolor
- Picor

6.4 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Antes de administrar cualquier tratamiento, es fundamental realizar una revisión del lugar de aplicación, se debe verificar si el paciente ha experimentado dolor, induración o signos de infección previamente
- Al recibir a un paciente nuevo, es esencial indagar sobre cualquier alergia conocida a medicamentos. Esta información es crucial para garantizar la seguridad del paciente durante el tratamiento.
- Se recomienda brindar educación al paciente sobre la importancia de no frotar el área donde se ha colocado el tratamiento. Esto ayuda a prevenir irritaciones o complicaciones adicionales en el sitio de aplicación.
- Se proporcionan cuidados inmediatos en ambiente de observación en la sala de espera para detectar posibles reacciones adversas inmediatas.
- Se evaluará el manejo de los efectos adversos leves y graves; fármaco vigilancia
- Los registros de enfermería son bases de datos importantes que contienen datos cuantitativos y cualitativos sobre el paciente y que deben cumplirse con responsabilidad.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01:** Formato digital de historia clínica.
- **ANEXO N° 02 :** Formato digital receta médica.
- **ANEXO N° 03:** Formato físico de receta médica
- **ANEXO N° 04:** Formato físico de kárdex de enfermería



- ANEXO N° 01: FORMATO DIGITAL DE HISTORIA CLÍNICA

- ANEXO N° 02 : FORMATO DIGITAL RECETA MÉDICA

- ANEXO N° 03: FORMATO FÍSICO DE RECETA MÉDICA

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INYECCIÓN TERAPEUTICA PROFILACTICA O DIAGNOSTICA, BOLO INTRAVENOSO DE SUSTANCIA O MEDICAMENTO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I.FINALIDAD:

- Proporcionar al personal de enfermería, directrices para la inyección terapéutica profiláctica o diagnóstica en bolo, con la finalidad de brindar atención adecuada y de calidad a los pacientes en estado críticos y que su vida corre riesgo de muerte en las diferentes áreas de emergencia del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II.OBJETIVOS:

- Brindar atención de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo con los trastornos fisiopatológicos que se asocian a la enfermedad del paciente crítico.
- Disminuir las complicaciones del paciente crítico del servicio de emergencia del Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Contar con una guía para la atención de enfermería en el procedimiento de infusión de terapia de bolo intravenosa del servicio de emergencia y unificar criterios.
- Supervisar, monitorear y evaluar la calidad de atención prestada por el personal profesional de enfermería.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Departamento de Enfermería, servicio de Emergencia y los servicios correspondientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO POR ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico.

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento.

Nombre del procedimiento médico.	CPMS	Tiempo total aproximado
Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); bolo intravenoso, inicial, de sustancia o medicamento	96374	1 a 30 minutos
Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); cada bolo secuencial adicional de un nuevo medicamento/sustancia (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	96375	30 minutos
Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); cada bolo secuencial adicional del mismo medicamento/sustancia en un establecimiento de salud (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	96376	2 horas



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA EN BOLO O DIRECTA:** Es la administración del medicamento tal como viene presentado, pudiéndose inyectar el contenido de la ampolla o el vial reconstituido directamente a la vena o bien en el punto de inyección que disponen los equipos de administración. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, es recomendable diluir el medicamento en la jeringa con una cantidad adicional de solución salina o agua para inyectables antes de su administración. Como norma general la velocidad de administración debe ser lenta, como mínimo 1-2 minutos en unos casos y en 3-5 minutos en otros.²
- **INFUSIÓN CONTINUA:** Se refiere a la administración del medicamento en un período de tiempo asignado, generalmente mantenida durante 24 horas.³
- **INFUSIÓN INTERMITENTE:** Se refiere al medicamento que se administra diluido con una pequeña cantidad de volumen y durante un periodo de tiempo limitado. Para su administración se puede utilizar sistemas de perfusión, es difícil establecer y mantener una velocidad constante de flujo.³
- **BOLO ENDOVENOSO.** - Es la administración del medicamento directamente en el acceso venoso, mediante una jeringa. El método usado depende del tipo de medicamento, el estado del paciente, y el efecto deseado de la medicación.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **BOLO.** - Dosis única de un medicamento u otra sustancia administrada durante un periodo corto de tiempo a todos los pacientes que lo requieran o que su vida corre riesgo de muerte.²
- **PACIENTE.** - individuo que acude a un centro de salud asistencial en busca de atención para prevenir o curar enfermedades.¹
- **PACIENTE CRITICO.** - usuario que acude al hospital en busca de atención porque su salud corre peligro al encontrarse enfermo¹
- **ÁREA CRITICA.** - espacios de los hospitales donde se produce una asistencia sanitaria en la que el riesgo de morir es alto. Además de la UCI, por ejemplo, encontramos quirófanos, urgencias, salas blancas, habitaciones de aislamientos etc.¹
- **EMERGENCIA.** - situación donde la salud de un individuo se encuentra entre la vida y la muerte.¹
- **RIESGO DE MUERTE.** - Cuando una persona corre el peligro de morir o la posibilidad de tener un daño.¹
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE.** - la seguridad del paciente se define como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta en un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos.³
- **KARDEX.** - el Kardex de enfermería presenta la información relacionada con las indicaciones medicas registradas al paciente como un plan de cuidados continuo.
- **HISTORIA CLINICA.** - es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.³
- **MEDICAMENTO.** - Los medicamentos son compuestos químicos que se utilizan para curar, detener o prevenir enfermedades; para aliviar síntomas; o para ayudar a diagnosticar algunas enfermedades. los avances en los medicamentos han hecho posible que los médicos curen muchas enfermedades y salven muchas vidas.³
- **CAMA CLINICA.** - Son aquella que están diseñadas para prevenir las caídas en el adulto mayor, tiene barandas y permiten controlar la elevación de la espalda y la elevación de los pies.¹



5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 licenciada de enfermería
- 1 técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, Instrumental y mobiliario

- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Riñoneras	unid	1
Contenedor punzocortante	unid	1
Tachos de bolsa rojo, negro y amarillo	unid	1
Cama clínica o camilla	unid	1
Coche de paro	unid	1
Cubetas metálicas	unid	1
Tambores para algodón	unid	1
Soporte de sueros	unid	1
Coche de curaciones	unid	1

- Material Médico Fungible.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Catéteres periféricos cortos con cánula y aguja guía, usados habitualmente en canalización de vía n° 24	unid	1
catéteres periféricos cortos con cánula y aguja guía, usados habitualmente en canalización de vía n° 22	unid	1
catéteres periféricos largos con cánula y aguja guía n° 16,	unid	1
catéteres periféricos largos con cánula y aguja guía n° 18,	unid	1
catéteres periféricos largos con cánula y aguja guía n° 20	unid	1
Jeringas de 3ml	unid	1
Jeringas de 10 ml	unid	1
Jeringas de 20ml	unid	1
Torundas de algodón	unid	5
Guantes quirúrgicos n° 7.5	unid	1
Alcohol 70%	unid	1
Ligadura de jebe	unid	1
Venda transparente 7x 10	unid	1
Llave de triple vía con y sin extensión dis	unid	1
Esparadrapo antialérgico	unid	1



- **Medicamentos E.V**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Adenosina 6mg 2ml	unid	1
Midazolam 5mg	unid	1
Gluconato de calcio 10% 10ml	unid	1
Bicarbonato de sodio 8.4% 10ml	unid	1
Furosemida 20mg	unid	1
Analgésicos	unid	1
Antibióticos	unid	1
Corticoides	unid	1
Dextrosa al 33.3%	unid	1
Suero fisiológico 0.9% 100ml	unid	1
Suero fisiológico 0.9% 1000ml	unid	1
Dextrosa al 5% 1000ml	unid	1
Dextrosa al 10% 1000ml	unid	1
Dextrosa al 5% 100ml	unid	1



5.3.3 FORMATOS

- Formato de identificación del paciente (virtual)
- Formato de procedimientos invasivos.
- Kardex de enfermería.
- Anotaciones de enfermería. (virtual)
- Historia clínica (indicación médica virtual)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

1. Lavado de las manos de acuerdo con la norma institucional vigente, en los momentos de cada procedimiento a realizar. **(1min)**
Responsable: Lic. Enfermería
2. Verificar los equipos biomédicos y catéteres invasivos en el paciente (vía periférica, drenajes, etc.) para contribuir con la continuidad de su tratamiento. **(10 min)**
Responsable: Lic. Enfermería, tec. Enfermería
3. Verificar la indicación del tratamiento dado por el médico en forma escrita, y debe ser debidamente informado y registrado en la historia clínica. **(5 min)**
Responsable: Lic. Enfermería
4. Identificar al paciente (brazalete) preguntando su nombre si este, esta consiente o a algún familiar que pueda brindar información. **(5min)**
Responsable: Lic. Enfermería, Tec. Enfermería

5. La administración segura de medicamentos es responsabilidad de la licenciada de enfermería y se basará en el uso de los diez correctos aplicando las medidas de bioseguridad. (10min)

Responsable: Lic. Enfermería

6. El profesional de enfermería se presenta por su nombre con el paciente y familiar a cargo, explica el procedimiento que se va a realizar, realiza higiene de manos según norma Institucional vigente. (5min)

Responsable: Lic. Enfermería

7. Preparación del paciente para la administración del medicamento Administra el medicamento indicado por la vía correcta (bolo, infusión continua e infusión intermitente según indicación médica). (5min)

- **Administración del medicamento en bolo:** Se administra por inyección directa o a través de un catéter venoso periférico. (1-30min)

Responsable: Lic. Enfermería

- **Inyección Directa: (5-10 min)**

Responsable: Lic. Enfermería

- Localizar zona de punción (preferentemente fosa ante cubital) escoger la vena de mayor calibre.
- Colocar ligadura 10-15 cm por encima de la zona de punción.
- Utilizar guantes limpios.
- Desinfectar la zona a punzar con solución antiséptica y dejar que seque.
- Puncione la piel con la aguja conectada a la jeringa con un ángulo de 30° con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena.
- Comprobar retorno venoso aspirando suavemente.
- Retirar la ligadura e inyectar el fármaco lentamente.
- Retirar aguja y jeringa y aplicar presión en el lugar de punción con gasa estéril unos 3 minutos.

-Administración de medicación IV en perfusión intermitente: (30 min a 24 HORAS)

Responsable: Lic. Enfermería

- Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
- La duración de la administración oscila entre 15 minutos y varias horas. Desinfecta con una toallita con clorhexidina al 2% + alcohol en el sitio de la inyección (conector).
- Verifica permeabilidad de la vía con una jeringa con suero fisiológico antes de administrar el medicamento. Valore el estado del acceso venoso para detectar signos de infiltración o flebitis y en caso de visualizar lo antes mencionado se debe cambiar vía venosa.
- Colocar a través de jeringa, línea infusor, volutrol (cámara graduada) o el mismo frasco de medicamento o solución a administrar con un equipo de venoclisis, se conecta a la vía periférica del paciente.
- Administrar la medicación al ritmo prescrito.
- Retirar sistema una vez administrada la medicación.
- Permeabilizar al finalizar con suero fisiológico

Administración de medicación IV en perfusión continua: El tiempo de infusión es continuo, se utiliza sueros de gran volumen como diluyentes y bombas de infusión. (30min)

Responsable: Lic. Enfermería



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

- Conectar el set de infusión o volutrol al catéter periférico del paciente.
- Valorar la respuesta del paciente a la medicación y la aparición de posibles reacciones adversas.
- Vigilar la zona de punción IV por si se produce infiltración o flebitis.
- Desecha la aguja en el contenedor de punzocortantes y la jeringa en la bolsa de residuos bio contaminados.
- Realiza higiene de manos según norma Institucional vigente
- Informa oportunamente al médico cualquier reacción o incidente ocurrido antes, durante y después de la administración del medicamento.

8. La enfermera canaliza una vía periférica dejando el catéter con una llave de triple vía para seguir con el tratamiento. **(2min)**

Responsable: Lic. Enfermería

9. La enfermera administra el medicamento rápida o lentamente de acuerdo con el tipo de fármaco y su acción en el organismo. **(1 -30min)**

Responsable: Lic. Enfermería

10. Realizar dialogo con el paciente durante la administración del medicamento, si este se encuentra consiente. **(5min)**

Responsable: Lic. Enfermería, Tec. Enfermería

11. El paciente debe ser Informado en todo momento las sensaciones que origina el medicamento o fármaco que está recibiendo. **(5min)**

Responsable: Medico, Lic. Enfermería

12. La enfermera evalúa los efectos sedativos del fármaco, y monitoriza funciones vitales post administración. **(15 min)**

Responsable: Lic. Enfermería

13. La enfermera controla frecuentemente al paciente en especial durante la primera hora luego de administrar el medicamento. **(5min)**

Responsable: Lic. Enfermería

14. Observar reacciones adversas y notificar de inmediato, llenando los formatos indicados e informando oportunamente a la dependencia correspondiente. **(10min)**

Responsable: Lic. Enfermería, Tec. Enfermería

15. Mantener la cama o camilla con las barandas en alto para evitar caídas del paciente durante su permanencia en el hospital. **(30 min)**

Responsable: Lic. Enfermería, Tec. Enfermería

16. En todo momento proteger con bata, sábanas o colcha para preservar la intimidad del paciente y mantener una temperatura corporal adecuada. **(30min)**

Responsable: Lic. Enfermería, Tec. Enfermería

Tiempo aproximado: 30 minutos a mas

17. El personal de salud verificara frecuentemente los equipos biomédicos y catéteres invasivos en el paciente (via periférica, drenajes, etc.) para contribuir con la continuidad de su tratamiento. **(30min)**

Responsable: Medico, Lic. Enfermería, Tec. De Enfermería.



6.2 INDICACIONES:

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Preservar la vida del paciente en estado crítico o riesgo de muerte
- Administración de medicamentos como tratamiento terapéutico, profiláctico y paliativo.
- Administrar medicamentos que son ineficaces por otra vía de administración
- Administrar medicamentos estimulantes en casos de emergencia.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Mantener un equilibrio de líquidos, nutrientes y electrolitos normal cuando el paciente no puede mantener una ingesta oral adecuada y la alimentación por sonda nasogástrica no es adecuada.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Alergias a medicamentos a usar.
- Daños o situación clínica del paciente que no debe de efectuarse el procedimiento bajo ningún punto de vista.

6.4 COMPLICACIONES

- Infecciones agregadas (flebitis, tromboflebitis, equimosis, hematomas)
- Riesgo de caída del paciente
- Reacciones alérgicas
- Efectos colaterales de los fármacos
- Reacciones adversas por error.
- Dificultades socioculturales.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

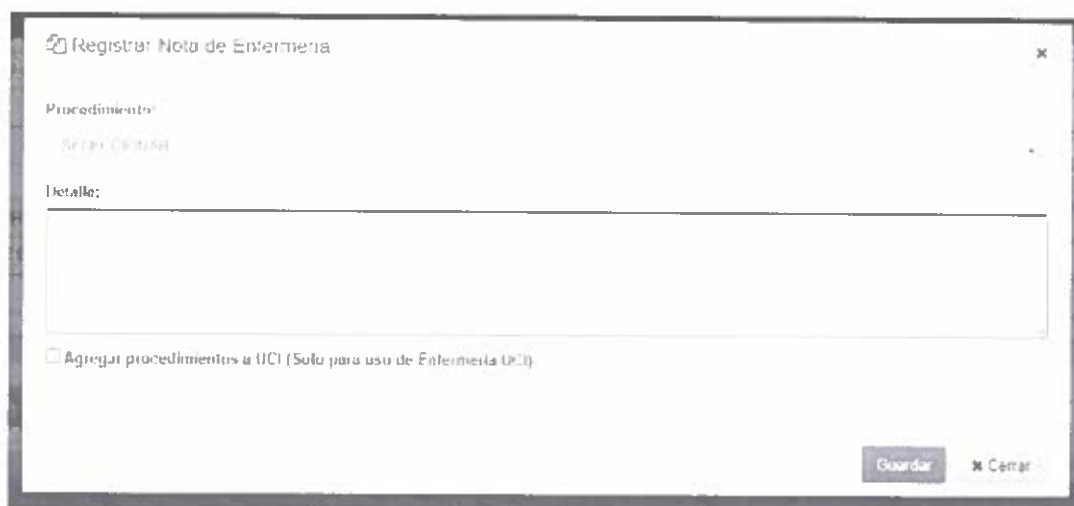
Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII.RECOMENDACIONES

- Comprobar la identificación del paciente para garantizar la administración segura del medicamento, administrar el fármaco al paciente correcto, es comprobar siempre la identificación (brazalete, tablero de identificación, historia clínica) del paciente preguntarle "nombre y apellido" ¿Cómo es su nombre?, en todo caso corroborar siempre con el familiar o tutor.
- Aplicar los 10 correctos adecuadamente y con frecuencia en cada procedimiento.
- Abstenerse de administrar bolos intravenosos por la vía de infusión continua de fármacos vasoactivos o anticoagulantes ya que el paciente recibirá dosis superiores de estos medicamentos.
- Comunicar y registrar eventos adversos asociados a la administración de medicamentos.
- Educar al usuario y la familia sobre el fármaco que se administra, y los efectos adversos que pueda provocar, resaltando la necesidad de una administración constante y oportuna.



ANEXO N° 3: ANOTACIONES DE ENFERMERÍA. (VIRTUAL)



ANEXO N° 4: HISTORIA CLÍNICA (INDICACIÓN MÉDICA VIRTUAL)



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, GUIA TECNICA INYECCION PROFILACTICA DIAGNOSTICA o Terapéutica Intravenosa, Departamento de Enfermería, Jr. Ancash 1271 Barrios Altos Lima-Perú, octubre 2023, disponible en: www.inen.gob.pe
2. Plazas L. Complicaciones en la Terapia Intravenosa.pdf.. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/complicaciones-en-la-terapia-intravenosa> GCL-1.2.6-Adm-Med-E.V.pdf».año?
3. Veliz S, E., Levano S.F, Guía de Procedimiento de Enfermería: "Administración Segura de Medicamentos Endovenosos, Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, 14. 4.2021
4. Arias M. R. Medicina Interna Basada en Evidencias, Inyección Intravenosa, edición en español 2022/23.Disponible en: impedim.com/manualmibe/compendio/chapter/b34.IV.24.1.3.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE TRASLADO DEL PACIENTE HERIDO O EN CONDICIONES EN QUE NO ESTÁ EN RIESGO POTENCIAL SU VIDA Y SALUD DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

Brindar la atención adecuada y de calidad a los pacientes nuevos y continuadores de emergencia que requieren traslado a las diferentes áreas dentro y fuera del Hospital José Agurto Tello de Chosica, proporcionando al personal de enfermería las normas adecuadas para el traslado de pacientes.

II. OBJETIVOS:

- Realizar una evaluación completa del estado del paciente antes del traslado, identificando cualquier factor de riesgo o condición médica que pueda influir en el procedimiento.
- Proporcionar una atención de enfermería oportuna y eficaz durante el traslado del paciente y disminuir complicaciones y riesgos en el servicio de emergencia.
- Contar con una guía para la atención de enfermería en el transporte del paciente del servicio de emergencia para unificar criterio.
- Estandarizar las acciones de enfermería en el transporte del paciente del servicio de emergencia.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería y Departamento de Emergencia del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Traslado de paciente o herido en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y salud

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99441

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 40 minutos aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Traslado de pacientes heridos o en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y su salud: El traslado de pacientes consiste en mover al paciente de un lugar a otro. El dispositivo traslado de pacientes puede realizarse en distintos medios como cama, camilla o silla de ruedas, para el traslado dependerá del motivo y las condiciones del paciente.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

Paciente: Se refiere a la persona que tiene un problema de salud y necesita un servicio médico (cita, examen u hospitalización) para resolverlo. Es a través de la atención de profesionales calificados que esta persona satisfará la necesidad de tratar o curar una enfermedad. Por lo tanto, es un individuo atento al aspecto humano de la relación.²

Paciente crítico: Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento.



intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar Reanimación Cardiopulmonar.³

Transporte intrahospitalario: El transporte intrahospitalario de pacientes se define como el movimiento de pacientes en situación crítica dentro del propio hospital, que puede originarse desde las distintas áreas de este y cuya finalidad es la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas o para intervención quirúrgica.⁴

Traslado de pacientes: Es un procedimiento asistencial y administrativo que demanda la participación y responsabilidad del equipo de salud a fin de garantizar la continuidad de la atención en otras unidades a efectos de continuar su proceso de diagnóstico o tratamiento del paciente durante su estancia hospitalaria.⁴

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 licenciada en Enfermería.
- 1 técnico de Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Silla de ruedas	Unid	1
Camilla de transporte con barandas.	Unid	1
Balón de oxígeno de transporte (caso necesario).	Unid	1
Soporte porta suero para los dispositivos	Unid	1
Maletín de transporte.	Unid	1
Resucitador manual	Unid	1
Humidificador	Unid	1
Bolsa colectora	Unid	1

- Material médico no fungible: No aplica

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cánula binasal: Adulto	Unid	1
Cánula binasal: Pediátrico	Unid	1
Cánula binasal: -Neonatal	Unid	1
Gasas estériles medida 10 x10	PAQUETE	10
Guantes estériles. Talla 6,5	Unid	2
Guantes estériles. Talla 7	Unid	2
Guantes estériles. Talla 7.5	Unid	2
Guantes estériles. Talla 8	Unid	2
Sonda nasogástrica: N°10	Unid	1
Sonda nasogástrica: N°12	Unid	1
Sonda nasogástrica: N°14	Unid	1
Sonda nasogástrica: N°16	Unid	1
Bolsa recolectora	Unid	1

- Medicamentos: No aplica



5.3.3 FORMATOS:

- Formato virtual de orden médica: Se consignará identificación de paciente y examen o interconsulta a realizar
- Formatos de historia clínica aprobada por resolución Directoral de nuestro Hospital

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

- Se verifica la indicación para el traslado y se identifica al paciente.
Se determinará al personal que realizará el traslado (enfermera o técnico) y la que ayudará en el transporte (enfermera o técnico) al área que corresponda (ecografías, laboratorio, interconsultas, radiografías, etc.) facilitándonos la organización para el proceso y seguridad al paciente durante su traslado.
Responsable: *Licenciada en Enfermería*
- Se informa al paciente o a la familia acerca del procedimiento que se tiene que realizar, siempre verificando el estado de conciencia del paciente para valorar la colaboración del paciente y lograr minimizar la ansiedad o incertidumbre del paciente y sus familiares. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*
- Se verifica la identidad del paciente antes de llevarlo al procedimiento, verificando que tenga la pulsera de identificación con sus nombres correctos. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*
- Se verifica antes del traslado que todos los dispositivos que tenga el paciente, estén cerrados o clampados. Para evitar el retiro de los drenajes, catéteres y evitar algún tipo de evento adverso. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*
- Se verifica que el paciente lleve la orden médica e historia clínica, para el procedimiento que se va a realizar. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*
- Se coordina con el área donde el paciente se realizará el procedimiento solicitado o interconsulta ayudándonos a evitar algún tipo de espera que pueda provocar alguna inestabilidad en el paciente. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*
- Se verifican las funciones vitales del paciente antes del traslado al procedimiento, nos ayudará a evaluar cómo se encuentra el paciente antes de salir a su procedimiento para verificar si se necesita algún tipo de apoyo vital en caso de alguna complicación. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*
- Se valora el estado del paciente para elegir el transporte más adecuado (camilla o silla de ruedas) garantizando la seguridad del paciente ante un evento adverso. (5 min)
Responsable: *Licenciada en Enfermería*
- Se coordinará con el médico, las infusiones que se van a mantener o necesitar durante el traslado o suspender y salinizar los accesos que no sean utilizados. (5 min)



Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

- Se mantendrán en alto las barandas de la camilla durante el traslado para evitar algún riesgo de caída del paciente. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

- Se protegerá al paciente con bata, sábanas o colcha para preservar la intimidad del paciente y mantener una temperatura corporal adecuada. (5 min)

Responsable: *Técnico en Enfermería*

- Se coloca al paciente en la camilla o silla de ruedas junto con un soporte donde se colocará las bombas de infusión y sueros que el paciente continuará usando durante el traslado al procedimiento. (5 min)

Responsable: *Técnico en Enfermería*

- Se aspiran secreciones al paciente de ser necesario antes de iniciar el traslado.
- Si el paciente contara con tubo endotraqueal o traqueotomía aspirar secreciones antes de trasladarlo de la cama de emergencia a la camilla de transporte y vigilar signos vitales.
- Estos procedimientos nos ayudarán a evitar complicaciones por acumulación de secreciones manteniendo las vías aéreas permeables. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería*

- Se asegura de contar con un balón de oxígeno para el traslado, si es necesario utilizarlo con el paciente. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

- Se comunica el traslado del paciente al área receptora para evitar espera y ansiedad en el paciente. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

- Se verificará que el lugar por donde será trasladado el paciente debe estar libre de obstáculos para evitar riesgos de accidentes durante el traslado. (5 min)

Responsable: *Técnico en Enfermería*

- No se dejará al paciente solo en ningún momento hasta que sea recibido por el personal donde se realizará el procedimiento y si es necesario nos quedaremos con él durante el procedimiento a realizar. Esto ayudará a generar tranquilidad y confianza en el paciente y podrá colaborar durante el procedimiento o examen a realizarse. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

- Se dejará cómodo al paciente en su unidad y reporte al personal encargado que el paciente ya regresó a su unidad. (5 min)
- Conservar en todo instante la seguridad y comodidad del paciente.

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

- Se verifican los equipos biomédicos y catéteres invasivos en el paciente (vía periférica, drenajes, etc.) para contribuir con la continuidad de su tratamiento. (15 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería*

- Se controlan las funciones vitales a la llegada del paciente después de su procedimiento para contribuir con la monitorización hemodinámica. (10 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*



6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes que requieren traslado en camilla o silla de ruedas para su atención.
- Pacientes que requieren interconsultas
- Pacientes que necesitan salida de la unidad para realización de exámenes complementarios (laboratorio/ radiografías etc)
- Pacientes que requieren exámenes de pruebas como apoyo al diagnóstico en centros médicos externos al hospital

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Ninguna

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes en condiciones delicadas
- Pacientes con inestabilidad hemodinámicas que no permiten salir

6.4 COMPLICACIONES:

- Riesgo de caída del paciente
- Ruptura de llanta de silla de ruedas o camilla (equipo biomédico)
- Ruptura de barandas de camilla (equipo biomédico)

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Para garantizar una buena atención durante el traslado de los pacientes heridos o en condiciones en que no están en riesgo potencial su vida y su salud, se debe cumplir con los recursos óptimos y mencionados a detalle en el inciso 5.3 de REQUERIMIENTOS BASICOS.
- El traslado intrahospitalario de pacientes debe ser realizado por un equipo entrenado y especializado que pueda evitar las complicaciones posibles o que pueda actuar durante el mismo.
- Es muy importante que el personal enfermero que se ocupe de trasladar a los pacientes reciba formación y entrenamiento específicos.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01.** Formato de orden médica virtual según necesidad de procedimientos



ANEXO N° 01. FORMATO DE ORDEN MÉDICA VIRTUAL SEGÚN NECESIDAD DE PROCEDIMIENTOS

Solicitar Exámenes:

Laboratorio **Ecografía** **Rayos X**

☐ Ingresar Nuevo Diagnóstico

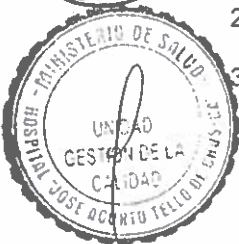
Selecciona Lugar: **NINGUNO** Selec. el diag.: **NZLX - CÓLICO RENAL** Digitar el nombre del examen:

Listado de Exámenes:

Nombre	Cantidad	Diagnóstico
Mensaje: no hay ningún examen ingresado.		

Observación:

Guardar



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteagudo J.et al. Evacuación Y Traslado De Pacientes enEmergencias Sanitarias. Altamar. BARCELONA; 2015
2. Vera-carrasco oscar. Cuadernos Hospital De Clínicas Versión Impresa ISSN 1562-6776 CUAD. - HOSP. CLÍN. VOL.63 NO.1; LA PAZ JUN. 2022
3. Oscar V-C. Los enfermos en estado crítico y las medidas de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. Cuad - Hosp Clín [Internet]. 2022 [citado el 18 de marzo de 2024];63(1):76–82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762022000100011DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA. HOSPITAL GOYENCHE. Guía De Traslado Intrahospitalario De Pacientes. AREQUIPA 2015
4. Guía de Traslado Intrahospitalario de Pacientes. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: Disponible en_ https://www.saludarequipa.gob.pe/goyeneche/doc/GUIAS/2015/Guia_traslado_intrahospitalario_Enfermeria.pdf

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE OXIMETRÍA NO INVASIVA DE LA OREJA O DE PULSO PARA DETERMINAR SATURACIÓN DE OXÍGENO; MEDIANTE MONITOREO CONTINUO DURANTE TODA LA NOCHE DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

Brindar la atención adecuada y de calidad a los pacientes nuevos y continuadores del Servicio de Emergencia que requieren control de saturación de oxígeno dentro de las instalaciones del Hospital José Agurto Tello de Chosica, proporcionando al personal de enfermería las normas adecuadas para realizar este procedimiento en los pacientes.

II. OBJETIVOS:

- Realizar una evaluación completa del estado del paciente antes de iniciar el control de saturación de oxígeno, identificando cualquier factor de riesgo o condición médica que pueda influir en el procedimiento.
- Proporcionar una atención de enfermería oportuna y eficaz durante el procedimiento de control de saturación de oxígeno en el paciente y disminuir complicaciones y riesgos en el servicio de emergencia.
- Contar con una guía para la atención de enfermería en el procedimiento de oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno
- Estandarizar las acciones de enfermería en el control de saturación de oxígeno del paciente del servicio de emergencia.



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería y Departamento de Emergencia del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; mediante monitoreo continuo durante toda la noche (procedimiento separado)

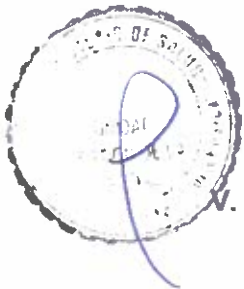
4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 94762

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 10 minutos aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno: Es un método no invasivo que de manera indirecta mide el porcentaje de saturación de oxígeno (SpO₂) transportado por la hemoglobina en la sangre de un paciente. El dispositivo médico empleado en la pulsioximetría se conoce como oxímetro de pulso o pulsioxímetro y es globalmente aceptado como el estándar para detectar y monitorear la hipoxemia, un nivel de oxígeno en la sangre inferior al normal.¹



5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Paciente:** En salud, se refiere a la persona que tiene un problema de salud y necesita un servicio médico (cita, examen u hospitalización) para resolverlo. Es a través de la atención de profesionales calificados que esta persona satisfará la necesidad de tratar o curar una enfermedad.²
- **Paciente crítico:** Se trata de pacientes inestables y críticos que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda.³
- **Pulsioxímetro:** Es un aparato médico que consigue monitorizar el nivel de concentración de oxígeno que tenemos en la sangre de una manera no intrusiva, también indica la frecuencia cardíaca y el pulso del paciente.⁴

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 licenciada en Enfermería.
- 1 técnico de Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
SILLA CON RESPALDAR	Unid	1
PULSOXÍMETRO	Unid	1

- **Material médico no fungible:** No aplica

- **Material médico fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
GASAS LIMPIAS.	Unid	1
TORUNDAS DE ALGODON	Unid	3
ALCOHOL 70°	ML	5

- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS:

- Formato virtual de control de funciones vitales
- Formatos de historia clínica aprobada por resolución Directoral de nuestro Hospital



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

1. Antes de evaluar al paciente se debe probar el funcionamiento del sensor y del equipo realizando una medición en uno mismo. Hay que tener la precaución de utilizar siempre el sensor correspondiente al equipo que se está utilizando y elegir el sensor adecuado al paciente (pediátrico o adulto, para el dedo o para el lóbulo de la oreja)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

2. Seleccionar de acuerdo a las condiciones del paciente el sitio donde se colocará el sensor para la medición: lecho ungueal de un dedo de la mano, habitualmente el índice, en recién nacidos y lactantes se puede utilizar el dorso de la mano o del pie; ocasionalmente en adultos se puede utilizar el lóbulo de la oreja.

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

3. Se debe asegurar que no exista esmalte de uñas, ni otro elemento que pueda interferir como cremas, pinturas, tinturas u otros similares.

Responsable: *Técnico en Enfermería*

4. Siempre se debe colocar el fotodiodo emisor de luz (luz roja) hacia el lecho ungueal y el fotodiodo receptor (que no emite luz) en el extremo totalmente opuesto (en línea paralela) hacia el pulpejo del dedo. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

5. Si existe exceso de luz ambiental, se debe cubrir el sensor. (5 min)

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

6. Hay que verificar que el sitio de medición se encuentre bien perfundido, no vasocontraído, ni frío, con la piel seca, no sudorosa y evitando cualquier presión sobre el lugar de la medición, por ejemplo, manguito de presión

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

7. Se deben evitar artefactos de movimiento tratando que el paciente esté lo más tranquilo posible durante la medición, ya sea en posición sentada o en decúbito.

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

8. Una vez colocado el sensor, se debe evaluar en la pantalla del equipo la estabilidad de la curva pletismográfica o de la señal luminosa, verificando que ésta sea constante en intensidad y en el ritmo. Cuando existe disparidad entre los valores de la SpO_2 y el estado clínico del paciente, o no se logra una buena señal de la curva pletismográfica, hay que cambiar de sitio el sensor y/o probar con otro sensor que se acomode mejor al paciente. Si no se logra corregir el problema no se debe informar la medición de SpO_2 .

Responsable: *Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería*

9. Realizar lectura de la saturación y de la frecuencia cardíaca.



Responsable: Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería

10. El informe escrito de los resultados de la medición de SpO_2 debe incluir los siguientes datos: a) nombre del paciente; b) fecha y hora en que se realizó el examen; c) fracción inspirada de oxígeno (ambiental o cantidad de suplementación de oxigenoterapia, según el caso); d) modelo y marca del equipo de oximetría de pulso.

Responsable: Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería

11. Se recomienda usar las precauciones universales para la manipulación de los sensores y del equipo. (5 min)

Responsable: Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería

18. Se controlan las funciones vitales a la llegada del paciente después de realizarse cualquier procedimiento para contribuir con la monitorización hemodinámica.

Responsable: Licenciada en Enfermería o Técnico en Enfermería

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes que requieren monitoreo de saturación de oxígeno por alguna patología (neurología/ cardíaca/ respiratoria/ intoxicación por benzodiazepinas etc)

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS

- Ninguna

6.3 CONTRAINDICACIONES: Ninguna

6.4 COMPLICACIONES:

- Equipo pulsioxímetro en mal estado que pueda causar algún corto circuito y dañar al paciente.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio



VII. RECOMENDACIONES:

- Para garantizar una buena atención durante el control de saturación de oxígeno de los pacientes heridos o en condiciones en que no están en riesgo potencial su vida y su salud, se debe cumplir con los recursos óptimos y mencionados a detalle en el inciso 5.3 de REQUERIMIENTOS BASICOS.
- El control de saturación de oxígeno en los pacientes debe ser realizado por un equipo entrenado y especializado que pueda evitar las complicaciones posibles o que pueda actuar durante el mismo.
- Es muy importante que el personal enfermero que se ocupe de realizar el control de saturación de oxígeno a los pacientes reciba formación y entrenamiento específicos.

VIII.ANEXOS

- **ANEXO N° 01:** FORMATO VIRTUAL DE CONTROL DE FUNCIONES VITALES.
- **ANEXO N° 02:** FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA APROBADA POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE NUESTRO HOSPITAL

ANEXO N° 01: FORMATO VIRTUAL DE CONTROL DE FUNCIONES VITALES

Registrar Funciones Vitales:

Hora: 01:14:53 Fecha: 19/03/2024

TEMP. PA. FC.

FR. SAT O2. FIO2. PESO

HGT <80 - 170>

Guardar y Cerrar



ANEXO 02: FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA APROBADA POR RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE NUESTRO HOSPITAL



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS. Aspectos técnicos y regulatorios sobre el uso de oxímetros de pulso en el monitoreo de pacientes con COVID-19 7 de agosto del 2020. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52551/OPSHSSMTCOVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Unitek College. 2024. Guía magistral paso a paso para tomar los signos vitales [Internet]. Disponible en: <https://www.unitekcollege.edu/es/blog/a-step-by-step-guide-to-taking-vital-signs/>
3. Pérez C. Peluffo G., Giachetto G., Menchaca A., Pérez W., Machado K. et al . Oxigenoterapia. [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Mar 26] ; 91(Supl 1): 26-28. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700026&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.31134/ap.91.s1.1>.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN EN TÓPICO DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

La guía de procedimiento asistencial de atención en tópico permitirá brindar una atención oportuna, eficaz y eficiente, evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente con daños de prioridad II, III y IV en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

-Garantizar la atención oportuna del paciente con prioridad II, III, IV que acude al tópico de emergencia.

-Maximizar la eficiencia y la utilización efectiva de los recursos disponibles, incluidos el tiempo, el personal y los suministros, en el proceso de atención de enfermería.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería y servicio de Emergencia del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Atención en Tópico

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99233

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 15 minutos aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **ATENCIÓN DE TÓPICO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA:** El Área de Atención Básica de Emergencias en Tópico se considera como un área, en donde se resuelven los problemas básicos la salud, así como la prevención de ellos y en caso de alguna complicación o caso que amerite, se debe derivar a un centro especializado de nivel superior.¹
- **HISTORIA CLÍNICA:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.³
- **MONITOREO CLÍNICO:** Proceso de control y registro en forma periódica del estado del paciente y sus funciones vitales de acuerdo a la severidad del daño, mientras permanece en el Servicio de Emergencia.⁵

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **PACIENTE:** En salud, el concepto de cliente se refiere a la persona responsable de pagar por un producto o servicio médico. Es a través de sus recursos financieros que un paciente recibirá la atención que necesita. Por lo tanto, es un individuo atento al aspecto económico de la relación.¹



- **MÉDICO TRATANTE:** Es el médico que inicia tratamiento o determina un procedimiento médico o quirúrgico, o lo modifica, dejando constancia escrita de el/los actos médicos que se realicen en atención del paciente.⁴

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Licenciado (a) en Enfermería.
- 1 Técnico (a) de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

Equipos Biomédicos, Instrumental

DESCRIPCION	U.M.	CANTIDAD
Escritorio	Unidad	1
Silla	Unidad	1
Reloj de pared	Unidad	1
Lapicero	Unidad	1
biombo	Unidad	1
Coche de procedimiento	Unidad	1

Material médico no fungible:

DESCRIPCION	U.M.	CANTIDAD
riñonera	Unidad	1
Estetoscopio	Unidad	1
Linterna	Unidad	1

Material médico fungible:

DESCRIPCION	U.M.	CANTIDAD
Gorro descartable	Unidad	01
Mascarilla descartable	Unidad	01
Mandil descartable	Unidad	01
Guantes	Unidad	01
Bajalenguas	Unidad	01

5.3.3 FORMATOS:

- Formato virtual de orden médica: Se consignará identificación de paciente y tratamiento a recibir

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

Responsable: Licenciada en enfermería o técnico de enfermería.

-Se identifica al paciente y su receta médica y/o indicación médica en la historia virtual. (5 min)

Responsable: Licenciado en enfermería

-Se administra tratamiento indicado según la indicación médica correspondiente. (5min)

Responsable: Licenciada en Enfermería o Técnico en enfermería.

-El traslado del paciente a sala de observación, hospitalización, centro quirúrgico requiere de coordinación previa entre el personal médico y de enfermería del servicio de emergencia y del área o servicio de destino. (5min)

-Los pacientes atendidos serán registrados en el parte diario de atención, donde quedarán consignados los siguientes datos: fecha de ingreso, hora de ingreso, nombre del paciente, edad, número de documento de identidad y especialidad de atención (Medicina, Cirugía, Pediatría, Traumatología, UTS)

6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Paciente que requiere atención de emergencia de prioridad II, III o IV

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Receta particular o de centro de salud que será atendida durante la guardia noche o días feriado o Domingos

6.3. CONTRAINDICACIONES:

Pacientes que requieran atención de emergencia de prioridad I, serán dirigidos inmediatamente a la Unidad de Trauma Shock (6)

- Paro cardio respiratorio
- Dolor torácico precordial
- Dificultad respiratoria (evidenciado por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
- Shock hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo.
- Arritmia con compromiso hemodinámico
- Hemorragia profusa
- Obstrucción de vía respiratoria alta
- Paciente inconsciente que no responde a estímulos
- Paciente con trauma severo
- Signos vitales anormales

6.4. NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales de salud que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- El paciente que ingresa a tópico debe ser evaluado primero en triaje para poder diferenciar a que tópico debe de ingresar
- Se debe de registrar en el cuaderno de partes el nombre y apellido del paciente
- Concientizar a la población que la priorización permite salvaguardar la vida de personas que realmente requieren una atención rápida y oportuna difiriendo las atenciones de prioridad II y IV que podrían ser atendidas en IPRESS de menor nivel.
- Coordinación entre el equipo multidisciplinario para el cumplimiento de los objetivos planteados.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01.** Formato de orden medica virtual según necesidad de procedimientos.

ANEXO N° 01. FORMATO DE ORDEN MEDICA VIRTUAL SEGÚN NECESIDAD DE PROCEDIMIENTOS



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MANUAL DEL ÁREA DE ATENCIÓN BÁSICA DE EMERGENCIAS EN TÓPICO IES PRIVADO "SABIO NACIONAL ANTUNEZ DE MAYOLO" 2019 – 2024. Disponible en :<https://www.zendesk.com.mx/blog/diferencia-cliente-paciente-usuario-salud/>
2. Chá Ghiglia, María Mercedes. (2020). Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(2), 122-143. pub 01 de junio de 2020. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>
3. MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (M02.05.02.03) (HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS) Setiembre – 2019. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_atencion_de_urgencias_y_emergencias_pediaticas.pdf
4. MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (M02.05.02.03) (HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS) Setiembre – 2019 Disponible en :https://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_atencion_de_urgencias_y_emergencias_pediaticas.pdf
5. MINSA NORMA TECNICA DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA NT N 042-MINSA /DGSP-VOL 01 AÑO 2007 Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>



MEDICINA
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
COLOCACION DE ENEMA DEL HJATCH.

I. FINALIDAD:

Proporcionar el personal de enfermería, directrices para la colocación de enema, con la finalidad de brindar la atención de adecuada y de calidad a los pacientes nuevos y continuadores de emergencia del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Realizar una evaluación completa del estado del paciente antes del traslado, identificando cualquier factor de riesgo o condición médica que pueda influir en el procedimiento.
- Proporcionar una atención de enfermería oportuna y eficaz durante el traslado del paciente y disminuir complicaciones y riesgos en el servicio de emergencia.
- Fomentar el conocimiento y la habilidad del personal de salud en la correcta administración de enemas, asegurando una práctica clínica segura, efectiva y basada en evidencia científica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería y Departamento de Emergencia del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Colocación de enema

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99199.03

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 32 minutos aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Colocación de enema evacuante.** - Es un procedimiento que consisten en la instilación de una solución líquida y acuosa al colon a través del recto, mediante una cánula lubricada, con el fin de estimular los movimientos peristálticos y eliminar el contenido intestinal y gases. ¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Enema.** - Es una solución líquida y acuosa dependiendo del tipo de enema administrar ya sea se utilizan con fines terapéuticos o de diagnóstico. ¹
- **Sodio fosfato Dibásico + Sodio Fosfato Monobásico (suspensión rectal).**- Es la combinación que constituye una mezcla de sales usada como laxantes cuando se desea una limpieza rápida de la porción distal del colon previa a cirugía, exploraciones endoscópicas o examen radiológico. ³
- **Enemas Limpiadores:** Son los que se utilizan principalmente para eliminar las heces del colon, produciendo estímulo sobre la pared intestinal favoreciendo el aumento del peristaltismo. ¹
- **Enema de aceite:** Son los que se utilizan en casos de estreñimiento muy severo o situación anal dolorosa, se usa de 150 a 200 ml. reteniéndolo por espacio de 30 60 minutos, siendo necesario realizan otro enema limpiador. ¹
- **Enemas carminativos:** Se administran para ayudar a expulsar gases del colon. ¹
- **Enemas astringentes:** Se usan para contraer los tejidos y detener hemorragias. ¹

- **Enemas emolientes:** Se usan para cubrir la mucosa del colon y suavizar tejido irritado (solución de almidón). ¹
- **Estreñimiento o constipación:** Es la evacuación de heces que resultan en exceso escasas, secas o infrecuentes; se considera cuando evacúa menos de 50 gramos al día o menos de dos veces a la semana. ³
- **Fecalomas:** Heces endurecidas que quedan atascadas en el recto o en el colon inferior debido a una constipación crónica. ³
- **Posición Sims:** Es la postura en la que el paciente deberá estar acostado en decúbito lateral izquierdo y con su muslo derecho flexionado y su brazo derecho hacia delante. La cabeza deber estar girada lateralmente. ²

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Licenciada en Enfermería.
- 1 Técnico de Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Silla de rueda	Unid	1
Soporte para la solución	Unid	1
Biombo	Unid	1
Chata	Unid	1

- Material médico no fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Solera descartable	unid	1
Pinzas de clamp c/n.	unid	1

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT
Sistema irrigador y/o enema desechable.	Unid	1
Sonda rectal pre lubricado. N°20 o 22	Unid	1
Solución para administrar.	Unid	1
Guantes desechables.	Unid	2
Guantes estériles	Unid	1
Bolsa para desechos.	Unid	2
Una solera	Unid	2
Papel higiénico.	Unid	2
Gasas 10 X 10	Unid	2
Mandilón descartable	Unid	1
Mascarilla descartable	Unid	1
Lidocaína en gel	Unid	1

- **Medicamentos:** Bifosfato sódico



5.3.3 FORMATOS: No aplica

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

A. ENEMA CON IRRIGADOR (25 min aprox)

TÉCNICA (O) DE ENFERMERÍA

1. Preparación de materiales para el procedimiento de colocación de enema
 - Preparar y Trasladar el equipo y materiales a la unidad del usuario.
 - Colocar el protector de cama.
 - Proporcionar intimidad.

ENFERMERA (O) / TÉCNICA (O) DE ENFERMERÍA

2. Preparación del usuario **5min aprox**
 - Verificar la indicación médica en el expediente clínico.
 - Comprobar la identidad del usuario.
 - Informar al usuario del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
 - Informar al usuario de la importancia de retener todo el tiempo posible el enema y que puede sentir molestias abdominales.
 - Situar al usuario en decúbito lateral izquierdo con la pierna superior flexionada ó posición de Sims.
 - Recomendar al paciente que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.
3. Lavarse las manos. **60 segundos aprox**
4. Colocar el equipo irrigador y/o la bolsa con la solución a administrar, previamente tibia a temperatura corporal en el soporte a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel del usuario. **3 min prox**
5. Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa. Lubricar la punta de la sonda. **30 seg prox**
6. Extraer el aire del sistema del equipo para irrigar y de la sonda. Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo. **30 seg prox**
7. Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región. **5 min aprox**
8. Colocarse los guantes. **1 min aprox**
9. Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm aproximadamente. **1 min aprox**
10. Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al usuario, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada. **5 min aprox**



11. Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda

12. Colocar al usuario en decúbito lateral derecho. Motivar al usuario para que retenga la solución (**5 a 10 minutos**).

13. Colocar la chata al usuario y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales.

14. Asear al usuario o proporcionarle los medios (papel higiénico) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo.

B. ENEMA DESCARTABLE

ENFERMERA (O) TÉCNICA (O) DE ENFERMERÍA 15 MIN APROX

Pasos del 1 al 3 igual

- Sacar el frasco del enema del envase, posteriormente retirará la cubierta protectora. **30 seg aprox**
- Se colocará los guantes. **1 min aprox**
- Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal, con la otra mano introducir suavemente la cánula. **20 seg prox**
- Comprimir el frasco para que permita la entrada del líquido en su totalidad (133 ml). **1 min aprox**
- Pedir al usuario que retenga el líquido durante 5 minutos (el efecto de evacuación se logra de 2 a 5 minutos después de la aplicación).
- Desechar el envase **5 seg aprox**
- Colocar cómodo al usuario o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales. **3 min prox**
- Asear al usuario o proporcionarle los medios (papel higiénico) para él, si está en condiciones, se lo realice solo. **10 min**
- Retirarse los guantes y lavarse las manos **1 min aprox**

ENFERMERA (O) 5 min aprox

- Registrar en el expediente clínico el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada.
- Asimismo, incluir la fecha, hora, características de la eliminación e incidencias durante el procedimiento.

6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Eliminación de heces impactadas.
- Vaciamiento del intestino antes de la realización de pruebas diagnósticas.
- Vaciamiento del intestino antes de Intervenciones quirúrgicas

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Paciente con Trastorno Funcional Intestinal y/o Constipación temporalmente.



6.3. CONTRAINDICACIONES:

- Diarrea aguda infecciosa
- Obstrucción intestinal
- Íleo paralítico
- Sospecha de apendicitis
- Perforación intestinal.
- Colitis ulcerosa
- Enfermedad de Crohn. La utilización en estos casos puede favorecer la aparición de hiperfosfatemia e hipocalcemia.
- Desequilibrio hidroelectrolítico

6.4 COMPLICACIONES:

- Dolor abdominal
- Nauseas
- Vómitos
- Escozor anal
- No forzar la introducción de la sonda, si esto sucede, puede provocar perforación intestinal.
- Suspender la administración en caso de que el usuario refiera dolor abdominal o hemorragia.



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Aguirre Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda al personal auxiliar de enfermería proceder a realizar la administración del enema evacuante previa conocimiento exacto de la técnica con la finalidad de alcanzar el efecto deseado y prevenir complicaciones.
Es fundamental que el procedimiento sea llevado a cabo por personal debidamente capacitado y familiarizado con la técnica, ya que requiere de una gran dosis de paciencia al tratar al paciente, dado que la administración de este medicamento es delicada y puede comprometer la privacidad y el pudor de la persona.

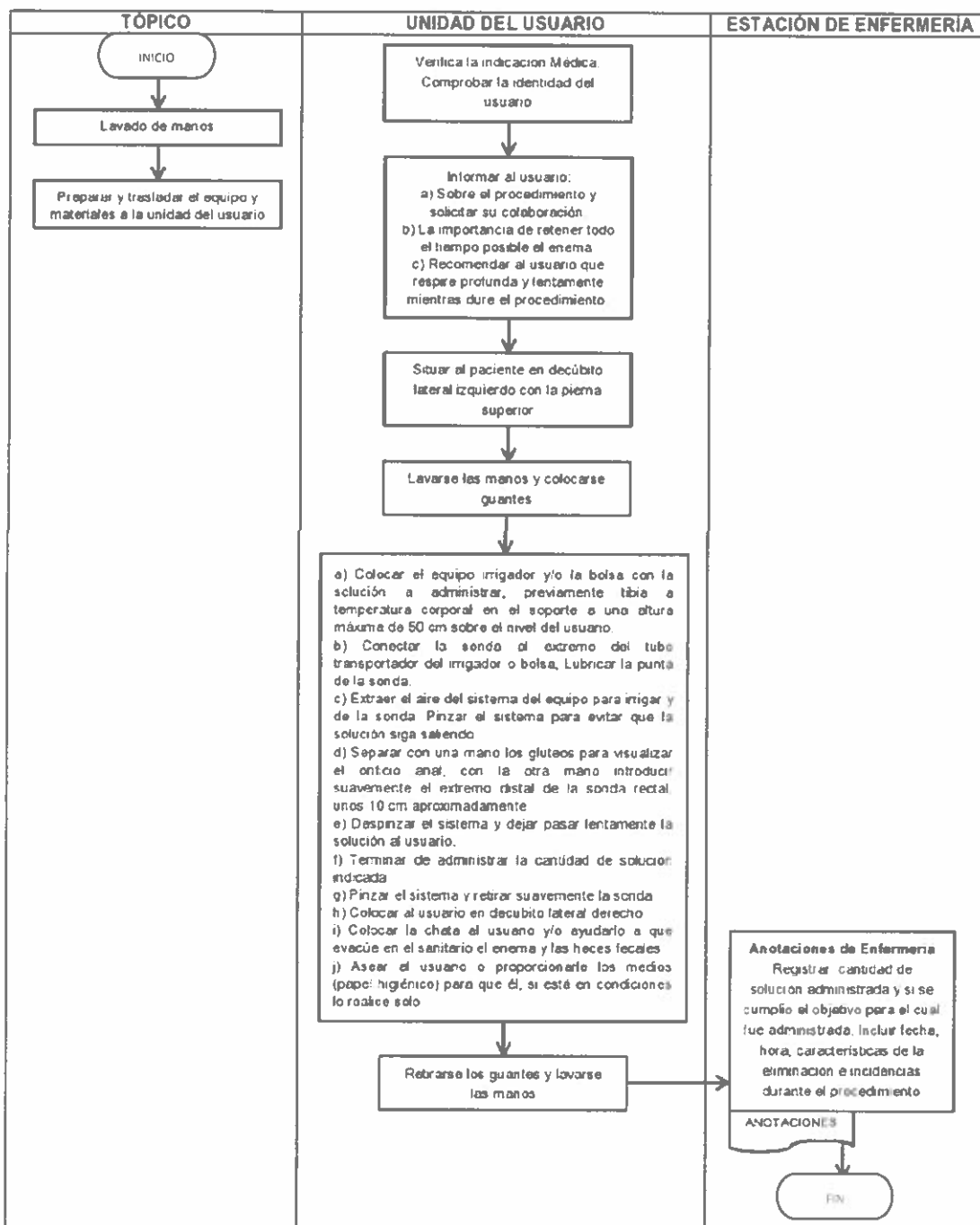
VIII. ANEXOS

ANEXO N° 01: Flujograma de colocación de enema (IRRIGADOR)

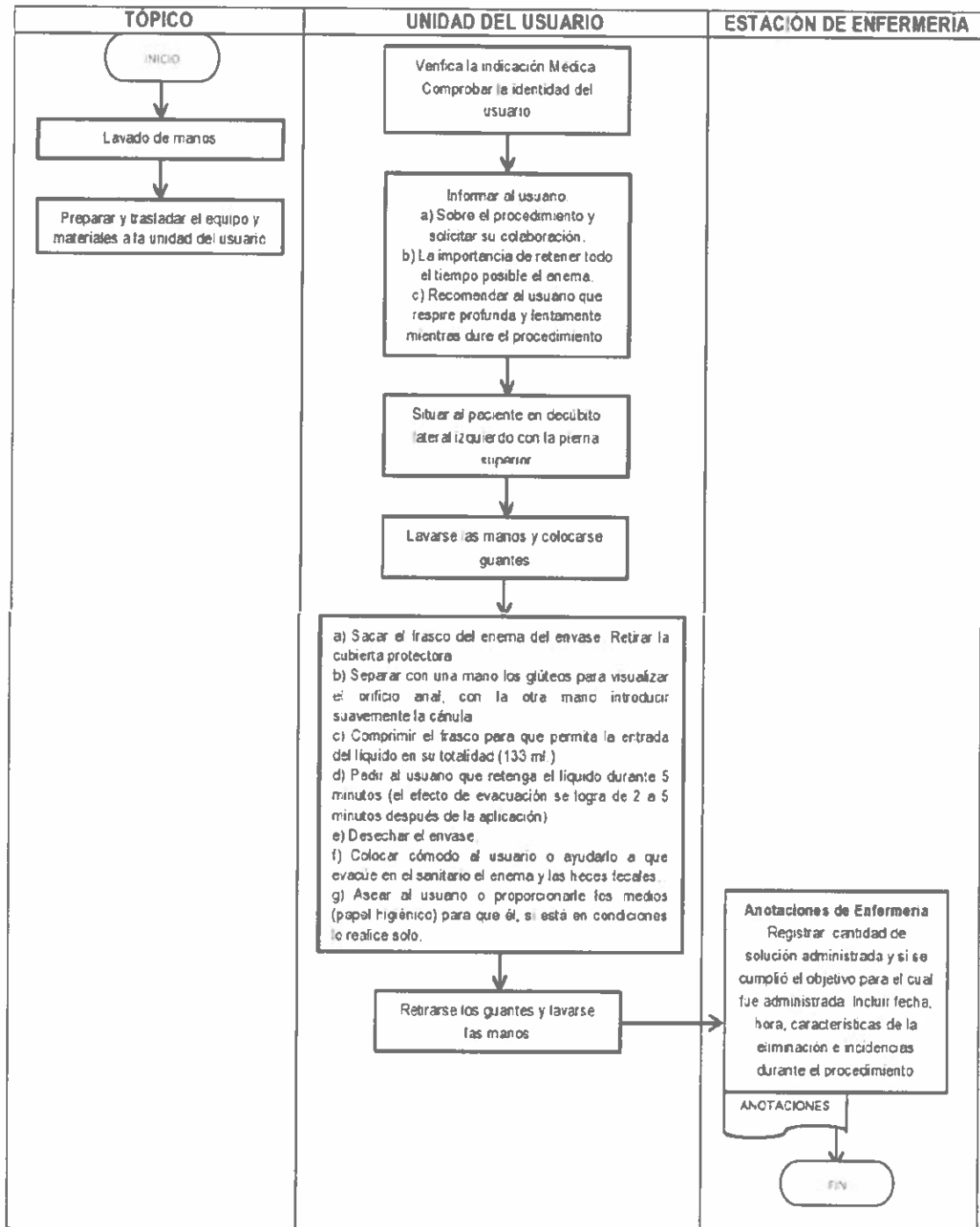
ANEXO N° 02: Flujograma de colocación de enema (DESCARTABLE)



ANEXO 01. FLUJOGRAMA DE COLOCACIÓN DE ENEMA (IRRIGADOR)



ANEXO 02. FLUJOGRAMA DE COLOCACIÓN DE ENEMA (DESCARTABLE)



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Martín N. Blanco Quesada R. Quesada De la fuente M. Administración de los diferentes tipos de enemas por parte del Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería en el ámbito hospitalario. Ocronos- revista médica y de enfermería. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/administracion-tipos-de-enemas-tecnico-auxiliar-en-cuidados-de-enfermeria/>
2. Auxiliar de enfermería. Administración del Principado de Asturias. Editorial CEP. 2018. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=CUxMDwAAQBAJ&pg=PA70&lpg=PA70&dq=admini+traci%C3%B3n++enema&source=bl&ots=8w9f4b-D7y&sig=ACfU3U1p5uIUwcK8bt9t9pG-DCxBDQYbig&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjbuPrLwqvpAhUESxoKHVm5Ddg4MhDoATAAegQIChAB#v=onepage&q=admini+traci%C3%B3n%20%20enema&f=false>
3. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 1: Definición, etiología y manifestaciones clínicas Vol. 40. Núm. 3. páginas 132-141 (Marzo 2017)
<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-practica-clinica-sobre-el-S0210570516300036>



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN Y MANEJO INICIALES POR DÍA, EN SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Este instrumento proporcionara al personal de enfermería una herramienta diaria para evaluación y manejo por día con la intención de brindarle una atención de calidad a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios nuevos y continuadores del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Realizar una evaluación inicial completa y detallada de cada paciente, mediante una anamnesis exhaustiva que aborde aspectos médicos, quirúrgicos, sociales y familiares relevantes para su atención.
- Realizar un examen físico exhaustivo y sistemático que permita identificar signos y síntomas clínicos, así como cualquier anomalía física que pueda influir en el estado de salud del paciente.
- Permita una uniformidad de criterios en los profesionales de enfermería a la hora de que datos hay que valorar y recoger para asegurar una perfecta coordinación de intervenciones y una buena continuidad de cuidados.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio Medicina del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Evaluación y manejo iniciales, por día, de pacientes en servicio de cuidados de enfermería, que requiere estos tres elementos clave: 1) Una anamnesis detallada; 2) Un examen físico completo; y 3) una toma de decisiones médica sencilla o de baja complejidad,

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99304.

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 20 min aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

Hoja gráfica funciones vitales: Perteneciente la historia clínica de un paciente. ¹

Historia clínica de ingreso: Documento que se genera en el proceso hospitalización para uso de los médicos y enfermera que participan durante su Hospitalización. ²

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Anamnesis detallada:** Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes. ³
- **Examen físico completo:** Comprende inspeccionar el cuerpo. ⁴
- **Toma de decisiones:** Realizar una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones. ⁵
- **Hospitalización:** Ingreso de un paciente a un ambiente o pabellón de hospitalización para su atención por su estado de salud, hasta el alta médica. ⁶

- **Camas hospitalización disponibles:** es el núm. de camas disponibles (no ocupadas) por pacientes, preparadas para ser inmediatamente ocupadas al cierre del reporte.⁶

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Lic en Enfermería.
- 1 Técnico de Enfermería.
- 1 Médico Internista
- 1 Lic. en Nutrición

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cama quirúrgica con barandales	Unid	1
Balanza	Unid	1
Tallímetro	Unid	1
Escalinata de una o dos gradas	Unid	1
Mesa de noche	Unid	1
Sistema de llamado(timbre)	Unid	1
Bomba de infusión	Unid	1
Parantes	Unid	1

- Material médico no fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tensiómetro y/o digital	Unid	1
Oxímetro de pulso	Unid	1
Computadora con internet	Unid	1
Estetoscopio	Unid	1
Termómetro	Unid	1

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Guantes de procedimientos	Unid	1
Jeringas 20ml	Unid	3
Jeringas 10ml	Unid	1
Jeringas 1ml	Unid	1
Esparadrapo	Unid	1
Tegaderm	Unid	1
Volutrol	Unid	1
Equipo de infusión con bureta	Unid	1
Mandil descartable	Unid	1
Mascarilla descartable	Unid	1

- **Medicamentos:** ATB, AINES, antipiréticos, inhaladores u otros de acuerdo con las indicaciones médicas

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tramadol amp	Unid	1
Dimenhidrinato amp	Unid	1
Ciprofloxacino amp	Unid	1
Metronidazol amp	Unid	1
Vancomicina amp	Unid	1
Meropenem amp	Unid	1
Metamizol amp	Unid	1

5.3.3 FORMATOS:

- Formato de Funciones vitales
- Formato de orden de hospitalización.
- Formato de identificación de paciente.
- Formato de valoración de enfermería al ingreso del paciente a hospitalización
- Formato de Registro del censo
- Folder de indicadores
- Cuaderno de Ingreso de paciente al cuaderno de altas
- Kardex de enfermería
- En casos en los que el paciente se encuentre en una situación de emergencia o crítica se aplicará conforme a la Ley.



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

PERSONAL MÉDICO: (20 min aprox)

- Brindará la orden al paciente para su hospitalización de acuerdo con disponibilidad según la disponibilidad de camas, sin importar el servicio del que provenga.
- Durante el día, el médico de piso de turno evaluará al paciente y decidirá si continúa o modifica el tratamiento médico.
- Durante la noche, se registrarán las notas de ingreso del paciente por parte del médico de emergencia, ya que no hay médico de hospitalización disponible.

PERSONAL DE ENFERMERIA: (20 min aprox)

- Enfermería reporta que hay un paciente para hospitalizar se acepta previa coordinación para su pase.
- El paciente es transportado al servicio correspondiente, ya sea en camilla o silla de ruedas, sin caminar.
- Se entrega al paciente con un brazalete de identificación al enfermero/a responsable del servicio de hospitalización, junto con su historia clínica de emergencia, estudios de laboratorio, medicamentos, entre otros documentos.
- Una vez en su cama asignada, se procede a tomar el peso y la talla del paciente.
- Se controlan las funciones vitales y se registran en la hoja gráfica correspondiente.
- Se preparan y se instalan todos los insumos médicos.
- Se educa al paciente y al cuidador primario la corresponsabilidad de las medidas de seguridad, así como los riesgos de caídas y cuidados higiénico-dietéticos.



- Informar al médico de guardia el ingreso del paciente para su manejo si fuese de día.
- Valorar paciente. Realizar valoración céfalo caudal, toma signos vitales, identifica necesidades y elabora en la hoja de registros clínicos diagnósticos de enfermería (SOAPIE) y (NOTAS DE ENFERMERIA)
- Se valorará la escala de caídas con la de Norton.
- Se requiere que cada paciente proporcione un número de teléfono de un familiar responsable al momento del ingreso al personal
- Revisar las indicaciones médicas por el médico tratante

PERSONAL NO MEDICO (15 min aprox)

- Realizará el checklist de verificación para evaluar los riesgos y brindar educación al paciente al momento de su ingreso a hospitalización.
- Se tomará el peso y la talla del paciente, siempre y cuando el paciente coopere. En caso contrario, la nutricionista realizará estas medidas al día siguiente.
- Se realizará el control de las funciones vitales y se informará a la enfermera responsable.
- Al momento del ingreso, el personal proporcionará al paciente una lista de artículos personales necesarios, como toallas, champú, pasta dental, etc.
- Se completará la hoja de identificación del paciente y se colocará en la cabecera de su cama

INTERNOS DE MEDICINA (20 min aprox)

- Evaluación médica del paciente.
- Realizarán el llenado de la historia clínica con poyo del médico internista de guardia.

NUTRICIONISTA (10 min aprox)

- Evaluará el estado nutricional del paciente a su ingreso.

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Paciente hospitalizado
- Pacientes que requieren continuidad de tratamiento, monitoreo médico y de enfermería

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS

- Pacientes con grado de dependencia 2 o 3 que no ingresan con familiares y desconocemos antecedentes de salud
- Paciente que no son del área de hospitalización destinada, pero se recepciona al paciente sin ser su área por tema de falta de cama.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Propias de cada paciente
- Paciente hemodinámicamente inestables



6.4 COMPLICACIONES:

- Caídas, lesión por presión, incontinencia urinaria y fecal, mareo, hipotensión ortostática, déficit sensorial y deterioro cognoscitivo
- Paciente que requiere ser trasladado a UCI o a un hospital de mayor complejidad, que está en condiciones de ser referido.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Se debe disponer de más camas para atender la creciente demanda de pacientes en espera de hospitalización y asegurar con el personal que indica en inciso 5.3.1
- El personal que realiza rotación en el servicio de hospitalización debe ser idóneo y estar debidamente capacitado.

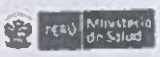
VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01:** GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES
- **ANEXO N° 02:** ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN
- **ANEXO N° 03:** FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE.
- **ANEXO N°04:**FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN
- **ANEXO N° 05 :** FORMATO DE REGISTRO DEL CENSO
- **ANEXO N° 06 :** FOLDER DE INDICADORES
- **ANEXO N° 07 :** CUADERNO DE INGRESO DE PACIENTE AL CUADERNO DE ALTAS
- **ANEXO N° 08 :** KARDEX DE ENFERMERÍA

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Perú. MINSA. Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. Resolución ministerial N°214 – 2018/Minsa. Pág. 43 .2018
2. UNIVERSIDAD SANTO TOMAS ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD BOGOTÁ, MAYO 2018.Disponible en :
[https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/11910/2018jesicacruz.pdf?sequence=1\(\)](https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/11910/2018jesicacruz.pdf?sequence=1)
3. Swartz MH, Swartz TH. The physical examination. In: Swartz MH, ed. *Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021:chap 6.
4. Acta méd. Peru vol.37 no.3 Lima jul-sep 2020 Disponible en :
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300357
5. Aplicativo (Camas) para Gestión Centralizada de la disponibilidad de Camas de Hospitalización Y UCI a Nivel Nacional Y de todos los subsistemas .RM 183-2020-MINSA
FORMATO F500.2 PAG. 2-
<https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/Definiciones%20Operacionales%20-%20Disponibilidad%20Camas%20F500.2.pdf>

ANEXO N° 01: GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES




GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES

FECHA																												
DÍAS HOSP																												
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
TEMPERATURA	41																											
	40																											
	39																											
	38																											
	37																											
	36																											
	35																											
	34																											
PRESIÓN ARTERIAL	300																											
	250																											
	200																											
	150																											
	120																											
	90																											
	60																											
	30																											
RESPIRACIÓN / BAT PULSO	10																											
	20																											
	30																											
	40																											
	50																											
	60																											
	70																											
	80																											
PESO	TALLA																											
Perímetros																												
HECES																												
ORINA																												
6 H	12 Hrs																											
	24 Hrs																											
GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO		ALERGIAS				SERVICIO				N° CAMA																		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO				NOMBRES				N° H.C.																		

SIS ☐ SI ☐ NO ☐

N° DE FORMATO DE ATENCIÓN SIS

OTROS SEGUROS

SOAT ☐

ANEXO N° 02: ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHOSICA
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ORDEN N° 24000757

Fecha de emisión: 18/02/2024
Hora de emisión: 10:00 AM
Lugar de emisión: WPMSCC

ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

1. DATOS DEL PACIENTE

N° Historia Clínica: [Redacted] Temporal Region: SUS PLACAS CONTAMIN + B13

Apellido y Nombre: [Redacted]

Sexo: [Redacted]

Edad: [Redacted]

Fecha de nacimiento: [Redacted]

Estado Civil: [Redacted]

2. SERVICIO

Hospitalización: AGENCIA HUMANITARIA

Medico: COVADI RAMON WALTER DAVID

Fecha de ingreso: 28/12/2023 09:00 PM

3. EXAMENES

EXAMEN	FECHA	RESULTADO
543.4	0	Excepción de manifestación
543.4	0	Excepción de manifestación
543.4	0	Excepción de manifestación

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

EL PACIENTE

Yo, el paciente, declaro que he leído y comprendido el contenido de este consentimiento informado y he aceptado voluntariamente el tratamiento médico que se me ofrece, así como los riesgos y beneficios de dicho tratamiento.

5. MEDICO

Por la presente, declaro que he explicado al paciente los riesgos, beneficios, costos y alternativas de tratamiento, así como los procedimientos que se le realizarán, y he obtenido su consentimiento informado.

6. FAMILIAR RESPONSABLE O TESTIGO

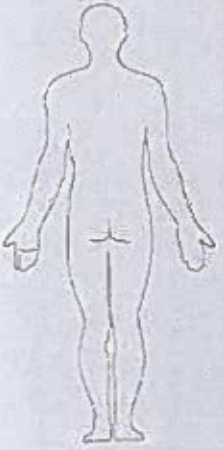
Nombre del paciente: [Redacted]

Nombre del familiar responsable o testigo: [Redacted]

Fecha y hora de emisión de la orden: [Redacted]



ANEXO N° 03: FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE		DESCRIPCIÓN DEL SUCESO	
		FECHA:	
		HORA:	

IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE		DESCRIPCIÓN DEL SUCESO	
		FECHA:	
		HORA:	



ANEXO N° 03: FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos del paciente: _____ No H. Cl. _____
 Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____ Fecha, Nac.: _____ Edad: _____
 Procedencia: Consultorio () Emergencia () Otro Servicio () Otro Establ. Salud. ()
 Forma de ingreso: camilla () Silla de ruedas () ambulatorio ()
 CVU: PA _____ FR _____ FC _____ SO2 _____ % PESQ _____ Talla _____
 Fuente de información: Paciente () Familia () Otro () Especifique: _____
 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRÚRGICAS
 HTA () DM () GASTRITIS/Úlcera () asma () TBC () OTROS: _____ Cirugías sí () no ()

DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INGRESO _____

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Conoce su enfermedad sí () no ()
 Regular la información sobre su enfermedad sí () no ()
 Recibe tratamiento médico sí () no ()
 Se Auto medica sí () no () Consume alcohol sí () no ()
 consume tabaco sí () no ()
 Higiene Corporal: buena () regular () mala ()
 Observación: _____

DOMINIO 2 NUTRICIÓN

Aumento/disminución del peso en los últimos 6 meses sí () no ()
 Se alimenta solo: sí () no () Tiene apetito sí () no ()
 dentición: incompleta () ausente () prótesis () caries dental () parosis () Náuseas () Abdomen: normal () distendido () dificultad para deglutir sí () no ()
 Alimentación por: SNG () gastrostomía/yeyunostomía () vula parenteral () vía periférica () dieta: hiposódica () hipoglúcida () líquida () NPO ()
 Mucosas: hidratado / semiseca / secas: Piel turgente ()
 Signo de Pliegue () Sudoración () hemorragia ()
 calambres () Errores () Edemas: Pálpebral () miembros sup. () miembros inf. () Anasaca ()

DOMINIO 3 ELIMINACIÓN

Control esfinteres: () Pañal () Nº deposiciones/día ()
 no hace deposiciones días () Dureza () estreñimiento ()
 colostomía () rectorragia () características de la deposiciones: normales () acuosas () melenos () líquidas () con sangre () moco () Hábito vesical: poliuria () disuria () oliguria () anuria () poliuria () incontinencia () retención () hematuria () sedimentos () sonda Foley ()
 Nº: _____ fecha: _____ colector urinario () fecha: _____
 Ruidos respiratorios: claros () silantes () crepitos ()
 estertores () roncos () Disnea () agitación () hipoxia () ateo nasal ()
 Abdomen: normal () distendido () timpánico () tabla ()
 RHA: NI () AI () DI () ausentes () hemias () fistula ()
 ostomías: ileostomía () yeyunostomía () colostomía ()
 Drenajes () tipo características ()
 Sudoración continua () intermitente () profusa ()

DOMINIO 4 ACTIVIDAD REPOSO / SUEÑO DESEANSO

Hrs de sueño: nocturno _____ diurno _____ ayuda para dormir sí () no () dificultad para iniciar el sueño sí () no ()

trastorno del sueño: discontinuo () intermitente ()
 senarritmismo () pesadillas () GBS _____
 Autonomía para moverse sí () no () equilibrio y marcha: estable () inestable () deambulando solo () ayuda ()
 discapacidad: fractura () huesos () parálisis ()
 deformaciones () fuerza muscular: conservada () disminuida () fatiga sí () no () parálisis ()
 Aportes de ayuda: ninguno () muletas () andador () bastón () silla de ruedas () postrada () amputación ()
 Observaciones: _____

Capacidad de autocuidado:

0 = independiente 1 = ayuda de otros
 2 = ayuda personal 3 = dependiente incapaz

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / Bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

ACTIVIDAD CIRCULATORIA: Pulso: _____ Regular ()
 Irregular () débil () Pulso periférico: pedio D () N ()
 Popliteo D () N ()

0 = Ausencia
 +1 = disminución notable
 +2 = disminución moderada
 +3 = disminución leve
 +4 = pulsación normal

PA: Hipotensión () Hipertensión () Taquicardia ()
 Bradicardia () Arritmia () Tipo: _____
 Dolor precordial () Edema sí () no ()

localización: _____
 Riego periférico: sup. Derecha normal () cianosis () fría ()
 Izquierda: normal () cianosis () fría () extremidad inferior: derecha: normal () cianosis () fría () izquierda: normal () cianosis () fría () presencia de vías invasivas localización: _____ fecha: _____

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: respiración: regular () irregular ()
 disnea () cianosis () fatiga ()
 otro: _____ apoyo respiratorio: _____
 oxigenoterapia: _____ Ventiloterapia: _____
 Traqueostomía () TET () oximetría de pulso ()
 Tos: seco () productiva ()
 expectoración: _____ Ruidos respiratorios sí () no ()
 M.V. para bien en ACP () disminuido () aumentado ()



DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNICION

Escala de Glasgow: puntaje

Respuesta ocular	Exponer al paciente	4
	Abre el ojo	3
	Ninguna	2
Respuesta verbal	Orientado	5
	Consciente	4
	Palabras inapropiadas	3
	Bordos incoherentes	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Extra al dolor	4
	Respuesta en flexión	3
	Respuesta en extensión	2
	No responde	1

Orientación: tiempo () espacio () persona () Nivel de conciencia: alerta () letárgico () irritable () agitado () estupefacto () Obnubilado ()
 LENGUAJE COMUNICACIÓN: verbal () no verbal () llanto () incoherente () lenguaje incoherente ()
 SENSORIALES Y PERCEPCION: VISION: sin alteración () ceguera () deficiente () praxias () pupilas iguales () ne () fotoreactivas () no () OIDO: sin alteración () hipoacusia () sordera ()
 PERCEPCION: alteraciones: táctiles () sinestias () olfatorias () auditivas () visuales ()
 PENSAMIENTO: Autismo () fobias ()

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Estado de ánimo: tranquilo () introvertido () eufórico () Rechazo: temeroso () indiferente () irritable () agresivo () Depresivo: ansioso () desesperanza () soledad () Valoración de la salud: buena () regular () mala () Frecuencia de baño: Caridad oral: correcta () incorrecta ()
 Incorreción () hallazgos () caries () lesiones () Cabeza: ceja () pediculosis () cuerpo: escabiosis () lesiones () Especificar:

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Estado civil: profes/ocupación: Vive solo () con su familia () con otros () fuente de apoyo: familia () amigos () otros () hay conflictos familiares si () no () Especificar:

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Problemas de identidad sexual: si () no () última menstruación: problemas menstruales: si () no ()

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Comportamiento en situación de estrés: temor () ansioso () llanto () actitud al ingreso: colaborador () evasivo () ansioso () indiferente () negativo () reacción frente a enfermedad o muerte: tristeza () preocupación () ansiedad () indiferencia () temor () desesperanza () negación ()
 ()
 ()

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Región: Incluye su religión en el cumplimiento del tratamiento médico: si () no ()

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION

Infección: si () no () riesgo de infección: si () no ()
 riesgo de autolesión: si () no () lesión de mucosa: integridad dérmica: intacta () lesión: si () Tipo: séptico () aseptico () Cateteres invasivos: central () periférico () cateteres invasivos de drenaje: DPA () Kerdh () hemocati () otro tipo:
 Tipo de lesión en tórax: UPP () herida abierta ()
 Escala de Norton para valorar riesgo de úlceras por decubito

Indicadores	4	3	2	1
Estado físico	bueno	adecuado	deficiente	Muy deficiente
Incontinencia	no	occasional	frecuente	doble
Actividad	describa	Carina	estático	encamado
Movilidad	total	limitada	Alto	limitada
Estado mental	alerta	apático	confuso	estupor

Puntos de 5-8 muy alto puntos de 13-14 riesgo mediano

Puntos de 10-12 alto riesgo puntos de 15-16 mínimo riesgo

Lesión tisular: ULCERA DECUBITO: si () no ()

Grado	Grados
I	I Eritema permanentemente en piel intacta
II	II Pérdida parcial de la piel, epidermis dermis
III	III Pérdida de todo grosor de piel y lesión o necrosis TCSC
IV	IV Pérdida de piel con distracción extensa necrosis del músculo o hueso

Vías aéreas: permeables: si () no () secreciones: () estertores () crepitantes () sibilantes () presentes () dificultad para expectorar ()
 Demencia () autoagresión () agresividad a los demás () lesiones a sí mismo () alcoholismo () drogadicción ()
 Temp. Normal () Hipotermia () hipertermia ()
 Obs:

DOMINIO 12: CONFORT

Dolor: si () no () frecuencia: intermitente () remite ()

dolor	leve	moderado	fuerte	Muy fuerte
	1 2	3 4	5 6 7	8 9 10

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Diagnóstico nutricional: normal () desnutrido () obeso ()

Observación:

Nombre de la Enfermera
 Firma, Sello y CEP.



ANEXO N° 04: FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN

[illegible]







[illegible]

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE GESTIÓN DEL ALTA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

-Proporcionará al personal de enfermería directrices esenciales para llevar a cabo la gestión del alta de los pacientes del Hospital Agurto Tello de Chosica

II. OBJETIVOS:

- El propósito de la guía es mejorar y optimizar la eficiencia en la gestión de los trámites de alta hospitalaria.
- Facilitar el retiro oportuno de los pacientes, permitiendo una pronta disponibilidad de camas para aquellos que requieran hospitalización.
- Establecer de manera normativa los criterios de egreso, definiendo los procedimientos asistenciales y administrativos de enfermería para su cumplimiento.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio de Medicina y en los servicios correspondientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

Nombre del procedimiento Médico:	Código CPMS
Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería que demora 30 minutos o menos.	99315
Gestión del alta de una institución de cuidados de enfermería que demora más de 30 minutos	99316

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 1 hora y 30 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Cuidado de enfermería:** El cuidado enfermero implica ofrecer asistencia en todas aquellas actividades que una persona no puede realizar por sí mismo, con el objetivo de contribuir a su salud y ayudarlo a aumentar sus capacidades para llegar a un nivel de independencia en su vida cotidiana y adaptarse a su situación de enfermedad.¹
- **Historia clínica:** La historia clínica médica desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica y es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención. La historia clínica médica es la que refleja de forma fidedigna todas las características clínicas del paciente y su evolución periódica.²
- **Alta voluntaria:** Decisión de un paciente de abandonar el hospital o centro de atención médica por su propia voluntad, sin el consentimiento del médico tratante.³

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Alta:** Es el procedimiento por el que un paciente ingresado en un Centro o Establecimiento Sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria.⁴
- **Epicrisis:** Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la historia clínica que se originó por el ingreso del paciente al establecimiento de salud.⁵
- **Enfermería:** La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.⁶
- **Estancia hospitalaria Prolongada:** La estancia prolongada aumenta el riesgo de eventos adversos intrahospitalarios.⁷
- **Paciente:** Es el individuo que busca atención o recibe cuidados de salud debido a enfermedades, lesiones, para mejorar su bienestar, para prevenir enfermedades o para obtener diagnósticos sobre su estado de salud.⁸

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Licenciada (o) en enfermería
- 1 Técnica(o) en enfermería
- 1 Personal de caja
- 1 Personal de liquidaciones
- 1 Químico farmacéutico
- 1 Personal nutrición
- 1 Personal de vigilancia
- 1 Médico internista
- 1 Interno de medicina
- 1 Asistente social

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Camilla	Unid	1
Silla de rueda	Unid	1
Balón de oxígeno portátil	Unid	1
Humidificador	Unid	1
Escritorio	Unid	1
Silla	Unid	1
Lápiz	Unid	1
Cuaderno	Unid	2
Lapicero azul	Unid	1
Lapicero rojo	Unid	1
Grapas	Unid	1
Engrapador	Unid	1
Perforador	Unid	1
Clips de mariposa grande	Unid	1
Tampón Azul	Unid	1
Tablero de historia clínica	Unid	1
Cuaderno de registro de altas	Unid	1

Material médico no fungible: No aplica

Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Torundas de algodón	Unid	2
Esparadrapo	Unid	1
Sonda nasogástrica	Unid	1
Sonda foley	Unid	1
Jeringa	Unid	1
Alcohol 70° 1L	ml	5

5.3.3 FORMATOS:

- Receta médica
- Formato de farmacia
- Papeleta de alta
- Contrarreferencia para paciente SIS
- Formato de nutrición
- Formato de alta Voluntaria (de corresponder el caso)
- Epicrisis
- Kardex
- Gráfica de funciones vitales
- Balance hídrico de 24 horas
- Historia clínica de hospitalización
- Evolución
- Terapéutica
- Plan de trabajo
- Exámenes complementarios
- Valoración de enfermería
- Notas de enfermería
- Escala de valoración de riesgo en adultos y adultos mayores Downton
- Control de hemoglucotest (de corresponder el caso)
- Checklist de verificación, evaluación de riesgo y educación del paciente al ingreso de hospitalización de medicina - HJATCH
- Formato de lesiones por presión (LPP) (de corresponder el caso)
- Consumo de oxígeno (de corresponder el caso)
- Monitoreo de funciones vitales (de corresponder el caso)
- Consentimiento informado de procedimientos médicos invasivos en el servicio de medicina (de corresponder el caso)
- Fua de emergencia y hospitalización (paciente SIS)
- Formato de afiliación
- Fua de hospitalización
- Fua de emergencia
- Consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud
- Orden de hospitalización



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

PERSONAL MÉDICO: 40 minutos aproximadamente.

- El personal médico al terminar su visita médica con el interno de medicina, en ese momento informa al paciente su alta si este está orientado (5 min.)
- Realiza el llamado al familiar del paciente para informar que su paciente está en condiciones de alta y le indica hora del alta (desde las 2pm). (5 min.)
- Informa al familiar de forma presencial y/o llamada telefónica el alta médica brindando los cuidados y tratamiento que deberá tener el paciente en casa. (10 min.)
- Realiza la documentación del alta, 3 papeletas de alta, epicrisis, firma de la fua de hospitalización, contrarreferencia y receta para tratamiento para casa. (20min.)
- En situaciones que el familiar no viene por su paciente, el medico vuelve a llamar al familiar, pero este no responde y no viene, quedándose el paciente como alojado. (3 min.)
- En situaciones que el paciente no tiene familiar o responsable y el paciente está en condiciones de alta, el médico internista realiza interconsulta al servicio de asistenta social para coordinaciones sobre el alta del paciente. (5 min.)
- En algunas situaciones el paciente o familiar piden el alta voluntaria, el médico explica sobre los riesgos de pedir ello, haciéndole firmar el formato de alta voluntaria del servicio de medicina. (10 min.)



PERSONAL DE ENFERMERIA: 20 minutos aproximadamente.

- Realiza el cierre de la historia clínica con las notas de enfermería y el Kardex, ordena y folea de atrás hacia delante, entrega al personal técnico para que lo lleve a liquidaciones. (10 min.)
- Al familiar le indicara el flujo del alta especificando las áreas donde deberá acercarse para recibir las indicaciones (área farmacia, nutrición, liquidación y caja en pacientes pagantes), cuando el familiar haya culminado con el proceso del alta (entrega de papeleta de alta), este se archiva, se procederá a retirar la vía periférica del paciente. (5 min.)
- En ocasiones el paciente cuenta con medios invasivos como sonda Foley, sonda nasogástrica, traqueostomía, le explicara los cuidados y uso de ellos, si el paciente es diabético sobre los cuidados y administración de la insulina. En pacientes oxígeno dependientes, se les explicara sobre el control de saturación, valores normales, signos de alarma y el uso del humidificador, en los pacientes con lesión por presión se les explicara sobre los cuidados de la piel. (15 min.)
- Si no viene el familiar del paciente se comunica al médico para que vuelva a llamar, en ocasiones no responde o viene tarde el familiar, el alta se aplaza ocupando la cama para el paciente en espera de hospitalización, y si no cuenta con familiar se efectiviza la interconsulta con la asistenta social (para ubicar un lugar de destino), pero este en ocasiones lleva algunos días, quedándose como alojado, ante ello se tiene que hacer un nuevo Kardex y una nueva nota de enfermería hasta su egreso del servicio de hospitalización. (15 min)
- Coordinara con el químico farmacéutico para informar sobre los medicamentos que necesitan ser devueltos, porque se suspendieron o no se necesitaron (indicaciones PRN) en el transcurso de hospitalización del paciente. (5 min.)



TÉCNICO EN ENFERMERÍA: 25 minutos aproximadamente

- Llevará la historia clínica con el cuaderno del registro de alta, donde escribirá el número del foleo, el médico del alta, diagnóstico de alta, y le hará firmar a liquidaciones sobre la entrega correcta de la historia clínica. (5 min.)
- Apoyará al paciente y familiar para prepararse para la salida del área hospitalaria (entrega las pertenencias, exámenes de imágenes, aseo del paciente y les hará firmar en el cuaderno sobre su conformidad), finalmente ubicará al paciente en una silla de ruedas o camilla según la complejidad del paciente, y lo acompañará hasta la salida del hospital. (15 min.)
- Desinfectará la unidad para un nuevo paciente. (5 min.)

QUÍMICO FARMACEÚTICO: 10 minutos aproximadamente.

- Entregará el formato de tratamiento y explicará de cómo tomar los medicamentos, entregará la receta indicada por el medicamento de turno.
- Registrará en su formato de devolución de medicamentos que no utilizó el paciente y hará firmar al personal de enfermería sobre su conformidad de la devolución de medicamentos.

NUTRICIÓN: 10 minutos aproximadamente.

- Explicará al familiar y paciente (si está orientado), sobre la dieta oral y enteral que deberá tener en casa, entregará un formato donde estará registrado la dieta del paciente.

ASISTENTA SOCIAL: El tiempo es depende de la situación del paciente

- Recibe interconsulta y realizará las coordinaciones de los pacientes que no tienen familiar o de pacientes que sus familiares no vienen por ellos.

ÁREA DE LIQUIDACIONES: El tiempo dependerá si es SIS o pagante

- Entregará al familiar la papeleta del alta, y orientará a que se acerque a caja en caso su paciente sea pagante.

VIGILANCIA:

- En la puerta de salida el personal de vigilancia verificará el alta mediante la papeleta de alta.

6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS

- Los pacientes que estén en condiciones de alta.
- Traslado a otro establecimiento por referencia.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS. No aplica

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- No cuente con indicaciones de alta por parte del médico.
- No cuente con oxígeno en casa (paciente oxígeno dependiente).



6.4 COMPLICACIONES:

- Retención del alta porque el familiar no se presenta, en este caso continuará en el servicio como paciente alojado.
- No contar con un familiar.
- Familiar del paciente pagante no cuenta con dinero para pagar las estadías de hospitalización.
- En ocasiones demora de los formatos del alta por el médico
- No hay personal de liquidaciones en el horario de 1pm – 2pm.
- El médico indica administrar última dosis, en ocasiones son medicamentos de 3 horas aplazándose la hora del alta.
- En pacientes alojados se tiene que aperturar nueva nota de Enfermería y Kardex
- Pacientes sin familiar o que no vienen sus familiares por su paciente, en algunas ocasiones la estadía se prolonga causando complicaciones (ejemplo: Infecciones intrahospitalarias.)

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Explicar correctamente el flujo del alta para evitar confusiones y demora en el proceso del alta.
- Verificar que el paciente y familiar entiendan las indicaciones médicas y puedan cumplirlas correctamente en casa.
- Verificar que el paciente no cuente con ningún medio invasivo que no influya en el cuidado posterior del paciente (ejemplo; vía periférica)
- Verificar que se entregue sus pertenencias, medicamentos y exámenes de imágenes al paciente.

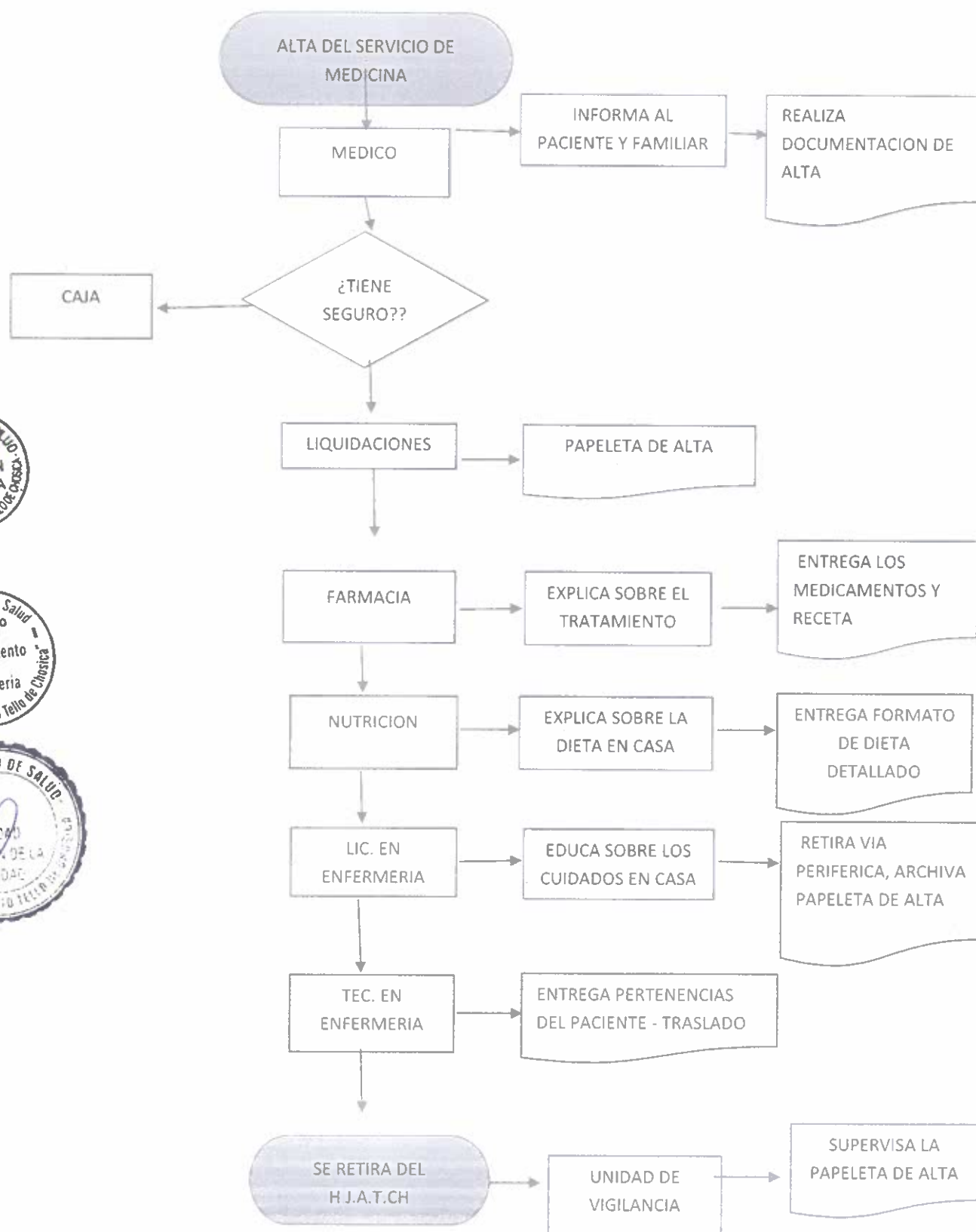
VIII. ANEXOS

- **Anexo N°1:** Flujograma de Gestión del Alta
- **Anexo N°2:** Receta medica
- **Anexo N°3:** Formato de farmacia (se encuentra en RD N° de la guia de quimico farmaceutico)
- **Anexo N°4:** Papeleta de alta
- **Anexo N°5:** Contrarreferencia para paciente SIS
- **Anexo N°6:** Formato de Nutricion (Se encuentra en RDN°de la guia practica de nutricion)
- **Anexo N° 7:** Formato de Alta voluntaria
- **Anexo N° 8:** Epicrisis

- **Anexo N°9:** kardex
- **Anexo N°10:** Gráfica de funciones vitales
- **Anexo N° 11:** Balance hidrico de 24 horas
- **Anexo N° 12:** Historia clinica de hospitalizacion
- **Anexo N° 13:** Evolucion
- **Anexo N° 14:** Terapeutica
- **Anexo N° 15:** Plan de trabajo
- **Anexo N° 16:** Exámenes complementarios
- **Anexo N° 17:** Valoracion de enfermeria
- **Anexo N° 18:** Notas de enfermeria
- **Anexo N° 19:** Escala de valoración de riesgo en adultos y adultos mayores Downton
- **Anexo N° 20:** Checklist de verificación, evaluación de riesgo y educación del paciente al ingreso de hospitalización de medicina – HJATCH
- **Anexo N° 21:** Control de hemoglucotest
- **Anexo N° 22:** Formato de lesiones por presión
- **Anexo N° 23:** Consumo de oxígeno
- **Anexo N° 24:** Monitoreo de funciones vitales
- **Anexo N° 25:** Consentimiento informado de procedimientos médicos invasivos en el servicio de medicina
- **Anexo N° 26:** Formato de afiliación
- **Anexo N° 27:** FUA de hospitalización
- **Anexo N° 28:** FUA de emergencia
- **Anexo N°29:** Consentimiento informado para las actividades de docencia durante la atención de salud
- **Anexo N°30:** Orden de hospitalización



ANEXO N°1: FLUJOGRAMA DEL GESTIÓN DEL ALTA



[illegible]

ANEXO N°4: PAPELETA DE ALTA



PERU

MINISTERIO
DE SALUD

PAPELETA DE ALTA



SERVICIO: _____

N° DE CAMA _____

SS

☐

SIS SALUD

☐

SOAT

☐

PARTICULAR

☐

CAUSA DE ALTA:	DIAGNOSTICO DE ALTA	CIE 10
☐ Indicación Médica:		
☐ A su solicitud		
☐ Otro Motivo		
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO DE TURNO		

El paciente queda citado en el Consultorio de:

El día _____

Fecha de Hospitalización: _____

seño de caja o liquidación

Fecha de Alta: _____

Hora de Alta: _____

V°B°

Firma del Médico

Apellidos Paterno:	Apellidos Materno:	Nombres	N° H.C.



ANEXO N°7: FORMATO DE ALTA VOLUNTARIA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHUSICA

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ALTA VOLUNTARIA

Yo, _____

Identificado con D.N.I. _____

Declaro haber sido informado por el Médico _____
en cargo a mi asistencia, de que mi salida del hospital en esta fecha no conviene
al estado de mi enfermedad o lesión, pero desciendo voluntariamente ser dado de ALTA, por la
presente linero al hospital y Médicos Asistentes de toda la responsabilidad, en la eventualidad de
que la salida de este hospital pudiera resultar perjudicial para mi salud y curación.

Fecha: _____

Firma del paciente o del
Familiar responsable

Grado de parentesco del
Familiar responsable

Testigo: _____ Testigo: _____

He aconsejado a este(a) paciente o a la persona responsable de su precoz salida del Hospital,
del probable peligro que esta presenta en la salud del mencionado (a) paciente, sin lograr el
desistimiento de su voluntad en el sentido anotado, de lo cual dejo constancia en la fecha _____

Firma del Médico Tratante

NOTA: Si el paciente fuera incapaz de firmar este formato, lo harán los padres, cónyuge o
tutor encargado, según los casos.

En caso de negativa absoluta, el Médico Tratante formulará y firmará en la historia
Clínica respectiva, la declaración debidamente atestiguada sobre las circunstancias,
razones y consejos que motiven la salida prematura de los pacientes

ANEXO N°8: EPICRISIS



MINISTERIO
DE SALUD

EPICRISIS



	Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Ingreso al Servicio: _____ Fecha de Alta: _____		Elaboración de Epicrisis	
	Fecha	Hora		
1.- ANAMNESIS				
2.- EXAMEN FISICO				
3.- EVOLUCIÓN				
4.- EXÁMENES AUXILIARES V.				
5.- PROCEDIMIENTOS				
6.- TERAPÉUTICA				
7.- DIAGNÓSTICO (Código CIEX) DE INGRESO Y DE EGRESO				
8.- PRONÓSTICO				
9.- INDICACIONES DE ALTA (Tratamiento y Otras)				
10.- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO				
NOTA:				
1.- El llenado de cada ítem es obligatorio para su validez.				
2.- Letra legible.				
3.- No uso de Abreviaturas				

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	N° H.C.

Servicio:	N° Cama:



ANEXO N°10: GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES



GRAFICA DE FUNCIONES VITALES

FECHA																															
DIAS HOSP																															
TEMPERATURA	41	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	40																														
	39																														
	38																														
	37																														
	36																														
	35																														
PRESIÓN ARTERIAL	300																														
	250																														
	200																														
	150																														
	100																														
	50																														
	0																														
RESPIRACIÓN / SAT.	70																														
	60																														
	50																														
	40																														
	30																														
	20																														
	10																														
PULSO	180																														
	140																														
120																															
100																															
80																															
60																															
40																															
PESO	TALLA																														
Perímetros																															
HECES																															
ORINA																															
B.H.	12 Hrs.																														
	24 Hrs.																														
GRUPO Y FACTOR SANGUINEO		ALERGIAS														SERVICIO										N° CAMA					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO														NOMBRES										N° M.C.					

SIS SI ☐ NO ☐

N° DE FORMATO DE ATENCIÓN S S S

OTROS SEGUROS

SOAT ☐

ANEXO N°11: BALANCE HÍDRICO DE 24 HORAS



MINISTERIO
DE SALUD



BALANCE HIDRICO DE 24 HS.

PACIENTE					SERVICIO					CAMA				
INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

Apellido Paterno		Materno		Nombre		N° de Cama	
SERVICIO						H.C. N°	





I ANAMNESIS: Directa ☐ Indirecta ☐ Nombre del Informante _____

parentesco _____ DNI _____

I FILIACIÓN

Nombres y Apellidos _____

Edad _____ Sexo: _____ Raza _____ Estado Civil _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Lugar de Nacimiento _____ Procedencia _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Grado de Instrucción: _____ Profesión: _____

Seguros: Sis ☐ Essalud ☐ Social ☐ Otros ☐ _____

Fecha de Ingreso _____ Hora: _____ Fecha de Elaboración de HC: _____ Hora: _____

Tiempo de Enfermedad: _____ **Inicio:** _____ **Curso:** _____

Síntomas Principales: _____

Relato:

Apellido: _____
Nombre: _____
Sexo: _____
Peso: _____
Deposiciones: _____
Sudor: _____
Sueño: _____
Estado Anímico: _____

Servicios	N° de Cama:	H.C.:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:

4 ANTECEDENTES

A. GENERALES

Vivienda: Material Luz Agua Desague
N° de Habitaciones N° de Personas ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Otros
Crianza de animales
Alimentación

B. FISIOLÓGICOS

Tipo de parto: Eutócico ☐ Distócico ☐ Cesárea ☐
Desarrollo Psicomotor
Inmunizaciones

Gineco-Obstétricas Menarquia RC: FU
Dismenorrea: Leucorrea FUP: 1° RS
URS N° parejas S M. anti. Concep
Último PaP: Resultado: NIG P:
Antecedentes de Toxemia
Cirugías Gineco-Obstétricas

C. PATOLÓGICOS

F.T. F. Mala Hepatitis TBC
TU: ETS HTA DBM
Alergias:
RAM:
Otras:
Hospitalizaciones anteriores (fechas):

Cirugías (fechas):

Paresia/s:

Accidentes / Fecha Transfusiones (fechas):

Última Rx de torax:

Contacto TBC:

Medicinas de uso frecuente:

Hábitos Nocivos: Alcohol Tabaco Pírsing

Café Drogas Tatuajes

D. FAMILIARES:

HTA DBM NM TBC IMA Uped

Enfermedades Psiquiátricas: Convulsiones

Otros:

E. EPIDEMIOLÓGICOS: Último viaje

II REVISIÓN ANAMNÉSICA DE SISTEMAS Y APARATOS:

CABEZA : Cefalea ()
OJOS : Correcciónes () Diplopia () Escotomas () Dolor ()
OIDOS : Tinnitus () Dolor () Secreciones ()
NARIZ : Epistaxis () Rinorrea () Obstrucción () Trauma ()
FARINGE : Disfagia () Odinofagia ()
CUELLO : Dolor () Rigidez () Tumores () Bocio ()
MANOS : Tumores () Dolor () Secreciones ()
A.P. RESP. : Tos () Hemoptisis () Espectación () Disnea () Dolor ()
A.P. CARD. : Palpitaciones () Dolor pre-cordial () Edemas () claud. interm. ()

Servicios:	N° de Cama:	H.C.:
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

A.P.DIGEST: Epigastralgia () Acolia () Cólico Biliar () Náuseas () Vómitos ()
 Dispepsia () Hematemásis () Melena () Hematoquezia ()
 Estreñimiento () Pírosis () Diarrea ()
 A.P. URINARIO: Disuria () Polaquiuria () Tenesmo Visceral () Incontinencia ()
 Dolor () Nicturia () Enuresis () Coluria () Hematuria ()
 A.P. RE PRODUCTOR: Alt. Menstruales () Color Pélvico () Secreciones ()
 Dispareunia () Impotencia ()
 SIST. NERVIOSO: Mareos () Convulsiones () Alt. de la Conciencia ()
 Parestias () Parestesias () Alt. de Conducta ()
 A.P. LOCOMOTOR: Rigidez () Calambres () Dolor Articular () Secuelas ()

III. EXAMEN CLÍNICO:
 Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ T°: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____

II. EXAMEN CLÍNICO:
 Apreciación General: _____

Piel y Anexos: _____

TCSC: _____

Sistema Oseo-Mio Articular: _____

Sistema Linfático: _____

2. EXAMEN REGIONAL

Cabezas: Cráneo: _____

Ojos: _____ Párpados: _____ Córneas: _____

Conjuntivitis: _____ Escleras: _____

Pupilas: _____

Fondo de Ojo: _____

Nariz: _____

Oídos: _____

Boca: Labios: _____ Mucosa Oral: _____

Lengua: _____

Dientes: _____

Faringe: _____

Cuello: _____

Mamas: _____

APARATOS RESPIRATORIOS

Inspección: _____

Palpación: _____

Persecusión: _____

Auscultación: _____

APARATO CARDIOVASCULAR

Inspección: _____

Palpación: _____

Auscultación: _____

Pulsos periféricos: _____

Servicios: _____	N° de Cama: _____	H.C.: _____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres:
_____	_____	_____



Fuerza Muscular:

Partes Craneales

Glasgow Callaghan was with the 1996-97 All-Ireland-winning Dublin side. He was also a member of the 1998-99 All-Ireland-winning Dublin side.

Miembros Superiores o Inferiores:

A PRESUNTIVOS

CIFX •

B. DEFINITIVO:

CIEX:

CIFX -

OPEN.

V. PLAN DE TRABAJO DE INGRESO:

Laboratorio:

Ex Especiales:

800-4-A-FLYER

interconsultas:

Firma Interno

Médico Asistente

Jefe de Servicio

Servicios:	N° de Cama:	H.C.:
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres:



ENVÍO:		N° DE CAMA:		
-DÍA Y HORA DEL EXAMEN -SUBJETIVO -OBJETIVO -APRECIACIÓN -PLAN DE TRABAJO -FIRMA Y SELLO	FECHA:	HORA:		
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	N° H.C



TERAPEUTICA





PLAN DE TRABAJO

Nº DE CAMA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Nº H.C.

ANEXO N° 16: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS



EXAMENES COMPLEMENTARIOS



ANEXO N° 17: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACION DE ENFERMERIA DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos del paciente N° H. Cl.
 Fecha de Ingreso al servicio Hora Fecha. Nac. Edad
 Procedencia: Consultorio () Emergencia () Otro Servicio () Otro Establ. Salud. ()
 Forma de Ingreso: camilla () Silla de ruedas () ambulatorio ()
 CVF: PA FR T FC SO2 % PESO Talla
 Fuente de Información: Paciente () Familia () Otro () Especifique:
 ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS
 HTA () DM () GASTRITIS/úlcers () asma () TBC () OTROS Cirugías sí () no ()

DIAGNOSTICO MEDICO DE INGRESO

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Conoce su enfermedad sí () no ()
 Requiere información sobre su enfermedad sí () no ()
 Recibe tratamiento médico sí () no ()
 Se Auto medicó sí () no () Consume alcohol sí () no ()
 consume tabaco sí () no ()
 Higiene Corporal: buena () regular () mala ()
 Observación

DOMINIO 2 NUTRICION

Aumento/disminución del peso en los últimos 6 meses
 sí () no ()
 Se alimenta solo: sí () no () Tiene apetito sí () no ()
 dentición: Incompleta () ausente () prótesis () caries
 dental () pirostis () Náuseas () Abdomen: normal ()
 distendido () dificultad para deglutir sí () no ()
 Alimentación por: SNG () gastrostomía/yeyunostomía () vía
 parenteral () vía periférica () dieta: hiposódica ()
 hipograsa () hipoglúcida () líquida () NPO ()

Mucosas: hidratada / semiseca / secas. Piel turgente ()
 Signo de Plegue () / Sudoración () hemorragia ()
 calambres () diaforesis () Edemas: Peribral ()
 miembros sup. () Miembros inf. () Anasarca ()

DOMINIO 3 ELIMINACION

Control esfínteres: () Pañal () N° deposiciones / día ()
 no hace deposiciones días () Diarrea () estreñimiento ()
 colostomía () rectorragia () características de las
 deposiciones: normales () acolia () melena () líquidas ()
 con sangre () moco () Hábitos vesicales: poliuria ()
 disuria () oliguria () anuria () coluria () Incontinencia ()
 retención () hematuria () sedimento () sonda Foley ()
 N° fecha colector Urinario () fecha
 Ruidos respiratorios: claros () sibilantes () crepitos ()
 estertores () roncos () Disnea () agitación () hipoxia
 () sileteo nasal ()
 Abdomen: normal () distendido () timpánico () tabal ()
 RHA: N () A () O () ausentes () hernias () fistula ()
 ostomías: ileostomía () yeyunostomía () colostomía ()
 Drenajes () tipo características
 Sudoración continua () intermitente () profusa ()

DOMINIO 4 ACTIVIDAD REPOSO / SUEÑO DESEANSO

Hrs de sueño: nocturno diurno ayuda para dormir
 sí () no () dificultad para iniciar el sueño sí () no ()

trastorno del sueño: discontinuo () insomnio ()
 sonambulismo () pesadillas () OBS
 Autonomía para moverse sí () no () equilibrio y marcha:
 estable () inestable () deambulación: solo () ayuda ()
 discapacidad; fractura () Rocios () parálisis ()
 deformaciones () Fuerza muscular: conservada ()
 disminuida () fatiga sí () no () paresia ()
 Aportes de ayuda: ninguno () muletas () andador ()
 bastón () silla de ruedas () postrada () amputación ()
 Observaciones

Capacidad de autocuidado:

0 = Independiente 1 = ayuda de otros
 2 = ayuda personal 3 = dependiente incapaz

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambula				
Ir al baño / Bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

ACTIVIDAD CIRCULATORIA: Pulso: Regular ()
 Irregular () débil () Pulso periférico; pedio 0 () 1 ()
 Popliteo 0 () 1 ()

0 = Ausencia
 +1 = disminución notable
 +2 = disminución moderada
 +3 = disminución leve
 +4 = pulsación normal

PA: Hipotensión () Hipertensión () Taquicardia ()
 Bradicardia () Arritmia () Tipo
 Dolor precordial () Edema sí () no ()
 localización

Riego periférico: sup. Derecha normal () cianosis () fría ()
 izquierda: normal () cianosis () fría () extremidad
 inferior: derecha: normal () cianosis () fría () izquierda:
 normal () cianosis () fría () presencia de vías invasivas:
 localización fecha

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: respiración: regular () irregular ()
 disnea () cianosis () fatiga ()
 otro apoyo respiratorio:
 oxigenoterapia Ventiloterapia NSZ
 Traqueotomía () TET () oximetría de pulso ()
 Tos: seca () productiva ()
 expectoración Ruidos respiratorios sí () no ()
 M.V. pasa bien en ACP () disminuido () aumentado ()



DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNICION

Escala de Glasgow: puntaje

Respuesta ocular	Spontáneamente	4
	Ante el habla	3
	Ante el dolor	2
	Ninguno	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Conruido	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos Incomprensibles	2
	Ninguno	1
Respuesta motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retira el dolor	4
	Respuesta en flexión	3
	Respuesta en extensión	2
	No responde	1

Orientado: tiempo () espacio () persona () Nivel de conciencia: alerta () letárgico () irritable () agitado () obnubilación () Obs:

LENGUAJE-COMUNICACIÓN: verbal () no verbal () llanto () incubado () lenguaje incoherente () Idioma:

SENSORIAL Y PERCEPCION : VISION: sin alteración () ceguera () deficiente () prótesis () Pupilas iguales si () no () fotorreactivas si () no () OIDO: sin alteración () Hipoacusia () acusia ()

PERCEPCION: alucinaciones: táctiles () sinestesias () olfatorias () auditivas () visuales ()

PENSAMIENTO: Autismo () fobias ()

DOMINIO 6: AUTO PERCEPCION

Estado de ánimo: tranquilo () introvertido () eufórico () Rechazo: temeroso () Indiferente () irritable () agresivo () Depresivo: ansioso () desesperanza () soledad () Valoración de la higiene: buena () regular () mala () frecuencia de baño: Cavidad oral: correcto () Incorrecto () halitosis () caries () lesiones () Cabeza: caspa () pediculosis () Cuerpo: escabiosis () lesiones () Especifique:

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Estado civil: profes/ocupación: Vive: solo () con su familia () con otros () fuente de apoyo: familia () amigo () otros () hay conflictos familiares si () no () Especifique:

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Problemas de identidad sexual: si () no () ultima menstruación: problemas menstruales: si () no ()

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Comportamiento en situación de estrés: temor () ansioso () llanto () actitud al ingreso: colaborador () evasivo () ansioso () indiferente () negativo () reacción frente a enfermedad o muerte: tristeza () preocupación () ansiedad () indiferencia () temor () desesperanza () negación () otro ()

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Religión: influye su religión en el cumplimiento del tratamiento médico si () no ()

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION

Infección si () no () riesgo de infección si () no () Riesgo de: autolesión () caída () lesión de mucosa () Integridad dérmica: Intacta () Incisión Qx () Tipo: séptico () aseptico () Cateteres Invasivos: central () periférico () catéteres invasivos de drenaje: DPR () Kerth () hemocac () otro tipo: Tipo de lesión en tejido: UPP () herida abierta () Escala de Norton para valorar riesgo de úlceras por decubito

Indicadores	4	3	2	1
Estado físico	bueno	aceptable	deficiente	Muy deficiente
Incontinencia	no	ocasional	habitual	doble
Actividad	deambul	camina c/ayuda	sentado	encamado
movilidad	total	disminuida	Muy limitada	inmovil
Estado mental	alerta	apático	confuso	estupor

Puntos de 5-9 muy alto puntos de 13-14 riesgo mediano

Puntos de 10-12 alto riesgo puntos de 15 y más mínimo riesgo

Lesión tisular: ULCERA DECUBITO si () no ()

Grado	Grados
I	I Eritema permanentemente en piel Intacta
II	II Pérdida parcial de la piel, epidermis dermis
III	III Pérdida de todo grosor de piel c/lesión o necrosis TCSC
IV	IV Pérdida de piel con distribución extensa necrosis del musculo o hueso

Vías aéreas permeables: si () no () secreciones () estertores () crepitantes () sibilantes () presentas tos () dificultad para expectorar () Demencia () autoagresión () agresividad a los demás () lesiona a sí mismo () alcoholismo () drogadicción () Temp. Normal () Hipotermia () hipertermia () Obs:

DOMINIO 12: CONFORT

Dolor si () no () frecuencia: Intermitente () remitente ()

dolor	leve	moderado	fuerte	Muy fuerte
	1 2	3 4	5 6 7	8 9 10

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Diagnostico nutricional: normal () desnutrido () obeso ()

Observación:

Nombre de la Enfermera
Firma, Sello y CEP.



Carna:

ANEXO N° 19: ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES DOWNTON



PERÚ

Ministerio de Salud



Hospital José Agustín Tello de Chosica

ESCALA DE VALORACION DEL RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES: DOWNTON

HOSPITALIZACION DE MEDICINA

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

EDAD: _____

Fecha: _____

Hora: _____

VARIABLE DE MEDICION	RESPUESTA	PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES-SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES(NO DIURETICOS)	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
	EXTREMIDADES	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA	1
	NO DEAMBULA	1
PUNTAJE OBTENIDO		

Interpretación del Puntaje

Alto riesgo = 3 o más puntos

Mediano riesgo = 2 puntos

Bajo riesgo = 0 a 1 puntos

Firma y sello de la Enfermera

ANEXO N° 20: CHECKLIST DE VERIFICACIÓN, EVALUACIÓN DE RIESGO Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA - HJATCH



CHECK LIST DE VERIFICACION, EVALUACION DE RIESGO Y EDUCACION DEL PACIENTE AL INGRESO DE HOSPITALIZACION DE MEDICINA - HJATCH

CHECK LIST DE VERIFICACION Y EDUCACION DEL PACIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO	
NOMBRE Y APELLIDO:	
HISTORIA CLINICA:	
EDAD:	
TIPO DE SEGURO:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
FECHA DE INGRESO:	
NUMERO DE CAMA:	

VERIFICACION DEL AMBIENTE HOSPITALARIO Y EDUCACION AL PACIENTE Y/O FAMILIAR

LISTA DE VERIFICACION	SI	NO	OBSERVACIONES
Las barandillas de la cama, camilla o cuna se encuentran en buen estado			
La cama cuenta con frenos y operáticos			
Se encuentra con timbre u otro sistema de llamado operativo			
El ambiente donde se hospitaliza está libre de material u mobiliario que obstruya el paso			
Se encuentra el suelo del ambiente donde se hospitaliza seco.			
El ambiente donde se hospitaliza cuenta con iluminación nocturna.			
El paciente trae calzado Tipo:			
Se identifican letreros de seguridad (paciente aislado, paciente con riesgo de caída, otros)			
Se identifican zonas de seguridad y evacuación en casos de sismos o incendios.			
Otros bienes de importancia			

Fecha:

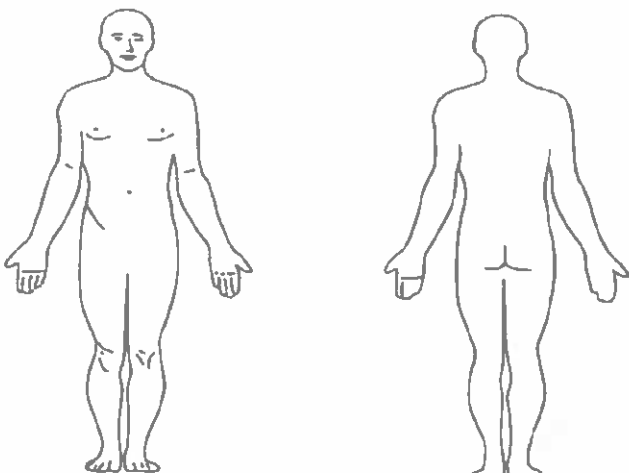
Hora:

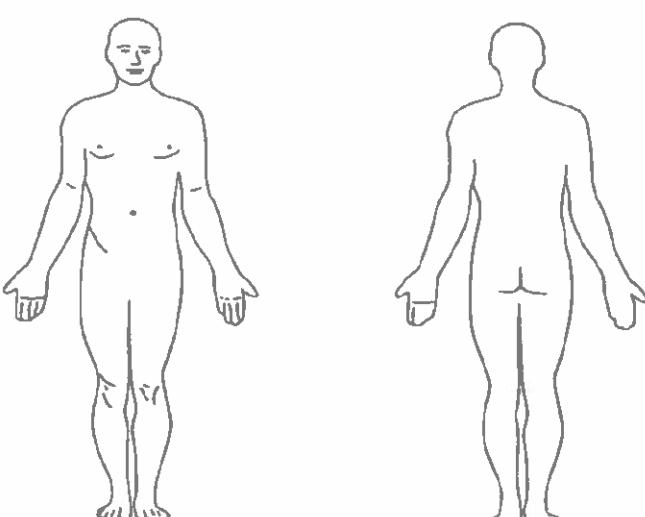
Técnico
NOMBRES Y APELLIDOS

Escaneado con CamScanner



ANEXO N° 22: FORMATO DE LESIÓN POR PRESIÓN

IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE		DESCRIPCIÓN DEL SUCESO	
		FECHA:	
		HORA:	

IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE		DESCRIPCIÓN DEL SUCESO	
		FECHA:	
		HORA:	
			TUR



ANEXO N° 23: CONSUMO DE OXÍGENO



HOJA DE CONSUMO DE OXIGENO

NOMBRES Y APELLIDOS : _____
 Codig o Afiliación/Inscripción : _____ Historia Clínica: _____
 Fecha de Ingreso : _____ Cama : _____
 Fecha de Egreso : _____ Servicio : _____

Fecha	TURNO	Volumen	Tipo Administración				Tiempo de aplicación Horas	Total de O2 consumido LITROS	Costo por litro O2	Valor total
			CON	RODAR	VENTIL	OT				
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									
	D									
	N									

Por la presente certifico que la cantidad de oxígeno que se detalla líneas arriba ha sido consumido por el paciente, lo cual consta en los reportes y Hoja de Kárdex de Enfermería.

NOTA:

Le ratifico que los consumos de oxígeno los he verificado en la Historia Única que están consignados en la Hoja de Enfermería y Evolución Médica.

Enfermera del Servicio
Firma y Sello



H Clínica **Come**

[illegible]

ANEXO N° 25: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA



PERU

Ministerio
de Salud



HOSPITAL
"JOSÉ AGUSTÍN TELLO"
DE CHUSACA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS MEDICOS INVASIVOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA

Servicio:..... N° de Cama:

Yo, Don / Doña.....

Sexo,con grado de Instrucción, y de ocupación
....., identificación con DNI:en mi calidad de
paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en
cumplimiento de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, declaro haber recibido y entendido la
información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el/la

Dr(a).....sobre mi estado de salud, los riesgos
reales y potenciales que se pueden presentar como consecuencia de la enfermedad
que en la actualidad padezco, de los estudios que podrían ser necesarios para lograr
el diagnóstico definitivo y el tratamiento que requiero.

He comprendido que las molestias por las que he consultado están provocadas por la
enfermedad que padezco, cuyo diagnóstico es :.....

Para lo cual requiero de un Procedimiento Medico denominado:
Según el informe proporcionado por mi médico tratante. Asimismo, me han informado de las
molestias o consecuencias previsibles de dicho Procedimiento Medico, que son:

Así como, de sus ventajas y beneficios que son:

Soy consciente de los riesgos personalizados, del Procedimiento Medico que va a
realizarme el Dr.....Especialista en
....., del servicio deDonde vengo
siendo atendido, quien mostrando respeto, paciencia y dedicación para con mi caso
y mi persona me ha informado ampliamente acerca de mi enfermedad.

El facultativo me ha asegurado que se tomaran todas las medidas y precauciones para reducir
en lo posible el riesgo y las probables complicaciones de la enfermedad, y del procedimiento
medico a realizar.

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime de
responsabilidad a mis) médicos(s) tratante(s), y que en cualquier momento antes del
procedimiento medico y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo comunicar mi
necesidad de revocar el consentimiento que ahora puedo prestar.

Asimismo, doy fe de la disposición que han mostrado el (los) médico(s) para responder a todas
mis preguntas de manera clara y precisa, absolviendo al íntegro todas las dudas que he



ANEXO N° 26: FORMATO DE AFILIACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL JOSE AGURTO DE CHOSICA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA		EYCHPAS	
HOJA DE FILIACION		N° HISTORIA CLÍNICA:	
IDENTIFICACION:			
Fecha Inscripción :	04/10/1961		
Fecha de Consulta :	13/03/2024		
Primer Apellido :		Telf:	
Segundo Apellido :			
Nombres :			
Sexo :			
Fecha de Nacimien :			
Edad :			
Lugar Nacimiento :			
Dirección :			
Localidad :			
Distrito :			
DNI :			
Grado de Instrucc :			
Ocupación :			
Estado Civil :			
Nro de Hijos :			
Religion :			
Nombre de Padre :			
Nombre de Madre :			
Nombre de Conyuge :			
Ocupación Conyuge :			
Tipo de Seguro :			
HOSPITALIZADO POR: CONSULTORIO EXTERNO ☐ EMERGENCIA ☐ OTROS ☐			
FECHA DE ADMISION	SERVICIO	FECHA DE EGRESO	SERVICIO
CODIGO			
DIAGNOSTICO DE INGRESO			
DIAGNOSTICO DE EGRESO			
PROCEDIMIENTOS			
CURADO ☐	EMPEORADO ☐	A SU SOLICITUD ☐	RETIRADO ☐
REFERENCIA ☐			
ALTA			
MEJORADO ☐	SIN CAMBIO ☐	FUGA ☐	FALLECIDO ☐
ALTA VOLUNTARIA ☐			
SELLO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE:			

Impresión: EHUACACHE

11/03/2024

11:33 am

ANEXO N°27: FUA DE HOSPITALIZACIÓN

PERU Ministerio de Salud **Seguro Integral de Salud** **ANEXO 1**

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA
NÚMERO DE FORMATO
00005947 24 00030691

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN
HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO - CHOSICA

PERSONAL QUE ATENDE
DE LA IPRESS ☒ CÓDIGO DE LA OPERA ☒ LUGAR DE ATENCIÓN
ITINERANTE ☐ EXTRAAMBIENTAL ☒ AMBULATORIA
OPERTA FLEXIBLE ☐ EMERGENCIA ☒

REFERENCIA REALIZADA POR
CÓD. RENASS 5935 NOMBRE DE LA IPRESS Y OFERTA FLEXIBLE CESAR LOPEZ SALVA N° HOJA DE REFERENCIA

DEL ASSEURADO / USUARIO
IDENTIFICACIÓN
TIP 2 N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 210 2 INSTITUCIÓN COD SEGURO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
PRIMER NOMBRE OTROS NOMBRES

SEXO ☒ FEMENINO ☐ MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO 08 02 19 43
FECHA DE ATENCIÓN
DÍA MES AÑO HORA LUGAR
CÓD. PRESTACIÓN (S) ADICIONAL (S)
N° HISTORIA CLÍNICA ETIQA
DNI / CRY / AFILIACIÓN DEL RN 1
DNI / CRY / AFILIACIÓN DEL RN 2
DNI / CRY / AFILIACIÓN DEL RN 3

FECHA DE ATENCIÓN
DÍA MES AÑO HORA LUGAR
CÓD. PRESTACIÓN (S) ADICIONAL (S)
N° HISTORIA CLÍNICA ETIQA
DNI / CRY / AFILIACIÓN DEL RN 1
DNI / CRY / AFILIACIÓN DEL RN 2
DNI / CRY / AFILIACIÓN DEL RN 3

REPORTES VINCULADOS
CÓD. AUTORIZACIÓN N° FUA A INCLUIR

CONCEPTO PRESTACIONAL
ATENCIÓN DIRECTA N° Autorización N° FUA A INCLUIR
NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFERIR A

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS
DE LA ENFERMERÍA
CPE (H) DEL RECIÉN NACIDO
BRAD TEST
ALTURA METRICA
PESO VERTICAL
CONTROL PNEUMONIA

DIAGNÓSTICOS
N° DESCRIPCIÓN
TIPO DE DA
EIE - 18
TIPO DE DA
EIE - 18

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN ESPECIALIDAD N° RENASS
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN
FIRMA DEL ASSEURADO / USUARIO
FIRMA DEL APODERADO
FIRMA DEL APODERADO
FIRMA DEL APODERADO

ANEXO N°28: FUA DE EMERGENCIA

[illegible]

ANEXO N°29: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

Hospital José Agustín Tello de Chosica



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

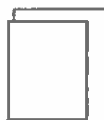
Fecha : 07/03/2024

Hora : 12:43:15

Yo, Don/Doña _____ con DNI _____ en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el/la Dr. _____ médico _____ O del servicio: _____, sobre la participación de alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que padezco, sea solo observando, tal vez podrían entrevistarme o participar en algún procedimiento médico que se me realice acompañado del profesional docente, respetando mis derechos establecidos en la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre aclaramiento de dudas o inquietudes que se puede tener la respecto, y que además toda persona tiene derecho a otorgar o negar el consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes. Considerando que me amparo de la Ley N°29733, Ley de protección de Datos Personales y su reglamento aprobado mediante el decreto 003-2013-JUS; resguardando toda intimidad, confidencialidad de mis datos personales, información sobre mi enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales.

Si posteriormente decidí no continuar con la participación de alumnos, hablare con el médico tratante para REVOCAR O DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que se me brindó anteriormente, cualquier decisión no afectará la calidad de atención a la que me tengo derecho.

Por lo tanto en cumplimiento del artículo N°119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que los estudiantes () de las ciencias de salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente.



Firma o huella digital del paciente o representante legal

DNI _____



Firma y Sello del profesional de la Salud

DNI _____

REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Fecha : 07/03/2024

Hora : 12:43:15



Firma o huella digital del paciente o representante legal

DNI _____

Firma y Sello del profesional de la Salud

DNI _____

Siempre
por el pueblo

ANEXO N° 30: ORDEN DE HOSPITALIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSE AGURTO DE CHOSICA
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ORDEN N° : 24001009

Fecha de Impresión : 14/03/2024
Hora de Impresión : 17:30:10
Usuario Impresión : DMIRANDA

ORDEN DE HOSPITALIZACION

1.- DATOS DEL PACIENTE :

N° Historia Clínica: Tipo de Seguro : PAGANTE
Apellidos y Nombres:
Dirección:
Distrito: 150118
Tipo Documento: DNI Local : MOYOPAMPA
N° Documento: Religión : NO ESPECIFICA
Fecha de Nacimiento: 30/12/1940 0:00:00 Edad: 083a02m13d Sexo : Femenino
Estado Civil: Viudo(a) Teléfonos

2.- SERVICIO :

Hospitalizado en : MEDICINA HOSPITALIZACIÓN Fecha ingreso : 14/03/2024 0:00:00
Medico : 04:22 PM

CIEX	Tipo Dx (P D R)	Diagnostico de Paciente :

Usuario crea/actualiza: DMIRANDA

Firma y Sello del Médico CMP.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION

1.- PACIENTE

Doy consentimiento a los Médicos del hospital "Jose Agurto Tello" de Chosica, para ser hospitalizado y realicen los exámenes y procedimientos necesarios para establecer el diagnostico e iniciar el tratamiento respectivo.

2.- MEDICO

Por la presente dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de procedimientos propuestos; he contestado completamente todas las preguntas hechas con la finalidad que el paciente y/o familiar responsable hayan comprendido completamente lo que he explicado

NOMBRE DEL PACIENTE (Puño y Letra del paciente)

NOMBRE DEL FAMILIAR, RESPONSABLE O TESTIGO

Firma del Paciente y DNI

Firma del Familiar, Responsable o Testigo
DNI

Firma y Sello del Médico que hospitaliza: C.M.P.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2021 [citado el 19 de marzo de 2024];10(1):03–17. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003
2. González Rodríguez R, Cardentey García J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev médica electrón* [Internet]. 2015 [citado el 14 de marzo de 2024];37(6):648–53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011
3. Alta del paciente [Internet]. Hospital de Torrejón. 2022 [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.hospitaldetorreon.es/alta-del-paciente/>
4. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Ine.es. [citado el 14 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4727&tm=12&xt=&p=1&n=20>
5. Justificación Técnica IF. NTS N°139— MINSA/2018/DGAIN NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969231/rm_214-2018_minsa.pdf
6. Enfermería [Internet]. Paho.org. [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
7. LAZARTE A. STANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA Y FACTORES ASOCIADOS EN HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL PÚBLICO PERUANO [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10003/Estancia_LazarteGonzales_Katherine.pdf?sequence=1



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de procedimiento asistencial de cuidados paliativos en los pacientes hospitalizados del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Orientar al personal asistencial sobre los cuidados paliativos para el control de síntomas.
- Educar al personal asistencial sobre la identificación de síntomas comunes en el paciente adulto en cuidados paliativos.
- Brindar las herramientas necesarias al personal asistencial para realizar un proceso de planeación anticipada de cuidados basados en las preferencias y necesidades en función de la enfermedad.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Departamento de Enfermería, servicio de Medicina del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico: Atención Cuidados Paliativos: Curaciones de baja complejidad (Ej. Úlceras por presión)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: : 99489.01

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 2h 45 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Cuidados Paliativos:** En un modelo asistencial que busca mejorarla calidad de vida de los pacientes con pronóstico terminal, y la de sus familiares. Tiene como base la prevención y el control del sufrimiento mediante la identificación precoz, evaluación y tratamiento adecuado para el dolor, así como otros problemas físicos, psicosociales y existenciales.¹
- **Escala de valoración del dolor (EVA):** Escala empleada para valorar el dolor y su intensidad desde leve hasta severo, se compone de una línea horizontal de 10 cm y se indica al paciente que indique con su dedo el nivel del dolor, en la punta de la línea se indican los extremos del dolor ausencia del dolor en el lado izquierdo y el peor dolor imaginable en el lado derecho.²
- **Escala de valoración funcional de Karnofsky:** Escala empleada en pacientes con enfermedades terminales para evaluar la capacidad de realizar tareas rutinarias.³
- **Escala de Spict:** Es aquella que permite identificar y ofrecer pautas para la realización de un plan de cuidados en pacientes con necesidades de cuidados paliativos.²
- **Escala de Edmonton-Esas:** Es aquella que exploran síntomas frecuentes de los pacientes que requieren cuidados paliativos.²

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Atención médica Interdisciplinario:** La necesidad de los pacientes requiere la participación de varios profesionales: médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos; esto permitirá brindar la atención de integral y de calidad.⁴



- **Duelo:** Después del fallecimiento del paciente debe dedicarse un tiempo a la detección de un duelo patológico en los familiares y brindar la asistencia oportuna. ⁵

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Médico especialista Medicina Interna
- 1 Licenciado de enfermería
- 1 Técnico de enfermería
- 1 Licenciado de Servicio social
- 1 Licenciado en psicología
- 1 Químico - Farmacéutico

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cama hospitalaria	unid	1
Coche de curación	unid	1
Velador	unid	1
Mesa de mayo	unid	1
Equipo de aspiración	unid	1
Balón de oxígeno	unid	1
Almohadas	unid	4
Colchón antiescaras	unid	1
Escalinata 1 escalón	unid	1
Portasuero	unid	1

- Material Médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Termómetro digital	unid	1
Tensiómetro digital	unid	1
Estetoscopio	unid	1
Pulsoxímetro portátil	unid	1



- Material Médico fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Bata descartable	unid	1
Colchón antiescaras	unid	1
Jeringa 20cc	unid	4
Jeringa de 10cc	unid	3
Tubuladura de aspiración	unid	1
Sonda de aspiración N°14	unid	2
Jeringa de 1cc	unid	1
Agua estéril 1litro	unid	1
Gasa 10x 10cm	Unid	10
Solución yodada espuma	MI	2
Alcohol medicinal 70°	MI	5
Bajalengua	unid	2
Solera descartable	unid	1
Pañal descartable	unid	4
Guantes descartables	Pares	2
Guantes estériles N°7	unid	1
Abocat N°22	unid	2
Abocat N°24	unid	1
Extension Dis	unid	1
Tegader 10x12	unid	1
Volutrol	unid	2
Equipo de infusión con bureta	unid	1
Equipo de venoclisis	unid	1
Sonda nasogástrica	unid	1
Sonda foley	unid	1
Bolsa colectora	unid	1



- Medicamentos

- Se empleará de acuerdo con el criterio del médico tratante. **(Anexo N°1)**

5.3.3 FORMATOS

- Consentimiento informado para la valoración y atención de cuidados paliativos
- Escala de valoración de necesidad de cuidados paliativos
- Escala de valoración del dolor
- Escala de valoración funcional (Karnofsky)
- Check list de identificación temprana de síntomas
- Hoja de evolución del paciente terminal
- Hoja de terapéutica del paciente terminal

V.I CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

- Para poder realizar la valoración y brindar los cuidados paliativos al paciente terminal el personal médico primero se deberá explicar al paciente y familiar en que consiste el proceso además se le entregará el consentimiento informado para la valoración y la atención de los cuidados paliativos (Anexo 2). **(20 minutos)**.
- El proceso dará inicio con la valoración del paciente con posible requerimiento de cuidados paliativos, que será realizada por el personal de enfermería y personal médico con el apoyo del personal técnico de enfermería, para ello se empleará la escala de valoración de necesidad de cuidados paliativos (Anexo 3)
- 1. Es importante realizar la valoración del nivel de dolor que puede estar presentando el paciente para ello se empleará la escala de valoración de EVA (Anexo 4), esto nos permitirá brindar oportunamente el tratamiento analgésico. **(15 minutos)**
- 2. Se realizará la valoración de la funcionalidad del paciente terminal, esto mediante la escala funcional de Karnofsky **(Anexo 5)** donde se evalúa la capacidad de realizar sus actividades diarias, esto nos permitirá identificar la necesidad de un apoyo permanente en el cuidado del paciente. **(15 minutos)**
- 3. Se realizará la valoración de la identificación temprana de síntomas frecuentes que se suelen presentar en los pacientes terminales para ello se empleará el Check list de identificación temprana de síntomas (Anexo 6). **(30 minutos)**
- 4. El personal médico evaluará todas las valoraciones realizadas al paciente e indicará el tratamiento farmacológico pertinente, esto a través de una receta médica y dejando las indicaciones diarias, la medicación será brindada por el personal químico-farmacéutico del hospital (Anexo 7 y 8). En caso de que exista la necesidad de apoyo psicológico el personal de medicina indicará la interconsulta para que el paciente pueda ser atendido por la parte del personal de psicología. **(20 minutos)**
- 5. El personal de enfermería evaluará las valoraciones realizadas al paciente y brindará los cuidados no farmacológicos al paciente esto de acuerdo al cuadro de abordaje no farmacológico de síntomas frecuentes de cuidados paliativos. **(30 minutos)**
- 6. El personal de enfermería y el personal médico evaluarán los cuidados brindados al paciente y educarán a la familia para que puedan realizar el cuidado en casa **(15 minutos)**
- 7. Si se viera que no hay apoyo de los familiares o familiar responsable se apoyará con el licenciado de servicio social para sensibilizar a la familia sobre la condición de su paciente y la importancia del afecto de su familia **(15 minutos)**



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

Pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

Paciente con diagnóstico presuntivo de enfermedad terminal.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que no acepte recibir cuidados paliativos.
- Paciente que no firme el consentimiento informado.

6.4 COMPLICACIONES:

- No poder completar la valoración y tratamiento oportuno por fallecimiento de paciente terminal.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII.RECOMENDACIONES

- La valoración del paciente con enfermedad terminal debe realizarse en un espacio personalizado donde el paciente pueda expresar sus síntomas, dolencias y emociones tranquilamente, en caso que el paciente esté consciente se intentará realizar la valoración primero únicamente con el paciente y luego con el paciente y la familia.
- La valoración y cuidados paliativos planteados en la presente guía deberán realizarse tanto por el personal de enfermería y personal de medicina ya que esto permitirá abordar mejor al paciente y brindarle un cuidado holístico.
- Se brindará adecuadamente las indicaciones para los cuidados en casa del paciente terminal a los familiares responsables garantizando su comprensión y compromiso de seguimiento.

VIII.ANEXOS

- **ANEXO N° 1:** Guía de medicamentos para tratamiento de signos y síntomas, según indicación médica.
- **ANEXO N° 02** Consentimiento informado para la valoración y atención de cuidados paliativos
- **ANEXO N° 03** Escala de valoración de necesidad de cuidados paliativos
- **ANEXO N° 04** Escala de valoración del dolor
- **ANEXO N° 05** Escala de valoración funcional (karnofsky)
- **ANEXO N° 06** Check list de identificación temprana de síntomas
- **ANEXO N° 07** Hoja de evolución del paciente terminal
- **ANEXO N° 08** Formato de indicación medico



ANEXO N° 1: GUÍA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS, SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA.

SÍNTOMA	MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACIONES EN CP	RECOMENDACIONES
Dolor	Ácido acetil salicílico.	100 a 300mg/ día.	Dolor. Antipirético.	Precaución con los pacientes con alteraciones hematológicas.
	Ibuprofeno	Dosis máxima diaria de 2400 mg.	Analgésico. Antipirético. Desinflamatorio	No administrar en niños menores de 3 meses. Administrar el mínimo tiempo posible.
	Acetaminofén	500 a 3000 mg/ día	Analgésico. Antipirético.	Sin efecto antiinflamatorio.
	Hidrocodona	Máx. 6 tabletas al día.	Dolor moderado. Antitusígeno.	Puede combinarse con 1 tableta de acetaminofén en cada dosis.
	Morfina*	Oral generalmente inicia con 3 gotas cada 6 horas. La dosis se ajusta según la respuesta. Ampollas de uso endovenoso y subcutáneo, en dosis titulable.	Dolor moderado a severo. Disnea.	Puede producir estreñimiento, retención urinaria, tolerancia y uso inadecuado. Administrar con precaución en pacientes con enfermedad renal.



SÍNTOMA	MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACIONES EN CP	RECOMENDACIONES
Dolor	Hidromorfona*	Oral dosis de inicio 1,25 mg cada 6 horas, la dosis se ajusta según la respuesta. Ampollas de uso endovenoso y subcutáneo, en dosis tituable.	Dolor moderado a severo. Disnea.	Puede producir estreñimiento, retención urinaria, tolerancia y uso inadecuado.
	Oxicodona*	Dosis oral inicial de 10mg cada 12 horas. Uso también endovenoso y subcutáneo.	Dolor moderado a severo. Disnea.	Puede producir cefalea. La presentación oral es de liberación prolongada.
	Fentanil*	Dosis inicial transdérmica de 12,5, 25, 50 y 100 mcg/h. Ampollas de uso endovenoso y subcutáneo, en dosis tituable.	Dolor moderado a severo.	Presentación en ampollas y parches transdérmicos que no deben cortarse. Cambio de los parches cada 72 horas. El parche no se debe cortar.
	Tapentadol	25 mg cada 12 horas, tab. de liberación prolongada.	Dolor moderado a severo.	Hay presentación de liberación rápida y prolongada.
	Metadona	Dosis inicial de 10mg cada 12 horas.	Dolor severo.	Uso privilegiado para especialistas en cuidados paliativos.
	Buprenorfina	Dosis inicial de 10 mcg/h.	Dolor moderado a severo.	Proteger de la humedad, cambio de parche según presentación. Se pueden cortar.
Broncorrea	Butilbromuro de hioscina	Máximo 120 mg/día	Idealmente usar como prevención de la broncorrea.	
	Atropina	0,3 mg subcutáneo.	Intervalo mínimo de 1 hora entre dosis, valorar frecuencia cardíaca.	
Estreñimiento	Lactulosa	Dosis inicial de 15 mg cada 12 horas.	Sabor muy dulce, diluir para mejorar aceptación.	
	Picosulfato sódico	10 gotas cada día.	No produce cólicos, tiene buena aceptación. Dosis tituable según respuesta.	
	Polietilenglicol	1 o 2 sobres cada día.	Se debe acompañar de alta ingesta de agua.	



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

SÍNTOMA	MEDICAMENTO	DOSIS	INDICACIONES EN CP	RECOMENDACIONES
Diarrea	Loperamida	Dosis inicial de 1 tableta cada 8 horas, máximo 6 al día.	Titulable según respuesta, acompañar de abundante hidratación.	
Mucositis	Morfina*	Analgésico tópico.	Diluir 16 gotas en 100 cc de agua y hacer enjuagues antes de las comidas.	
	Fórmulas magistrales	Uso tópico.	Según preparación: lidocaína+nistatina+sucralfate, usar 3 veces por día.	
Náuseas y vómito	Ondansetrón	Dosis de 8 mg cada 8 horas.	Para mejorar los resultados, administrar 1 hora antes de las comidas principales. Puede producir estreñimiento.	
	Metoclopramida	Dosis máxima 30 mg/día	Aumenta la motilidad intestinal por su efecto proquinético.	
Xeroftalmia (ojo seco)	Gotas hidratantes	1 gota en cada ojo.	Usar entre 4 y 6 veces al día.	
Obstrucción intestinal	Octreotide	Dosis 100-300 mcg cada 8 horas.	Administración subcutánea.	
Anorexia	Dexametasona	4 md/día.	No exceder 5 días de tratamiento. La ampolla se puede tomar vía oral, se puede mejorar el sabor mezclándola con jugo de naranja.	
Hipo	Haloperidol	5-50 gotas 3 veces al día	Esta es la segunda línea de tratamiento, luego del plasil. También se usa como primera línea para el tratamiento del delirium.	
Convulsiones	Midazolam	2 a 3 mg/dosis.	Primera línea del tratamiento de las crisis convulsivas y de agitación. También se usa como segunda línea para el tratamiento del delirium.	
Depresión	Amitriptilina	25-75 mg/día.	Administrar en las noches.	
	Fluoxetina	20 mg/día.	Administrar en las mañanas. También se usa como coadyuvante en analgesia.	



ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VALORACIÓN Y



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOS PALIATIVOS

Antecedentes del paciente: _____

Nombre: _____ Edad: _____

DNI: _____

Diagnósticos del paciente: _____

Bajo el amparo de la ley 21375 " Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves en el contexto de la situación terminal del paciente: _____

con DNI n° _____

establecido a través de la apreciación clínica y de los protocolos establecidos de cuidados paliativos y ante la necesidad o demanda de sus familiares se establece el siguiente consentimiento informado de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos se establecen en pacientes quienes padeciendo una enfermedad terminal se encuentran en estado severo o muy avanzado de la misma, con pronóstico terminal y sin posibilidad de recuperación de la enfermedad.

Bajo estos cuidados se establece que el paciente requiere manejo de su sufrimiento y padecimiento a través del manejo sintomático con los recursos disponibles en el hospital José Aguirre Tello de Chosica, evitando medidas que prolonguen artificialmente su sufrimiento. Esto involucra una proporcionalidad del esfuerzo terapéutico , entendido como la acción de establecer o fijar límites , de detenerse o no iniciar, reducir o restringir y no debe confundirse con medidas que terminen o suspendan el bienestar del paciente , puesto que a pesar de que la condición del paciente esté irreparablemente dañada , siempre se contemplan cuidados básicos de enfermería, no permitir dolor ni sufrimiento del paciente, ni abandono por parte del equipo de salud y se debe permitir el acompañamiento del paciente.

Declaro que habiendo comprendido la información que ha sido entregada, se me ha permitido realizar preguntas y aclarar dudas; con la indicación que siempre puedo solicitar mas información en caso que existan dudas en ese contexto y se me ha explicado que puedo revocar el deseo de revocar el consentimiento.

En consecuencia, el equipo médico ha decidido en conjunto con mi parecer favorable y para un mejor cuidado del paciente terminal, realizar la valoración del paciente y brindar los cuidados necesarios con los procedimientos necesarios que permitan aliviar el dolor y brindar un cuidado de calidad del paciente terminal.

DATOS DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador responsable del paciente: _____

DNI: _____ Edad: _____

Parentesco _____ con _____ el _____ paciente: _____



ATENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

ANEXO N° 3 : ESCALA SPICT-ES DE VALORACIÓN DE NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

SPICT-ES™

Tabla N° 6. Instrumento Indicador de Cuidados Paliativos y de Soporte (SPICT-ES™).

IDENTIFIQUE SI EXISTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES INDICADORES GENERALES DE MALA SALUD O DETERIORO.		
Mal estado general o deterioro funcional progresivo, con escasas expectativas de mejora.		
Hospitalización no programada en dos o más ocasiones los últimos 6 meses.		
Pérdida de peso en los últimos 3 a 6 meses o índice de masa corporal < 20.		
Persistencia de síntomas de difícil control a pesar del tratamiento adecuado de las causas subyacentes.		
Está institucionalizado o precisa cuidados para permanecer en casa.		
Solicitud por parte del paciente de cuidados de soporte o paliativos o la retirada del tratamiento.		
IDENTIFIQUE SI EXISTEN INDICADORES CLÍNICOS DE UNA O VARIAS CONDICIONES ASOCIADAS AL FINAL DE LA VIDA.		
Cáncer Deterioro funcional debido a la progresión de la enfermedad oncológica. Demasiado frágil para el tratamiento del cáncer o tratamiento con objetivo sintomático.	Enfermedad cardíaca o vascular Insuficiencia cardíaca o enfermedad coronaria extensa e intratable; disnea o dolor torácico de reposo o a mínimos esfuerzos. Enfermedad vascular periférica grave e inoperable.	Enfermedad renal Enfermedad renal crónica en estadio 4 o 5 (TFG <30ml / min) con deterioro del estado de salud. Insuficiencia renal que complica otras condiciones asociadas al final de la vida o otros tratamientos. Detener o no iniciar la diálisis.
Demencia/Fragilidad Incapaz de vestirse, caminar o comer sin ayuda. Disminución de la ingesta (comida y bebida). Dificultad para tragar. Incontinencia urinaria y fecal. Pérdida de la capacidad para hablar; escasa interacción social. Caídas frecuentes; fractura de fémur. Episodios febriles o infecciones recurrentes; neumonía aspirativa.	Enfermedad respiratoria Enfermedad pulmonar grave y crónica; disnea de reposo o a mínimos esfuerzos entre exacerbaciones. Insuficiencia respiratoria persistente que requiere oxigenoterapia crónica. Insuficiencia respiratoria que requiere de ventilación mecánica o contraindicación de ventilación.	Enfermedad hepática Cirrosis, con una o más complicaciones en el último año: • Ascitis resistente a los diuréticos • Encefalopatía hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonitis bacteriana • Hemorragia recurrente por varices esofágicas El trasplante hepático no es posible



ANEXO N° 4: ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Escala numérica del dolor										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hacia de instrucciones a la persona se le pide que valore su dolor entre 0 (nada de dolor) y 10 (el peor dolor imaginable) por el dolor que tanto dolor está sintiendo										
										El peor dolor imaginable



0	2	4	6	8	10
Muy contento, sin dolor	Siente sólo un poquito de dolor	Siente un poco más de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

ANEXO N° 5: ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL (KARNOFSKY)

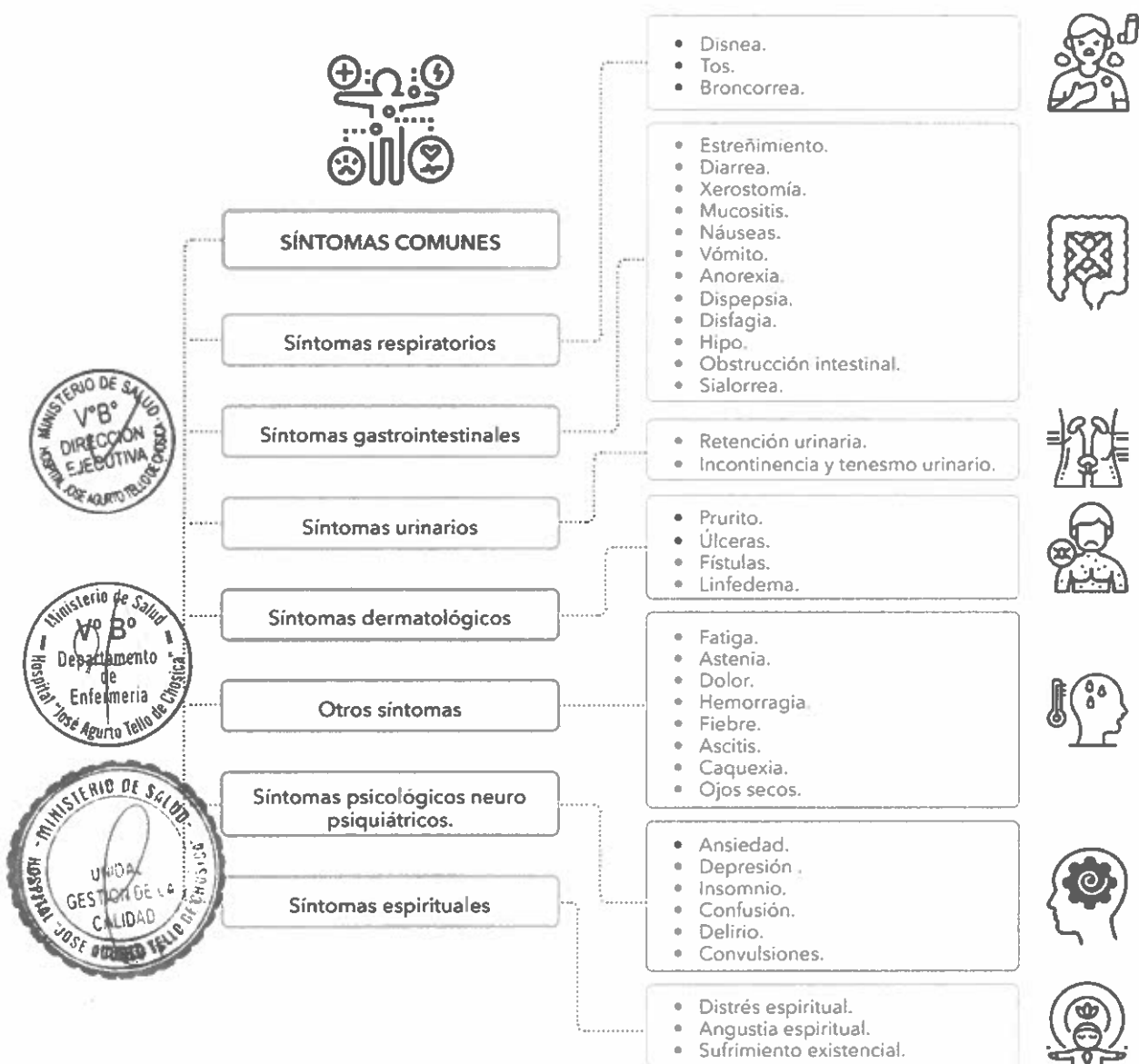
Índice de Karnofsky

Tabla N°8. *Escala de valoración funcional Karnofsky.*

100	Normal, sin quejas, ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos y síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especial.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.



ANEXO N° 6: CHECK LIST DE IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE SÍNTOMAS
(SE COLOCARÁ UN CHECK EN CADA SIGNO O SÍNTOMA IDENTIFICADO EN EL PACIENTE)



ANEXO N° 8:HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS

Hoja de Indicaciones Médicas

Hoja No.

UNIDAD MÉDICA		N° EXPEDIENTE	
NOMBRE DE LA O EL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE ISM)		EDAD	GENERO ☐ MASC ☐ FEM
SERVICIO		FECHA	HORA

FECHA	HORA	INDICACIONES MÉDICAS	NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO TRATANTE



IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-PAHO. Cuidados paliativos [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- 2.- González DAC., Jiménez DA, Rojas EM, Velasco LR, Chávez MA, Coronado SA. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Rev. Mex. Anestesiología.2018. 41(1).1-7 [Internet]. (citado el 31 de marzo de 2024). Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/99726023/Correlaciones_de_las_escalas-libre.pdf?1678585599=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEscalas_de_dolor_en_el_postoperatorio.
- 3.- Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011.[Internet]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/escala-de-rendimiento-de-karnofsky>
- 4.- Runzer FM, Parodi JF, Pérez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. Acta médica Perú [Internet] 2019;36(2):134–44. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200010
- 5.Unicef. Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje del duelo. [Internet]. Disponible en: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/3191/file/Manual%20sobre%20Duelo.pdf>
- 6.- Bonacina R., Tedeschi , Cullen C Cuidado Paliativo. Guías de tratamiento para enfermería. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/manualenfermeria.pdf>



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CURACIÓN DE ÚLCERA DE DECÚBITO I, II, III DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

IV. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de curación de Úlcera de Cubito I, II y III (Lesiones por Presión/ Úlceras por Presión) a los pacientes del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

II. OBJETIVOS

- Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico en Curación de Úlcera de Cubito I, II y III (LPP/UPP) y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras por parte del equipo de salud responsable del tratamiento y cuidado de los pacientes.
- Proporcionar pautas detalladas sobre las mejores prácticas en el cuidado de úlceras por presión, incluyendo evaluación inicial, tratamiento y seguimiento.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Guía de Procedimientos está dirigida a Departamento de Enfermería, Hospitalización de Medicina y otros servicios correspondientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del Procedimiento medico:

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

Nombre del Procedimiento medico:	Código CPMS
Curación de Úlcera de Cubito I	15884
Curación de Úlcera de Cubito II	15885
Curación de Úlcera de Cubito III	15886

4.3 Tiempo del Procedimiento:

Dependiendo de la Categoría o Estadio de la Lesión de 30' minutos a 1hr.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Úlcera por Presión:** Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión prolongada, fricción entre dos planas duras, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial¹
- **Escala de Valoración de Riesgo de LPP:** Es un instrumento que establece una puntuación o probabilidad de riesgo de desarrollar úlceras por presión en un paciente, en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. Se realiza al ingreso hospitalario y de forma periódica durante la estancia del paciente, continuando hasta el alta.⁷

- **Escala de Norton:** Es una escala validada que considera 5 parámetros, estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico.⁷

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **GNEAUPP:** Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; España. Grupo interdisciplinario que tiene como principales objetivos dimensionar el problema de las úlceras por presión (hoy LPP) y otras heridas crónicas.⁵
- **Presión:** Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante.⁴
- **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.⁹
- **De pinzamiento vascular /Tracción o Cizallamiento:** Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.⁹
- **Esfacelo:** Es un tejido muerto, necrótico, que puede tener un color blanco o negro y que se encuentra en las heridas. Su presencia es un obstáculo para la cicatrización de las heridas.⁹
- **Preparación del lecho de Herida Método TIME:** Se define como una forma de tratamiento global de las heridas, que acelera la cicatrización endógena o facilita la eficacia de otras medidas terapéuticas.⁶
- **Localización de LPP/UPP :** Son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo). Localizaciones más frecuentes.³
- **Lesiones:** Área de tejido anormal o dañado debido a un traumatismo, infección o enfermedad. Las más frecuentes: el sacro, los trocánteres, glúteos, los talones, escapulas, isquion, maléolos internos y externos, región occipital, codos, crestas ilíacas, orejas, apófisis espinosas, cara interna y externa de las rodillas y Bordes laterales de los pies son las localizaciones más frecuentes.⁶
- **Categoría I: eritema no blanqueable:** Piel intacta con un área localizada de eritema y/o enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea (aunque también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos). El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. El enrojecimiento no blanqueable puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura, por lo que es necesario valorar los cambios de temperatura, induración y edema de los tejidos.⁸
- **Categoría II: úlcera de espesor parcial:** Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelos. En esta categoría pueden darse confusiones con otras lesiones como las relaciones con la humedad o la fricción.⁸
- **Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel:** Pérdida de espesor total de la piel en la que el tejido adiposo es visible en la úlcera y es frecuente observar tejido de granulación y epibole (bordes enrollados de la herida). Esfacelo y/o tejido necrótico (húmedo o seco), que no oculta la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y/o tunelizaciones. La profundidad del daño tisular varía según la ubicación anatómica; las áreas de adiposidad significativa pueden desarrollar heridas profundas. Pueden ocurrir socavamientos y túneles. La fascia, el músculo, el tendón, el ligamento, el cartílago y/o el hueso no están expuestos.⁸



- **Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos:** Pérdida total de espesor de la piel y tejidos, con exposición de fascia, músculo, tendón, ligamento, cartilago o hueso ya sea en forma directa o palpable en la úlcera. Puede presentar esfacelo y/o escara visible. A menudo se producen epíboles (bordes enrollados), socavamientos y/o túneles. La profundidad varía según la ubicación anatómica.⁸
- **LPP no clasificable:** Pérdida de espesor total de piel o tejido en la que no se puede determinar la extensión del daño tisular dentro de la úlcera porque está cubierto por esfacelo o por escara. Si se elimina el esfacelo o la escara, se revelará una lesión por presión categoría III o IV.⁸
- **LPP en tejidos profundos:** Piel intacta o no intacta con un área localizada de decoloración persistente de color rojo intenso, granate o púrpura que no palidece o separación epidérmica que revela un lecho oscuro de la herida o una ampolla con contenido hemático. El dolor y el cambio de temperatura a menudo preceden a los cambios de color de la piel. Esta lesión resulta de una presión intensa y/o prolongada y a las fuerzas de cizallamiento en la interfaz hueso-músculo.⁸

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Interno de Medicina.
- 1 Licenciada de Enfermería.
- 1 Técnica en Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

DESCRIPCIÓN	MATERIALES A UTILIZAR	Unidad de medida	CANTIDAD
EQUIPO BIOMEDICOS, INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO	Coche de Curaciones	unid	1
	Biombos	unid	1
	Lámpara de cuello de Ganso	unid	1
	Cama Hospitalaria	unid	
MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE	Equipo de Curación	unid	1
	Riñonera Estéril	unid	1
MATERIAL MEDICO FUNGIBLE	Guantes Estériles	Par	2
	Jeringa de 20ml.	Unidad	1
	Gasas estériles 10x10	Paquete	4
	Esparadrapos	unid	1
	Agujas	unid	1
	Mandilón descartable	unid	1
	Mascarilla descartable	unid	1
	Gorro descartable	unid	1
	Lentes protectores	unid	1
	Almohadas	unid	3
	Colchón neumático	unid	1
	Cremas hidratante	unid	1
	Tegadrem 10x10	unid	1
MEDICAMENTOS	Suero Fisiológico 9%	unid	2
	Agua destilada	unid	2
	Clorexidina 2%	unid	1
	Sulfadiazina de Plata	unid	1
	Apósito hidrocoloide	unid	1
	Protector Cutáneo Cavilon	unid	1

5.3.3. FORMATOS:

- Hoja de valoración de riesgo de presentar LPP/UPP.
- Anotaciones de Enfermería.
- Hoja de Valoración.
- Kardex.
- Historia Clínica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

ENFERMERA (O) y/o TECNICO ENFERMERIA	- Identificación del Riesgo: 5 minutos - Se registrará el Riesgo de LPP/UPP marcando en el cartel de identificación que se encuentra en cada unidad del paciente. - Así mismo en las hojas de Registro de valoración inicial del paciente deberá registrarse dicha puntuación de la Escala de Norton. - Reconocer factores de riesgo Extrínseco e Intrínseco para actuar disminuyendo o evitando el contacto de la piel. - Comunicar a la familia y al médico los resultados de la valoración física, sobre todo si <i>hay</i> presencia de úlceras por presión.
TÉCNICO DE ENFERMERIA	- Para minimizar el efecto de la presión como causa de las LPP/UPP hay que considerar: 10 minutos - Evitar el uso de pañales ajustados. - Después del baño mantener seco zonas de presión y zonas de pliegues. - Aplicar apósitos, geles polvos, cremas hidratantes, aceites si el paciente tiene la piel seca, no utilizar colonias, alcohol, talco. - Mantener las sábanas, lisas sin arrugas, ni objetos, que produzcan presión sobre la piel. - Aplicar protectores para codos y talones si procede. - Es necesario asegurar un estado de nutrición e hidratación adecuadas, ya que la desnutrición/deshidratación son considerados por diversos estudios como factores de riesgo de formación de úlcera por presión. - Los pacientes en riesgo de desarrollo de LPP/UPP o que ya la presentan requieren de una dieta hiperproteica y el aporte de nutrientes que faciliten la cicatrización.



	- Movilización - Fomentar la movilización del paciente en la medida de sus posibilidades - Proporcionar dispositivos de ayuda según la situación del paciente (barandillas, andador bastones). - Si la situación del paciente no lo permite realizar movilizaciones pasivas y/o pasivas asistidas 3 o 4 veces al día. Cambios posturales - Los cambios posturales (siempre que no esté contraindicado) los realizaremos Cada 2 - 3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada. Cuando esté sentado las movilizaciones deben ser horarias. Si puede realizarlo autónomamente. Cuando realicemos los cambios posturales debemos tener en cuenta los siguientes puntos: - No apoyar al paciente directamente sobre sus lesiones ni prominencias óseas, también evitaremos el contacto directo entre prominencias óseas, utilizando almohadas o cualquier superficie blanda. - Vigilar el alineamiento corporal, el equilibrio del paciente y la distribución del peso. - Procurar realizar las movilizaciones del paciente evitando el arrastre, evitando las fuerzas tangenciales, la fricción o cizallamiento. - En decúbito lateral, hay que evitar que sobrepase los 30°. - Hay que evitar elevar la cabecera de la cama, pero si hay que hacerlo que sea lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo. - Valore las zonas de riesgo en cada cambio postural. (Utilización de superficies de apoyo, protección local ante la presión) - Hidratar la piel en cada cambio postural sin masajear las prominencias óseas. - Utilizar reloj de cambios posturales para prevención de UPP. - Considerar Superficies especiales de manejo de presión (SEMP). - En caso de que el paciente presente úlceras por presión, identificar el grado y realizar la curación de acuerdo a guía de tratamiento.
--	--



	- CURACIÓN DE LESION POR PRESION/ÚLCERA POR PRESIÓN SEGÚN ESTADIO
ENFERMERA (O) y/o TECNICO DE ENFERMERIA	ESTADIO I: Mas o menos 10 minutos - Lavado de manos 60ss - Explicar al paciente el procedimiento a realizar. - Cuando la edad o la condición cognitiva del paciente permitan el acompañamiento del cuidador el procedimiento será explicado a ellos. - Valorar la lesión una vez por turno. - Mantener la zona afectada seca e hidratada. - En el caso que existiera la posibilidad de humedad utilizar protector o barrera cutánea en las zonas expuestas a humedad. - Colocar sobre la zona de presión un apósito de poliuretano o un apósito hidrocélular a fin de reducir la presión en el área y/o de la prominencia ósea. - Cambios posturales cada dos horas uso de reloj, Si el paciente no está limitado se le educa al paciente para que colabore en los cambios de posición. - Uso de SEMP como colchones visco elásticos, colchón neumático alternante, superficies de polímeros en cojines acorde al área.
ENFERMERA y/o TÉCNICO DE ENFERMERIA	ESTADIO II: un aproximado de 15 minutos. - Explicar al paciente el procedimiento a realizar. - Cuando la edad o la condición cognitiva del paciente permitan el acompañamiento del cuidador el procedimiento será explicado a ellos. - Preparar coche de curaciones con todos los materiales que se utilizaran en la curación de la UPP. - Lavado de manos 60ss. - Calzado de guantes estériles. - Limpiar la zona con agua destilada. - Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera por presión. - Si presenta flictenas, aspirar contenido. - Secar minuciosamente la zona. - Colocar apósito hidrocoloide y fijar con tegadem que se mantendrá por 72 horas. - Valorar la lesión una vez por turno. - Mantener la zona afectada seca e hidratada. - En el caso que existiera la posibilidad de humedad utilizar protector o barrera cutánea en las zonas expuestas a humedad. - Colocar sobre la zona de presión un apósito de poliuretano o un apósito hidrocélular a fin de reducir la presión en el área y/o de la prominencia ósea. - Cambios posturales cada dos horas uso de reloj, Si el paciente no está limitado se le educa al paciente para que colabore en los cambios de posición. - Uso de SEMP como colchones visco elásticos, colchón



	neumático alternante, superficies de polímeros en cojines acorde al área.
ENFERMERA y/o INTERNO DE MEDICINA   	ESTADIO III: un aproximado de 20 minutos. - El cuidado de las UPP de grado III se debe contemplar: - o Verificar las medidas preventivas para la zona perilesional. - o La preparación del lecho de la herida y cura de la misma. - Explicar al paciente el procedimiento a realizar. - Cuando la edad o la condición cognitiva del paciente permitan el acompañamiento del cuidador el procedimiento será explicado a ellos. - Preparar coche de curaciones con todos los materiales que se utilizarán en la curación de la UPP. - Lavado de manos 60ss. - Calzado de guantes estériles. - Retiro de apósitos, desprender los extremos del apósito sin dañar la piel e incomodar al paciente. - Observar el contenido del drenaje valorando características, cantidad, coloración y olor del exudado. - Retirar guantes contaminados y calzar nuevos guantes estériles. - Limpiar la zona con agua destilada. - Utilizar gasa estéril y embeber con Clorexidina al 2% y colocar sobre la lesión (UPP) y dejar que actúe de 5 a 10 minutos luego seguir con el procedimiento. - Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera por presión. - Utilizar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de bacterias y restos de curas anteriores, evitando traumatismos en el tejido sano. - Luego irrigar con abundante agua destilada en forma de espiral, del centro de la lesión hacia los bordes hasta que la lesión este limpia. - Secar minuciosamente la zona. - Colocar apósito hidrocoloide y fijar con tegadem que se mantendrá por 72 horas. - Valorar la lesión una vez por turno. - Mantener la zona afectada seca e hidratada. - En el caso que existiera la posibilidad de humedad utilizar protector o barrera cutánea en las zonas expuestas a humedad. - Colocar sobre la zona de presión un apósito de poliuretano o un apósito hidrocélular a fin de reducir la presión en el área y/o de la prominencia ósea. - Cambios posturales cada dos horas uso de reloj, Si el paciente no está limitado se le educa al paciente para que colabore en los cambios de posición.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Uso de SEMP como colchones visco elásticos, colchón neumático alternante, superficies de polímeros en cojines acorde al área. |
|--|---|

6.2. INDICACIONES:

6.2.1. Indicaciones absolutas

- A todos los pacientes atendidos por Lesión por presión/Ulcera por presión en los diferentes servicios de hospitalización, UCI, Emergencia, Centro quirúrgico del Hospital José Agurto Tello.

6.2.2. Indicaciones relativas

- Aplicable a pacientes que presenten signos de LPP/UPP de categoría I, II.
- Pacientes con permanencia a dispositivos médicos.

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- En pacientes post operados de cirugía cardiaca, politraumatizados o con intervenciones neuroquirúrgicas, inestabilidad hemodinámica, compromiso respiratorio que desaturan durante los cambios posturales.
- Pacientes que presentan fracturas o lesiones graves en miembros superiores o inferiores
- Pacientes susceptibles a la composición de los insumos con permanencia de dispositivos médicos localizados en zonas afectadas.

6.4. COMPLICACIONES:

- Dolor
- Sepsis
- Osteomielitis
- Aumento de la Estancia Hospitalaria
- Aumento de los gastos económicos, recursos humanos y materiales para la institución.
- Alteraciones sensoriales por motivos del aislamiento del entorno.
- Lesiones de los plexos nervosos, vasculares, riesgos de tromboembolismos.
- Lesiones Isquémicas: Contracturas isquémicas de los músculos después de tiempos prolongados
- Otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad Debilidad, pérdida de fuerza, deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia

6.5. NIVEL DE ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio

VII. RECOMENDACIONES:

- Valorar siempre las zonas de presión.
- Valoración minuciosa al ingreso del paciente Adulto mayor.
- Registrar las lesiones por presión mediante fichas y fotografías
- Valorar estado nutricional e hidratación del paciente ya que la desnutrición/deshidratación son considerados como factores de riesgo de formación de úlcera por presión.

- Educación continua al equipo de salud.
- Valorar comorbilidades y medicación que aumenta el riesgo de desarrollar LPP/ UPP.
- Identificar a los pacientes con riesgo de padecer Lesión por presión/ Úlcera por presión y evitar su incidencia durante su estancia hospitalaria.
- Identificar criterios en la valoración, prevención y tratamiento de las lesión por presión / úlceras por presión según el Proceso de Atención de Enfermería
- Informar y Educar a la familia del paciente a fin de mantener la continuidad de los cuidados

VIII. ANEXOS

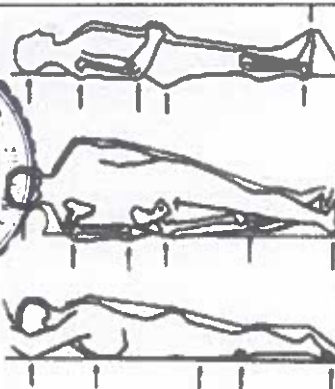
- **ANEXO N° 01:** Tabla de Factores de riesgo
- **ANEXO N° 02:** Tabla de cambios fisiopatológicos y manifestaciones clínicas
- **ANEXO N° 03:** Localizaciones más frecuentes de las UPP según la posición.
- **ANEXO N° 04:** Fomentar los movimientos y cambios posturales para evitar UPP
- **ANEXO N° 05:** Categorías y/o estadios de las úlceras por presión
- **ANEXO N° 06:** La puntuación de la Escala de Norton.
- **ANEXO N° 07:** Hoja de valoración de enfermería y identificación del paciente
- **ANEXO N° 08:** Realizar la evaluación de la lesión según el método TIME



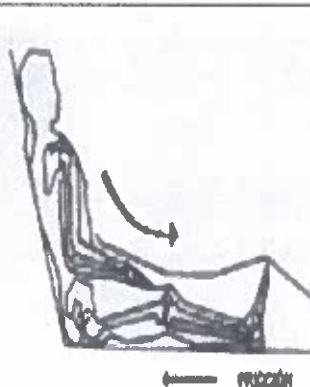
ANEXO N° 01: FACTORES DE RIESGO

FISIOPATOLÓGICOS	DERIVADOS DEL TRATAMIENTO	SITUACIONALES Y DEL ENTORNO
Originados como consecuencia directa de algún problema de salud o proceso de maduración. • Edad: pérdida elasticidad de la piel • Lesiones cutáneas: edema, sequedad piel, pérdida de elasticidad. • Trastornos del transporte de oxígeno: • Patologías cardiovasculares: trastornos circulatorios (isquemia periférica, hipotensión arterial, éxtasis venoso...), trastornos vasculares profundos (trombosis, arterioesclerosis...). • Patologías hematológicas: anemia. • Patologías respiratorias: EPOC; enfisema. • Alteraciones nutricionales por defecto o por exceso o metabólicas: delgadez, desnutrición, deshidratación, hipoproteinemia, obesidad, diabetes. • Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones. • Alteraciones del estado de conciencia: estupor, confusión, coma. • Alteración de la eliminación: incontinencia urinaria y/o fecal	Tienen como causa determinadas terapias o procedimientos diagnósticos • Tratamiento con efectos inmunosupresores: radioterapia, corticoides, citostáticos... • Tratamiento con sedantes: benzodiazepinas. • Quirúrgicos: cirugía de larga duración, hipotermia, pincelado del campo quirúrgico, concentración del antiséptico. • Dispositivos/aparatos: tracciones, escayolas, respiradores, sondas...	Aquellos factores que incluyen las actuaciones externas sobre el paciente • Inmovilidad por dolor, fatiga, estrés. • Arrugas en la ropa de cama, pijama, camisón. • Falta de higiene • Desconocimiento de los factores de riesgo y prevención. • Uso inadecuado de materiales. • Ausencia de criterios unificados por el personal sanitario. • Falta de formación y/o información específica de los profesionales.

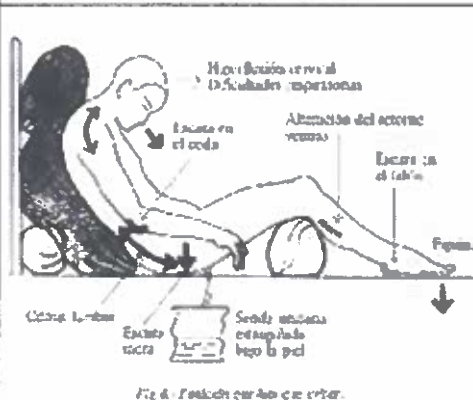
Fuerza de Presión



Fuerza de Fricción



Posición de Fowler

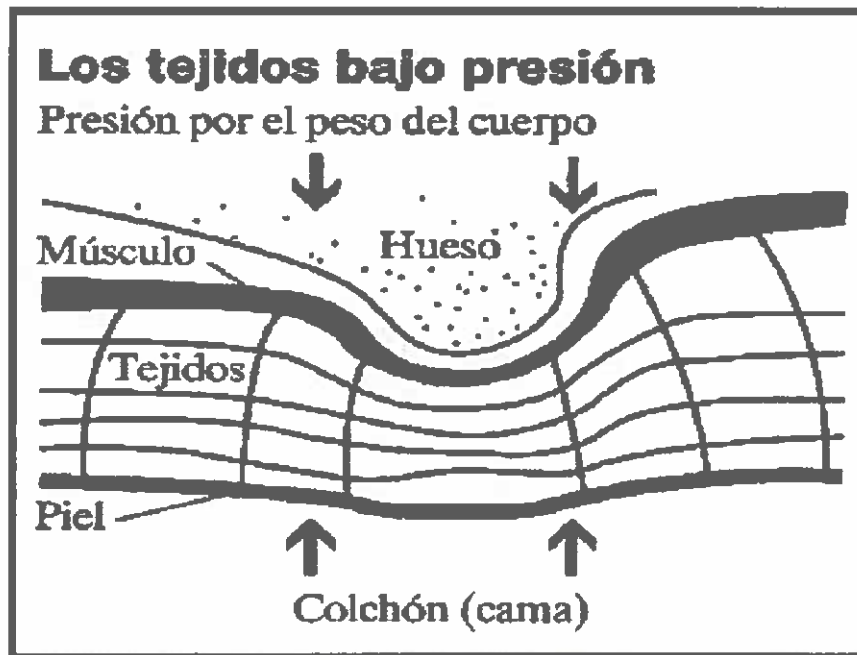


ANEXO N° 02: CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

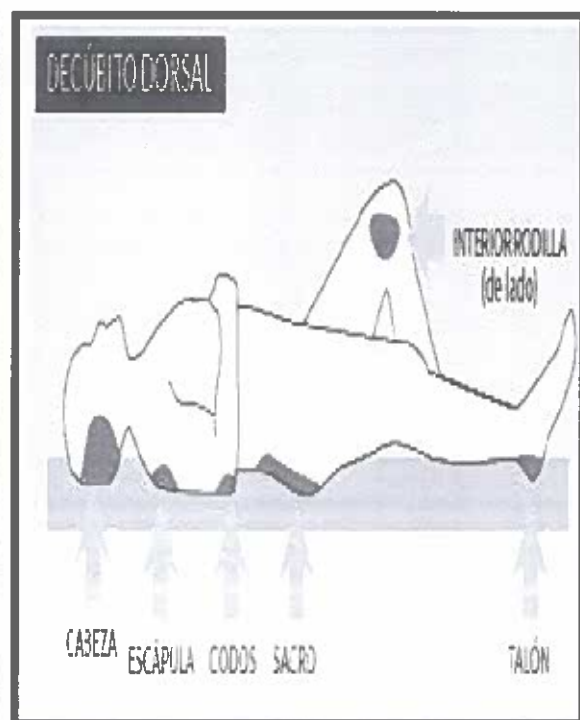
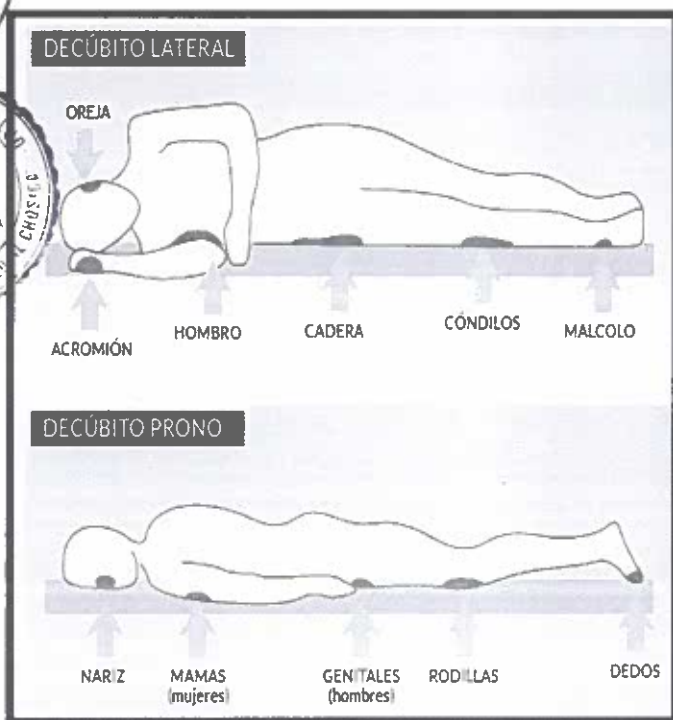
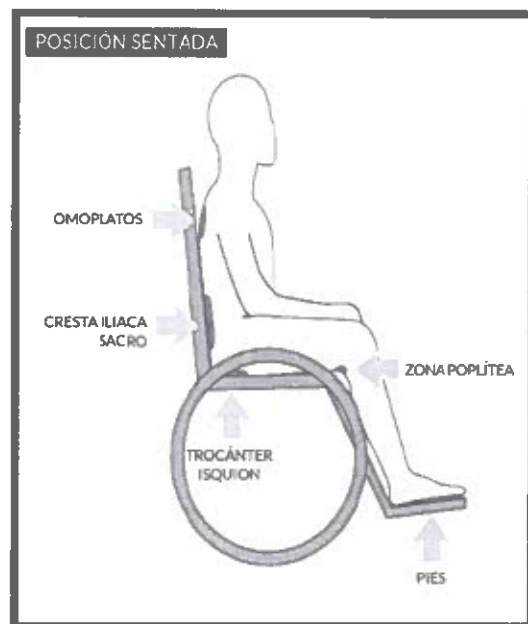
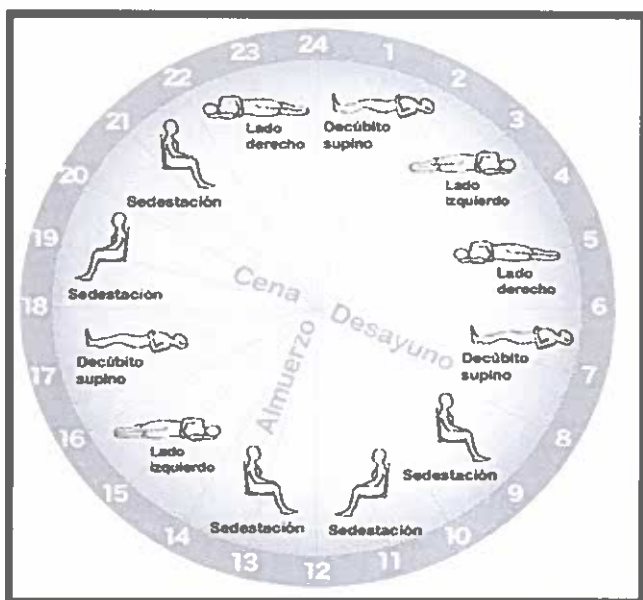
Estadía	Cambios fisiopatológicos	Lo que se ve o siente
Hiperemia reactiva	La sangre vuelve a fluir a los tejidos tras retirar la presión	Enrojecimiento que desaparece cuando se retira la presión
Hiperemia que no palidece	Se interrumpe la micro-circulación capilar	Enrojecimiento que permanece y que no blanquea al presionar con los dedos
Edema	Los capilares se rompen y dañan los vasos linfáticos.	Hinchazón
Necrosis	Muerte celular con destrucción tisular	Decoloración
Úlcera visible	Continúa la muerte celular con destrucción tisular	Herida blanca y esponjosa, apariencia de esfacelo



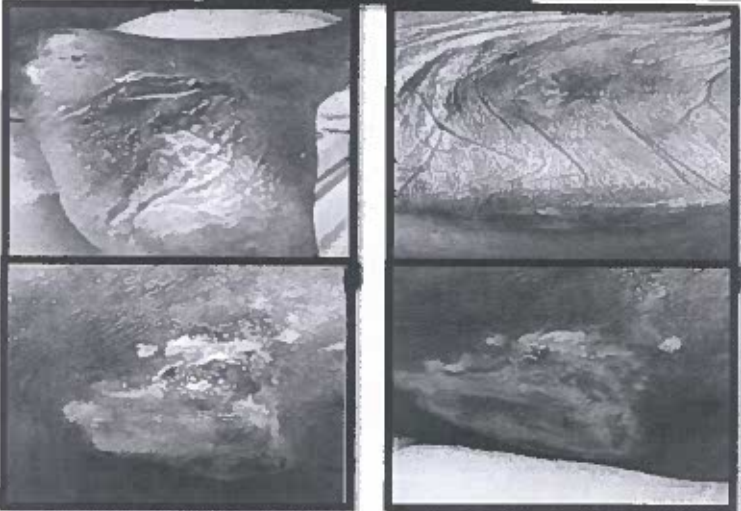
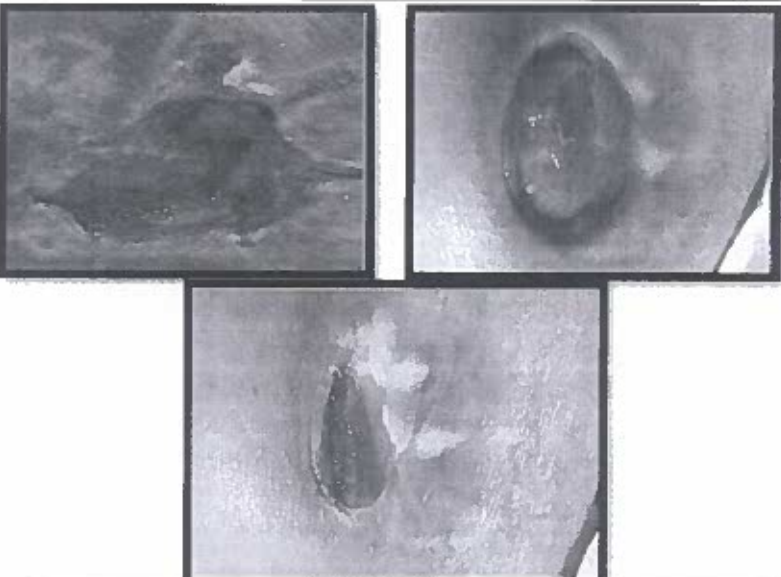
ANEXO N° 03: LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS UPP SEGÚN LA POSICIÓN



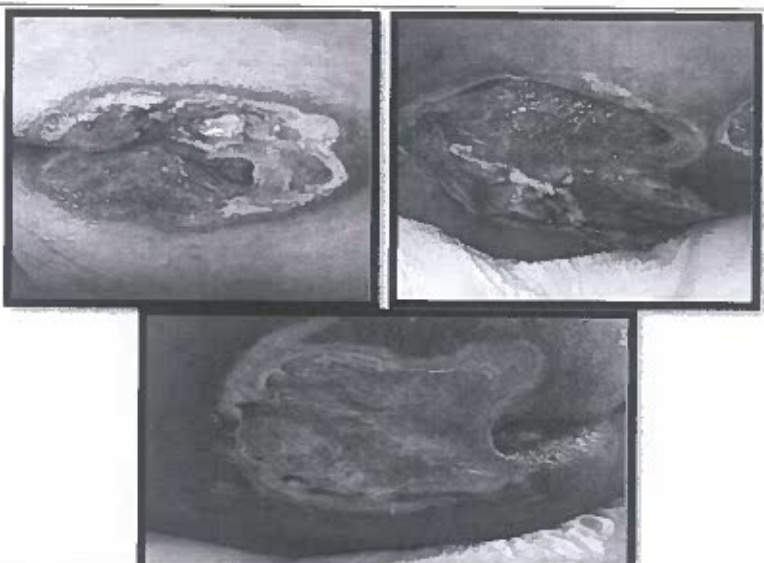
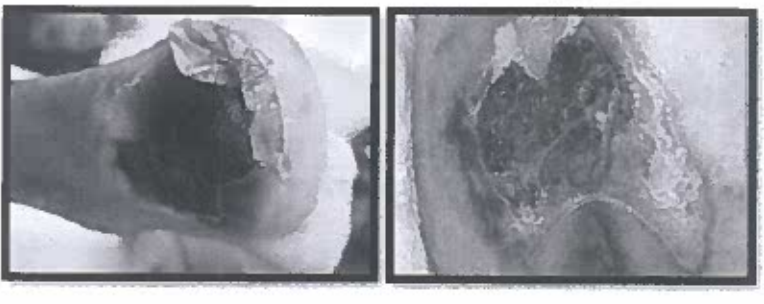
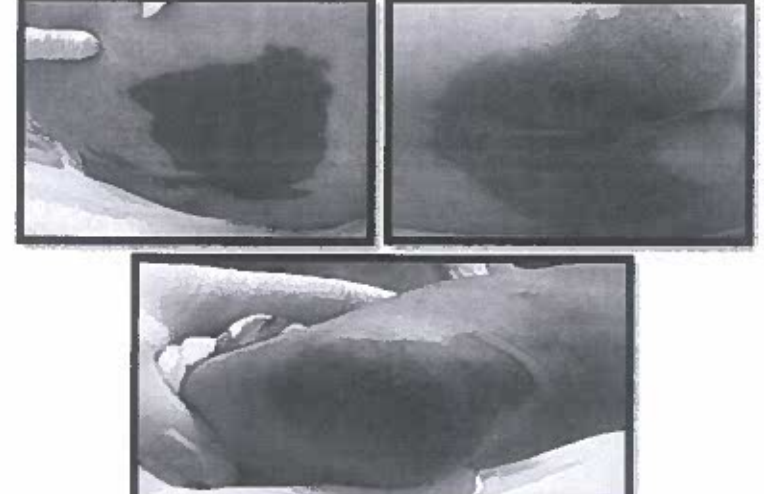
ANEXO N° 04: FOMENTAR LOS MOVIMIENTOS Y CAMBIOS POSTURALES PARA EVITAR UPP



ANEXO N° 05: CATEGORÍAS Y/O ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Categoría I: ERITEMA NO BLANQUEABLE	
Categoría II: ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL	
Categoría III: PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL	



Categoría IV: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LOS TEJIDOS	
LPP no clasificable	
LPP en tejidos profundos	



PROCESO DE FORMACIÓN Y ESTADIOS DE EVOLUCIÓN			
Estadios	Signos	Afectación	
Estadio I (úlceras de 1er grado)	-Eritema que no desaparece cuando cesa la presión, en piel intacta. -Suele ser indolora.	Lesión de la epidermis y de la dermis.	
Estadio II (úlceras de 2º grado)	-Piel agrietada. -Vesículas. -Abrasión.	Lesión epidérmica y dérmica más profunda y comienzo de la afectación hipodérmica.	
Estadio III (úlceras de 3er grado)	-Pérdida de continuidad de la piel. Lesión con aspecto de cráter. -Escara. -Dolorosa.	Necrosis o muerte celular. Extensión de la lesión hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla.	
Estadio IV (úlceras de 4º grado)	Aumento de la extensión y profundidad con necrosis de la úlcera	Daño muscular, óseo o de otras estructuras.	



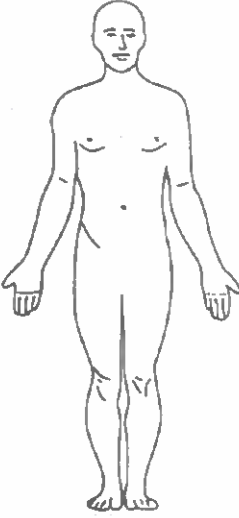
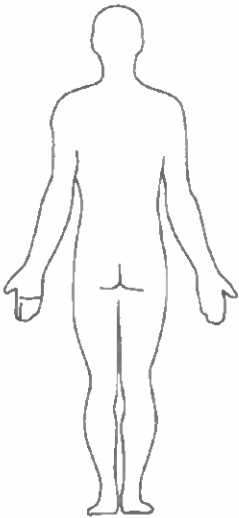
Características	Lesiones por presión y/o cizalla	Lesiones por humedad	Lesiones por fricción
Localización	Prominencias óseas o en tejidos blandos sometidos a presión por dispositivos externos	Cualquier zona expuesta a humedad	Cualquier zona expuesta a fricción.
Profundidad	Según categoría	Lesiones superficiales	Lesiones superficiales
Bordes	Bien delimitados	Difusos	Delimitados
Forma	Regular, redondeada o con forma del dispositivo clínico. Lesión limitada a una sola zona	Irregular, lesiones en espejo, varias zonas.	Lineal, siguiendo los planos de deslizamiento.
Necrosis	Si	No	No
Coloración	Eritema no blanqueable	Enrojecimiento no uniforme, distintas intensidades	Rojo, pudiendo haber flictenas
Ejemplo			

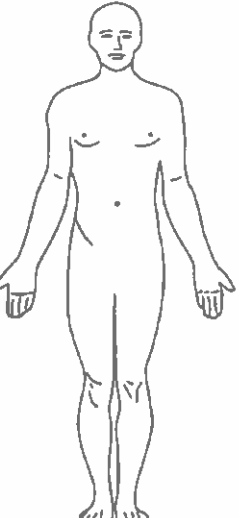
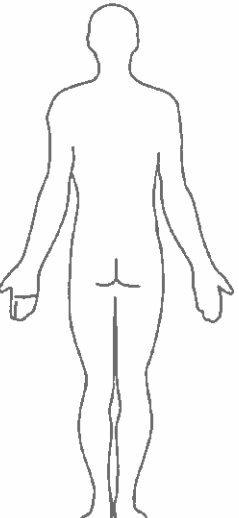
ANEXO N° 06: LA PUNTACIÓN DE LA ESCALA DE NORTON

ESCALA DE NORTON				
CONCEPTO	Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton, en 1962, en el ámbito de la geriatría. Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia.			
ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
Bueno - 4 Buen estado nutricional e hidratación	Alerta - 4	Ambulante - 4	Plena - 4	Ausencia - 4
Débil - 3 Aspecto seco de piel Relleno capilar lento	Apático - 3 Órdenes sencillas Mal Orientados	Necesita ayuda - 3	Disminuida - 3 Requiere ayuda	Ocasional - 3
Malo - 2 Ligera deshidratación y edematización, + Tª Lengua pastosa	Confuso - 2 Dormidos	Sentado - 2	Muy limitada - 2	Urinaria o fecal - 2 Falla uno de los dos esfínteres
Muy malo - 1 Deshidratación y desnutrición	Estupor/coma - 1 No respuestas Respuesta al dolor	Encamado - 1	Inmóvil - 1	Fecal y urinaria - 1 Fallan los dos
VALORACIÓN	Valores desde 4 hasta 20: entre 5/11, riesgo elevado; entre 12/14, existe riesgo; entre 15/20, riesgo mínimo.			



PREVENCIÓN					
NORTON MODIFICADA					
ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	TOTAL	AMBULANTE	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	Ocasional	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA o FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA y FECAL	1
Puntuación de 5 a 9 — RIESGO ALTO.		Puntuación 13 a 16 — RIESGO BAJO.			
Puntuación de 10 a 12 — RIESGO MEDIO.		Puntuación MAYOR de 16 — NO RIESGO.			

IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE		DESCRIPCIÓN DEL SUCESO	
		FECHA:	
		HORA:	

IDENTIFICACIÓN EN EL PACIENTE		DESCRIPCIÓN DEL SUCESO	
		FECHA:	
		HORA:	
			TUR.



ANEXO N° 08: REALIZAR LA EVALUACIÓN DE LA LESIÓN SEGÚN EL MÉTODO

CURA DE HERIDA siguiendo el "Concepto TIME"		
T	Tejido necrótico	Desbridar
I	Infección	Disminuir carga bacteriana
M	Exudado	Control de exudado
E	Epitelización	Aproximar bordes

TIME

T: Tejido necrótico: La presencia en el lecho de la herida de tejido necrótico (escara negra o amarilla, de carácter seco o húmedo) hace que prolifere la flora bacteriana e impide el proceso de curación. Por tanto, la eliminación de este tejido modifica favorablemente el ambiente de una herida para su curación.

La técnica de desbridamiento depende de la extensión, profundidad y localización del tejido necrótico. Existen tres tipos de desbridamiento: mecánico, enzimático y autolítico. Colocar gel desbridante autolítico en caso de existir tejido necrótico y/o esfacelos.

I: Infección: Disminuir carga bacteriana: Todas las úlceras por presión están contaminadas por bacterias, lo cual no significa que las lesiones estén infectadas. En la mayor parte de los casos, una limpieza y desbridamiento eficaz imposibilita que la colonización bacteriana progrese a infección clínica. El diagnóstico de la infección asociada a LPP/UPP debe ser fundamentalmente clínico. Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son: Inflamación (eritema, edema, tumor, calor), Dolor, Olor, Exudado purulento. La infección de una úlcera puede estar influenciada por factores propios del paciente y otros relacionados con la lesión. Ante la presencia de signos de infección local se debe intensificar la limpieza y el desbridamiento. Si transcurrido un plazo entre 2 y 4 semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente o continua con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis o septicemia, se deberá implantar un régimen de tratamiento.

M: Exudado: Según el tipo de exudado se debe aplicar un tipo de apósito específico.

Leve: Apósitos Hidrocoloide.

- Duración: se deben mantener entre 3 y 7 días.
- Hay que tener cuidado porque se puede macerar la piel.
- No se deben utilizar en heridas infectadas.

Moderado: Espumas o apósitos hidrocelulares.

- Presentación: se pueden encontrar diferentes tipos: con o sin adhesivo, con o sin plata y de diferentes formas anatómicas.

- Duración: mantener entre 3 y 7 días.
- Propiedades: absorción, retención de humedad y transpiración.

Alto: Alginatos

- Apósito que se gelifica con el exudado.
- Duración: no mantener más de 4 días.
- Propiedades: Capacidad hemostática.
- Indicaciones: Se puede combinar con plata. Asociar apósito secundario hidrocelular. Se pueden utilizar en cavidades.

14. Está contraindicado en lesiones secas y con tejido necrótico.

E: Epitelización: Estimula el proceso de cicatrización consiguiendo que la cicatriz sea más funcional, estética y resistente a la rotura.

Se utiliza Colágeno. Se aplica en polvos directamente sobre la UPP formando una película uniforme y se cubre con apósito que no se adhiera a la superficie de la lesión. Mezclar con suero fisiológico (4 a 10ml) en UPP poco exudativas o de difícil acceso para



crear una pasta y cubrir con apósito de cura en ambiente húmedo. Cuanto más tiempo esté la UPP en fase de epitelización mayor riesgo de infección.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de Salud Pública. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/10-protocolo_de_preencion_de_ulceras_por_presion.pdf
2. AVANCES EN ÚLCERAS POR PRESIÓN. Rigo M. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/39/avances-en-ulceras-por-presion>
3. Ayora P. et al. Protocolo de Cuidados en Úlceras por presión [Internet]. Infogerontología.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf
4. Perú. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. 2015 Gneapp.info. [citado el 18 de marzo de 2024]. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Disponible en: https://qneapp.info/wp-content/uploads/2015/10/Guia_Preencion_UPP.pdf
5. Dirección de Enfermería. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Hospital comarcal de Melilla, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España; 2015. TEMA 5. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN [Internet]. Salusplay.com. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/heridas-cronicas-y-ulceras-por-presion/tema-5-clasificacion-de-las-ulceras-por-presion>
6. Chaparro J, Oñate M. Prevención de lesiones por presión en pacientes sometidos a cirugía traumatológica prolongada, un desafío para enfermería. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 18 de marzo de 2024];32(5):617–23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-lesiones-por-presion-pacientes-S0716864021000948>



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA

I. FINALIDAD:

Estandarizar las actividades de la guía de procedimiento asistencial de cuidado de enfermería en pacientes con estancia prolongada del hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Elaboración de planes de cuidado para la atención del paciente de larga estancia incluyendo la atención holística e integral.
- Proporcionar cuidados que promuevan el bienestar físico, emocional y social del paciente durante su estancia prolongada en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- Implementar medidas preventivas para evitar complicaciones relacionadas con la inmovilidad, la desnutrición, las úlceras por presión, las infecciones nosocomiales, entre otras.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Enfermería, servicio de Hospitalización de Medicina del Hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 **Nombre del procedimiento Médico:** Evaluación y manejo de un usuario de salud involucrando la Evaluación anual de la institución de cuidados de enfermería donde está internado.
- 4.2. **Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:** 99318
- 4.3 **Tiempo aproximado del procedimiento:** 12hrs

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Cuidar implica el deseo de dar cuidado, y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, a la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. Se puede concluir que el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto – sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.¹
- **HOSPITALIZACIÓN:** Es aquella que corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial público o privado; cuando medie indicación escrita, precisa y específica del médico tratante, o cuando el prestador facture la utilización de a lo menos un día de cama.²

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Paciente Hospitalizado:** Persona admitida en un hospital que ocupa una cama con fines de asistencia para el diagnóstico y tratamiento.²



- **Estancia Hospitalaria Prolongada:** Se considera como el tiempo de permanencia en el hospital más allá de lo estimado para la resolución de un problema en específico de salud.³
- **Estancia Hospitalaria Prolongada:** Promedio de permanencia superior a 8 días, siendo el promedio esperado entre 5 a 8 días.⁴
- **Abandono Social:** Definida como la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta el aspecto psicológico y emocional.⁴
- **Admisión Hospitalaria:** Es cuando se registra a un paciente que demanda servicios de Hospitalización, ya sea que este vaya a ocupar camas de dotación normal o camas de tránsito, como en el caso de la Cirugía Mayor Ambulatoria.⁴
- **Cama Hospitalaria:** Aquella dispuesta para el alojamiento de un paciente internado durante las 24 horas del día. Se considera como cama hospitalaria la dedicada a la atención regular de los pacientes internados.⁴

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Médico internista encargado del servicio de hospitalización medicina durante el turno de 12 hrs.
- 02 licenciadas de enfermería en turno de 12 hrs.
- 02 Técnico de enfermería
- 01 Licenciada en Asistente social
- 01 Licenciada en Psicólogo
- 01 Químico Farmacéutico

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cama clínica	unid	1
Colchones	unid	1
Colchón antiescaras	Unid.	1
Silla de ruedas	unid	1
Velador	unid	1
Coche de paro	unid	1
Mesa de mayo	unid	1
Aspirador de secreciones	unid	1
Coche de curaciones	unid	1

- Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANT.
Tensiómetro digital	Unid.	1
Estetoscopio digital	Unid	2
Oxímetro de pulso	Unid	1
Monitor de 3 o 6 parámetros	Unid	1
Balón de oxígeno	Unid	1
Manómetro	Unid.	1
Balanza de pie	Unid.	1

- **Material médico fungible**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Termómetro	unid.	1
Jeringas 20cc	Unid	4
Jeringas de 10 cc	Unid	4
Equipo de venoclisis	Unid	1
Equipo de volutrol	Unid.	1
Líneas de infusión con bureta	Unid	1
Líneas de infusión sin bureta	Unid.	1
Sonda de aspiración	Unid	1
Gasas 10 x10	Unid.	5
Soluciones antisépticas	Unid	1
Guantes descartables	Unid.	1
Dressing	Unid.	1

- **Medicamentos:** El tratamiento que reciben los pacientes será de acuerdo con indicación médica.

5.3.3 FORMATOS

- Formato único de atención SIS (emergencia y hospitalización)
- Hoja de filiación
- Formato de hospitalización
- Consentimiento informado de hospitalización
- Kardex
- Valoración de enfermería
- Notas de enfermería
- Hoja grafica de funciones vitales
- Hoja de balance hídrico
- Si se requiere de acuerdo a patología del paciente se utilizará:
- Hoja de Hemoglucotes
- Hoja de registro de oxígeno

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO: 12 horas ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Licenciada en Enfermería y/o Técnicos de enfermería 30 min

- Se recibe el reporte por cada paciente, informando los pendientes

DURANTE EL PROCEDIMIENTO

Técnicos de enfermería

- Control de funciones vitales de cada paciente. 10min
- Administran dieta, dependiendo del grado dependencia del paciente. 30 min

Personal Médico: 30 min aproximadamente por paciente

- Evaluación médica con la historia clínica utilizando herramientas de observación utilizando datos objetivos y subjetivos, actualizan las indicaciones médicas, solicitud de exámenes de laboratorio y solicitud de interconsultas a otras especialidades; si lo requiere.
- Dependiendo de la patología y complejidad de fondo.

Licenciada en enfermería

- Acompaña en visita médica con el médico internista de turno (30 min por paciente)
- Actualización de las indicaciones médicas en el Kardex de enfermería (20 min por cada paciente)
- Enviar recetas médicas a farmacia, luego contabilizar que estén completos para el tratamiento de 24 horas. (15 min)

Químico Farmacéutico

- Durante el pase a visita el químico informa al médico de las interacciones medicamentosas que puede presentar el paciente. 30 min

Técnicos de enfermería

- Baño del paciente (ducha, esponja). 30 min por paciente
- Aseo y confort del paciente: cambios posturales cada 2 horas según grado de dependencia del paciente .10 min por paciente
- Trámites y efectivización de ordenes médicas .10 min
- Recojo de resultados de laboratorio pendientes .10min
- Tramite y efectivización del alta .15 min
- Tramite de las interconsultas. 10 min

Licenciada en enfermería

- Higiene de manos y colocación de barreras de bioseguridad (mandilón y guantes). 5 min
- Realiza valoración de enfermería: evaluando estado general del paciente preguntando "¿Cómo se siente? O "¿si tiene alguna molestia?". 15 min por paciente
- La administración de medicamento, la dosis y los horarios según indicación médica, previa comunicación al paciente del procedimiento a realizar y el medicamento que se le está administrando, utilizando las medidas de bioseguridad y protección.20 min por paciente
- Cuidados de enfermería y curación del punto de inserción de catéter endovenoso (15 min por paciente)
- Cambiar los sitios de las vías intravenosas periféricas de acuerdo con las directrices actuales; el tiempo varía según el grado de dificultad para encontrar acceso venoso (15 min por paciente)
- Cuidado de enfermería en presencia de LPP: curaciones de LPP (10 min)
- Monitoreo de signos vitales, si fuera necesario cada 2 hrs (5 min)
- Evolución de enfermería utilizando el SOAPIE de las 12 horas (5 min por paciente).
- Se realiza la interconsulta al servicio social en casos de pacientes que presenten abandono. 5 min
- Se realizará interconsulta a psicología por indicación médica. 5min
- Comodidad y confort al paciente 10 minutos



- Si se dan el alta a un paciente: 45 minutos.
- Se educa al familiar los cuidados a tener en casa, cuando los pacientes salen con sonda nasogástrica. 15 min
- Si ingresa un Paciente: 80 minutos

Personal Médico:

- Brinda informe médico a cada familiar de los pacientes 15 min

Químico Farmacéutico

- Informará sobre los medicamentos que necesitan ser devueltos, porque se suspendieron o no se necesitaron (indicaciones PRN) en el transcurso de hospitalización del paciente. (5 min.)

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

Técnicos de enfermería

- Desinfección de la cama si sale de alta un paciente. 20 minutos
- Preparación y tendido de cama para nuevo ingreso de paciente 20 min

6.2 INDICACIONES

Realizar procedimientos de enfermería en beneficio del usuario en el cuidado de su salud:

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con patologías que requieren atención por el personal de salud.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes estables que requieren tratamiento médico.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente que requiere atención de UCI o atención en Hospital de mayor complejidad, que está en condiciones de ser referido.

6.4 COMPLICACIONES:

- Flebitis
- Caídas
- LPP
- RAMS

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII. RECOMENDACIONES

- Considerando esta guía para los planes de mejora continua, es fundamental renovar la infraestructura, equipos y mobiliario que se van volviendo obsoletos debido al tiempo de uso.
- Es importante contar con personal capacitado para la atención de pacientes hospitalizados.
- Es imprescindible asegurarse de que se cumplan todas las medidas de bioseguridad, como el adecuado lavado de manos y el uso de mandilones, gorras y guantes.
- Se necesita contar con un equipo completo durante el día para la evaluación y ejecución de los procedimientos, lo cual incluye médicos, enfermeras, técnicos y personal de servicios generales.
- Se necesita contar con un equipo completo durante el día para la evaluación y ejecución de los procedimientos, lo cual incluye médicos, enfermeras, técnicos y personal de servicios generales.
- Es importante mantener un ambiente limpio y ordenado para promover un entorno de recuperación favorable para los pacientes.



VIII. ANEXOS

- ✓ Anexo N°1: Formato único de atención SIS (emergencia y hospitalización)
- ✓ Anexo N°2: Hoja de filiación
- ✓ Anexo N°3: Formato de hospitalización
- ✓ Anexo N°4: Consentimiento informado de hospitalización
- ✓ Anexo N°5: Kardex
- ✓ Anexo N°6: Valoración de enfermería
- ✓ Anexo N°7: Notas de enfermería
- ✓ Anexo N°8: Hoja gráfica de funciones vitales
- ✓ Anexo N°9: Hoja de balance hídrico
- ✓ Anexo N°10: Hoja de registro de oxígeno
- ✓ Anexo N°11: Hoja de Hemoglucotest



Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

[illegible]

FIRMA
ASEGURADO
APODERADO

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

**APODERADO
HOMBRES Y APEL
CND • CE DEL APC**

Guía Técnica: Guías de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

[illegible]

FIRMA	
ASEGURADO	
AFODERADO	

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

APDOERADO
NOMBRES Y APELLIDOS

CHI È CE DEL APODERADO

Asegurado o Apoderado

ANEXO N°2: HOJA DE FILIACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL JOSE AGUIRRE DE CHOSICA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA		HOJA DE FILIACION		JMOYA	
IDENTIFICACION: 1 07662064 00		N° HISTORIA CLÍNICA: 07662064			
Fecha Inscripción :					
Fecha de Consulta :					
Primer Apellido :					
Segundo Apellido :					
Nombres :					
Sexo :	M				
Fecha de Nacimiento :					
Edad :					
Lugar Nacimiento :					
Dirección :					
Localidad :					
Distrito :					
DNI :					
Grado de Instrucción :					
Ocupación :					
Estado Civil :					
Nro de Hijos :					
Religion :					
Nombre de Padre :					
Nombre de Madre :					
Nombre de Conyuge :					
Ocupación Conyuge :					
Tipo de Seguro :					
HOSPITALIZADO POR: CONSULTORIO EXTERNO ☐ EMERGENCIA ☐ OTROS ☐					
FECHA DE ADMISION	SERVICIO	FECHA DE EGRESO	SERVICIO	CODIGO	
DIAGNOSTICO DE INGRESO					
DIAGNOSTICO DE EGRESO					
PROCEDIMIENTOS					
CURADO ☐	EMPEORADO ☐	A SU SOLICITUD ☐	RETIRADO ☐	REFERENCIA ☐	
ALTA ☐	SIN CAMBIO ☐	FUGA ☐	FALLECIDO ☐	ALTA VOLUNTARIA ☐	
SELLO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE:					

Impresión

ANEXO N°3: FORMATO DE HOSPITALIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSE AGURTO DE CHOSICA
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

ORDEN N° : 24001684

Fecha de Impresión : 27/04/2024
Hora de Impresión : 23:43:33
Usuario Impresión : JMOYA

ORDEN DE HOSPITALIZACION

1.- DATOS DEL PACIENTE :

N° Historia Clínica: Tipo de Seguro : SIS PEAS (DU046)
Apellidos y Nombres:
Dirección:
Distrito:
Tipo Documento: DNI Local:
N° Documento: Religión : NO ESPECIFICA
Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo : Masculino
Estado Civil: Soltero(a) Teléfonos : 3610103

2.- SERVICIO :

Hospitalizado en : Fecha Ingreso : 27/04/2024 00:00:00
Medico : YAGUAS MACHUCA YAGUAS RIVERA ANTONIO 11:43 PM

CIEX	Tipo Dx (P O R)	Diagnostico de Paciente

Usuario crea/actualiza: JMOYA

Firma y Sello del Médico CMP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

1- PACIENTE

Doy consentimiento a los Médicos del hospital "Jose Agurto Tello" de Chosica, para ser hospitalizado y realicen los exámenes y procedimientos necesarios para establecer el diagnóstico e iniciar el tratamiento respectivo.

2- MEDICO

Por la presente dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de procedimientos propuestos; he contestado completamente todas las preguntas hechas con la finalidad que el paciente y/o familiar responsable hayan comprendido completamente lo que he explicado.

NOMBRE DEL FAMILIAR, RESPONSABLE O TESTIGO

07662064

Firma y Sello del Médico que hospitaliza: C.M.P.

ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Fecha : 27/04/2024

Hora : 23:43:35

Yo, Don/Doña _____, en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad, por el/la D. _____ O

del servicio: _____, sobre la participación de alumnos, quienes deberán aprender sobre la enfermedad que padezco, sea solo observando, tal vez podrían entrevistarme o participar en algún procedimiento médico que se me realice acompañado del profesional docente, respetando mis derechos establecidos en la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre aclaramiento de dudas o inquietudes que se puede tener la respecto, y que además toda persona tiene derecho a otorgar o negar el consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes. Considerando que me amparo de la Ley N°29733, Ley de protección de Datos Personales y su reglamento aprobado mediante el decreto 003-2013-JUS; resguardando toda intimidad, confidencialidad de mis datos personales, información sobre mi enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales.

Si posteriormente decidí no continuar con la participación de alumnos, hablare con el médico tratante para REVOCAR O DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que se me brindo anteriormente, cualquier decisión no afectara la calidad de atención a la que me tengo derecho.

Por lo tanto en cumplimiento del artículo N°119 del Decreto Supremo 013-2006-SA; Si () No () doy mi consentimiento para que los estudiantes () de las ciencias de salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente

Firma o huella digital del paciente o representante legal

Firma y Sello del Profesional de la Salud

DNI

REVOCATORIA/DESAUTORIZACION DEL CONSENTIMIENTO

Fecha : 27/04/2024

Hora : 23:43:35

Firma o huella digital del paciente o representante legal

Firma y Sello del profesional de la Salud

DNI

DNI

Siempre
con el pueblo

ANEXO N°5: KARDEX



PERU
MINISTERIO
DE SALUD

MONTEAL,
"JOURNÉE INTERNATIONALE
DE CHOCOLAT"

KARDEX

PACIENTE: _____
 MEDICO QUE HOSPITALIZA: _____
 DIAGNOSTICO: _____

H.C.: _____
 ASEGURADO: _____
 CONGO: _____

CAMA: _____
 INGRESO: FECHA HORA: _____
 PESO: _____
 EDAD: _____

[illegible]

ANEXO N°6: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA

DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos del paciente: Nº H. Cl.:
 Fecha de ingreso al servicio: Hora: Fecha: Edad:
 Procedencia: Consultorio () Emergencia () Otro Servicio () Otro Establ. Salud ()



DOMINIO 5: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

Escala de Glasgow: puntaje

Respuesta ocular	Spontáneamente	4
	Ante el habla	3
	Ante el dolor	2
	Ninguno	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguno	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retira al dolor	4
	Respuesta en flexión	3
	Respuesta en extensión	2
	No responde	1

Orientado: tiempo () espacio () persona () Nivel de conciencia: alerta () letárgico () irritable () agitado ()
 c/nubilación () Obs:

LENGUAJE-COMUNICACIÓN: verbal () no verbal () llanto ()
 intubado () lenguaje incoherente () idioma:

SENSORIAL Y PERCEPCIÓN: VISION: sin alteración ()
 ceguera () deficiente () prótesis () Pupilas iguales sí ()
 no () fotoirreactivas sí () no () OÍDO: sin alteración ()
 hipoacusia () acúsis ()

PERCEPCIÓN: alteraciones: táctiles () sinestias ()
 afatorias () auditivas () visuales ()
 PENSAMIENTO: Autismo () fobias ()

DOMINIO 6: AUTO PERCEPCIÓN

Estado de ánimo: tranquilo () introvertido () eufórico ()
 Rechazo: temeroso () indiferente () irritable () agresivo ()
 Depresivo: ansioso () desesperanza () soledad ()
 Valoración de la higiene: buena () regular () mala ()
 frecuencia de baño: Cuidado oral: correcto ()
 incorrecto () halitosis () caries () lesiones () Cabeza:
 caspa () pediculosis () Cuerpo: escabiosis () lesiones ()
 Especificar:

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

Estado civil: profes/ocupación:
 Vive: solo () con su familia () con otros () fuente de
 apoyo: familia () amigos () otros () hay conflictos
 familiares sí () no () Especificar:

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Problemas de identidad sexual: sí () no () última
 menstruación: problemas
 menstruales: sí () no ()

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Comportamiento en situación de estrés: temor ()
 ansioso () llanto () actitud al ingreso: colaborador ()
 evasivo () ansioso () indiferente () negativo ()
 reacción frente a enfermedad o muerte: tristeza ()
 preocupación () ansiedad () indiferencia () temor ()
 desesperanza () negación () otros ()

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Religión: Influye su religión en el
 cumplimiento del tratamiento médico sí () no ()

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Infección sí () no () riesgo de infección sí () no ()
 Riesgo de: autolesión () caída () lesión de mucosa ()
 Integridad dérmica: Intacta () Incisión Qx () Tipo:
 séptico () aseptico () Cateteres invasivos: central ()
 periférico () cateteres invasivos de drenaje: DPR ()
 Kerth () hemocac () otro tipo:

Tipo de lesión en tejido: UPP () herida abierta ()

Escala de Norton para valorar riesgo de úlceras por
 decubito

Indicadores	4	3	2	1
Estado físico	bueno	aceptable	deficiente	Muy deficiente
Incontinencia	no	ocasional	habitual	debe
Actividad	deambul a	Camina c/ayuda	sentado	encamado
movilidad	total	disminuid a	Muy limitada	inmovil
Estado mental	alerta	apático	confuso	estupor

Puntos de 5-9 muy alto

Puntos de 10-12 alto riesgo

puntos de 13-14 riesgo mediano

puntos de 15-16 mínimo riesgo

Lesión tisular: ÚLCERA DECUBITO sí () no ()

Grado	Grados
I	I Eritema permanentemente en piel intacta
II	II Pérdida parcial de la piel, epidermis dérmis
III	III Pérdida de todo grosor de piel c/lesión o necrosis TCSC
IV	IV Pérdida de piel con distribución extensa necrosis del musculo o hueso

Vías aéreas permeables: sí () no () secreciones ()
 estertores () crepitantes () sibilantes () presenta
 tos () dificultad para expectorar ()

Demencia () autoagresión () agresividad a los
 demás () lesiona a sí mismo () alcoholismo ()
 drogadicción ()

Temp. Normal () Hipotermia () hipotermia ()

Obs:

DOMINIO 12: CONFORT

Dolor sí () no () frecuencia: intermitente ()
 remitente ()

dolor	leve	moderado	fuerte	Muy fuerte
	1 2	3 4	5 6 7	8 9 10

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Diagnóstico nutricional: normal () desnutrido ()
 obeso ()

Observación:

Nombre de la Enfermera

Firma, Sello y CEP.



Nº DE H.C.:

263

ANEXO N°8: HOJA GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES



GRÁFICA DE FUNCIONES VITALES

FECHA																															
DÍAS HOSP.																															
TEMPERATURA	41	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	40																														
	39																														
	38																														
	37																														
	36																														
	35																														
PRESIÓN ARTERIAL	300																														
	250																														
	200																														
	150																														
	100																														
	50																														
	0																														
RESPIRACIÓN / SAT.	70																														
	60																														
	50																														
	40																														
	30																														
	20																														
	10																														
PULSO	160																														
	40																														
PEB	TALLA																														
	Perímetros																														
HECES																															
ORINA																															
B.H.	12 Hrs																														
	24 Hrs																														
GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO		ALERGIAS				SERVICIO				N° CAMA																					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO				NOMBRES				N° H.C.																					

SIS ☐ SI ☐ NO ☐ N° DE FORMATO DE ATENCIÓN SIS OTROS SEGUROS SOAT ☐

ANEXO N°9: HOJA DE BALANCE HÍDRICO



BALANCE HIDRICO DE 24 HS.

PACIENTE					SERVICIO					CAMA				
INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

INGRESOS					EGRESOS									
PESO														
DIA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL					
PARENTERAL					DIURESIS									
					VOMITOS									
					DRENAJE-ASPIRACION									
ORAL					PERDIDA INSENSIBLES									
AGUA ENDOGENA					HECES									
TOTAL +					TOTAL -									
BALANCE														

Apellido Paterno	Materno		Nombre		N° de Cama
SERVICIO:					H.C. N°

Ministerio
de Salud

HOSPITAL
"JOSÉ AGUIRRE ULLA"
DE CHOSICA

CONTROL DE HGT (HEMOGLUCOTEST)

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bautista B. Ramos E. Calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del paciente hospitalizado en el área de medicina general de un hospital. [Internet] 2021. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/233/T117_46398439_T%20T117_43044601_T%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y
2. Superintendencia de salud. Hospitalización [Internet]. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2426.html>;2019.
3. Navarro Caycho H. Factores de Estancia Hospitalaria Prolongada Servicio de Medicina Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales .[Internet]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9095/navarro_ch.pdf;2018
4. Lazarte K. Estancia hospitalaria prolongada y factores asociados en hospitalización de medicina interna de un hospital público peruano. Repositorio.upch.edu.pe. [Internet].2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10003/Estancia_LazarteGonzales_Katherine.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Pág 1-29.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Desarrollar y estandarizar criterios sobre la aspiración de secreciones al paciente adulto y adulto mayor, para ser aplicado en las diferentes áreas de hospitalización, emergencia, centro quirúrgico y consultorios externos del Hospital José Agurto Tello de Chosica, reduciendo así posibles complicaciones que puedan producirse debido al procedimiento.

II. OBJETIVOS:

- Unificar criterios del procedimiento, con el equipo de profesionales en la atención del paciente para mantener la permeabilidad de la vía aérea del paciente y su relación con el soporte ventilatorio, contribuyendo en el cuidado integral y evitando complicaciones en diferentes sistemas.
- Mantener permeabilidad de las vías aéreas respiratorias favoreciendo el intercambio gaseoso cuando el paciente no es capaz de expectorar en forma espontánea.
- Prevenir las complicaciones (infecciones respiratorias y atelectasias) asociadas al acumulo de secreciones y la técnica de aspiración.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida a todos los profesionales del Departamento de Enfermería y Medicina, servicio de Medicina del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 Nombre del procedimiento Médico: Aspiración de secreciones
- 4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 31720.01
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 7.5 min prox

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Aspiración de Secreciones:** Es un procedimiento invasivo destinado para prevenir la obstrucción del tubo endotraqueal por exceso de exudado o secreciones y así mantener una adecuada permeabilidad y ventilación del paciente.¹
- **Aspiración orofaríngea y nasofaríngea:** eliminar mediante aspiración, las secreciones de boca, nariz y faringe.²
- **Aspiración traqueal por tubo endotraqueal (TET):** Es la extracción de secreciones de la vía aérea mediante la introducción de un catéter de aspiración a través del tubo Endotraqueal: Para la aspiración de secreciones endotraqueales se identifican dos tipos aspiración de secreciones de sistema abierto y cerrado; que son procedimientos indicados en el servicio de UCI de cualquier especialidad por su manejo de pacientes portadores de traqueostomía.³
- **Aspiración de secreciones con sistema abierto:** Es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal, procedimiento que implica desconectar el circuito del respirador. Se utilizan sondas de aspiración de un solo uso.⁴
- **Aspiración de secreciones con sistema cerrado:** Procedimiento que se efectúa con frecuencia en los servicios de UCI para retirar secreciones evitando la desconexión del ventilador mecánico, lo que facilitara la oxigenación continua durante la aspiración evitando así la pérdida de presión positiva (o des reclutamiento). Se emplean sondas de aspiración de múltiples usos.⁵

- **Aspiración traqueal por Cánula de Traqueostomía:** Es la aspiración de secreciones introduciendo una sonda estéril a través de la cánula de traqueostomía del paciente.⁶
- **Circuito cerrado de aspiración:** El sistema de circuito cerrado está formado de un dispositivo en "Y" que reemplaza al adaptador del tubo endotraqueal. Este formato permite la aspiración de secreciones del paciente sin la necesidad de desconectar el tubo endotraqueal (TET) del respirador.⁶

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Hipoxemia:** Es un nivel bajo de oxígeno en la sangre, inferior a lo normal, específicamente en las arterias.⁶
- **Sonda de Aspiración:** Se usan para limpiar las vías respiratorias del paciente, existen de distinta longitud y grosor, estas sondas tienen la punta roma, con tres orificios para evitar su obstrucción, además llevan un orificio para el control de la aspiración.⁶
- **Atelectasia:** es el colapso completo o parcial del pulmón entero o de una parte (lóbulo) del pulmón. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciada en Enfermería.
- 01 Técnico en enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tensiómetro digital	unid	1
Estetoscopio digital	unid	1
Pulsoxímetro	unid	1
Monitor 3 a 6 parámetros	unid	1
Cama hospitalaria	unid	1
Coche de curaciones	unid	1

- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Equipo de Aspiración	Unidad	1
Bolsa de reanimación manual c/reservorio conectado a fuente de O2	Unidad	1
Balón de oxígeno	Unidad	1

- **Material Médico Fungible**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Envase estéril para lavado del sistema frasco de aspiración	Unidad	1
Guantes estériles y limpios	Unidad	2
Máscara de venturi	Unidad	1
Canula binasal	Unidad	1
Gasas estériles 10x10cm	Unidad	3
Jeringa de 1cc	Unidad	2
Jeringa de 10 cc	Unidad	2
Hisopo	Unidad	1
Tubuladura de aspiración	Unidad	1
Cloruro de sodio al 9%1000cc FSCO	Unidad	2
Gorro desechable	Unidad	1
Madilón descartable	Unidad	1
Sondas de aspiración, según corresponda: Endotraqueal Nro. 6 F.	Unidad	1
Endotraqueal Nro. 8 F.	Unidad	1
Endotraqueal Nro. 10 F.	Unidad	1
Endotraqueal Nro. 12 F.	Unidad	2
Endotraqueal Nro. 14 F.	Unidad	1
Endotraqueal Nro. 16 F	Unidad	1

- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Notas de enfermería
- Kardex de enfermería

V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

ANTES DEL PROCEDIMIENTO: 2 MIN APROX

N°	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
1.	Verificar indicación médica.	Licenciado(a) en Enfermería	5 seg
2.	Verificar identificación del paciente.	Licenciado(a) en Enfermería	5 seg
3.	Realizar la valoración de Enfermería de la necesidad del cuidado de aspiración: secreciones audibles o visible, alteración del patrón respiratorio, disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia respiratoria y auscultación pulmonar (de corresponder)	Licenciado(a) en Enfermería	30 seg
4.	Informar y explicar el procedimiento al paciente y/o	Licenciado(a) en	5 seg

	acompañante. Nota: Se solicita colaboración de pacientes, según corresponda.	Enfermería	
5.	Preparar los equipos y materiales para el procedimiento: - Verificar fecha de vencimiento del material. - Seleccionar el calibre adecuado de la sonda de aspiración - Verificar la operatividad del equipo de aspiración y la instalación correcta del tubo no conductivo de aspiración.	Técnico(a) en Enfermería	30 seg
6.	Tener en cuenta la posición del paciente según el estado de consciencia y técnica de aspiración que se usará: Nota: -Aspiración por boca: Posición semifowler con cabeza ladeada, de ser necesario. -Aspiración por nariz: Posición semifowler con hiperextensión de 70°, de ser necesario	Licenciado(a) en Enfermería Técnico(a) en Enfermería	5 seg
7.	De estar con nutrición enteral en infusión continua, suspender la alimentación y valorar residuo gástrico, de corresponder	Licenciado(a) en Enfermería	3 seg
8.	Evaluar el estado de oxigenación del paciente mediante el control de saturación de oxígeno, según corresponda.	Licenciado(a) en Enfermería	5 seg
9.	Aperturar guantes, gasas y vertir el agua estéril en un contenedor estéril	Técnico(a) en Enfermería	12seg
10.	Aperturar el empaque de la sonda de aspiración por su extremo proximal, el mismo que se conectará a la goma del tubo no conductivo de aspiración, y éste a su vez se conectará al sistema de aspiración. Nota: Se evitará extraer la sonda de aspiración del empaque hasta el momento de la aspiración	Técnico(a) en Enfermería	12seg
11.	Con la mano dominante tomar la sonda de aspiración desde su extremo proximal unido al tubo no conductivo de aspiración.	Licenciado(a) en Enfermería	5seg
12.	Retirar progresivamente el empaque de la sonda manteniendo la asepsia. Nota: - En pacientes adultos se realizará primero la aspiración nasofaríngea y luego la orofaríngea.	Técnico(a) en Enfermería	3 seg

DURANTE LA ASPIRACIÓN DE SECRESIONES OROFARÍNGEAS: 2 min.aprox

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
1.	Verificar la permeabilidad de la cavidad orofaríngea	Licenciado(a) en Enfermería	5 seg
2.	Lubricar la parte distal de la sonda de aspiración con solución salina o agua estéril que se encuentra en el contenedor o recipiente estéril	Licenciado(a) en Enfermería	5seg
3.	Introducir suavemente la sonda por un lado de la cavidad oral sin aspirar, luego aspirar ambos lados	Licenciado(a) en Enfermería	20 seg

	de la cavidad precitada, seguidamente aspirar la zona faríngea.		
4.	Cubrir el puerto de control con la yema del dedo pulgar dominante para retirar la sonda de aspiración de manera lenta y suave mientras va aspirando con ligeros movimientos de rotación; empleando una gasa estéril y mediante técnica de arrastre se limpia el excedente de secreción del extremo proximal al distal de la sonda de aspiración por única vez, y descartar gasa utilizada. Nota: ➤ De ser necesario, se podrá realizar nuevamente la aspiración, desde actividad 2, previa valoración de la necesidad respectiva. ➤ Cada aspiración no deberá durar más de 10 segundos en pacientes pediátricos, adultos y en caso de neonatos no exceder los 8 segundos. ➤ Esperar entre 20 a 30 segundos entre cada aspiración y en neonatos hasta 60 segundos.	Licenciado(a) en Enfermería	90 seg



DURANTE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA 2MIN APROX

Nº	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
1.	Lubricar la parte distal de la sonda de aspiración con solución salina o agua estéril que se encuentra en el contenedor o recipiente estéril	Licenciado(a) en Enfermería	5 seg
2.	Fluidificar las secreciones instilando solución fisiológica antes de la aspiración	Licenciado(a) en Enfermería	5seg
3.	Introducir la sonda suavemente por el tubo de traqueostomía sin aspirar, la longitud está determinada por la medida de la cánula. No exceder en introducir el dispositivo por el riesgo de lesionar la mucosa traqueal. Nota: Si al introducir se presenta dificultad: revisar la permeabilidad de la cánula interna de traqueostomía, de corresponder. Si persiste dificultad: comunicar al médico tratante, verificar funciones vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno)	Licenciado(a) en Enfermería	20 seg
4.	Cubrir el puerto de control con la yema del dedo pulgar dominante y retirar la sonda de aspiración de manera lenta y suave mientras va aspirando con ligeros movimientos de rotación; empleando una gasa estéril y mediante técnica de arrastre limpiar el excedente de secreción del extremo proximal al distal de la sonda de aspiración por única vez, y descartar gasa utilizada. Nota: ➤ Si el paciente porta cánula fenestrada, la aspiración se realizará usando la cánula interna,	Licenciado(a) en Enfermería	90 seg



para evitar que la sonda de aspiración salga por el agujero y pueda dañar el balón o la mucosa de la tráquea. ➤ De ser necesario, se podrá realizar nuevamente la aspiración, desde la actividad 27, previa valoración de la necesidad respectiva. ➤ Cada aspiración no deberá durar más de 10 segundos en pacientes adolescentes y adultos, y 5 segundos en niños(as). ➤ Esperar entre 20 a 30 segundos entre cada aspiración y en neonatos hasta 60 segundos.		
---	--	--

DESPUES DE LA ASPIRACION DE SECRECIONES 1.5 MIN APROX

Nº	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
1.	Realizar control de signos vitales y auscultar ambos campos pulmonares, de corresponder.	Licenciado(a) en Enfermería	5seg
2.	Enjuagar el tubo no conductivo de aspiración con agua estéril o solución salina.	Licenciado(a) en Enfermería	5 seg
3.	Descartar todo el material contaminado en el contenedor rojo (material biocontaminados).	Licenciado(a) en Enfermería	5seg
4.	Dejar al paciente cómodo en su unidad.	Técnico(a) en Enfermería	5seg
5.	Proteger los frascos de agua estéril	Técnico(a) en Enfermería	5seg
6.	Retirarse el Equipo de Protección Personal y descartar en el contenedor rojo (material biocontaminado)	Licenciado(a) en Enfermería Técnico(a) en Enfermería	5seg
7.	Realizar el lavado de manos clínico.	Licenciado(a) en Enfermería Técnico(a) en Enfermería	60 seg
8.	Registrar en las Notas de Enfermería el procedimiento, características de las secreciones y condición clínica del paciente.	Licenciado(a) en Enfermería	

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Pacientes con reflejos tusígenos disminuido incapaz de eliminar las secreciones.
- Paciente portador de traqueostomía.
- Pacientes intubados.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Sospecha de aspiración de contenido gástrico.
- Toma de muestra nasofaríngea.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Broncoespasmo
- Pacientes con fractura de base de cráneo
- Epiglotitis
- Laringoespasmo
- Obstrucción por cuerpo extraño

6.4. COMPLICACIONES

- Lesiones traumáticas de la mucosa nasofaríngea y reacciones vagales.
- Laceración nasal y de los cornetes.
- Hipoxia/hipoxemia
- Disminución de la capacidad residual funcional
- Incremento de la colonización bacteriana de la vía aérea baja.
- Cambios en el flujo sanguíneo e incremento de la presión intracraneal

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda no realizar aspiraciones del tubo endotraqueal (TET) como un procedimiento de rutina, sólo utilizarla en presencia de secreciones, ya que la aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo.
- Mantener una técnica estéril en todas las técnicas de aspiración de secreciones para reducir el riesgo de infecciones como las neumonías intrahospitalarias.
- La verificación del aspirador es un paso que nunca se debe olvidar de calibrar.
- Evitar la rotación de la sonda de aspiración ni la succión intermitente para no dañar la mucosa.
- Recordar no olvidar la limpieza del tubo no conductivo después de cada aspiración.
- La sonda utilizada para aspirar la tráquea no debe utilizarse para aspirar la nariz y la boca.
- Es recomendable utilizar una sonda estéril nueva para cada episodio de aspiración
- Las sondas y los sistemas de aspiración deben ser transparentes para que puedan ser observables las secreciones residuales.
- La técnica de aspiración se debe realizar suavemente (gentil), ya que la aspiración en forma vigorosa (brusca) puede interrumpir la barrera protectora de moco y producir abrasiones locales, aumentando la susceptibilidad a la infección.
- El aspirador de secreciones debe contar con un filtro para disminuir la aerosolidación de microorganismos o partículas de materias de la bomba de vacío.
- Cambiar los frascos del sistema de aspiración empotrados cada 24 horas o según necesidad, evitando que supere los $\frac{3}{4}$ del volumen total.
- Se sugiere utilizar catéteres de aspiración que ocluyan menos del 50% del lumen del tubo endotraqueal en niños y adultos. Y para neonatos menos del 30%. Siempre la sonda de aspiración debe tener un diámetro inferior al del TET ya que, si se ocluye totalmente la luz, se puede dejar sin volumen residual funcional al pulmón al aplicar la aspiración.

VIII. ANEXOS.

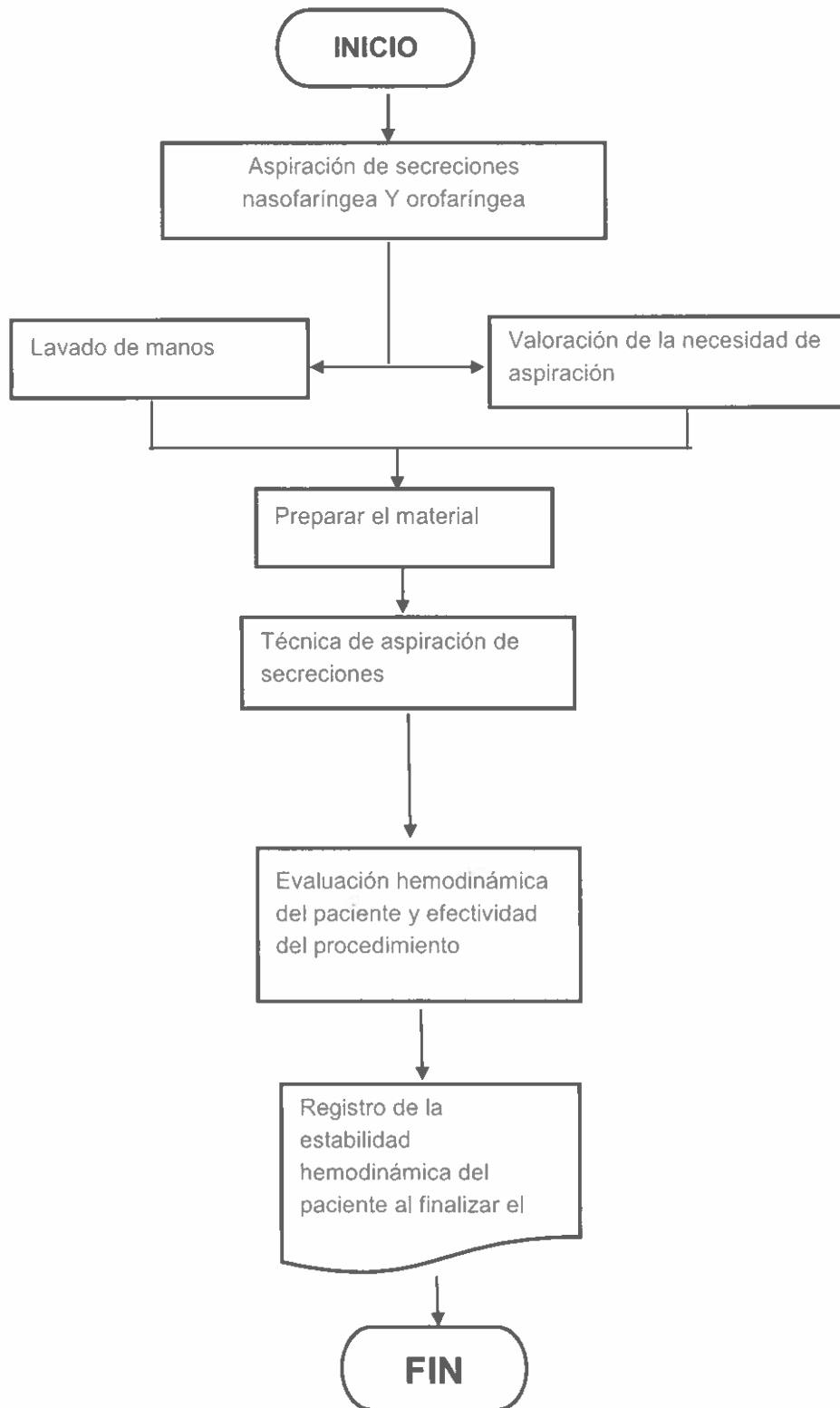
- **ANEXO N°01** :Flujograma de Aspiración de Secreciones
- **ANEXO N°02** :Formato de Notas de enfermería
- **ANEXO N°03** : Formato de Kardex de enfermería

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olmedo M. Técnica de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal. Revista de Enfermería ;2019. 13 (3): Páginas 187-192
2. López M. Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. ENE Revista de Enfermería;2020, ENE VOL15 N°1. Páginas 148-152
3. Cortes-Telles,A, Che J, Ortiz-Farías D. Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. Neumología y Cirugía de Tórax Vol. 78 - Núm. 3 / Julio-Septiembre; 2019. 78 (3): 313-323
4. Fernández F. Revisión crítica. Recomendaciones al profesional de enfermería en la aspiración de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017.
5. Sánchez-Seco Peña A. Aspiración de secreciones. En: Benito Fernández FJ, Mintegi Raso S, directores. Urgencias pediátricas. Guía de actuación. 2 ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2019. p. 13-17.
6. BrenesIM. Aspiración de secreciones - Manuales Clínicos [Internet]. Manuales Clínicos. 2022.Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-pediatria/tecnicas-y-procedimientos/aspiracion-de-secreciones/>
7. Uceda-Ocha, D, Obando-Castro, P. Relación entre el cumplimiento del procedimiento de aspiración de secreciones y la presencia de complicaciones en pacientes críticos, emergencia de un hospital nacional de Lima /*Rev. enferm. hereditaria*;2014 . 7(2): 118-123,



ANEXO N°1: FLUJOGRAMA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES



ANEXO N°02 :FORMATO DE NOTAS DE ENFERMERÍA

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° DE H.C:

Çama:

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INSERCIÓN DE CATETER VESICAL TEMPORAL; SIMPLE DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD:

Estandarizar los criterios de actuación de enfermería en la inserción, del catéter vesical a través de una guía de procedimientos para ser aplicado a los pacientes de las diferentes áreas de hospitalización, emergencia y consultorios externos.

II. OBJETIVOS:

- Acceder a la vejiga del paciente mediante un catéter urinario con fines diagnóstico y/o terapéuticos
- Prevenir infecciones intrahospitalarias asociadas a la instalación de catéter urinario
- Prevenir eventos adversos asociados a la instalación de catéter urinario.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio Medicina de las diferentes áreas de hospitalización, emergencia y consultorios externos. del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento médico. Inserción de catéter vesical temporal; simple. (p.ej. Foley)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 51702

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento. 20 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES:

Inserción de Sonda Vesical: Es una técnica aséptica que consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior. Tiene fines diagnósticos, tratamiento y monitorización.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

Cateterismo intermitente: se retira el catéter vesical inmediatamente después de realizar el cateterismo.²

- **Cateterismo permanente:** después de realizar el cateterismo la persona permanece indefinidamente con el catéter o sonda (se realizan los cambios correspondientes de acuerdo a protocolo de la institución).²
- **Cateterismo permanente de corta duración:** Es aquel que dura 48 horas hasta 30 días.
- **Cateterismo permanente de larga duración:** Es aquel que dura más de 30 días.
- **Sonda Vesical:** Es un tubo cuya consistencia depende de su composición, con tamaño calibrado en unidades francesas (fr.) que miden la circunferencia externa, tienen uno o varios orificios en la parte distal, que pueden tener 1, 2 o 3 vías distintas³

- **Látex:** Son suaves, flexibles y duraderas, de material muy irritante y puede producir alergia si su uso es prolongado, por ello, estas sondas vienen recubiertas de elastómero de silicón, hidrogel, aleación de plata o teflón, que ayudan a reducir su citotoxicidad pero que al desgastarse pueden presentarse reacciones alérgicas.³
- **Silicona:** es un material de larga duración e ideal para pacientes con alergia o sensibilidad al látex o recubrimiento.²
- **Cloruro de Polivinilo (PVC):** son más rígidas, pero mejor toleradas que el látex, no debe utilizarse por periodos prolongados debido a que se puede incrustar.³

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Licenciado en Enfermería
- 1 Técnico de Enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Carrito de curación	unid	1
Riñonera	unid	1
Cama hospitalaria	unid	1

- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mesa auxiliar o Coche de curaciones	unid	1
Lámpara en cuello de ganso	unid	1

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gorro descartable	unid	1
Mascarilla descartable	unid	1
Par de guantes estériles	unid	3
Solución Antiséptica: Clorhexidina 2% solución	unid	1
Paquete de Gasas (10x 10 Cm.)	unid	2
Agua destilada -1L	ml	500
Sonda Vesical Estéril tipo y número según edad del Paciente	unid	1
sistema colector cerrado (si el sondaje es permanente)	unid	1
Jeringa de 20 ml	unid	2
Campos estériles	unid	1
Apósito hidrocoloide 10x10	unid	1
Apósito transparente 6x5cm	unid	1

- **Medicamentos:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Xilocaina 2% Gel	unid	1
Yodopovidona solución	unid	1
Yodopovidona espuma	unid	1

5.3.3 FORMATOS

- Kardex de Enfermería
- Notas de enfermería
- Indicadores

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

INSERCIÓN DEL CATÉTER:

ANTES DEL PROCEDIMIENTO: 5 minutos

Responsable: Enfermera/o

- Verificar identificación del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente de acuerdo con su edad para lograr su colaboración.
- Preparar los materiales y ponerlos cerca de la unidad del paciente.
- Colocación del equipo de protección personal (gorro y mascarilla)
- Realizar higiene de lavado de manos, según técnica OMS.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO: 15 MINUTOS

Responsable: Enfermera/o

- Colocación de guantes.
- Realizar la higiene con agua estéril y solución antiséptica según protocolo:

Para Mujeres:

- Proceder al lavado de genitales externos y zona perineal usando agua y solución antiséptica y enjuagar con agua, siempre en el mismo sentido (desde el meato urinario hacia fuera) y secar con gasas.
 - Descartar guantes en contenedor para residuos biocontaminados.
 - Realizar higiene de manos (lavado) según protocolo.
 - Colocar el campo estéril sobre y depositar material estéril.
- (Sonda de menor calibre, sistema colector cerrado, jeringa cargada con agua destilada, gasas, apósito transparente, apósito hidrocoloide)
- Introducir la sonda vesical abriendo la vulva de la paciente y colocando el pulgar y el índice de la mano no dominante entre los labios menores, observar la aparición de orina a través de la sonda hacia la bolsa colectora.
 - Si la sonda será permanente, inyectar agua destilada con una jeringa previamente llenada con el volumen indicado por el fabricante (aprox. 15cc aprox.).
 - Verificar que el balón quedó inflado traccionando un poco la sonda.

- Conectar el sistema colector cerrado. Colocar el sistema debajo del nivel de la vejiga para evitar el reflujo de orina. Se fija al costado de la cama sin que toque el suelo (aprox. 30 cm del suelo).
- Retirarse y descartar los guantes.
- Rotular la sonda y el sistema colector indicando fecha y hora de instalación
- Dejar cómodo al paciente.
- Descartar material contaminado en contenedores de residuos biocontaminados.
- Realizar higiene (lavado) de manos según protocolo institucional.
- Registrar en la documentación de enfermería: motivo, día, hora, tipo y calibre del catéter

Varones :

- Sujetar el pene del paciente en posición vertical, retraer el prepucio y limpiar con gasa empapada con solución antiséptica y abundante agua,
- Descartar guantes en contenedor para residuos biocontaminados.
- Realizar higiene de manos (lavado) según protocolo.
- Colocar el campo estéril sobre y depositar material estéril. (Sonda de menor calibre, sistema colector cerrado, jeringa cargada con agua destilada, gasas, apósito transparente, apósito hidrocólicoide)
- Tomar la sonda vesical y enrollar en la mano dominante y aplicar lidocaína 2% en jalea (en dosis unitaria) a la punta de la sonda.
- Coger el pene con la mano no dominante y sostenerlo a 90°, retrayendo prepucio y dejando glande al descubierto. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato hasta notar un tope.
- Colocar el pene en posición horizontal y hacer ligera tracción hacia delante (ángulo 45° aprox.) y continuar ingresando la sonda hasta que fluya orina.
- No forzar la entrada de la sonda si se encuentra resistencia, ya que podríamos producir daño.
- Si la sonda será permanente, inyectar agua destilada con una jeringa previamente llenada con el volumen indicado por el fabricante (aprox. 15cc aprox.).
- Verificar que el balón quedó inflado traccionando un poco la sonda.
- Conectar el sistema colector cerrado. Colocar el sistema debajo del nivel de la vejiga para evitar el reflujo de orina. Se fija al costado de la cama sin que toque el suelo (aprox. 30 cm del suelo).
- Retirarse y descartar los guantes.
- Rotular la sonda y el sistema colector indicando fecha y hora de instalación.
- Descartar material contaminado en contenedores de residuos biocontaminados.
- Realizar higiene (lavado) de manos según protocolo institucional.
- Registrar en la documentación de enfermería: motivo, día, hora, tipo y calibre del catéter.

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Vaciado de la vejiga en caso de retención urinaria.
- Determinación de la cantidad de orina residual después de la micción.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Control de la diuresis.
- Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga,
- Proporción de una vía de drenaje o lavado continuo de la vejiga
- Vejiga neurogénica,

- Pacientes con diabetes mellitus.
- Pacientes inmunocomprometidos

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Presencia de herida en la uretra asociado con traumatismo pélvico
- Estenosis o rigidez uretral (valorar individualmente)
- Cirugía reciente del tracto urinario

6.4 COMPLICACIONES:

- Infección de tracto urinario
- Traumatismo de uretra o vejiga
- Hematuria
- Obstrucción de la sonda por acodamiento o presencia de moco o coágulos

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Utilizar una técnica estrictamente aséptica durante todo el procedimiento para reducir el riesgo de infecciones del tracto urinario.
- Programar la obtención de muestras de orina dos horas después de la última micción para garantizar una muestra representativa.
- En caso de encontrar resistencia al pasar el catéter, no forzar su inserción y suspender el procedimiento para evitar lesiones en el paciente.
- No persistir en los intentos de colocar el catéter si se encuentra una resistencia significativa o si se percibe que el catéter se dobla dentro del tracto urinario y no avanza.
- Implementar técnicas de manejo del dolor mediante intervenciones no farmacológicas, como la distracción, la relajación o la aplicación de calor local, para minimizar la incomodidad del paciente durante la inserción del catéter.
- Retirar el catéter vesical tan pronto como sea clínicamente posible para reducir el riesgo de infecciones del tracto urinario asociadas con la permanencia prolongada del catéter.

VIII. ANEXOS.

- Anexo N° 01: Terapéutica
- Anexo N°02: Kardex de enfermería
- Anexo N° 03: Notas de Enfermería
- Anexo N° 04 : Indicadores



TERAPEUTICA

[illegible]

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Nº H.C.

Nº CAMA:



ANEXO N°02: KARDEX DE ENFERMERÍA

[illegible]

[illegible]

Cama:

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dirección Desarrollo de Servicios de Salud Área de Regulación Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento Coordinación Nacional de Enfermería. Manual de Procedimientos de Enfermería [Internet]. Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>. 2014
- Sánchez C, Bertha E. et all. Efectividad del cambio del catéter venoso periférico en la prevención de flebitis. 2017. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00491.pdf>.



NEONATOLOGÍA
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE
CONSEJERÍA EN FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO
PSICOAFECTIVO Y PREVENTIVO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO
DEL HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA”

I. FINALIDAD

Ofrecer a los profesionales de enfermería una guía para la consejería en fortalecimientos del cuidado psicoafectivo y preventivo de la depresión post parto en los pacientes del Hospital Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Sensibilizar al personal de enfermería sobre la importancia del cuidado psicoafectivo en el periodo postparto.
- Identificar factores de riesgo y síntomas tempranos de la depresión post parto en las madres.
- Promover la creación de un entorno de apoyo y comprensión para las madres que experimenten depresión post parto.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Esta guía tiene como ámbito de aplicación, Departamento de Enfermería, del servicio de neonatología: Unidad de alojamiento conjunto y Unidad de intermedios (Hospitalización) y consultorios externos.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento: Consejería en fortalecimiento del cuidado psicoafectivo y preventivo de la depresión post parto (a los 7 días después del parto)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401.35

4.3 Tiempo total aproximado de consejería: 60 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

CONSEJERIA DEL CUIDADO PSICOAFECTIVO Y PREVENTIVO DE LA DEPRESION POST PARTO: Los cuidados de Enfermería en el puerperio toman en cuenta los cambios emocionales, las necesidades físicas y psicológicas de las madres.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

Cuidados psicoafectivos: El enfoque psicoafectivo de los cuidados de enfermería se entiende como una forma de cuidado, cuyo objetivo es ofrecer comodidad, atención y bienestar al paciente; que se aborda tanto desde la dimensión física como la psicológica.¹

Depresión post parto: Trastorno del estado de ánimo o depresión que se presenta en las madres después del nacimiento de un bebé. Por lo general, este será un trastorno a corto plazo.²

Alojamiento conjunto: Es la permanencia del recién nacido y su madre en la misma habitación facilitando el apego y la lactancia materna exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que madre e hijo/a sean dados de alta.³

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 medico Neonatólogo
- 1 médico Pediatra
- 1 enfermera especialista en neonatología
- 1 técnico en enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Escritorio	Unidad	1
Silla	Unidad	2
Reloj de pared	Unidad	1
Lapicero azul	Unidad	1
Cuaderno	Unidad	1
Computadora	Unidad	1

- **Material Médico no Fungible:** No aplica

- **Material Médico Fungible:** : No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Cuaderno de Consejería.
- Historia clínica del Recién nacido.
- Formato de interconsulta
- Folletos acerca depresión post parto.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO 60 MIN aprox.

1. La enfermera identifica a las madres de los cambios de emociones durante el turno (durante el turno).
2. Personal de enfermería se presenta con la paciente aproximadamente (2 min).

3. Enfermera durante el turno permanecerá empática y con escucha activa con las madres.
4. Enfermera brindara palabras reconfortantes a las madres puérperas. (5 min).
5. Enfermera de turno mencionara a la madre lo siguiente: "Quiero que sepas que no estás sola en esto. Estamos aquí para apoyarte."
6. Enfermera brindara apoyo emocional y cuidados de su bebé. (10 min)
7. Enfermera comunica a medico neonatólogo y/o pediatra de turno. (3min)
8. Medico neonatólogo y/o pediatra indica la interconsulta a psicología: personal técnico factura orden y lleva a psicólogo de turno. (10 min).
9. Después que psicólogo realice entrevista a la madre dejara las sugerencias en la hoja de interconsulta.
10. Se comunica a médico pediatra y/o neonatólogo que fue evaluado por psicólogo; quien reevalúa y escribe en historia clínica las indicaciones a seguir. (2min).
11. Enfermera registra en historia clínica lo actuado y toma en cuenta las indicaciones. (3min).
12. Enfermera registra en el cuaderno de sesión educativa, brindado a las madres. (5 min).
13. Enfermera permanece durante el turno en observación constante de los cambios emocionales.
14. Enfermera de turno involucra al familiar durante la hora de visita. (5 min)
15. Enfermera se reporta en cada cambio de turno. (5 min).
16. Al alta enfermera brinda consejería a todas las madres de los síntomas de depresión; para que soliciten ayuda profesional. (10 min)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Identificación de madres con cambios de emociones constantes.
- La consejería e información se brinda a todas las madres puérperas con signos de depresión.
- Apoyo emocional constante a las madres.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes con falta de apoyo familiar
- Pacientes con emociones inestables
- Pacientes con embarazos no deseados

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes sordomudas.
- Pacientes con enfermedades mentales.
- Pacientes resistentes a la intervención.

6.4 COMPLICACIONES:

- Madres con rechazo a su propio bebé.
- Altera la calidad del vínculo de la madre con su bebé.
- Sentimientos de culpabilidad de la madre.
- Deseos de homicidio de la madre.



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NTS N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Las recomendaciones se brindan a todas las madres a la alta médica ya que ellas permanecen hospitalizadas de 1 a 3 días.
- Alentar a las madres a mantener contacto con familiares, amigos y otros padres.
- Indicar a las puerperas; comunicar sus sentimientos: Que no tengan miedo de expresar lo que sienten a su pareja, familiares o amigos cercanos puede ser de gran ayuda para aliviar la carga emocional.
- He de mencionarles que la depresión postparto es tratable y que hay ayuda disponible. Que Busquen apoyo profesional cuando la necesiten.
- La recuperación de la depresión postparto puede ser un proceso gradual y personal para cada mujer.

VIII. ANEXO

Anexo: 1: Folleto Depresión Post parto

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Microsoft. [Internet]. Depresión posparto, www.msn.com. 2024 [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.msn.com/es-pe/salud/enfermedad/in-depresi%C3%B3n-post-parto/in-postpartum-depression?source=bing_enfermedad
2. Navas Arrebola R, Peteiro Mahía L, Blanco López S, López Castiñeira N, Seoane Pillado T, Pertega Díaz S. La satisfacción de las mujeres con el parto y la atención posparto y las variables asociadas. [Internet]. Rev Esc Enferm USP; 2021[citado el 16 de marzo de 2024];55(1). Disponible en: <https://cibamanz.sld.cu/index.php/cibamanz/2023/paper/viewFile/766/389>
3. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral neonatal, RM N°907 _ 2016 /MINSA [Internet]. Perú: MINSA; 2016 [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/document/192823/191538-RM-907-2016-MINSA.pdf20180904-20266-1j9ol1r.pdf>

ANEXO N° 1: FOLLETO DEPRESIÓN POST PARTO



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE CONSEJERÍA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PREVENTIVO/PROFILÁCTICO PARA RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE VIH (+) DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de procedimiento asistencial de consejería de administración de tratamiento preventivo/profiláctico para recién nacido, Hijo de madre VIH (+) del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Proporcionar información completa y comprensible sobre el tratamiento preventivo/profiláctico para el VIH a las madres VIH positivas, incluyendo sus beneficios, riesgos y opciones disponibles para el recién nacido.
- Establecer un plan claro para el seguimiento y monitoreo del recién nacido después de la administración del tratamiento preventivo/profiláctico, incluyendo pruebas de detección del VIH y evaluación del desarrollo y crecimiento del niño
- Evaluar regularmente la efectividad del tratamiento preventivo/profiláctico en la prevención de la transmisión vertical del VIH y en la salud a largo plazo del recién nacido, utilizando datos objetivos para informar ajustes y mejoras en el proceso de atención.
- Promover la cultura de respeto a la dignidad del neonato evitando el estigma y la discriminación.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Esta guía tiene como ámbito de aplicación, Departamento de Enfermería, del servicio de neonatología: Unidad de intermedios (Hospitalización).

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento:** Administración de tratamiento preventivo/profiláctico para recién nacido, hijo de madre VIH (+)
- 4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:** 99199.14
- 4.3 Tiempo total aproximado de consejería:** 60 minutos aprox.

CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PREVENTIVO/PROFILÁCTICO PARA RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE VIH (+): La administración de uno o más medicamentos ARV a un recién nacido sin infección por VIH es indicada para reducir el riesgo de adquisición perinatal del VIH.¹



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

Recién nacido expuesto a VIH: Todo recién nacida o nacido de madre con infección por VIH.²

Reacción adversa a medicamento (RAM): Es cualquier reacción nociva y no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto.²

5.3. REQUERIMIENTO BÁSICO

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Médico Neonatólogo
- 1 Médico Pediatra
- 1 Enfermera especialista en neonatología
- 1 Técnico en enfermería

5.3.2 RECURSO MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio	Unidad	01
Silla	Unidad	01
Coche de preparación de medicamentos	Unidad	01
Rifonera	Unidad	01
Tacho de basura	Unidad	01

- Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Porta historia clínica	Unidad	01
Estetoscopio neonatal	Unidad	01



- **Material médico fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Jeringa 10 cc	Unidad	03
Rotulador	Unidad	01
Jabón líquido	Frasco	01
Papel de triple hoja	Unidad	02

- **Medicamentos:** La profilaxis antirretroviral dependerá del escenario de manejo del Plan de Prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH dispuesto por el Ministerio de Salud (Anexo 3):

5.3.3 FORMATOS:

- Historia clínica del RN: hoja de registro diario de anotaciones de enfermería y hoja de balance hídrico.
- Kardex de enfermería.
- Hoja de interconsulta
- Ficha de notificación de reacción adversas a medicamento

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO 60 min. aprox.

Antes del procedimiento

1. Médico pediatra evalúa a recién nacido (RN) de madre VIH + (10 min).
2. Médico solicita interconsulta a infectología (2 min).
3. Personal técnico factura interconsulta y entrega a médico de infectología (10 min).

Durante el procedimiento

4. Médico de Infectología evalúa y deja indicaciones escritas en hoja de interconsulta (10 min).
5. Enfermera comunica pediatra de las sugerencias dejadas (2 min).
6. Médico pediatra evalúa, actualiza prescripción y deja indicaciones y receta medicamento (4 min).

7. Enfermera actualiza Kardex para la administración de medicamento (2 min)
8. Personal técnico recoge medicamento de farmacia (5 min).
9. Enfermera administra tratamiento previo lavado de manos y utilizando los 10 correctos para la administración del medicamento (5 min).

Después del Procedimiento

10. Durante la hospitalización del bebé; enfermera enseña cómo debe administrar tratamiento vía oral a la madre (10 min).

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Recién nacido de madre VIH (+).

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Ninguna

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Neonatos sanos
- Recién nacido que presente alergia o intolerancia a los componentes del medicamento
-

6.4 COMPLICACIONES:

- Reacción alérgica y/o intolerancia a los componentes del medicamento.
- Dependientes de la infección por el VIH en caso de adquirir la infección.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NTS N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médico / enfermería que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Garantizar que la profilaxis antirretroviral se inicie en los recién nacidos dentro de las primeras 6 horas de vida, con un máximo de 24 horas, para maximizar la eficacia en la prevención de la transmisión vertical del VIH.
- Mantener la limpieza y desinfección adecuadas del área destinada a la preparación y conservación del medicamento, minimizando así el riesgo de contaminación y garantizando la seguridad del tratamiento.
- Lavado de manos con agua y jabón como medida fundamental de prevención de infecciones antes de la preparación y administración del medicamento, asegurando un ambiente seguro para el recién nacido.
- Garantizar la correcta administración del medicamento siguiendo los "10 correctos" para evitar errores en la dosificación y asegurar la eficacia del tratamiento preventivo.
- Mantener un registro diario preciso de la cantidad de medicamento administrado al recién nacido durante su hospitalización, facilitando el seguimiento y la evaluación del tratamiento.



- Brindar consejería individualizada y enseñar a la madre cómo administrar el medicamento de forma adecuada antes del alta del recién nacido, asegurando la continuidad del tratamiento en el hogar y la comprensión de su importancia para la salud del bebé.

VIII. ANEXO

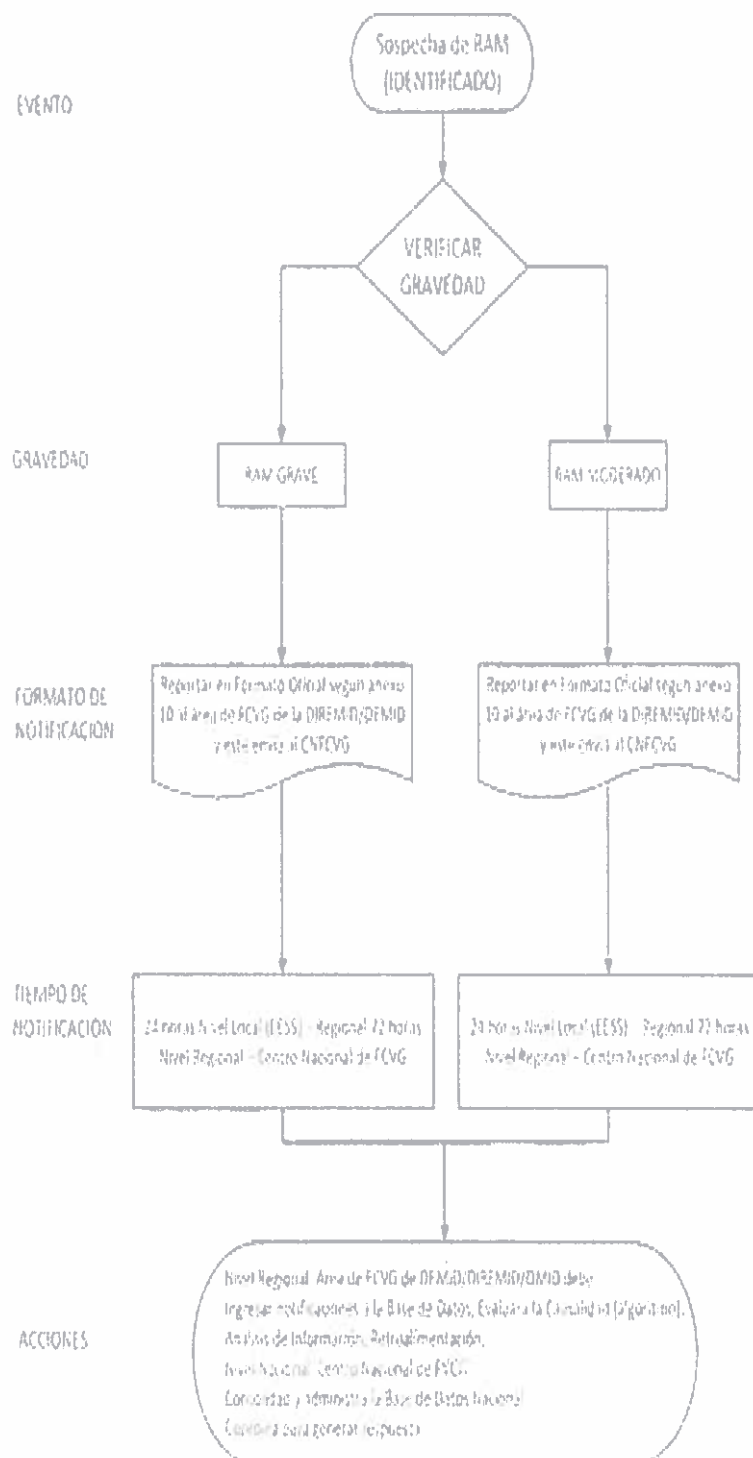
- **ANEXO N°1:** FLUJOGRAMA PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A ANTIRRETROVIRALES
- **ANEXO N°2:** FICHA DE NOTIFICACIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTO
- **ANEXO N°3:** ESCENARIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH
- **ANEXO N°4:** HOJA DE INTERCONSULTA
- **ANEXO N°5:** NOTAS DE ENFERMERÍA
- **ANEXO N°6:** BALANCE HÍDRICO

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUIAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL PACIENTE PEDIATRICO CON VIH EN LATINOAMERICA, 2023 [citado el 01 de abril de 2024]. Disponible en: Documento-guías-TAR-PLANTAIDS.pdf (seipweb.es)
2. Perú.MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral neonatal, RM N°1138- 2019 /MINSA [Internet]. Perú; 2019 [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: RESOLUCIÓN-MINISTERIAL-N-1138-2019-MINSA.PDF (WWW.GOB.PE).2019



ANEXO N°1: FLUJOGRAMA PARA EL REPORTE DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A ANTIRETROVIRALES



ANEXO N° 2: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES DE SALUD





























CENTRO NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNIVIGILANCIA
NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES DE SALUD

CONFIDENCIAL

2. DATOS DEL PACIENTE

Nombre o iniciales: _____

Edad: _____ Sexo: ☒ M ☐ F Peso: _____ Kg OMI: _____ Historia Clínica: _____

Establecimiento de Salud: _____

Diagnóstico principal: _____

Sistema Peruano de Farmacovigilancia
Centro de Referencia Nacional de
Farmacovigilancia y Tecnovigilancia - GSI
farmacovigilancia@igs.gob.pe

3. RELACIONES ADVERSAS SUSPECHADAS (El US, caso n°1 con un error de medicación, problema de calidad u otro puede utilizar este formato)

Describir la reacción adversa, error de medicación, problema de calidad, u otro: _____

Fecha de inicio de la reacción: ____/____/____

Fecha final de RAM: ____/____/____

Gravedad de RAM: (marcar con X)

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

Solo para RAM Grave: (marcar con X)

☐ Muerte, Fecha: ____/____/____

☐ Puso en grave riesgo a vida del paciente

☐ Produjo o prolongó su hospitalización

☐ Produjo discapacidad funcional

☐ Produjo anemia a propósito

Desenlace: (marcar con X)

☐ Recuperado ☐ Recuperado con secuela

☐ No Recuperado ☐ Muerte ☐ Desconocido

Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas): _____

Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes, tiempo alérgico, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal / hepática, etc.): _____

4. MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

Nombre Genérico - (Nombre comercial)	Laboratorio	Lote	Dosis / frecuencia	Vía de Adm.	Fecha de inicio	Fecha Final	Motivo de suspensión
1					____/____/____	____/____/____	
2					____/____/____	____/____/____	
3					____/____/____	____/____/____	

SUSPENSIÓN (marcar con X)

1. ¿Desapareció la reacción al suspender medicamento? ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

2. ¿Desapareció la reacción al disminuir la dosis? ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

REEXPOSICIÓN (marcar con X)

1. ¿Reapareció la reacción al administrar nuevamente el medicamento? ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

2. ¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción a medicamento? ☐ SI ☐ NO ☐ No aplica

El paciente recibió tratamiento para la reacción: ☐ No ☐ Si ☐ Especifique: _____

En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: n° Registro Sanitario: _____ Fecha de Vencimiento: ____/____/____

5. MEDICAMENTOS CONCOMITANTES UTILIZADOS EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (Incluir medicamento para tratar la reacción adversa)

Nombre Genérico - (Nombre comercial)	Dosis / Frecuencia	Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Final	Indicación
			____/____/____	____/____/____	
			____/____/____	____/____/____	
			____/____/____	____/____/____	

6. DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellidos y Nombres: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Profesión: _____ Fecha de notificación: ____/____/____ N° de notificación: _____

Nota: En caso de reacciones adversas graves el Comité de Farmacovigilancia deberá complementar la información mediante el "Informe de Investigación" de sospecha de reacción adversa grave.

Este documento es válido solo para el Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia



ANEXO N° 3: TABLA DE ESCENARIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

Escenario	Escenario 1 Gestante VIH diagnosticada por primera vez	Escenario 2 Gestante VIH que estuvo recibiendo TARV	Escenario 3 Gestante diagnosticada por primera vez en el momento del parto
Gestante	Tenofovir/Emtracitabina + Raltegravir	Continuar el TARV si carga viral es <1000 copias. Si es mayor cambiar la combinación ARV	Tenofovir/Emtracitabina + Raltegravir
Parto	Carga viral <1000: vaginal Carga viral >1000: cesárea Zidovudina endovenosa	Carga viral <1000: vaginal Carga viral >1000: cesárea Zidovudina endovenosa	cesárea Zidovudina endovenosa
Niño	No lactancia materna Zidovudina x 4 semanas	No lactancia materna Zidovudina x 4 semanas	No lactancia materna Zidovudina x 6 semanas Lamivudina x 6 semanas Nevirapina x 3 días



ANEXO N° 4: HOJA DE INTERCONSULTA



PERU Ministerio de Salud

INTERCONSULTA

URGENTE ☐

INTERCONSULTA A:		Fecha:	Hora:
Resumen de la Historia:			
Diagnóstico Presuntivo:			
Motivo de la Interconsulta:			
Firma y Sello del Médico			
INFORME DE INTERCONSULTA			
Fecha de Recepción:		Hora:	
ENFERMEDAD ACTUAL:			
Resultado de Exámenes Auxiliares			
Diagnóstico:		CIÉ X	
Sugerencias:			
Fecha de Respuesta:		Hora:	Firma y Sello del Médico
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad
SERVICIO		N° CAMA	



NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE NEO

GUARDIA DIURNA TRATAMIENTO APLICADO		GUARDIA NOCTURNA TRATAMIENTO APLICADO	
EXAMENES DE LABORATORIO - RX		EXAMENES DE LABORATORIO - RX	
FECHA Y HORA	ANOTACIONES	FECHA Y HORA	ANOTACIONES
S		S	
O		O	
A		A	
P		P	
I		I	
E		E	
RECOMENDACIONES / PENDIENTES		RECOMENDACIONES / PENDIENTES	
SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE		SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	

PDOS: _____ **SEXO:** _____ **EDAD:** _____
GURO: _____ **H.C:** _____ **SERVICIO:** NEO
UNIDAD: UCIN **N° DE NEO:** _____

ANEXO N° 6: BALANCE HÍDRICO

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
HOJA DE BALANCE HIDRICO DE ENFERMERIA

APELLIDOS: CÓDIGO DE SIS: N° CUM/VINCULACIÓN:
HCL: SEXO: PESO INGRESO: EDAD:

INGRESOS					EGRESOS				
PESO	FECHA								
DÍA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL
FORMULA - V.O					DIURESIS				
TTO EV					VOMITOS				
INFUSION EV					DEPOSICION				
					PI				
TOTAL:					TOTAL:				
BALANCE:									

INGRESOS					EGRESOS				
PESO	FECHA								
DÍA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL
FORMULA - V.O					DIURESIS				
TTO EV					VOMITOS				
INFUSION EV					DEPOSICION				
					PI				
TOTAL:					TOTAL:				
BALANCE:									

INGRESOS					EGRESOS				
PESO	FECHA								
DÍA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL
FORMULA - V.O					DIURESIS				
TTO EV					VOMITOS				
INFUSION EV					DEPOSICION				
					PI				
TOTAL:					TOTAL:				
BALANCE:									

INGRESOS					EGRESOS				
PESO	FECHA								
DÍA	M	T	N	TOTAL		M	T	N	TOTAL
FORMULA - V.O					DIURESIS				
TTO EV					VOMITOS				
INFUSION EV					DEPOSICION				
					PI				
TOTAL:					TOTAL:				
BALANCE:									

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA DE EN CORTE Y CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de consejería en corte y cuidado del cordón umbilical del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Prevenir la onfalitis y sus complicaciones en los recién nacidos.
- Identificar precozmente las onfalitis que se presenten.
- Favorecer la rápida caída y cicatrización del cordón umbilical en periodo mediano hasta su caída.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría, Departamento de Enfermería, servicio de Neonatología y sus 3 unidades: Unidad de atención Inmediata del Recién Nacido, Unidad de Alojamiento Conjunto y Unidad de cuidados intermedios del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería en corte y cuidado del cordón umbilical.
- 4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401.04
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 36 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Historia Clínica:** Es el documento médico legal, donde se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención y cuidados del recién nacido, en forma ordenada, integrada, secuencial que el médico, enfermera u otros profesionales brindan al recién nacido.¹
- **Consejería en el cuidado del cordón umbilical:** Proceso educativo comunicacional y procedimental que realiza el personal de salud capacitado en consejería a la gestante, a la puerpera y madre lactante para promover, proteger y apoyar, de manera oportuna, la caída y cicatrización del cordón umbilical.²

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Neonato:** Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad.¹
- **Nacido vivo:** Se considera nacido vivo cuando después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción

voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.¹

- **Curación Umbilical:** Asepsia umbilical para favorecer la pronta cicatrización del cordón umbilical.³
- **Cortar el cordón umbilical:** Se realizar la ligadura del cordón umbilical a 2 - 3 centímetros de la piel, utilizando un clamp umbilical plástico, seccionando el excedente con una tijera para cordón umbilical, verifique la presencia de los tres vasos sanguíneos (dos arterias y una vena), aplique alcohol de 70° sobre la superficie cruenta, luego se cubre con gasa estéril.⁴

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 01 médico Neonatólogo /Pediatra /Medico general.
- 01 licenciada en Enfermería especialista en atención neonatal o Licenciada en Enfermería con competencias para la atención del recién nacido.¹

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cuna radiante.	Unidad	1
Riñonera.	Unidad	1
Tijera.	Unidad	1
Pinza.	Unidad	1

- **Material médico no fungible:** No aplica
- **Material médico fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gasa 10 x 10	Paquete	1
Gasa 5x 5	Paquete	1
Guante descartable	Unidad	2
Papel toalla	Unidad	1

Medicamentos:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
-------------	-----	-------

Alcohol 70%	ml	10
Gluconato de Clorhexidina al 2%	ml	10

5.3.3 FORMATOS:

- Historia clínica: Anotaciones de enfermería.
- Dípticos curación umbilical.
- Cuaderno de Consejería.
- Hojas de Registro diario de atención.
- Rotafolio de curación umbilical.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (36 min)

PROCEDIMIENTO	TIEMPO
a) Lic. en Enfermería verifica la identidad del recién nacido.	40 segundos
b) Lic. en Enfermería informa a la madre y/o familiar el procedimiento.	30 segundos
c) Lic. en Enfermería prepara el material, equipo y traslada al ambiente donde se realizará el procedimiento.	20 segundos
d) Lic. en Enfermería Coloca al RN en posición adecuada decúbito dorsal y descubrir la zona abdominal.	20 segundos
e) Lic. en Enfermería se Lava las manos y calza los guantes.	60 segundos
f) Lic. en Enfermería procede a limpiar con gasa empapada en alcohol el muñón umbilical iniciando en la zona de la base del ombligo hacia la parte terminal del mismo incluyendo el clamp.	5 minutos
g) Lic. en Enfermería coloca el pañal por debajo del cordón.	10 segundos
h) Lic. en Enfermería debe buscar signos de inflamación del mismo y zona periumbilical.	40 segundos
i) Lic. en Enfermería realiza la curación del cordón umbilical 3 veces al día, continuar con la curación una vez desprendido el cordón si presenta alguna secreción.	15 minutos
j) Lic. en Enfermería enseña el procedimiento a la madre para ser realizado por la misma hasta lograr cicatrización de zona umbilical.	10 minutos
k) Lic. en Enfermería al término de la curación deja al RN acompañado de su madre en posición de cubito dorsal.	50 segundos
l) Lic. en Enfermería realiza higiene de manos clínico.	50 segundos
m) Lic. en Enfermería registra el procedimiento y la respuesta del paciente en la hoja de registro de enfermería.	40 segundos

6.2.INDICACIONES

6.2.1.INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Todos los recién nacidos que se encuentran en todas las unidades del servicio de neonatología.

6.2.2.INDICACIONES RELATIVAS:

- No aplica

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- No aplica

6.4.COMPLICACIONES:

- Onfalitis: Infección del cordón umbilical en el recién nacido.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médico /Enfermera que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Cumplir con Norma técnica Atención Integral de la salud neonatal.
- Seguimiento en consultorio de alto riesgo neonatal.

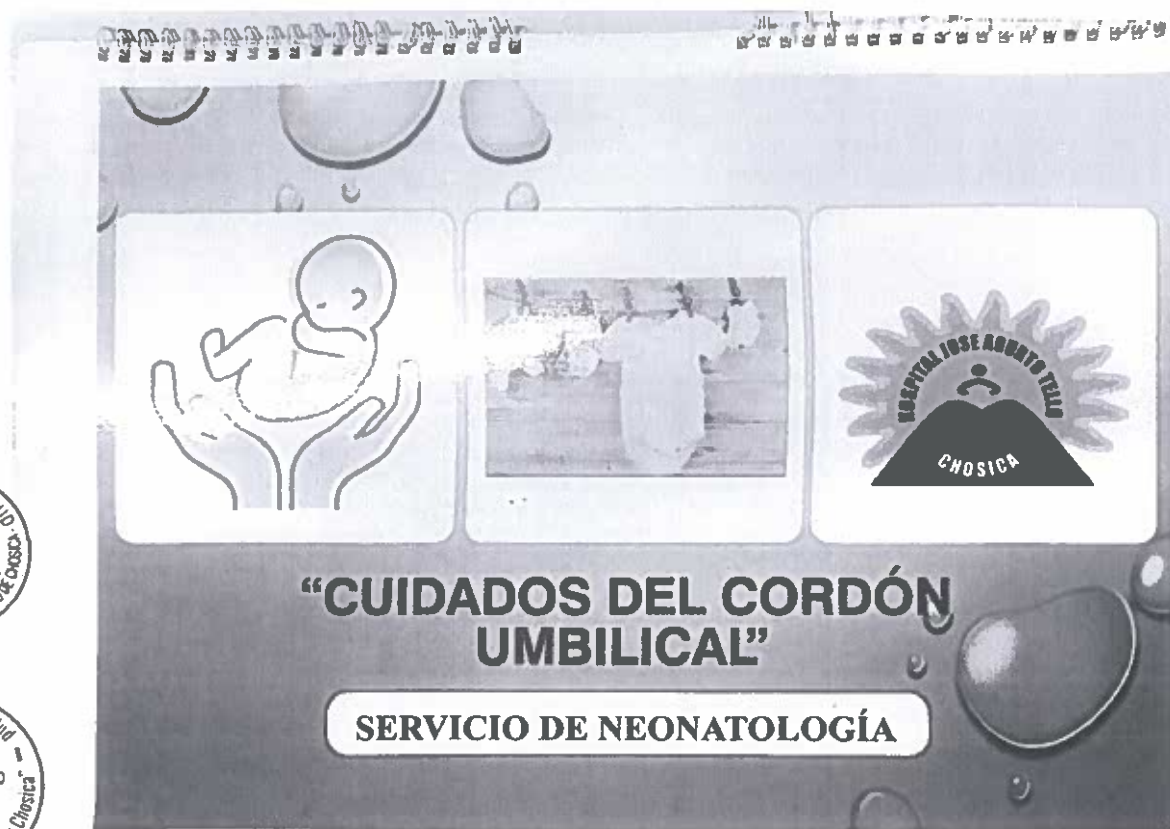
VIII. ANEXOS:

- **Anexo N°1:** Rotafolio de Curacion Umbilical
- **Anexo N°2:** Diptico de Curacion Umbilical
- **Anexo N° 3:** Hojas His
- **Anexo N°4:** Cuaderno de Consejería
- **Anexo N°5:** Registro de Enfermería

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRICAS

1. Perú. MINSA. Norma técnica Atención Integral de la salud neonatal.RM N° 828 .2013.
2. OPS. LIGADURA OPORTUNA DEL CORDON UMBILICAL - [Internet]. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/campanas/campana-28-dias-salud-recien-nacido>
3. CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL EN EL RECIEN NACIDO - [Internet]. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942016000100001
4. Rincón D, Rojas M, (et al). Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y complicaciones neonatales, un estudio prospectivo. Anales de pediatría AEP [Internet].2014 [citado 16 marzo 2024]; 142(3):142-148. Disponible en:<https://www.analesdepediatría.org/es-tiempo-pinzamiento-del-cordon-umbilicalarticulo-S1695403313004554>.

ANEXO N°1: ROTAFOLIO DE CURACIÓN UMBILICAL



ANEXO N°2: DÍPTICO DE CURACIÓN UMBILICAL



PERU

Ministerio
de Salud

Ministerio de Salud
Asesoría Técnica
de Enfermería



SERVICIO DE NEONATOLOGÍA - ALOJAMIENTO CONJUNTO

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

Cuando el bebé nace, se corta el cordón umbilical y queda un muñón. El muñón debe de secarse y caer cuando él bebe tiene de 5 a 15 días de edad.



Para un buen cuidado es importante realizar los siguientes pasos:

1. Lávate las manos.
2. Toma una gasa limpia por las 4 puntas.
3. Empapa la gasa con alcohol al 70%.
4. Limpia la base (parte baja) del ombligo con un movimiento de rotación.
5. Con otra gasa limpiar la parte distal (parte arriba) del ombligo.



Colocar el pañal doblado por debajo del ombligo, así se evita que se moje con la orina.

6. Las curaciones se realizarán 2 veces al día y siempre que sea necesario, si se manchase con deposiciones y orina.

7. Una vez desprendido el cordón, continuar la curación con alcohol al 70%, durante 2 o 3 días más, hasta que cicatrice.
8. Evite el uso de ombligüero, ya que éste mantiene húmedo el ombligo, lo cual puede desencadenar infecciones, si se usa apretado puede provocar incomodidad, vómitos, etc.



ANEXO N°4: CUADERNO DE CONSEJERÍA



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO CONSEJERÍA DE IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Establecer lineamientos técnicos y normar los procedimientos asistenciales relacionados con la brindar consejería con información relevante que permita que las madres reconozcan los signos de alarma del Recién nacido evitando poner en riesgo la vida de los recién nacidos.

II. OBJETIVOS:

- Brindar Información a las puérperas sobre cada uno de los signos de alarma del recién nacido
- Ampliar el conocimiento de las madres sobre reconocimiento oportuno los signos de alarma del Recién nacido.
- Establecer recursos materiales, humanos y logísticos requeridos.
- Describir detalladamente la secuencia de acciones del personal de salud involucrado.
- Determinar indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de los pacientes.



III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría, Departamento de Enfermería, servicio de Neonatología y sus 3 unidades: Unidad de atención Inmediata del Recién Nacido, Unidad de Alojamiento Conjunto y Unidad de cuidados intermedios del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería de identificación de signos de alarma

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401.08

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 30 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO: Son características clínicas y se manifiesta de manera inesperadas producto de una enfermedad durante los primeros 28 días, se ha identificado 9 signos de alarma más frecuentes; fiebre, hipotermia, ictericia, cianosis polipnea, vómitos, letargia, somnolencia, infección, supuración o sangrado del cordón umbilical.³

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO.: Es el conjunto sistematizado de actividades intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido que se inician inmediatamente al nacimiento hasta las 2 primeras horas de vida con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños complicaciones, secuelas o muerte. siendo responsables de la atención los profesionales Médico neonatólogo / Pediatra, médico cirujano, Enfermera con competencias para la Atención del recién nacido.²

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Es la permanencia del Recién Nacido y su madre en la misma habitación, facilitando el Apego y la Lactancia exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que la madre e hijo /a sean dados de alta, siendo responsables de la atención los profesionales Médico neonatólogo / Pediatra, médico cirujano y Enfermera.²



ATENCIÓN NEONATAL EN HOSPITALIZACIÓN.

Es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo recién nacido que presenta trastornos que se desarrollan antes, durante y después del nacimiento y que se detectan durante el periodo neonatal. Los establecimientos de salud con capacidad resolutoria deben contar bajo responsabilidad con un equipo de profesionales Médico neonatólogo / Pediatra, médico cirujano y Enfermera con entrenamiento o especialización en neonatología.²

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

SERVICIO DE NEONATOLOGIA: Unidad orgánica encargada de brindar atención integral al neonato, realiza actividades de Promoción, Prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación, investiga y propone normas, imparte docencia y asesoría a la Dirección General en el campo de la Neonatología.¹ responsables de la atención los profesionales Médico neonatólogo / Pediatra, médico cirujano, Enfermera con competencias para la Atención del recién nacido.

ALOJAMIENTO CONJUNTO: Es la permanencia del Recién Nacido y su madre en la misma habitación, facilitando el Apego y la Lactancia exclusiva. Se realiza desde el nacimiento hasta el momento en que la madre e hijo /a sean dados de alta, siendo responsables de la atención los profesionales Médico neonatólogo / Pediatra, médico cirujano y Enfermera.²

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO: Por cada turno

- 01 Médico Neonatólogo /Pediatra /Médico general.
- 01 enfermera con especialidad en Neonatología o con capacitación en el área en las 3 unidades del servicio de Neonatología. (4)

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
CAMA	Unid	1
SILLA	Unid	1
RELOJ	Unid	1

- **Material médico no fungible:** No aplica.
- **Material médico fungible:** No aplica.
- **Medicamentos:** No aplica.

5.3.3 FORMATOS:

- Trípticos
- Cuaderno de Consejería
- Hojas de Registro diario de atención
- Historia clínica del Recién nacido.
- Rotafolio de Signos de alarma

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1.DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (15 min)

1. El médico Neonatólogo / pediatra evalúa al recién nacido y brinda información a la madre incluyendo signos de alarma. **(5 minutos)**
2. La licenciada en enfermería que labora en cualquiera de las tres unidades arriba mencionado realiza actividades de información, educación, y comunicación a la madre sobre varios aspectos importantes entre ellos sobre signos de alarma del recién nacido y su reconocimiento oportuno.
3. La licenciada en Enfermería brinda consejería /información sobre los cuales incluyen: **(15 Minutos)**
 - COLORACIÓN DE LA PIEL: cianosis, ictericia.
 - TERMORREGULACION. Hipotermia, hipertermia
 - RESPIRACION: Polipnea
 - DIGESTION: Vómitos, regurgitación, color y consistencia de la Deposición, no lacta.
 - ESTADO DEL CORDON UMBILICAL: Infección, Sangrado y Retraso en la caída.
 - ESTADO NEUROLÓGICO: Letargia, Somnolencia. ⁽⁵⁾
4. Después de la explicación la Licenciada en enfermería, se procede a la retroalimentación en términos sencillos. **(4 Minutos)**
5. Si el profesional de Enfermería identifica algún signo de alarma de inmediato comunica al médico Neonatólogo/ Pediatra de turno (1 minuto)
6. La Licenciada en enfermería hace entrega a la madre de una cartilla informativa sobre signos de alarma. **(1 Minuto)**
7. Luego la Licenciada en enfermería registra dicha actividad en el cuaderno de CONSEJERIA donde se consigna datos como: Nombres y apellidos de la madre, numero e DNI y firma. **(2 minutos)**
8. Finalmente, la Licenciada en enfermería procede al registro de la historia clínica del recién nacido y luego se registra en las HOJAS HIS _MINSA consignando el código correspondiente. **(2 minutos)**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- La consejería /información se brinda a todas las madres puérperas que se encuentran en las diferentes Unidades de Servicio De Neonatología.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS: NINGUNA

6.3 CONTRAINDICACIONES: NINGUNA

6.4 COMPLICACIONES: No aplica



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médico /Enfermera que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El Servicio de Neonatología y sus tres unidades para el nivel del Hospital José Agurto Tello Chosica II- 2 debe contar siempre con lo estipulado y mencionado en el inciso 5.3.

VIII. ANEXOS:

- **ANEXO N° 1:** ROTAFOLIO DE SIGNOS DE ALARMA
- **ANEXO N° 2:** TRIPTICO DE SIGNOS DE ALARMA
- **ANEXO N° 3:** HOJAS HIS

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/manual-de-organizacion-y-funciones-mof?texto=&dia=0&mes=0&anio>
- 2.MINSA. Norma Técnica de salud para la atención integral neonatal, RM N°828 _ 2013 /Minsa. Lima _ Perú
- 3.OMS. Signos de alarma en el recién nacido - [Internet]. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=signos+de+alarma+en+el+reci%C3%A9n+nacido+oms&rlz=1C1CHBD_esPE1011PE1011&oq=&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgCEEUYOxjCAzlJC.
- 4.MINSA, Norma Técnica de salud para la atención integral neonatal, RM N°907 _ 2016 /Minsa. Lima – Perú.



ANEXO N° 1. ROTAFOLIO DE SIGNOS DE ALARMA

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA



**SIGNOS DE ALARMA DEL
RECIÉN NACIDO**



ANEXO N° 2. TRÍPTICO DE SIGNOS DE ALARMA

SIGNOS DE ALARMA

FIEBRE



COLOR AZULADO O MORADO



COLOR AMARILLO



RESPIRACIÓN RÁPIDA

MAL OLOR DEL CORDÓN UMBILICAL



DEPOSICIONES SANGUINOLENTAS



LLANTO EXAGERADO



NO QUIERE ALIMENTARSE



VÓMITOS



ANEXO 3. HOJAS HIS MINSA

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

Paciente		Atención		Otras Actividades		Fecha de Registro		Fecha de Atención		Fecha de Otras Actividades	
Nº	Apellido y Nombre	Edad	Sexo	Profesión	Religión	Fecha de Nacimiento	Fecha de Registro	Fecha de Atención	Fecha de Otras Actividades	Fecha de Registro	Fecha de Atención
1	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
2	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
3	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
4	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
6	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
8	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
9	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN
10	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE					FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES	FECHA DE REGISTRO	FECHA DE ATENCIÓN

1. LUGAR DE NACIMIENTO: 1. SAN JUAN, 2. SAN CARLOS, 3. SAN MIGUEL, 4. SAN PEDRO, 5. SAN RAFAEL, 6. SAN VICENTE, 7. SAN JERÓNIMO, 8. SAN SEBASTIÁN, 9. SAN DOMINGO, 10. SAN LUIS.

2. SEXO: 1. MASCULINO, 2. FEMENINO.

3. PROFESIÓN: 1. OBRERO, 2. EMPLEADO, 3. COMERCIANTE, 4. ARTESANO, 5. ESTUDIANTE, 6. DESCONOCIDO.

4. RELIGIÓN: 1. CATÓLICA, 2. PROTESTANTE, 3. ISLÁMICA, 4. JUDAICA, 5. OTRO, 6. DESCONOCIDO.

5. FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA.

6. FECHA DE REGISTRO: DD/MM/AAAA.

7. FECHA DE ATENCIÓN: DD/MM/AAAA.

8. FECHA DE OTRAS ACTIVIDADES: DD/MM/AAAA.

9. FECHA DE REGISTRO: DD/MM/AAAA.

10. FECHA DE ATENCIÓN: DD/MM/AAAA.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS EN CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE EN EL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA”

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de procedimiento de consejería para prevención de muerte súbita del lactante del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

III. OBJETIVOS

- Sensibilizar al personal de enfermería sobre la importancia de la prevención de muerte súbita del lactante.
- Identificar factores de riesgo, causas y prevención de la muerte súbita.
- Consejería y orientar a las madres sobre la muerte súbita del lactante.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Esta guía tiene como ámbito de aplicación Departamento de Enfermería, servicio de neonatología: Unidad de Alojamiento Conjunto.

V. PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería en prevención de muerte súbita en el lactante.

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401.09

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 60 minutos aprox.

VI. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

Muerte súbita del lactante: Se define como el fallecimiento repentino de un lactante sin patología alguna y sin explicación científica que explique su muerte.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

Lactante: Se define la etapa del lactante como el periodo comprendido desde los 28 días a los 2 años de vida.²

5.3 REQUERIMIENTO BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 enfermera especialista en neonatología
- 1 técnico de enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Escritorio	Unidad	1
Silla	Unidad	2
Cuna y/o incubadora	Unidad	1
Reloj de pared	Unidad	1
Lapicero	Unidad	1
Cuaderno	Unidad	1

- **Material médico no fungible:** No aplica
- **Material médico fungible:** No aplica

5.3.3. FORMATOS

- Cuaderno de Consejería.
- Registro de enfermería.

VII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO. 60 min.

1. Al ingreso al servicio Licenciada de enfermería realiza la valoración a los recién nacidos (10 min).
2. Durante el turno Licencia de enfermería brinda cuidados y observa signos de alarma a todos los recién nacidos. (5)
3. Enfermera, técnico de enfermería y/o la madre en la unidad de intermedios y alojamiento conjunto después de cada mamada del bebé sacar los (chanchitos) gases (3 - 5 min)
4. Enfermera y/o técnico de enfermería, coloca al bebé en la cuna, incubadora y/o cama, en posición adecuada de preferencia semi flower lateralizado, evitar el abrigo excesivo. (5 min).
5. Enfermera y/o técnico de enfermería vigila a las madres cuando brinda lactancia materna durante el turno (30 min)
6. Finalmente, la licenciada en enfermería procede al registro de la historia clínica del recién nacido (5 min)

6.2 INDICACIONES:

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Todos los recién nacido

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Ninguna

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes sordomudas.
- Pacientes con enfermedades mentales.

6.4 COMPLICACIONES

- Asfixia
- Muerte

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NTS N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Asegurar el cumplimiento de la Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud Neonatal.
- Promover la adecuada regulación térmica del recién nacido, evitando el arropamiento excesivo.
- Educar a los padres sobre la importancia de proteger al bebé del humo del tabaco, incluyendo la evitación del tabaquismo materno.

VIII. ANEXOS:

ANEXO N° 1: Registro de enfermería

ANEXO N° 2: Cuaderno de consejería

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz C.E.Zeas mv. Maldonado, E.B ,Síndrome de muerte súbita del lactante 2019.Prevenición de síndrome de muerte en el lactante 12 de diciembre 2021. [Internet]. [citado el 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante>.
2. Ana María Rubio Álvarez, La etapa del lactante, junio 2021 [Internet]. [citado el 01 de abril de 2024]. Disponible en: La etapa de lactante - SEPEAP
3. OMS. Signos de alarma en el recién nacido - [Internet]. [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=signos+de+alarma+en+el+reci%C3%A9n+nacido+oms&rlz=1C1CHBD_esPE1011PE1011&oq=&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgCEEUYOxjCAzIJC

ANEXO N° 1. REGISTRO DE ENFERMERIA

HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHICLA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

HISTORIA DE ENFERMERIA

FECHA: _____ HORA: _____

PACIENTE: _____

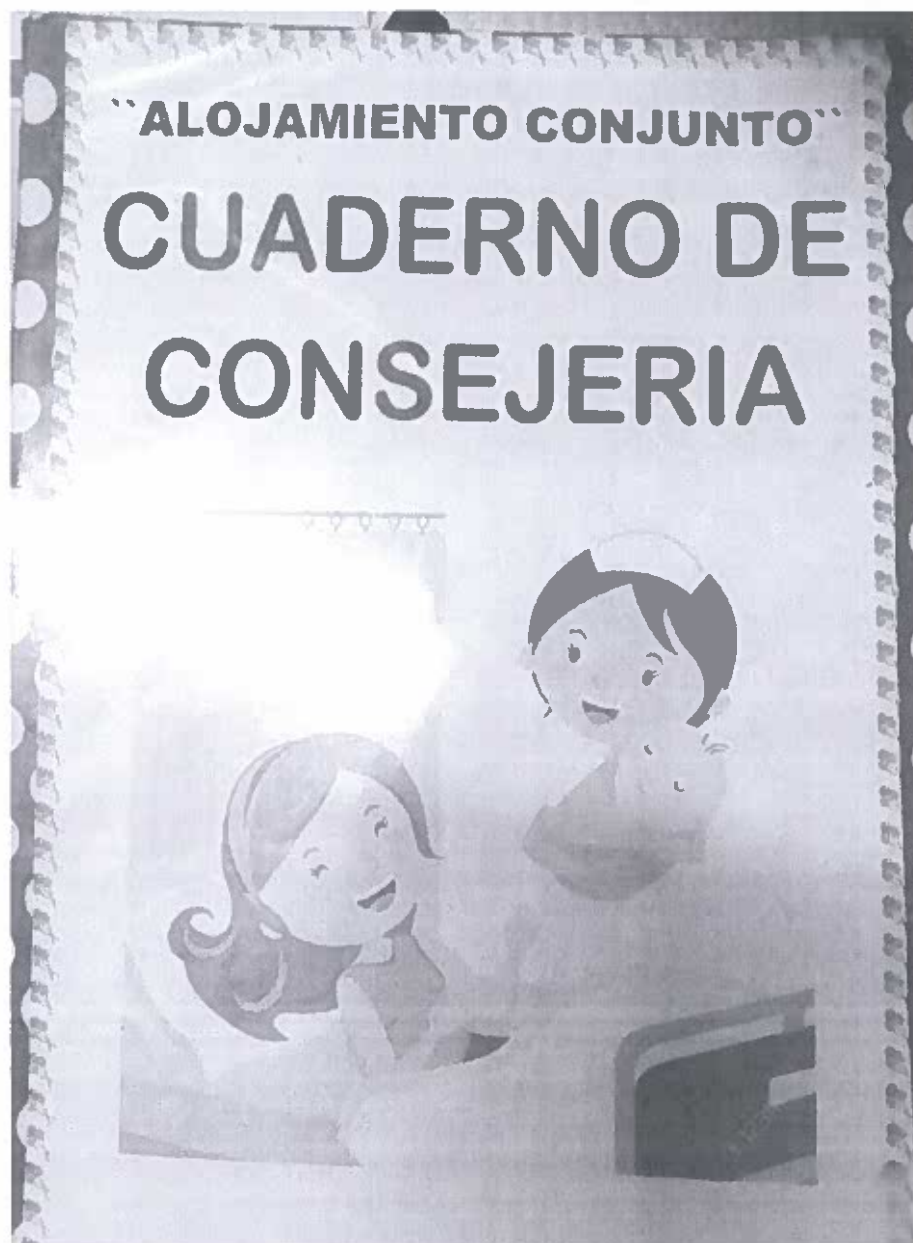
DIAGNOSTICO: _____

PLAN DE ENFERMERIA

INTERVENCIÓN	FECHA	HORA	EFECTOS	COMENTARIOS
1. ASISTENCIA AL PACIENTE				
2. ASISTENCIA AL PACIENTE				
3. ASISTENCIA AL PACIENTE				
4. ASISTENCIA AL PACIENTE				
5. ASISTENCIA AL PACIENTE				
6. ASISTENCIA AL PACIENTE				
7. ASISTENCIA AL PACIENTE				
8. ASISTENCIA AL PACIENTE				
9. ASISTENCIA AL PACIENTE				
10. ASISTENCIA AL PACIENTE				
11. ASISTENCIA AL PACIENTE				
12. ASISTENCIA AL PACIENTE				
13. ASISTENCIA AL PACIENTE				
14. ASISTENCIA AL PACIENTE				
15. ASISTENCIA AL PACIENTE				
16. ASISTENCIA AL PACIENTE				
17. ASISTENCIA AL PACIENTE				
18. ASISTENCIA AL PACIENTE				
19. ASISTENCIA AL PACIENTE				
20. ASISTENCIA AL PACIENTE				
21. ASISTENCIA AL PACIENTE				
22. ASISTENCIA AL PACIENTE				
23. ASISTENCIA AL PACIENTE				
24. ASISTENCIA AL PACIENTE				
25. ASISTENCIA AL PACIENTE				
26. ASISTENCIA AL PACIENTE				
27. ASISTENCIA AL PACIENTE				
28. ASISTENCIA AL PACIENTE				
29. ASISTENCIA AL PACIENTE				
30. ASISTENCIA AL PACIENTE				
31. ASISTENCIA AL PACIENTE				
32. ASISTENCIA AL PACIENTE				
33. ASISTENCIA AL PACIENTE				
34. ASISTENCIA AL PACIENTE				
35. ASISTENCIA AL PACIENTE				
36. ASISTENCIA AL PACIENTE				
37. ASISTENCIA AL PACIENTE				
38. ASISTENCIA AL PACIENTE				
39. ASISTENCIA AL PACIENTE				
40. ASISTENCIA AL PACIENTE				
41. ASISTENCIA AL PACIENTE				
42. ASISTENCIA AL PACIENTE				
43. ASISTENCIA AL PACIENTE				
44. ASISTENCIA AL PACIENTE				
45. ASISTENCIA AL PACIENTE				
46. ASISTENCIA AL PACIENTE				
47. ASISTENCIA AL PACIENTE				
48. ASISTENCIA AL PACIENTE				
49. ASISTENCIA AL PACIENTE				
50. ASISTENCIA AL PACIENTE				
51. ASISTENCIA AL PACIENTE				
52. ASISTENCIA AL PACIENTE				
53. ASISTENCIA AL PACIENTE				
54. ASISTENCIA AL PACIENTE				
55. ASISTENCIA AL PACIENTE				
56. ASISTENCIA AL PACIENTE				
57. ASISTENCIA AL PACIENTE				
58. ASISTENCIA AL PACIENTE				
59. ASISTENCIA AL PACIENTE				
60. ASISTENCIA AL PACIENTE				
61. ASISTENCIA AL PACIENTE				
62. ASISTENCIA AL PACIENTE				
63. ASISTENCIA AL PACIENTE				
64. ASISTENCIA AL PACIENTE				
65. ASISTENCIA AL PACIENTE				
66. ASISTENCIA AL PACIENTE				
67. ASISTENCIA AL PACIENTE				
68. ASISTENCIA AL PACIENTE				
69. ASISTENCIA AL PACIENTE				
70. ASISTENCIA AL PACIENTE				
71. ASISTENCIA AL PACIENTE				
72. ASISTENCIA AL PACIENTE				
73. ASISTENCIA AL PACIENTE				
74. ASISTENCIA AL PACIENTE				
75. ASISTENCIA AL PACIENTE				
76. ASISTENCIA AL PACIENTE				
77. ASISTENCIA AL PACIENTE				
78. ASISTENCIA AL PACIENTE				
79. ASISTENCIA AL PACIENTE				
80. ASISTENCIA AL PACIENTE				
81. ASISTENCIA AL PACIENTE				
82. ASISTENCIA AL PACIENTE				
83. ASISTENCIA AL PACIENTE				
84. ASISTENCIA AL PACIENTE				
85. ASISTENCIA AL PACIENTE				
86. ASISTENCIA AL PACIENTE				
87. ASISTENCIA AL PACIENTE				
88. ASISTENCIA AL PACIENTE				
89. ASISTENCIA AL PACIENTE				
90. ASISTENCIA AL PACIENTE				
91. ASISTENCIA AL PACIENTE				
92. ASISTENCIA AL PACIENTE				
93. ASISTENCIA AL PACIENTE				
94. ASISTENCIA AL PACIENTE				
95. ASISTENCIA AL PACIENTE				
96. ASISTENCIA AL PACIENTE				
97. ASISTENCIA AL PACIENTE				
98. ASISTENCIA AL PACIENTE				
99. ASISTENCIA AL PACIENTE				
100. ASISTENCIA AL PACIENTE				

UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

ANEXO N° 2. CUADERNO DE CONSEJERIA



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERIA EN HIGIENE DEL RECIEN NACIDO NIÑO O NIÑA Y CUIDADOS EN EL HOGAR

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial consejería en higiene del recién nacido niño o niña y cuidados en el hogar con el fin de salvaguardar la integridad y la salud del recién nacido del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Brindar la consejería con términos claros y entendibles por el profesional responsable.
- Mantener el bienestar y el confort del recién nacido.
- Disminuir el riesgo de infecciones en el hogar.
- Fortalecer el Vínculo madre niño, niña durante el tiempo que dura el baño.
- Brindar la información de los materiales de fácil adquisición para la adecuada higiene del recién nacido.
- Determinar las indicaciones, contraindicaciones y riesgos de complicación en el recién nacido.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría, Departamento de Enfermería, servicio de Neonatología y sus 2 unidades: Unidad de Alojamiento Conjunto, Unidad de intermedios del Hospital José Agurto Tello Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

- 4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería en higiene del recién nacido, niño o niña y cuidado en el hogar
- 4.2 Código CPMS R.M. N°550-2023/MINSA: 99401.1
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 40 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

CONSEJERIA DE LA HIGIENE DEL RN: Es un proceso educativo, comunicacional que ayuda a la toma de decisiones asertivas. La consejería de higiene en los recién nacidos son prácticas y técnicas que favorecen al confort y relajación del recién nacido como también a la disminución del riesgo de presentar infecciones.¹

CUIDADOS EN EL HOGAR: Los cuidados de la madre al recién nacido en el hogar constituyen una de las prioridades más relevantes para Enfermería, pues no sólo constituyen la continuación del cuidado que se otorga en el ámbito hospitalario, sino que pueden significar una calidad de vida para el binomio madre - niño.²



ALOJAMIENTO CONJUNTO: En esta unidad la madre permanece junto a su recién nacido desde el nacimiento hasta el alta donde facilita el apego y la lactancia materna exclusiva. Siendo los responsables de la atención los profesionales de la salud Médico Neonatólogo / Pediatra, Médico cirujano, y enfermera.³

ATENCIÓN NEONATAL EN HOSPITALIZACIÓN: En esta unidad se encuentran hospitalizados los neonatos de 0 a 28 días de vida que presentan alguna patología. Los responsables de la atención son los siguientes profesionales de la salud: Médico Neonatólogo /Pediatra, Médico cirujano y enfermera.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS:

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: Unidad orgánica encargada de brindar la atención integral al neonato, realiza actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación, investiga y propone normas, imparte docencia y asesoría a Dirección General en el campo de la Neonatología. Responsables de la atención son Medico Neonatólogo/ Pediatra, Médico cirujano y enfermera.²

ALOJAMIENTO CONJUNTO: En esta unidad la madre permanece junto a su recién nacido desde el nacimiento hasta el alta donde facilita el apego y la lactancia materna exclusiva, siendo los responsables de la atención los profesionales de la salud Médico Neonatólogo / Pediatra, Médico cirujano, y enfermera.²

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 01 Médico Neonatólogo /Pediatra,/ Médico general.
- 01Enfermera con especialidad en Neonatología o con capacitación en las 3 Unidades del servicio de Neonatología.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos a utilizar, instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
CAMA	UNID	1
SILLA	UNID	1
MESA	UNID	1

- **Material Médico no fungible:** No aplica
- **Material Médico fungible :**No aplica
- **Medicamentos:** No aplica



5.3.3 FORMATOS:

- Trípticos de la higiene del Recién Nacido.
- Cuaderno de consejería
- Registro de enfermería
- HIS MINSA

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO. 40 min.

1. El Médico Neonatólogo / Pediatra evalúa de recién nacido y brinda información a la madre incluyendo la higiene y cuidado en el hogar. **(5 min)**.
2. La licenciada de enfermería que labora en las unidades arriba mencionadas realizan actividades de educación, información, y recomendaciones de diversos aspectos entre ellos consejería de higiene del niño o niña recién nacido, y cuidados en el hogar.
3. La licenciada de Enfermería brinda consejería/ información **(15min)**. La Higiene del niño o niña recién nacido se realiza cefalocaudal, baño de esponja antes de la caída del cordón o muñón umbilical y baño por inmersión después de la caída de cordón o muñón umbilical. **(15 min)**.
4. Después de la consejería la Licenciada de Enfermería procede a reforzar a la madre con términos claros, sencillos y entendibles. **(5 min)**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Consejería en Alojamiento Conjunto, cuidados intermedios y consulta externa (CRED).

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS

- Madre del recién nacido niña(o) que solicite atención por consulta externa.

6.3 CONTRAINDICACIONES: Ninguna

6.4 COMPLICACIONES:

- Infecciones
- Muerte neonatal

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NTS N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII. RECOMENDACIONES:

- Realizar control de Niño Sano a los (3,7,14 y 21 días) en el recién nacido para detectar oportunamente anomalías que pudiera presentar o enfermedades por descartar y pueda tener un desarrollo adecuado para su edad.
- Detectar signos de alarma en el RN: vómitos, hipoactividad, deposiciones con moco y sangre de mal olor en la zona umbilical, coloración amarillenta de la piel, T° mayor de 38°C(fiebre) que no cede al realizar medios físicos y disnea.
- Fomentar el lavado de manos frecuente cuando; se esté en contacto con el R.N para evitar infecciones cruzadas.
- Curación del cordón umbilical con alcohol puro al 70%
- Evitar uso de fórmulas y brindar la lactancia materna exclusiva (LME)
- Cuidados durante el baño; sea baño de esponja o por inmersión para evitar accidentes en el hogar y/o ahogamiento en el RN

VIII: ANEXOS:

- ANEXO N° 1: TRÍPTICOS DE LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO.
- ANEXO N° 2: CUADERNO DE CONSEJERÍA
- ANEXO N° 3: REGISTRO DE ENFERMERÍA
- ANEXO N° 4: ROTAFOLIO DE HIGIENE DEL NIÑO O NIÑA RECIÉN NACIDA Y CUIDADOS EN EL HOGAR
- ANEXO N° 5: HIS MINSA

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Perú. Minsa .NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS R.M - N° 537-2017/MINSA pag.9.2017
2. CUIDADOS MATERNOS EN EL HOGAR AL RECIÉN NACIDO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL NOVIEMBRE 2016 T-TPLE-Maravi Victoria Pulido Falcon.pdf (upsjb.edu.pe)
3. Perú. Minsa .NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD NEONATAL.pag15



ANEXO N° 1: TRÍPTICOS DE LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

BAÑO CON ESPONJA

Antes del desprendimiento del cordón umbilical se hace una limpieza suave de la piel con una toalla o compresa:

- Limpieza de ojos.
- Limpieza del pabellón del oído.
- Limpieza de los genitales femeninos.
- Limpieza de glúteos y ano, finalmente se lava la cabeza rápidamente.



BAÑO DE TINA

Después del desprendimiento del cordón umbilical se sumerge al niño o niña en una bañera, con agua tibia, shampoo y jabón para bebés, en un lugar cerrado, sin corrientes de aire.

Toma a tu bebé en posición de balón de football americano con el brazo izquierdo y con la mano derecha sujetar la cabeza; con los dedos pulgar y meñique cubrir los oídos.



Frote con shampoo, enjuague y seque la cabeza.

Sujete al bebé por la espalda con la mano izquierda y con la mano derecha limpia con esponja impregnada de jabón el cuello dorso y extremidades, enjuague.

Proceda a limpiar espalda y genitales, luego enjuague todo el cuerpo con agua limpia tibia, seque con una toalla gruesa de felpa.



ANEXO N° 2: CUADERNO DE CONSEJERÍA



ANEXO N° 3: REGISTRO DE ENFERMERÍA

HOSPITAL JOSÉ AGUIRRE TELLO DE CHUSCA
UNIDAD DE ALTA Y MEDIO ALTA

REGISTRO DE ENFERMERÍA
C.O. _____ ANTES, MATUTINO _____

FECHA: _____ TURNO: _____

PESO CORPORAL: _____ Kg. P.M. _____ °C
FUNDOS VITALES T° AXILAR: _____ °C

ACTIVIDAD: () ACTIVO () MODERADO () INACTIVO () MODERADO () INACTIVO
COLOR DE LA PIEL: () ROSADO () PÁLIDO () MODERADO () MODERADO () MODERADO
REACTIVIDAD: () BUENA () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
RESPIRACIÓN: () NORMAL () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
ABDOMEN: () DISTENDIDO () TENDIDO () TENDIDO () TENDIDO () TENDIDO
CIRCULACIÓN: () SUFFICIENTE () SUFFICIENTE () SUFFICIENTE () SUFFICIENTE () SUFFICIENTE
ALIMENTACIÓN: () BUENA () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA

REPERCUSIONES DE LA ALIMENTACIÓN: () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
REFLEJO DE SUCCIÓN: () BUENO () MODERADO () MODERADO () MODERADO () MODERADO
REFLEJO DE DEGLUCIÓN: () BUENO () MODERADO () MODERADO () MODERADO () MODERADO
TOLERANCIA ALIMENTARIA: () BUENA () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
EVACUACIÓN: () NORMAL () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
CURACIÓN DE OMBLIGO: () BUENA () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
IMUNIZACIONES: () BUENAS () MODERADAS () MODERADAS () MODERADAS () MODERADAS
EDUCACIÓN A LA MADRE: () BUENA () MODERADA () MODERADA () MODERADA () MODERADA
CUIDADOS GENERALES DEL RN: () BUENOS () MODERADOS () MODERADOS () MODERADOS () MODERADOS
FUNCIONES VITALES T° AXILAR: _____ °C FC: _____ X MIN. PR: _____ X MIN. S.A.T.: _____ %

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA 2011 - 2023):
00101-00101 LACTANCIA MATERNA () EFICAZ () INEFICAZ RUC
00102-00102 DISPONIBILIDAD PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA RUC
00103-00103 INSUFICIENCIA DE PRODUCCIÓN DE LECHE MATERNA RUC
00104-00104 INSUFICIENCIA DE TEMPERATURA RECTAL RUC
00105-00105 NIVEL DE CONCIENCIA Y REACTIVIDAD RUC

OBSERVACIONES: _____

PRIMA Y SELLO DEL LIC. N° _____



ANEXO N° 4: HIS MINSA

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE ATENCIÓN		FECHA DE REGISTRO	
NOMBRE	APELLIDO	DÍA	MESES	AÑO	HORA	DÍA	MESES
1	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
2	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
3	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
4	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
5	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
6	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
7	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
8	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
9	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M
10	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	A	M	A	H	D	M

LEYENDA:

- 1. VOLUMEN
- 2. SERIE
- 3. SECCION
- 4. SUBSECCION
- 5. TIPO DE PACIENTE
- 6. TIPO DE ATENCIÓN
- 7. TIPO DE REGISTRO
- 8. TIPO DE PACIENTE
- 9. TIPO DE ATENCIÓN
- 10. TIPO DE REGISTRO

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONTACTO PIEL CON PIEL DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

Ofrecer directrices precisas para el contacto piel con piel por parte del personal de enfermería con la finalidad de brindar la atención adecuada y de calidad a los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Facilitar la comunicación y colaboración interdisciplinaria entre el personal con el fin de asegurar una aplicación integral y coordinada del contacto piel con piel en diversas situaciones clínicas.
- Educar al paciente sobre los beneficios fisiológicos y emocionales del contacto piel con piel, promoviendo una comprensión profunda de su importancia en el bienestar del paciente y su familia.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría y Departamento de Enfermería, servicio de neonatología durante el proceso de atención del parto o cesárea en las áreas de Sala de Parto y Sala de Operaciones del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Contacto piel a piel del recién nacido con la madre

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99436.02

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 60 minutos aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Contacto Piel con Piel:** Se refiere al acto de colocar al recién nacido desnudo, excepto por un pañal si fuera necesario, directamente sobre el pecho desnudo de la madre o el padre, permitiendo un contacto íntimo y directo entre ambos.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Regulación Térmica:** La capacidad del bebé para mantener su temperatura corporal dentro de un rango normal a través de mecanismos fisiológicos propios y la ayuda externa proporcionada durante el contacto piel con piel.¹
- **Vínculo Afectivo:** El proceso de formación de un lazo emocional entre el recién nacido y sus padres, crucial para el desarrollo emocional y social del bebé.¹
- **Estabilidad Fisiológica:** La capacidad del bebé para mantener sus funciones vitales dentro de límites normales durante el contacto piel con piel, incluyendo la frecuencia cardíaca, la respiración y la temperatura corporal.¹

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 01 médico con especialidad de Neonatología y/o Pediatría.
- 01 licenciada de Enfermería con la especialidad de neonatología.
- 01 técnico de Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Camilla o cuna térmica para el recién nacido.	Unid	01
Monitor de signos vitales para evaluar la estabilidad fisiológica del bebé si fuera necesario.	Unid	01
Silla o cama cómoda para la madre o el padre (por implementar).	Unid	01
Mesa de mayo	Unid	01
Pupinel (por implementar)	Unid.	01

- **Material médico no fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mantas térmicas.	Unid	02

- **Material médico fungible:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gasas estériles	Paquete	01
Jeringas con agujas estériles de 1cm	Unid	01
Solución salina fisiológica al 0.9% 100ml	Frasco	01
Gorros para recién nacido	Unid	01
Campos estériles	Unid	02

- **Medicamentos:**

- 01 Vitamina K: 1 ampolla de 1 mg por recién nacido para administración profiláctica intramuscular.
- 01 Solución oftálmica en gotas

5.3.3 FORMATOS:

- Ficha de atención inmediata del recién nacido

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1.DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

1. Preparación (10 min)

Responsable: Licenciada en Enfermería

- Informar a los padres sobre la importancia y los beneficios del contacto piel con piel antes del parto o la cesárea.
- Preparar el ambiente adecuado en la sala de parto u operaciones, asegurando la privacidad y el confort para la familia.
- Asegurarse de que el equipo médico esté preparado para realizar las evaluaciones y procedimientos necesarios sin interrumpir el contacto piel con piel. (10 min)

2. Inmediatamente después del Nacimiento (60 min)

Responsable: Licenciada en enfermería

- Colocar al recién nacido desnudo sobre el pecho de la madre o el padre tan pronto como sea posible después del parto o la cesárea.
- Cubrir al bebé y a los padres con una manta cálida para mantener la temperatura corporal.
- Permitir que el bebé permanezca en contacto piel con piel durante al menos 60 minutos, o más si es posible, respetando el momento de inicio de la lactancia materna.

3. Monitoreo y Evaluación (60 min)

Responsable: Pediatra y/o Licenciada en enfermería

- Realizar las evaluaciones medicas rutinarias del recién nacido mientras está en contacto piel con piel, si es necesario.
- Observar signos de estabilidad fisiológica y bienestar tanto en el bebé
- como en los padres durante el contacto piel con piel
- Estar preparado para intervenir si se detecta alguna complicación o necesidad médica urgente.

4.Documentación y Seguimiento

Responsable: Pediatra y/o Licenciada en enfermería

- Registrar en la historia clínica del recién nacido y en la cartilla de seguimiento cualquier información relevante relacionada con el contacto piel con piel

Realizar un seguimiento del cumplimiento de esta práctica en cada caso y evaluar los resultados a corto y largo plazo en la salud y el desarrollo del bebé

6.2 INDICACIONES

6.2.1.INDICACIONES ABSOLUTAS

- Todos los recién nacidos sanos, incluyendo aquellos nacidos por parto vaginal y cesárea.
- Recién nacidos prematuros estables y de bajo riesgo

6.2.2.INDICACIONES RELATIVAS

- Recién nacidos prematuros o con problemas de salud que requieran cuidados especiales, según la evaluación médica individual.



- Madres o padres con condiciones médicas que impidan el contacto piel con piel, como infecciones cutáneas graves o alteraciones mentales.

6.3. CONTRAINDICACIONES:

- Recién nacidos con problemas de salud graves que requieran intervención médica inmediata y que no puedan ser atendidos de manera segura durante el contacto piel con piel.
- Madres o padres con enfermedades infecciosas transmisibles al recién nacido a través del contacto piel con piel.

6.4 COMPLICACIONES:

- La mayoría de las complicaciones asociadas con el contacto piel con piel son leves y transitorias, como hipotermia o dificultades en la lactancia materna.
- Sin embargo, en casos excepcionales, pueden ocurrir complicaciones más graves, como infecciones neonatales o desestabilización fisiológica del recién nacido. En tales casos, se deben tomar medidas para evaluar y tratar adecuadamente al bebé y brindar apoyo a los padres.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES:

- Capacitar al personal de salud en la técnica del contacto piel con piel y en la promoción de la lactancia materna desde etapas tempranas.
- Educar a las madres y los padres sobre la importancia y los beneficios del contacto piel con piel desde el inicio del embarazo, mediante charlas informativas y material educativo.
- Fomentar la creación de políticas institucionales que promuevan la implementación sistemática del contacto piel con piel en todos los casos apropiados de atención perinatal.
- Realizar un seguimiento y evaluación continuos para mejorar la calidad y la seguridad de la práctica del contacto piel con piel en el hospital, mediante la recopilación y análisis de datos estadísticos relacionados con los resultados perinatales y la satisfacción de los padres.

VIII. ANEXOS

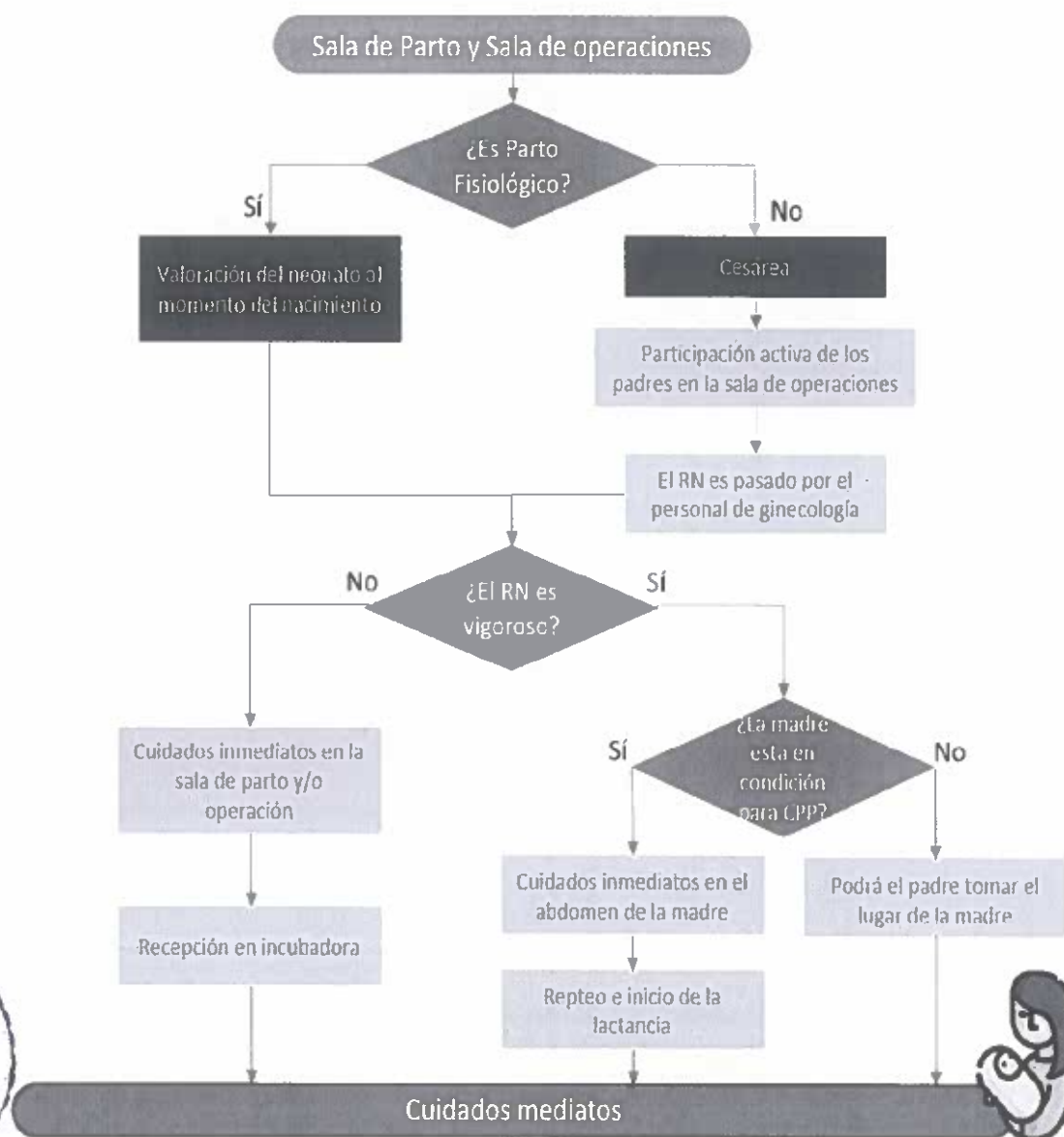
- **ANEXO N° 1.** DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ASISTENCIA DEL CP
- **ANEXO N° 2:** FICHA DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO
- **ANEXO N° 3:** HOJA CLAP
- **ANEXO N° 4.** TABLA DE FASES DE COMPORTAMIENTO OBSERVADO
- **ANEXO N° 5:** Hoja HIS MINSA

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos P, Zenayda J. Contacto piel a piel durante el posparto y sus beneficios en el desarrollo fisiológico y comportamental en recién nacidos durante la primera hora: una revisión narrativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022.
2. Navarro .G. EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO. Chiclayo, 2019 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3114/1/TL_NavarroOrdinolaGrecia.pdf
3. Flores.G RELACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL CONTACTO PIEL A PIEL CON EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIATEGUI .2018 [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/6619/Tesis_Relacion_Nivel_Cumplimiento_Contacto_Piel_A_Piel.pdf?sequence=1
4. Sánchez AR. "BENEFICIOS DEL MÉTODO PIEL CON PIEL COMO CUIDADO ENFERMERO EN EL RECIÉN NACIDO" [Internet]. Usal.es. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143525/TFG_RamosSanchez_BeneficiosPielConPiel.pdf?sequence=1



ANEXO Nº 1. DIAGRAMA DE FLUJO PARA LA ASISTENCIA DEL CPP



ANEXO N° 2: FICHA DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

NOTAS DE ENFERMERIA - ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO
REGISTRO DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO

Fecha y Hora de ingreso: Edad Gestacional: Apellido(s) Madre:
 Edad: Apellido(s) Padre: Edad: Datos Maternos: Nº de hijos vivos:
 Nº de hijos muertos: Causa: Abortos: Nº Control: Nº de Gestación:
 Antecedentes Familiares: Diabetes () TB () Malformaciones () Genitales ()
 Infecciones Maternas: TBC Activa () Gón () TORCH () HIV III () Bacteriemia () Germen ()
 Enfermedades Maternas: Pre-eclampsia () Eclampsia () III () Desnutrición () Anemia () Diabetes Mellitus ()
 Hipo - Hipertiroideo () Antecedentes de Riesgo Perinatal: Peso > 4000 () Peso < 2500 () Pre término ()
 Post término () Muerte neonatal () Parto normal () Indicación Césarea: Césarea preda () Subitaneidad fetal () Parto
 prolongado () Hemorragia () Eclampsia () Hipertensión () RP ()

REGISTRO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA DEL RECIEN NACIDO: ATENCIÓN INMEDIATA

I. VALORACIÓN DE ENFERMERIA

Parto atendido por:

Dr. Ginecólogo: Obstetra: Int.:

R.N. recibido por: Enfermera: Pediatra: Otro ()

Maniobras aplicadas durante el parto: Kristeller () Cuidón circular: SI () No ()

Parto: Entérico () Césarea () Presentación: Cefálica () Podalica () Transversa ()

Uterus de Parto: Sala de Partos () C. Quirórgico () Emergencia () Domicilio () Otro:

Líquido Amniótico: Normal () Fétido () Mecundal () Sangriento () Polihidramnios () Oligohidramnios ()

A. Datos Generales del R.N.

Fecha de Nacimiento: Hora: Sexo:

Apgar: 1º min () 5º min () 10º min () Edad gestacional:

B. Valoración del R.N.

Somatometría: Peso: Talla: PC: PE:

Examen Físico

a) Signos Vitales: T FR FC PA SpO2

b) Piel: Color: Rosado () Cianótico () Pálido () Otros:

c) Cabeza:

Fontanela: Normotensa () Hundida () Abombada () Otros:

Suturas: Moldeados () Amplios () Cubalgados () Caput succedáneo () Celalohematoma ()

Orejas: Simetría () Asimetría () Implantación () Ubicación: Otros:

Nariz: Permeabilidad conas () Otros:

Boca: Normal () Paladar hendido () Labio leporino () Otros:

Cuello: Cilíndrico y móvil () Tortícoles () Otros:

d) Tórax: Simetría () Asimetría () SILVERMAN:

Mamilas: Secreción () Clavícula: Fractura () Permeabilidad: Isoláptico ()

e) Abdomen: Cordón Umbilical: Vena () Arteria

Características del Abdomen: Blando () Globuloso () Depresible () Otros:

f) Genito-urinario:

Permeabilidad anal () Otros:

Eliminación: Orina () Mecúrio () Otros:

g) Columna vertebral: Simetría de Vértebras () Asimetría de Vértebras Otros:

h) Extremidades: Simetría () Asimetría ()

Normal () Polidactilia () Sindactilia ()

Tono muscular: Normal () Hipotónico () Hipertónico () Otros:

i) Cadera: Abducción total () Ortolani () Barlow ()

j) Valoración neurológica: Llanto: Vigoroso () Débil () Irritable ()

Reflejo de Búsqueda () Reflejo presión plantar () Reflejo de succión () Reflejo Moro ()

Reflejo de deglución () Reflejo de Marcha automática () Reflejo presión palmar ()

Observaciones:

A. PATERNO: A. MATERNO: M. CUNA:
 SERVICIO: HISTORIA CLÍNICA:



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SERVICIO DE ENFERMERÍA

II. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- 00031 Limpieza Ineficaz de las vías aéreas relacionada con obstrucción de las vías aéreas evidenciada por líquido amniótico, secreciones excesivas.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con cambios ambiente térmico, neutral, deshidratación.
- 00006 Hipotermia relacionado con _____
- 00029 Disminución del gasto cardíaco relacionado con deterioro cardiovascular, distantes en trabajo de parto, trabajo de parto prolongado evidenciado por bradicardia o taquicardia, disminución de la presión venosa.
- 00039 Riesgo de aspiración relacionada con secreciones excesivas en cavidad orofaríngea.
- 00032 Patrón respiratorio Ineficaz relacionado con disminución de la ventilación alveolar evidenciado por sibilos rales, ruidos, apnea, otros.
- 00030 Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con disminución de la ventilo perfusión, al cambio de la membrana alveolo capilar evidenciado por disres respiratorio, alteración de la saturación de oxígeno, cianosis.
- 00179 Riesgo del nivel de glicemia inestable relacionado con trastorno metabólico secundario a madre diabética, macrosomía fetal, RN PEG, prematuro.
- 00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral Ineficaz relacionado con inadecuado transporte de oxígeno secundario a anemia, hipoxia, asfisia al nacer.
- 00036 Riesgo de lesión relacionado con fragilidad músculo esquelético secundario a trauma obstétrico.
- 00013 Lactancia materna Ineficaz relacionado a _____
- 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación relacionado con sentimientos de rechazo al RN.
- 00016 Afrontamiento Ineficaz de los padres relacionado con _____
- 00017 Interrupción de la Lactancia Materna r/c enfermedad materna y/o del RN evidenciado por separación.
- 00018 Interrupción de la relación madre/hijo (contacto precoz) relacionado _____

Otros: _____

III. PLANEAMIENTO:

Objetivos

1. El RN mantendrá un buen proceso respiratorio con el apoyo del equipo de salud.
2. El RN mantendrá temperatura corporal adecuada con el apoyo del equipo de salud.
3. El RN tendrá una lactancia materna exitosa con el apoyo de la enfermera.
4. El RN realizará el contacto piel a piel con el apoyo de la enfermera.
5. Otros: _____

IV. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- | | | | |
|---|-----|---|----------------|
| 1. Aspiraciones de secreciones buco nasales | () | 10. Lavado gástrico | () |
| 2. Secado | () | 11. Hemogluco test | () |
| 3. Profilaxis cordón umbilical | () | 12. Canalización vía EV. () | Lugar _____ |
| 4. Profilaxis ocular | () | 13. Soporte de O2 | VFP _____ |
| 5. Sometometría | () | 14. RCP: Básico | Avanzado _____ |
| 6. Adm. de Vit. K 1mg () 0.5mg () | () | 15. Otros: | _____ |
| 7. Contacto piel a piel | () | Tiempo: 1 hr () 45 min () <45 min () | |
| 8. Vestido | () | 16. Derivación: A/C () FR () UGN () | |
| 9. CPP Y L. M. primera hora | () | | |

V. Evaluación del cuidado:

Firma y sello de enfermera



ANEXO Nº 4. TABLA DE FASES DE COMPORTAMIENTO OBSERVADO

Tabla 1. Fases / comportamientos observado

1.Llanto tras el nacimiento.	Se da en los primeros minutos luego del parto, expansión de la caja torácica.
2.Relajación	No pone en manifiesto alguna parte de su cuerpo.
3.Despertar	Abre los ojos y muestra ligeros movimientos de cabeza, boca y hombros.
4.Actividad	El movimiento de su boca es más constante, hay movimientos de succión. El reflejo de búsqueda toma más firmeza.
5.Descanso	Periodo de transición. Realiza movimiento de boca y succiona su mano.
6.Arrastre	Se desplaza con movimientos suaves por periodos cortos hacia el pecho y pezón.
7.Familiarización	Se adapta al pecho materno rozando el pezón y masajeando el pecho.
8.Succión	Agarre y succión de la mama por su propio medio.
9.Sueño	Suspensión de movimientos voluntarios.

Fuente: Madero M, et al (24)



ANEXO N° 5. HOJAS HIS MINSA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		SEXO		EDAD		FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE ATENCIÓN		FECHA DE REGISTRO	
1 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
2 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
3 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
4 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
5 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
6 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
7 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
8 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
9 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
10 NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	
		A	M	P	C	FECH	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCIÓN	FECHA DE REGISTRO	

LEYENDA:
 1. SEXO: M = Masculino, F = Femenino
 2. FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AA
 3. FECHA DE ATENCIÓN: DD/MM/AA
 4. FECHA DE REGISTRO: DD/MM/AA
 5. PESO: En Kg.
 6. TALLA: En cm.
 7. TEMPERATURA: En °C.
 8. PULSO: En latidos por minuto.
 9. PRESIÓN ARTERIAL: En mmHg.
 10. SANGRE: Hemoglobina (Hb) en g/dl, Hematocrito (Ht) en %, Hemoglobina A1c (HbA1c) en %.

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO LACTANCIA ARTIFICIAL A RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de lactancia artificial a recién nacido de madre VIH del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Estandarizar los criterios y optimizar la atención en el manejo integral de la alimentación artificial del recién nacido expuesto al VIH.
- Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos de la institución según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría, Departamento de Enfermería, Servicio de Neonatología y sus 3 unidades: Unidad de Atención Inmediata del Recién Nacido, Unidad de Alojamiento Conjunto y Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital José Agurto Tello de Chosica, Perú.



IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Lactancia artificial a RN de madre VIH (+)

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99199.15

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 90 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Nutrición mediante la administración de sucedáneo de leche materna (SLM) a recién nacido (RN) de madre seropositiva para evitar el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a través de la leche materna.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

Lactancia artificial: Es aquel alimento adecuado para sustituir parcial o totalmente a la leche humana, cubriendo los requerimientos nutricionales del lactante.

- **Neonato:** Nacido vivo de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad.

- **Transmisión vertical del VIH:** Es el traspaso del VIH de una persona seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSOS HUMANOS:

- 01 Médico pediatra.
- 01 Licenciado(a) en enfermería.
- 01 Técnico(a) de enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Esterilizador	Unidad	01
Hervidor eléctrico	Unidad	01
Termo	Unidad	01
Mueble de almacenamiento	Unidad	01
Frigorífico	Unidad	01
Taza	Unidad	01

- Material médico no fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Termómetro de alimentos	Unidad	01
Contenedor de vidrio con medidor	Unidad	01

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Jeringa 20 cc	Unidad	01
Rotulador	Unidad	01
Jabón líquido	Frasco	01

- Medicamentos:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Sucedáneo de leche materna 400-500 gr	Lata	01

5.3.3 FORMATOS:

- Formato de Historia clínica del RN: hoja de registro diario de anotaciones de enfermería y hoja de balance hídrico.
- Formato de Kardex de enfermería.



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (90 min)

1. Médico pediatra evalúa a recién nacido (RN) de madre VIH que ingresa a Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) procedente de Centro Quirúrgico o Sala de Partos y, según NTS N° 159, suspende lactancia materna y lactancia cruzada e indica sucedáneos de leche materna (SLM). **(15 minutos)**
2. Licenciada en enfermería brinda consejería a la madre con VIH referente a la importancia de la suspensión de la lactancia materna y al tipo de alimentación que recibirá el RN. **(15 minutos)**
3. Licenciada en enfermería evalúa a RN y corrobora que está en condiciones de recibir nutrición vía oral (VO) con SLM. Si observa alguna contraindicación en el RN para recibir nutrición VO le informará al médico pediatra a cargo quien será el que determinará si procede o no la nutrición VO. **(10 minutos)**
4. Técnica en enfermería procede a la preparación del SLM bajo supervisión de la enfermera. El SLM será entregado de forma gratuita en el establecimiento de salud de acuerdo a lo dispuesto en la "Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B. **(10 minutos)**
5. Técnica en enfermería procede a dar el SLM preparado al RN bajo la supervisión de la enfermera. **(20 minutos)**
6. Licenciada en enfermería, al alta hospitalaria del RN, brinda consejería a la madre VIH para continuar con la suspensión de la lactancia materna y seguir con el SLM en el domicilio, además de brindar asesoría demostrativa de la preparación adecuada del SLM. **(20 minutos)**

6.2. INDICACIONES

6.2.1. INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Recién nacido de madre VIH (+).

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS:

- Ninguna

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Recién nacido que presente alergia o intolerancia a los componentes de la lactancia artificial.

6.4 COMPLICACIONES:

- Reacción alérgica y/o intolerancia a los componentes de la lactancia artificial.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médico /Enfermera que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.



VII. RECOMENDACIONES

Durante la hospitalización del binomio madre-niño la enfermera monitorizará la suspensión de la lactancia materna y la alimentación adecuada con SLM hasta el egreso del RN.

La preparación del SLM debe cumplir las siguientes directrices:

- Limpieza de la zona dedicada a la preparación y conservación de SLM.
- Lavado de manos con agua y jabón.
- Hervir el agua a un mínimo de 70° C.
- Verter el agua hervida en el biberón hasta la cantidad deseada.
- Añadir las medidas de SLM en polvo correspondiente adecuadamente enrasadas. Es muy importante poner siempre el agua primero y añadir después el polvo en la cantidad adecuada.
- Enfriar la preparación bajo el grifo de agua hasta llegar a la temperatura ideal. Se puede comprobar la temperatura poniendo una gota en la parte interna de la muñeca. La temperatura debe ser aproximadamente igual a la temperatura corporal, no se sentirá la gota caliente ni fría.
- El SLM ya preparado dura a temperatura ambiente 1 hora.
- Cualquier resto de una toma de SLM preparado debe desecharse.
- Se registrará diariamente la cantidad y frecuencia de SLM preparado que ingiere el RN durante su hospitalización.

Asimismo, para la alimentación adecuada con SLM durante la hospitalización se tomarán en cuenta los siguientes lineamientos:

- Coloque al lactante sentado derecho sobre sus piernas.
- Lleve la taza a los labios del lactante.
- Inclina la taza para que la leche alcance justo los labios del lactante.
- La taza debe descansar suavemente sobre el labio inferior del lactante, y los bordes de la taza deben tocar la parte exterior del labio superior del lactante.
- El lactante abrirá la boca y los ojos. Un lactante de bajo peso al nacer comenzará a tomar la leche dentro de su boca con la lengua. Un recién nacido a término y lactantes mayores succionarán la leche derramando un poco.
- No vierta la leche dentro de la boca del lactante. Sólo sostenga la taza en los labios del lactante y deje que el lactante la tome.
- Un lactante que ha recibido suficiente cerrará la boca y no tomará más.
- En caso de no disponer de taza se puede emplear una jeringa estéril pero no biberón o tetina.

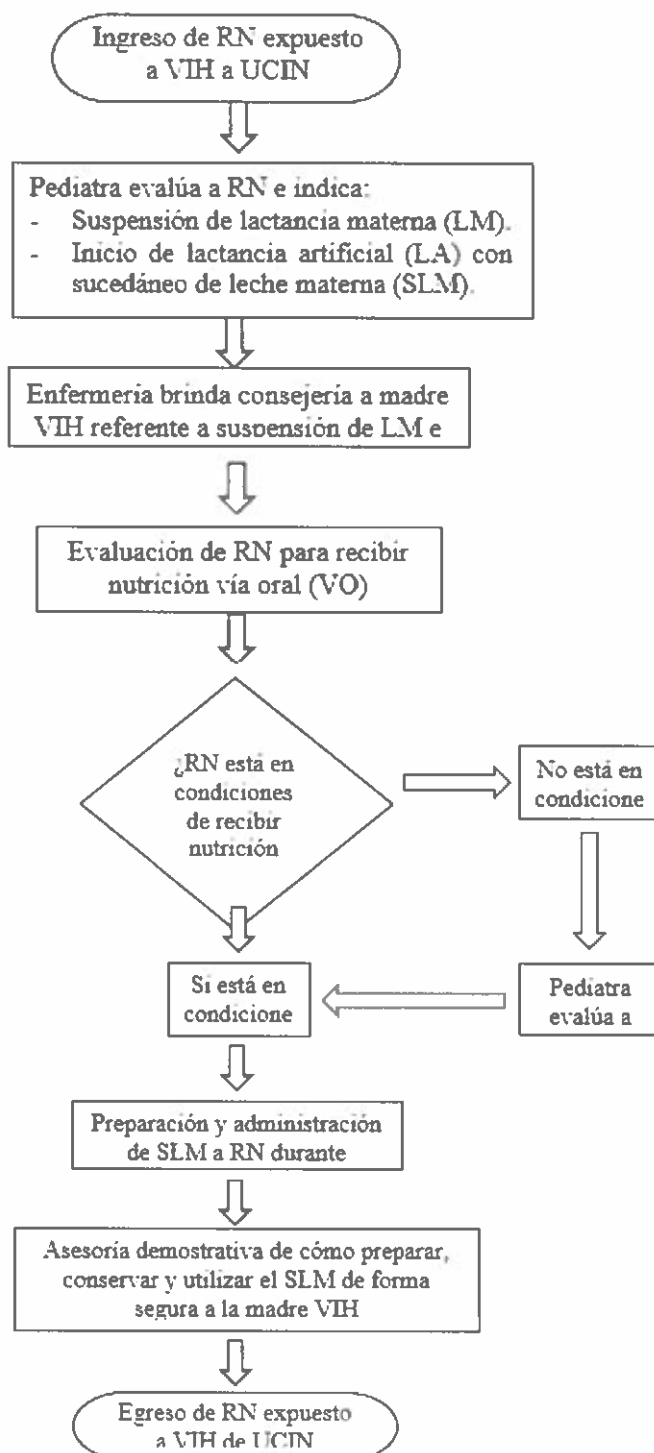
VIII. ANEXOS:

- **ANEXO N° 1: FLUJOGRAMA DE LACTANCIA ARTIFICIAL DE RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH**
- **ANEXO N° 2: CODIFICACIÓN EN HOJA HIS**



IX. ANEXOS:

ANEXO 1: FLUJOGRAMA DE LACTANCIA ARTIFICIAL DE RECIÉN NACIDO DE MADRE VIH



ANEXO N° 2: CODIFICACIÓN EN HOJA HIS

RECIÉN NACIDO EXPUESTO (HIJO DE MADRE CON VIH)

ANEXO

LACTANCIA ARTIFICIAL (SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA)

ESQUEMA DE ENTREGA DE LECHE MATERNIZADA

Se considera la entrega de SLM de Fase 1, para niños expuestos de 0 a 6 meses de edad y de fase 2, para niños expuestos de 6 a 12 meses de edad, según el siguiente esquema:

Fases/Meses	Fase I						Fase II						Total
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	
Número de Latas (400 - 500gr)	9	11	13	14	14	15	9	9	9	7	7	7	124
Valor en el campo Lab HIS	IA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TA	

RECIÉN NACIDO EXPUESTO A VIH INICIA CON FASE I

Para el ítem Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

-En el casillero 1º Lactancia Artificial RN de Madre con VIH

-En el casillero 2º Hijo de Madre Infectada con VIH

En el ítem Tipo de diagnóstico marque:

-En el casillero 1º "D" si es la primera entrega, en los siguientes "R"

-En el casillero 2º SIEMPRE "R"

En el ítem Lab anote:

- En el casillero 1º de Lactancia artificial registrar "IA" y del 2 al 11.

En la última entrega (12º mes) se registrará como TA

DIA	D.N.I.	FINANC	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD. ABL. EC	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE 10 / CPT
	HISTORIA CLINICA										P D R	1º	2º	3º			
		GESTANTE/PUERPERA	ETNIA												CENTRO POBLADO		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____) FECHA ULTIMO RESULTADO DE HD: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
	99959469	10	Huancayo	1	A	M	PC			Lactancia artificial RN madre VIH	P	X	R	IA			99199.15
	99959469				M	X			TALLA	C	C	Hijo de Madre infectada con VIH	P	D	X		
		58	Huancayo		X		Pa			HD	R	R					

Fuente : Manual de registro y codificación de actividades de la Dirección de prevención y control de VIH-SIDA, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis-DPVIH. 2023, pág. 56.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de Salud. Documento técnico: Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B: NTS N° 159 - MINSA/2019/DGIESP. Resolución ministerial N° 1138-2019/MINSA (2019 Dic).
2. Perú. Ministerio de Salud. Documento técnico: Manual de Registro y Codificación de Actividades de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis – DPVIH (2022 Agt.).
3. Ministerio de Salud. Documento técnico: Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal: NTS N° 106-MINSA/DGSP-v.01. Resolución ministerial N° 828-2013/MINSA (2ed, 2018 Dic).
4. Ministerio de Salud. Documento técnico: Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Resolución ministerial N° 462-2015/MINSA (2015 Set).
5. Jardí Piñana C, Aranda Pons N, Bedmar Carretero C, Arija Val V. Composición nutricional de las leches infantiles. Nivel de cumplimiento en su fabricación y adecuación a las necesidades nutricionales. An Pediatr. 2015; 83: 417-29.
6. C. Sánchez Villares Lorenzo, M. del Rey Tomas Biosca Lactancia artificial. Pediatr Integral .2020; 24(2): 81 – 89.
7. Torres Feced V, Njoki M, Muthee G, Kimani J, Wanjiru S, Jaén A, Mwangi J, Ngaruro R, Dalmau D. Seguridad y eficacia de la lactancia artificial para prevenir la transmisión vertical del VIH en una zona con pocos recursos en Kenia. Rev. Multidisciplinaria del sida.2013; Vol.1. Núm. 1; p. 74-75
8. Programa internacional (BPSO) España. Guía de lactancia artificial para profesionales Comisión de lactancia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves Disponible en: <https://www.huvn.es/archivos/cms/lactancia-artificial/archivos/publico>. 2022



PEDIATRÍA
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
PREVALENTES DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras) a los pacientes del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

II. OBJETIVOS

- Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras) de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a las enfermedades
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones y secuelas del paciente pediátrico con enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras)
- Manejar la inestabilidad del paciente pediátrico con cuadros con enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras) en el servicio de hospitalización.
- Estandarizar la atención que brinda el profesional de enfermería al niño con enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras) que acude a nuestra institución.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría y Departamento de Enfermería (servicio de hospitalización de pediatría) del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento Médico:** Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, entre otras).
- 4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:** 99401.12
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento:** 60 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Consejería para la prevención de enfermedades prevalentes**, (EDA, IRA, entre otras): Se refiere a la provisión de información, educación y orientación a individuos y comunidades sobre cómo prevenir y manejar esta enfermedad de manera efectiva

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Diarrea aguda:** Es la disminución de la consistencia de las heces, casi siempre en número mayor de tres deposiciones líquidas o semilíquidas sin sangre visible en 24 horas y que dura menos de 14 días, pueden acompañarse de vómitos, fiebre, disminución del apetito.
- **Deshidratación:** Proceso que ocurre cuando las pérdidas no son reemplazadas adecuadamente y se genera un déficit de agua y electrolitos.



- **Síndrome Obstructivo Bronquial Agudo (SOBA):** Es un grupo de enfermedades que ocurren generalmente en lactantes y niños menores de 2 años, que se manifiestan con episodios de obstrucción bronquial y dificultad respiratoria recurrente.
- **Faringitis aguda:** La mayoría de las faringitis tienen un origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o parainfluenza.
- **Otitis media aguda:** Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoides.
- **Infección de tracto urinario (ITU):** Es definida como la colonización, invasión y multiplicación, en la vía urinaria, de microorganismos patógenos, especialmente bacterias, que habitualmente provienen de la región perineal (vía ascendente), si bien existe la posibilidad muy infrecuente de infección por vía sistémica (vía hematógena) o directa (cirugías urológicas, traumas abdominales).
- **Infecciones de la piel:** La piel es el órgano más grande del cuerpo. Tiene muchas funciones diferentes, incluyendo cubrir y proteger su cuerpo. Ayuda a mantener a distancia a los gérmenes, pero a veces estos pueden entrar al organismo a través de una infección en la piel. A menudo ocurre cuando los gérmenes ingresan al cuerpo a través de una herida, corte o herida en la piel. Otras infecciones de la piel pueden ocurrir en lugares donde la piel se frota, especialmente si está húmeda.



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciada en enfermería
- 01 Técnica en enfermería
- 01 Médico pediatra



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio	unid	1
Sillas	unid	1
Computadora	unid	1
Impresora	unid	1
Hoja	unid	1
Cunacon espaldar	unid	1
Cama gatsh	unid	1
Lapicero rojo	unid	1



Lapicero azul	unid	1
Lápiz	unid	1
Borrador	unid	1
Tajador	unid	1
Regla	unid	1
Corrector	unid	1
Resaltador	unid	1

- Material Médico no Fungible.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Balanza digital (lactantes)	unid	1
Tensiómetro	unid	1
Termómetro	unid	1
Balanza de pie (niños y adolescentes)	unid	1
Balanza microgramera (pañal)	unid	1
Pulsioxímetro pediátrico	unid	1
Estetoscopio	unid	1
Aspirador de secreciones	unid	1
Reloj segundero para enfermería	unid	1
Manómetro	unid	1
Flujómetro	Unid	1
Balón de oxígeno portátil	Unid	1
Bomba de infusión	Unid	1
Pulsioxímetro pediátrico	Unid	1
Niple metálico	Unid	1
Frasco Humidificador	Unid	1



Riñonera estéril	Unid	1
Coche de curaciones	Unid	1
Coche de paro	Unid	1
Nebulizador portátil	Unid	1
Almohada o cojín	Unid	1
Cubeta metálica	Unid	1
Tina para baño	Unid	1

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mandil descartable	unid	1
Guantes quirúrgicos(par)	unid	1
Mascarilla N95	Unid	1
Gorro gusano	Unid	1
Guantes simples	Unid	1
Gasas 10x 10 cm	Unid	2
Gasas 5 x 5 cm	Unid	2
Apósito de gasas	Unid	1
Baja lengua	Unid	1
Cloruro de sodio 9% 100ml, 1000ml	Unid	1
Agua estéril 1000ml	Unid	1
Jeringas 10ml	Unid	2
Jeringas 20ml	Unid	2
Jeringas 5ml	Unid	2
Jeringas 3ml	Unid	2
Jeringas 1ml.	Unid	2



Línea de infusión con bureta	Unid	2
Línea de infusión sin bureta	Unid	1
Equipo de volutrol	Unid	1
Mini punzón	Unid	1

5.3.3 FORMATOS

- Hoja de balance hídrico
- Hoja de monitoreo de funciones vitales
- Notas de enfermería
- Hoja de nebulizaciones
- Kardex de enfermería
- Hoja control de oxígeno

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ENFERMEDADES DIGESTIVAS AGUDAS:

Paciente pediátrico ingresa al servicio procedente de emergencia, previa evaluación del médico pediatra de turno y autorización de hospitalización en el servicio

1. El paciente ingresa procedente del servicio de emergencia en compañía de su madre o tutor
2. La enfermera realiza la entrevista y valoración cefalocaudal, identificar los signos y síntomas de deshidratación **(20 minutos)**
 - ❖ Se educa a la madre o tutor el uso importante de mascarilla dentro del hospital y servicio
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de lavados de manos
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre el uso adecuado de los tachos de eliminación de residuos
 - ❖ Se educa a madre o tutor sobre la importancia de tener el calendario de vacunación completo.
 - ❖ Se educa a madre o tutor a no brindar ningún alimento que no sea proporcionado por el servicio de nutrición
3. El personal técnico enfermería realiza el peso y talla del paciente pediátrico (duración aproximadamente **(5 minutos)**)
4. La enfermera realiza monitoreo de los signos vitales (temperatura, SAO₂, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial. **(10 minutos)**)
5. La enfermera registra la atención en historia clínica en físico. **(10 minutos)**
6. El personal técnico enfermería realiza la cuantificación de los ingresos y egresos estrictamente **(5 minutos)**

7. La enfermera realiza la administración de medicamentos y/o fluidoterapia pre-escritos por el médico pediatra **(10 minutos)**

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:

Paciente pediátrico ingresa al servicio procedente de emergencia, previa evaluación del médico pediatra de turno y autorización de hospitalización en el servicio

1. El paciente ingresa procedente del servicio de emergencia en compañía de su madre o tutor
 2. La enfermera realiza la entrevista y valoración cefalocaudal, observación de signos y síntomas de alarma. **(20 minutos)**
 - ❖ Se educa a la madre o tutor el uso importante de mascarilla dentro del hospital y servicio
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de lavados de manos
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre el uso adecuado de los tachos de eliminación de residuos
 - ❖ Se educa a madre o tutor sobre la importancia de tener el calendario de vacunación completo.
 - ❖ Se educa a madre o tutor sobre la importancia de una buena alimentación (consumo de menestras, verduras, frutas, etc.)
 - ❖ Se educa a madre o tutor a que permanezca en su ambiente y/o cama/cuna
 3. La enfermera vigila la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones **(2 minutos)**
- La enfermera registra en H.C. la aparición, característica, duración de la tos, las secreciones respiratorias, movimientos torácicos, mirando la simetría utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. **(5 minutos)**
4. La enfermera realiza la colocación al paciente posición semifowler y fowler **(2 minutos)**
 5. La enfermera realiza nebulizaciones según prescripción médica **(15 minutos)**
 6. La enfermera realiza inhalaciones con aerosoles según prescripción médica **(2 minutos)**
 7. La enfermera realiza la permeabilidad de fosas nasales con suero fisiológico previa prescripción médica **(5 minutos)**
 8. La enfermera realizará aspiración de secreciones previa indicación médica **(20 minutos)**
 9. La enfermera monitorizará el estado de oxígeno del paciente **(5 minutos)**
 10. La enfermera comprobará la capacidad del paciente para toser eficazmente **(2 minutos)**
 11. La enfermera realizará la consejería a la madre o tutor encargado del menor durante la estancia hospitalaria y al alta conjuntamente con el personal de nutrición **(20 minutos)**



INFECCIONES DE LA PIEL

Paciente pediátrico ingresa al servicio procedente de emergencia, previa evaluación del médico pediatra de turno y autorización de hospitalización en el servicio

1. La enfermera realiza la entrevista y valoración cefalocaudal, observación de signos y síntomas de alarma, además la circulación periférica (edema llenado capilar calor temperatura) (**aprox. 20 minutos**)
 - ❖ Se educa a la madre o tutor el uso importante de mascarilla dentro del hospital y servicio
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de lavados de manos
 - ❖ Se educa a la madre o tutor no manipular zona afectada para no producir el ingreso de bacterias
2. La enfermera realiza monitoreo de los signos vitales (temperatura, saO_2 , frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial) (**aprox. 10 minutos**)
3. La enfermera realiza el registro en la H.C. el grado de dolor, la localización, el tamaño, las características de la herida, incluyendo color, tamaño, olor y drenaje. Además de registrar cualquier cambio producido en la herida. (**aprox. 15 minutos**)
4. La enfermera aplica la presión en la extremidad afectada con ayuda de protectores (cojín almohadas y/o arco) (**aprox. 5 minutos**)
5. La enfermera vigila una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre, de acuerdo al balance hídrico) (duración 2 minutos)
6. La enfermera evita lesiones en la zona afectada (**aprox. 2 minutos**)
7. La enfermera realiza cambios posturales cada 2 horas, contribuyendo a una posición adecuada evitando el dolor (**5 minutos**)
8. La enfermera brinda a la madre o tutor los signos y síntomas de infección además de los procedimientos del cuidado de la herida (**aprox. 20 minutos**)

INFECCION DEL TRACTO URINARIO

Paciente pediátrico ingresa al servicio procedente de emergencia, previa evaluación del médico de turno y autorización de hospitalización en el servicio

1. La enfermera realiza la valoración e identificar la presencia de estreñimiento e incontinencia urinaria y vaciamiento vesical infrecuente. (**20 minutos**)
 - ❖ Se educa a la madre o tutor el uso importante de mascarilla dentro del hospital y servicio
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de lavados de manos
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre el uso adecuado de los tachos de eliminación de residuos
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de una buena higiene perineal
 - ❖ Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de la ingesta de abundantes líquidos.
2. La enfermera realiza el control de funciones vitales, especial monitorización de la temperatura (**10 minutos**)
3. La enfermera realiza el registro en la H.C. las características de la orina (color, densidad, olor), cantidad, la frecuencia, la presencia de dolor en la micción, dolor en zona lumbar, signos y síntomas de deshidratación, náuseas, vómitos e intolerancia oral. (**15 minutos**)



4. La enfermera realiza la práctica de higiene perianal que realiza la madre o tutor del menor. **(10 minutos)**
5. La enfermera brinda consejería a la madre sobre el cuidado perianal, tener un buen aporte líquidos, el cambio de pañal frecuentemente. **(20 minutos)**

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Paciente con enfermedad diarreica aguda, aquellos con signos y síntomas de deshidratación grave o moderada
- Pacientes con infecciones respiratorias aguda, leve o moderada, que se encuentren hospitalizados en el servicio de hospitalización de pediatría con soporte de oxígeno.
- Pacientes con infecciones de la piel que presenten lesiones en la dermis y/o epidermis de leve a moderado que se encuentren hospitalizados en el servicio de hospitalización de pediatría.
- Pacientes con enfermedades con Infección de Tracto Urinario leve o moderado y con recurrentes infecciones urinarias que se encuentra hospitalizado en servicio de hospitalización de pediatría.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- **Enfermedad diarreica aguda:** Paciente pediátrico presenta una deshidratación leve y con buena tolerancia oral.
- **Infecciones Respiratorias Aguda** Paciente pediátrico estable hemo dinámicamente y con condiciones de alta, que se encuentran hospitalizados en servicio de hospitalización de pediatría.
- **Infecciones de la piel:** Paciente que presenta pequeña zona eritematosa, sin edema por picadura de insecto o algún rasguño, en condiciones de alta que se encuentra hospitalizado en el servicio de hospitalización Pediatría.
- **Infección de tracto urinario:** Paciente pediátrico estable, sin signos o síntomas de alarma y con condiciones de alta, que se encuentran hospitalizados en servicio de hospitalización de pediatría.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Paciente pediátrico que cuente con una complicación que no pueda ser manejado en el servicio debido a un monitoreo constante o procedimiento invasivo (ventilación mecánica)
- Pacientes menores de 29 días de nacido

6.4 COMPLICACIONES

- **Enfermedad diarreica aguda:** Deshidratación
- **Infecciones Respiratorias Aguda:** Fiebre, Neumonía y/o hasta incluso la muerte.
- **Infecciones de la piel:** Deterioro de la integridad de la piel.
- **Infección de tracto urinario:** Infecciones repetitivas que involucran los riñones. Puede causar fiebre, dolor lumbar y signos de sepsis.



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El Servicio de pediatría debe de estar dotado de los elementos mencionados en el inciso con el objetivo de brindar una atención de calidad.
- Se difundirá la importancia de actividades física y mantener un hábito de alimentación saludable.

VIII. ANEXOS

- **ANEX N° 01:** Tabla de valoración inicial
- **ANEXO N° 02:** Hoja de enfermería
- **ANEXO N° 03:** Valoración enfermería en pediatría
- **ANEXO N° 4:** Hoja de balance hídrico
- **ANEXO N° 5:** Hoja de nebulización
- **ANEXO N° 6:** Hoja de monitoreo y funciones vitales
- **ANEXO N° 7:** Kardex de enfermería



ANEXO N° 01: TABLA DE VALORACIÓN INICIAL

Componente	Observar/ Valorar
Apariencia: refleja el estado de oxigenación, ventilación, perfusión cerebral y función del Sistema Nervioso Central (SNC).	Tono muscular: flacidez, hipoactividad.
	Interacción con el entorno: grado de alerta, reacción al sonido, juega, rechaza.
	Durante el llanto atiende y permite ser consolado o llora y grita, se mantiene irritable.
	Mirada fija o pérdida.
Respiración: refleja estado de oxigenación y ventilación.	Lenguaje: balbucea, habla o está callado.
	Esfuerzo respiratorio: aleteo nasal, retracciones, uso de músculos intercostales.
	Ruidos respiratorios: estridor, quejidos o sibilancias.
Circulación: refleja si el gasto cardíaco y la perfusión de los órganos vitales son adecuados.	Observar y escuchar tos, ronquera, incapacidad de digerir la saliva.
	Valorar perfusión de la piel, color, palidez, cianosis.
	Observar signos de hemorragia dentro la piel, petequias o manchas púrpuras.

Fuente: American Heart Association. Soporte vital avanzado pediátrico. 2017¹⁵.

Fases	Valoración
A (Vía aérea).	Valorar permeabilidad de la vía aérea. Observar movimiento del tórax y abdomen. Auscultar ruidos respiratorios. Verificar que la vía aérea esté despejada.
B (Buena respiración)	Frecuencia respiratoria. Esfuerzo respiratorio. Expansión torácica y movimiento del aire. Ruidos respiratorios y de la vía aérea. Saturación de O ₂ por oximetría de pulso.
C (Circulación)	Frecuencia y ritmo cardíaco. Pulsos (periféricos: radial, pedio, tibial posterior) y centrales (femoral, braquial, carotídeo axilar). Tiempo de llenado capilar normal 2 s, (lento superior a 2 s, rápido inferior a 2 s). Temperatura: piel fría <35 °C; o caliente >38 °C. Color de la piel (palidez, marmórea, cianosis) y temperatura.
D (Exploración neurológica)	Nivel de conciencia (somnolencia debido a hipercapnia, ansiedad, agitación debida a hipoxia). Evaluar capacidad de respuesta (alerta, responde a la voz, respuesta al dolor, inconsciente).
E (Exposición).	Realizar exploración física detallada (rostro, cabeza, tronco, tórax, espalda, extremidades, piel).

Fuente: American Heart Association. Soporte vital avanzado pediátrico [Impreso] 2017, libro del proveedor, edición en español¹⁵.



ANEXO Nº 02. HOJA DE ENFERMERÍA

HOJA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA		APellidos:		DIA		MES		AÑO		INCUBA		NIS. CL. N°		SEGURO:		DIAS DE HOSP.	
CUIDADOS A NIVEL:		NOMBRES:		SEXO:		DIAS DE VIDA		EDAD		AÑOS		MESES		PESO ANTERIOR (GRS)		PESO ACTUAL (GRS)	
INTERMEDIO		DIAGNOSTICO MEDICO:		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
CUNA		CUNA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
INCUBADORA		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
HORA DE CONTROL		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
ENF. RESPONSABLE		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
C.E.P.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
MADRE O TUTOR		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
PARTICIPANTE		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
REACTIVIDAD		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
ESTADO CONCIENCIA		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T. CORPORAL		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T. INCUBADORA		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
O. V. F.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
N. I.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T. T. F.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
R. A.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
O. L.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
C. O. L.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
L. E.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
I. C. T. E. N. C. I. A.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
P. A.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
S. A. T. O. 2.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
VOLUMEN (ML)		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T. P. O.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T. I. E.		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
ADMINISTRACIÓN		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
A. INFUNDIR TIPO ml		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
INFUNDIDO TIPO ml		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
TOTAL		CAMA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	

ANEXO N° 03 : VALORACIÓN ENFERMERIA EN PEDIATRÍA

MINISTERIO DE SALUD
Hospitales que atienden a Personas
Hospital "José Agustín Tello" Chiclaya

VALORACION ENFERMERA EN PEDIATRIA

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos..... Fecha de nacimiento..... Edad..... (A)..... (M)..... Sexo.....
Procedencia: Consulta Externa () Emergencia ()
Forma de llegada: Caminado () Silla de ruedas () Incubadora () Brazos de los padres () Otro.....
Antecedentes familiares: Padre..... Madre..... Hermanos: N° (.....) Otros.....
Antecedentes de morbilidad: Asma () Tuberculosis () Hepatitis () Otras:.....
Cirugías: Si () No () Especifique..... Fecha.....
Alergias y otras Reacciones: Fármacos: () Alimentos: () Otros: () Especifique:

INGRESO ACTUAL

Fecha de ingreso al servicio..... Hora..... N° de cama:.....
Constantes Vitales: F.C..... F.A..... T..... Pulso..... SatO₂.....
ANTECEDENTES DE SALUD
Enfermedades previas:..... Hace:.....
Intervenciones quirúrgicas previas:..... Alergias:.....
Caídas previas:..... Medicación en domicilio:.....

NOTA: SOLO MARCAR LO QUE SE EVALUA EN EL PACIENTE

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Motivo de incumplimiento de las indicaciones médicas:

Estado de Higiene Corporal: Buena () Regular () Mala ()
Vacunación.....
Dx. Enfermero:
() Mantenimiento insuficiente de la salud
() Incumplimiento

DOMINIO 2: NUTRICION

Dieta.....
Tipo de alimentación: LM () LM, Mista () Ab lactancia ()
Peso / talla..... IMC.....
Alteración del apetito: Normal () Disminuido () Aumentado ()
Regurgitación () Náuseas () Vómitos ()
SNG: Si () No () Drenaje: Si () No ()
Atribuido a:
Abdomen: Blando () Depresible () Distendido ()
Doloroso () Timpanico () Otro:.....
Ruidos hidroacústicos: Aumentado () Disminuido () Ausente ()
Oliguria para deglutir: Si () No () Edidos () Líquidos ()
PIEL:
Piel y mucosas: Húmeda () Seca () Edema () Lesiones.....
Color: Sanrosado () Pálido () Ictérico () Cianosis () Flogosis ()
Integridad: Intacta ()
Lesiones piel: Clostrices () Heridas () Hematomas () Exantema ()
Lugar:.....
Hidratación: Turgente () Signo de pliegue.....
Dx. Enfermero:
() Interrupción de la lactancia materna
() Lactancia materna insuficiente
() Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales
() Sobrepeso () Inestabilidad neonatal
() Déficit de volumen de líquidos
() Riesgo de déficit de volumen de líquidos
() Déficit de volumen de líquidos

DOMINIO 3: ELIMINACION

Intestinal: Estreñimiento () Diarrea () No deposiciones / día.....
Características:.....
Incontinencia () Ostruria ()
Vesical: (1-3ml/Kg/hr) color.....
Problemas al orinar: Incontinencia () Disuria () Polaquiuria ()
Enuresis () Nicturia ()
Uso de pañal:.....
Control de esfínteres: Urinario () Fecal ()
Dx. Enfermero:
() Diarrea () Estreñimiento
() Retención Urinaria
() Riesgo de retención urinaria
() Deterioro del intercambio de gases

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Duerme bien () Utiliza ayuda para dormir ()

Horas de sueño:.....

ACTIVIDADES	Notas auto	Ayuda madre	Ayuda total
T y G (bello / bethum)			
Vestimenta			
Uso del pañal			
Transferir al paciente			
Actividad de la madre/paciente			

Movilidad de miembros: Contracturas () Flaccidez () Parálisis ()
Paresias () Reposo () Inmovilidad () pérdida funcional ()

Actividad respiratoria

Tyaje (.....) Retracón (.....) Diafragma () Apnea ()
Pulposos () Requipes () Aleteo nasal Cianosis ()
Tos: seca () Productiva () Puntaje Del Test De Silverman.....

Actividad circulatoria

Pulso periférico: Pédico () Popliteo () Carotídeo ()

0 = Ausencia +1 = Disminución notable
+2 = Disminución leve +3 = Pulso normal

Riesgo periférico o herido capilar:

Extremidad..... D.: Normal () Cianosis () fría ()

Extremidad..... I.: Normal () Cianosis () fría ()

+ (0 - 0.65mm) ++ (0.65 - 1.25 cm) +++ (1.25 - 2.5cm)

Líneas invasivas: Catéter periférico:..... (ugar.....)

Dx. Enfermero:

- () Trastorno del patrón del sueño
- () Deterioro de la movilidad física
- () Deterioro de la ventilación respiratoria
- () Intolerancia a la actividad
- () Patrón respiratorio ineficaz
- () Deterioro de la ventilación espontánea

DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNACION

NIVEL DE CONCIENCIA (Escala de Glasgow Pediátrico)

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()

Tamaño:.....mm.

Estado de conciencia: Consciente () Confusión () Somnolencia ()
Sopor () Coma ()

Comunicación:

Habla: verbal () Gestual () Escrito () Otro idioma:.....

Visión: normal () uso anteojos ()

Oídos: normal () uso prótesis sensoriales ()

Dx. Enfermero:

- () Conciencia deficiente
- () Deterioro de la comunicación verbal

MINISTERIO DE SALUD
Personas que alemanas Personas
Hospital "José Agustín Teller" Chocoma

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "José Agustín Teller" Chocoma

DOMINIO 6: AUTO PERCEPCION

Estado emocional al ingreso:
Tranquilo () preocupado () Ansioso () Temeroso ()
Triste () Irritable () Indiferente ()
Se Infravalora () Se sobrealvalora ()
Reacción de los padres frente a enfermedades graves o genéticas:
Aceptación () Deterioro autoestima () Rechazo ()
Ansiedad () Indiferencia () Desesperanza ()
Pérdida de control () Culpa ()
Alteraciones y/o Defectos congénitos ()
Dx Enfermero:
() Disposición para mejorar el autoconcepto
() Desesperanza
() Riesgo de bajo autoestima situacional
() Trastorno de la imagen corporal
()

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

Con quién vive: Cuidador principal:
Dificultad para mantener el contacto padre/niño ()
Conflictos en la familia ()
No aceptan la enfermedad del paciente:
Abandono familiar: Si () No ()
Enfermero:
() Riesgo de deterioro parental
() Interrupción de los procesos familiares
() Deterioro parental
() Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres
()

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Problemas de identidad sexual: Si () No ()
Inicio de la menstruación: Problemas menstruales:
Dx Enfermero:
() Disposición para mejorar el proceso de maternidad
()

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación? ()
Reacción frente a la enfermedad o muerte:
Preocupación () ansiedad () Indiferencia () temor ()
Desesperanza () tristeza () negación () otro ()
Conducta del lactante: normal () inadecuada ()
Signos: Irritabilidad () Nervioso () Inquieto () fiebre ()
Movimientos descoordinados () otros:
Dx Enfermero:
() Temor
() Afrontamiento ineficaz
() Ansiedad
()

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Religión que practica:
Restricciones religiosas:
Dx Enfermero:
() Deterioro de la Religiosidad
() Conflictos de decisiones
()

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCION

Procedimientos invasivos ()
Sonda vesical: () N°: fecha:
Vendovenosa: () N°: fecha: Lugar:
Herida quirúrgica: () lugar: Fecha:
Drenajes: () lugar: fecha:
Especificar el grado de lesión:
Piel Integra ()
Valoración UPP según Escala de BRANDEN () lugar
Riesgo de caída: valoración de según Escala de J.H. DOWNTON
Riesgo de Aspiración:
Riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares: Edema () férulas ()
Contusiones mecánicas ()
Incapacidad para eliminar las secreciones: Inmovilidad () Dolor () Tos
Ineficaz () Aumento de secreciones ()

Riesgo de lesionarse: Historia de intentos previos ()

Valoración del estado de hidratación: Plan
Dx Enfermero:
() Riesgo de infección
() Riesgo de aspiración
() Riesgo de caídas
() Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
() Deterioro de la integridad cutánea
() Deterioro de la mucosa oral
() Riesgo de lesión
() Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
() Riesgo de sangrado
() Riesgo de suicidio
() Riesgo de disfunción neurovascular periférica
() Riesgo de contaminación
() Hipotermia
() Hipertermia
()

DOMINIO 12: CONFORT

Dolor / molestias: Si () No ()
Localización del dolor:
Valoración del dolor según escala de Wong y Baker:
Presencia de náuseas: causado por:
Tiempo del dolor:
Frecuencia del dolor:
Fobias: a qué?
Dx Enfermero:
() Dolor agudo
() Dolor crónico
() Náuseas
()

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se percibe algún tipo de discapacidad ()
La familia ha perdido algún tipo de discapacidad ()
Diagnóstico nutricional: Normal () Obesidad () Riesgo nutricional ()
Desnutrición global: leve () Moderada () Severa ()
Desnutrición crónica () aguda () crónica reaguizada ()
Evaluación de desarrollo: Normal () Riesgo () Retraso () en:
Motricidad: gruesa () fina () lenguaje () coordinación () social ()
Dx Enfermero:
() Riesgo de crecimiento desproporcionado
() Riesgo de retraso en el desarrollo
()

GRAFICAR LA LESION ENCONTRADA

OBJETIVOS DE LA ATENCION:

INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC):

LOGROS ESPERADOS (NOC):

FIRMA Y SELLO



ANEXO N° 4: HOJA DE BALANCE HÍDRICO



MINISTERIO DE SALUD
Hospital "José Aguirre Tello" - Chosica

BALANCE HIDRICO

N y A: _____ Peso: _____

° C: _____ Edad: _____ Fecha: _____

HORA	V.O.	V.P.	DIURESIS	DEP.	VOMIT.	To = OBS
T=12 HS						
T=12 HS						
T=24 HS						

FIRMA _____



ANEXO N° 5: HOJA DE NEBULIZACIÓN

NEBULIZACIÓN
FECHA:

ITEM CARTA	SALBUTAMOL GOTAS	CL NA 9%	HORAS DIA	HORAS NOCHE
C.1				
C.2				
C.3				
C.4				
C.5				
C.6				
C.7				
C.8				
C.9				
C.10				



Concentration of inhibitor	Rate of polymerization
0.0	1.0
0.1	0.9
0.2	0.8
0.3	0.7
0.4	0.65
0.5	0.6
0.6	0.55
0.7	0.52
0.8	0.51
0.9	0.505
1.0	0.5





ANEXO N°7 : KARDEX DE ENFERMERÍA

KARDEX DE PEDIATRIA

NOCTURNAL "KAYE AGUSTO TELLO" - CHOSICA

6. DE DIPLOMACIA

CANAC
UNIVERSITY / ESCA, MOZA

742

510

1993

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 395–403

AS FICURADO

CONCLUSIONS

[illegible]

10

IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico. GP-01/INSN-SB/UAIE-V.01. abril 2022.Disponible en:file:///C:/Users/YOSSY/Downloads/RD%20N%C2%B0%2000101-2022-DGINSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf
2. Astudillo MJ, Díaz SA, Álvarez M, Castillo EV, Betancourt MP, Pillajo KM. Cuidados de Enfermería en paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria aguda en la Unidad Pediátricos Área de Emergencias. Cambios rev. méd. 2021; 20 (1)117-132.
3. Córdova Sotomayor D. Chávez Bacilio C. Bermejo Vargas E. Jara Ccorahua X. Santa María Carlos F. Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en un centro materno-infantil de Lima. Horus. Med. [Internet]. 2020 enero [citado 2024Mar 13]; 20(1): 54-60. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000100054&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.08>.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de consejería para la prevención de accidentes a los pacientes del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

II. OBJETIVOS

- Identificar los factores de riesgos y implementar medidas de prevención de accidentes.
- Garantizar el cuidado de enfermería en forma oportuna
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones del paciente pediátrico.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría y Departamento de Enfermería (servicio de hospitalización de pediatría) del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 Nombre del procedimiento Médico: Consejería para la prevención de accidentes
- 4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99401.11
- 4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 60 minutos aprox.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Consejería para la Prevención de Accidentes:** Implica proporcionar educación, orientación y apoyo a individuos y comunidades con el objetivo de reducir el riesgo de accidentes y lesiones. Esta forma de consejería se centra en identificar los factores de riesgo y en enseñar estrategias prácticas para prevenir accidentes en el hogar, en el trabajo, en la carretera y en otros entornos.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Eritema De Pañal:** Es el proceso irritativo e inflamación de la piel por condiciones de humedad, maceración, fricción contacto con orina, heces y otras sustancias que se produce en la zona cubierta por el pañal en el neonato.²
- **Dermatitis irritativa del Pañal:** Es el tipo más común de dermatitis del pañal²
- **Factores de riesgos:** Son aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente haciéndole más vulnerable respecto a su capacidad de auto protección, lo que puede provocar una caída. Estos pueden ser extrínsecos e intrínsecos.¹
- **Caídas:** Es aquel suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y o familiares, donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba de pie, sentado o acostado.¹
- **Escala De Macdems:** La escala comprende aspectos relacionados con: edad, recién nacido, lactante menor, lactante mayor, preescolar y escolar, antecedentes de caídas previas, antecedentes generales como, hiperactividad, problemas neuromusculares, síndrome convulsivo, daño orgánico cerebral, otros sin antecedentes y compromiso de conciencia.¹

- | DESCRIPCIÓN | U.M | CANT. |
|-------------------|------|-------|
| Escritorio | unid | 1 |
| Sillas | unid | 2 |
| Computadora | unid | 1 |
| Impresora | unid | 1 |
| Hoja | unid | 1 |
| Cuna con espaldar | unid | 1 |
| Cama GATSH | unid | 1 |
| Lapicero rojo | unid | 1 |
| Lapicero azul | unid | 1 |
| Lápiz | unid | 1 |
| Borrador | unid | 1 |
| Tajador | unid | 1 |
| Regla | unid | 1 |
| Corrector | unid | 1 |
| Resaltador | unid | 1 |

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Termómetro digital	unid	1
Monitor multiparámetro	Unid	1

- **Material Médico Fungible**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mandil descartable	unid	1
Guantes quirúrgicos	Unid	2
Gasas	Unid	1
Bolsas plásticas	Unid	1

- **Medicamentos:** No aplica

5.3.3 FORMATOS

- Notas de enfermería
- Formato de indicadores
- Formato escala de valoración del riesgo de caídas en pacientes pediátricos: Macdems
- Formato check list de verificación, evaluación de riesgo y educación del paciente al ingreso a hospitalización

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ERITEMA DE PAÑAL

Paciente pediátrico ingresa al servicio procedente de emergencia, previa evaluación del médico de turno y autorización de hospitalización en el servicio

1. La enfermera realiza la valoración al ingreso y durante la estancia hospitalaria (Dermatitis vista en zona perianal, piel seca, piel visiblemente escaldada, piel con grieta y fisuras visiblemente en zona afectada y Lesiones de la piel en pequeñas áreas localizadas) **(20 minutos)**
 - Se educa a la madre o tutor de realizar una buena higiene perineal con agua y con jabón.
 - Se educa a la madre o tutor al no uso de pañitos húmedos
 - Se educa a la madre o tutor el uso de crema protectora en zona perineal que contenga óxido de zinc previa indicación médica.
 - Se educa a la madre o tutora no colocar pañales muy apretados ya que impiden el paso de aire y pueden frotar e irritar la piel. Cambiar el pañal con frecuencia cada dos horas o tan pronto lo requiera
2. La enfermera realiza una notificación de evento adverso cuando el eritema es presentado en la estancia hospitalaria **(6 minutos)**
3. La enfermera educa a la madre para evitar frotar la piel ya que podría lesionar la epidermis y Mantener la piel seca y limpia. **(5 minutos)**

4. La enfermera realiza la demostración de cambio de pañal con ayuda del personal técnico en enfermería previa higiene perineal, con el objetivo de que tenga siempre los materiales necesarios en cada cambio de pañal. **(5 minutos)**

Se evitará que el paciente desarrolle otras patologías que puedan alterar su calidad de vida, teniendo como la mejor estrategia la prevención, un buen asesoramiento a los padres sobre el cuidado de la piel del área del pañal, incidiendo principalmente en la higiene de ésta y la aplicación regular de productos protectores de la piel en cada cambio de pañal y el correcto uso del pañal.

RIESGO DE CAÍDA

Paciente pediátrico ingresa al servicio procedente de emergencia, previa evaluación del médico de turno y autorización de hospitalización en el servicio

1. La enfermera realiza la valoración al ingreso y durante la estancia hospitalaria (20 minutos)
 - Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de tener las barandas elevadas
 - Se educa a la madre o tutor a la importancia de la permanencia con el paciente
2. La enfermera registrará en la historia clínica el riesgo de caída que tiene el paciente. (6 minutos)
3. La enfermera reportará en cada turno el riesgo de caída que tiene el paciente. (2 minutos)
4. La enfermera y/ técnico en enfermería que ingresa por Emergencia al servicio de hospitalización valorará y clasificará el riesgo. (5 minutos)
5. La enfermera en la valoración inicial del paciente se registrará los factores de riesgos relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Macdems. (7 minutos)
6. La enfermera de hospitalización recibe al paciente colocando el color de acuerdo al riesgo y la colocará en la hoja de identificación. (4 minutos)
7. La enfermera en los pacientes de riesgo se reevaluará el riesgo de caídas cada 7 días de ingreso o de acuerdo a los cambios en la situación del paciente. (7 minutos)
8. La enfermera educa a los pacientes sobre el significado del código de colores (tarjetas), así como las medidas preventivas. (10 minutos)
9. La enfermera proporciona charlas educativas en cada unidad sobre seguridad del paciente. (15 minutos)

Las intervenciones se fundamentarán en la valoración de los factores de riesgos intrínsecos y extrínsecos con un enfoque hacia la prevención, acciones dirigidas hacia la promoción de la salud, atención al riesgo, limitación del daño y rehabilitación temprana. (15 minutos)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Ante un paciente diagnosticado de riesgo de caídas
- Los pacientes identificados con Alto Riesgo
- Pacientes con enfermedades diarreicas
- Pacientes con mala higiene
- Pacientes con madres adolescentes

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes identificados con Bajo Riesgo de caídas,



6.3 CONTRAINDICACIONES

- En pacientes pediátricos en edad escolar

6.4 COMPLICACIONES

- Una caída podría ocasionar una lesión traumática cerebral causando el retraso del desarrollo futuro del niño.
- Infección por levaduras – Candidiasis del pañal

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

El Servicio de pediatría debe de estar dotado de los elementos mencionados en el inciso para brindar una atención de calidad.

- La guía técnica debe ser de conocimiento general de todo el personal de enfermería que labora en el servicio de Pediatría
- Socializar la presente guía de procedimiento frecuentemente
- las intervenciones realizadas por los profesionales serán medidas preventivas de carácter general, dirigidas al manejo del entorno, enseñanza del proceso/enfermedad y manejo del régimen terapéutico.
- El paciente no presentara ningún tipo de accidente (caída) debido a una buena consejería a la madre o tutor por parte del personal asistencial de pediatría

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N 01:** FORMATO DE INDICADORES
- **ANEXO N 02:** ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: MACDEMS
- **ANEXO N 03:** CHECK LIST DE VERIFICACIÓN, EVALUACIÓN DE RIESGO Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO A HOSPITALIZACIÓN
- **ANEXO 4** NOTAS DE ENFERMERIA

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. P. Albajar, S. Balkan, P. Barel, T. Baubet, M. biot, F. Boillot. Guía clínica terapéutica. Edición .2016
2. Fernandez A. Dermatitis irritativa del pañal Edición. 2019



Gas de Propano

ANEXO N° 01: FORMATO DE INDICADORES

INDICADORES

MES:

[illegible]

ANEXO N° 02: ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: MACDEMS

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS: MACDEMS

VARIABLE DE MEDICIÓN	RESPUESTA	PUNTAJE
Edad	Recién nacido	2
	Lactante menor	2
	Lactante mayor	3
	Pre-escolar	3
	Escolar	1
Antecedente de caída	No	0
	Sí	1
Antecedentes	Hiperactividad	1
	Problemas neuro-musculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
Compromiso de consciencia	No	1
	Sí	0
PUNTAJE OBTENIDO		

Interpretación del Puntaje:

4 a 6 = Alto Riesgo.
2 a 3 = Mediano Riesgo.
0 a 1 = Bajo Riesgo.

Fecha y hora: / / ; : horas

Firma y sello de Enfermería

Fuente: Protocolo de Prevención de caídas en pacientes del HJATCH

ANEXO N° 03: CHECK LIST DE VERIFICACIÓN, EVALUACIÓN DE RIESGO Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO A HOSPITALIZACIÓN

CHECK LIST DE VERIFICACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO HOSPITALARIO			
Nombres y Apellidos:			
Documento de Identidad:			
Fecha de ingreso:			
VERIFICACIÓN DEL AMBIENTE HOSPITALARIO Y EDUCACIÓN AL PACIENTE Y/O FAMILIAR			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	Observaciones
Las barandillas de la cama, camilla o cuna se encuentran en buen estado			
La cama cuenta con freno(s) operativo(s)			
Se cuenta con timbre u otro sistema de llamada operativo			
El ambiente dónde se hospitaliza está libre de material o mobiliario que obstruya el paso			
Se encuentra el suelo del ambiente dónde se hospitaliza seco			
El ambiente dónde se hospitaliza cuenta alguna iluminación nocturna			
El paciente usa calzado antideslizante			
Se identifican letreros de seguridad (paciente asilado, paciente con riesgo de caídas, otros)			
Se identifican zonas de seguridad y evacuación en casos de sismos o incendios.			

Técnico de Enfermería: _____

Fecha : _____

Hora : _____

Fuente: Protocolo de Prevención de caídas en pacientes del HJATCH



Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para el Departamento de Enfermería

ANEXO N° 4 NOTAS DE ENFERMERIA

ENFERMERIA PEDIATRICA		APellidos:		Nombres:		DIA		MES		AÑO		HIST. CL. N°		SEXO:		EDAD		DÍAS DE VIDA		DÍAS DE HOSP.	
CUIDADOS A NIVEL:		MINIMO		INTERMEDIO		CUNA		INCLUBORA		CAMA		PESO ANTERIOR (KGS)		PESO ACTUAL (KGS)							
HORA DE CONTROL																					
ENF. RESPONSABLE C.E.P.																					
MADRE O TUTOR PARTICIPANTE		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
REACTIVIDAD																					
ESTADO CONCIENCIA																					
T. CORPORAL																					
C O V F R																					
N I																					
T T C																					
R A																					
O L C O L O R																					
E S																					
I C T E R I C I A																					
P A																					
S A T O L																					
V O L U M E N (mL)																					
T I P O																					
A D M I N I S T R A C I O N																					
A I N F U N D I R T I P O m																					
I N F U N D I D O T I P O m																					
T O T A L																					

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE APLICACIÓN DE MEDIOS FÍSICOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades aplicación de medios físicos a los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Brindar una adecuada información al familiar antes de procedimiento.
- Capacitar al personal en la utilización adecuada de los medios físicos disponibles.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre el personal de enfermería, médicos y otros profesionales para optimizar el diseño y la aplicación de los medios físicos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía está dirigida al Departamento de Pediatría y Departamento de Enfermería (servicio de hospitalización de pediatría) del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento Médico: Aplicación de Medios Físicos

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99199.02

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 20 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Aplicación de medios físicos:** Se refiere al uso de diferentes técnicas o métodos físicos con el propósito de tratar una condición médica o promover la salud y el bienestar, aquellos suelen implicar la aplicación directa de energía física, como calor, frío, luz, electricidad, presión, o agua, sobre el cuerpo con el fin de obtener un efecto terapéutico.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Medios físicos:** Permite al cuerpo perder calor mediante agentes físicos de manera local
- **Hipertermia:** Aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal
- **Materiales:** Es todo artículo que se utilizan en curaciones o procedimientos de salud.²

5.3 REQUERIMIENTOS BASICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciado en enfermería.
- 01 Técnico en enfermería.
- 01 Médico Pediatra.



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Escritorio	unid	1
Sillas	unid	2
Computadora	unid	1
Impresora	unid	1
Hoja	unid	1
Cuna con espaldar	unid	1
Cama gatsh	unid	1
Material de escritorio:		
Lapicero rojo	unid	1
Lapicero azul	unid	1
Lápiz	unid	1
Borrador	unid	1
Tajador	unid	1
Regla	unid	1
Corrector	unid	1
Resaltador	unid	1
Goma en barra	unid	1



- Material Médico no Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tina de baño	unid	1
Termómetro	unid	1
Cubeta de metal	unid	1
Ropa de cama	unid	1
Termo de 2 litros	unid	1
Jarra hervidora eléctrica	unid	1

Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Mandil descartable	unid	1
Guantes quirúrgicos(par)	unid	1
Apósitos de gasa	Unid	5
Mascarilla N95	Unid	1

5.3.3 FORMATOS

- Hoja de monitoreo de funciones vitales
- Notas de enfermería
- Kardex de enfermería

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

1. La enfermera realiza la valoración al ingreso y durante la estancia hospitalaria
 - Se educa a la madre o tutor sobre la importancia de tener las barandas elevadas
 - Se educa a la madre o tutor a la importancia de la permanencia con el paciente

2. La enfermera controlara la temperatura y confirmar si el paciente presenta fiebre (5 minutos)
3. La enfermera informara a la madre o familiar sobre el procedimiento a realizar (5 minutos)
4. La enfermera y/o técnica en enfermería prepara los insumos para realizar procedimiento (10 minutos)
5. La enfermera y/o técnica en enfermería realiza el baño al paciente en la tina en el cual debe de mojarlo de la cabeza a los pies (20 minutos)
6. La enfermera y/o técnica enfermería coloca las compresas de agua tibia por diferentes zonas del cuerpo (frente, nuca, abdomen, miembros superiores e inferiores. (20 minutos)
7. La enfermera y/o técnica enfermería brinda comodidad y confort. (10 minutos)
8. La enfermera y/o técnica controlar la temperatura, después de 15 minutos de finalizado los medios físicos (5 minutos)

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

En paciente pediátricos que cursen diferentes patologías donde se presenten hipertermia.

Temperatura corporal elevada a niveles peligrosos

Si la temperatura alcanza o pasa los 40 °C (104 °F).

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS: Alza térmicas, por indicación medica

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Casos de infecciones agudas o activas, el uso de ciertos medios físicos puede empeorar la condición o propagar la infección.
- Pacientes con trastornos circulatorios graves, como trombosis venosa profunda, tromboflebitis o insuficiencia venosa crónica.
- En presencia de heridas abiertas o úlceras.
- Algunos medios físicos, como la terapia de ondas electromagnéticas, pueden interferir con dispositivos médicos implantados, como marcapasos o bombas de insulina.
- Pacientes con condiciones de la piel como dermatitis severa, quemaduras recientes o piel sensible pueden experimentar reacciones adversas o exacerbación de la condición con ciertos medios físicos.

6.4 COMPLICACIONES

- Quemaduras
- Dolor o molestias
- Lesiones tisulares
- Reacciones alérgicas o dermatitis



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Aguirre Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médico /Enfermera que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- La guía técnica debe ser de conocimiento general de todo el personal de enfermería que labora en el servicio de Pediatría
- El Servicio de pediatría debe de estar dotado de los elementos mencionados en el inciso 5.3
- Antes de aplicar cualquier medio físico, es importante realizar una evaluación completa del paciente para determinar el diagnóstico, las condiciones médicas subyacentes, las contraindicaciones y las necesidades individuales del paciente.
- Elegir el agente físico más adecuado para el tratamiento de la condición específica del paciente. Por ejemplo, el calor puede ser útil para relajar los músculos y aliviar el dolor, mientras que el frío puede reducir la inflamación y el edema. (2)



VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N° 1:** HOJA DE MONITOREO Y FUNCIONES VITALES
- **ANEXO N°2 :**NOTAS DE ENFERMERÍA
- **ANEXO N° 3 :**KARDEX DE ENFERMERÍA



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de procedimientos de Enfermería . Edición 2023.
2. Ministerio de Salud. Hospital de Emergencia Pediátricas .2023
3. Deborah M. Consolini MD, Thomas Jefferson University Hospital. Edición 2022
4. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2016
5. Almazan Ávila M. Proceso fisiológico y molecular del síndrome febril, Revista de medicina e investigación. México. Elseiver; 2014.
6. Ruiz Contreras J, Albañil Ballesteros MR. Abordaje del niño con fiebre sin foco. En AEPAP ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;





Unidad de Asistencia al Departamento de Enfermería

ANEXO N°2 NOTAS DE ENFERMERÍA



HOJA DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA		APELLIDOS:		NOMBRES:		HIST. CL. N°		SEXO:		DIAS DE VIDA		EDAD:		DIAS DE HOSP.	
CUIDADOS A NIVEL:								F				AÑOS		MESES	
INTERMEDIO								M							
CUNA															
INCUBADORA															
HORA DE CONTROL															
ENF. RESPONSABLE															
C.E.P.															
MADRE O TUTOR PARTICIPANTE		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
REACTIVIDAD		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
ESTADO CONCIENCIA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T° CORPORAL		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
T° INCUBADORA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
FR		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
APNEA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
SOPLO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
COLOR		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
ICTERICIA		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
P.A.		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
SAT O2		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
VOLUMEN (ML)		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
TIPO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
ADMINISTRACIÓN		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
A INFUNDIR TIPO ml		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
INFUNDIDO TIPO ml		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	
TOTAL		SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI	



Gura Técnica: 8 dias

[illegible]

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR CIRCUITO CERRADO O
CONTINUA Y MANTENIMIENTO DE LÍNEA DE CIRCUITO CERRADO EN
PACIENTE INTUBADO DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de procedimiento asistencial de aspiración de secreciones por circuito cerrado o continua y mantenimiento de línea de circuito cerrado en paciente intubado del hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Facilitar y asegurar en el paciente la eliminación de secreciones bronquiales.
- Disminuir el trabajo respiratorio por la disminución de las resistencias bronquiales.
- Garantizar la permeabilidad de vías aéreas.
- Permitir una adecuada difusión de los gases.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía está dirigida al Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital José Agurto Tello.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

4.1 Nombre del procedimiento Médico:

4.2. Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:

4.3 Tiempo aproximado del procedimiento: 10 minutos aproximadamente.

Nombre del procedimiento Médico	CÓDIGO CPMS
Aspiración de secreciones por circuito cerrado o continua.	31720.02
Mantenimiento del circuito cerrado	96545.01

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal (TET):** Es la extracción de secreciones de la vía aérea mediante la introducción de un catéter de aspiración a través del tubo endotraqueal.¹
- **Aspiración de secreciones con sistema cerrado:** procedimiento que se efectúa con frecuencia en los servicios de UCI para retirar secreciones evitando la desconexión del

ventilador mecánico, lo que facilitara la oxigenación continua durante la aspiración evitando así la pérdida de presión positiva.¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS:

- **Aspirador de secreciones:** Dispositivo que, mediante succión por presión negativa a través de una sonda, aspira y limpia las secreciones, sangre u otros materiales de las vías respiratorias.²
- **Sonda de Aspiración:** Se usa para permeabilizar las vías respiratorias del paciente, existen de distinta longitud y grosor, estas sondas tienen la punta roma, con tres orificios para evitar su obstrucción, además llevan un orificio para el control de la aspiración.²
- **Circuito cerrado de aspiración:** El sistema de circuito cerrado está formado de un dispositivo en "Y" que reemplaza al adaptador del tubo endotraqueal y permite la aspiración de secreciones del paciente sin la necesidad de desconectar el tubo endotraqueal (TET) del respirador.²

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO:

- 1 Licenciado de enfermería especialista en cuidados intensivos.
- 1 Técnico de enfermería capacitado en cuidados intensivos.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- Equipos biomédicos, instrumental y mobiliario para el transporte simple.

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Aspirador de secreciones.	Unid	1
Bolsa de succión adaptable al equipo aspirador.	Unid	1
Monitor multiparámetros	Unid	1
Estetoscopio	Unid	1
Mesa de procedimientos	Unid	1
Fuente de energía eléctrica	Unid	1

- Material médico no fungible: No aplica

- Material médico fungible:

DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD
EPP (gorra descartable, mandilón descartable, mascarilla N95)	Unidad	01
Gautes quirúrgicos estériles N° 6.5 / 7 y 7.5	Unidad	01
Filtro HME	Unidad	01
Sonda de aspiración a circuito cerrado N° 14 / N° 16	Unidad	01
Gasas estériles 10X10	Paquete (x 5unid)	01

Suero fisiológico estéril (CINa 0.9%)1L	Frasco	01
Bolsa de aspiración para frasco 1.5lts	Unidad	01
Tubuladura de látex para aspiración 7mm.	Unidad	01
Jeringa de 20cc estéril	Unidad	01
Tubo de mayo	Unidad	01

- **Medicamentos:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Cloruro de sodio 0.9% frasco1000 ml	ml	20

5.3.3 FORMATOS:

- **Formato de monitoreo de enfermería:** Registra características y cantidad.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

1era Actividad:

**PREPARACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA (3 minutos aprox)
PERSONAL DE ENFERMERIA**

1. Realizar Higiene de manos (lavado con agua y clorhexidina 2% jabonosa) según norma institucional.
2. Colocarse equipo de protección personal (bata, guantes y lentes).

**PREPARACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES (2 minutos aprox)
PERSONAL DE ENFERMERIA**

1. Verificar el funcionamiento del equipo de aspiración, que esté listo para su uso.
2. Preparación de materiales a utilizar (jeringa con solución salina fisiológica, gasas).

2da Actividad:

- **REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO (3 minutos aprox.)
LIC DE ENFERMERIA**

1. En este caso, la sonda de aspiración de circuito cerrado se instala durante la intubación al paciente y queda contenida entre el tubo endotraqueal y el tubo en T del ventilador sin interrumpir la oxigenación o ventilación.



2. Monitorizar al paciente, controlando los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento, para detectar problemas respiratorios, disrritmias e hipotensión.
3. Oxigenar al paciente al 100% (1 minuto) mediante el mecanismo manual que tiene el ventilador mecánico.
4. Colocar una jeringa con 20 ml de suero fisiológico 0.9% en la entrada para la solución (para lavar la sonda al finalizar la aspiración).
5. Conectar el circuito de aspiración cerrado con el sistema de aspiración.
6. Girar la válvula de control hasta la posición de abierto.
7. Encender la succión e introducir la sonda de aspiración empujando la sonda y deslizando la funda de plástico que cubre la sonda hacia atrás con el pulgar y el índice, a través del TET hasta encontrar una resistencia.
8. Luego retirar la sonda con suavidad mientras se aplica la aspiración presionando la válvula de aspiración.
9. Asegurarse del retiro completo de la sonda en el interior de la funda de plástico de tal manera que no se obstruya el flujo aéreo.
10. Valorar al paciente y determinar la necesidad de una nueva aspiración.
11. Si hubiese necesidad de una nueva aspiración, esperar por lo menos un minuto entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
12. Inyectar la jeringa con NaCl 0,9% en la sonda mientras se aspira para limpiar la luz interna.
13. Girar la válvula de control hasta la posición de cerrado
14. Valorar las características de las secreciones (color, cantidad, consistencia).
15. Observar signos vitales en el monitor y dejar al paciente en posición cómoda.
16. Transcurrido un minuto tras la aspiración, ajustar la FiO2 al valor inicial preestablecido, si en caso hubiese sido necesario aumentarlo.

3era actividad:

- FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO (2 minutos aprox) PERSONAL DE ENFERMERIA

1. Retirar guantes, realizar higiene de manos (lavado con agua y clorhexidina 2% jabón).
2. Asegurarse de que el equipo esté disponible para la siguiente aspiración.
3. Registrar en las notas de enfermería: características de las secreciones (color, cantidad y viscosidad), así como cualquier reacción adversa que tuviera lugar durante el procedimiento.

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Paciente sometido a ventilación mecánica.
- Secreciones visibles en el TET

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS

- Aumento de presiones pico.
- Caída del volumen minuto.
- Valores de PEEP alto
- Caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO2.

6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Cirugía traqueal (depende la indicación del médico).
- Cirugía gástrica con anastomosis alta (depende la indicación del cirujano).
- Lesiones traumáticas de la mucosa traqueal.
- Hipoxemia.
- Atelectasias.
- Reacciones vágales.
- Pacientes con fractura en la base del cráneo.
- Epistaxis.
- Laringoespasma.

6.4 COMPLICACIONES:

- Caída de la saturación de oxígeno
- Inestabilidad hemodinámica
- Micro aspiración subglótica
- Infección cruzada

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DEL PROCEDIMIENTO:

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

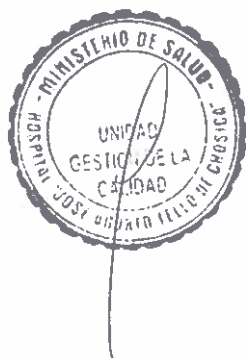
VII. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda no realizar aspiraciones del tubo endotraqueal (TET) como un procedimiento de rutina, sólo utilizarla en presencia de secreciones, ya que la aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Mantener una técnica estéril en todas las técnicas de aspiración de secreciones para reducir el riesgo de infecciones como las neumonías intrahospitalarias.
- La técnica de aspiración se debe realizar suavemente (gentil), ya que la aspiración en forma vigorosa (brusca) puede interrumpir la barrera protectora de moco y producir abrasiones locales, aumentando la susceptibilidad a la infección.
- El aspirador de secreciones debe contar con un filtro para disminuir la aerosolidación de microorganismos o partículas de materias de la bomba de vacío.
- Cambiar los frascos del sistema de aspiración empotrados cada 24 horas o según necesidad, evitando que supere los $\frac{3}{4}$ del volumen total.
- Se sugiere utilizar catéteres de aspiración que ocluyan menos del 50% del lumen del tubo endotraqueal.
- Siempre la sonda de aspiración debe tener un diámetro inferior al del TET ya que, si se ocluye totalmente la luz, se puede dejar sin volumen residual funcional al pulmón al aplicar la aspiración.
- No sobrepasar la punta del TET con la sonda de aspiración. Es de suma importancia medir y conocer la distancia a la cual se va a introducir el catéter de aspiración. No hacer esto es mala práctica y causa daños e injurias a corto y largo plazo.

- En ningún caso la presión negativa de aspiración debe superar los valores recomendados, no debe sobrepasar de 90 mmHg.
- No pre oxigenar antes de la aspiración si la saturación de O₂ es adecuada, se causa hiperoxemia.
- La aspiración de secreciones es una intervención esencial en el mantenimiento de las vías respiratorias y debe ser realizado por enfermeras con experiencia, habilidad y conocimiento de los riesgos.
- La aspiración de secreciones de las vías aéreas superiores debe ser realizada de preferencia antes de alimentar al paciente o alejada de la alimentación debido a al riesgo de vómitos y la consecuente aspiración.
- La sonda de aspiración de circuito cerrado se usa por un período de hasta 24 horas pudiendo ser cambiado antes si fuese necesario.
- Considerar higiene bucal al finalizar la aspiración de secreciones

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N° 01: FORMATO DE MONITOREO Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**



396

IX.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ENDOTRAQUEALES EN RECIÉN NACIDOS [Internet]. Gob.pe. [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/procedimiento/2_GU%C3%8DA%20DE%20PROCEDIMIENTO%20DE%20ASPIRACI%C3%93N%20DE%20SECRECIONES%20ENDOTRAQUEALES%20EN%20RECI%C3%89N%20NACIDOS.pdf
2. Romero Rivas, Tapia Calcinas, Vicente Chávez. Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre la Aspiración de secreciones en pacientes adultos Intubados en la uci de un hospital Nacional de lima junio 2017. Pdf. (internet) Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1488/Conocimientos_RomeroRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de procedimiento asistencial de procedimiento terapéutico monitoreo de presión arterial invasiva del hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Capacitar al personal de salud en las técnicas adecuadas de manejo y mantenimiento del sistema de monitoreo de presión arterial invasiva.
- Facilitar la actualización regular de los procedimientos de monitoreo de presión arterial invasiva para reflejar las mejores prácticas y las nuevas evidencias científicas
- Permite visualizar de forma constante los valores de presión arterial del paciente en forma constante.
- Evaluar con precisión el cumplimiento de los resultados esperados del plan dentro de un plazo definido

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Esta guía de procedimiento está dirigida a toda la población de pacientes del Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento: Monitoreo de Presión Arterial Invasiva

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA :99301,01

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento. El monitoreo hemodinámico es constante y continuo las 24 horas.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Monitorización invasiva de la presión arterial (intra-arterial) (IBP):** Es utilizada en la unidad de cuidados intensivos (UCI), consiste en la inserción de un catéter en una arteria adecuada y luego la visión de la onda de la presión medida en un monitor. ¹

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Línea Arterial:** Es la inserción de una cánula que se coloca a una arteria periférica para poder medir la presión arterial invasiva en forma continua. La cánula esta conectada a un equipo con transductor que transforma la energía mecánica en energía cinética graficados en trazos constantes y numéricos en un monitor.
- **Hipoperfusión:** Es la distribución anormal del flujo sanguíneo a nivel de microcirculación, atribuida a una hipotensión arterial.

- **Presión arterial.** Es la fuerza con la el corazón bombea la sangre hacia las paredes de las arterias en cada latido. Depende del rendimiento cardiaco, resistencia de las arterias y de la viscosidad de la sangre
- **Monitoreo:** Es la observación de la evolución de uno o mas parámetros para detectar el avance o eventuales anomalías, las mismas que pueden ser mejoradas o corregidas en su debido tiempo.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Médico Especialista en Cuidados Intensivos
- 01 Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos
- 01 Técnico en enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Monitor multiparámetros	unid	01
Cable conector de línea arterial	unid	01
Equipo de curación de 5 piezas	unid	01
Dispositivo de lavado de manos con arrastre.	unid	01
Bolsa perfusora de línea arterial	unid	01
Manguito de presión de fluidos con manómetro	unid	01
Mesa de curación	unid	01

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
KIT DE EPP ESTERIL(gorro, mandilón, mascarilla)	unid	01
Guantes Quirúrgicos Estériles N° 6.5 / 7 y 7.5	unid	01
Set de Cateterización Arterial	unid	01
Sonda de aspiración a circuito cerrado N°14 / N° 16	unid	01
Gasas estériles 10X10	unid	01
Suero fisiológico estéril (CINa 0.9%)	unid	01
Bolsa de aspiración para frasco 1.5lts	unid	01
Tubuladura de látex para aspiración 7mm.	unid	01



5.3.3 FORMATOS

- Formato de consentimiento informado de procedimientos invasivos. (VER ANEXOS)
- En casos en los que el paciente se encuentre en una situación de emergencia o crítica se aplicará conforme a la Ley.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN DE LÍNEA ARTERIAL INVASIVA.

ANTES DE PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
Verificar la identificación del Paciente a través de los medios establecidos	Licenciada Enf.	2 minutos
Verificar el cumplimiento de la indicación médica	Licenciada Enf.	2 minutos
Obtener el consentimiento informado respectivo	Licenciada Enf.	2 minutos
Verificar y preparar los materiales e insumos	Técnico en Enfermería	2 minutos
Realizar el lavado de manos.	Licenciada Enf. Medico Intensivista	2 minutos
Colocar el EPP: mascarilla, gorro, mandil, guantes	Medico intensivista	1 minuto
DURANTE EL PROCEDIMIENTO 2 minutos		
Evaluar con el test de Allen la competencia del flujo cubital no tiene recomendación general debido a su baja sensibilidad y especificidad, en especial en pacientes > 65 años.	Medico Intensivista	1 minuto
Colocar la mano en flexión dorsal con un ángulo de 30° - 60°, con la ayuda de un rodete debajo del dorso de la muñeca, evitando la abducción exagerada del pulgar y manteniendo la mano fija en posición de abducción e hiperextensión.	Medico Intensivista	2 minutos
Evaluar los reparos anatómicos ya descritos (apófisis radial y tendón del flexor común de los dedos).	Medico Intensivista	2 minutos
Preparar (asepsia y antisepsia) en un área sobre la arteria radial de 5-8 cm diámetro (sobre la muñeca) y cubrir alrededor con campos estériles		2 a 5 minutos



Anestesiar el área sobre la arteria con Lidocaína 2% sin epinefrina, empleando la aguja N° 25. Esto genera mayor confort al paciente y ayuda a reducir el espasmo arterial.	Medico Intensivista	1 minuto
Palpar la arteria con la mano no dominante, introducir el catéter a través de la piel ingresando en un ángulo de 30° a 45°.	Medico Intensivista	2 a 5 minutos
Observar un flujo pulsátil de sangre cuando se canaliza la arteria.	Medico Intensivista	2 minutos
Avanzar la guía a través de la aguja y proceder al retiro progresivo de esta última mientras se desliza el catéter arterial a través de la guía.	Medico Intensivista	1 minuto
Si existe un alto grado de resistencia al deslizar el catéter. De ser el caso, retroceder la guía y comprobar nuevamente el flujo pulsátil. De no obtenerlo, realizar una nueva canalización.	Medico Intensivista	1 minuto
Introducir el catéter en su totalidad y, luego de corroborar un adecuado flujo, conectar inmediatamente al sistema transductor de presiones mediante la línea rígida	Medico Intensivista	2 minutos
Corroborar una adecuada amplitud de la onda de pulso y su concordancia con el ritmo en el trazado EKG del monitor.	Medico Intensivista	2 minutos
Realizar la fijación a la piel con hilo de sutura para asegurar que el catéter arterial no se salga	Medico Intensivista	3 minutos
DESPUES DEL PROCEDIMIENTO		
Registra procedimiento, resultados y/o complicaciones en la Historia Clínica.	Medico Intensivista Enfermera especialista	3 a 5 minutos
Verificar la cateterización.	Enfermera especialista	2 a 3 minutos

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

- Pacientes hemo dinámicamente inestables y/o en estado de shock.
- Dificultad o imposibilidad de medición de presión arterial no invasiva o convencional en pacientes con obesidad mórbida, quemaduras en extremidades estado de shock.

6.2.2. INDICACIONES RELATIVAS:

- Monitorización hemodinámica ²
- Necesidad de medición continua de la presión arterial debido a inestabilidad hemodinámica (paciente hipertenso o hipotenso agudo).
- Monitorización continua de presión arterial para monitoreo en la administración de drogas vasoactivas. ²
- Necesidad de medición continua de presión arterial como medida de seguridad en ciertas técnicas de anestesia (hipotensión permisiva), bypass cardiopulmonar, cirugía vascular mayor, que implique clampaje arterial.
- Múltiples muestras de sangre ²
- Necesidad de toma frecuente para medición de gases arteriales (pacientes con insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica).
- Administración arterial de drogas.
- Colocación de balón de contrapulsación aórtica.
- Aquellas situaciones clínicas en el que la realización de procedimientos está condicionada a la valoración del paciente de manera individual y a los factores y riesgos que implican su ejecución.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Traumatismos en la zona de inserción
- Infección en la zona de inserción
- Falla en demostrar la circulación de vasos pequeños en la zona de inserción.

6.4 COMPLICACIONES

- Embolización
- Neuropatía periférica
- Hinchazón
- Hematoma
- Pseudoaneurisma
- Fístula arteriovenosa
- Infección.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda en un futuro no muy lejano contar con la infraestructura adecuada que cumple con la norma técnica que permita realizar todo tipo de procedimientos invasivos en óptimas condiciones, minimizar riesgos y visualizar mejor el monitoreo hemodinámico continuo por parte del equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Cumplir con todas las medidas de bioseguridad.
- En caso de presentar signos de flogosis, secreciones purulentas en punto de inserción, retirar línea arterial.



VIII. ANEXOS.

ANEXO 01: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

YO, Don / Doña.....
Sexo..... con grado de instrucción.....y de ocupación,
identificado con DNI.....en mi calidad de paciente y en pleno uso de mis
facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley N° 26842- Ley
general de salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma
respetuosa y con claridad, por el /la

Dr.....médico intensivista, o del servicio
de.....sobre mi estado de salud, los riesgos reales y potenciales
que se pueden presentar como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco, de
los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento que
requiero.

He comprendido que las molestias por las que he consultado están provocadas por la
enfermedad que padezco, cuyo diagnóstico es:.....

Para lo cual requiero de un procedimiento médico denominado:.....
Según el informe proporcionado por mi médico tratante. Asimismo, me han informado de las
molestias o consecuencias previsibles de dicho procedimiento médico, que
son:.....

Así como, de sus ventajas y beneficios que son:

Soy consciente de los riesgos personalizados, del procedimiento médico que va a realizarme
el Dr.....especialista en.....

....., del servicio de.....Donde vengo siendo atendido, quien
mostrando respeto, paciencia y dedicación para mi caso y mi persona me ha informado
ampliamente acerca de mi enfermedad.

El facultativo, me ha asegurado que se tomarán todas las medidas y precauciones para reducir
en lo posible el riesgo y las probables complicaciones de la enfermedad, y del procedimiento
médico a realizar.

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime de
responsabilidad a médicos(s) tratante(s), y que en cualquier momento antes del procedimiento
médico y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo comunicar mi necesidad de revocar
el consentimiento que ahora puedo prestar.

Asimismo, doy fe de la disposición que han mostrado el (los) médicos (s) para responder a
todas mis preguntas de manera clara y precisa, absolviendo al íntegro todas las dudas que he
planteado.

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y
explicaciones de mis médicos (s) tratante (s), sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni
manipulación por parte de él o ellos, ni por ningún otro personal de salud, y luego de haber





leído detenidamente la información escrita que se me ha proporcionado con tiempo (de haber sido necesario);

Manifiesto lo siguiente: (deberá ser llenado por el / la paciente):

Que me considero **SATISFECHO** con la información recibida y que **COMPRENDO** la indicación, los beneficios, además de los riesgos y posibles complicaciones que podrían desprenderse de dicho acto médico. Y en tales condiciones **SÍ OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el **PROCEDIMIENTO MÉDICO** propuesto consistente en:

Al otorgar mi consentimiento, declaro además estar de acuerdo en recibir la anestesia local y que se efectúen los estudios necesarios para lograr el diagnóstico definido de la enfermedad que actualmente presento. Y por ende, acepto el riesgo propio del procedimiento médico y la anestesia local, así como las alteraciones previsibles de mi integridad física provocadas por las acciones efectuadas para tratar mi enfermedad. Cualquiera haya sido mi decisión, firmo el presente documento en pleno uso de mis facultades mentales, el mismo que debe incluirse en mi historia clínica obligatoriamente.

Nombre del paciente:

DNI:

FIRMA



HUELLA DIGITAL

Testigo: Nombre Y Apellidos:

DNI:

FIRMA



HUELLA DIGITAL

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO:

DNI:

C.M.P.:

Fecha: ____/____/____ **Hora:**



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. Ministerio de Salud. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Colocación percutánea línea arterial. RD 278-GPA Disponible en: cdn.www.gob.pe.
- II. GUÍA de Procedimientos de Colocación de Línea Arterial -GPC-001/INSN-SB/UAIE-CENTRO QUIRURGICO Y ANESTESIOLOGIA-V-01. Disponible en : www.insnsb.gob.pe.
- III. Arriagada, D., Donoso, A., Cruces, P., & Díaz, F. (2018). Choque séptico. Actualización en la monitorización hemodinámica. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 70(4), 273-282.
- IV. Agredo, V., Collazos, C. A., & Paderewski, P. (2016). Definición de mecanismos para monitorear, evaluar y mejorar el proceso de aprendizaje colaborativo. Revista Colombiana De Computación, 17(1), 73-97.



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE NUTRICIÓN PARENTERAL POR DÍA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de evaluación nutrición parenteral a los pacientes del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

II. OBJETIVOS

- Garantizar la administración correcta y segura de Nutrición Parenteral proporcionando los requerimientos de proteína y calorías por vía intravenosa a los pacientes a través de una herramienta protocolizada.
- Establecer pautas para la selección de la formulación adecuada de nutrición parenteral basada en las necesidades individuales del paciente.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía de procedimiento está dirigida a toda la población de pacientes del Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos y otras áreas correspondientes el hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico: Nutrición parenteral por día

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 99562

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 12 horas (por turno)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Nutrición parenteral:** Es el aporte de nutrientes por una vía venosa, a través de un sistema de infusión que puede ser continua o ciclada. Esta provisión de nutrientes (aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, oligoelementos y electrolitos) cubren los requerimientos metabólicos y de crecimiento necesarios, siempre que estas no logren ser administradas completamente por vía enteral; desempeñando un papel esencial e importante en la estabilidad y recuperación nutricional del paciente.¹
- **Nutrición parenteral total (NPT) o central:** su osmolaridad es $>800\text{mOsm/L}$ por lo que requiere un acceso venoso central.¹
- **Nutrición parenteral periférica (NPP):** su osmolaridad es $<800\text{mOsm/L}$. En la mayoría de los casos no es completa por lo que también se denomina nutrición parenteral parcial o complementaria ya que completa la nutrición enteral/oral.¹



5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Vía Periférica:** Los nutrientes pueden ser administrados al torrente circulatorio por medio de una vía periférica, generalmente colocada en miembros superiores. Este tipo de acceso sólo está indicado durante cortos periodos de tiempo.³
- **Vía Central:** Engloba al conjunto de técnicas de administración de nutrientes que han de ser infundidos en una vía venosa central, debido principalmente a la elevada osmolaridad de la solución que sobrepasa los 900 mOsm/L.³
- **Hickman:** Es una vía de elección al ser un catéter con parte externa, no requiere pinchazos (como el PICC) y además viene con un anillo o manguito de Dacron que permite una excelente fijación (los tejidos subcutáneos adhieren a él) especialmente indicado para la nutrición parenteral de larga duración.³

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Médico especialista
- 1 Licenciada en enfermería (operante)
- 1 Técnica de enfermería capacitada.
- 1 personal de limpieza

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO:

DESCRIPCIÓN	U. M	CANTIDAD
Bombas de infusión.	unid	1
Refrigerador con termómetro de control	unid	1
Coche de curación	unid	1

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE.

DESCRIPCIÓN	U. M	CANTIDAD
Tijera recta estéril.	unid	1
Mesa mayo	unid	1
Riñonera estéril	unid	1



- MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE.

DESCRIPCIÓN	U. M.	CANTIDAD
Gorros descartables	unid	1
Mascarillas N95	unid	1
Mandilón estéril.	unid	1
Guantes estériles	unid	2
Soluciones de nutrición parenteral y su respectiva bolsa radiopaca	unid	1
Líneas de Infusión de PVC opaco para los aminoácidos y lípidos (para evitar la exposición a la luz y la peroxidación respectivamente).	unid	1
Esponja de limpieza con gluconato de clorhexidina	unid	1
Campos estéril de 1mt x 1mt	unid	1
Gasas estériles de 10 x 10cm	paquetes	3
Jeringas de 20cc	unid	1
Espadrapo	unid	1

MEDICAMENTOS:

DESCRIPCIÓN	U. M.	CANTIDAD
Cloruro de Sodio al 0.9% de 100 cc	unid	1

5.3.3 FORMATOS:

- Kardex de enfermería.
- En casos en los que el paciente se encuentre en una situación de emergencia o crítica se aplicará conforme a la Ley.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DE ADMINISTRAR LA NUTRICION PARENTERAL		
PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
Indicación médica virtual	Médico	5 min
Verificación de la indicación médica	Enfermera	5 min
Recojo de farmacia la nutrición parenteral	Técnico de enfermería	5 min
Recepción por la enfermera de la nutrición parenteral, verificando la temperatura de llegada (entre 2 y 8 °C), nombre y apellido, número de HC del paciente, estabilidad (fecha de elaboración y fecha de vencimiento), integridad de la bolsa (nunca administrar una bolsa de NP visiblemente deteriorada), concentración, osmolaridad, volumen de la solución y la velocidad de la infusión.	Lic. De enfermería	5 min
Guardar en la refrigeradora, según sea el caso; vigilar la temperatura (entre 2 y 8 °C)	Técnico de enfermería	2 min
Retirar de la refrigeradora las soluciones parenterales de 30 a 60 minutos antes de iniciar la infusión para lograr la temperatura ambiente.	Lic. De enfermería	50 min
Prepara los materiales (filtro 1.2 µm y .022 µm, línea de infusión radiopaca, conector bifurcado, gasas, toalla de clorhexidina al 2%, campos estériles, guantes estériles, mandilón estéril, tijera estéril, riñonera estéril, jeringas de 5cc, c/Na 09%, gorro, mascarilla y adhesivo) y en la NPT verificar los datos en la etiqueta del paciente al que corresponde.	Lic. De enfermería y Técnico de enfermería	10 min
Limpie la mesa de mayo con detergente desinfectante sin alcohol (amonioquatario).	Técnico de enfermería	3 min

DURANTE DE ADMINISTRAR LA NUTRICIÓN PARENTERAL		
PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
Sea el caso, se informará al paciente sobre el procedimiento a realizar.	Lic. De enfermería	5min
Colóquese el gorro y la mascarilla.	Lic. De enfermería y Técnico de enfermería	2min
Higiene de manos, según técnica, con solución jabonosa y agua.	Lic. De enfermería y Técnico de enfermería	2min
Colóquese, el mandilón estéril según técnica aséptica.	Lic. De enfermería y Técnico de enfermería	2min
Cálcese los guantes estériles según técnica cerrada.	Lic. De enfermería y Técnico de enfermería	2 min
Prepare la mesa con campo estéril.	Técnico de enfermería	1 min
Reciba del personal Asistente, las bolsas de nutrición parenteral e insumos según técnica aséptica.	Lic. De enfermería	2 min
Corrobore datos del paciente, estabilidad (fecha de elaboración y fecha de vencimiento de la bolsa), integridad de la bolsa y contenido (emulsión y precipitados), concentración, osmolaridad, volumen de la solución y la velocidad de la infusión.	Lic. De enfermería	3 min
Instale el circuito cerrado de infusión (línea de infusión, conector bifurcado, filtro).	Lic. De enfermería	2 min
Conecte el circuito cerrado a las soluciones parenterales y purgue lentamente.	Lic. De enfermería	3 min
Cargue las jeringas de 5 cc con cINa 0.9% y con tijera estéril corte campos pequeños para cubrir las uniones de los lúmenes con las líneas.	Lic. De enfermería	2min
Proteja la solución completamente con la bolsa opaca y cuelgue en un soporte.	Lic. De enfermería	2 min
hallar el puerto de conexión a retirar (unionen del lumen con la línea), clampe el lumen y desinfeste con toalla de clorhexidina al 2% o gasa con alcohol al 70% el extremo distal del catéter venoso central (lumen distal) o catéter periférico,	Lic. De enfermería	2 min



deje caer el lumen en el campo estéril.		
cámbiese de guantes y desconecte.	Lic. De enfermería	1 min
Comprobamos la permeabilidad del acceso vascular con cNa 0.9% el lumen por donde infundirá la NP.	Lic. De enfermería	1 min
Conecte la NP y proteja con campos estériles las uniones del circuito cerrado, finalmente fije con esparadrapo.	Lic. De enfermería	2 min
Limpie la bomba de infusión con detergente desinfectante sin alcohol(amonio cuaternario)	Técnico de enfermería	2 min
Conecte la línea a la bomba de infusión y programe el volumen y velocidad según indicación médica, con la bomba de infusión reiniciada.	Lic. De enfermería	2 min
Elimine los residuos utilizados de acuerdo a normas de bioseguridad.	Lic. De enfermería	1 min
Realice higiene de manos.	Lic. De enfermería y Técnico de enfermería	2 min

DESPUES DE ADMINISTRAR LA NUTRICIÓN PARENTERAL

PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	TIEMPO
Verifique nuevamente los volúmenes y velocidades a infundir según la indicación médica.	Lic. De enfermería	3 min
Registre en la hoja de monitoreo y notas de enfermería (Fecha y hora de comienzo e Indicar velocidad de perfusión.)	Lic. De enfermería	5 min
Controle glicemia capilar a partir de la primera hora post inicio de NP y/o indicación médica y registre en las notas de enfermería.	Lic. De enfermería	8 min
Monitoree la hemodinámica y valora posibles complicaciones. Comuniqué al médico	Lic. De enfermería	c/hora durante el turno

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Preoperatorio de cirugía mayor en desnutrición moderada a grave
- Postoperatorio de cirugía media con desnutrición grave previa a la intervención
- Complicaciones en el postoperatorio
- Reposo del tubo digestivo
- Obstrucción del tubo digestivo
- Hipoalbuminemia o desnutrición Kwashiorkor severa ($\text{Alb.} < 2,5 \text{ mg\%}$) hasta tolerancia digestiva de ingesta mínima
- Síndrome de mala absorción de fase aguda de diferentes etiologías, con apoyo o no de la NE.
- Insuficiencia hepática, fórmula especial IH-1, IH-2, en presencia de encefalopatía.
- Fracaso renal agudo, fórmula de restricción proteica e hidrosalina, dependiendo si está sometido o no a diálisis.
- Miscelánea (politraumatismo grave, síndrome nefrótico, quemados, coadyuvante de quimioterapia radioterapia, sepsis, otras).

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Anorexia nervosa.
- Sepsis
- Enfermedad de injerto frente al huésped
- Enteropatía autoinmune
- Caquexia cardíaca
- Coma inducido por drogas

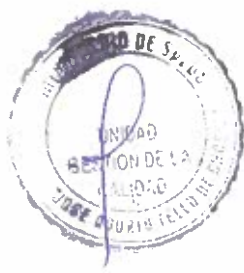
6.3 CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes normo nutridos y especial cuidado en pacientes con restricción hídrica.
- Hiperglucemia
- Hipernatremia,
- Hipokalemia
- Hipercloremia,
- Acidosis Metabólica
- Hipofosfatemia,
- Hiperbilirrubinemia
- Alcalosis Metabólica

6.4 COMPLICACIONES:

Mecánicas: Vinculadas al catéter central.

- Inserción anómala
- Desplazamiento,
- Retirada accidental,
- Rotura o perforación,
- Obstrucción.
- Neumotórax.



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según la norma técnica N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del nivel II-2 del Hospital de mediana complejidad José Aguirre Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestros nosocomios.

VII. RECOMENDACIONES:

- No almacenar la nutrición parenteral a temperatura ambiente.
- No congelar nutrición parenteral.
- Se recomienda no añadir otras medicaciones a la bolsa de nutrición parenteral bajo el riesgo de precipitaciones,
- No administrar la nutrición parenteral si se observa alguna alteración que indique precipitación (capa marrón en las mezclas que indica que los lípidos se han separado de la solución).
- No administrar la nutrición parenteral por la misma vía ni mediciones de PVC, ni extracciones de sangre ni transfundir hemoderivados.
- No abusar de conexiones en el sistema.
- Comprobar siempre las compatibilidades de la nutrición parenteral entre todas las sustancias, y tener en cuenta el riesgo de infección de forma considerable.

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N°1** HOJA SABANA (KARDEX DE ENFERMERIA)
- **ANEXO N° 2:** MATERIALES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL





Guía de Procedimientos Asistenciales del Departamento de Enfermería

ANEXO N°1 HOJA SABANA (KARDEX DE ENERMERÍA)

The image is a technical drawing of a mechanical component, possibly a piston or a valve, shown in a cross-sectional view. The drawing is oriented vertically. At the top, there is a small diagram of the component's profile. Below this, a large grid area is used for calculations or measurements. To the right of the grid, there are several smaller tables and diagrams, including a table with dimensions and a small diagram of a component. The drawing is labeled with various dimensions and technical specifications. The overall layout is typical of a technical drawing from a manual or a blueprint.



Guia Técnica Gu
DE
IDAC
1101

416

ANEXO N° 2: MATERIALES PARA NUTRICIÓN PARENTERAL

Fig 01. Catéter venoso central de 3 lumen

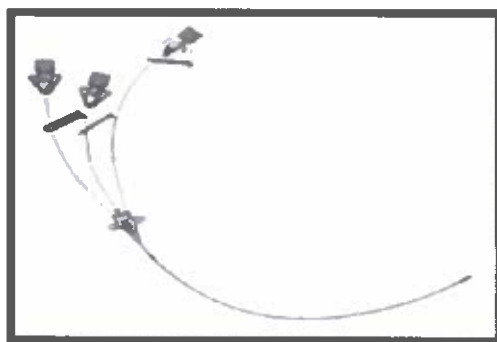


Fig 02. Catéter periférico N 20



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional del Cáncer .Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. 2011 [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nutricion-parenteral-total>
2. Pineau M. Nutrición parenteral ¿Qué es y qué acceso vascular elegir? - Campus Vygon España [Internet]. Campus Vygon España. 2020 [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://campusvygon.com/es/nutricion-parenteral-y-accesos-vasculares/>
3. Parenteral. GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL [Internet]. Guía de Procedimiento de Enfermería de Administración de nutrición parenteral. 2021 [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: [http://file:///C:/Users/ASUS/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000121-2021-DG-INSNSB%20GP%20NUTRICION%20PARENTERAL%20\(4\).pdf](http://file:///C:/Users/ASUS/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000121-2021-DG-INSNSB%20GP%20NUTRICION%20PARENTERAL%20(4).pdf) RDN 000121-2021-D-IGP



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA DEL HJATCH

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades de la guía de procedimiento asistencial de procedimiento curación de traqueostomía del hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Identificar los cuidados de enfermería en la curación de la estoma en pacientes con traqueostomía.
- Identificar los cuidados de enfermería en relación con la limpieza de la cánula interna en pacientes con traqueostomía.
- Identificar los cuidados de enfermería en relación con el cuidado del tubo de traqueostomía con Cuff.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento: Curación de traqueostomía.

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 31820.01

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 30 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

Curación de traqueostomía: Es el conjunto de actividades que se realiza para mantener la vía aérea libre de secreciones y el cuidado de la piel circundante al lugar de la traqueotomía para mantenerla limpia y seca. Evitando que se acumule drenaje alrededor de la estoma. ¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Curación de la estoma:** Son un conjunto de procedimientos que realiza la enfermera para la disminución de infecciones. ²
- **Limpieza de la cánula interna:** Son los procedimientos para mantener permeable y evitar la infección y oclusión de la cánula. ³
- **Cuidados de tubo de traqueotomía con Cuff:** Se refiere a las acciones de enfermería para evitar el desplazamiento del tubo endotraqueal. ⁴

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 01 Licenciada en Enfermería.
- 01 Técnico de Enfermería.



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO

Descripción	U.M	Cantidad
Aspirador de secreciones	unidad	01
Monitor multiparámetros	unidad	01
Mesa de Procedimientos	unidad	01
Cama Camilla multipropósito tipo UCI con colchón anti escara	unidad	01

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

Descripción	U.M	Cantidad
Cánula de traqueostomía	unidad	01
Homeostato (pinzas sin punta)	unidad	01
Manómetros	unidad	01

- MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

Descripción	U.M	Cantidad
EPP (gorra descartable, mandilón descartable, mascarilla N°95)	unidad	01
Guantes quirúrgicos estériles	unidad	01
Gasas Estériles 10 CM x 10 CM	paquete	01
Jeringa descartable 5 cc	unidad	01
Equipo de aspiración descartable	unidad	01
Sonda de aspiración	unidad	01
Cintas para traqueotomía	unidad	01
Peróxido de hidrogeno	frasco	01
Agua estéril	frasco	01



5.3.3 FORMATOS

- Hoja de monitoreo
- Registro de enfermería

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

1era Actividad:

PREPARACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA (2 MIN)

- Realizar Higiene de manos (lavado con agua y clorhexidina 2% jabonosa) según norma institucional. **1min**
- Colocarse equipo de protección personal (bata, guantes y lentes). **1min**

PREPARACION DE EQUIPOS Y MATERIALES (2 MIN) PERSONAL DE ENFERMERIA

- Verificar el funcionamiento del equipo de aspiración, que esté listo para su uso. **1min**
- Preparación de materiales a utilizar (jeringa con solución salina fisiológica, gasas). **1min**

2da Actividad: REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLES		DESCRIPCIÓN	TIEMPO
Técnico enfermería	en	Coopera con la enfermera a lo largo de todo el procedimiento en la medida que lo solicite manteniendo la técnica aséptica en la manipulación del material	
Técnico enfermería	en	Apoya en el retiro de la fuente de oxígeno colocando la fuente sobre campo estéril)	1 min
Licencia Enfermería	en	Realiza lavado de manos con alcohol gel y usa barreras protectoras, preparar el sistema de aspiración	1 min
Licencia Enfermería	en	Retira la cánula interna sucia, fija con una mano la cánula de traqueostomía y con la mano dominante retira la cánula interna.	1 min
Licencia Enfermería	en	Coloca la cánula en un recipiente con agua oxigenada y agua estéril para ayudar a reblandecer las secreciones	1 min
Licencia Enfermería	en	Descarta las gasas y/o material contaminado, luego se coloca los guantes estériles.	3 min
Licencia Enfermería	en	Usa gasas y se ayuda con las pinzas estériles para limpiar la parte interna de la cánula.	2 min
Licencia	en	Enjuaga la cánula con agua estéril y luego seca con gasas estériles	1 min

Enfermería			
Licencia Enfermería	en	Reinstala la cánula en la cánula de traqueostomía asegura de que la cánula quede fija dentro del tubo de traqueostomía	2 min
Licencia Enfermería	en	Limpia la estoma y cánula con pinza y torunda empapada en suero fisiológico mediante movimientos rotatorios de dentro hacia afuera.	2 min
Licencia Enfermería	en	Limpia la pestaña del tubo de traqueostomía.	1 min
Licencia Enfermería	en	Coloca las cintas de sujeción coloca gasa por debajo de la placa pivotante, para evitar úlceras de presión	3 min
Licencia Enfermería	en	Introduce las cintas por ambos orificios de la placa pivotante traqueal	2 min
Licencia Enfermería Personal técnico	en y	Realiza el cambio de cintas entre dos personas una sujeta la cánula y la otra enhebra la cinta, conecta nuevamente al paciente en su terapia de oxígeno.	3min
Licencia Enfermería Técnico de Enfermería	en y de	Descarta todo el material contaminado y los guantes estériles en su lugar correspondido	3 min
Licencia Enfermería	en	Registra el procedimiento en la hoja de monitoreo	3min



6.2 INDICACIONES Pacientes portadores de traqueostomía.

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

Si hay presencia de *granulomas*, enrojecimiento, irritación o necrosis.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

Cuando la estoma se encuentra con secreciones obstruyendo a la vía respiratoria.

6.3 CONTRAINDICACIONES

Daños o situación clínica del paciente que no debe de efectuarse el procedimiento bajo ningún punto de vista.

6.4 COMPLICACIONES : No aplica

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según Norma Técnica No 21-MINSA/DGOS-V03, la prestación de atención está dentro del Nivel II del Hospital de Mediana Complejidad José Aguirre Tello de por lo cual la

aplicación es obligatoria para todos los profesionales que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Mantener la estoma, limpio y seco conservando la integridad de la mucosa.
- Uso de antisépticos dosis unitaria para la preparación de la piel en procedimientos quirúrgicos.
- Mantener las uñas cortas y en caso del personal de salud femenino sin esmalte.
- Mantener las manos libres de joyas en ambientes asistenciales y sobre todo en la realización de procedimientos críticos.
- Uso de antisépticos dosis unitaria para la preparación de la piel en procedimientos quirúrgicos.
- Higiene de manos siguiendo la técnica y duración de la guía institucional.

VIII. ANEXOS.

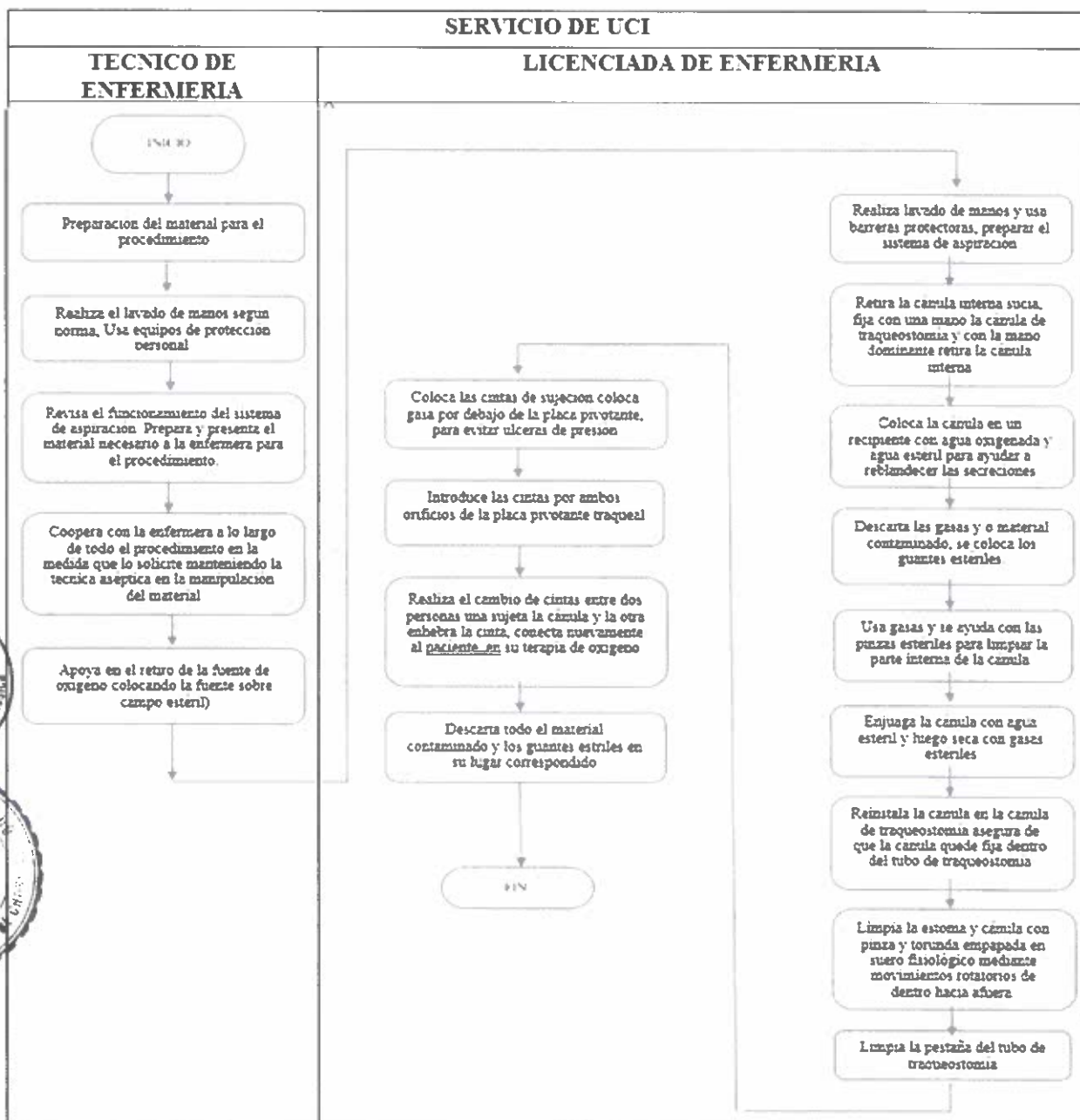
- **ANEXO N° 01: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CURACIÓN A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA**

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital Italiano de Buenos Aires. Guía para los cuidados del paciente con traqueotomía. 2015. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/74/documentos/74_traqueostomiaFinal1.pdf
2. Douglas CM, Poole-Cowley J, Morrissey S, Kubba H, Clement WA, Wynne D. Paediatric tracheostomy --- a 11 year experience at a Scottish pediatric tertiary referral Centre. Int J Pediatric Otorhinolaryngology. [citado el 25 de marzo de 2024]. 2015;79:1673-6.
3. Rosa A., Noelia M., Arantza M. Cuidados de Enfermería a pacientes traqueostomizados en UCI. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-pacientestraqueostomizados-uci/>
4. Investigación RS. Cuidados de enfermería al paciente portador de traqueotomía [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-portador-de-traqueotomia/>



ANEXO N 01: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN CURACIÓN A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE RETIRO CATÉTER DEL HJATCH

I. FINALIDAD

La presente guía tiene la finalidad contribuir en la calidad y seguridad del paciente que requiera el retiro catéteres CVP, CVC, SF, SNG, SOG) optimizando recursos materiales y humanos beneficiando al paciente a través de un documento técnico y de mejora continua la cual unificara criterios de actuación al personal de enfermería.

II. OBJETIVOS

- Establecer un protocolo estandarizado para el retiro seguro y eficiente de catéteres venosos (CVP, CVC, SF, SNG, SOG)
- Garantizar la seguridad del paciente al minimizar los riesgos de complicaciones durante el procedimiento de retiro.
- Proporcionar orientación sobre las técnicas apropiadas de preparación y limpieza antes de retirar el catéter (CVP, CVC, SF, SNG, SOG)

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

Esta guía de procedimiento está dirigida a toda la población de pacientes del Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento: Retiro de catéter (CVP, CVC, SF, SNG, SOG)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 15859

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento.

- Retiro de CVP :12 minutos aproximadamente
- Retiro CVC vena yugular y/o subclavia: 30 minutos aproximadamente.
- Retiro CVC femoral: 30 minutos aproximadamente.
- Retiro de Sonda Foley: 6 minutos aproximadamente
- Retiro de Sonda Nasogástrica :8-9 minutos aproximadamente
- Retiro de Sonda Orogástrica :8 minutos aproximadamente

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Retiro de catéter venoso periférico:** Consiste en la extracción del catéter venoso periférico, una vez finalizada la terapia a intravenosa o ante la presencia de complicaciones (infecciones, extravasación, oclusión, obstrucción).¹
- **Catéter venoso central:** Es un dispositivo que permite el acceso al torrente sanguíneo a nivel central con el fin de administrar medicamentos, fluidoterapia, nutrición parenteral total o para monitorización hemodinámica o hemodiálisis.²
- **Retiro de Sonda Vesical:** Se refiere al proceso de extracción o eliminación de una sonda vesical, también conocida como catéter urinario o sonda Foley, que se coloca en la vejiga a través de la uretra para drenar la orina.⁹
- **Retiro de sonda nasogástrica u orogástrica:** Se refiere al proceso de extracción o eliminación de un tubo de plástico flexible o sonda desde el estómago hacia la fosa nasal o boca una vez que haya cumplido sus objetivos.¹⁴

- **Historia clínica:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos.³

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Catéter venoso:** Es aquel tubo o cánula corta, hueca, delgada, flexible (generalmente poliuretano, silicona y teflón) y de una sola luz que se inserta directamente en una vena superficial par la terapia intravenosa periférica y también fines diagnósticos.⁴
- **Acceso venoso periférico:** se entienden a toda punción venosa realizada en un lugar anatómicamente situado fuera del tórax y el abdomen.⁴
- **Extravasación:** produce tumefacción, dolor, edema y se define como la salida liquido perfundido hacia los tejidos periféricos de la vena canalizada.⁴
- **Flebitis:** inflamación de la vena con dolor, rubor y tumefacción de la zona canalizada.⁴
- **Infección:** invasión con éxito, establecimiento y crecimiento de microorganismo en los tejidos del huésped.⁵
- **Acceso venoso central:** catéter colocado en una vena central torácica (vena cava superior, vena braquiocéflica , vena subclavia y vena yugular interna) o en el sistema venoso ilio cava (vena cava inferior , vena iliaca, vena femoral).⁶
- **Antiséptico:** agente químico utilizado en el control de microorganismos de la piel u otro tejido vivo, sin afectar sensiblemente a estos mismos.⁷
- **Apósito Transparente:** Material terapéutico que se utiliza sobre los sitios de inserción de catéteres.
- **Sonda Foley:** Es un tubo flexible que permanece en la vejiga por medio de un balón inflado con agua estéril ubicado en su extremo, lo que impide que se deslice hacia afuera; el catéter puede ser insertado a través de la uretra o de una incisión en la pared abdominal baja (cateterización suprapúbica o talla suprapúbica).⁹
- **Sonda Nelaton:** es un catéter flexible, de uso a corto plazo para el drenaje de orina de la vejiga. A diferencia de la sonda de Foley, no tiene balón en su extremo y, por tanto, no puede permanecer insertado en la vejiga.⁹
- **Cateterismo intermitente:** se retira el catéter vesical inmediatamente después de realizar el cateterismo.¹²
- **Cateterismo permanente:** después de realizar el cateterismo la persona permanece indefinidamente con el catéter o sonda (se realizan los cambios correspondientes de acuerdo a protocolo de la institución).¹²
- **Sonda oro gástrica:** Tubo flexible de plástico que se introduce a través de la vía oral, por la faringe y el esófago, hasta el estómago.¹²
- **Sonda nasogástrica:** Tubo flexible de plástico que se introduce a través de un orificio nasal, por la faringe y el esófago, hasta el estómago.¹³



5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- ✓ 01 Licenciada en Enfermería.
- ✓ 01 Técnico de Enfermería.

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Coche de Curación	Unid	1
Mesa de Mayo	Unid	1

- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Riñonera	UNID	1

- MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gorro descartable	UNID	1
Mascarilla descartable	UNID	1
Guantes limpios (par)	UNID	1
Paquete de gasa 5x5	UNID	2
Sobre toalla antiséptico o gasa impregnada de alcohol	UNID	1
Removedor adhesivos	UNID	1
Espadrapo antialérgico	UNID	1
Jeringa 5cc	UNID	1
Contenedor para material biocontaminado y punzocortante	UNID	1
Mandil descartable	UNID	2
Guantes quirúrgico (par)	UNID	2
Jeringa de 20 cc	UNID	1
Gasas 10x 10 cm	UNID	1

- MEDICAMENTOS: No aplica



5.3.3 FORMATOS

- Hoja de monitoreo y valoración en enfermería en la UCI-HJAT-CHOSICA
- Indicadores de calidad
- Historia clínica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO 12 min

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO
PREPARACION DEL PACIENTE		
Informar al paciente colocar al paciente en posición cómoda	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	1minuto
TÉCNICA DE REALIZACIÓN:		
Lavado de manos de los 11 pasos	Licenciada Enf	1minuto
Preparar el material a utilizar ^{5.3.2}	Licenciada Enf.	1 minuto
Cerrar el sistema de infusión y/o se debe detener las infusiones siempre que el paciente se queje de dolor, ardor o escozor en el punto de inserción o en la punta del catéter o en la trayectoria de la vena y valorar la posible intervención.	Licenciada Enf.	1 minuto
Colocación de guantes limpios	Licenciada Enf.	15 segundos
Retiro del apósito con ayuda del removedor. Observarla zona de inserción.	Licenciada Enf	1 minuto
Retirar lentamente el catéter, paralelamente a la piel, presionando con una gasa estéril .	Licenciada Enf	30 segundos
Aplicar presión firme sobre el punto de inserción. Si el paciente presenta problemas de coagulación o está en tratamiento anticoagulante unos 10 minutos ocluyendo el sitio de inserción con	Licenciada Enf	2 a 3minutos

gasas hasta el cese del sangrado.		
Colocar el apósito estéril		30 segundos
DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO		
Desechar el material fungible utilizado en la bolsa y cerrarla	Licenciada Enf	15 segundos
Desechar el material punzante al contenedor biológico.	Licenciada Enf	15 segundos
Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.	Licenciada Enf	1 minuto
Registrar el procedimiento en las anotaciones de enfermería: fecha hora y motivo de la retirada del catéter. Así como las incidencias y acciones realizadas en el procedimiento.	Licenciada Enf	2 minutos



RETIRO DE CATETER VENOSO CENTRAL 30min

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO
PREPARACIÓN DEL PACIENTE		
Identificación correcta del paciente.	Licenciada Enf.	1 minuto
Corroborar indicaciones médicas.	Licenciada Enf.	30 segundos
Informar al paciente.	Licenciada Enf.	30 segundos
Valorar exámenes laboratorio para retiro de CVC (Perfil de coagulación, Plaquetas, etc.). Suspendir medicamentos anticoagulantes 24 horas antes de retiro de CVC femoral.	Licenciada Enf.	2 minutos
Colocar al paciente en posición de cubito dorsal y que gire la cabeza al lado contrario del catéter.	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	1 minuto
TECNICA DE REALIZACION:		
Lavado de manos de los 11 pasos	Licenciada Enf	45 segundos
Preparar el material a utilizar ^{5.3.2}	Licenciada Enf.	1 minuto
Cerrar el sistema de infusión y/o clamp de todos los lúmenes, suspender infusiones y desconectar los circuitos de infusión.	Licenciada Enf.	1 minuto
Colocación de guantes limpios	Licenciada Enf.	15 segundos



Retiro del apósito con ayuda del removedor. Observarla zona de inserción.	Licenciada Enf	1 minuto
Abrir el empaque del contenedor para el cultivo de punta catéter, manteniendo su esterilidad.	Licenciada Enf	30 segundos
Abrir guantes estériles, colocar gasas estériles y agregar la hoja de bisturí o tijera de retiro puntos	Licenciada Enf	1 minuto
Realizar la curación del sitio de inserción de acuerdo al procedimiento.	Licenciada Enf	2 minutos
Con la mano no dominante sujetar el catéter, con la hoja de bisturí o la tijera cortar los puntos de sutura.	Licenciada Enf	1 minuto
Con la mano no dominante sujetar el eje del catéter, con la mano dominante, doblar una gasa en cuatro y colocarla por arriba del sitio de inserción (haciendo ligera presión).	Licenciada Enf	30 segundos
Si el paciente esta consiente, pedirle que inhale de manera profunda y detenga el aire por tres segundos (maniobra de valsava), en estos segundos extraer suavemente el catéter en un ángulo de 45° de la piel. Repetir el procedimiento en 3 ocasiones hasta extraer totalmente el catéter. Extraer la primera porción del catéter (aprox 5cm), preguntar y vigilar datos de dificultad respiratoria , si no hay molestia continuar con la extracción en dos tiempos más (cada 5 cm)	Licenciada Enf	1 minuto
Si el paciente no está consciente, se retirará durante la inspiración.	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	1 minuto
En caso reflejo vagal colocar al paciente en posición semifowler y pedirle que respire lentamente o administrar oxígeno e informar al médico.		
Si el paciente presenta problemas de coagulación o está en tratamiento anticoagulante presionar unos 10 minutos ocluyendo el sitio de inserción con gasas hasta el cese del sangrado.	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	10 minutos
Valorar la integridad del catéter, introducir la punta de catéter en el contenedor estéril y con la hoja de bisturí cortar una porción de 5 cm y desechar el resto.	Licenciada Enf.	30 segundos
Después de extraerlo seguir realizando presión con gasa estéril sobre el sitio de inserción. Cubrir el sitio del catéter con un apósito con almohadilla e informar al paciente que deberá mantenerlo durante 24 horas. Posteriormente se retirará.	Licenciada Enf.	4 a 5 minutos aproximadamente si es vena yugular y subclavia. 10 a 15 minutos aproximadamente si es vena femoral.



DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO		
Deje en reposo por 20 minutos al paciente después de retirar el catéter	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	20 minutos
Desechar el material fungible utilizado en la bolsa y cerrarla	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	15 segundos
Desechar el material punzante al contenedor biológico	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	15 segundos
Enviar la punta de cvc a laboratorio cuando exista sospecha de bacteriemia o infección local.	técnico de enfermería	5 minutos
Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.	Licenciada Enf. Y técnico de enfermería	1 minuto
Registrar el procedimiento en las anotaciones de enfermería: fecha hora y motivo de la retirada del catéter. Así como las incidencias y acciones realizadas en el procedimiento.	Licenciada Enf	2 minutos



RETIRO DE Sonda FOLEY 6 min

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO
PREPARACION DEL PACIENTE		
Informar al paciente sobre el procedimiento, solicite su colaboración.	Licenciada Enf	1minuto
Preparar el material a utilizar	Licenciada Enf	20 segundos
Vaciar el contenido del sistema colector cerrado.	Téc.Enfermería	30 segundos
colocar al paciente en posición cómoda preservando su intimidad Mujer: Posición ginecológica. Hombre: Decúbito supino, con piernas separadas.	Licenciada Enf. y técnico de enfermería	1minuto
Colocar una solera deslizándola bajo los glúteos del paciente.	Licenciada Enf. y técnico de enfermería	30 segundos
TECNICA DE REALIZACION:		



Lavado de manos de los 11 pasos	Licenciada Enf	40-60 segundos
Colocación de guantes estériles	Licenciada Enf.	15 segundos
extraer mediante la jeringa el contenido del globo de la sonda vesical.	Licenciada Enf	10 segundos
Corrobore la cantidad de líquido extraído (Paciente adulto 12-15 cm)	Licenciada Enf	30 segundos
Pida al paciente que se relaje y respire profundo, a medida que el paciente exhala	Licenciada Enf	10 segundos
sujetar la sonda con una gasa y retirarla suavemente sin desconectar la bolsa colectora.	Licenciada Enf	10 segundos
DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO		
descartarla en el contenedor para residuos biocontaminados.	Licenciada Enf	10 segundos
Realizar higiene de los genitales con agua y solución jabonosa.	Licenciada Enf. y técnico de enfermería	30 segundos
Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.	Licenciada Enf	1 minuto
Registrar el procedimiento en las anotaciones de enfermería: fecha hora y motivo de la retirada del catéter. Así como las incidencias y acciones realizadas en el procedimiento.	Licenciada Enf	2 minutos

RETIRO DE Sonda NASOGÁTRICA U OROGÁSTRICA 8 min

DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	TIEMPO
PREPARACION DEL PACIENTE		
Informar al paciente sobre el procedimiento, solicite su colaboración.	Licenciada Enf	30 segundos
Preparar el material a utilizar	Licenciada Enf	15 segundos

Colocar al paciente en posición fowler	Licenciada Enf. y técnico de enfermería	20 segundos
Cubrir el pecho del paciente con una toalla y proporcionarle pañuelos desechables	Técnico de enfermería	10 segundos
Desconectar la sonda del sistema de alimentación, si las hubiera.	Licenciada Enf	10 segundos
TECNICA DE REALIZACION:		
Lavado de manos de los 11 pasos	Licenciada Enf.	40-60 segundos
Colocación de guantes estériles	Licenciada Enf.	15 segundos
Introducir 10 cc de agua en la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla .	Licenciada Enf	15 segundos
Pinzar la SNG / SOG doblando el tubo con la mano o bien colocar un tapón.	Licenciada Enf	10 segundos
Retirar el apósito de fijación con cuidado para no lesionar la piel del paciente.	Licenciada Enf	30 segundos
Si el paciente está consciente, pedirle que inspire profundamente y mantenga la respiración mientras se extrae la sonda suavemente y de forma continua. Si el paciente está intubado, asegurarse de la correcta presión del neumotaponamiento antes de retirarla. A medida que la retiramos ya sea por la nariz o por la boca la iremos limpiando con una gasa.	Licenciada Enf	20 segundos
DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO		
Descartarla en el contenedor para residuos biocontaminados.	Licenciada Enf	10 segundos
Limpiar cualquier resto de esparadrapo que pudiera quedar adherido a la nariz o mejilla con una gasa impregnada en alcohol de 70° dejar secar, si fuera necesario aplicar protector cutáneo luego limpiar cuidadosamente la fosa nasal con una gasa humedecida en agua tibia.	Licenciada Enf	20 segundos
Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.	Licenciada Enf	1 minuto
Registrar el procedimiento en las anotaciones de enfermería: fecha hora y motivo de la retirada del catéter. Así como las incidencias y acciones realizadas en el procedimiento.	Licenciada Enf	2 minutos



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

CATETER VENOSO PERIFÉRICO -CVP

- Fecha de cambio del CVP
- Paciente ha finalizado el tratamiento.
- Signos de infección u obstrucción del dispositivo

CATETER VENOSO CENTRAL -CVC

- Por indicación medica
- Por termino de tratamiento.
- Signos de infección local en el sitio de inserción.

SONDA FOLEY- SF

- Cuando su condición clínica lo indique
- Por fecha de cambio
-

SONDA NASOGÁTRICA U OROGÁSTRICA -SNG

- Cuando su condición clínica lo indique
- Por fecha de cambio
- Cuando está en posición incorrecta

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP)

- Dolor en el sitio de inserción.
- Eritema.
- Induración.
- Cordón palpable en zona de inserción,
- Exudado en el sitio de inserción

CATETER VENOSO CENTRAL(CVC)

- Debe mantenerse el mínimo tiempo posible una vez obtenida la estabilidad del paciente.
- Flebitis
- Obstrucción del catéter
- Sangrado en el sitio de inserción.
- Por extravasación DEL LIQUIDO
- Por superar los días de permanencia establecida

SONDA FOLEY (SF)

- Pacientes con retención urinaria
- Drenaje de vejiga hipotónica
- Pacientes que hayan tenido cirugía pélvica.
- Cuando este obstruida

SONDA NASOGÁTRICA U OROGÁSTRICA (SNG)

- Cuando este obstruida



- En Pacientes desnutridos que no toleran vía oral

6.3 CONTRAINDICACIONES

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP)

- Debe mantenerse el mínimo tiempo posible una vez obtenida la estabilidad del paciente.

CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)

- Pacientes Anticoagulados
- Pacientes Trastornos hemorrágicos
 - Pacientes con plaquetopenia
 - Pácte con antiagregantes plaquetarios

SONDA FOLEY (SF)

- En pacientes que están sometidos a una prostatectomía radical están totalmente contraindicado el retiro de la sonda.

SONDA NASOGÁTRICA U OROGÁSTRICA (SNG)

- En caso de fractura de base de cráneo, fractura facial y taponamiento nasal, está contraindicada el retiro de la sonda por las fosas nasales. En estos casos se retirará por la vía oro gástrica

6.4 COMPLICACIONES:

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP)

- Hematoma
- Extravasación
- Obstrucción
- Flebitis
- Trombosis

CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)

INMEDIATAS

- Sangrado
- Punción arterial
- Arritmias
- Embolismo aéreo
- Daño del ducto torácico en accesos VSC o VY
- Malposición del CVC.
- Neumotórax
- Hemitórax

TARDÍAS

- Infección
- Trombosis venosa
- Embolia pulmonar
- Migración del CVC
- Perforación miocárdica
- Daño nervioso.

SONDA FOLEY (SF)

- Obstrucción del balón
- Hematuria



SONDA NASOGÁTRICA U OROGÁSTRICA (SNG)

- Epistaxis
- Extracción involuntaria de la sonda
- Náuseas y vómitos
- Sangrado por vía oral

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP)

- Priorizar venas distales a las proximales, reservando el resto para posibles canalizaciones.
- Evitar zonas de flexión por presentar más incidencia de flebitis mecánica relacionado con el movimiento del catéter
- Elegir preferentemente extremidades superiores (menor riesgo de infección), evitando las zonas de flexión, venas varicosas, trombosadas o utilizadas previamente.
- Ante cualquier dato de complicación como: flebitis, infiltración o extravasación, retire el catéter y registre el motivo.

CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)

- Retirar catéter venoso central solo con indicación médica.
- Si es necesario cultivo de punta cvc (pacientes con sospecha de infección), esta se enviará al laboratorio.
- Seleccionar el catéter, la técnica de inserción y el sitio que presenten las menores complicaciones mecánicas e infecciosas, de acuerdo a la terapia a instituir.
- Para minimizar el riesgo de infección elegir subclavia antes que yugular o femoral.
- Retirar el catéter cuando la permanencia no resulte esencial.
- No cambiar rutinariamente el catéter para prevenir las infecciones, ni remover el catéter sistemáticamente ante la aparición de fiebre.
- Reemplazar el catéter si se observa secreción purulenta en el sitio de inserción.

SONDA FOLEY (SF)

- Aconsejar al paciente sobre las posibles sensaciones que sentirá durante el desinflado de la sonda Foley.
- Retirar el catéter vesical tan pronto como sea posible, previo indicación médica
- El personal debe identificar a los pacientes con catéter urinario y evaluar la necesidad del mismo.
- En pacientes operados, retire el catéter lo antes posible después de la intervención, preferiblemente en las primeras 24 horas, a menos que existan indicaciones para el uso.
- Comprobar que el volumen de orina en cada micción es adecuado tras la retirada de la sonda.



- Si el paciente no ha orinado entre 6 y 8 horas después, valorar los signos de retención urinaria y comunicar al médico.
- Los exámenes de laboratorio son importantes, conocer el estado de coagulación del paciente para evitar sangrado por trauma al retirar la sonda.
- Tal vez sea necesario confirmar retención urinaria a través de ecógrafo.

SONDA NASOGÁTRICA U OROGÁSTRICA (SNG)

- Un paciente despierto puede referir náuseas y/o vómitos esto ayuda a tomar acciones disminuyendo el riesgo de broncoaspiración.
- El paciente con intubación endotraqueal el retiro se dificulta un poco porque el tubo endotraqueal comprime un poco el esófago es por ello que tenemos que retirar suavemente la sonda
- Los exámenes de laboratorio son importantes, conocer el estado de coagulación del paciente para evitar sangrado por trauma al retirar la sonda.
- Mantener al paciente en posición de fowler unos 30 minutos luego del retiro de la sonda para prevenir una posible broncoaspiración en el caso de vómito.

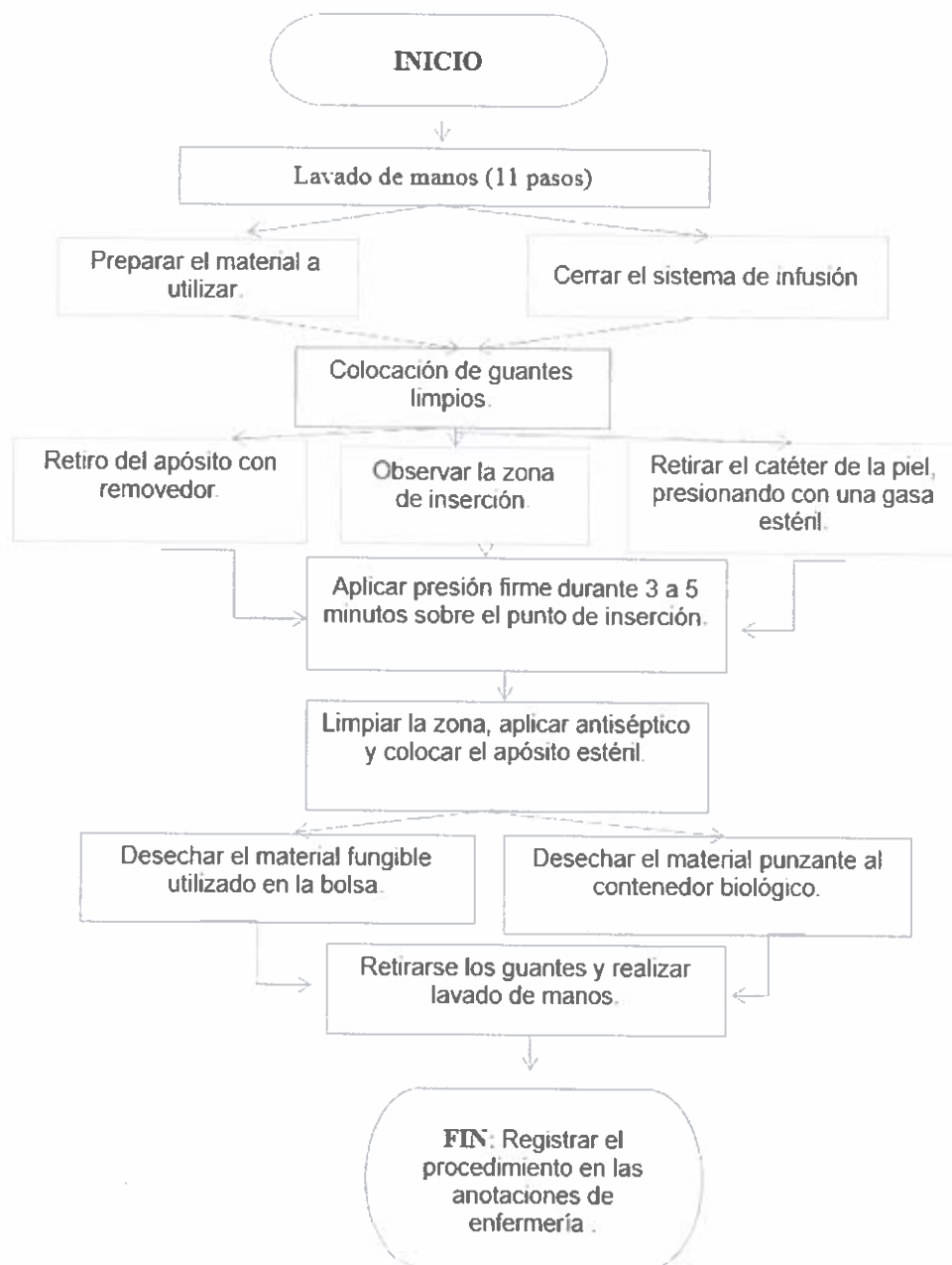


VIII. ANEXOS.

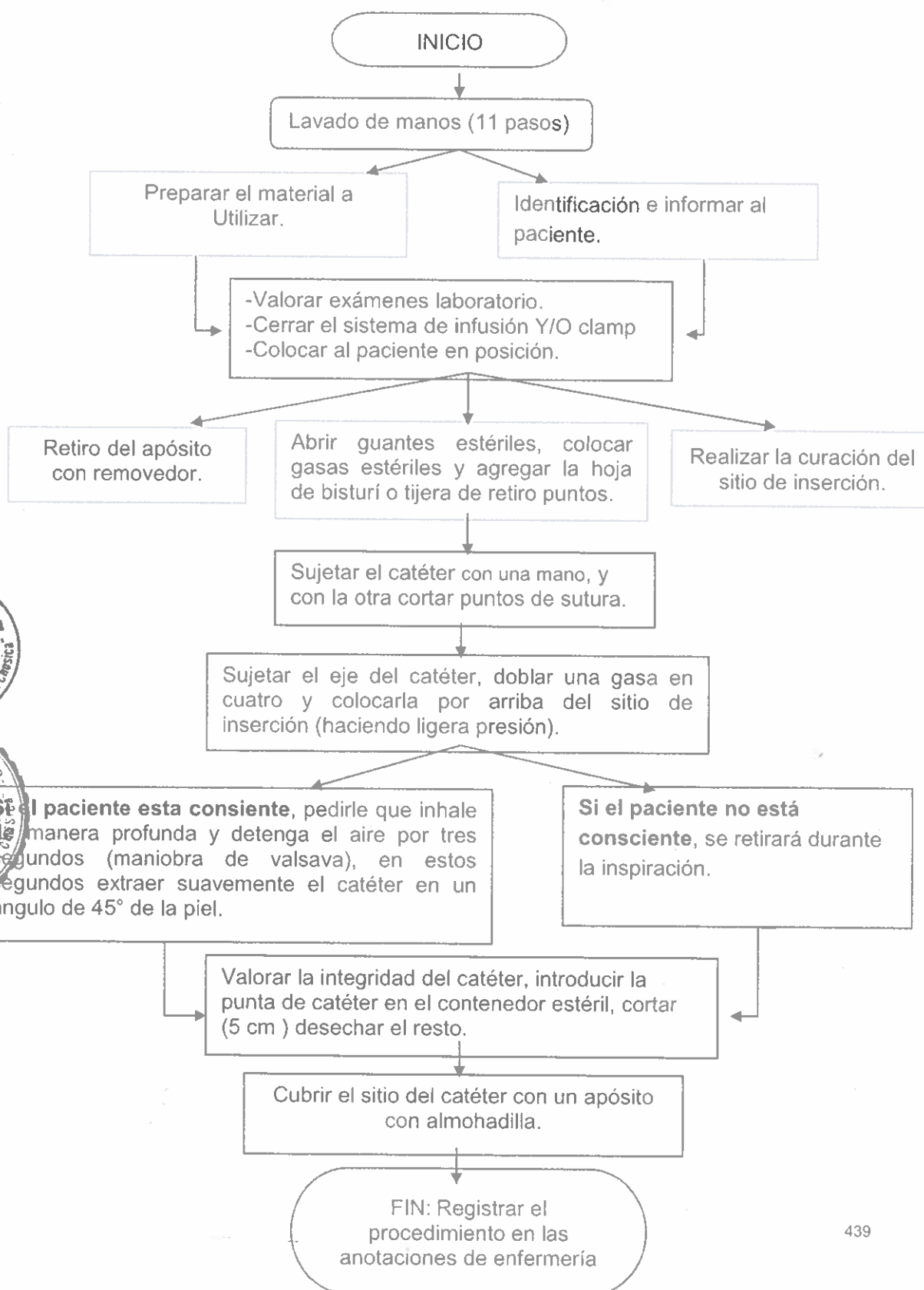
- **ANEXO N°1:** Flujograma de guía de procedimiento asistencial de retiro catéter venoso periférico
- **ANEXO N°2** Flujograma de guía de procedimiento asistencial de retiro cateter venoso central
- **ANEXO N°3** Flujograma de guía de procedimiento asistencial de sonda foley
- **ANEXO N°4** Flujograma de guía de procedimiento asistencial de retiro de sng/sog



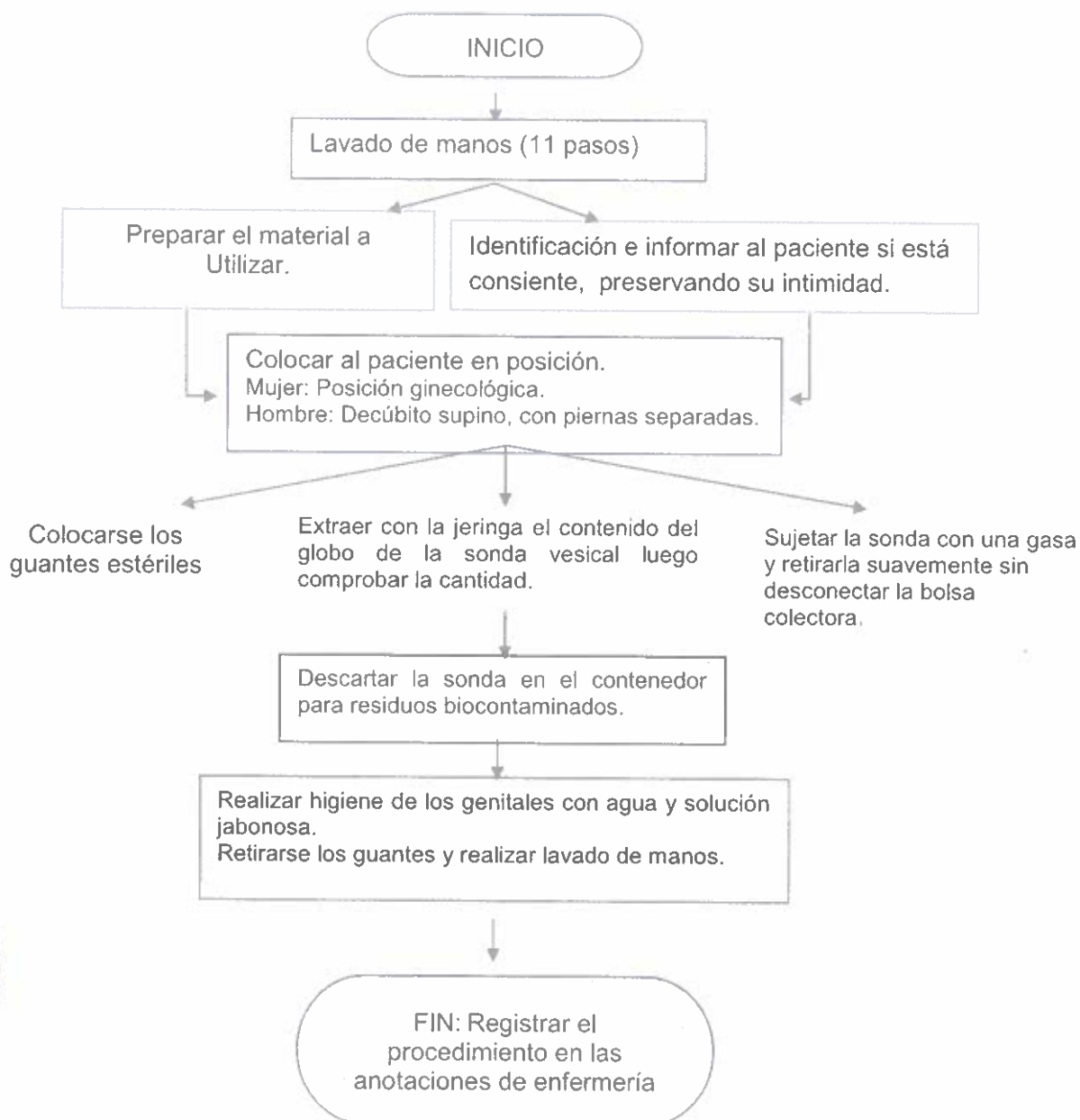
ANEXO N°1: FLUJOGRAMA DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE RETIRO CATETER VENOSO PERIFÉRICO



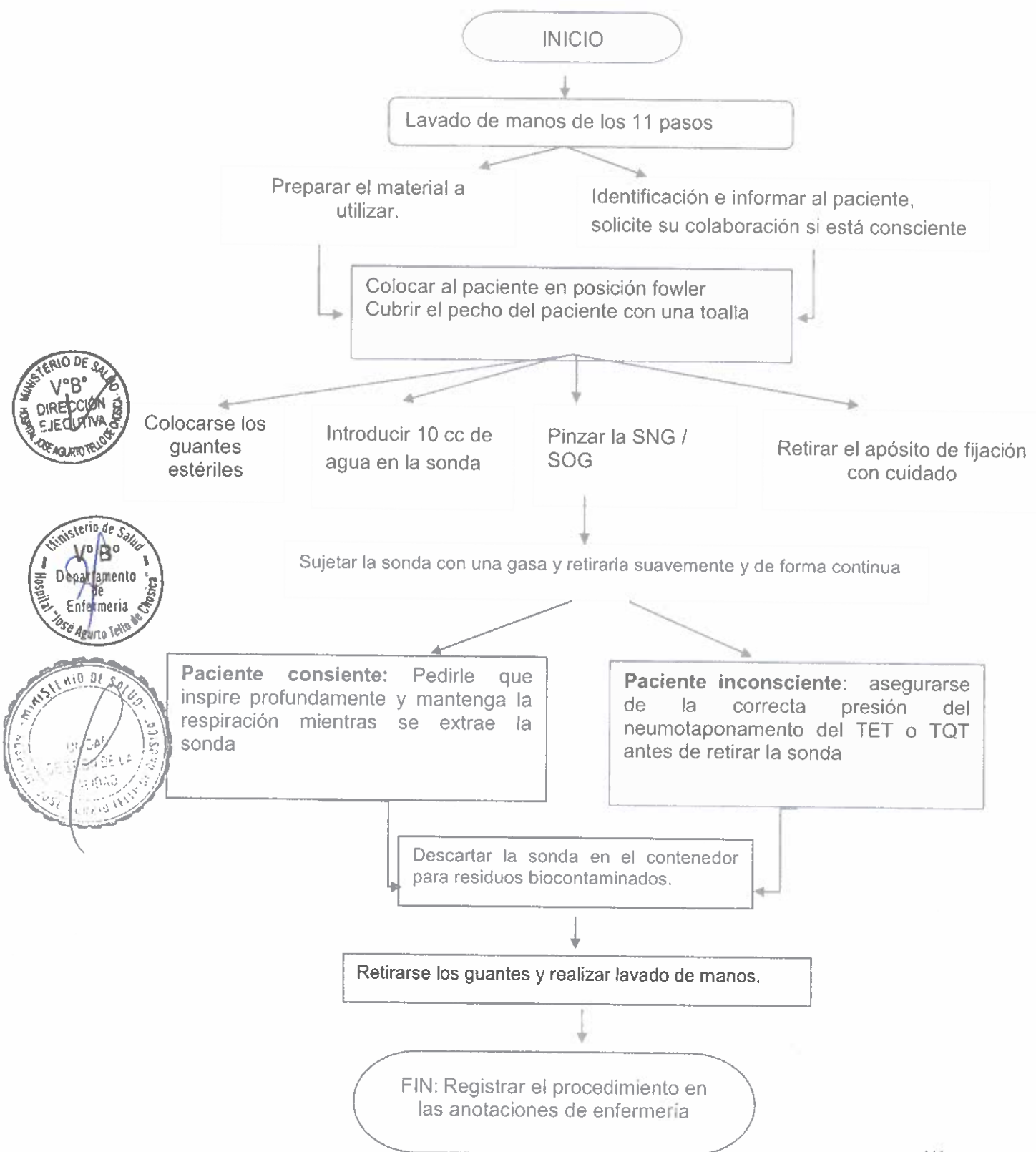
ANEXO N°2 FLUJOGRAMA DE GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE RETIRO CATETER VENOSO CENTRAL



ANEXO N°3 FLUJOGRAMA DE GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE SONDA FOLEY



ANEXO N°4 FLUJOGRAMA DE GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE RETIRO DE SNG/SOG



ANEXO N°5 :Gráficos de retiro de aposito



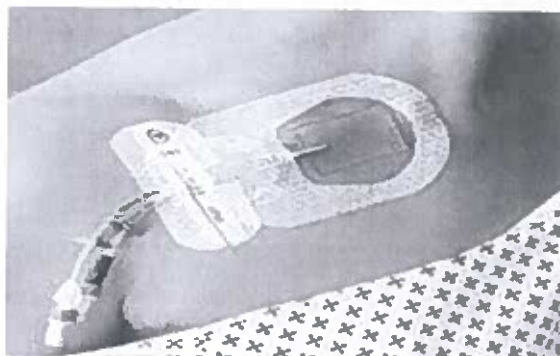
Gráfico 01. Retiro del apósito con removedor



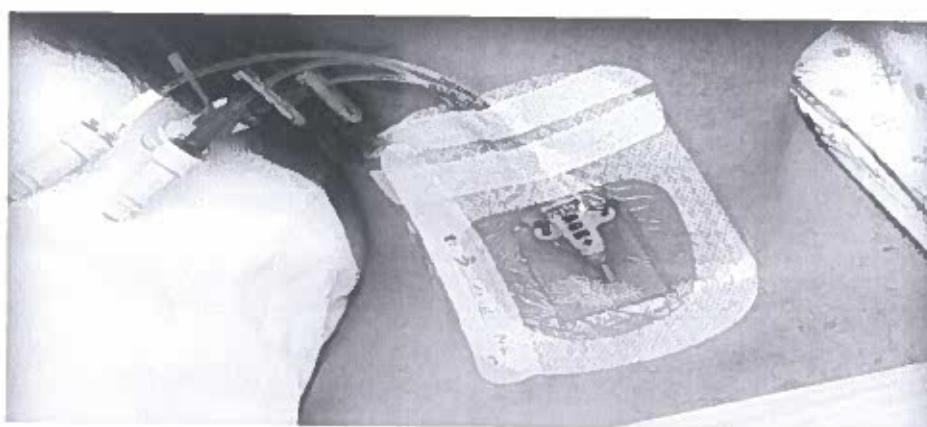
Gráfico 02. Retirar el catéter de la piel, presionando con una gasa estéril.



ANEXO N°6 ACCESO VENOSOS



CATETER VENOSO SUBCLAVIA



CATETER VENOSO YUGULAR



CATETER VENOSO FEMORAL



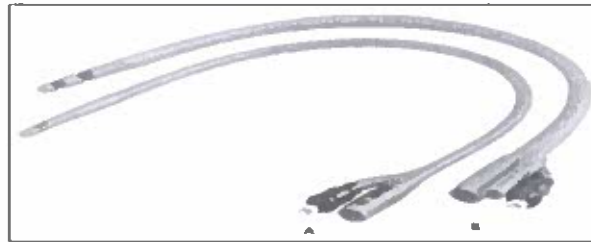


Figura 2. Sonda Foley. A) Dos vías. B) Tres vías.

SONDA FOLEY DE DOS Y TRES VÍAS

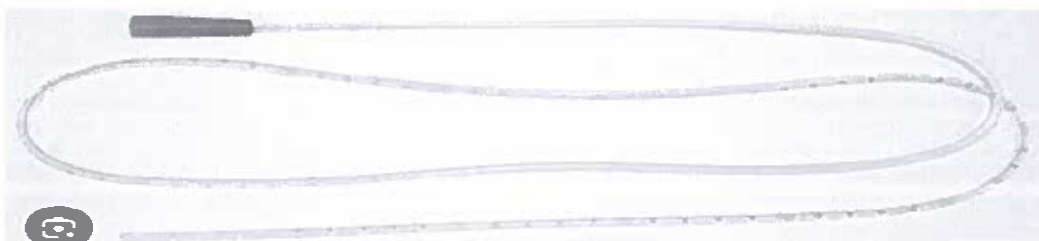


Figura 3. Sonda Nelaton

SONDA NELATON



SNG/SOG DE SILICONA



SNG/SOG DE PVC



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE INYECCIÓN PROFILÁCTICA, DIAGNÓSTICA, TERAPÉUTICA INTRAVENOSA DEL HJATCH

I. FINALIDAD

- Estandarizar y unificar los criterios de actuación del profesional de enfermería para el manejo de inyección profiláctica, diagnóstica intravenoso o intraarterial contribuyendo a promover la calidad y seguridad del proceso en los pacientes del hospital José Agurto Tello de Chosica.

II. OBJETIVOS

- Promover la correcta administración de las terapias medicamentosas para obtener una mayor eficiencia.
- Disminuir los factores de riesgo en la administración de medicamentos por vía endovenosa.
- Promover la calidad del cuidado mediante la administración segura de medicamentos por vía endovenosa.
- Supervisar, monitorear y evaluar la calidad de atención prestada por el personal profesional de enfermería.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Esta guía de procedimiento está dirigida a toda la población de pacientes del Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del hospital José Agurto Tello de Chosica

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento: Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica, intravenosa

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 90784

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento. 20 min

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

Inyección intravenosa es el procedimiento por medio del cual se introducen soluciones al torrente circulatorio a través de una vena, utilizando técnica aséptica durante el procedimiento.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Administración vía endovenosa.** - Esto permite el acceso inmediato del medicamento o líquido al torrente sanguíneo.¹
- **Administración endovenosa en bolo o directa:** Es la administración del medicamento tal como viene presentado, pudiéndose inyectar el contenido de la ampolla o el vial reconstituido directamente a la vena o bien en el punto de inyección que disponen los equipos de administración.¹

- **Infusión continua:** Se refiere a la administración del medicamento en un período de tiempo asignado, generalmente mantenida durante 24 horas.³
- **Infusión intermitente:** Se refiere al medicamento que se administra diluido con una pequeña cantidad de volumen y durante un periodo de tiempo limitado.³
- **Paciente:** Es la persona que concurre a un nosocomio para una atención de salud y por razones de diagnóstico o tratamientos hace uso de una cama de hospitalización.²

5.3 REQUERIMIENTOS BASICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO VERIFICAR CANTIDAD

- 1 Licenciada en enfermería
- 1 Técnico de enfermería, (de apoyo)

5.3.2 RECURSOS MATERIALES

- EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO

DESCRIPCION	U.M	CANT.
Cama clínica con barandales adecuados	unid	1
Silla fija de metal	unid	1
Biombos de 3 cuerpos	unid	1
Coche metálico para curaciones	unid	1
Contenedor para residuos comunes	unid	1
Contenedor de punzo cortantes	unid	1

- MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

DESCRIPCION	U.M	CANT.
Coche de curación	unid	1
Riñonera y/o cubeta.	unid	1
Ligadura.	unid	1
Portasuero	unid	1
Bomba de infusión	unid	1

MATERIAL MEDICO FUNGIBLE

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gorro Descartable	unid	1
Mascarilla N95	unid	1
Mandil descartable	unid	1
Guantes limpios, estériles, de nitrilo según sea el caso.	unid	1
Jeringas de 5ml, 10ml, 20ml (según sea el caso)	unid	1
Líneas de infusión (con bureta , sin bureta, volutrol)	unid	1
Alcohol 70°	ml	10
Gasas estériles 5 x 5 cm.	Pqt.	1
Esparadrapo	unid	1
Catéter N° 24,22, 20, 18 o 16	unid	1
Apósito adhesivo de diferentes tamaños	unid	2
Catéter venoso central	unid	1
Agujas N° 18	unid	1

- MEDICAMENTOS

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Fármacos endovenosos (según indicación)	unid	1
Suero fisiológico 9% de 100 o 1000cc	unid	1
Agua destilada ampollas o frascos de 1000 cc	unid	1
Dextrosa 33%,5%, 10% de 100 o 1000 CC	unid	1

5.3.3 FORMATOS

- Historia clínica (indicación médica).
- Anotaciones de enfermería (Digital)
- Kardex de enfermería.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

A. PREVIO AL PROCEDIMIENTO (5MIN)

Personal responsable: Licenciada. en enfermería

- Identifica al paciente según normativa institucional vigente
- Se presenta por su nombre con el paciente
- Verifica indicación médica y Kardex de enfermería
- Verifica los 10 PASOS CORRECTOS
- Realiza higiene de manos según norma Institucional vigente
- Prepara los materiales e insumos necesarios
- Personal técnico apoya en la Preparación del área de trabajo (limpieza y desinfección)

B.-DURANTE EL PROCEDIMIENTO (10 MIN)

Personal responsable: Licenciada. en enfermería

- Explica el procedimiento que se va a realizar al paciente
- Se coloca gorro y mascarilla
- Realiza higiene de manos según norma Institucional vigente
- Se calza guantes limpios
- Procede a la Reconstitución de Medicamentos
- Apertura y desinfecta el vial con toallitas de clorhexidina al 2% + alcohol al 70%.
- Según sea el caso inserta el conector libre de aguja y reconstituye el vial con diluyente compatible (Agua destilada, Solución salina, etc.)
- Carga la dosis indicada en una jeringa según indicación médica
- Una vez cargada la dosis indicada, rotula el medicamento (jeringa)
- considerando: nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis y vía de administración
- Transporta la medicación de cada paciente en una riñonera o cubeta desinfectada de manera individual
- Según sea el caso rotula el medicamento (vial reconstituido), si este puede ser conservado, colocando: nombre del paciente, fecha y hora de preparación, cantidad de dilución, considerando conservación del medicamento según indicaciones del fabricante.
- Se administra el medicamento indicado por la vía correcta (**bolo, infusión continua e infusión intermitente según indicación médica**):

Administración del medicamento en bolo: Se administra por inyección directa o a través de un catéter venoso periférico o central.

- Desinfecta con alcohol de 70° en el sitio de la inyección (conector).
- Verifica permeabilidad de la vía con una jeringa con suero fisiológico antes de administrar el medicamento.
- Valora el estado del acceso venoso para detectar signos de infiltración o flebitis y en caso de visualizar lo antes mencionado se debe cambiar vía venosa , en caso de ser catéter venoso central se comunica al médico.
- Conecta jeringa y administrar la medicación lentamente según instructivo del fármaco, observando siempre el estado del paciente para evaluar cambios y/o reacciones adversas
- Permeabiliza el catéter con 2-3 ml de suero fisiológico que estará preparado en otra jeringa.
- Retira jeringa.



- Desecha agujas en el contenedor de punzocortantes y jeringas en la bolsa de residuos biocontaminados según sea el caso.
- Realiza higiene de manos según norma Institucional vigente

Administración de medicación IV en perfusión intermitente:

- Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
- La duración de la administración oscila entre 15 minutos y varias horas.
- Desinfecta con alcohol de 70 ° en el sitio de la inyección (conector).
- Verifica permeabilidad de la vía con una jeringa con suero fisiológico antes de administrar el medicamento.
- Valore el estado del acceso venoso para detectar signos de infiltración o flebitis y en caso de visualizar lo antes mencionado se debe cambiar vía venosa.
- Colocar a través de volutrol o el mismo frasco de medicamento o solución a administrar con un equipo de venoclisis, se conecta a la vía periférica del paciente.
- Administrar la medicación al ritmo prescrito o se programa en la bomba de infusión.
- Retirar sistema una vez administrada la medicación.
- Permeabilizar al finalizar con suero fisiológico.

Administración de medicación IV en perfusión continua:

- El tiempo de infusión es continuo, se utiliza sueros de gran volumen como diluyentes y bombas de infusión.
- Desinfectar la entrada del frasco con alcohol a 70%.
- Sacar equipo de infusión (macrogotheo, microgotheo, fraccionado).
- Cerrar llave tipo roller del sistema de perfusión. Para facilitar su posterior manejo y control, la llave debe de estar a unos 2-4 cm de la cámara del o cuenta gotas.
- En el caso de infusión del medicamento por macrogotheo o microgotheo, o set de infusión introducir el medicamento a administrar, previamente cargado en jeringa estéril, al frasco preparado para este fin.
- Desinfecta con una gasa y alcohol a 70° en el sitio de la inyección (conector).
- Conectar el set de infusión o volutrol al catéter periférico o catéter venoso central
- Valorar la respuesta del paciente a la medicación y la aparición de posibles reacciones adversas.
- Vigilar la zona de punción IV por si se produce infiltración o flebitis.
 - Desecha la aguja en el contenedor de punzocortantes y la jeringa en la bolsa de residuos biocontaminados.
 - Realiza higiene de manos según norma Institucional vigente
 - Informa oportunamente al médico cualquier reacción o incidente ocurrido antes, durante y después de la administración del medicamento.

C.-DESPUES DEL PROCEDIMIENTO (5 MIN)

- Registro de la Administración de medicamentos
- Registra en las notas y Kardex de enfermería, tipo de medicamento, dosis, volumen administrado, vía, y hora de administración.
- Registra motivo por el cual no se administró un medicamento en las notas y Kardex de enfermería.
- Registra y reporta reacción adversa medicamentosa en caso de que se presente, en el formato de evento adversos.
- Reporta a su inmediato superior en caso de presentarse un error de medicación.
- Firma y sella el registro realizado.



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Administración de medicamentos como tratamiento terapéutico, profiláctico y paliativo.
- Administración de terapia hídrica.
- Administrar medicamentos que son ineficaces por otras vías.
- Administrar medicamentos

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Paciente no puede mantener una ingesta oral adecuada y la alimentación por sonda nasogástrica no es adecuada.

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Inexistencia de orden médica.
- Antecedentes de alergias a medicamentos.
- No aceptación por parte del paciente para la realización del procedimiento.
- Administración por vía parenteral en zonas con inflamaciones, heridas, hematomas, lesiones o infecciones cutáneas.
- Administración por vía endovenosa en venas con flebitis, esclerosis o trombosis, extremidades con derivación o fistula arterio-venosa, miembro de vaciamiento ganglionar o axilar.

6.4 COMPLICACIONES:

LOCALES

- Infiltración.
- Hematomas
- Equimosis
- Extravasación del sitio de punción

INFECCIÓN

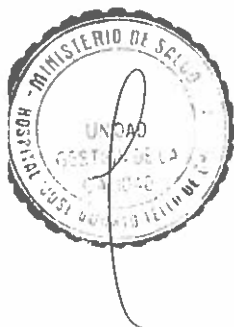
- Del sitio de punción
- Vasculares
- Flebitis

SISTÉMICAS

- Sepsis y septicemia
- Sobre carga circulatoria
- Reacciones alérgicas.

VASCULARES

- Embolia
- Embolia gaseosa
- Sobredosis y toxicidad



6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio

VII. RECOMENDACIONES

- Comprobar la identificación del paciente para garantizar la administración segura del medicamento, administrar el fármaco al paciente correcto, es comprobar siempre la identificación (brazalete, tablero de identificación, historia clínica) del paciente preguntarle "nombre y apellido"
- Comprobar por lo menos 3 veces si el fármaco es el correcto al sacarlo del empaque original.
- Verificar 2 veces la dosis farmacológica indicada antes de su administración, en caso de parecer inapropiada confirmarla.
- Verificar la vía de administración del fármaco antes de administrarla, la cual debe estar consignada en las indicaciones médicas prescritas.
- Es importante administrar el fármaco a la hora correcta pues, muchos medicamentos dependen de la constancia y regularidad de los tiempos de administración.
- Antes de administrar el medicamento se debe verificar fecha de vencimiento del fármaco al preparar el medicamento.
- Educar al usuario y la familia sobre el fármaco que se administra, y los efectos adversos que pueda provocar, resaltando la necesidad de una administración constante y oportuna.
- Generar una historia farmacológica completa, comprobando que el paciente no tome ningún medicamento ajeno al prescrito.
- Investigar si el paciente padece alergias (brazalete de identificación color rojo) y descartar interacciones farmacológicas.
- No anotar la administración de un fármaco antes de administrarlo, no debe haber enmendaduras en el registro.

VIII. ANEXOS.

- **ANEXO N°1:** Tipos de infusión intravenosa.
- **ANEXO N°02:** Hoja de monitoreo.

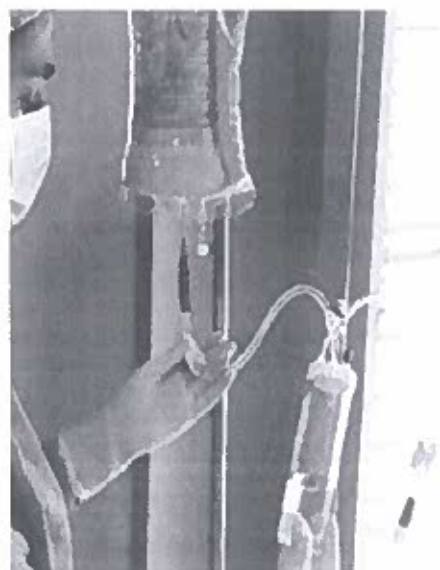


ANEXO N°1: TIPOS DE INFUSIÓN INTRAVENOSA

**Fig. 01. INFUSIÓN
INTRAVENOSA EN BOLO**



**Fig. 02. INFUSIÓN
INTRAVENOSA**



**Fig. 03 INFUSIÓN
INTRAVENOSA CONTINUA**



453

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. MINSA. Guía de Procedimiento de Enfermería: "Administración Segura de Medicamentos Endovenosos" [Internet]. 2021 [citado el 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%C2%B0%20000087-2021-DG-INSNSB%20028%20GP%20administracion%20de%20medicamentos%20edv%20VB.pdf>
2. Perú MINSA. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. GUIAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERIA [Internet]. Gob.pe.2022. RD N° 015 -2022 -DG-/HNAL. [citado el 21 de marzo de 2024]. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2798503/R.D.%20N%C2%BA%20015-2022-DG-HNAL.pdf.pdf>
3. Perú MINSA. Guía técnica de procedimientos asistenciales. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [Internet]. Gob.pe. 2022.RD. N°176-2022-DG-ICCN. [citado el 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/transparencia/app/resolution/download/4938/1>



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE CURACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC) DEL HJATCH

I. FINALIDAD:

La presente guía tiene la finalidad de cumplir con los procedimientos normativos de la institución, a fin de estandarizar las actividades del procedimiento asistencial de curación de catéter venoso central a los pacientes del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

II. OBJETIVOS:

- Brindar al profesional de enfermería conocimiento teórico sobre el mantenimiento y curaciones del catéter venoso central (CVC).
- Mejorar la calidad y seguridad del proceso de atención, identificando los riesgos y disminuyendo la incidencia de complicaciones mecánicas e infecciosas durante el uso del catéter venoso central (Irritación local, deterioro del catéter, reflujo a través del punto de punción, transmisión de infecciones).
- Estandarizar criterios de intervención en el cuidado y mantenimiento entre las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN: Esta guía de procedimiento está dirigida a toda la población de pacientes del Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el hospital José Agurto Tello de Chosica.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:



4.1 Nombre del procedimiento médico: Curación de catéter venoso central (CVC)

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA :15882.

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento. 23 min aprox

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **CURACIÓN DE CVC:** Es un procedimiento especializado que consiste en los cuidados que se debe tener durante la curación del catéter venoso central, manteniéndolo permeable y aséptico¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- **Catéter Venoso Central (CVC):** Es un tubo delgado y flexible que se introduce en una vena, por lo general debajo de la clavícula, luego se pasa el tubo hasta la vena cava superior, se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre, se puede dejar colocado durante semanas o meses para evitar la necesidad de pinchazos múltiples. Hay varios tipos de catéteres centrales de acceso venoso¹
- **Catéter:** Es un dispositivo radiopaco de poliuretano de uno o más lúmenes.¹
- **Acceso venoso central:** Es la colocación de un catéter dentro de un vaso venoso grande. Los grandes vasos venosos incluyen: vena cava superior, vena cava inferior, troncos venosos braquiocefálicos, venas yugulares internas, vena subclavia, venas ilíacas, y venas femorales comunes.¹
- **Clorhexidina:** Es una biguanida catiónica que causa la muerte microbiana mediante la disrupción de la pared celular, es muy activo contra bacterias gram positivas, gram



negativas, y virus, es menos activo contra hongos y mínimamente efectivo M. Tuberculosis.

- **Apósito Transparente:** Material terapéutico que se utiliza sobre los sitios de inserción de catéteres.
- **Flebitis:** Se define como la "inflamación de la vena".
- **Infección del punto de inserción:** Se debe valorar si es necesario recoger muestra de exudado (hisopo) para cultivo.⁴
- **Alcohol:** Mata más rápidamente los microorganismos, se produce por desnaturalización de las proteínas.¹
- **Técnica aséptica o técnica estéril,** a la estrategia utilizada en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos. La técnica estéril comprende lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico, el uso de barreras estériles (campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple (cubre-bocas) y el uso de todo el instrumental estéril) y la utilización de antiséptico para preparación de la piel o mucosas.²
- **Alcohol.** Antiséptico de amplio espectro, de acción rápida y poco efecto residual. Se usa en forma de alcohol etílico, propílico e isopropílico.²

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Lic. en enfermería
- 1 técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- **Materiales no Fungibles:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Tijera recta estéril	unid	1
Pinza de disección sin uña	unid	1
Carrito de curación	unid	1
riñonera	unid	1

- **Materiales Médicos Fungibles:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gorros descartables	unid	1
Mandilón descartable	unid	1
Guantes estériles	unid	1
Campos estériles	unid	1
Campo fenestrado	unid	1
Sobre de gasas estériles 5x 5 cm	unid	4
Alcohol 70%	ml	10ml
Apósito transparente autoadhesivo con clorhexidina	unid	1
Apósito transparente adhesivo 4x4 cm	unid	1
Mascarilla descartable	unid	1

5.3.3 FORMATOS

- Notas de enfermería (virtual)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 4min	RESPONSABLE	TIEMPO
Identificación del paciente	Personal técnico	1min
Asegurar posición cómoda del paciente	Lic. Enfermería	1min
Realizar el lavado de manos	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Colocación de materiales de bioseguridad (mandil, mascarilla, gorro, gafas de seguridad)	Lic. Enfermería Personal técnico	1min

DURANTE EL PROCEDIMIENTO 15min	RESPONSABLE	TIEMPO
Coloca materiales e insumos sobre coche de curaciones.	Personal técnico	1min
Preparar insumos y materiales sobre campo estéril	Lic. Enfermería	1min
Asistir facilitando materiales e insumos según requiera.	Personal técnico	1 min
Calzarse guantes estériles	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Remover la fijación con solución salina al 0.9% y retirar apósito transparente o Tegaderm	Lic. Enfermería	1min
Presionar la zona de punción y despegar el apósito adhesivo de afuera hacia adentro.	Lic. Enfermería	1min
Colocar campo estéril en la zona de inserción del catéter y sujetar el punto de inserción luego de retirado el apósito adhesivo, para evitar desplazamiento	Lic. Enfermería	1min
Realizar cambio de guantes estériles	Lic. Enfermería	1min
Valore y verifique la zona de inserción, la sujeción(puntos) y la integridad del catéter. Buscando signos de infección como:		

enrojecimiento, calor local, induración o secreciones.	Lic. Enfermería	1min
Realizar la limpieza de la zona de inserción con alcohol del centro a la periferie en forma circular, siendo el ultimo toque de alcohol dejar actuar durante un minuto o hasta que seque.	Lic. Enfermería	1min
Volver a verificar la integridad del catéter. Sujeción y la zona de inserción, para evitar la migración o salida accidental.	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Si existe sangrado o diaforesis excesiva colocar una torunda de gasa de aproximadamente 1cm en el sitio de inserción antes de fijar con el apósito transparente.	Lic. Enfermería	1min
Verificar la zona externa del catéter observando que no quede acodado o comprimido.	Lic. Enfermería	1min
Cubrir el sitio de punción con apósito adhesivo estéril, garantizando que el punto de inserción quede en el centro del apósito transparente, si fuera necesario utilizar otro apósito adhesivo transparente para la continuidad y las aletas intermedias se fijaran por separado.	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Rotular con fecha de inserción y fecha de curación.	Lic. Enfermería	1min

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO 4min	RESPONSABLE	TIEMPO
Dejar al paciente en posición cómoda	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Eliminar los residuos utilizados	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Realizar higiene de lavado de manos 8despues del procedimiento)	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Registrar datos de la curación en las anotaciones de enfermería de la historia clínica y formatos de seguimiento del CVC, como integridad de la piel, características de la zona de inserción, retiro del catéter, entre otros.	Lic. Enfermería	1min

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Cambio de tegader simple cada 3 días
- Cambio de tegader con clorexidina cada 7 días

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Pacientes con trastorno de coagulación
- Paciente con piel sensible
- Paciente alérgico a los tegaderes

6.3 CONTRAINDICACIONES: No aplica

6.4 COMPLICACIONES:

- Desplazamiento del catéter.
- Obstrucción del catéter.
- Ruptura del catéter.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- El procedimiento de curación del CVC debe ser realizado por uno o dos profesionales de enfermería capacitados y entrenados.
- La manipulación del CVC debe ser rigurosamente estéril y máxima asepsia.
- No cambiar rutinariamente el adhesivo estéril para prevenir infecciones, ni remover el catéter sistemáticamente ante una sola aparición de fiebre.
- El mantenimiento de CVC es responsabilidad del profesional de enfermería.
- La manipulación del CVC debe ser rigurosamente estéril y máxima asepsia.
- No aplicar pomadas antibióticas en el punto de inserción del catéter.
- Poner la fecha de los cambios en un lugar visible
- No mojar el catéter con agua en el momento que se realiza el aseo del paciente.



VIII. ANEXOS.

ANEXO N°1: TABLA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	ACCIONES DE ENFERMERÍA
Desplazamiento del catéter	- Fijar el catéter con cinta adhesiva estéril a 1cm del punto de inserción - Verifique la longitud externa del catéter. - Retire el catéter
Aparición de la humedad en los esparadrapos de fijación	- Permeabilizar/purgar el catéter antes de la colocación y verifique la integridad. - Evaluar la fijación del catéter - Proceda a retirar el catéter si se observa perforaciones.
OBSTRUCCION: Alarma de obstrucción de la bomba infusora. Retorno sanguíneo en el lumen del catéter	- Asegurar la fijación del borde del catéter sin tracción. - Permeabilice el catéter con solución salina al 0,9% - Es necesario dejar una perfusión conectada en todo momento.
Flebitis: enrojecimiento, calor, supuración, endurecimiento.	- Realice cambios de fijación con la máxima asepsia. - Retire el catéter y envíe la punta a microbiología.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Carranza A, Caro Pizarro V, Quirós Cárdenas G, Monge Badilla M, Arroyo Quirós A. Catéter venoso central y sus complicaciones. Med. leg. Costa Rica [Internet]. Ene. /Mar. 2020, [Citado el 27 de marzo de 2024], vol.37 N.1 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100074&lng=en.
2. Sosa Barrios RH, Burguera Vion V, Gomis Couto A. Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres. Nefrología al día En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). ISSN: 2659-2606. [internet], dic. 2023, [Citado el 27 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/3264>.
3. Giacomozzi LM, Silva RPVC, Danski MTR, Carreiro JE, Silva RF da, Giacomozzi CM, et al. Efectividad del ácido ascórbico y la solución salina en el acceso venoso central pediátrico: ensayo clínico aleatorizado. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [Citado el 27 de marzo 2024]; 27. Disponible: [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.88206](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.88206).
4. Granados JMS, Ayestarán OS, Salas EG, Marqués SG. Infección relacionada con el catéter venoso central. Sociedad y fundación española de cuidados intensivos pediátricos SECIP [Internet], 2021, [citado el 13 de marzo de 2024] Página 559. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40_infeccion_cateter_venoso_central.pdf

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE REVISIÓN DE CICATRIZ DE TRAQUEOTOMÍA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO DE CHOSICA

I. FINALIDAD

Proporcionar al profesional de enfermería una guía de procedimiento para la revisión de cicatriz de traqueotomía en pacientes portador de traqueotomía del Hospital José Agurto Tello De Chosica que esté basada en evidencia científica.

II. OBJETIVOS

Lograr que el profesional de enfermería tenga conocimiento teórico sobre la revisión de cicatriz de traqueotomía para mejorar la calidad, seguridad del proceso de atención, identificando los riesgos.

Disminuir la incidencia de complicaciones mecánicas, unificando criterios de actuación manteniendo una vía área funcional para el paciente portador de traqueotomía del Hospital José Agurto Tello De Chosica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación de la presente Guía de Procedimiento es la Unidad de Enfermería, está dirigida a los profesionales del Departamento de Enfermería – Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital José Agurto Tello de Chosica, que atienden paciente portador de traqueotomía.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre del procedimiento médico: Revisión de cicatriz de traqueotomía

4.2 Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA: 31830

4.3 Tiempo total aproximado del procedimiento: 18 minutos.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Revisión de Cicatriz de Traqueotomía: Es el procedimiento habitual, del cual, al retirar la cánula, el estoma se ocluye con un apósito para que cicatrice espontáneamente. La estoma suele precisar cierre quirúrgico para evitar la fuga de aire a través de la fístula. Las cicatrices defectuosas están relacionadas con el tiempo de incubación y con las complicaciones que sufrió la traqueostomía. El queloide, umbilicalización de la piel y su fijeza a la tráquea, son alteraciones cosméticas sin mayores repercusiones funcionales, pudiendo solucionarse en forma sencilla, mediante una cirugía con anestesia local¹.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

- **Insuficiencia respiratoria:** Es la manifestación de la alteración del intercambio gaseoso, tiene diversas etiologías causales¹.
- **Estenosis:** Es una secuela cicatrizal que ocasiona estrechez del lumen laríngeo y/o traqueal¹.
- **Granuloma:** Es la alteración en la cicatrización de la mucosa laríngea y/o traqueal¹.
- **Ostoma:** Es un orificio artificial creado quirúrgicamente para restablecer la función respiratoria o en otros casos digestiva¹.
- **Dehiscencia de sutura:** Es la pérdida de la continuidad de la sutura de forma precoz¹.

- **Traqueostomía:** Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de tubo en un orificio en la tráquea para su el paso de aire¹.
- **Traqueotomía:** Es una intervención en la que se realiza una incisión u orificio en la región inferior del cuello, comunicándolo desde la piel a la tráquea, pero manteniendo esta su continuidad anatómica con la laringe¹.
- **Traqueostoma:** Es un procedimiento quirúrgico que consiste en un orificio(estoma) practicado en la región antero-inferior del cuello que comunica la tráquea directamente con el exterior.¹

5.3. REQUERIMIENTOS BASICOS

5.3.1 RECURSOS HUMANO

- 1 Lic. en enfermería
- 1 técnico de enfermería

5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Pinza de disección sin uña	unid	1
Carrito de curación	unid	1
Riñonera	unid	1

Materiales

Médicos no Fungibles: No aplica

- **Materiales Médicos Fungibles:**

DESCRIPCIÓN	U.M	CANT.
Gorros descartables	unid	1
Mandilón limpio	unid	1
Guantes estériles	unid	1
Campos estériles	unid	1
Campo fenestrado	unid	1
Sobre de gasas estériles 5x 5 cm	unid	4
Alcohol 70%	ml	10ml
Mascarilla N 95	unid	1

5.3.3 FORMATOS

Anexo N° 1: Hoja de Monitoreo UCI

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 4min	RESPONSABLE	TIEMPO
Identificación del paciente	Personal técnico	1min
Asegurar posición cómoda del paciente	Lic. Enfermería	1min
Realizar el lavado de manos	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Colocación de materiales de bioseguridad (mandil, mascarilla, gorro, gafas de seguridad)	Lic. Enfermería Personal técnico	1min

DURANTE EL PROCEDIMIENTO 10 min	RESPONSABLE	TIEMPO
Coloca materiales e insumos sobre coche de curaciones.	Personal técnico	1min
Preparar insumos y materiales sobre campo estéril	Lic. Enfermería	1min
Asistir facilitando materiales e insumos según requiera.	Personal técnico	1 min
Calzarse guantes estériles	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Observar el estomago debe permanecer siempre limpio y seco para evitar maceración e infección.	Lic. Enfermería	1min
Una vez al día la piel del cuello y la que rodea la estoma se debe limpiar con agua y jabón, retirando las secreciones pegadas con ayuda de gasas o bastoncillos de algodón estériles húmedos.	Lic. Enfermería	1min
Valorar el estado de la estoma: enrojecimiento y tumefacción de la zona de incisión, fiebre, olor fétido, drenaje purulento, dolor local, malestar general, leucocitosis, edema.	Lic. Enfermería	1min
Valorar cicatrización defectuosa, retirada precoz de la sutura, seroma, fístula laríngea.	Lic. Enfermería	1min
Evaluar la estoma de la sonda de traqueostomía durante su limpieza por: signos y síntomas de infección; enrojecimiento o secreción, especialmente de color verde o amarillo, mal olor, hinchazón, descamación de la piel. El tejido de granulación es tejido nuevo que se forma al rededor del sitio de la	Lic. Enfermería	1min

traqueostomía. Lucirá rojizo/rosado y "carnoso".		
Mantener la estoma lo más seco posible para evitar su infección. Estudios recientes recomiendan el uso de apósitos especiales antimicrobianos.	Lic. Enfermería Personal técnico	1min

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO 4 min	RESPONSABLE	TIEMPO
Dejar al paciente en posición cómoda	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Eliminar los residuos utilizados	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Realizar higiene de lavado de manos después del procedimiento.	Lic. Enfermería Personal técnico	1min
Registrar datos de la curación en las anotaciones de enfermería de la historia.	Lic. Enfermería	1min

6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Intubación prolongada.
- Estenosis subglótica.
- Granuloma laringotraqueal.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Paciente con patología hematológica

6.3 CONTRAINDICACIONES

- Sangrado.
- Infección.
- Salida de secreción mucosa.
- Salida del tubo de traqueostomía.
- Infección del sitio operatorio.

6.4 COMPLICACIONES

- Fístula traqueoesofágica.
- Broncoespasmo.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Tromboembolia.
 - Paro cardio-respiratorio.



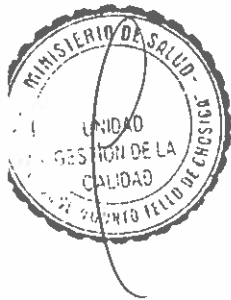
- Desorden cerebro vascular.
- Muerte.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio.

VII. RECOMENDACIONES

- Curación diaria del sitio operatorio.
- Retiro de puntos de ser suturas no absorbibles.
- Control ambulatorio por la especialidad.
- Mantener las uñas cortas y en el personal de salud femenino sin esmalte.
- Mantener las manos libres de joyas en ambientes asistenciales y sobre todo en la realización de procedimientos críticos.
- Uso de antisépticos dosis unitaria para la preparación de la piel en procedimientos quirúrgicos.
- Higiene de manos quirúrgico siguiendo la técnica y duración de la guía institucional.



VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1: Hoja de monitoreo UCI

The form is a comprehensive UCI (Intensive Care Unit) monitoring sheet. It features a large central grid for recording vital signs and other clinical data over time. The grid is organized with columns for time (from 00 to 24 hours) and rows for various parameters including temperature, heart rate, blood pressure, oxygen saturation, and respiratory rate. To the right of the grid, there are three human body diagrams for recording specific findings: one for the head/neck area, one for the chest/abdomen area, and one for the lower body area. Below the grid, there are several administrative and clinical summary sections. These include a 'BALANCE HÍDRICO' (Fluid Balance) section with fields for intake and output, a 'MONITOREO' (Monitoring) section with checkboxes for various clinical observations, and a 'VEINTIQUATRO HORAS' (Twenty-four hours) section for a daily summary. The form also includes fields for patient identification, date, and time.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú.MINSA. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. GUIAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERIA [Internet]. Gob.pe.2022. RD N° 015 -2022 -DG-/HNAL. [citado el 21 de marzo de 2024]. Disponible en <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2798503/R.D.%20N%C2%BA%20015-2022-DG-HNAL.pdf.pdf>



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE VERIFICACIÓN Y/O CONTROL DE LA PERMEABILIDAD DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) TUNELIZADO INSERTADO CENTRALMENTE EN PACIENTES ADULTOS DEL HJATCH

I. FINALIDAD

Estandarizar y unificar criterios técnicos en la actuación del profesional de enfermería en la verificación y/o control de la permeabilidad del catéter venoso central (CVC) tunelizado insertado centralmente en pacientes adultos, que son atendidos en el servicio de cuidados intensivos, del Hospital José Agurto Tello de Chosica, contribuyendo en brindar una atención segura y de calidad.

II. OBJETIVOS

- Asegurar la atención con calidad en el proceso de verificación y/o control de la permeabilidad del catéter venoso central (CVC) tunelizado insertado centralmente, disminuyendo riesgos y complicaciones.
- Brindar al profesional de enfermería conocimiento teórico sobre verificación y/o control de la permeabilidad del catéter venoso central (CVC) tunelizado insertado centralmente en pacientes adultos.
- Promover practicas seguras estandarizadas en la permeabilización de los lúmenes reduciendo el riesgo bacteriemia asociado a CVC.
- Mejorar la calidad y seguridad del proceso de atención, identificando los riesgos y disminuyendo la incidencia de complicaciones mecánicas e infecciosas durante el uso del catéter venoso central (CVC).

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía de procedimiento está dirigida a toda la población de pacientes del Departamento de Enfermería, servicio de Unidad de Cuidados Intensivos el hospital José Agurto Tello de Chosica que atienden pacientes adultos portadores del Catéter Venoso Central (CVC).

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

- 4.1 **Nombre del procedimiento médico:** Verificación y/o control de la permeabilidad del catéter venoso central (CVC) tunelizado insertado centralmente.
- 4.2 **Código CPMS R.M. N° 550-2023/MINSA:** 36598.01
- 4.3 **Tiempo total aproximado del procedimiento:** 27 minutos

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Verificación Y/O Control De La Permeabilidad Del CVC Tunelizado Insertado Centralmente:** Es un procedimiento especializado que consiste en los cuidados que se debe tener durante la permeabilización de los lúmenes del CVC.¹

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

- Catéter venoso central:

Es un dispositivo que permite el acceso al torrente sanguíneo a nivel central con el fin de administrar medicamentos, fluidoterapia, nutrición parenteral total o para monitorización hemodinámica o hemodiálisis ¹

- **Catéter venoso central tunelizada o vía central tunelizada:** Se trata de un CVC que se inserta mediante una técnica de imagen (ecografía y radioscopia de elección, mínimo recomendado con ecografía) y que consta de una porción intravenosa, una porción subcutánea y una externa. Suelen presentar un manguito o cuff de dacron o poliuretano que promueve la reacción fibrótica del tejido subcutáneo a su alrededor, impidiendo la movilización del catéter y la entrada de bacterias. Suelen estar hechos de materiales más flexibles que los temporales, como poliuretano o carbotano y pueden ser dobles en su totalidad o único con doble luz en su interior. Los catéteres varían en tamaño, grosor, número de orificios y longitud, y no requieren de un período de maduración mínimo, aunque es muy conveniente diferir su uso 24 horas tras la implantación para evitar el desplazamiento de la punta. ²

- **Técnica de lavado push – stop – push con presión positiva:** El CVC debe mantenerse permeable mediante un flush, procedimiento que consiste en enjuagar la luz del catéter antes y después de la administración de cualquier sustancia, con una infusión de 0,5 ml de solución salina al 0,9% (SS 0,9%) y con una técnica de remolino, aplicando una ligera presión y utilizando una jeringa de 10 ml. ³

- Bacteriemia asociada a catéter:

Los microorganismos más frecuentes causantes de infección relacionada con catéteres intravasculares son los microorganismos de la flora cutánea, que colonizan tanto la luz como la parte externa del catéter, y tienen capacidad para formar biofilms. ⁵

La superficie del catéter favorece la adhesión de las bacterias, las cuales producen a su vez una bicapa que las recubre y protege de los mecanismos de defensa del huésped y de los antimicrobianos

Oclusión del catéter: Imposibilidad de infundir fármacos y fluidos o extraer sangre del catéter ⁵

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSO HUMANO

- 1 Lic. en enfermería especialista
- 1 técnico de enfermería



5.3.2 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- Equipos Biomédicos, Instrumental y mobiliario

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Mesa de curaciones	unidad	1
Riñonera	unidad	1

- Material Médico no Fungible: No aplica

- Material Médico Fungible

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Jeringas se 10 ml	unidad	3
Gasas 10x10	paquete	1
Llave triple vía	unidad	3
Mascarilla N95	unidad	2
Guantes estéril N° 7	unidad	2
Mandil descartable	unidad	1
Gafas de seguridad	unidad	1
Campo estéril	unidad	1
Esparadrapo	cm	60

Medicamentos.

DESCRIPCIÓN	U.M.	CANTIDAD
Cloruro de sodio 0.9 % 100 ml	unidad	1
Alcohol etílico 70 %	ml	20

5.3.3 FORMATOS

- Hoja de monitoreo UCI
- Notas de enfermería (sistema informático)

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

ANTES DEL PROCEDIMIENTO 5MIN	RESPONSABLE	TIEMPO
Identificación del paciente.	Personal técnico	1 min.
Asegurar posición cómoda del paciente	Lic. De Enfermería	1 min.
Explicar al paciente sobre procedimiento a realizar en paciente consciente.	Lic. De Enfermería	1 min.
Realizar lavado de manos	Personal técnico Lic. De Enfermería	1 min.

Colocación de elementos de EPP: mandil, mascarilla quirúrgica, guantes, gafas de seguridad.	Personal técnico Lic. De Enfermería	1 min.
DURANTE EL PROCEDIMIENTO 18 min	RESPONSABLE	TIEMPO
Colocar materiales e insumos sobre coche de curaciones.	Personal técnico	1 min.
Prepara insumos y materiales sobre campo estéril.	Lic. De Enfermería	1 min.
Asistir facilitando materiales e insumos según requiera Lic. de enfermería	Personal técnico	
Retirar las gasas de protección de lúmenes, valore visualmente condición de los lúmenes y realice limpieza externa de lúmenes y llaves con gasas mojadas con alcohol etílico 70 %.	Lic. De Enfermería	1 min.
Retírese los guantes y cálcese nuevamente guantes estériles.	Lic. De Enfermería	30 seg.
Cargue las 3 jeringa con 10 cc. de solución salina al 0.9 % y colóquelo en la riñonera.	Lic. De Enfermería	30 seg.
Abra el clamp del primer lumen del CVC, retire la tapa de la llave de triple vía, coloque la jeringa y proceda a infundir la solución salina con la técnica "push-stop-push" o lavado intermitente, que consiste en la inyección repetitiva de cortas pulsaciones (p. ej., 1 ml) seguidas de una breve pausa con el fin de crear turbulencia dentro de la luz del catéter venoso central. No fuerce, cuando termine cierre el clamp del lumen, cierre la llave triple vía, desenrosque la jeringa y coloque la tapa de la llave de triple vía.	Lic. De Enfermería	3 min
Repita el procedimiento en cada lumen según en caso (total 3 lúmenes)	Lic. De Enfermería	6 min
Limpie el extremo del catéter nuevamente con gasa con alcohol etílico al 70 %, de ser necesario puede cambiarse las llaves de triple vía previamente permeabilizado, recuerde clampar el lumen antes de realizarlo.	Lic. De Enfermería	2 min
Coloque nuevamente las gasas de protección limpias sobre los lúmenes y llaves, recuerde rotular cada lumen según sea el caso (proximal, medial, distal).	Lic. De Enfermería	3 min
DESPUES DEL PROCEDIMIENTO 4min	RESPONSABLE	TIEMPO
Brinde comodidad y confort al paciente dejándolo en posición cómoda.	Personal técnico Lic. De Enfermería	1 min
Eliminación correcta de los desechos	Personal técnico	30 seg
Retírese el EPP y elimine lo necesario	Personal técnico Lic. De Enfermería	30 seg
Lavase las manos con la técnica correcta	Personal técnico Lic. De Enfermería	1 min
Registre el procedimiento.	Lic. De Enfermería	1 min



6.2 INDICACIONES

6.2.1 INDICACIONES ABSOLUTAS:

- Se realiza diariamente antes de la administración de tratamiento endovenoso.

6.2.2 INDICACIONES RELATIVAS:

- Después del término de medicamentos como vasopresores, inotrópicos, insulina, sedo analgésicos, etc.
- Después de la administración de hemoderivados, NPT
- Después de la toma de muestra sanguínea
- Antes de la medición de PVC

6.3 CONTRAINDICACIONES: No aplica

6.4 COMPLICACIONES

- Desplazamiento del catéter.
- Obstrucción del catéter.
- Ruptura del catéter.

6.5 NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Según NT N°021-MINSA/DGSO-V.03, la prestación de atención está dentro del Nivel II-2 del Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello, por lo cual la aplicación es obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en nuestro nosocomio

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar el procedimiento con técnica aséptica.
- No realizar procedimientos con contraste a través del catéter
- No realizar venopunción en el miembro donde se ubica el catéter salvo que se realice debajo del catéter.
- El método de irrigación al permeabilizar es extremadamente importante. Al utilizar un flujo turbulento que empuje y se detenga la vía interna del catéter se limpia y menos probable que la sangre se acumule y se deteriore el CVC.
- No administrar en forma continua medicamentos que sean incompatibles por riesgo de precipitación, obstrucción del catéter e inactivación del medicamento.
- Evitar acodamientos del catéter y equipo de infusión.
- Vigilar posibles desconexiones accidentales.
- Rotular los lúmenes para mejor identificación (proximal, medial, distal) y evitar confusión en la administración del tratamiento.
- Vigilar signos de infección.
- Al retirar alguna droga vasoactiva o insulina extraerlo con una jeringa hasta ver retorno de sangre, luego lavar con solución salina para evitar infundir un bolo de dicho medicamento.
- Verificar que los lúmenes del CVC que no estén en uso se encuentren con el clamp cerrado y la llave de triple vía se encuentre cerrada para el paciente.

VIII. ANEXO

Anexo 1: Hoja de Monitoreo UCI

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Carranza A, Caro Pizarro V, Quirós Cárdenas G, Monge Badilla M, Arroyo Quirós A. Catéter venoso central y sus complicaciones. Med. leg. Costa Rica [Internet], Ene. /Mar. 2020, [Citado el 27 de marzo de 2024], vol.37 N.1 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100074&lng=en.
2. Sosa Barrios RH, Burguera Vion V, Gomis Couto A. Accesos Vasculares Percutáneos: Catéteres. Nefrología al día En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). ISSN: 2659-2606. [internet], dic. 2023, [Citado el 27 de marzo de 2024] Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/3264>.
3. Giacomozzi LM, Silva RPVC, Danski MTR, Carreiro JE, Silva RF da, Giacomozzi CM, et al. Efectividad del ácido ascórbico y la solución salina en el acceso venoso central pediátrico: ensayo clínico aleatorizado. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [Citado el 27 de marzo 2024]; 27. Disponible: [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.88206](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.88206).
4. Granados JMS, Ayestarán OS, Salas EG, Marqués SG. Infección relacionada con el catéter venoso central. Sociedad y fundación española de cuidados intensivos pediátricos SECIP [Internet], 2021, [citado el 13 de marzo de 2024] Página 559. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/40_infeccion_cateter_venoso_central.pdf
5. Ávila R. 2 Estrategias clave para evitar oclusiones trombóticas - Campus Vygon España [Internet]. Campus Vygon España. 2021 [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://campusvygon.com/es/oclusion-trombotica/>



