



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital Lima Este Vitarte



GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV

ROL	A CARGO DE	V° B°
ELABORACIÓN	Departamento de Enfermería	
REVISIÓN	Oficina de planeamiento, presupuesto y modernización.	
	Oficina de calidad en salud	
	Oficina de Asesoría jurídica	
APROBACIÓN	Dirección del Hospital	

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

Control de Cambios

VERSIÓN	PUNTOS MODIFICADOS	FECHA
01	Versión Inicial	ENERO-2026
02		
03		

EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE

Dr. Ciro Liberato Ramón
Director General

Mg. Jhordania Fideléhi, Padilla Guerra.
Jefe de la oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

Grupo Elaborador de la Guía Técnica: Guía de procedimiento asistencial inserción, mantenimiento y retiro del catéter venosos periférico en pacientes hospitalizados del Departamento de Enfermería del HLEV.

Nombre	Cargo
Lic. Norma L. Simón Quito	Jefa del Departamento de Enfermería
Mg. Karla B. Bazán Trujillo	Jefa de la Unidad Funcional de enfermería De Emergencia
Dra. Margoth J. De la Cruz Salazar	Asesora técnica en normativas y protocolos del Departamento de enfermería.
Dr. Carlos Guzmán Huaraca Carhuaricra	Asesor técnico en normativas y protocolos del Departamento de enfermería.

INDICE

Indice.....	4
Introducción	5
Abreviaturas y Siglas	7
TÍTULO.....	8
I. FINALIDAD	8
II. OBJETIVOS.....	8
2.1. General	8
2.2. Específicos	8
III. AMBITO DE APLICACIÓN.....	9
3.1. Alcance	9
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR	10
1. CONSIDERACIONES GENERALES	10
1.1. DEFINICIÓN	11
1.2. DEFINICIONES OPERATIVAS	12
2. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS	14
2.1. INTERACCION DIAGNOSTICA:	14
2.1.1. VINCULACIÓN DIAGNÓSTICA	15
2.1.2. VINCULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CON LAS INTERVENCIONES	16
2.2. VINCULOS DE RESULTADOS.....	17
2.3. COMPONENTES O FACTORES DE PRODUCCIÓN.....	19
2.3.1. Recurso Humano	19
2.3.2. Insumos.....	19
2.3.3. Equipamiento	19
2.3.4. Material fungible	20
2.3.5. Material no Fungible	20
2.3.6. Medicamentos	20
3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	20
3.1. INICIO DEL PROCEDIMIENTO	20
3.2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO	21
3.3. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	21
4. INDICACIONES.	31
5. CONTRAINDICACIONES	32
6. COMPLICACIONES.....	33
7. RECOMENDACIONES	34
9. ANEXOS	35
V. BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCIÓN

La introducción de una guía de procedimiento asistencial en el retiro de catéteres (CVP, CVC, Sonda Foley, SNG, SOG) en pacientes hospitalizados se fundamenta en el impacto que tienen estos dispositivos sobre la seguridad del paciente, la calidad del cuidado enfermero y la prevención de complicaciones. Los dispositivos invasivos, aunque esenciales en el soporte terapéutico de pacientes hospitalizados, se asocian con una significativa carga de morbilidad por complicaciones infecciosas y mecánicas, siendo el personal de enfermería el actor responsable tanto del monitoreo constante como de la ejecución rigurosa de su retiro siguiendo prácticas basadas en la mejor evidencia disponible (1).

El uso de catéteres venosos periféricos (CVP), centrales (CVC), sondas Foley, nasogástricas (SNG) y orogástricas (SOG) permite desde el acceso a tratamientos vitales hasta el aseguramiento de funciones corporales esenciales, como el drenaje urinario y la alimentación enteral. Diversos estudios muestran que aproximadamente el 70% de los pacientes internados reciben algún tipo de acceso venoso, de los cuales más del 10% corresponde a CVC, con un aumento de infecciones asociadas en los últimos años. Dichos dispositivos, si bien cumplen funciones críticas, deben ser retirados tan pronto como se justifique clínicamente, con el fin de limitar riesgos de eventos adversos tales como infecciones nosocomiales, trombosis, migración o perforación de tejidos, lesiones de mucosa y daño vascular (2).

La retirada de estos dispositivos constituye una intervención autónoma y de alta responsabilidad de enfermería, siendo vital garantizar la seguridad del proceso tanto para el paciente como para el personal. La literatura científica y las guías de práctica clínica recientes enfatizan que la formación continua, la aplicación sistemática de normas de bioseguridad, el uso correcto de equipos de protección y la documentación exhaustiva son componentes críticos del éxito en esta práctica. Sin la existencia de criterios unificados y estandarizados en la práctica clínica, aumenta el riesgo de errores, prolongaciones innecesarias de la utilización de dispositivos y complicaciones prevenibles, cuyo impacto deriva en mayor estancia hospitalaria y costos, además de afectar la experiencia y recuperación del paciente (1).

Los riesgos asociados al uso prolongado o al retiro inadecuado de catéteres y sondas incluyen infección, trombosis, daño del tejido, hemorragias, discomfort, prolongación de la estancia hospitalaria, aumento de costos, y en casos extremos, morbimortalidad. En particular, para los catéteres venosos periféricos o centrales la literatura enfatiza que uno de los principales factores de riesgo de infección es la permanencia del dispositivo más tiempo del necesario o la presencia de signos locales de flebitis, infiltración, o falla funcional. Las guías de control de infecciones, como las del *CDC*, recomiendan retirar los catéteres vasculares periféricos si aparecen signos de flebitis, infección, o mal funcionamiento (3).

Respecto a la sonda urinaria (SF), la evidencia reciente subraya la importancia de una revisión diaria de la necesidad de mantener el catéter urinario para prevenir infecciones asociadas al mismo (CAUTI por sus siglas en inglés). La remoción temprana de estos catéteres cuando ya no son necesarios se relaciona con una menor incidencia de

infección del tracto urinario, menor morbilidad, una estancia hospitalaria más breve y menor costo sanitario (4).

En el caso de las sondas nasogástricas y orogástricas (SNG/SOG), su uso es común para alimentación, succión o descompresión gastrointestinal. No obstante, también están implicadas en molestias al paciente, riesgo de lesión de mucosa nasal/oral, desplazamientos inadvertidos y riesgo de aspiración si su retiro o mantenimiento no se realizan conforme a prácticas seguras. Guías institucionales y de salud pública recientes resaltan que debe verificarse siempre la necesidad clínica, la funcionalidad y el buen posicionamiento antes de decidir su retiro (5).

Adicionalmente, la competencia del personal de enfermería, la capacitación continua, la disponibilidad de protocolos escritos, el adecuado material estéril o aséptico, y la cultura institucional de seguridad son determinantes para que este tipo de procedimientos se realicen con éxito. Instituciones como la *Oncology Nursing Society* han actualizado sus “Access Device Guidelines” (2023) para incorporar evidencia más reciente sobre diseño de catéteres, antisepsia, mantenimiento, y remoción de dispositivos de acceso vascular (6).

A la luz de este panorama, la presente guía técnica responde a la necesidad de estandarizar el procedimiento asistencial de enfermería para el retiro seguro y eficiente de catéteres y sondas en pacientes hospitalizados, alineándose con las mejores prácticas y recomendaciones más actuales. La estandarización no solo favorece la reducción de complicaciones, sino que eleva la calidad y seguridad del proceso asistencial, disminuye la variabilidad en la atención y posibilita una mayor adherencia a los indicadores de calidad y buenas prácticas clínicas nacionales e internacionales. Así, su aplicación es clave para la mejora continua de la atención enfermera y el fortalecimiento del sistema de salud hospitalario (2).

Abreviaturas y Siglas

CVP:	Catéter Venoso Periférico
CVC:	Catéter Venoso Central
SF:	Sonda Foley
SNG:	Sonda Nasogástrica
SOG:	Sonda Orogástrica
HLEV:	Hospital de Lima Este - Vitarte
IV:	Intravenoso
IAAS:	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
CAUTI:	Catheter Associated Urinary Tract Infection (Infección urinaria asociada a catéter)
CRBSI:	Catheter-Related Bloodstream Infection (Infección del torrente sanguíneo relacionada con catéter)
PICC:	Peripherally Inserted Central Catheter (Catéter venoso central de inserción periférica)
NANDA:	North American Nursing Diagnosis Association
NIC:	Nursing Interventions Classification
NOC:	Nursing Outcomes Classification
OMS:	Organización Mundial de la Salud
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
INS:	Infusion Nurses Society
CVL:	Central Venous Line (Línea venosa central)
PRN:	Pro re nata (medicación según necesidad)
RN:	Registered Nurse (Enfermera/o Registrada/o)

TÍTULO: GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV.

I. FINALIDAD

Establecer un marco de actuación estandarizado y seguro para el retiro de catéteres venosos periféricos (CVP), catéteres venosos centrales (CVC), sondas vesicales Foley (SF), sondas nasogástricas (SNG) y sondas orogástricas (SOG) en pacientes hospitalizados del Departamento de Enfermería del Hospital de Lima Este - Vitarte (HLEV). Su propósito es garantizar que los procedimientos se realicen bajo criterios basados en la mejor evidencia científica, minimizando riesgos de complicaciones, previniendo infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y promoviendo una recuperación más rápida y segura para el paciente.

II. OBJETIVOS

2.1. General

Establecer un protocolo técnico estandarizado para el retiro seguro y oportuno de catéteres venosos periféricos (CVP), catéteres venosos centrales (CVC), sonda Foley (SF), sonda nasogástrica (SNG) y sonda orogástrica (SOG) en pacientes hospitalizados del Departamento de Enfermería del HLEV, con el fin de reducir complicaciones asociadas a la atención en salud, fortalecer la seguridad del paciente y optimizar el uso de recursos hospitalarios.

2.2. Específicos

- Definir los criterios clínicos que indiquen el momento oportuno para retirar catéteres y sondas, considerando evidencia científica y guías internacionales de práctica clínica.
Justificación: la permanencia innecesaria de estos dispositivos aumenta la incidencia de infecciones urinarias, bacteriemias y complicaciones locales.
- Estandarizar las técnicas de retiro de CVP, CVC, SF, SNG y SOG, asegurando que se apliquen medidas de bioseguridad y prevención de infecciones durante el procedimiento.
Justificación: la técnica aséptica reduce significativamente el riesgo de infecciones asociadas a catéter (CRBSI y CAUTI).
- Fortalecer la capacidad de decisión del personal de enfermería, otorgándole pautas claras para determinar de manera autónoma el retiro de dispositivos invasivos, siempre bajo lineamientos institucionales y en coordinación con el equipo de salud.
Justificación: protocolos liderados por enfermería reducen los días de uso de dispositivos y las tasas de complicaciones.
- Garantizar la seguridad y el confort del paciente durante y después del procedimiento, considerando aspectos de analgesia, control del dolor, cuidado de la piel y comunicación efectiva con el paciente y la familia.

Justificación: el cuidado centrado en la persona es un indicador clave de calidad en enfermería.

- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica, homogeneizando el procedimiento en todos los servicios del HLEV y promoviendo la mejora continua de los estándares de atención.

Justificación: la variabilidad asistencial es una de las principales causas de errores clínicos prevenibles.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

3.1. Alcance

Esta guía técnica se aplica en el Departamento de Enfermería del Hospital de Lima Este – Vitarte (HLEV) y tiene un alcance institucional y clínico, orientado a todo el personal de enfermería responsable del cuidado directo de pacientes hospitalizados que requieran el retiro de catéteres venosos periféricos (CVP), catéteres venosos centrales (CVC), sonda Foley (SF), sonda nasogástrica (SNG) y sonda orogástrica (SOG).

El alcance abarca los diferentes servicios hospitalarios en los que se emplean estos dispositivos, incluyendo:

- Unidad de hospitalización de medicina interna.
- Unidad de cirugía.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Servicios de emergencia.
- Áreas pediátricas y neonatales, en los casos que correspondan.

Asimismo, está dirigido a pacientes adultos y pediátricos hospitalizados que requieren la instalación y posterior retiro de catéteres o sondas, siempre bajo criterios clínicos de necesidad, seguridad y pertinencia. La aplicación de la guía considera la diversidad de condiciones clínicas del paciente y la valoración profesional de enfermería, reconociendo que el retiro de dispositivos invasivos debe realizarse tan pronto como su uso deje de ser indispensable, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sobre prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

El alcance de esta guía también incluye la responsabilidad de la formación continua del personal de enfermería, de manera que la capacitación y actualización en técnicas seguras de retiro de dispositivos se consolide como parte de la práctica asistencial estandarizada. Este marco de actuación contribuye a la mejora de la calidad, disminución de la variabilidad clínica y fortalecimiento de la seguridad del paciente en todos los niveles del hospital.

Por último, el alcance no solo se limita al acto técnico del retiro del dispositivo, sino también a la valoración previa, el monitoreo posterior, la educación del paciente y su familia respecto al cuidado de la zona de

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

inserción y los signos de alarma que deben vigilarse. De esta manera, se promueve un enfoque integral que trasciende la técnica y pone en el centro el bienestar del paciente.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR

NOMBRE Y CODIGO : Retiro de catéter (CVP, CVC, SF, SNG, SOG).
 VERSIÓN : 01
 Tiempo del procedimiento : 17 minutos Aprox.

Procedimiento de acuerdo al CPMS	Código CPMS
Retiro de catéter (CVP, CVC, SF, SNG, SOG)	15859

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Estas consideraciones para el retiro de catéteres y sondas en pacientes hospitalizados son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y la calidad en la atención. Se deben contemplar aspectos de indicación, valoración integral, técnica aséptica, medidas preventivas de complicaciones y el registro documental, todo ajustado a los más altos estándares y a las recomendaciones recientes de la evidencia científica (1). El retiro de un catéter o sonda debe realizarse únicamente cuando se haya alcanzado el objetivo terapéutico, existan complicaciones locales o sistémicas (infección, flebitis, obstrucción, extravasación, mal funcionamiento), o el dispositivo deje de ser necesario para el paciente. No debe retirarse de manera arbitraria ni programada, excepto en casos definidos por protocolos clínicos o indicación médica explícita (1).

Antes de retirar cualquier dispositivo, la enfermera debe verificar la justificación clínica y la indicación médica, evalúa el estado del paciente y del acceso/dispositivo (presencia de signos de infección, irritación, dificultades mecánicas), e informar siempre al paciente sobre el procedimiento para reducir ansiedad y favorecer su colaboración (7).

La manipulación y retiro de catéteres y sondas debe efectuarse siguiendo una estricta técnica aséptica: lavado higiénico de manos, uso obligatorio de guantes y, según el tipo de dispositivo y condición del paciente, empleo de mascarilla o EPP complementario. Se recomienda tener preparados insumos como gasas estériles, apósitos y antisépticos para reducir el riesgo de infecciones asociadas al procedimiento (2).

Tras el retiro, debe confirmarse la integridad del dispositivo, observar la zona de punción o inserción, efectuar el control de signos vitales, aplicar presión local o realizar aseo, según el tipo de dispositivo. Es crucial valorar la aparición temprana de signos de sangrado, dolor, extravasación, broncoaspiración, retención urinaria, entre otras complicaciones específicas, así como dejar al paciente en posición segura hasta asegurar su estabilidad (7)

El procedimiento debe ser documentado rigurosamente en la historia clínica: motivo, fecha, hora, tipo, calibre, integridad del dispositivo, personal responsable y observaciones relevantes. Además, si se presenta alguna complicación durante el retiro, esta debe quedar registrada y comunicada al equipo asistencial (7).

1.1. DEFINICIÓN

El retiro de dispositivos invasivos en pacientes hospitalizados es un procedimiento asistencial de enfermería que consiste en la extracción planificada y segura de catéteres venosos periféricos (CVP), catéteres venosos centrales (CVC), sondas urinarias tipo Foley (SF), sondas nasogástricas (SNG) y sondas orogástricas (SOG), una vez que han cumplido su propósito terapéutico, diagnóstico o de soporte clínico.

Se define como un proceso sistemático y protocolizado que incluye tres fases principales:

- Valoración previa: identificación de la necesidad clínica del dispositivo, evaluación de la indicación médica y del estado del paciente.
- Ejecución del retiro: aplicación de técnicas asépticas y seguras que prevengan complicaciones locales o sistémicas, siguiendo criterios de bioseguridad.
- Monitoreo posterior: observación de la zona de inserción, vigilancia de signos de infección, hemorragia, dolor o disfunción, además de la educación al paciente y familia sobre cuidados posteriores.

El concepto de “retiro de catéter y sonda” se enmarca en la práctica profesional de enfermería, sustentada en estándares internacionales de seguridad del paciente. Su finalidad principal es reducir riesgos asociados a la permanencia innecesaria de dispositivos invasivos, ya que se ha demostrado que el uso prolongado de catéteres y sondas aumenta el riesgo de infecciones, complicaciones mecánicas y prolongación de la estancia hospitalaria (8; 9).

De acuerdo con la Infusion Nurses Society (INS), el retiro de catéteres debe realizarse en cuanto el acceso vascular deja de ser necesario o ante la presencia de signos de complicación, mientras que las guías del CDC (10) y la OMS (11) recomiendan la extracción inmediata de sondas urinarias y digestivas cuando ya no cumplen función terapéutica, con el fin de disminuir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y mejorar la recuperación del paciente.

En el marco de la práctica clínica en el Hospital de Lima Este – Vitarte (HLEV), esta definición se alinea con la responsabilidad del profesional de enfermería en brindar un cuidado integral, seguro, humanizado y centrado en el paciente hospitalizado.

1.2. DEFINICIONES OPERATIVAS

Término	Definición
Catéter venoso periférico (CVP)	Dispositivo corto y flexible que se introduce en una vena superficial de la extremidad superior, destinado a la administración de soluciones, medicamentos o fluidos. Se retira cuando deja de ser necesario o ante signos de flebitis, extravasación o infección local.
Catéter venoso central (CVC)	Dispositivo de mayor longitud introducido en venas centrales (yugular interna, subclavia o femoral) con la punta ubicada en la vena cava superior. Se utiliza para terapias prolongadas, administración de medicamentos vesicantes o monitorización hemodinámica, y debe retirarse ante sospecha de infección, complicaciones mecánicas o finalización del tratamiento.
Sonda Foley (SF)	Catéter urinario de drenaje a vejiga, provisto de un balón inflable que lo fija en posición. Se indica en retención urinaria, monitoreo estricto de diuresis o cuidados perioperatorios, y se retira tan pronto como la condición clínica del paciente lo permita.
Sonda nasogástrica (SNG)	Tubo flexible introducido por la nariz hasta el estómago, empleado para descompresión gástrica, administración de medicamentos o nutrición enteral. Su retiro procede cuando el tránsito digestivo se restablece o cuando hay intolerancia o complicaciones locales.
Sonda orogástrica (SOG)	Tubo flexible insertado a través de la cavidad oral hasta el estómago, utilizado en pacientes intubados, neonatos o en casos de obstrucción nasal. Se retira al recuperar vía oral o al alcanzar la indicación terapéutica.
Retiro de dispositivo invasivo	Proceso asistencial de enfermería que implica la extracción segura y aséptica de un catéter o sonda tras cumplir su función, incluyendo fases de valoración, ejecución técnica y monitoreo posterior.
Infección asociada a catéter (CRBSI)	Infección del torrente sanguíneo confirmada por cultivo, atribuida a la permanencia de un catéter intravascular, prevenible mediante el retiro oportuno y técnicas seguras.

Término	Definición
Infección urinaria asociada a catéter (CAUTI)	Infección del tracto urinario que se desarrolla en pacientes con sonda vesical instalada, cuya prevención depende de su retiro precoz y de la higiene en la manipulación.
Bioseguridad	Conjunto de prácticas, medidas y protocolos aplicados en el retiro de catéteres y sondas para evitar exposición a fluidos biológicos, prevenir infecciones cruzadas y proteger tanto al paciente como al personal.
Protocolo de retiro	Documento normativo que estandariza los pasos, materiales, condiciones y criterios clínicos para la extracción segura de dispositivos invasivos en un servicio hospitalario.
Complicaciones mecánicas	Alteraciones producidas por el catéter o la sonda como obstrucción, desplazamiento, rotura, extravasación o lesión de la mucosa, que obligan al retiro inmediato.
Complicaciones infecciosas	Procesos inflamatorios o sépticos locales y sistémicos relacionados con la permanencia prolongada de un dispositivo, manifestados por fiebre, secreción purulenta o eritema.
Cuidado post-retiro	Conjunto de acciones de enfermería orientadas a vigilar la evolución del sitio de inserción tras el retiro de un dispositivo, incluyendo control de sangrado, prevención de infección y educación al paciente.
Autonomía de enfermería	Capacidad del profesional de enfermería para evaluar y ejecutar de forma independiente el retiro de dispositivos, bajo criterios basados en guías y protocolos institucionales.
Evaluación clínica	Proceso de valoración del estado del paciente y la indicación del dispositivo, que guía la decisión de mantenerlo o retirarlo.
Registro de enfermería	Documento en la historia clínica donde se consigna el procedimiento de retiro, condiciones del dispositivo, estado del paciente y observaciones relevantes.
Paciente hospitalizado	Persona que permanece en un establecimiento de salud por más de 24 horas y que requiere atención integral, incluyendo procedimientos de instalación y retiro de dispositivos invasivos.

Término	Definición
Educación al paciente y familia	Estrategia de comunicación y orientación sobre los cuidados posteriores al retiro de catéteres y sondas, enfatizando la detección de signos de alarma como fiebre, dolor, sangrado o secreción.
Indicaciones médicas	Órdenes clínicas emitidas por el médico tratante sobre el uso y permanencia de un dispositivo, las cuales orientan la práctica del equipo de enfermería.
Estandarización	Proceso mediante el cual se unifica la práctica de enfermería en torno al retiro de dispositivos, reduciendo variabilidad y errores, y fortaleciendo la seguridad del paciente.

2. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

2.1. INTERACCION DIAGNOSTICA:

La décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud es la más reciente por ello se brinda los respectivos nombres de las enfermedades y su código a la guía que se desea implementar.

Se nombra las siguientes patologías.

Nombre	CIE-10
Infección urinaria asociada a catéter	N39.0
Retención urinaria no especificada	R33.9
Hematuria no especificada	R31.9
Lesión de uretra iatrogénica	N36.8
Complicación mecánica de catéter urinario	T83.0
Infección de vías urinarias baja	N30.0
Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter	T80.2
Flebitis y tromboflebitis de venas superficiales	I80.0
Extravasación de líquidos por catéter	T80.1
Shock séptico	A41.9
Sepsis relacionada con dispositivo intravascular	T82.7
Complicación mecánica de catéter venoso central	T82.5
Obstrucción intestinal por sonda nasogástrica	K56.6
Neumonía por aspiración de contenido gástrico	J69.0
Hemorragia digestiva no especificada	K92.2
Náuseas y vómitos por irritación gástrica	R11.0
Complicación de sonda nasogástrica/orogástrica	T85.5
Dolor abdominal inespecífico asociado a dispositivos	R10.4
Infección local de sitio de inserción	L02.2

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

2.1.1. VINCULACIÓN DIAGNÓSTICA

La NANDA Internacional en su versión de 2024-2026, es también conocida como la 13ª edición de NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, fue lanzada en abril de 2024 proporciona una terminología estandarizada de los diagnósticos de enfermería y presenta sus diagnósticos en un esquema de clasificación, más específicamente una taxonomía de acuerdo con los 13 dominios (12).

Diagnóstico propuesto	Código
Riesgo de infección	00004
Integridad tisular deteriorada	00044
Deterioro de la integridad cutánea	00046
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00047
Dolor agudo	00132
Dolor crónico	00133
Riesgo de lesión	00035
Riesgo de sangrado	00206
Ansiedad	00146
Temor	00148
Conocimientos deficientes (sobre el manejo del dispositivo)	00126
Riesgo de aspiración	00039
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	00025
Retención urinaria	00023
Eliminación urinaria deteriorada	00016
Riesgo de estreñimiento	00015
Náuseas	00134
Riesgo de lesión	00035
Riesgo de reacción alérgica	00214
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	00296

2.1.2. VINCULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CON LAS INTERVENCIONES

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) en su octava edición, tiene 565 intervenciones organizada en 7 dominios y 30 clases. Es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería para la planificación de los cuidados en distintas situaciones (13).

Diagnóstico de Enfermería	Código	Intervenciones NIC
Riesgo de infección	00004	- Control de infecciones (6540) - Protección contra infecciones (6550) - Cuidados de la herida (3660)
Integridad tisular deteriorada	00044	- Cuidados de la piel: tratamiento (3584) - Vigilancia de la piel (3590) - Cuidados de heridas (3660)
Deterioro de la integridad cutánea	00046	- Cuidados de la piel: tratamiento (3584) - Vigilancia de la piel (3590) - Prevención de úlceras por presión (3540)
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00047	- Cuidados de la piel: prevención (3540) - Vigilancia de la piel (3590) - Baño (1610)
Dolor agudo	00132	- Manejo del dolor (1400) - Administración de analgésicos (2210) - Disminución de la ansiedad (5820)
Dolor crónico	00133	- Manejo del dolor crónico (1410) - Apoyo emocional (5270) - Fomento del sueño (1850)
Riesgo de lesión	00035	- Prevención de caídas (6490) - Precauciones de seguridad (6600) - Vigilancia (6650)
Riesgo de sangrado	00206	- Precauciones circulatorias (4150) - Control de hemorragias (4010) - Manejo de líquidos (4120)
Ansiedad	00146	- Disminución de la ansiedad (5820) - Apoyo emocional (5270) - Técnicas de relajación (6040)
Temor	00148	- Disminución del miedo (5380) - Apoyo en la toma de decisiones (5250) - Escucha activa (4920)
Conocimientos deficientes (sobre el manejo del dispositivo)	00126	- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618) - Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) - Fomento de la implicación familiar (7110)
Riesgo de aspiración	00039	- Precauciones para la aspiración (3200) - Manejo de la vía aérea (3140) - Alimentación por sonda (1050)
Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	00025	- Manejo de líquidos (4120) - Control de electrolitos (2080)

Diagnóstico de Enfermería	Código	Intervenciones NIC
		- Monitorización de líquidos (4130)
Retención urinaria	00023	- Manejo de la eliminación urinaria (0590) - Cuidados de la sonda urinaria (1876) - Entrenamiento de la vejiga (0610)
Eliminación urinaria deteriorada	00016	- Manejo de la eliminación urinaria (0590) - Entrenamiento de la vejiga (0610) - Vigilancia de líquidos (4130)
Riesgo de estreñimiento	00015	- Manejo intestinal (0430) - Fomento del ejercicio (0200) - Educación sobre dieta (5610)
Náuseas	00134	- Manejo de las náuseas (1450) - Administración de medicación: antieméticos (2300) - Control de líquidos (4120)
Riesgo de reacción alérgica	00214	- Manejo de reacciones alérgicas (6410) - Vigilancia (6650) - Manejo de la medicación (2380)
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	00296	- Manejo nutricional (1100) - Manejo de líquidos (4120) - Manejo intestinal (0430)

2.2. VINCULOS DE RESULTADOS

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) cuenta con 7 dominios, 36 clases y 612 resultados (14).

Diagnóstico de Enfermería	Resultados de Enfermería (NOC)	Resultados esperados
00004 Riesgo de infección	- 1902 Control del riesgo: infección - 1813 Conocimiento: prevención de la infección - 0703 Severidad de la infección	El paciente permanecerá libre de signos y síntomas de infección. El paciente y familia comprenderán medidas de prevención. No se evidenciarán complicaciones infecciosas.
00044 Integridad tisular deteriorada	- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas - 1103 Curación de la herida: por segunda intención - 0407 Estado circulatorio periférico	La piel y mucosas mostrarán recuperación. La herida presentará signos de cicatrización. El paciente mantendrá perfusión adecuada.
00046 Deterioro de la integridad cutánea	- 1101 Integridad tisular: piel - 1102 Curación de la herida: por primera intención - 2008 Confort físico	La piel se mantendrá íntegra. La herida cicatrizará sin complicaciones. El paciente referirá mayor bienestar físico.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	- 1601 Conducta de prevención de la salud - 1909 Control del riesgo:	El paciente mantendrá piel libre de lesiones. No se desarrollarán úlceras por presión.

Diagnóstico de Enfermería	Resultados de Enfermería (NOC)	Resultados esperados
	úlceras por presión - 0305 Higiene personal	El paciente realizará prácticas de higiene adecuadas.
00132 Dolor agudo	- 2102 Nivel de dolor - 2002 Confort - 2109 Respuesta fisiológica al dolor	El paciente verbalizará disminución del dolor. Mostrará mayor relajación y confort. Presentará signos vitales estables.
00133 Dolor crónico	- 1605 Control del dolor - 1205 Estado de ánimo - 0007 Conservación de la energía	El paciente empleará estrategias para manejar el dolor. Manifestará estado de ánimo más estable. Mostrará menos fatiga.
00035 Riesgo de lesión	- 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas - 1816 Conocimiento: seguridad personal - 0702 Severidad de la lesión	El paciente mantendrá entorno seguro. Identificará medidas preventivas. No presentará lesiones durante la hospitalización.
00206 Riesgo de sangrado	- 0701 Severidad de la hemorragia - 0401 Estado circulatorio - 0402 Perfusión tisular	El paciente no presentará signos de hemorragia. Conservará perfusión y signos vitales estables. Se evitarán complicaciones hemorrágicas.
00146 Ansiedad	- 1402 Control de la ansiedad - 1302 Afrontamiento - 1204 Bienestar emocional	El paciente manifestará disminución de la ansiedad. Mostrará conductas de afrontamiento efectivas. Referirá mayor estabilidad emocional.
00148 Temor	- 1404 Control del miedo - 1612 Confianza en el cuidador - 1205 Bienestar psicológico	El paciente describirá reducción del temor. Mostrará mayor confianza en el equipo de salud. Experimentará mejoría emocional.
00126 Conocimientos deficientes (sobre el manejo del dispositivo)	- 1810 Conocimiento: proceso de la enfermedad - 1811 Conocimiento: régimen terapéutico - 1603 Conducta de salud: adhesión	El paciente explicará su enfermedad. Comprenderá el tratamiento indicado. Demostrará adhesión a las recomendaciones.
00039 Riesgo de aspiración	- 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de vías aéreas - 1908 Control del riesgo: aspiración - 1814 Conocimiento: dieta terapéutica	El paciente mantendrá vías aéreas permeables. No presentará signos de aspiración. Comprenderá las pautas de alimentación segura.
00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos	- 0601 Balance hídrico - 0602 Estado de hidratación - 1906 Control del riesgo: electrolitos	El paciente mantendrá equilibrio de líquidos. Mostrará signos de hidratación adecuados. No desarrollará alteraciones electrolíticas.
00023 Retención urinaria	- 0502 Eliminación urinaria - 2002 Estado de confort - 1815 Conocimiento: procedimiento urinario	El paciente restablecerá patrón de micción. Referirá alivio tras vaciamiento vesical. Comprenderá los cuidados relacionados con el catéter.
00016 Eliminación urinaria deteriorada	- 0502 Eliminación urinaria - 0503 Control de la urgencia urinaria	El paciente logrará micción adecuada. Disminuirán episodios de urgencia urinaria.

Diagnóstico de Enfermería	Resultados de Enfermería (NOC)	Resultados esperados
	- 0604 Estado de la función renal	Mantendrá función renal dentro de parámetros normales.
00015 Riesgo de estreñimiento	- 0501 Eliminación intestinal - 1817 Conocimiento: dieta saludable - 1602 Conducta de salud: ejercicio	El paciente mantendrá evacuaciones regulares. Comprenderá importancia de la dieta rica en fibra. Realizará actividad física de forma regular.
00134 Náuseas	- 1608 Control de las náuseas - 2008 Confort físico - 0602 Estado de hidratación	El paciente referirá disminución de náuseas. Mostrará mayor bienestar físico. Mantendrá hidratación adecuada.
00214 Riesgo de reacción alérgica	- 1910 Control del riesgo: reacción alérgica - 0705 Severidad de la reacción - 1818 Conocimiento: reacciones de hipersensibilidad	El paciente no presentará reacciones adversas. No habrá complicaciones de hipersensibilidad. Comprenderá cómo prevenir reacciones alérgicas.
00296 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	- 0415 Función gastrointestinal - 1004 Estado nutricional - 1814 Conocimiento: dieta terapéutica	El paciente mantendrá motilidad intestinal adecuada. Conservará estado nutricional estable. Comprenderá pautas dietéticas preventivas.

2.3. COMPONENTES O FACTORES DE PRODUCCIÓN

2.3.1. Recurso Humano

- Enfermera/o
- Técnico en enfermería y/o Técnico asistencial de salud

2.3.2. Insumos

- Indicación médica correctamente llenada con los insumos que usara la licenciada en enfermería para el procedimiento de retiro de "CVP, CVC, SF, SNG, SOG"
- Receta médica.

2.3.3. Equipamiento: Son el mobiliario, equipos informáticos, equipos médicos y biomédicos e instrumental

- Monitor a color
- Unidad central de proceso - CPU
- Mouse óptico con puerto USB
- Teclado - keyboard
- Coche metálico para curaciones
- Módulo de melamina para computadora
- Silla giratoria de metal
- Tijera de mayo recta
- Equipo Ecógrafo -Ultrasonido Doppler Tridimensional

- Cama de metal Hospitalaria dos manivelas
- Mesa de mayo
- Biombo de metal
- Lámpara eléctrica rodable tipo cuello de ganso con luz LED

2.3.4. Material fungible

- Formato de historia clínica
- Gel antibacterial para manos
- Papel toalla doble hoja interfoliado blanco
- Alcohol etílico (etanol) 70°
- Desinfectante gluconato de clorhexidina al 2%

2.3.5. Material no Fungible

- Mascarilla descartable tipo N-95
- Mandil descartable estéril talla estándar
- Gorro de cirugía tipo gusano para enfermera
- Juego de sábanas de bramante 1 1/2 plaza x 3 piezas
- Solera de hule
- Bolsa de polietileno biodegradable color rojo
- Tacho de plástico con pedal
- Caja de bioseguridad de cartón para jeringas y agujas
- Bandeja de acrílico para escritorio de 2 pisos
- Porta historia clínica de aluminio tamaño A4

2.3.6. Medicamentos

- Agua destilada 1 L INY.
- Sodio cloruro 0.9 x 1L INY (Sinonimia: Cloruro de Sodio 9% x 1L INY).
- Solución glucosada dextrosa al 5%, 10%.

3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**ACTIVIDADES:**

1° ACTIVIDAD: Preparación del paciente

2° ACTIVIDAD: Retiro del catéter y cuidado post catéter

3° ACTIVIDAD: Registro del procedimiento

PARA RETIRO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP)**3.1. INICIO DEL PROCEDIMIENTO**

- El retiro de un catéter venoso periférico debe comenzar con la verificación de la indicación clínica.
- La enfermera debe confirmar que el dispositivo ya no cumple un propósito terapéutico o que su permanencia constituye un riesgo para el paciente.
- Se debe consultar la indicación médica, salvo en protocolos de retiro autónomo definidos por la institución.

- Antes de iniciar, se procede a la identificación correcta del paciente, comprobando nombre completo, número de historia clínica y pulsera de identificación.
- Luego, se brinda una explicación clara al paciente y/o a su familia sobre el procedimiento, los motivos del retiro y los cuidados posteriores, favoreciendo la colaboración y reduciendo ansiedad.
- Posteriormente, se realiza higiene de manos con técnica de fricción alcohólica o lavado con agua y jabón.
- Se prepara el equipo necesario, que incluye: guantes no estériles, gasas estériles, antiséptico (clorhexidina alcohólica al 2%), cinta adhesiva o apósito estéril, bolsa de desecho y contenedor de objetos cortopunzantes.
- Finalmente, se selecciona una posición cómoda para el paciente, que permita acceder fácilmente al sitio de inserción, garantizando intimidad y seguridad.

3.2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- Se colocan guantes no estériles y se retira cuidadosamente el apósito que cubre el sitio de inserción, procurando no traccionar el catéter.
- Luego se procede a la desinfección del área pericatóter con antiséptico, realizando movimientos circulares de adentro hacia afuera.
- Con la mano no dominante se fija la piel del paciente, mientras que con la mano dominante se extrae suavemente el catéter en dirección paralela a la vena.
- El retiro debe realizarse de forma continua y sin fuerza excesiva para evitar ruptura o fragmentación del dispositivo.
- Una vez retirado, se coloca de inmediato una gasa estéril con presión suave sobre el sitio de punción durante 2 a 3 minutos (más tiempo en pacientes con alteraciones de coagulación o en tratamiento anticoagulante), hasta asegurar hemostasia.
- El catéter extraído debe ser inspeccionado visualmente, verificando que la punta esté íntegra. En caso de sospecha de fragmento retenido, se notifica de inmediato al médico tratante y se documenta el evento.
- El dispositivo se elimina en el contenedor de punzocortantes, siguiendo normas de bioseguridad.

3.3. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Una vez asegurada la hemostasia, se coloca un apósito estéril transparente, algodón estéril o gasa adhesiva sobre el sitio de inserción, registrando fecha y hora del retiro.
- Se indica al paciente que no manipule la zona y se le instruye sobre signos de alarma: enrojecimiento, calor, dolor, sangrado o secreción purulenta.
- El procedimiento se documenta en la historia clínica de enfermería, incluyendo: motivo del retiro, condiciones del sitio de inserción, integridad del catéter y respuesta del paciente.
- Se realiza nuevamente higiene de manos y se organiza el área, desechando el material según normativa institucional de residuos hospitalarios.

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

- Finalmente, se efectúa una valoración continua del sitio de inserción durante las siguientes horas, especialmente en pacientes anticoagulados, inmunocomprometidos o con antecedentes de flebitis.

DETALLE DEL PROCEDIMIENTO

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (ACTIVIDADES O ACCIONES)	RESPONSABLES
Inicio del procedimiento		
1	Verificar la orden médica y confirmar criterios clínicos de retiro	Enfermera(o)
2	Identificar correctamente al paciente (nombre completo, pulsera, historia clínica)	Enfermera(o)
3	Explicar al paciente el procedimiento, molestias esperadas y cuidados posteriores	Enfermera(o)
4	Realizar higiene de manos con técnica adecuada	Enfermera(o) / Tec. Enf.
5	Preparar material: guantes no estériles, gasas estériles, antiséptico, apósito, cinta y contenedor de punzocortantes	Enfermera(o) / Tec. Enf.
Secuencia de actividades		
6	Colocar guantes no estériles	Enfermera(o) / Tec. Enf.
7	Retirar el apósito sin traccionar el catéter.	Enfermera(o)
8	Desinfectar la piel del sitio de inserción.	Enfermera(o)
9	Retirar el catéter suavemente, paralelo a la vena.	Enfermera(o)
10	Aplicar presión con gasa estéril durante 2 a 3 minutos (más en pacientes anticoagulados).	Enfermera(o)
11	Verificar integridad del catéter retirado.	Enfermera(o)
Finalización del procedimiento		
12	Colocar apósito estéril en el sitio de punción	Enfermera(o)
13	Eliminar catéter y material en contenedores adecuados	Enfermera(o) / Tec. Enf.
14	Registrar fecha, hora, motivo del retiro y condición del sitio en historia clínica.	Enfermera(o)
15	Educar al paciente sobre signos de alarma (dolor, enrojecimiento, sangrado, secreción).	Enfermera(o)
16	Vigilar periódicamente el sitio de inserción.	Enfermera(o) / Tec. Enf.

PARA RETIRO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)

NOTA: Para el retiro del Catéter Venoso Central (CVC) hay un punto clave: la responsabilidad del retiro corresponde al médico, debido al mayor riesgo de complicaciones (hemorragia, embolismo aéreo, arritmias, lesión vascular). Sin embargo, la enfermera cumple un rol esencial como asistente del procedimiento y garante de la seguridad del paciente, participando en la preparación, vigilancia, apoyo y cuidados posteriores.

Aquí se detalla la descripción del procedimiento para retiro del CVC, enmarcada en las tres fases, desde la perspectiva de la asistencia de enfermería:

Responsable principal: Médico tratante.

Rol de enfermería: Asistencia directa antes, durante y después del procedimiento.

3.1. INICIO DEL PROCEDIMIENTO

- **Verificación de indicación médica:** Confirmar que existe orden médica para el retiro del CVC.
- **Identificación del paciente:** Corroborar nombre completo, número de historia clínica y pulsera identificatoria.
- **Educación al paciente y familia:** Explicar de forma breve el procedimiento y la necesidad de su realización para reducir ansiedad.
- **Preparación del material estéril:**
 - Guantes estériles.
 - Campo estéril.
 - Gasas estériles.
 - Antiséptico (clorhexidina alcohólica al 2% preferida).
 - Suturas y tijera (si el catéter está fijado con puntos).
 - Jeringa con suero fisiológico.
 - Apósito estéril transparente.
 - Equipo de reanimación básico disponible.
- **Preparación del paciente:** Colocarlo en posición de Trendelenburg (cabeza más baja que el tórax), salvo contraindicación, para prevenir embolismo aéreo. Si el CVC es femoral, el paciente debe estar en decúbito supino.
- **Higiene de manos:** Realizar lavado clínico y colocación de guantes estériles.

3.2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- **Apoyo al médico en la técnica:**
 - Entregar el material estéril.
 - Mantener campo estéril.
 - Colaborar con pinzas, suturas y gasas según indicación.
- **Manejo del paciente:**
 - Indicarle que realice maniobra de Valsalva (si está consciente) al momento del retiro del catéter, lo que previene embolismo aéreo.
 - En pacientes inconscientes, coordinar con el médico para retirar en fase espiratoria.
- **Vigilancia estrecha:** Observar signos vitales durante todo el procedimiento (frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, presión arterial).
- **Control del material retirado:** Verificar junto al médico la integridad del catéter al finalizar la extracción.
- **Hemostasia:** Colaborar con la aplicación de presión directa con gasa estéril sobre el sitio de inserción al momento del retiro.

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

3.3. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **Colocación de apósito estéril compresivo:** Ayudar al médico a fijar el sitio de punción con gasa o apósito transparente. Mantener compresión de 5 a 10 minutos, más tiempo en pacientes anticoagulados.
- **Instrucciones al paciente:** Indicar que permanezca en decúbito supino durante 30 minutos después del retiro para prevenir complicaciones.
- **Vigilancia clínica:** Controlar signos vitales inmediatamente después del procedimiento y luego cada 15-30 minutos durante la primera hora.
- **Observación de signos de alarma:** Vigilar presencia de sangrado, enfisema subcutáneo, disnea, dolor torácico o alteraciones del ritmo cardíaco.
- **Registro de enfermería:** Documentar en historia clínica: hora del retiro, condiciones del sitio, integridad del catéter, signos vitales y respuesta del paciente.
- **Eliminación del material:** Desechar el catéter en contenedor rígido de punzocortantes y el material restante según normas de bioseguridad.

DETALLE DEL PROCEDIMIENTO

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (ACTIVIDADES O ACCIONES)	RESPONSABLES
Inicio del procedimiento		
1	Verificar indicación médica y orden en la historia clínica.	Enfermera(o)
2	Identificar al paciente y explicar procedimiento a él o familia.	Enfermera(o)
3	Realizar higiene de manos y preparar material estéril.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
4	Disponer de: guantes estériles, campo estéril, suturas y tijeras, gasas, antiséptico, apósito compresivo.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
5	Colocar al paciente en posición de Trendelenburg (o supino si el acceso es femoral).	Enfermera(o) / Tec. Enf.
6	Asegurar disponibilidad de equipo de aspiración y reanimación básica.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
Secuencia de actividades		
7	Colaborar con el médico en la técnica estéril.	Medico / Enfermera(o)
8	Mantener campo estéril durante la extracción.	Enfermera(o)
9	Indicar maniobra de Valsalva al paciente consciente al momento del retiro.	Medico / Enfermera(o)
10	En paciente inconsciente, coordinar retiro durante la espiración.	Enfermera(o)
11	Vigilar signos vitales durante todo el procedimiento.	Enfermera(o)
12	Verificar junto al médico la integridad del catéter.	Medico / Enfermera(o)
Finalización del procedimiento		
13	Colocar apósito compresivo estéril con presión de 5 a 10 min.	Medico / Enfermera(o)
14	Mantener al paciente en reposo supino al menos 30 minutos.	Enfermera(o)

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (ACTIVIDADES O ACCIONES)	RESPONSABLES
15	Registrar procedimiento en historia clínica: motivo de retiro, sitio de inserción, integridad del catéter, respuesta del paciente.	Enfermera(o)
16	Vigilar signos vitales y detectar signos de complicación: sangrado, disnea, arritmia, enfisema subcutáneo.	Enfermera(o)
17	Educar al paciente/familia sobre signos de alarma.	Enfermera(o)

PARA RETIRO DE SONDA FOLEY (SF)

3.1. INICIO DEL PROCEDIMIENTO

- **Verificación de la indicación médica:** Confirmar en la historia clínica la orden médica de retiro, así como la evaluación clínica que lo justifique (recuperación del control vesical, finalización de la monitorización estricta de diuresis, ausencia de obstrucción urinaria).
- **Identificación del paciente:** Comprobar nombre completo, número de historia clínica y pulsera identificatoria.
- **Información al paciente y familia:** Explicar en términos sencillos el procedimiento, la sensación esperada (molestia leve, ardor o necesidad de orinar) y los cuidados posteriores, con el fin de disminuir la ansiedad.
- **Higiene de manos:** Realizar técnica de lavado clínico o fricción alcohólica.
- **Preparación del material:** Guantes no estériles, jeringa de 10 ml para aspirar el balón, gasas estériles, compresa absorbente, antiséptico local y bolsa de residuos.
- **Posición del paciente:** Colocarlo en decúbito supino con adecuada privacidad. Colocar compresa absorbente bajo la región perineal.

3.2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- Colocación de guantes no estériles.
- **Desconexión de la bolsa recolectora:** Cerrar el sistema y mantener en posición inferior a la vejiga para evitar reflujo.
- **Aspiración del balón:** Conectar la jeringa a la válvula de inflado y retirar lentamente todo el volumen de agua destilada del balón (generalmente 5 – 10 ml, según calibre de la sonda). Confirmar que no queden restos de líquido.
- **Extracción de la sonda:** Con una mano se sujeta el catéter y con la otra se retira suavemente en línea recta hasta su completa salida. Indicar al paciente que respire profundamente para favorecer la relajación del esfínter.
- **Colocación de gasa estéril:** Una vez retirada, limpiar el meato urinario con antiséptico y cubrir con gasa seca.
- **Revisión de integridad de la sonda:** Comprobar que el catéter esté completo y sin fragmentos.

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

3.3. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **Eliminación del material:** Desechar la sonda y la bolsa recolectora en residuos biosanitarios según normativa.
- **Educación al paciente:** Informar sobre los posibles síntomas posteriores: escozor al orinar, urgencia miccional, leve hematuria transitoria. Explicar signos de alarma que debe notificar: fiebre, dolor suprapúbico, hematuria persistente, imposibilidad de orinar en 6 a 8 horas.
- **Registro en la historia clínica:** Anotar fecha y hora del retiro, condiciones de la orina, características de la sonda, respuesta del paciente y educación brindada.
- **Monitoreo posterior:** Vigilar diuresis en las primeras 6 a 8 horas posteriores al retiro, controlando volumen, color, olor y presencia de molestias.
- Higiene de manos y reorganización del área.

DETALLE DEL PROCEDIMIENTO

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (ACTIVIDADES O ACCIONES)	RESPONSABLES
Inicio del procedimiento		
1	Confirmar orden médica.	Enfermera(o)
2	Identificar al paciente y explicarle la técnica y posibles molestias.	Enfermera(o)
3	Realizar higiene de manos y preparar material: guantes no estériles, jeringa de 10 ml, gasas estériles, compresa absorbente.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
4	Colocar al paciente en decúbito supino y preservar su privacidad.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
Secuencia de actividades		
5	Colocar guantes.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
6	Aspirar con jeringa todo el volumen del balón (5–10 ml según calibre).	Enfermera(o)
7	Retirar suavemente la sonda en línea recta mientras el paciente respira profundo.	Enfermera(o)
8	Limpiar meato urinario con antiséptico y cubrir con gasa estéril.	Enfermera(o)
9	Revisar integridad de la sonda retirada.	Enfermera(o)
Finalización del procedimiento		
10	Eliminar sonda y bolsa colectora en residuos biosanitarios.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
11	Registrar procedimiento: hora, aspecto de la orina, características de la sonda.	Enfermera(o)
12	Vigilar micción espontánea en las siguientes 6 a 8 h.	Enfermera(o)
13	Educar al paciente: informar si no orina, si tiene fiebre, dolor suprapúbico o hematuria.	Enfermera(o)

PARA RETIRO DE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)

3.1. INICIO DEL PROCEDIMIENTO

- **Verificación de indicación médica:** Confirmar en la historia clínica la orden de retiro de la SNG, evaluando que el paciente tolere la vía oral y que haya recuperado la motilidad intestinal o que se haya cumplido con el objetivo del drenaje.
- **Identificación del paciente:** Verificar datos completos con pulsera identificatoria e historia clínica.
- **Educación al paciente:** Explicar en palabras sencillas que sentirá una molestia breve en la nariz y garganta al retirar la sonda, pero que no genera daño. Instruir que respire profundamente y, de ser posible, trague durante el procedimiento.
- **Higiene de manos:** Realizar lavado clínico o fricción alcohólica antes de manipular el dispositivo.
- **Preparación del material:** Guantes no estériles, compresa absorbente, guantes de procedimiento, gasas, guantes de succión (si se requiere aspiración previa), bolsa de residuos.
- **Colocación del paciente:** Sentar al paciente en posición de Fowler (incorporado a 45–60°) para disminuir riesgo de aspiración y facilitar la extracción.

3.2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- Colocación de guantes de procedimiento.
- **Protección del entorno:** Colocar compresa absorbente sobre el tórax del paciente para evitar accidentes con secreciones.
- **Aspiración previa:** Si hay acúmulo de contenido gástrico o secreción, aspirar antes de retirar la sonda para reducir riesgo de broncoaspiración.
- **Quitar la fijación de la sonda:** Retirar cuidadosamente la cinta o fijación nasal sin causar lesiones cutáneas.
- **Retiro de la sonda:** Indicar al paciente que respire profundamente y, si puede, trague saliva. Retirar la sonda con un movimiento continuo, firme y suave en dirección hacia afuera por la fosa nasal.
- **Control inmediato:** Una vez retirada, limpiar el área nasal con gasa estéril húmeda para retirar restos de secreción. Revisar la integridad de la sonda (punta y orificios).

3.3. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **Desecho seguro:** Depositar la sonda en bolsa de residuos biosanitarios según normativa.
- **Valoración clínica:** Observar tolerancia del paciente, vigilar signos de náuseas, vómitos, tos persistente o dificultad respiratoria.

- **Educación al paciente:** Explicar que puede sentir irritación nasal o leve dolor de garganta. Recomendar ingerir sorbos de agua si la vía oral está permitida.
- **Registro en historia clínica:** Documentar fecha y hora de retiro, características de la sonda, tolerancia del paciente y educación brindada.
- **Monitoreo posterior:** Vigilar la tolerancia a la vía oral, el retorno del tránsito intestinal y la presencia de complicaciones.

DETALLE DEL PROCEDIMIENTO

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (ACTIVIDADES O ACCIONES)	RESPONSABLES
Inicio del procedimiento		
1	Verificar orden médica e identificar paciente.	Enfermera(o)
2	Explicar procedimiento (molestia breve, posible arcada).	Enfermera(o)
3	Realizar higiene de manos y preparar material: guantes, compresa absorbente, gasas, bolsa de residuos.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
4	Colocar al paciente en posición de Fowler (45–60°).	Enfermera(o) / Tec. Enf.
Secuencia de actividades		
5	Colocar guantes de procedimiento.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
6	Retirar fijación de la sonda en nariz.	Enfermera(o)
7	Aspirar secreciones gástricas si es necesario.	Enfermera(o)
8	Indicar al paciente que respire profundo y trague.	Enfermera(o)
9	Retirar la sonda suavemente y en un solo movimiento.	Enfermera(o)
10	Limpiar nariz con gasa húmeda.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
11	Revisar integridad del dispositivo.	Enfermera(o)
Finalización del procedimiento		
12	Desechar material en bolsa biosanitaria.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
13	Registrar procedimiento y respuesta del paciente.	Enfermera(o)
14	Vigilar tolerancia a vía oral o tránsito intestinal.	Enfermera(o)
15	Educar sobre signos de alarma: vómitos, tos persistente, dificultad respiratoria.	Enfermera(o)

PARA RETIRO DE Sonda Orogástrica (SOG)

Particularidad: La SOG suele usarse en pacientes intubados, neonatos o en situaciones donde no es posible utilizar la vía nasal. Su retiro exige mayor precaución para prevenir complicaciones respiratorias o digestivas.

3.1. INICIO DEL PROCEDIMIENTO

- **Verificación de la orden médica:** Confirmar en historia clínica la indicación de retiro de la SOG.
- **Identificación del paciente:** Comprobar identidad con pulsera y número de historia clínica.
- **Explicar el procedimiento:** Si el paciente está consciente, explicarle que la sensación será breve, pero puede provocar náuseas o arcadas. En pacientes inconscientes, la explicación debe darse a la familia o cuidador.
- **Higiene de manos:** Realizar lavado clínico o fricción alcohólica antes de la manipulación.
- **Preparación del material:** Guantes no estériles, compresas absorbentes, gasas, antiséptico oral (enjuague o limpieza), bolsa de residuos, aspirador conectado (en caso de secreción abundante).
- **Colocación del paciente:**
 - *Consciente:* posición de Fowler (45 a 60°).
 - *Inconsciente o intubado:* decúbito supino con cabecera elevada a 30°, aspirador conectado disponible.

3.2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- Colocación de guantes de procedimiento.
- **Protección del entorno:** Colocar compresa absorbente bajo la boca.
- **Aspiración previa:** Si hay secreción gástrica o saliva excesiva, aspirar antes del retiro para prevenir riesgo de broncoaspiración.
- **Retirar la fijación de la sonda:** Retirar cuidadosamente la fijación labial o facial.
- **Retiro de la sonda:**
 - Indicar al paciente que respire profundamente por la boca si está consciente.
 - Retirar la sonda con un movimiento firme y continuo hacia afuera, evitando movimientos bruscos.
 - Vigilar signos de tos, dificultad respiratoria o arcadas intensas durante la extracción.
- **Control inmediato:** Limpiar la cavidad oral con gasa húmeda o enjuague (si el paciente puede hacerlo) para retirar secreciones. Revisar la integridad de la sonda

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

3.3. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- **Desecho seguro:** Eliminar la sonda en bolsa de residuos biosanitarios.
- **Valoración clínica:** Vigilar al paciente durante los siguientes minutos para detectar tos persistente, náuseas, vómitos o signos de aspiración.
- **Educación al paciente o familia:** Explicar que puede sentir irritación en la garganta o aumento transitorio de secreción salival. Recomendar sorbos de agua si está permitido.
- **Registro en historia clínica:** Documentar hora del retiro, condiciones del procedimiento, integridad del dispositivo y respuesta del paciente.
- **Monitoreo posterior:** En pacientes críticos o neonatos, controlar saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y tolerancia digestiva en las horas siguientes.

DETALLE DEL PROCEDIMIENTO

N°	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (ACTIVIDADES O ACCIONES)	RESPONSABLES
Inicio del procedimiento		
1	Verificar orden médica e identificar paciente.	Enfermera(o)
2	Explicar procedimiento si está consciente, o a la familia si está inconsciente.	Enfermera(o)
3	Realizar higiene de manos.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
4	Preparar material: guantes, compresa absorbente, gasas, aspirador.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
	Colocar al paciente en Fowler (consciente) o supino con cabecera elevada a 30° (inconsciente/intubado).	Enfermera(o) / Tec. Enf.
Secuencia de actividades		
5	Colocar guantes.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
6	Retirar fijación labial.	Enfermera(o)
7	Aspirar secreciones orales y gástricas si es necesario.	Enfermera(o)
8	Retirar suavemente la sonda en un solo movimiento, vigilando tos o disnea.	Enfermera(o)
9	Limpiar cavidad oral con gasa húmeda.	Enfermera(o)
10	Revisar integridad de la sonda retirada.	Enfermera(o)
Finalización del procedimiento		
12	Desechar material según normas biosanitarias.	Enfermera(o) / Tec. Enf.
13	Registrar procedimiento, características de la sonda y respuesta del paciente.	Enfermera(o)
14	Controlar signos vitales tras el procedimiento.	Enfermera(o)
15	Educar al paciente/familia sobre molestias esperadas y signos de alarma: dificultad respiratoria, vómitos, sangrado oral.	Enfermera(o)

4. INDICACIONES.

a) Catéter Venoso Periférico (CVP)

- Retiro inmediato al finalizar la terapia intravenosa o cuando el paciente pueda recibir el tratamiento por otra vía.
- Presencia de signos de flebitis, extravasación, oclusión, dolor o eritema en el sitio de inserción.
- Catéter en uso por más de 72–96 horas sin indicación de prolongación según protocolo de hospital.
- Sospecha o confirmación de infección local.

b) Catéter Venoso Central (CVC)

- Retiro al completar el tratamiento indicado (nutrición parenteral, administración de quimioterapia, monitoreo hemodinámico).
- Evidencia de complicaciones infecciosas (sepsis, bacteriemia relacionada a catéter).
- Complicaciones mecánicas: obstrucción persistente, rotura, desplazamiento.
- Reemplazo planificado por otro acceso venoso.
- Prescripción médica explícita de retiro.

c) Sonda Foley (SF)

- Resolución de la condición que justificó su colocación (retención urinaria, control estricto de diuresis, manejo perioperatorio).
- Ausencia de indicación para mantener la sonda.
- Complicaciones como infección urinaria, hematuria persistente, dolor o lesión uretral.
- Finalización de cuidados críticos que requirieron control continuo de la diuresis.

d) Sonda Nasogástrica (SNG)

- Restablecimiento del tránsito intestinal y tolerancia a la vía oral.
- Resolución de la indicación inicial (descompresión gástrica, administración de fármacos o nutrición enteral temporal).
- Presencia de complicaciones: irritación nasal severa, epistaxis, úlcera nasal, tos persistente, broncoaspiración.
- Indicación médica de suspensión del soporte enteral.

e) Sonda Orogástrica (SOG)

- Recuperación de la vía oral en pacientes intubados o neonatos.
- Suspensión de alimentación o aspiración gástrica por vía orogástrica.
- Complicaciones: lesiones en mucosa oral, úlceras, secreción con sangre, dificultad respiratoria.
- Decisión médica de cambiar el tipo de acceso enteral.

5. CONTRAINDICACIONES

a) Catéter Venoso Periférico (CVP)

Absolutas

- Paciente inestable hemodinámicamente que requiere acceso inmediato.
- Necesidad documentada de continuar terapia intravenosa y ausencia de otro acceso disponible.

Relativas

- Trastornos graves de coagulación sin medidas de control (ej. INR > 3).
- Presencia de edema severo o flebitis complicada, donde el retiro debe ser supervisado por médico.

b) Catéter Venoso Central (CVC)

Absolutas

- Inestabilidad hemodinámica con necesidad crítica de acceso venoso central.
- Paciente en ventilación mecánica con monitoreo invasivo que depende del CVC.

Relativas

- Coagulopatías graves sin corrección previa (ej. trombocitopenia severa).
- Arritmias graves durante la manipulación.
- Sospecha de trombosis venosa central, que requiere evaluación médica antes del retiro.

c) Sonda Foley (SF)

Absolutas

- Retención urinaria aguda sin resolución de la causa.
- Obstrucción urinaria mecánica no resuelta (hipertrofia prostática, coágulo vesical).

Relativas

- Paciente crítico que requiere monitoreo estricto de diuresis.
- Pacientes perioperatorios donde aún se necesita control de líquidos.
- Lesiones uretrales que ameritan valoración médica antes del retiro.

d) Sonda Nasogástrica (SNG)**Absolutas**

- Paciente con obstrucción intestinal alta que aún no está resuelta.
- Indicación médica de continuar descompresión gástrica.

Relativas

- Pacientes con alto riesgo de broncoaspiración (requiere aspiración previa y asistencia).
- Pacientes con alteraciones de conciencia sin protección adecuada de vía aérea.
- Presencia de sangrado digestivo activo, en espera de decisión médica.

e) Sonda Orogástrica (SOG)**Absolutas**

- Paciente intubado con indicación vigente de aspiración gástrica.
- Neonatos o pediátricos que aún dependen de alimentación orogástrica exclusiva.

Relativas

- Paciente inconsciente sin aspiración previa de secreciones.
- Alteraciones severas de la coagulación con riesgo de sangrado oral.
- Situaciones de alto riesgo de aspiración pulmonar sin medidas de protección.

6. COMPLICACIONES**a) Catéter Venoso Periférico (CVP)**

- Flebitis post-retiro: enrojecimiento, dolor, cordón venoso palpable.
- Sangrado persistente: especialmente en pacientes anticoagulados.
- Infección local: eritema, calor, supuración en el sitio de punción.
- Extravasación o hematoma: por manipulación brusca o presión insuficiente.
- Retención de fragmento de catéter: raro pero grave, requiere valoración médica inmediata.

b) Catéter Venoso Central (CVC)

- Hemorragia en el sitio de inserción: riesgo mayor en coagulopatías.
- Embolismo aéreo: si no se realizan maniobras de Valsalva o cierre hermético.
- Trombosis venosa central: dolor, edema, circulación colateral.
- Infección sistémica/sepsis: fiebre, hipotensión, bacteriemia.
- Arritmias: por manipulación del catéter durante retiro.

 HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL EN RETIRO DE CATÉTER (CVP, CVC, SF, SNG, SOG) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HLEV	Versión: 01 Año: 2026
--	--	----------------------------------

- Neumotórax o hemotórax: especialmente si hubo complicaciones en la inserción.

c) Sonda Foley (SF)

- Infección urinaria asociada a catéter (CAUTI): fiebre, disuria, piuria.
- Hematuria post-retiro: por irritación uretral o trauma en mucosa.
- Retención urinaria aguda: incapacidad de orinar tras retiro.
- Dolor suprapúbico o discomfort al orinar: por irritación vesical.
- Lesión uretral: desgarró o estrechamiento secundario.

d) Sonda Nasogástrica (SNG)

- Epistaxis: sangrado nasal por irritación de mucosa.
- Broncoaspiración: durante o después del retiro si no se aspiraron secreciones.
- Náuseas, vómitos o arcadas intensas.
- Lesiones de mucosa nasal o esofágica: ulceraciones o erosiones.
- Obstrucción respiratoria transitoria: si el paciente aspira secreciones.

e) Sonda Orogástrica (SOG)

- Trauma de mucosa oral o faringea: erosiones, úlceras.
- Hemorragia oral leve a moderada.
- Aumento de secreciones o babeo post-retiro.
- Broncoaspiración en pacientes inconscientes o intubados.
- Disnea o desaturación de oxígeno transitoria.

7. RECOMENDACIONES

El retiro de catéteres y sondas debe regirse por protocolos institucionales, principios de seguridad del paciente y normativas internacionales. Se recomienda lo siguiente:

Generales para todos los dispositivos

- **Confirmar la indicación médica y criterios clínicos de retiro**, evitando retirar dispositivos en pacientes que aún los requieren o sin un acceso alternativo disponible.
- **Identificar correctamente al paciente** antes de iniciar cualquier procedimiento, siguiendo protocolos de seguridad.
- **Garantizar privacidad y comodidad**, explicando al paciente y a la familia en qué consiste el procedimiento y qué sensaciones pueden experimentar.
- **Aplicar rigurosamente medidas de bioseguridad**, con higiene de manos antes y después del procedimiento y uso de guantes apropiados.
- **Preparar el material necesario** con anticipación, verificando la disponibilidad de apósitos estériles, antisépticos y contenedores para desecho seguro.
- **Observar y registrar la integridad del dispositivo retirado**, notificando de inmediato cualquier anomalía (ej. fragmento retenido).
- **Monitorear al paciente después del retiro**, controlando signos vitales, tolerancia clínica y posibles complicaciones inmediatas.

- **Registrar en la historia clínica:** hora del retiro, condiciones del sitio, respuesta del paciente y educación brindada.
- **Educar al paciente y su familia** sobre los cuidados posteriores y los signos de alarma que deben reportar.

Específicas según dispositivo

- **CVP:** Retirar al cumplir 72 a 96 horas de uso o antes si hay signos de flebitis o extravasación. Aplicar presión suficiente para evitar hematoma.
- **CVC:** Retiro solo por médico, con asistencia de enfermería. Prevenir embolismo aéreo (maniobra de Valsalva, Trendelenburg). Vigilar al paciente al menos 2 horas después.
- **Sonda Foley:** Realizar higiene perineal antes y después del retiro. Valorar volumen de orina residual y vigilar micción espontánea en las 6 a 8 horas siguientes.
- **SNG:** Aspirar secreciones antes del retiro y pinzar la sonda para evitar derrames. Observar tolerancia a la vía oral progresiva.
- **SOG:** Realizar higiene oral previa. Aspirar secreciones si es necesario. Controlar saturación de oxígeno durante y después en pacientes críticos.

8. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS: No aplica.

9. ANEXOS

Anexo N° 01	Diagrama de flujo para retiro de cateter venoso periferico CVP
Anexo N° 02	Diagrama de flujo para retiro de cateter venoso central CVC
Anexo N° 03	Diagrama de flujo para retiro de sonda foley SF
Anexo N° 04	Diagrama de flujo para retiro de sonda nasogastrica SNG.
Anexo N°05	Diagrama de flujo para retiro de sonda orogástrica SOG

DIAGRAMA DE FLUJO PARA RETIRO DE CATETER VENOSO PERIFERICO CVP



Ministerio
de Salud

Hospital de
Lima Este - Vitarte

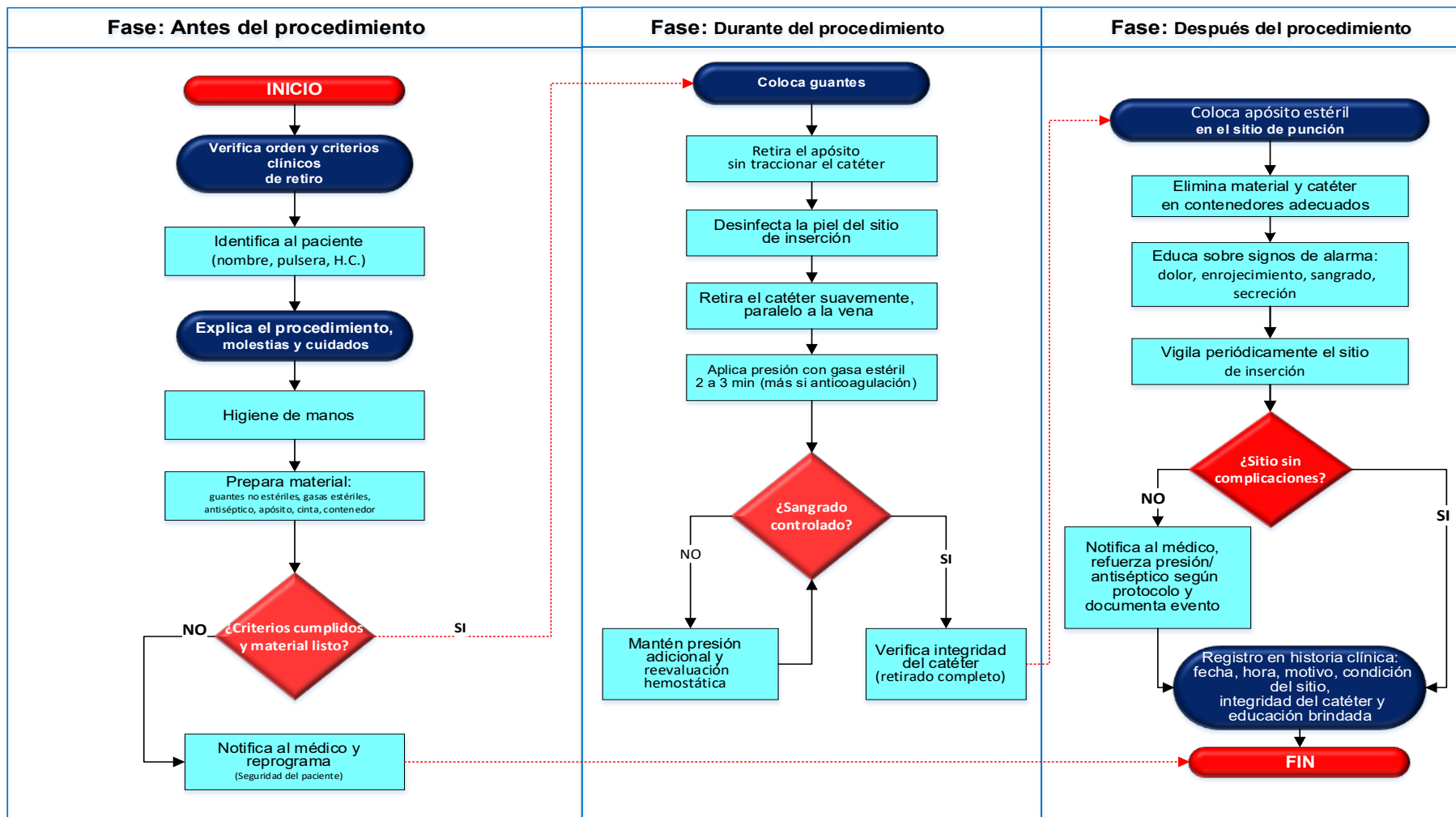


DIAGRAMA DE FLUJO PARA RETIRO DE CATETER VENOSO CENTRAL CVC

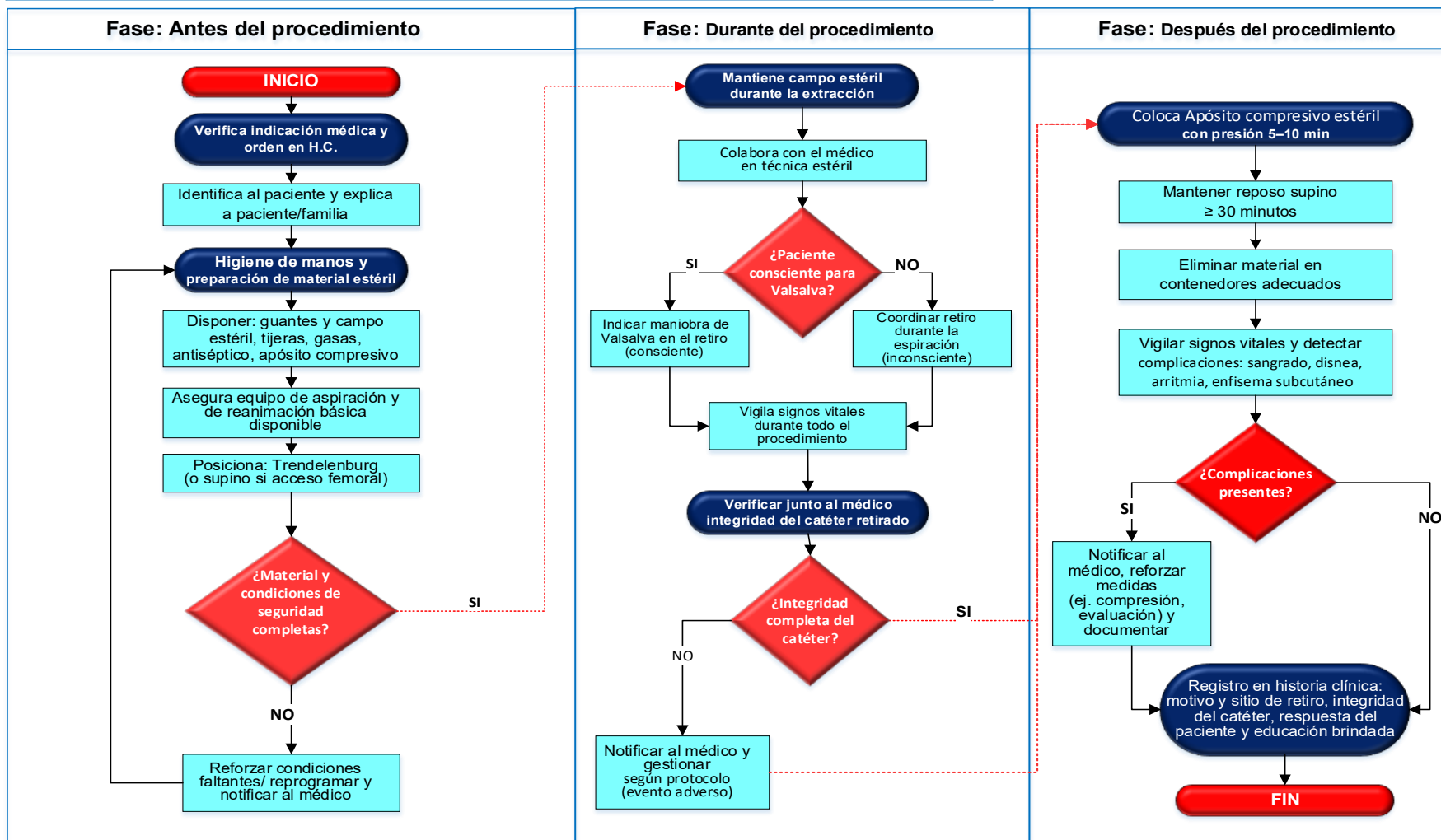


DIAGRAMA DE FLUJO PARA RETIRO DE SONDA FOLEY SF



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de
Lima Este - Vitarte

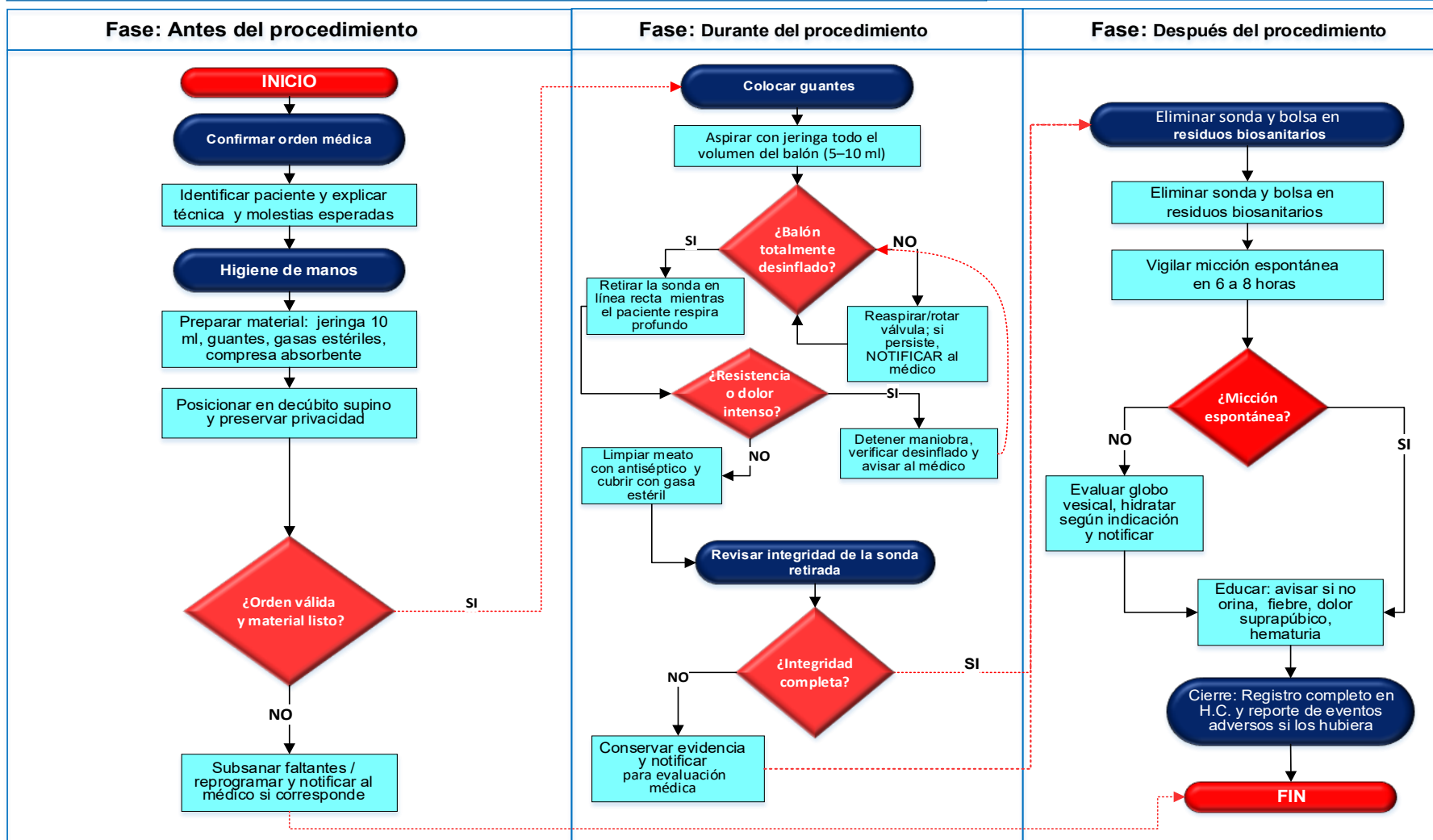


DIAGRAMA DE FLUJO PARA RETIRO DE Sonda NASOGÁSTRICA SNG

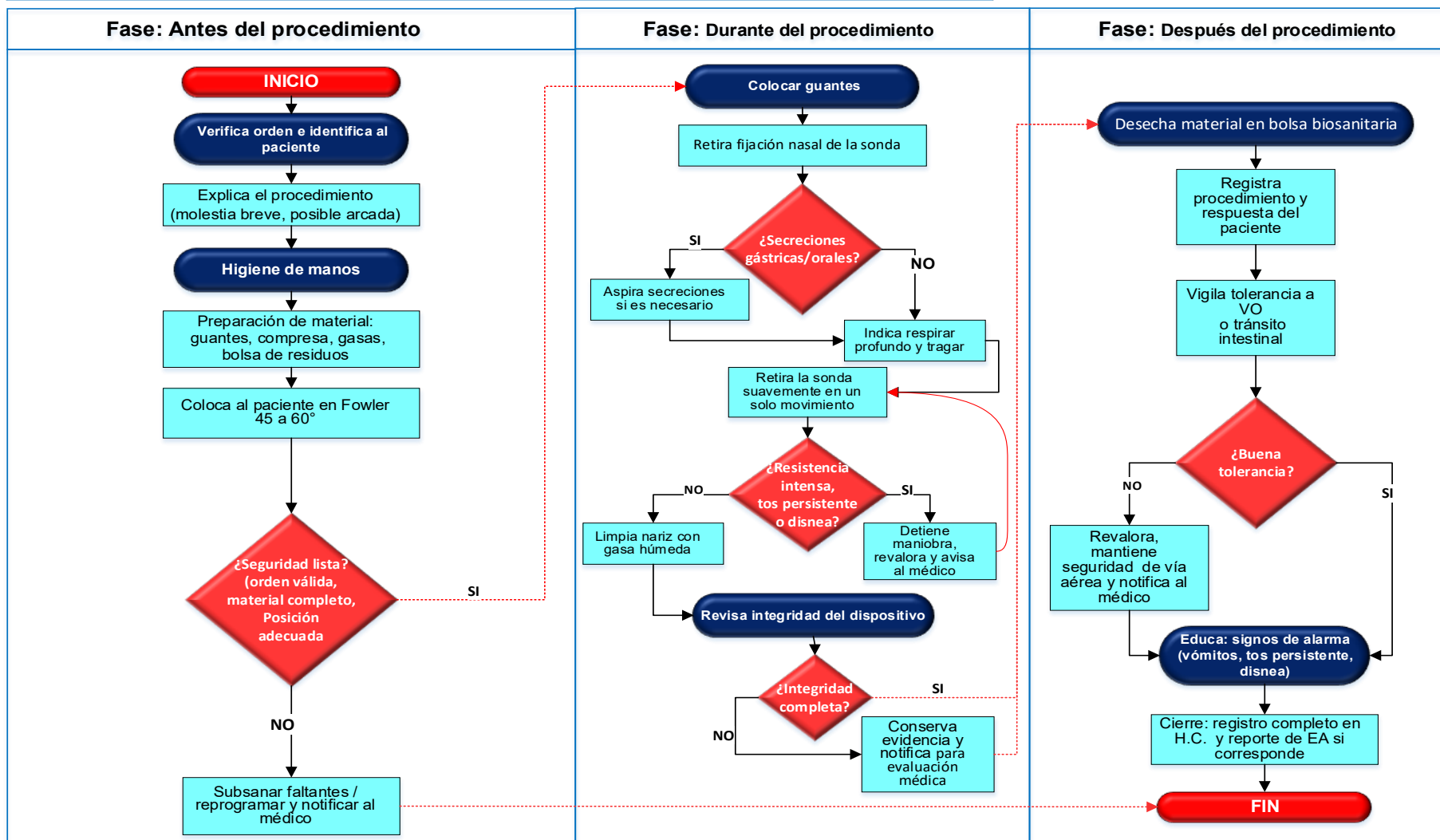
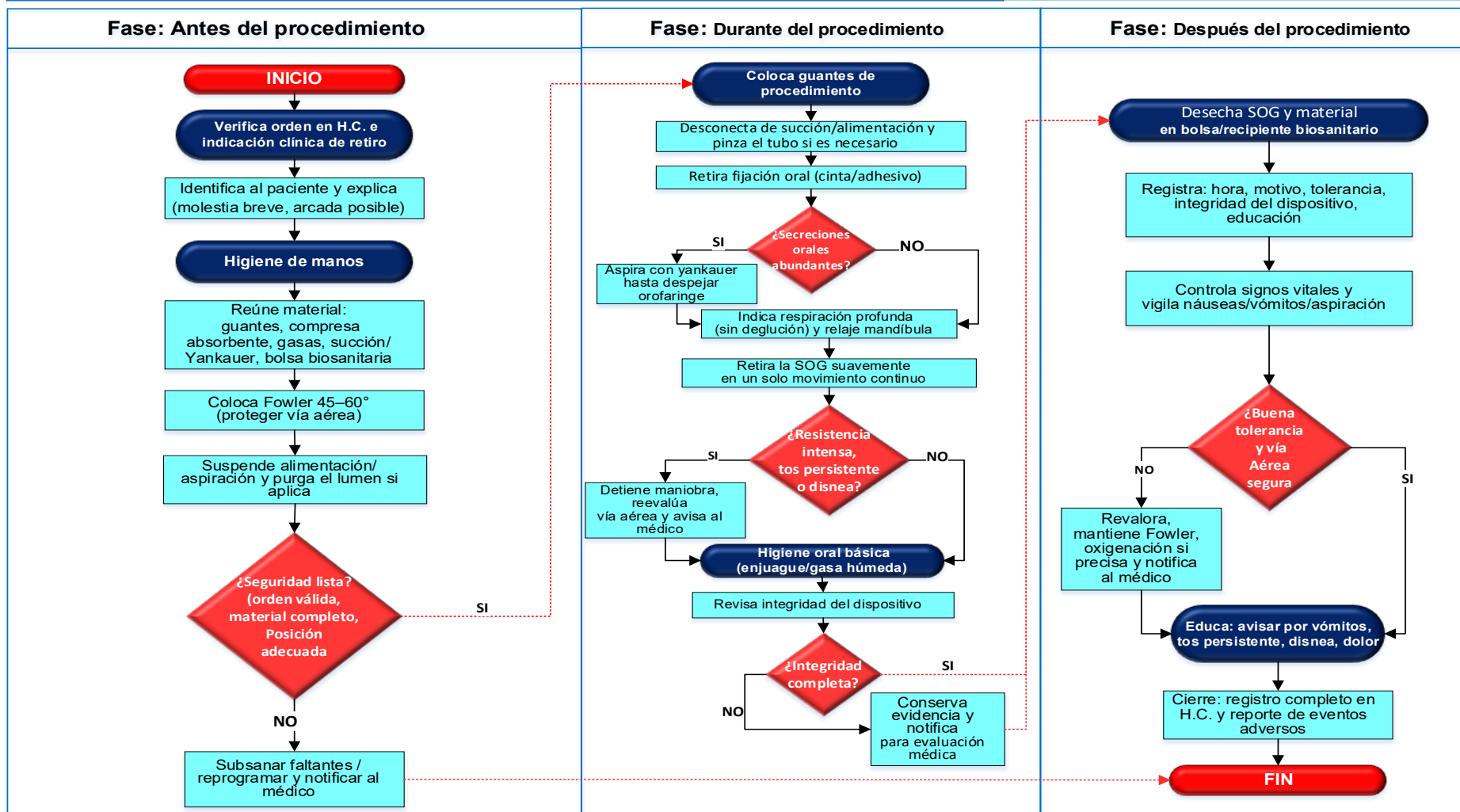


DIAGRAMA DE FLUJO PARA RETIRO DE SONDA OROGÁSTRICA SOG



PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital de
Lima Este - Vitarte



V. BIBLIOGRAFIA

1. Arrasco-Gelacio JL, Equipo de Revisión del Departamento de Enfermería. Guía de procedimiento asistencial de enfermería para la inserción, mantenimiento y retiro de la sonda nasogástrica u orogástrica. Rev Exp Med. 2024;10(3). Disponible en: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/767/471>
2. Ortiz-Cabrera G, Díaz-Bernal B, Cuevas-Peñaloza M, Maciel-Vilchis A, Dimas-Altamirano B, Jaime-Mejía D. Cuidado de enfermería en el mantenimiento del catéter venoso central en la terapia intensiva pediátrica. SANUS [Internet]. 2025 [citado 13 sep 2025]; 10: e507. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/507>
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Summary of recommendations [Internet]. Atlanta: CDC; 2011 [actualizado 28 feb 2024; citado 13 sep 2025]. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/intravascular-catheter-related-infections/summary-recommendations.html>
4. Mazi WA, Bondad M, Althumali M, Alzahrani T. Reducing catheter-associated urinary tract infection in high dependency unit: an eighteen-month quality improvement intervention study period. Infect Prev Pract [Internet]. 2024 [citado 13 sep 2025];6:100362. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2024.100362>
5. NSW Health. Insertion and management of nasogastric and orogastric tubes in adults. Guideline GL2023_001 [Internet]. Sydney: NSW Health; 2023 [cited 2025 sep 13]. Available from: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/Pages/doc.aspx?dn=GL2023_001
6. Backler C, Kirmse JM, editoras. Access device guidelines: recommendations for nursing practice and education. 4th ed. Pittsburgh (PA): Oncology Nursing Society; 2023. 220 p. ISBN: 9781635930610. Available from: <https://www.ons.org/store/books/access-device-guidelines-recommendations-nursing-practice-and-education-fourth-edition>
7. Instructivo inserción mantenimiento y retiro de catéter venoso periférico. Hospital General Docente de Calderón. 2025. Disponible en: https://www.hgdc.gob.ec/images/Hospital/Gstion_Calidad/Procedimientos_Instructivos/2025/INSTRUCTIVO%20INSERCIÓN%20MANTENIMIENTO%20Y%20RETIRO%20DE%20CATÉTER%20VENOSO%20PERIFÉRICO.pdf.
8. Timsit JF, Baleine J, Bernard L, Calvino-Gunther S, Darmon M, Dellamonica J, et al. Expert consensus-based clinical practice guidelines management of intravascular catheters in the intensive care unit. Ann Intensive Care. 2022;12(1):66. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00713-4>
9. De Jong AC, de Neef M, van Woensel JBM, Groen LA, Jamaludin FS, Maaskant JM. Indications for urinary catheterization in hospitalized children: An integrative review. J Pediatr Nurs [Internet]. 2025 [citado 13 sep 2025]; 83:199-210. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.05.002>

10. Centers for Disease Control and Prevention. Summary of Recommendations: Intravascular Catheter-related Infection. CDC; 2022. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/intravascular-catheter-related-infections/summary-recommendations.html>
11. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected or confirmed. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2021.1>
12. NANDA International, Inc. Book launch: NANDA International nursing diagnoses: definitions and classifications (2024–2026 edition) [Internet]. 2024 Apr 15 [cited 2025 Jun 21]. Available from: <https://nanda.org/2024/04/book-launch-nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-and-classifications-2024-2026-edition/>
13. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF, editors. Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. Elsevier; 2023.
14. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, editors. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.