



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"N° 268 -2018 -DG-HONADOMANI-SB

Resolución Directoral

Lima, 16 de Noviembre de 2018

Visto, el expediente N° 17720-18;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; dentro de este contexto, el numeral 6.1.3. Guía Técnica, define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales, sanitarias. En ella se establece procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso o de una buena práctica. Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía Práctica (GPC);

Que, la Resolución Directoral N° 089-DG-HONADOMANI-SB-2018, aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial", Guía Técnica s/n OGC-HONADOMANI-SB-2018 V.02, cuya finalidad es estandarizar la elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial buscando el máximo beneficio y el mínimo riesgo a los pacientes; con el objetivo de actualizar la metodología para la elaboración, aplicación, difusión e implementación de una Guía de Procedimiento Asistencial (GPA) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa N° 979-2018-DE-HONADOMANI-SB, de fecha 13 de noviembre de 2018, la Jefa del Departamento de Enfermería se dirige al Director General, y pone de conocimiento que remite el Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería, las mismas que carecen de observaciones pendientes de levantar y cuentan con la Opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad; conforme a lo señalado en el Memorando N° 461-OGC-2018-HONADOMANI-SB, de fecha 13 de noviembre de 2018, emitido por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, en el cual se detalla las quince (15) Guías de Procedimientos Asistenciales: 1) Administración del soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica. 2) Aplicación de medios físicos a pacientes con hipertermia. 3) Aspiración de secreciones. 4) Baño de Esponja. 5) Colocación de Catéter Vesical. 6) Colocación de Sonda Nasogástrica. 7) Cuidados Post Mortem. 8) Curación de Catéter Venoso Central (CVC). 9) Fototerapia. 10) Hemoglucotest. 11) Lavado Gástrico. 12) Nebulización. 13) Monitoreo de





funciones vitales en el paciente Neonato, Pediátrico y adulto. 14) Prevención de úlceras por presión (UPP). 15) Trasfusión de sangre o componentes sanguíneos;

Que, mediante Memorando N° 318-2018-DG-HONADOMANI-SB, el Director General solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica la emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 083-2018/MINSA y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el "Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería", del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de quince (15) Guías de Procedimientos Asistenciales: 1) Administración del soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica. 2) Aplicación de medios físicos a pacientes con hipertermia. 3) Aspiración de secreciones. 4) Baño de Esponja. 5) Colocación de Catéter Vesical. 6) Colocación de Sonda Nasogástrica. 7) Cuidados Post Mortem. 8) Curación de Catéter Venoso Central (CVC). 9) Fototerapia. 10) Hemoglucotest. 11) Lavado Gástrico. 12) Nebulización. 13) Monitoreo de funciones vitales en el paciente Neonato, Pediátrico y adulto. 14) Prevención de úlceras por presión (UPP). 15) Trasfusión de sangre o componentes sanguíneos; el cual consta de cincuenta (50) folios, que se adjunta a la presente Resolución Directoral, debidamente visados.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Enfermería, implemente la difusión interna del Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" www.sanbartolome.gob.pe

Regístrese y Comuníquese

IAS/OCA/lccs
C.C.

- DA
- Dep. Enfer.
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA
Director General (a)
C.M.F. 20684 P.N.E. 10828



INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR CANICA GÓMEZ
FEDATARIO

Reg. N° Fecha: 20 NOV. 2018





PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

MANUAL DE GUÍAS DE
PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES
DE ENFERMERÍA



Lima - 2018



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



RESPONSABLES:

Mg. Miriam Esther Ortiz Espinoza

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ELABORADO POR:

Lic. Enf. Zulma Adama Rosales

Mg. Lucy Aliaga Ordoñez

Lic. Enf. Ronald Aquino Aquino.

Lic. Enf. Flor de María Auqui Solís

Lic. Enf. Teresa Carranza Castillo

Mg. Trinidad Curahua Núñez

Lic. Enf. Yovana Gómez Paima

Lic. Enf. Yesica Ibáñez Trujillo

Lic. Enf. Victoria Lovera Avilés

Lic. Victoria Molina de Bravo

Mg. Marina Montoya Maury

Lic. Enf. Lucy Elizabeth Suyo Herrera

Lic. Enf. Elsa Tasayco Retuerto

COLABORADOR:

Médico Patólogo Clínico Jorge Manuel Leiva Beraún (Guía de Transfusión de sangre o componentes sanguíneos)



INDICE

MANUAL DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	4
Introducción	4
Objetivos:	4
Objetivo General:	4
Objetivos Específicos:	4
Base Legal:	4
Ámbito de Aplicación:	4
Inventario de Procedimientos Asistenciales 2018	5
Administración del soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica	6
Aplicación de medios físicos a pacientes con hipertermia	11
Aspiración de secreciones	13
Baño de Esponja	16
Colocación de Catéter Vesical	20
Colocación de Sonda Nasogástrica.	23
Cuidados Post Mortem.	26
Curación de Catéter Venoso Central (CVC)	28
Fototerapia.	31
Hemoglucotest.	33
Lavado gástrico.	36
Nebulización.	38
Monitoreo de funciones vitales en el paciente Neonato, Pediátrico y adulto.	40
Prevención de úlceras por presión. (UPP).	43
Transfusión de sangre o componentes sanguíneos	45



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



MANUAL DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Introducción

Las guías de procedimientos asistenciales de enfermería son instrumentos indispensables para la práctica clínica, que tienen como objetivo sistematizar los procedimientos y cuidados que brinda el profesional de enfermería a los pacientes durante su permanencia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; de esta manera se dota a los profesionales de enfermería de herramientas e instrumentos que guían y mejoran la práctica clínica.

El protocolizar los procedimientos que realizamos las enfermeras dentro de los servicios siendo estos actualizados de manera permanente de acuerdo a los nuevos avances científicos los cuales nos permiten mejorar el aprovechamiento de los recursos, ayuda a la investigación, orientan al personal de nueva incorporación y finalmente son la base para el control de calidad.

El presente manual contiene los procedimientos que deben de seguirse para realizar las actividades con calidad y seguridad a nuestros pacientes, siguiendo el modelo establecido por la institución donde se indica el nombre del procedimiento, el código CPT, versión, definición, objetivos, indicaciones, contraindicaciones, personal responsable, recursos materiales, descripción del procedimiento, complicaciones, registros, anexos y referencias bibliográficas.

Cabe resaltar que uno de los aspectos que más ha enriquecido la elaboración de las guías es la participación de las profesionales de enfermería de todos los servicios con aportes y modificaciones para una mejora continua de la calidad de los cuidados integrales y la normalización de los mismos.

Objetivos:

Objetivo General:

Fortalecer la calidad de cuidados que brinda el Departamento de Enfermería del HONADOMANI "San Bartolomé" mediante la aplicación de guías de procedimientos asistenciales, actuando bajo criterios unificados y/o estandarizados en beneficio del paciente.

Objetivos Específicos:

1. Estandarizar los procedimientos para hacer los procesos más efectivos y eficientes.
2. Servir de guía a los profesionales de enfermería en inducción que ingresa a laborar en el Departamento de Enfermería del HONADOMANI "San Bartolomé".

Base Legal:

1. Ley N° 26842 Ley General de Salud
2. Ley N° 27669 Ley de Trabajo de la Enfermera
3. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud
4. R.M. N° 850-2016/MINSA, " Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
5. R.M. N° 902-2017/MINSA, Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud"
6. R.D. N° 046-DG-HONADOMANI-SB-2008, "Procedimientos de Prevención y Control de VIH"
7. R.D. N° 089-DG-HONADOMANI-SB-2018, "Guía Técnica para la Elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial"

Ámbito de Aplicación:

El presente Manual de Guías Técnicas de Procedimientos Asistenciales de Enfermería será de aplicación por los profesionales de Enfermería que laboran en los diferentes servicios del Departamento de Enfermería del HONADOMANI "San Bartolomé".



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento
Enfermería

Inventario de Procedimientos Asistenciales 2018

(1) DEPARTAMENTO

Departamento de Enfermería

(2) SERVICIO

-

(3) UNIDAD

-

Nº. Orden. (4)	Código del Procedimiento (5)	Denominación del Procedimiento. (6)
1	S/C	Administración del soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica
2	S/C	Aplicación de medios físicos a pacientes con hipertermia
3	31720.01	Aspiración de secreciones
4	S/C	Baño de Esponja
5	51702	Colocación de Catéter Vesical
6	43755	Colocación de Sonda Nasogástrica
7	S/C	Cuidados Post Mortem
8	15882	Curación de Catéter Venoso Central (CVC)
9	S/C	Fototerapia
10	82948	Hemoglucotest
11	91105	Lavado Gástrico
12	94640	Nebulización
13	S/C	Monitoreo de funciones vitales en el paciente Neonato, Pediátrico y adulto.
14	S/C	Prevención de úlceras por presión. (UPP)
15	36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos

Lima, 05 de Noviembre del 2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"
.....
Mg. Miriam Ortiz Espinoza
C.E.P. N° 11156
Jefa del Departamento de Enfermería
Firma y Sello de la Jefe



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Administración del soporte nutricional enteral por sonda nasogástrica

CODIGO (2):
S/C

VERSION (3):
2018.V.02

DEPARTAMENTO (4):
Enfermería

DEFINICION (5): la administración de nutrientes parcial o totalmente digeridos a través del tubo digestivo, bien por boca o por sonda, para conseguir una nutrición adecuada. Puede ser total o complementaria, dependiendo si se aportan todos los requerimientos o sólo parte de ellos.

OBJETIVO (6): Corregir o evitar la desnutrición en pacientes que no son capaces de satisfacer sus necesidades nutricionales mediante procedimientos habituales. Influir terapéuticamente en el curso de la enfermedad mediante la combinación de diferentes nutrientes.

INDICACIONES (7):

- Sepsis.
- Enfermos con disminución del nivel de conciencia.
- Cirugía no digestiva.
- Desnutrición por insuficiente ingesta oral.
- Enfermos con ventilación mecánica.
- Resecciones parciales de intestino delgado (en 1ª o 2ª fase).
- Síndrome de intestino corto.
- Post-quirúrgico de cirugía digestiva alta: esofágica, gastrectomías, pancreatectomías.

CONTRAINDICACIONES (8):

- Obstrucción completa del intestino delgado o grueso.
- Íleo paralítico.
- Peritonitis difusa.
- Vómitos incoercibles.
- Fístulas entéricas de débito alto.
- Enteritis aguda grave por radiación, quimioterapia o infección.
- Pancreatitis aguda grave hemorrágica o necrotizante.
- Malabsorción grave.
- Perforación gastroduodenal.
- Hemorragia digestiva aguda grave activa.
- Isquemia gastrointestinal.
- Durante el shock (séptico, hipovolémico, cardiogénico).

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

Nº	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Cama clínica o camilla	
2	Soporte de sueros	
3	Bomba de infusión de nutrición enteral	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Riñonera	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Papel toalla de hojas separadas	
2	Bolsa para nutrición enteral de 500ml, 1000ml, 1500ml	
3	Jeringa descartable estéril de 50cc con punta de catéter.	
4	Guantes limpios descartables	
5	Guantes estériles	
6	Sonda de alimentación (SNG)	
7	Gasa estéril 10x10 cm	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|---|--|
| 1 | Cama clínica o camilla |
| 2 | Soporte de sueros |
| 3 | Bomba de infusión de nutrición enteral |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|----------|
| 1 | Riñonera |
|---|----------|

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|---|
| 1 | Papel toalla de hojas separadas |
| 2 | Bolsa para nutrición enteral de 500ml, 1000ml, 1500ml |
| 3 | Jeringa descartable estéril de 50cc con punta de catéter. |
| 4 | Guantes limpios descartables |
| 5 | Guantes estériles |
| 6 | Sonda de alimentación (SNG) |
| 7 | Gasa estéril 10x10 cm |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.



2 Formula polimérica según indicación médica.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)	
Nº	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la identidad de la paciente.
2	Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
3	Higiene de manos.
4	Preparar el material a usar y trasládalo a la unidad del paciente
5	Colocar al paciente en posición sentado durante el procedimiento y hasta una hora después de la administración.
6	Calzado de guantes estériles.
7	Verificar la correcta colocación de la sonda nasogástrica y su permeabilidad antes de cada toma.
8	Comprobar la tolerancia antes de cada toma (medir residuo gástrico: si es mayor a 200 ml. No administrar la dieta y dejar en reposo gástrico por 1 hora).
ADMINISTRACION INTERMITENTE	
Administración Intermitente en bolo con jeringa:	
9	Pinzar la sonda.
10	Conectar la punta de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la sonda.
11	Rellenar la jeringa con el preparado comercial.
12	Despinzar la sonda.
13	Administrar el preparado ejerciendo una ligera presión.
14	Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml de agua tibia.
15	Eliminar los residuos según su clasificación
16	Retirarse los guantes.
17	Higiene de manos.
18	Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.
Administración intermitente por gravedad:	
19	Pinzar la sonda.
20	Conectar el sistema de goteo a la botella del preparado comercial y a la sonda.
21	Colgar el recipiente en un pie de gotero a unos 60 cm por encima de la cabeza de la paciente. Despinzar la sonda.
22	Regular la velocidad de goteo.
23	Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml agua tibia.
24	Eliminar los residuos según su clasificación
25	Retirarse los guantes.
26	Higiene de manos.
27	Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.
ADMINISTRACION CONTINUA	
Administración infusión continua por bomba:	
28	Pinzar la sonda.
29	Purgar la bolsa de nutrición
30	Colocar la bolsa de nutrición al sistema de la bomba de infusión y programar el volumen del goteo.
31	Comprobar tolerancia cada 4-8 horas o cambio de bolsa.
32	Lavar la sonda con agua tibia cada 8 horas con 25 ml de agua y siempre que se administre medicación o cambio de bolsa (cambiar sistema y bolsa de alimentación cada 24 horas).
33	Eliminar los residuos según su clasificación
34	Retirarse los guantes.
35	Higiene de manos.



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
Enfermería



36 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- **Gastrointestinales:** Aumento del residuo gástrico, Obstrucción de la sonda, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos, dolor abdominal, Distensión abdominal.
- **Mecánicas:** Lesiones nasales, Lesiones esofágicas, Lesiones pared abdominal (estomas), Infusión intrabronquial, Obstrucción de la sonda, Autorretirada de la sonda, Desplazamiento de la sonda, Infección senos paranasales.
- **Metabólicos:** Deshidratación hipertónica, Diuresis osmótica, Hipo/Hiperglucemia, Hipo-Hiperpotasemia, Hipo-Hipernatremia, Hipo-hiperfosfatemia e Hipercapnia
- **Respiratorios:** bronco aspiración

REGISTROS (16)

Historia Clínica

Kardex de Enfermería

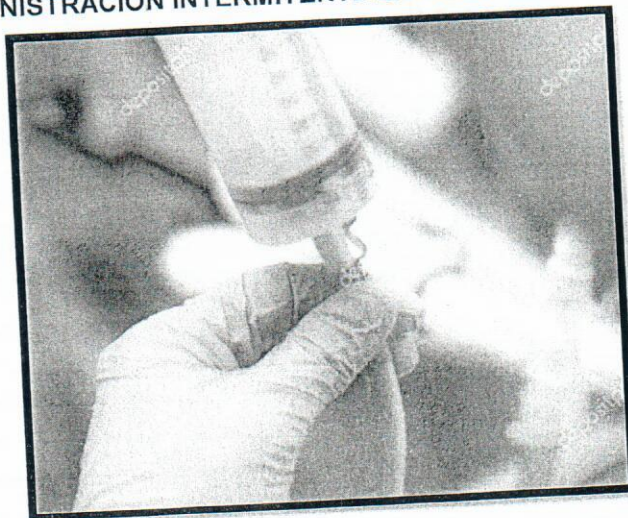
Anotaciones de Enfermería

ANEXOS (17)

1. Administración intermitente por gravedad. La velocidad se controla por un mecanismo que disminuye el calibre de la vía al aumentar la resistencia al flujo. No es recomendable en formulas densas.

2. Administración intermitente en bolo con jeringa. Utilizada en formulas densas.

ADMINISTRACIÓN INTERMITENTE EN BOLO CON JERINGA

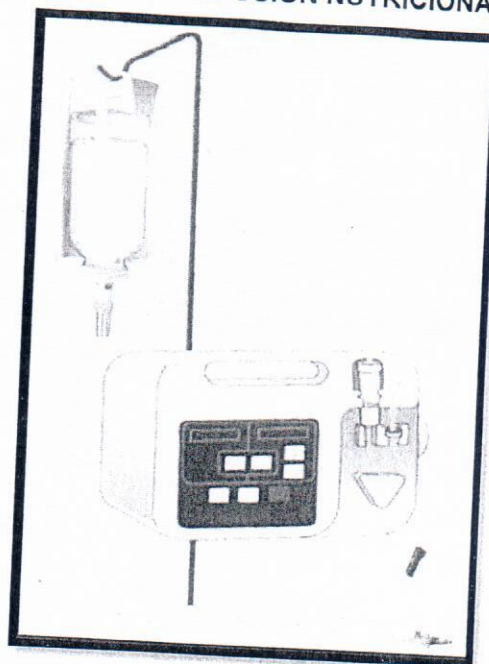


3. Bombas de infusión. Aseguran un flujo constante, reducen el volumen de la fórmula retenida en el estómago reduciendo el riesgo de aspiración. Tienen sistemas de alarma que permiten mayor comodidad de administración. Su uso es necesario cuando la administración es continua.

BOLSA DE NUTRICION ENTERAL PARA ADMINISTRACION EN BOMBA



BOMBA DE INFUSION NUTRICIONAL



Preparados poliméricos: Son aquellos en los que los nutrientes se encuentran en su forma macromolecular intacta. Son alimentos naturales homogeneizados o mezclas de nutrientes obtenidos de los alimentos mediante distintos procedimientos físicos en los que, a su vez, generalmente se elimina el residuo.

Preparados monoméricos u oligopeptídicos: Son aquellos en los que las proteínas han sido hidrolizadas mediante técnicas enzimáticas industriales, hasta cadenas de 2 a 6 aminoácidos (oligopéptidos) y/o L-aminoácidos libres.

Preparados especiales: Engloban aquellos preparados que poseen alguna característica distintiva en relación a sus aplicaciones. La mayoría de ellos son fórmulas nutricionales que se apartan de los criterios de equilibrio nutricional en cuanto a contenido de nutrientes energéticos y no energéticos, para adaptarse a las especiales necesidades metabólicas, y por tanto nutricionales, de algunos pacientes, dependiendo de la patología.

Suplementos y módulos nutricionales: Los suplementos son fórmulas que aportan uno o varios nutrientes pero no en cantidades suficientes para cubrir los mínimos diarios, por lo que no deben ser utilizados como reemplazo de una dieta completa.

- **Módulos hidrocarbonados:** Formados básicamente por polímeros de glucosa y monosacáridos. Aportan también electrolitos.
- **Módulos lipídicos:** Son enriquecidos en ácidos grasos esenciales.
- **Módulos proteicos:** Pueden aportar aminoácidos totales, esenciales o ramificados. Algunos contienen oligoelementos y/o minerales.



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Lama More, R., (2013). Soporte nutricional en la infancia. Nutrición enteral. Protocolos diagnóstico terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. 385-391. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nutricion_ental.pdf
2. Amuriza Chicharro, N., Romero Jiménez, R. M., Valero Zanuy, M., Gomis Muñoz, P., & Herreros de Tejada, A. (2012). Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 879-888. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n3/21_original18.pdf
3. Agudelo, G. M., Giraldo, N. A., Aguilar, N., Barbosa, J., Castaño, E., Gamboa, S.,... & Román, J. (2011). Incidencia de complicaciones del soporte nutricional en pacientes críticos: estudio multicéntrico. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 537-545. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/16_original_12.pdf
4. Serón Arbeloa, C., Zamora Elson, M., Labarta Monzón, L., Garrido Ramírez de Arellano, I., Lander Azcona, A., Marquina Lacueva, M.,... & Escos Orta, J. (2011). Resultados del soporte nutricional en una UCI polivalente. *Nutrición Hospitalaria*, 26(6), 1469-1477. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n6/39_original_26.pdf
5. Arizmendi, A. M., Andrés, M. C., & Díaz, M. J. (2010). Nutrición enteral. MANUAL BÁSICO DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA, 91. Disponible en:
<http://www.bartolomebeltran.com/actualidad/archivos/ManualNutricion.pdf#page=93>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Aplicación de medios físicos a pacientes con hipertermia.		
CODIGO (2): S/C	VERSION (3): 2018.V.02	DEPARTAMENTO (4): Enfermería
DEFINICION (5): Es la aplicación de baño con agua tibia por medio de inmersión o compresas en zonas donde se concentra la temperatura. (Cabeza, axilas, ingles y región cervical), con la finalidad de regular la temperatura corporal a cifras normales.		
OBJETIVO (6): Mantener la temperatura corporal entre 36 - 37°C. Evitar convulsiones.		
INDICACIONES (7): Pacientes con temperatura corporal igual o mayor a 38 ° C. Oral, igual o mayor a 37.5 ° C Axilar, Mayor a 38.5°C Rectal		CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnica de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Cama clínica o camilla |
| 2 | Soporte de sueros |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Rañonera |
| 2 | Tina de acero quirúrgico |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 | Papel toalla de hojas separadas |
| 2 | Termómetro |
| 3 | Guantes limpios descartables |
| 4 | Apósito de gasa |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
----	--------------	--------------------

- | | | |
|---|---------------------------------|------|
| 1 | Gluconato de Clorhexidina al 2% | Sol. |
|---|---------------------------------|------|

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
----	--------------------

- | | |
|----|---|
| 1 | Verificar la identidad de la paciente. |
| 2 | Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar. |
| 3 | Higiene de manos. |
| 4 | Preparar el material a usar y trasládalo a la unidad del paciente |
| 5 | Verificar temperatura del agua (37°C). |
| 6 | Desvestir al paciente y retirar cobijas, respetando su intimidad. |
| 7 | Sumergir al paciente en la tina y/o baño de ducha según edad. |
| 8 | Mantener al paciente en el agua durante 20 minutos, observando signos de alarma |
| 9 | Retirar al paciente del agua y secarlo con toques suaves. |
| 10 | Retirar al paciente del agua después de 20 minutos y secarlo con toques suaves. |
| 11 | Vestir al niño con ropa ligera. |
| 12 | Tomar la temperatura después de 1 hora de terminado el procedimiento |
| 13 | Eliminar los residuos según su clasificación |
| 14 | Retirarse los guantes. |
| 15 | Higiene de manos. |
| 16 | Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería. |



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



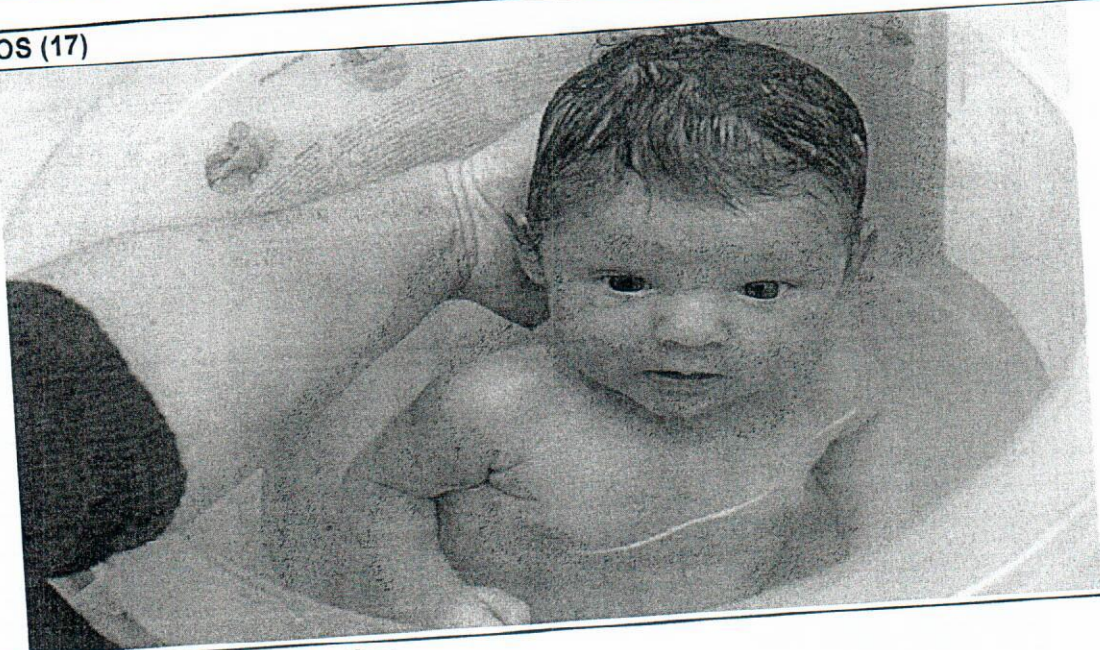
COMPLICACIONES (15)

- Quemadura
- Hipotermia

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería
Registro de actividades

ANEXOS (17)



Baño en tina

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. <https://es.slideshare.net>, 2015: control térmico por medios físicos.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Aspiración de secreciones

CODIGO (2):
31720.01VERSION (3):
2018.V.03DEPARTAMENTO (4):
Enfermería

DEFINICION (5): Es la aspiración de las secreciones de las vías respiratorias a través de una sonda o catéter conectado a una máquina de aspiración o una toma de pared.

OBJETIVO (6): Mantener la vía traqueo bronquial libre de secreciones.
Favorecer la ventilación respiratoria.

INDICACIONES (7):

- Pacientes con problemas respiratorios que tienen compromiso del sensorio y no pueden por si mismos expectorar las secreciones.

CONTRAINDICACIONES (8):

- Trastorno hemorrágico (CID, Trombocitopenia)
- Pacientes con reclutamiento alveolar.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnico de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N° DENOMINACION

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- 1 Aspirador de secreciones
- 2 Cama clínica o camilla
- 3 Monitor multiparametro
- 4 Ventilador mecánico
- 5 Balón de oxígeno medicinal o punto empotrado
- 6 Coche de Curaciones

INSTRUMENTAL (11)

- 1 Riñonera

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- 1 Papel toalla de hojas separadas
- 2 Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades
- 3 Jeringa descartable de 10cc, 20cc.
- 4 Guantes estériles N° 7 o 7 1/2
- 5 Sonda de aspiración con control de flujo N° 12, 14.
- 6 Tubuladura de bulbo x 7"
- 7 Filtro para aspiradora.
- 8 Mascarilla N 95

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	Sol.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
3	Cloruro de Sodio 0.9%	Iny.
4	Agua destilada	Iny.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N° SECUENCIA DE PASOS

- 1 Verificar la identidad de la paciente.
- 2 Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
- 3 Higiene de manos.
- 4 Preparar el material que se va a usar
- 5 Verificar la operatividad del equipo de aspiración y la funcionalidad del sistema de oxígeno



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



- 6 Verificar que la sonda de aspiración tenga un diámetro menor al tubo endotraqueal.
- 7 Colocar a la paciente en posición semi-sentado, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.
- 8 Colocarse mascarilla N95
- 9 Si la paciente está sometida a respiración mecánica, verificar que no exista contraindicación para desconectar el ventilador mecánico.
- 10 Verificar que la fijación del tubo endotraqueal del paciente sea segura.
- 11 Encender el equipo de aspiración (o el sistema de pared)
- 12 Suministrar oxígeno al 100 % antes del procedimiento para prevenir hipoxemia mediante bolsa de resucitación manual o a través del ventilador mecánico de 1 a 3 oportunidades, manteniendo un intervalo de espera entre aspiración y aspiración de 10 seg. Aproximadamente.
- 13 Colocarse los guantes estériles para realizar el procedimiento
- 14 Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura sin contaminar, enrolla la sonda sobre la mano dominante
- 15 Conectar la sonda de aspiración a la Tubuladura del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante.
- 16 Solicitar al personal técnico que retire la conexión del ventilador
- 17 Lubricar la punta de la sonda de aspiración e introducir suavemente al orificio del tubo endotraqueal o de traqueotomía (según corresponda), hasta encontrar una ligera resistencia, realizar la aspiración retirando la sonda con movimientos rotatorios no debe exceder de 15 segundos.
- 18 Conectar al paciente al ventilador mecánico u otro dispositivo de suministro de oxígeno.
- 19 Limpiar la sonda con gasa estéril y aspirar la solución para irrigación.
- 20 Repetir el procedimiento de acuerdo a la necesidad del paciente, dejando 5 minutos como periodo de recuperación entre cada episodio de aspiración.
- 21 Eliminar los residuos según su clasificación
- 22 Retirarse los guantes.
- 23 Higiene de manos.
- 24 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Hipoxia, arritmias, hipotensión, atelectasias, paro cardíaco

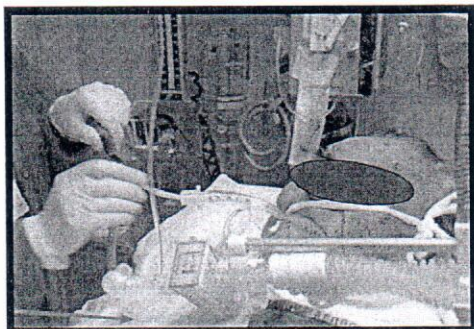
REGISTROS (16)

- Historia Clínica
- Kardex de Enfermería
- Anotaciones de Enfermería

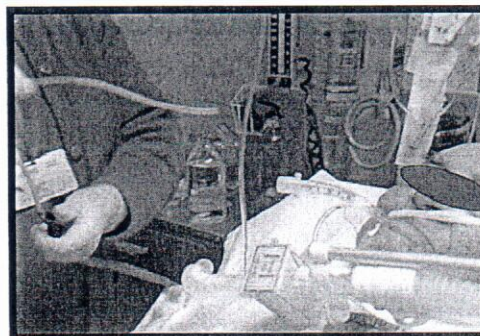


ANEXOS (17)

Inserción de la sonda



Retiro de la sonda



Limpieza de la sonda



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". (2013) "Aspiración de Secreciones de la Vía Aérea". Código: PD-GEN-11. Fecha de Revisión: 08-jul-2013. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352837382621&ssbinary=true>
2. Hospital Universitario "Reina Sofía". (2010) "Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. D3-Aspiración de Secreciones Orofaringeas y Traqueales". Fecha de Revisión: 11-Dic-2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d3_aspiracion_secreciones.pdf
3. Lorente, L., MaríaLecuona, A. J., Mora, M., & Sierra, A. (2006) "Sistema cerrado de aspiración traqueal sin cambio diario versus sistema abierto". Disponible en: http://ckpc-cnc.sati.org.ar/files/CRITICA_Sistema_cerrado_de_aspiracion_traqueal_sin_cambio_diario_versus_sistema_abierto.pdf



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Baño de Esponja

CODIGO (2): S/C	VERSION (3): 2018.V.02	DEPARTAMENTO (4): Enfermería
--------------------	---------------------------	---------------------------------

DEFINICION (5): Es la limpieza integral del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado de hacerlo por sí mismo o tiene contraindicado levantarse de su cama.

OBJETIVO (6): Mantener la piel del paciente limpia e hidratada.

INDICACIONES (7):

- En pacientes con restricciones por enfermedad o tratamiento.
- Compromiso del sensorio
- Post-operadas inmediatas.

CONTRAINDICACIONES (8):

- Pacientes con problemas de coagulación (CID).
- Inestabilidad hemodinámica.
- Paciente con patología dérmica que requiere de baño medicado.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnica de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Cama clínica o camilla |
| 2 | Biombo o cortinas |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Tina de acero quirúrgico |
|---|--------------------------|

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|----|---|
| 1 | Papel Toalla de hojas separadas |
| 2 | Guantes limpios descartables |
| 3 | Mascarilla de 3 filtros o N 95 |
| 4 | Torunda de algodón |
| 5 | Mandilón impermeable descartable |
| 6 | Esponja de baño |
| 7 | Jabón |
| 8 | Gasa 10x10 x 16 pliegues por 5 unidades (paquete) |
| 9 | Champú |
| 10 | Toalla |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)**N° SECUENCIA DE PASOS**

- | | |
|---|--|
| 1 | Verificar la identidad de la paciente. |
| 2 | Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar. |
| 3 | Higiene de manos. |
| 4 | Preparar equipo y materiales a usar (jabón, toalla ropa de paciente y de cama, etc.) |
| 5 | Comprobar que el agua tenga la temperatura adecuada (aprox. 37C°) |
| 6 | Respetar la intimidad de la paciente, cerrando las cortinas o colocar biombos. |
| 7 | Colocarse el mandilón, la mascarilla y los guantes limpios. |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

- 8 Adecuar la altura de la cama, bajar la baranda de la cama, colocar al paciente en posición adecuada, aflojar la ropa de cama desde los pies y retirar todas las cubiertas superiores excepto la sábana superior.
- 9 Quitar la bata a la paciente (si la usuaria tiene una vía endovenosa quitar primero la manga del brazo sin la vía) y cubrir con sábana.
- 10 Llenar las tinas de agua caliente (dos), una será utilizada para enjabonar y la otra para enjuagar, introducir una esponja en cada tina.
- 11 Lava suavemente la cara (sólo con agua), las orejas y el cuello del paciente utilizando agua jabonosa. Enjuaga con otro paño. Seca el área (cara, orejas y cuello) con una toalla.
- 12 Levanta la cabeza de la paciente con suavidad y colocar la cabellera dentro de la tina, moja el cabello vertiendo agua sobre la cabeza, teniendo cuidado de que no caiga en los ojos, aplica el champú masajea suavemente el cuero cabelludo y luego enjuágalo. Utiliza una toalla para secarle el cabello con toques suaves.
- 13 Lavar el brazo más cercano a nosotros; sosteniendo el brazo por encima de la muñeca, lavar el hombro, la axila y el brazo, enjabonando, enjuagando y secando, poner la tina de jabón sobre la cama e introducir la mano de la paciente, enjabonar, enjuagar y secar. Realiza el mismo procedimiento con el otro brazo. Vuelve a cubrir el cuerpo del paciente con la sábana para mantenerlo caliente.
- 14 Descubrir la zona del pecho doblando por la mitad la toalla o sábana que cubría a la paciente, enjabonar y enjuagar esa zona. Secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas, tapar el pecho y descubrir el abdomen doblando la toalla sobre el pecho, enjabonar, enjuagar y secar con movimientos circulares para estimular los movimientos intestinales, hacer hincapié en el ombligo.
- 15 Descubrir totalmente la pierna más cercana a nosotros, enjabonar, enjuagar y secar muslo y pierna, doblar la rodilla, introducir el pie de la paciente, dentro de la tina, enjabonar bien entre los dedos, enjuagar y secar muy bien. Repetir el mismo procedimiento completa con la otra pierna y con el otro pie. Vuelve a cubrir el Cubrir a la paciente con la sábana para mantenerlo caliente.
- 16 Colocar a la paciente en decúbito lateral. Colocar la toalla a lo largo del paciente, enjabonar, enjuagar y secar la espalda desde el cuello hasta las nalgas, utilizando movimientos largos y circulares.
- 17 Colocar a la paciente de nuevo sobre su espalda, colocar las rodillas flexionadas (siempre que sea posible), lavar los genitales; utilizar gasa no estéril o torundas de algodón (para higiene), lava de arriba abajo (monte de venus, labios mayores, menores y meato urinario), lavar el ano, luego enjuagar y secar muy bien las ingles y la zona genital externa.
- 18 Si es posible aplicar loción corporal o crema en los brazos, piernas y espalda. Vestir a la paciente. Tender la cama con la técnica de cama ocupada. Peinar el cabello de la paciente.
- 19 Retirar la ropa sucia y colocar en el tacho de ropa sucia.
- 20 Eliminar los residuos según su clasificación
- 21 Retirarse los guantes.
- 22 Higiene de manos.
- 23 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Ninguna

REGISTROS (16)

Historia Clínica

Kardex de Enfermería

Anotaciones de Enfermería



PERÚ

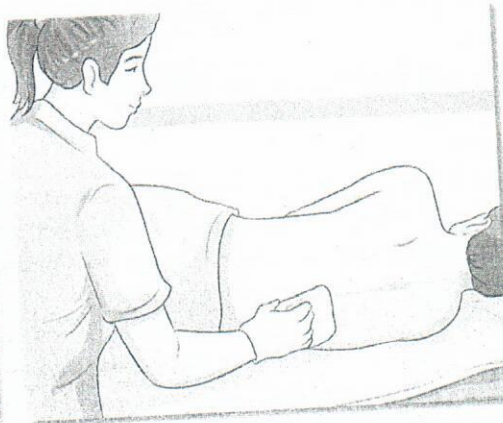
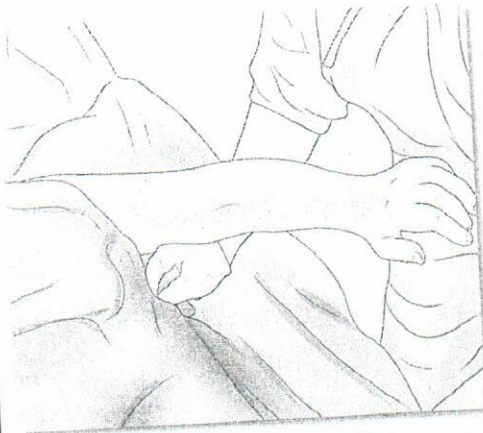
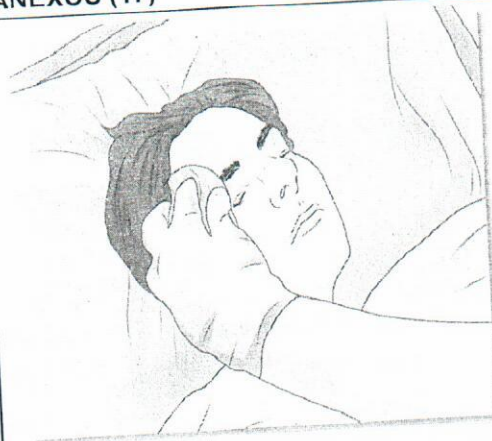
Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
Enfermería



ANEXOS (17)





PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Flórez Ramos, José Manuel, González Consuegra, Renata Virginia, & Guerra Urrego, Kennedy Arturo. (2016). Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama. *Avances en Enfermería*, 34(3), 215-225. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002016000300002&script=sci_arttext&lng=es ISSN 0121-4500
2. Carvajal Carrascal, G., & Montenegro Ramírez, J. D. (2015). Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global*, 14(40), 340-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015004400115 ISSN 1695-6141



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Colocación de Catéter Vesical		
CODIGO (2): 51702	VERSION (3): 2018.V.02	DEPARTAMENTO (4): Enfermería
DEFINICION (5): Es la introducción de una sonda o catéter, a través de la uretra al interior de la vejiga, para extraer orina. Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.		
OBJETIVO (6): Facilitar la evacuación de la orina, control de diuresis, obtención de muestra u orina residual.		
INDICACIONES (7): - Retención urinaria, obtención de muestra estéril - Hematuria macroscópica - Incontinencia urinaria - Cirugía pélvica - Control estricto de diuresis		CONTRAINDICACIONES (8): - Estenosis uretral - Ruptura de uretra - Malformaciones congénitas que comprometen la zona genito-urinaria - Traumatismo pélvico - Cirugía de la vejiga o uretra.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnica de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1	Cama clínica o camilla
---	------------------------

INSTRUMENTAL (11)

1	Rifonera, bandeja o cubeta estéril
2	Pinza de aseo perineal
3	Chata

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	Papel toalla de hojas separadas
2	Guantes limpios descartables
3	Sonda de alimentación # 4 o 6 según la edad
4	Catéter Vesical N° 6, 8, 10, 12, 14, 16 (de acuerdo a la edad).
5	Guantes quirúrgicos estériles
6	Jeringa descartable de 5cc y 20 CC.
7	Apósito adhesivo transparente 6x7 cm.
8	Gasa de 5x5 por 5 unidades
9	Bolsa colectora de orina, adulto o pediátrico.
10	Torundas de Algodón.
11	Esparadrapo

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
2	Agua destilada o Cloruro de Sodio al 0.9%	Iny.
3	Lidocaína	Gel Top.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
----	--------------------

1	Verificar la identidad de la paciente.
2	Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

3	Higiene de manos.
4	Preparar el material a usar y trasládalo a la unidad del paciente
5	Colocar al paciente en posición de litotomía si es mujer y decúbito supino si es varón.
6	Calzarse los guantes descartables y realizar el aseo perineal
7	Retirarse los guantes.
8	Higiene de manos clínico
9	Calzarse los guantes quirúrgicos
10	Realizar cateterización previa lubricación del catéter con solución de Cl.Na al 9% y/o lidocaina en jalea Si es varón: - Coger la sonda con la mano dominante y con la otra mano sujetar el pene sin presionar, levantando hasta formar un ángulo de 90° en relación con el abdomen. - En caso de RN y niños menores, usar sonda de alimentación e introduzca la sonda con la mano dominante, de 3 a 5 cm. hasta verificar retorno de orina - Conectar a la bolsa colectora y colocarla debajo de la cama del paciente según sea el caso. - En caso de pre-escolares hasta adolescentes usar sonda Foley e introducir 5 cm. hasta verificar retorno de orina - Inyecte suero fisiológico al balón de fijación aproximadamente de 5cm. - Fijar la conexión de la sonda en la parte superior del muslo evitando tracción de la misma y la bolsa colectora por debajo de la cadera del paciente Si es mujer - Sujetar la sonda con mano dominante y lubríquela; separe con la mano no dominante los genitales externos - En caso de RN y niños menores - Ubique el meato urinario e introduzca la sonda de alimentación suavemente aproximadamente 3 cm. hasta verificar retorno de orina y conectar la sonda a la bolsa colectora - En caso de pre-escolares hasta adultos, introducir la sonda Foley de 5 a 10 cm hasta verificar retorno de orina, insuflar el balón con suero fisiológico (globo) de la sonda con 5 a 15 cc de acuerdo a la edad de la paciente, y fijarlo con el apósito adhesivo en la cara interna del muslo del paciente, colocar el soporte a la bolsa de diuresis y colgarlo en una zona baja de la cama. (la bolsa tiene que estar más baja que la zona genital del paciente.
11	Eliminar los residuos según su clasificación
12	Retirarse los guantes.
13	Higiene de manos.
14	Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Laceración
- Infección urinaria

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería
Registro de actividades

ANEXOS (17)

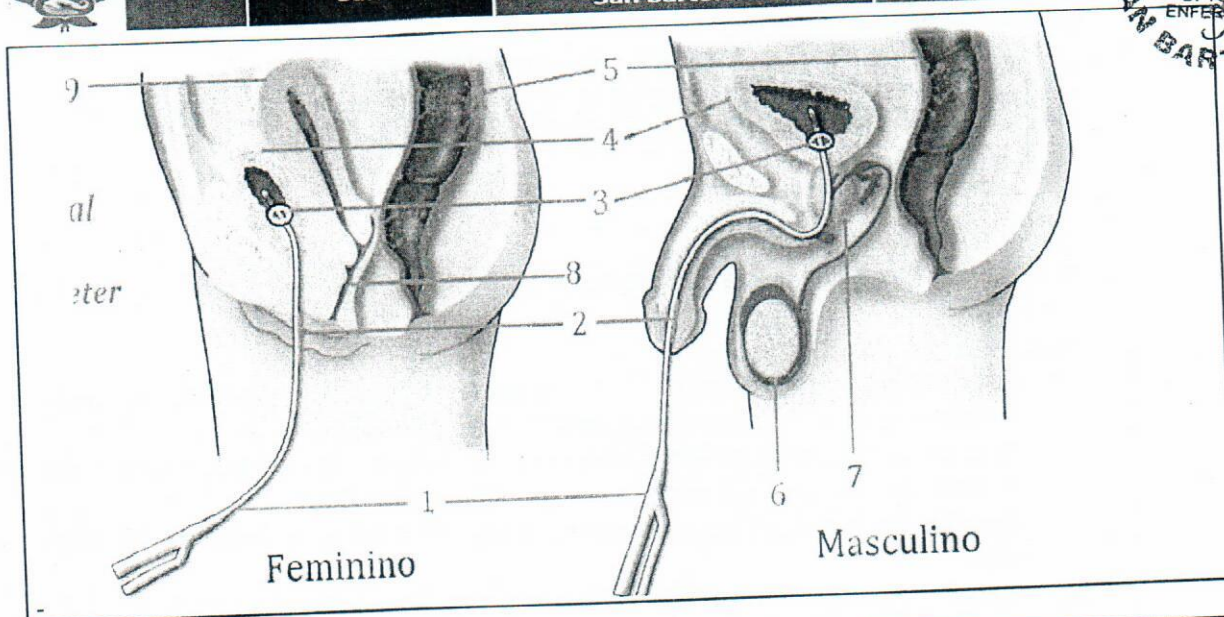
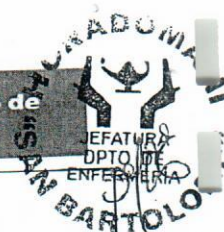


PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. "Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería en Cateterismo Vesical" <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transferecia/imagenes/stories/RD/rd-250-2014.pdf>.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1):** Colocación de Sonda Nasogástrica.**CODIGO (2):**
43755**VERSION (3):**
2018.V.03**DEPARTAMENTO (4):**
Enfermería**DEFINICION (5):** Es una técnica que consiste en la introducción de un tubo por la vía nasal hacia el tubo digestivo pasando por las fosas nasales, la faringe y el esófago para alojar su último extremo a nivel gástrico o duodenal.**OBJETIVO (6):** Facilitar y evaluar el flujo gástrico, administrar medicamentos y/o extraer contenido gástrico.**INDICACIONES (7):**

- Administrar alimentos y medicamentos por sonda a pacientes que no pueden tomar por la boca o deglutir una dieta.
- Extraer contenido gástrico con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Drenaje gástrico por gravedad.
- Lavado gástrico.

CONTRAINDICACIONES (8):

- Coagulopatía severas no controladas.
- Obstrucción nasofaríngea o esofágica
- Fractura de huesos de la base del cráneo o de huesos faciales.
- Ingestión con sustancias cáusticas.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería**RECURSOS MATERIALES****N° DENOMINACION****EQUIPOS BIOMEDICOS (10)**

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Cama clínica o camilla |
| 2 | Estetoscopio |
| 3 | Mesa de mayo |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 | Rifonera, bandeja o cubeta estéril |
|---|------------------------------------|

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|---|
| 1 | Papel toalla de hojas separadas |
| 2 | Guantes quirúrgicos estériles |
| 3 | Jeringa descartable de 50 CC. |
| 4 | Apósito adhesivo transparente 6x7 cm. |
| 5 | Gasa de 5x5 por 5 unidades |
| 6 | Esparadrapo |
| 7 | Sonda nasogástrica, N° 14, 16 |
| 8 | Mandilón impermeable descartable |
| 9 | Mascarilla descartable para uso quirúrgico c/3 filtros. |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)**N° DENOMINACION****FORMA FARMACEUTICA**

- | | | |
|---|---|----------|
| 1 | Gluconato de Clorhexidina al 2% | Sol. |
| 2 | Agua destilada o Cloruro de Sodio al 0.9% | Iny. |
| 3 | Lidocaína | Gel Top. |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)**N° SECUENCIA DE PASOS**

- | | |
|---|--|
| 1 | Verificar la identidad de la paciente. |
| 2 | Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar. |
| 3 | Higiene de manos. |



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
Enfermería



- 4 Preparar el material a usar y trasládalo a la unidad del paciente
- 5 Colocar al paciente en posición fowler o semi-fowler, si no existe contraindicación.
- 6 Calzarse los guantes estériles
- 7 Hacer la medición de la sonda según técnica establecida (sostén la punta de la sonda en la punta de la nariz, mídela al lóbulo de la oreja, y de ahí a la apéndice xifoides) y marca la sonda que llegó al apéndice xifoides.
- 8 Lubricar el extremo distal de la sonda con gel (lidocaína) o agua estéril.
- 9 Introducir la sonda por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento de rotación, hasta llegar a la marca realizada (debe quedar a la altura de la fosa nasal).
- 10 Verificar la correcta ubicación de la sonda mediante el aspirado de secreción gástrica o se puede introducir aire, de 20 -50cc con una jeringa a través de la sonda y oír el burbujeo que se produce mediante un estetoscopio colocado sobre el epigastrio.
- 11 Fijar la sonda a la nariz con cinta adhesiva (esparadrapo); pega un cuadrado de cinta sobre el dorso de la nariz, pega un extremo de la primer tira de cinta en el cuadro que colocaste previamente, rodea la sonda con 2 o más vueltas, y pega el otro extremo de la cinta en el mismo cuadro, realiza lo mismo con la segunda tira, por último, coloca el segundo cuadro de cinta sobre las anteriores, para fijar todo. Colocar la fecha y hora de inserción de la sonda
- 12 En el extremo abierto de la sonda colocar un tapón o una bolsa colectora.
- 13 Eliminar los residuos según su clasificación
- 14 Retirarse los guantes.
- 15 Higiene de manos.
- 16 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

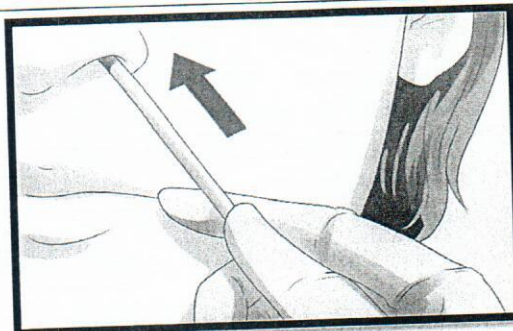
COMPLICACIONES (15)

- Laceración de la mucosa de la fosa nasal
- Epistaxis

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería
Registro de actividades

ANEXOS (17)



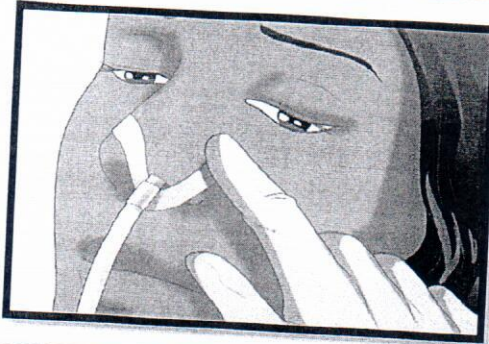
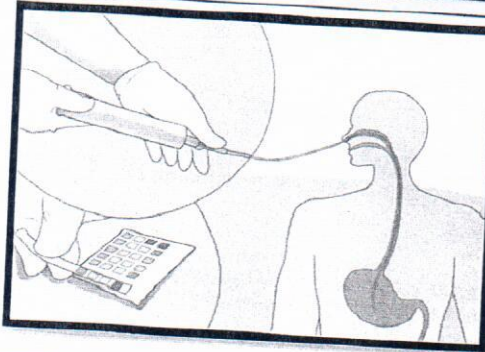


PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Arizmendi, A. M., Andrés, M. C., & Díaz, M. J. (2010). Nutrición enteral. Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética, 91. Disponible en:
<<http://www.bartolomebeltran.com/actualidad/archivos/ManualNutricion.pdf#page=93>>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Cuidados Post Mortem.

CODIGO (2):
S/CVERSION (3):
2018.V.03DEPARTAMENTO (4):
Enfermería

DEFINICION (5): Son los procedimientos que se realizan después que el médico certifica la muerte del paciente. Cualesquiera que sean los procedimientos que se emplean para atender el cuerpo del paciente después de su muerte debe hacerse con dignidad y respeto.

OBJETIVO (6): Brindar los cuidados de enfermería post mortem. Confortar y apoyar emocionalmente a los familiares

INDICACIONES (7):

- A todos los pacientes que han sido certificados como fallecidos.

CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnico de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N° DENOMINACION

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- 1 Cama clínica o camilla
- 2 Camilla de transporte

INSTRUMENTAL (11)

- 1 Riñonera, bandeja o cubeta estéril
- 2 Equipo de curación
- 3 Camilla de transporte
- 4 Sabana
- 5 Biombo.

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- 1 Papel toalla de hojas separadas
- 2 Guantes limpios descartables
- 3 Algodón - torundas
- 4 Gasa de 5x5 por 5 unidades
- 5 Esparadrapo
- 6 Mandilón impermeable descartable
- 7 Mascarilla descartable para uso quirúrgico c/3 filtros.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N° DENOMINACION

- 1 Gluconato de Clorhexidina al 2%

FORMA FARMACEUTICA

Sol.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N° SECUENCIA DE PASOS

- 1 Comprobar si el médico ha firmado el parte de defunción y si existe solicitud de necropsia. (Fallecimiento menor de 24 hrs de hospitalización)
- 2 Verificar la identidad del difunto y relación familiar
- 3 Confirmar si la familia ha sido informada por el médico.
- 4 Proporcionar a la familia apoyo emocional
- 5 Colocar el biombo en caso de no haber cortinas separadoras
- 6 Higiene de manos clínico
- 7 Calzarse los guantes
- 8 Colocar la cama en posición horizontal y al difunto en posición supina
- 9 Cerrarle los párpados y la boca



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
Enfermería



- 10 Retirar catéteres, sondas y drenajes. Cubrir los orificios de las punciones con algodón y esparadrapo
- 11 Colocar el cadáver sobre sábanas limpias
- 12 Estirar las extremidades inferiores y coloque los brazos a lo largo del cuerpo
- 13 Colocar los datos de identificación del cadáver (N° de HC y nombre)
- 14 Cubrir el cadáver con una sábana para su traslado al mortuario
- 15 Retirarse los guantes descartables.
- 16 Colocarse los guantes para limpieza y realizar limpieza y desinfección de la unidad de paciente
- 17 Retirar y eliminar los desechos según su clasificación en los lugares respectivos
- 18 Higiene de manos clínico.
- 19 Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería - HC

COMPLICACIONES (15)

REGISTROS (16)

Historia Clínica

Anotaciones de Enfermería

Registro de defunciones

ANEXOS (17)

-

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Hernández-Arzola, L. I. (2014). Muerte, atención post mórtem y su efecto en el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(1), 1-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim141a.pdf>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Curación de Catéter Venoso Central (CVC)

CODIGO (2):
15882VERSION (3):
2018.V.03DEPARTAMENTO (4):
Enfermería

DEFINICION (5): Es la desinfección de la zona de inserción del CVC con una solución antiséptica y protección con apósitos estériles.

OBJETIVO (6): Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a accesos centrales e infecciones de la zona de inserción.

INDICACIONES (7):

- Apósito adhesivo desprendido, húmedo o con presencia de sangre.
- Evidencia de contaminación o signos de infección.

CONTRAINDICACIONES (8): Ninguno.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N° DENOMINACION

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Cama clínica o camilla |
| 2 | Coche de Curaciones |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | Riñonera |
| 2 | Equipo de curación |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|---|
| 1 | Papel Toalla de hojas separadas |
| 2 | Guantes estériles N° 6.5, 7, 7.5 |
| 3 | Apósito adhesivo transparente de 10x12 |
| 4 | Gasa estéril 7.5 x 7.5 x 5 unidades |
| 5 | Gasa estéril 10 x 10 x 5 unidades |
| 6 | Campo estéril |
| 7 | Mascarilla descartable para uso quirúrgico c/3 filtros. |
| 8 | Gorro descartable |
| 9 | Mandilón descartable |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

- | N° | DENOMINACION | FORMA FARMACEUTICA |
|----|---------------------------------|--------------------|
| 1 | Alcohol medicinal 70% | Sol. |
| 2 | Gluconato de Clorhexidina al 2% | Sol. |
| 3 | Cloruro de Sodio 0.9% | Iny. |
| 4 | Agua destilada | Iny. |
| 5 | Yodopovidona al 7.5% espuma | Sol. |
| 6 | Yodopovidona al 10% solución | Sol. |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N° SECUENCIA DE PASOS

- | | |
|---|--|
| 1 | Verificar la identidad de la paciente. |
| 2 | Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar. |
| 3 | Higiene de manos. |
| 4 | Preparar el material que se va a usar |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

- 5 Preparación física de la paciente (coloque al paciente en posición decúbito dorsal con la cabeza al lado opuesto al sitio de la inserción)
- 6 Colocarse las barreras protectoras (mascarilla, gorra, bata)
- 7 Retirar los apósitos sin tocar el catéter ni el sitio de inserción, desprenda el apósito jalándolo suavemente, no utilice alcohol para su remoción
- 8 Realizar higiene de manos con solución alcoholada (alcohol gel)
- 9 Abra el equipo de curación
- 10 Calzarse los guantes estériles
- 11 Vierta alcohol al 70% en la gasa y limpie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse
- 12 Vierta el antiséptico que disponga (Gluconato de clorhexidina al 2% o Yodopovidona espuma al 7.5% o Yodopovidona en solución 10%), en las gasas y limpie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse
- 13 Dejar actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos.
- 14 Aclarar con alcohol al 70% de la misma manera circular del centro hacia afuera. Limpiar el catéter en toda su extensión desde el punto de inserción hasta la parte distal del catéter. Esperar que seque.
- 15 Cubrir el catéter con apósito adhesivo transparente.
- 16 Inmovilizar la zona del catéter, de acuerdo a necesidad.
- 17 Colocar fecha y hora de curación.
- 18 Eliminar los residuos según su clasificación
- 19 Retirarse los guantes.
- 20 Higiene de manos.
- 21 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Infecciones del torrente sanguíneo

REGISTROS (16)

- Historia Clínica
- Kardex de Enfermería
- Anotaciones de Enfermería

ANEXOS (17)**Retiro de apósitos**



PERÚ

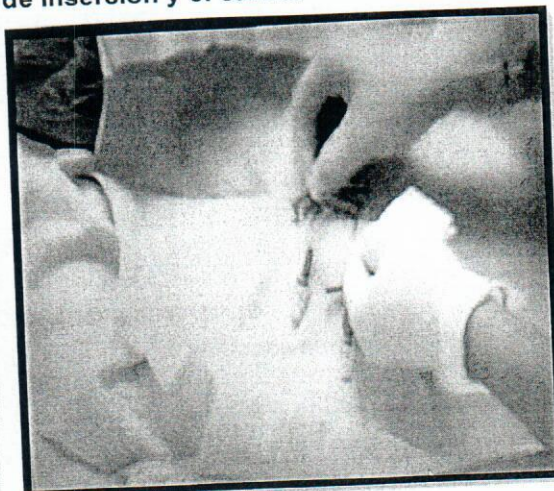
Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

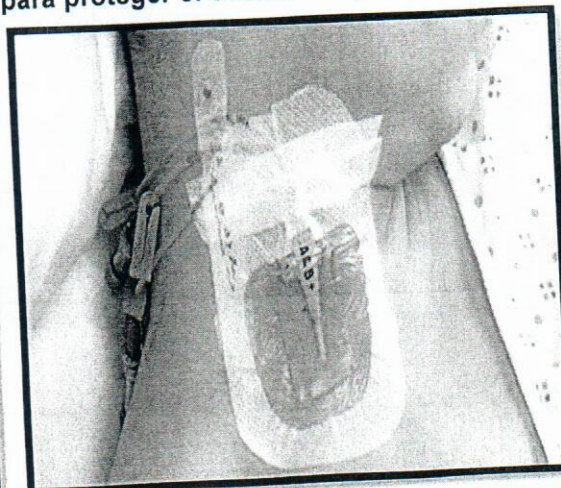
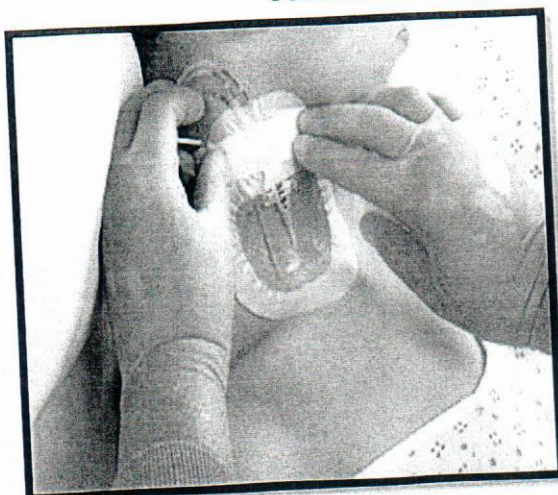
Departamento de
Enfermería



Desinfección del punto de inserción y el catéter



Colocación del apósito para proteger el catéter



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Joseph, W. F. H. S. (2016). Guía para la prevención de infecciones relacionadas con el catéter intravascular. Disponible en: [http://flebitiszero.com/app/formacion/biblio/GUIA%20CDC%202011\(Castellano\).pdf](http://flebitiszero.com/app/formacion/biblio/GUIA%20CDC%202011(Castellano).pdf)
2. Pedrolo, E., Danski, M. T. R., & Vayego, S. A. (2014). Curativo de clorhexidina e gaze e fita para catéter venoso central: ensayo clínico randomizado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(5), 764-771. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/99293> DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3443.2478>
3. Álvarez, C. A., Cortés, J. A., Gómez, C. H., Fernández, J. A., Sossa, M. P., Beltrán, F.,... & Padilla, A. (2011). Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. Infectio, 14(4). Disponible en: <http://www.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/69/79>
4. Escobar, S. G. V. (2003). Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 11(1), 29-34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2003/eim031f.pdf>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Fototerapia.

CODIGO (2): S/C	VERSION (3): 2018.V.02	DEPARTAMENTO (4): Enfermería
-----------------------	------------------------------	---------------------------------

DEFINICION (5): La fototerapia es una medida terapéutica en el tratamiento de la hiperbilirrubinemia indirecta, especialmente en aquellos casos en que la causa no es una hemólisis grave (incompatibilidad RH o sub grupo). Consiste en el uso terapéutico de la luz y se empleará incluso cuando se utilicen otros procedimientos como la exanguinotransfusión.

OBJETIVO (6): Disminuir la bilirrubina mediante foto-oxidación a nivel de la piel, para ser excretada por la bilis, orina y deposiciones.

INDICACIONES (7):
Todos los recién nacidos que lo requieran.

CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnica en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1	Incubadora
2	Equipo de fototerapia
3	Pulsioxímetro

INSTRUMENTAL (11)

1	Riñonera
---	----------

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	Antifaz o protector ocular
2	Papel toalla de hojas separadas
3	Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
----	--------------	--------------------

1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
---	---------------------------------	------

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
----	--------------------

1	Verificar la identidad del recién nacido.
2	Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
3	Higiene de manos.
4	Preparar el material que se va a usar
5	Iniciar fototerapia : Intermitente o permanente (según indicación médica)
6	Control de signos vitales, especialmente temperatura, balance hídrico
7	Realizar cambios de posición cada 3-4 horas para exponer todas las zonas del cuerpo a la luz no sólo una parte y pueda provocársela una quemadura.
8	Apagar la luz para cualquier otro procedimiento especialmente cuando al recién nacido le sacan muestra de sangre o para alimentarle.
9	Vigilar signos de alarma (deshidratación, hipoactividad , irritación de la piel , hipertermia



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



- | | |
|----|--|
| 10 | Observar las características de las deposiciones (más frecuentes semilíquidas y verdosas) y la orina (más oscura por llevar productos de degradación de la bilirrubina). |
| 11 | Comprobar que la humedad de la incubadora sea alta ya que el uso de la fototerapia aumenta las pérdidas insensibles del neonato. |
| 12 | Eliminar los residuos según su clasificación |
| 13 | Retirarse los guantes. |
| 14 | Higiene de manos. |
| 15 | Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería. |

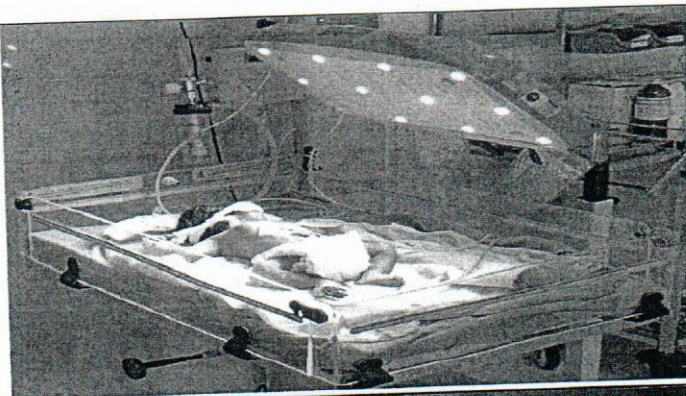
COMPLICACIONES (15)

- Irritación de la piel
- Aumento de la pérdida insensible de agua
- Diarrea
- Hipertermia
- Hipocalcemia
- Posible lesión de la retina si está expuesta a la luz sin la protección adecuada.

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Hoja gráfica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería
Hoja de conducción

ANEXOS (17)



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Durán, M., García, J. A., & Sánchez, A. (2015). Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enfermería universitaria*, 12(1), 41-45.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Hemoglucotest.

CODIGO (2):

82948

VERSION (3):

2018.V.02

DEPARTAMENTO (4):

Enfermería

DEFINICION (5): Es un procedimiento invasivo, fiable, rápido y cómodo que consiste en la determinación del nivel de glucosa en sangre periférica mediante un dispositivo electrónico.

OBJETIVO (6): Medir los niveles de glucosa en sangre.

Establecer pautas tendientes a la prevención, diagnóstico y el tratamiento oportuno de los neonatos, pacientes pediátricos y adultos que presenten alteraciones de la glucosa. 2.- Detectar precozmente la alteración de la glicemia. 3.-

INDICACIONES (7):

- Neonatos: RNPT, RNBPN, PEG, RNPEG, RN que reciben NPT, SDR, RN con depresión al nacer.
- Pacientes pediátricos y adultos con factores de riesgo.
- Gestantes con Diabetes, RPM, ITU, Toxemia, DPP, ayuno prolongado.

CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N° DENOMINACION

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1 Glucómetro

INSTRUMENTAL (11)

1 Riñonera

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- 1 Papel toalla de hojas separadas
- 2 Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades
- 3 Micro lancetas o aguja N° 26
- 4 Guantes descartables talla "S" o "M".
- 5 Algodón en torundas.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N° DENOMINACION

1 Gluconato de Clorhexidina al 2%

FORMA FARMACEUTICA

Sol.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N° SECUENCIA DE PASOS

- 1 Verificar la identidad del paciente.
- 2 Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
- 3 Preparar el material que se va a usar (calibrar el glucómetro con el número de código según corresponda con la tira)
- 4 Higiene de manos.
- 5 Colocación de guantes: las precauciones universales son requisito para todos los trabajadores de la salud, cada vez que se ponga en contacto con sangre o fluidos corporales
- 6 Realizar antisepsia de la zona con torunda de algodón empapado en alcohol puro, para disminuir el recuento bacteriano.
- 7 Esperar el tiempo suficiente para que la solución antiséptica realice su acción y se seque. La punción a través del antiséptico mojado puede producir hemólisis, además de no permitir



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
Enfermería



- que se forme una gota, se debe obtener una muestra suficiente que abarque el cuadrante de la tira, y esperar el tiempo indicado de acuerdo al glucómetro utilizado
- 8 Sostener el talón del bebé, en caso del adulto se extrae la muestra de un dedo de la mano en forma segura con la mano no dominante, Calentar mediante fricción suave la zona a puncionar
 - 9 Realizar la punción con un micro lanceta, con la mano dominante, con un movimiento rápido y continuo de la mano, en sentido perpendicular al talón o dedo según el caso. Ubicar la zona para realizar la toma, que debe ser lateral interna o externa del talón, evitando la zona central de la región plantar.
 - 10 Descartar la primera gota de sangre ya que contiene líquido intersticial y puede dar falsos resultados
 - 11 Aplicar presión intermitente suave alrededor del talón o dedo, repetir hasta obtener toda la sangre necesaria
 - 12 Aplicar presión en el sitio de punción, una vez finalizada la extracción con gasa estéril, para evitar la formación de un hematoma. Evitar la colocación de algodón con cinta adhesiva, para no dañar la piel
 - 13 Brindar confort adecuado al bebé: calmar el llanto, acunar, contener, arropar. Dar participación a los padres durante el procedimiento y, sobre todo, en este momento final
 - 14 Tomar la precaución de no olvidar ningún elemento en la cuna del bebé, especialmente los materiales de punción, para evitar riesgos de accidente, del paciente como en el personal
 - 15 Eliminar los residuos según su clasificación
 - 16 Retirarse los guantes.
 - 17 Higiene de manos.
 - 18 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

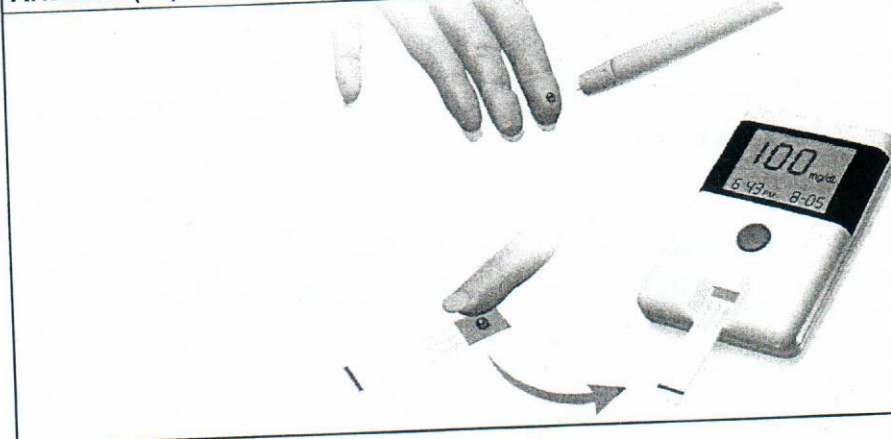
COMPLICACIONES (15)

- Lesiones tendinosas o del hueso (calcáneo)
- Hematomas
- Dolor
- Infecciones
- Equimosis
- Datos erróneos y mal manejo por una mala toma

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería

ANEXOS (17)





PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Repetto, M., Eyheralde, C., Moraes, M., & Borbonet, D. (2017). Hipoglicemia en el recién nacido de riesgo, guías clínicas de diagnóstico e intervención 2017. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 88(6), 341-344. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492017000600341&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Martínez Tuya, S. K. (2018). Proceso de atención de enfermería en recién nacido prematuro con taquipnea transitoria. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2598>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Lavado gástrico.		
CODIGO (2): 91105	VERSION (3): 2018.V.02	DEPARTAMENTO (4): Enfermería
DEFINICION (5): Es la introducción de suero fisiológico a través de la sonda hacia la cavidad gástrica y su inmediato retorno eliminando posibles residuos que hubieran.		
OBJETIVO (6): Vaciar el contenido del estómago con el fin de realizar exámenes o para extraer sustancias tóxicas		
INDICACIONES (7): - Vaciamiento del contenido gástrico y supresión del vomito causado por el íleo o una obstrucción mecánica. - Eliminación de sustancias tóxicas. - Prevención de la dilatación gástrica y la aspiración en pacientes con traumatismos grandes. - Instilación del medio de contraste radiopaca. - Realización del lavado gástrico terapéutico o diagnóstico.		CONTRAINDICACIONES (8): - En Pacientes que han ingerido sustancias cáusticas (Ej. ácido, lejía, etc.) puede producir lesión esofágica añadida. - En pacientes con traumatismo facial o fractura de base de cráneo. - Ingestión de hidrocarburos. - No debe realizarse en niños con posibilidad aspiración o depresión vagal.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Oxímetro	
2	Monitor multiparametro	
3	Estetoscopio	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Riñonera	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Papel toalla de hojas separadas	
2	Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades	
3	Guantes quirúrgicos estériles	
4	Jeringa de 10ml, 20ml o 50ml dependiendo de la edad del paciente	
5	Sonda de Aspiración N° 8 ó N° 10 para RN	
6	Sonda nasogástrica para pediátricos y adulto según edad	
7	Apósito autoadhesivo transparente	
8	Esparadrapo de papel x 1", 2", 3", 4" - rollo	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
2	Cloruro de Sodio al 0.9%	Iny.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)	
N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la identidad del paciente.
2	Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
3	Preparar el material que se va a usar



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

- 4 Higiene de manos.
- 5 Colocar al paciente en posición semifowler
- 6 Colocar sonda orogástrica en neonatos y nasogástrica en lactantes y adultos según guía de procedimientos
- 7 Extraer el contenido gástrico, medir, observar características y eliminarlo
- 8 Pasar solución salina a través de la sonda lentamente y aspirar la misma cantidad o más de líquidos, repetir el procedimiento hasta obtener líquido claro.
Neonatos: 3 a 5 ml
Niños: 4ml x Kg
Adultos: 200 ml
- 9 Clampar la sonda o dejarla a gravedad según indicación medica
- 10 Eliminar los residuos según su clasificación
- 11 Retirarse los guantes.
- 12 Higiene de manos.
- 13 Realizar en las anotaciones de enfermería el procedimiento realizado (cantidad y características del residuo extraído), así como el volumen del suero fisiológicos utilizado.

COMPLICACIONES (15)

- Riesgo de bronco aspiración
- Sangrado gástrico por succión digestiva

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería
Hoja de balance hídrico

ANEXOS (17)**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)**

1. Velásquez Ojeda, J. (2018). Eficacia del lavado gástrico en recién nacidos con líquido amniótico meconial. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1927>
2. Sandra, B. (2010). "Uso Adecuado del lavado gástrico en el manejo inicial del paciente intoxicado adulto en el servicio de emergencia del hospital provincial general docenteriobamba en el período de marzo a junio de 2010 (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, (2010)). Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/52>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Nebulización.

CODIGO (2):
94640VERSION (3):
2018.V.02DEPARTAMENTO (4):
Enfermería

DEFINICION (5): Transformación de una solución líquida en un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio del aparato respiratorio

OBJETIVO (6): Mejorar la movilización y la evacuación de secreciones respiratorias, incluyendo la inducción de esputo, usando fármacos y solución salina.

INDICACIONES (7):

- Enfermedades respiratorias
- Asma en su forma aguda o grave
- Bronquiolitis
- Laringitis
- Enfermedades obstructivas crónicas.

CONTRAINDICACIONES (8):

- Hemoptisis en curso
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hipersensibilidad al fármaco

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N° DENOMINACION

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Incubadora, cuna, cama, silla. |
| 2 | Fuente de oxígeno |
| 3 | Manómetro |
| 4 | Niple |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|----------|
| 1 | Riñonera |
| 2 | Tambora |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|---|
| 1 | Papel toalla de hojas separadas |
| 2 | Guantes descartables |
| 3 | Set de nebulización (Adulto, pediátrico o neonatal) |
| 4 | Jeringa descartable 10ml |
| 5 | Gasa 7.5 cm. x 7.5 cm x 5 unidades. |
| 6 | Algodón Torundas |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N° DENOMINACION

FORMA FARMACEUTICA

- | | | |
|---|---------------------------------------|-----------|
| 1 | Gluconato de Clorhexidina al 2% | Sol. |
| 2 | Cloruro de sodio al 0.9.%- 100 ml | Iny. |
| 3 | Medicamento opcional :Broncodilatador | Sol. Nbz. |

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N° SECUENCIA DE PASOS

- | | |
|---|---|
| 1 | Verificar la identidad del paciente. |
| 2 | Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar. |
| 3 | Preguntar a la paciente si es alérgica a algún medicamento, en caso del paciente pediátrico preguntar a la madre. |
| 4 | Verificar en la receta o Historia Clínica la prescripción médica teniendo en cuenta los 5 correctos en la administración de medicamentos. |
| 5 | Preparar el material que se va a usar |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

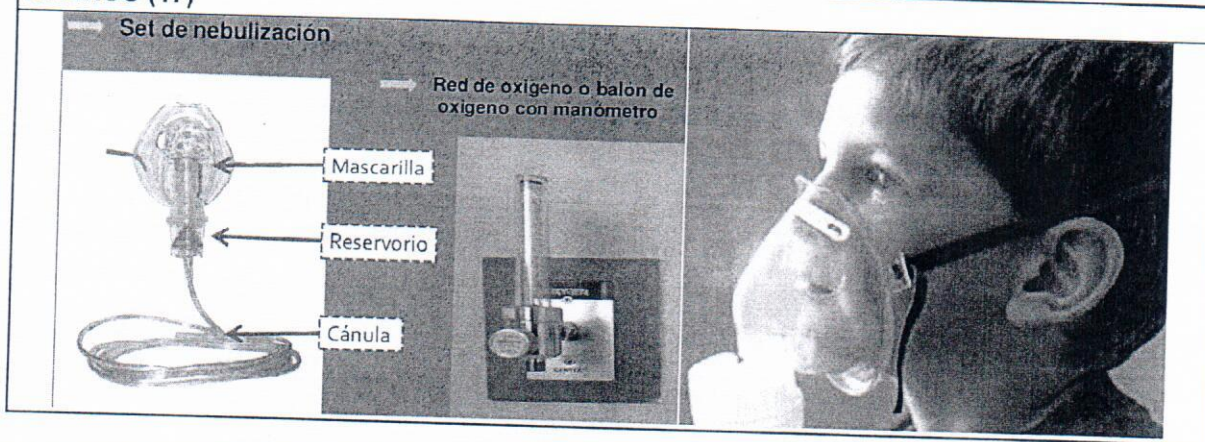
- 6 Higiene de manos.
- 7 Evaluar y valorar el estado del paciente
- 8 Control de funciones vitales y saturación de oxígeno
- 9 Explicar al paciente y/o familia el procedimiento a realizar
- 10 Preparación de equipo a utilizar verificando el funcionamiento de la fuente de oxígeno
- 11 Utilizando una jeringa colocar en el vial la solución y el medicamento según indicación médica
- 12 Colocar al paciente en posición adecuada (fowler o semifowler) y los lactantes pedir a la madre que participe cargándole.
- 13 Conectar el nebulizador a la fuente de oxígeno utilizando un flujo de 6 a 8 litros.
- 14 Colocar la mascarilla cubriendo la boca y nariz verificando que produzca una nube de aerosol y permanecer por 20 minutos.
- 15 Al término de la nebulización retirar la mascarilla
- 16 Control de funciones vitales y saturación de oxígeno después de 20 minutos de terminado la nebulización.
- 17 Eliminar los residuos según su clasificación
- 18 Retirarse los guantes.
- 19 Higiene de manos.
- 20 Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Hipersensibilidad dependiendo al fármaco indicado

REGISTROS (16)

Historia Clínica
Kardex de Enfermería
Anotaciones de Enfermería

ANEXOS (17)**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)**

1. Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Obregón, M., Guevara, A., & Romero, S. (2016). Asma. *Manual médico SALUDES*, 1(1). Disponible en: BA Fernández - 2008 - dialnet.unirioja.es
2. Tasayco, C., & Jesús, M. (2017). Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con infecciones respiratorias agudas en el servicio de emergencia del hospital María Auxiliadora 2014-2016. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/2431>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Monitoreo de funciones vitales en el paciente Neonato, Pediátrico y adulto.

CODIGO (2): S/C	VERSION (3): 2018.V.01	DEPARTAMENTO (4): Enfermería
DEFINICION (5): El monitoreo de funciones vitales son la determinación de la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, presión arterial y la temperatura corporal.		
OBJETIVO (6): Valorar clínicamente al paciente con la finalidad de detectar signos de alarma oportunamente.		
INDICACIONES (7): A todos los pacientes que acuden a los servicios de emergencia, consultorios y hospitalización.		CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Incubadora, cama, camilla.	
2	Pulsioxímetro	
3	Monitor multiparametro	
4	Estetoscopio	
5	Termómetro digital	
6	Tensiómetro Digital o anaerobio	
7	Silla	
8	Reloj	
INSTRUMENTAL (11)		
1	Riñonera	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Papel toalla de hojas separadas	
2	Mascarilla de 3 filtros o N 95	
3	Electrodos (neonatal, pediátricos o de adultos) según edad del paciente.	
4	Brazalete de presión arterial de acuerdo a la edad del paciente.	
5	Apósito adhesivo transparente	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
2	Alcohol al 70 %	Sol.
3	Protector cutáneo	Crm.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la identidad del paciente.
2	Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar.
3	Preparar el material que se va a usar.
4	Higiene de manos.
5	Colocar al paciente en decúbito dorsal o semi - fowler
6	En caso de pacientes con monitor se desinfecta los ramales antes de colocar
7	CONTROL DE LA TEMPERATURA



	- Desinfectar el termómetro digital luego presionar el botón de encendido, colocar el termómetro según la zona de medición (oral o axilar) y finalmente efectuar la lectura luego de que el termómetro emita un sonido Bip por 3 veces y registrar el valor obtenido. Apagar el termómetro y desinfecte con una torunda de algodón empapado en alcohol al 70%. - Desinfectar el termómetro de mercurio con algodón empapado de alcohol al 70%, pasar por el bulbo del termómetro es decir por la parte metálica que tendrá contacto con la vía oral, axilar del paciente pediátrico, adulto y el control de la temperatura rectal en caso de neonatos, lactantes y preescolares que lo requieran.
8	CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDIACA En el caso de neonatos y pediátricos se utiliza el estetoscopio desinfectando el auricular y el diafragma del estetoscopio; luego se coloca el diafragma en la intersección del 4to espacio intercostal y la línea hemiclavicular y en los pacientes adultos se toma el pulso arterial radial por un tiempo de 1 minuto finalmente en los casos que se requiera monitor multiparametro se colocan electrodos conectados al monitor.
9	FRECUENCIA RESPIRATORIA Se observa los movimientos torácicos y abdominales del paciente en un lapso de un minuto. El paciente no debe saber que se le está controlando la frecuencia respiratoria, para que no modifique el ritmo respiratorio al saber que se le está observando. Si está excitado esperar que se tranquilice.
10	CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL Se utiliza el 41tensiómetro digital se coloca el brazalete en el 1/3 inferior del brazo a 2cm de la distancia del codo y presionar el botón de encendido y escuchar el pitido al término de la medición, anotar los valores que muestra la pantalla y luego apagar el equipo, finalmente en casos que se requiera el uso de un monitor multiparametro se utilizara el brazalete de acuerdo a la edad del paciente y en el caso de los neonatos se tomara en cuenta la edad gestacional del recién nacido y se rotara cada 3 horas.
11	SATURACION DE OXIGENO Se coloca el oxímetro de pulso o monitor multiparametro dependiendo del diagnóstico del paciente para ello se elige y se masajea el pulpejo del dedo para asegurar una buena perfusión tisular, colocar el sensor verificando que la luz se encuentre de arriba hacia abajo
12	Eliminar los residuos según su clasificación
13	Retirarse los guantes.
14	Higiene de manos.
15	Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Ninguna

REGISTROS (16)

Historia Clínica

Hoja grafica

Kardex de Enfermería

Anotaciones de Enfermería

Hojas de monitoreo de las unidades críticas

ANEXOS (17)**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)**

1. Cobo, D., & Daza, P. (2011). Signos vitales en pediatría. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5810>



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
Enfermería



2. Balaguer, M. (2010). Revisando Técnicas: Control de signos vitales. *Revista de Enfermería* 5-10. Disponible en:
<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Revisando%20T%C3%A9cnicas%20-%20Control%20de%20signos%20vitales.pdf>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Prevención de úlceras por presión. (UPP).**CODIGO (2):**

S/C

VERSION (3):

2018.V.03

DEPARTAMENTO (4):

Enfermería

DEFINICION (5): Son todas las medidas que evitan la aparición de úlceras en las zonas de presión.**OBJETIVO (6):** Eliminar o disminuir los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las úlceras por presión (UPP).**INDICACIONES (7):**

- En pacientes críticos con inmovilidad prolongada
- Pacientes con alteración en el estado de conciencia: estupor, confusión, coma
- Deficiencias motoras: Paresia, parálisis.

CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna**PERSONAL (9):** Licenciada en Enfermería y Técnica en Enfermería**RECURSOS MATERIALES****N°** **DENOMINACION****EQUIPOS BIOMEDICOS (10)**

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Incubadora, cama, camilla. |
| 2 | Colchón antiescaras |
| 3 | Cojines |
| 4 | Rodetes |

INSTRUMENTAL (11)

1

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 | Papel toalla de hojas separadas |
| 2 | Guantes limpios descartables |
| 3 | Apósito gel hidratante |

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)**N°** **DENOMINACION****FORMA FARMACEUTICA**

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 | Gluconato de Clorhexidina al 2% |
|---|---------------------------------|

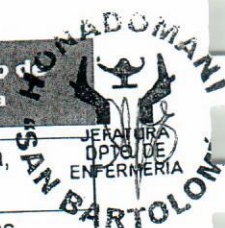
Sol.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)**N°** **SECUENCIA DE PASOS**

- | | |
|---|---|
| 1 | Verificar la identidad del paciente. |
| 2 | Informar a la paciente y/o familiar sobre el procedimiento a realizar. |
| 3 | Preparar el material que se va a usar. |
| 4 | Higiene de manos. |
| 5 | Calzado de guantes. |
| 6 | Valorar los factores de riesgo asociados al desarrollo de las úlceras por presión. |
| 7 | Clasificar a los pacientes según riesgo: bajo riesgo, riesgo moderado o alto riesgo. (Escala de Braden). |
| 8 | Valorar el estado de la piel al menos una vez al día, teniendo en cuenta especialmente las prominencias óseas (sacro, coxis, talones, caderas, escápulas, codos, etc.), zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, estomas, secreciones, etc.), y |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

	presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, etc.) (de acuerdo a la escala de Braden,)
9	Mantener la piel de la paciente limpia, seca e hidratada y sin fricción (aplicar cremas hidratantes, procurando su completa absorción).
10	Para reducir las posibles lesiones por fricción colocar el apósito Gel hidratante en zonas de presión (SAT GEL).
11	Mantener la cama limpia y sin arrugas.
12	Realizar cambios posturales cada 2 horas (rotación programada).
13	Colocar medios complementarios que reduzcan zonas de presión: cojines, rodetes y colchón neumático, etc.
14	Proporcionar dieta equilibrada e ingesta de líquidos previa indicación médica.
15	Eliminar los residuos según su clasificación
16	Retirarse los guantes.
17	Higiene de manos.
18	Realizar las anotaciones del procedimiento en los registros de enfermería.

COMPLICACIONES (15)

- Ulcera por Presión

REGISTROS (16)

Historia Clínica

Kardex de Enfermería

Anotaciones de Enfermería

ANEXOS (17)

ESCALA DE BRADEN						
	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	RIESGO DE LESIONES CUTÁNEAS
1	COMPLETAMENTE LIMITADA	CONSTANTEMENTE HUMEDA	ENCAMADO	COMPLETAMENTE INMOVIL	MUY POBRE	PROBLEMA
2	MUY LIMITADA	HUMEDA CON FRECUENCIA	EN SILLA	MUY LIMITADO	PROBABLEMENTE INADECUADA	PROBLEMA POTENCIAL
3	LIGERAMENTE LIMITADA	OCASIONALMENTE HUMEDA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	LIGERAMENTE LIMITADO	ADECUADA	NO EXISTE PROBLEMA APARENTE
4	SIN LIMITACIÓN	RARAMENTE HUMEDA	DEAMBULA FRECUENTEMENTE	SIN LIMITACIONES	EXCELENTE	

RIESGO DE UPP:

ALTO RIESGO: < 13
 RIESGO MODERADO: 13 - 14
 BAJO RIESGO: > 14

11 puntos



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Carralero MDM, Ríos-Díaz J, Martínez-Fuentes J. 2016. "Prevención de las úlceras por presión en pacientes terminales e inmovilizados seguidos por el equipo de soporte de atención domiciliaria". Rev Esp Geriatr Gerontol;42(5):263-70
2. Palomar F, Fornes B, Arantón L, Rumbo JM. 2013. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. Enf Dermatológica. 18-19;14-25.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Transfusión de sangre o componentes sanguíneos**CODIGO (2):**
36430**VERSION (3):**
2018.V.02**DEPARTAMENTO (4):**
Enfermería**DEFINICION (5):** Es la aplicación de sangre y/o hemocomponentes por indicación médica de uso apropiado de productos de sangre.**OBJETIVO (6):** Ejecutar mecanismos de seguridad con el fin de identificar adecuadamente al receptor, conducir la transfusión, registrar, detectar, notificar y atender las reacciones adversas según prescripción médica.**INDICACIONES (7):** La solicitud y la administración de hemocomponentes son:
Paciente correcto, componente correcto, momento correcto, lugar correcto para la administración de componentes sanguíneos. (Glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitado) con fines terapéuticos.**CONTRAINDICACIONES (8):**

- No se recomienda el uso de dispositivos diferentes al equipo de transfusión para la administración del hemocomponente.
- Se debe evitar el uso de calentadores convencionales u otros mecanismos (contacto con el paciente o con líquidos de administración endovenosa) que no garanticen el control estricto de la temperatura favoreciendo el deterioro del hemocomponente. La mayoría de los catéteres venosos son adecuados para la administración de los hemocomponentes. Se debe garantizar en lo posible el uso exclusivo para dicho fin.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería**RECURSOS MATERIALES****N° DENOMINACION****EQUIPOS BIOMEDICOS (10)**

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Calentador de Fluidos |
| 2 | Cama clínica o camilla |
| 3 | Monitor multiparametro |
| 4 | Tensiómetro |
| 5 | Estetoscopio |
| 6 | Coche de Curaciones |
| 7 | Porta suero |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | Riñonera |
| 2 | Tambor pequeño. |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|--|
| 1 | Equipo de transfusión |
| 2 | Papel toalla de hojas separadas |
| 3 | Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades |
| 4 | Jeringa descartable de 1cc, 3cc, 5cc. de acuerdo a la edad del paciente |
| 5 | Torundas de algodón x 3 gr. |
| 6 | Guantes estériles N° 7 o 7 1/2 |
| 7 | Llave de 3 vías |
| 8 | Esparadrapo impermeable x 1", 2", 3", 4" – rollo de acuerdo a la edad del paciente |
| 9 | Catéter endovenoso de acuerdo a edad del paciente |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

- 10 Termómetro
- 11 Apósito adhesivo transparente 10 x 12 cm

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	Sol.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	Sol.
3	Cloruro de Sodio 0.9%	Iny.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

Nº	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar las indicaciones médicas.
2	Informar a la paciente y/o familiar el procedimiento a realizar.
3	Solicitud transfusional debidamente cumplimentada (llena), consentimiento informado del receptor esté firmado por el médico tratante y/o paciente o familiar. En casos de transfusión de Paquete Globular (PG) enviar adicionalmente 2 formatos de depósito de sangre (1 banco de sangre y 1 paciente para devolución) y 1 receta indicando el número de bolsas colectoras de sangre cuádruple que tiene que ser en el mismo número de unidades de PG solicitadas.
4	Solicitar el hemocomponente a banco de sangre
5	En casos de transfusión de PG llevar la receta a Farmacia y cargar a la cuenta del paciente la bolsa cuádruple (SIS) en pacientes pagantes indicar al familiar el pago y solicitar el ticket de pago. Solicitar la bolsa en farmacia y entregar en banco de sangre.
6	Entregar la bolsa cuádruple en banco de sangre y el responsable de Banco de Sangre debe sellar la conformidad de entrega de la bolsa en el formato de depósito de sangre el cual será entregado al familiar para la devolución de las unidades.
7	Recepcionar el hemocomponente, registrar y firmar hora y fecha en el libro de transfusiones del Banco de Sangre, transportar adecuadamente el hemocomponente.
8	Comprobar que se han realizado las pruebas de compatibilidad y que existe concordancia por escrito. (Comprobar todos estos datos en la historia del paciente, la documentación de Banco de sangre y en la bolsa de hemoderivados). Verificar los sellos de calidad.
9	Verificar en el formato de conducción el nombre y apellido del paciente, grupo sanguíneo, factor RH, y número de unidades a transfundir.
10	Higiene de manos
11	Calzado de guantes estériles.
12	Inspeccionar el hemocomponente, presencia de hemolisis, coágulos, integridad de la bolsa colectora, si existe alguna anomalía comunicar al Banco de sangre.
13	Colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada para la transfusión.
14	Comprobar que la vía venosa periférica este permeable y que tenga un catéter de calibre adecuado para la transfusión.
15	Insertar el Equipo de transfusión a la bolsa de la sangre o hemoderivado y purgar, luego conectar el extremo distal del sistema a la llave de triple vía o catéter IV, de forma aséptica y fijar con esparadrapo.
16	Colocar la extensión de la línea en el calentador de fluidos.
17	Regular la velocidad de goteo de acuerdo a la indicación médica y vigilar la transfusión. El tiempo de administra una unidad no debe superar las 4 horas.
18	Tomar constantes vitales antes de comenzar la transfusión, volver a controlar a los 15 minutos, a los 30 minutos, a la hora y al final de la transfusión.
19	Monitorizar la transfusión, observando la aparición de posibles reacciones transfusionales. En caso de reacción adversa suspender inmediatamente y notificar al médico tratante, al Banco de Sangre y atender las reacciones adversas según prescripción médica.
20	Administrar suero fisiológico (0.5 cc a 3 cc de acuerdo a la edad del paciente) cuando termine la transfusión, para mantener la vía endovenosa permeable.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

21	Dejar al paciente en posición cómoda.
22	Disponer y segregar desechos según norma
23	Retirarse los guantes
24	Higiene de manos.
25	Registrar en las notas de enfermería y hoja de transfusión el tipo de hemocomponente y número de unidades, fecha y hora de inicio, volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente
26	Firmar hojas de conducción de la transfusión, notificar al médico tratante, incorporar documento a la historia clínica y entregar copia del documento a banco de sangre.
27	Si una vez entregadas las unidades o hemocomponentes se decide demorar o suspender la transfusión, deben devolverse al Banco de Sangre de forma inmediata. Es responsabilidad del personal de Enfermería retornar cuanto antes las unidades no utilizadas (no más de 30 minutos)

COMPLICACIONES (15)**REACCIÓN TRANSFUSIONAL INMEDIATA.**

Síntomas/ Signos de una reacción aguda: Fiebre, escalofríos, taquicardia, hipertensión o hipotensión, shock, rash cutáneo, urticaria, dolor a nivel torácico, muscular, óseo o abdominal, náuseas, sensación de malestar general, taquipnea, disnea y/o distress respiratorio

Parar o detener la transfusión, mantener vía endovenosa y avisar al médico

- Medir constantes vitales (Temperatura, pulso, presión arterial, respiraciones, saturación de O₂).
- Comprobar la identidad del receptor y los detalles de la unidad y/o hemocomponente y la compatibilidad de la misma.
- Tras notificarse la reacción transfusional y enviadas las muestras del receptor y del hemocomponente transfundido responsable de dicha reacción, en el Banco de sangre se realizarán las comprobaciones y procedimientos necesarios para diagnosticar el tipo de reacción.

REGISTROS (16)

Historia Clínica

Hoja gráfica

Kardex de Enfermería

Anotaciones de Enfermería

Hoja de conducción

ANEXOS (17)

SANGRE TOTAL (ST): Es la unidad de sangre tal como es captada, sin fraccionar, con un volumen total de 500cc aprox. (430cc de sangre +70cc de anticoagulante); se conserva a temperatura de refrigeración (2ª a 6ªC) y puede ser usada hasta los 42 días de haber sido extraída (en caso de usar anticoagulante CPD-Adsol).

PAQUETE GLOBULAR (PG): Es el concentrado de hematíes resultante de retirar la mayor parte del plasma de la sangre total, dando un volumen resultante de 200 a 250cc; por ello tiene un mayor Hto que la sangre total - que oscila entre 60 y 70%- contiene entre 50 y 60gr de Hb y 250mgr de hierro y posee la misma capacidad transportadora de oxígeno que la sangre total pero en menor volumen. Así mismo, tiene las mismas características de conservación y duración.

CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP): Es el hemocomponente resultante de extraer de la unidad de sangre total la masa eritrocitaria, la mayor parte del plasma así como de leucocitos; contiene 5.5×10^{10} plaquetas en un volumen de 30 a 50cc aprox. y es el único hemocomponente que se conserva a temperatura ambiente y en **agitación constante**, tiene una duración máxima de 5 días.



PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC): Es el plasma extraído de la sangre total, es cual es congelado y guardado a -18°C (ideal a -30°C); tiene un volumen de 200 a 250cc aprox. y una duración máxima de 06 meses (hasta 01 año si es conservado a -30°C). Este hemocomponente contiene agua, carbohidratos, grasa, minerales, proteínas y, dentro de las últimas, todos los factores de coagulación (lábil y estables), si es obtenido dentro de las 6 horas de la extracción.

CRIOPRECIPITADO (CRIOP.): Es un concentrado de proteínas de alto peso molecular obtenidas del plasma fresco congelado, que precipitan por un proceso de descongelación y resuspensión. Contiene factor I (150 a 300 mgr de fibrinógeno / unidad); factor Von Willebrand; factor VIII (80 a 120 U / unidad); factor XIII (50 a 60 U / unidad) y fibronectina. Usualmente tiene un volumen de 15 a 20cc. Posee las mismas características de conservación y duración que el plasma fresco congelado.

Cuadro 7.2: Pautas para la infusión de hemocomponentes

Hemocomponente	Duración de la transfusión	Velocidad de infusión (adulto)
1U de PG	> de 2 hr. y < de 4hr.	30 a 60 gts/min.
1U de PFC	> de 2 hr. y < de 4hr.	125 a 175 gts/min.
1U de CP	20 a 30 min.	125 a 225 gts/min.
1U de Crioprecipitado	10 a 20 min.	125 a 175 gts/min.

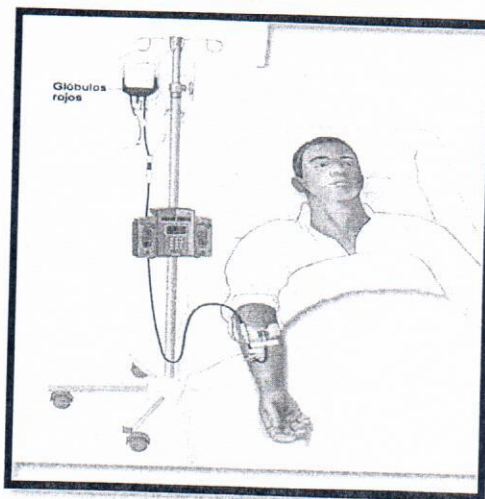
Glóbulos rojos: Células de la sangre cuya función principal es transportar oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.

Hemocomponente: Producto sanguíneo obtenido a partir de la separación de la sangre total, entre ellos: glóbulos rojos empaquetados, plasma, plaquetas y crioprecipitado.

Plaquetas: Células que se encuentran en la sangre y que son necesarias para controlar la hemorragia; a menudo utilizadas en el tratamiento de la Leucemia y otras formas de cáncer.

Transfusión: Administración de componentes sanguíneos (Glóbulos rojos, Plasma, Plaquetas, Crioprecipitado) con fines terapéuticos. De acuerdo a la fuente puede ser autóloga (Administración de la propia sangre del paciente) o Alogénica (Administración de la sangre proveniente de donantes no relacionados).

Hemovigilancia: Conjunto de políticas encaminadas a vigilar, seguir e identificar prácticas inseguras con respecto a la práctica transfusional.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

3. R.M. 614-2004/MINSA "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangre (PRONAHEBAS).



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
Enfermería

4. Norma Técnica N° 012 - MINSA / DGSP – V.01 Sistema de Gestión de la Calidad del PRONAHEBAS Criterios de Calidad. EG05 - CC18 Administración 34 - 35. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2004/614-2004.pdf>
5. Chávez, O. F., Sánchez, R. J., Rico, J. A., Vázquez, J. R., & Padilla, M. S. (2017). Intervenciones de enfermería en la transfusión sanguínea. Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICESA, 5(9). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2259/2257>
6. Organización Mundial de la salud; 2017 [citado 24 Marzo 2017] Disponible en: http://www.who.int/topics/blood_transfusion/es/
7. Flores-Torrecillas, R., Carballo-Monreal, M. R., Álvarez-Villaseñor, A. S., Valdez-Márquez, M. L., González-Ojeda, A., & Fuentes-Orozco, C. (2014). Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. Enfermería universitaria, 11(3), 94-100. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-manejo-administracion-hemoderivados-por-personal-S1665706314726727> DOI: 10.1016/S1665-7063(14)7267
8. Tovar, D., Mejias, M., & Rodríguez, L. (2011). Cuidados de enfermería a pacientes con falla multiorgánica que reciben hemoderivados. Enfermería Global, 10(23), 41-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000300004&script=sci_arttext&lng=en DOI: 10.4321/S1695-61412011000300004
9. Pereira Saavedra, A. (2011). Seguridad transfusional. Jano. es. Calidad Asistencial, Noviembre, 87-92. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/87/1v00n1776a90040862pdf001.pdf>
10. Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Anatomía Patológica y Patología Clínica, Servicio de Patología Clínica, Unidad de Hemoterapia y Banco de Sangre, (2008) "Manual de Hemoterapia" 1° Edición, disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3178.pdf>