INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS N° 96 -2022-J/INEN

REPUBLICA DEL PERU

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 30 de MARZO del 2022

VISTO:

El Informe N° 000147-2022-DICON/INEN, de la Dirección de Control del Cáncer, Memorando N° 000401-2022-OGPP/INEN, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 000031-2022-OO-OGPP/INEN, de la Oficina de Organización, el Informe N° 000160-2021-DENF/INEN, del Departamento de Enfermería, el Informe N° 000176-2022-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000819-2021-DICIR/INEN de la Dirección de Cirugía, el Informe N° 000133-2021-DU-DICIR/INEN del Departamento de Cirugía Urológica, el Memorando N° 000258-2021-DARC-DICIR/INEN del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico y el Informe N° 000317-2022-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones inherentes a sus Unidades Orgánicas y Departamentos;

Que, la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", numeral 6.1.3, la Guía Técnica *(...) es el Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica;*

Que, mediante Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN" con la finalidad de establecer los criterios en el proceso de formulación, elaboración, aprobación y actualización de los documentos normativos que se expidan en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, logrando mayores niveles de eficiencia y eficacia en su aplicación;

Que, de manera institucional, debe manifestarse que el proyecto "GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL", ha sido elaborado por el Departamento de Enfermería, encontrándola acorde a los parámetros de elaboración de Documentos Normativos;

Que, mediante Memorando N° 000401-2022-OGPP/INEN de fecha 25 de febrero de 2022, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, alcanza el Informe N° 000031-2022-OO-OGPP/INEN de fecha 24 de febrero de 2022, mediante el cual la Oficina de Organización, emite Opinión Técnica Favorable al proyecto de documento normativo denominado "GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL";

Que, tomando en cuenta el sustento técnico por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, se aprecia que la Oficina de Organización ha revisado y emite opinión técnica favorable al proyecto denominado "GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL", para su correspondiente aprobación;

Que, conforme a lo expuesto, y según se desprende del proyecto denominado "GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL", tiene como finalidad contribuir a la atención de calidad con el cuidado de enfermería especializada y humanizada al paciente post operado inmediato de nefrectomía radical para su pronta recuperación;

Que, conforme se desprende de los documentos de Vistos, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, la Oficina de Organización y la Oficina de Asesoría Jurídica han efectuado su revisión al proyecto en mención, el mismo que recomiendan su aprobación;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, de la Oficina de Organización, de la Dirección de Control del Cáncer, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, del Departamento de Enfermería, de la Dirección de Cirugía, del Departamento de Cirugía Urológica, del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

Con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR la "GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL", que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE

Dr. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL	Código: **GT. DNCC.INEN. N° 007**	
Emisor: **DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**	Implementación:**2022**	Versión: **V.01**

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LIMA - PERÚ

2022

M.C. Mg. Eduardo Payet Meza
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Gustavo Sarria Bardales
Sub Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Dra. Melitta Cosme Mendoza
Directora Ejecutiva del Departamento de Enfermería
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Jorge Dunstan Yataco
Director General de la Dirección del Control del Cáncer
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Francisco Enrique Manuel Berrospi Espinoza
Director General de la Dirección de Cirugía

Elaborado por Departamento de Enfermería

EEO. Mery Hermelinda Calixto Rodríguez, Enfermera Especialista

Revisión y Validación:

Dra. Melitta Cosme Mendoza, Directora Ejecutiva del Departamento de Enfermería
Mg. EEO. Ana María Challco Viza, Supervisora II del Departamento de Enfermería
EEO. Rosa Montes Apaza, Supervisora I del Departamento de Enfermería
EEO. Edith Hilario García, Supervisora II del Departamento de Enfermería
EEO. Mary Sánchez García, Supervisora II del Departamento de Enfermería
EEO. Norma Isabel Sinche Vásquez, Enfermera Especialista
Lic. Enf. Ana Kary Rivadeneyra Chevez, Departamento de Enfermería
EEO. Esther Palomino Arango, Departamento de Enfermería
M.C. Víctor Destéfano Urrutia, Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía Urológica
M.C. Bernardo Angel Serruto Contreras, Director Ejecutivo del Departamento de Anestesia Analgesia Reanimación y Centro Quirúrgico
M.C. Enrique Franco Rojas, Medico Asistente del Departamento de Cirugía Urológica
Mg. Angel Winston Riquez Quispe, Director Ejecutivo de la Oficina de Organización.
Mg. Christian Alberto Pino Melliz, Especialista en Organización de la Oficina de Organización

Revisión y Aprobación:

M.C. Iván Belzusarri Padilla, Director Ejecutivo del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.
EEO. Mg. Nathaly del Carmen Cuellar Rentería, Equipo Técnico del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.

GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL

I. FINALIDAD

Contribuir a la atención de calidad con el cuidado de enfermería especializada y humanizada al paciente post operado inmediato de nefrectomía radical para su pronta recuperación.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Unificar criterios para normalizar los cuidados de enfermería especializada al paciente post operado inmediato de nefrectomía radical basadas en evidencias científicas y teorías.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

2.2.1. Fortalecer destrezas y dominio del profesional de enfermería, en todos los procedimientos y actividades sobre el cuidado al paciente post operado inmediato de nefrectomía radical en el post operatorio inmediato.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es aplicada por el profesional de enfermería del Departamento de Enfermería en la gestión del cuidado al paciente post operado inmediata de nefrectomía radical en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos (PACU) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica.

IV. BASE LEGAL

4.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.

4.2. Ley N° 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o).

4.3. Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

4.4. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento en Salud.

4.5. Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN.

4.6. Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 030-MINSA/DGSO-V. 01 "Norma Técnica de los Servicios de Salud de Anestesiología".

4.7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico:" Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

4.8. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.

4.9. Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 089-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica".

4.10. Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de la salud".

4.11. Resolución Ministerial N 826-2021/MINSA, que aprueba la "Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

4.12. Resolución Jefatural N° 219-2010-J/INEN, que aprueba el "Manual de Organización y Funciones Departamento de Enfermería.

4.13. Resolución Jefatural N° 328-2012-J/INEN, que aprueba el Manual de Procesos Asistenciales del INEN, procedimientos incluyendo al Departamento de Enfermería.

4.14. Resolución Jefatural N° 244-2015-J/INEN, que aprueba Documento Normativo denominado "Guía Técnica: Administración y Dotación del Coche de Paro" y modificatoria.

4.15. Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V: 1 "Sistema de Registro y Notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas".

4.16. Resolución Jefatural N° 031-2018/J/INEN, que aprueba la actualización de la "Cartera de Servicios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Categoría del Establecimiento de Salud: III.2".

4.17. Resolución Jefatural N° 762-2018/J/INEN, que aprueba el Manual de Bioseguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

4.18. Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2019INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

4.19. Resolución Jefatural N° 087-2020-J/INEN, que aprueba el Tarifario Institucional del Instituto Nacional Enfermedades Nacional-INEN, Aprobado por la Comisión Permanente de Costos y Tarifas.

4.20. Resolución Jefatural N° 088-2020-J/INEN, que aprueba el Documento Técnico para el Manejo de Sedación, Analgesia y Delirium en el Paciente Crítico con Cáncer.

4.21. Resolución Jefatural N° 136-2020-J/INEN, que aprueba el "Reordenamiento de cargos del Cuadro para Asignación de Personal Provisional (CAP Provisional) del INEN - 2020"

4.22. Resolución Jefatural N° 172-2020-J/INEN, donde Reconforman en "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conformado en la Resolución Jefatural N° 228-2019-J/INEN.

4.23. Resolución Jefatural N° 193-2020-J/INEN, donde Reconforman a los integrantes del "Comité Técnico de Seguridad del Paciente del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN".

4.24. Resolución Jefatural N° 112-2021-J/INEN, que aprueba el "Plan de Gestión de la calidad de salud 2021"

4.25. Resolución N° 366-15 CNCEP, que aprueba "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero".

V. TÉRMINOS Y DEFINICIONES:

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1. Ansiedad: Condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. (1)

5.1.2. Apoyo emocional: Consiste en brindar empatía, cuidado, amor y confianza al paciente y proporcionarle seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. (2)

5.1.3. Balance hídrico: Relación existente entre los ingresos y las pérdidas corporales. (3)

5.1.4. Cultura de seguridad: Abarca diferentes actitudes y valores de las personas y de la organización en cuanto a los aspectos relativos a la seguridad, tanto en su forma de entenderla como el comportamiento diario que deben tener los trabajadores. (4)

5.1.5. Deterioro de ventilación espontánea: Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida. (5)

5.1.6. Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales; manera uniforme de identificar, centrar y tratar necesidades especiales de los pacientes y las respuestas a problemas actuales y de alto riesgo. (6)

5.1.7. Dolor agudo: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible. (7)

5.1.8. Drenajes: Sistema de eliminación o evacuación de colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas. (8)

5.1.9. Drenaje Blake: Drenaje quirúrgico de succión cerrado, se colocan para evitar la acumulación de líquido en el lugar de la intervención quirúrgica o de la herida. (9)

5.1.10. Equipo de Protección Personal (EPP): Conjunto de elementos y dispositivos diseñados específicamente para proteger al trabajador contra accidentes de trabajo y enfermedades de trabajo. (10)

5.1.11. Escala de Aldrete: Sirve para monitorear el despertar anestésico del paciente posanestésico inmediato a horario: Cada 5 minutos, a cada 10 minutos y cada 15 minutos. Emite juicio de valor en relación a la evolución del despertar anestésico en el paciente post operado inmediato. (11)

5.1.12. Escala de Coma de Glasgow: Herramienta útil para evaluar a todos los pacientes con riesgo de alteración del estado de conciencia sin tener en cuenta la patología primaria. Es pertinente recordar que el objetivo principal de la escala de Coma de Glasgow es valorar la integridad de las funciones normales del cerebro. (12)

5.1.13. Escala de sedación Ramsay: Escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes, una de las más utilizadas. (13)

5.1.14. Escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): Escala que ofrece más información en la fase de agitación como en la sedación debido a los 10 niveles que describe; es de fácil aprendizaje porque utiliza valores positivos para la agitación y negativos para la sedación, lo que facilita su aceptación por parte del paciente. (14)

5.1.15. Escala Visual Análoga (EVA): Herramienta que permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente; en una escala del 0 al 10 y valoración del dolor leve, moderado y severo. (15)

5.1.16. Evento adverso: Daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente. (16)

5.1.17. Examen físico: Es el conjunto de maniobras que realiza el médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona. Comprende: Inspección, palpación, auscultación y percusión. (17)

5.1.18. Infección: Invasión y multiplicación de gérmenes en el cuerpo. (18)

5.1.19. Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (19)

5.1.20. Medicamentos de alto riesgo: Son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar eventos adversos. (20)

5.1.21. Monitoreo: Observación sistemática de variables vitales que se registran en las tres etapas del acto anestésico. El registro se puede realizar a través de métodos invasivos o no invasivos, de acuerdo a la complejidad del acto anestésico - quirúrgico, así como del estado clínico del paciente. (21)

5.1.22. Nefrectomía radical: Se extirpa un riñón entero, la glándula suprarrenal cercana, los ganglios linfáticos y otros tejidos de alrededor. (22)

5.1.23. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Fuerza global para el desarrollo y uso de terminología estandarizada de Enfermería para garantizar la seguridad del paciente a través de la atención basada en la evidencia. (23)

5.1.24. Nursing Interventions Classification (NIC): Clasificación de Intervenciones de Enfermería; recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuados al resultado que esperamos obtener en el paciente y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. (24)

5.1.25. Nursing Outcomes Classification (NOC): Clasificación de Resultados de Enfermería; incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones de Enfermería. (25)

5.1.26. Post-Anestesia Care Unit (PACU): Lugar que debe estar adecuado a las necesidades que presenta un paciente en el postoperatorio y que debe ser capaz de ofrecer los medios necesarios para hacer frente a las complicaciones que pueden presentar (26), el INEN cuenta con la Unidad de Cuidados Post

Anestésicos en donde se considera tres momentos desde la recepción del paciente, recuperación post anestésica y recuperación postquirúrgica inmediata.

5.1.27. Post operatorio inmediato: Periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización. Habitualmente tiene lugar en la Unidad de Recuperación Post Anestésico. (27)

5.1.28. Sensación - percepción: Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato visto, audición, cinestesia y la compresión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y/o reconocimiento de patrones. (28)

5.1.29. Recuperación quirúrgica: Grado en el que una persona alcanza las funciones fisiológicas, psicológicas y del rol después del alta desde la unidad de reanimación postquirúrgica hasta la última visita clínica después de la operación. (29)

5.1.30. Sangrado: Pérdida de la sangre posterior a la intervención quirúrgica, que advierte una complicación y riesgo. (30)

5.1.31. Sedoanalgesia: Procedimiento en donde se administra sedación y analgesia en pacientes con fármacos sedantes y analgésicos. (31)

5.1.32. Seguridad del paciente: Disciplina de la atención de salud, su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. (32)

5.1.33. Sonda foley: Tubo flexible, generalmente de látex, que se pasa a través de la uretra y hacia dentro de la vejiga con el propósito de drenar la orina. (33)

5.1.34. Ventilación mecánica: Tratamiento de soporte vital, en el que utilizando una máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitamos el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio de los pacientes con insuficiencia respiratoria. (34)

VI. RECURSOS HUMANOS E INSUMOS

6.1. Recursos Humanos:

a. Supervisor/a I

b. Supervisor /a II

c. Enfermera /o Especialista

d. Enfermera /o

e. Otro personal de salud:

- Médico.
- Técnica(o) en Enfermería.

6.2. Recursos Materiales:

a. Guía técnica:

- Guía Técnica: Gestión del cuidado de enfermería en la atención al paciente postoperado inmediato de nefrectomía radical.

b. Formatos de Enfermería

- Hoja de Monitoreo de Funciones Vitales.
- Hoja de Reporte de Enfermería.
- Lista de Verificación Post Anestésica.
- Hoja de Enfermería para Control Post Operatorio.
- Hoja de Balance Hídrico.
- Notas de Enfermería.
- Formato de Reporte de Guardias.
- Registro de la Producción de Enfermería

c. Equipo Biomédico

- Monitor multiparamétrico de funciones vitales: Fijo y portátil.
- Ventilador mecánico portátil.
- Bomba de infusión de fluidos de 2, 3, 4 líneas.
- Coche de enfermería.
- Oxímetro de pulso portátil pediátrico y de adulto.
- Equipo para instalar catéter venoso central.
- Equipo calentador corporal portátil.
- Estetoscopio.
- Glucómetro.
- Termómetro digital.
- Sistema de succión y vacío empotrado.
- Camas clínicas eléctricas con barandas.
- Colchón de poliuretano.
- Colchón de polímero.
- Balanza digital.
- Resucitador manual adulto / pediátrico.

d. Material básico

- Mascarilla simple de oxígeno para adulto y pediátrico.
- Máscara de oxígeno para adulto con bolsa de Re inhalación.
- Medias anti embolicas, tallas: S, M o L.
- Torundas de algodón.

- Gasas de 10 cm x 10 cm.
- Alcohol medicinal al 70%.
- Alcohol gel al 70%.
- Filtro de Nutrición Parenteral 1.2 µM para sistema ternario descartable.
- Catéter Venoso Central (CVC) de 3 lúmenes
- Catéter Intravenoso Periférico N° 18, 20 y 22.
- Agujas hipodérmicas descartables N° 18, 21, 25.
- Jeringas descartables 1 cc, 5 cc, 10 cc y 20 cc.
- Apósito transparente 7 cm x 6 cm y de 10 cm x 12 cm.
- Apósito transparente 10 cm x 12 cm con clorhexidina
- Llave de triple vía.
- Extensión con llave de 3 vías.
- Buretrol.
- Equipo de venoclisis.
- Equipo de transfusión.
- Filtro antibacterial viral+ intercambiador de calor humedad adulto para circuito corrugado
- Cánula binasal pediátrica y para adulto.
- Campos descartables de 60 x 90 cm.
- Frascos estériles con tapa rosca.
- Sonda vesical N° 14, 16.
- Bolsa colectora de orina.
- Accesorios para ventilador mecánico.
- Set de venturi (frasco más corrugado).
- Sonda de aspiración con control N° 14.
- Tubos de mayo adulto y pediátrico.
- Resucitador manual para adulto y pediátrico.
- Sonda Nelaton N° 8.
- Línea de bomba de infusión.
- Niples.
- Electrodos de EKG.
- Manta térmica.
- Baja lengua.
- Set de conexión de aspiración de secreciones.
- Ligadura, tijera, esparadrapo.
- Apósito hidrocelular o hidrocoloide.

- Apósito con gluconato de clorhexidina al 2%.
- Agua estéril 1000 cc.
- Cloruro de Sodio al 0,9% de 100 cc, 250 cc, y 1000 cc.
- Milimétrica.
- Equipo de curación (riñonera, tijera, pinza hemostática).
- Riñonera.
- Balón de oxígeno portátil.
- Balón de oxígeno 99.5%
- Manómetros y flujómetros.
- Cortinas antibacterianas.

e. Equipo de protección personal EPP: Su uso será considerando según el Manual de Bioseguridad del INEN y otros documentos normativos relacionados, considerando el riesgo:

- Mascarilla N 95.
- Mascarilla simple descartable con liga.
- Lentes de protección.
- Gorro descartable.
- Mandil descartable no estéril.
- Guantes de examen de nitrilo Nº 6,6 ½, 7, 7 ½.

f. Otros materiales:

- Coche de entubación difícil.
- Coche de paro cardiorrespiratorio.
- Coche de enfermera
- Coche de curación
- Soporte porta sueros

g. Infraestructura básica:

- Unidades para cada paciente con sistema de vacío y oxígeno
- empotrado a través de paneles, con tomas eléctricas.
- Equipo de aire acondicionado con presión positiva y negativa.
- Ambientes para pacientes (contaminados o infectados).
- Veladores.
- Lámpara cialítica
- Computadora e impresora.
- Lavadero

h. Medicamentos Básicos:

- AINES.
- Opioides
- Sedantes
- Diuréticos
- Coloides
- Antibióticos.
- Antiarrítmicos.
- Antieméticos.
- Corticoides.
- Antihipertensivos
- Antihistamínicos
- Cloruro de Sodio al 0.9% de 100 cc, 500 cc, 1000 cc
- Dextrosa al 5% de 100 cc, 500cc, 1000 cc

i. Medicamentos Usados en RCP:

En caso de Emergencia: Guía Técnica: Administración y dotación del Coche de Paro, aprobado con Resolución Jefatural N° 244-2015-J/INEN

VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

7.1. Cuidados de enfermería al paciente con procedimiento de nefrectomía radical en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos

Culminado el procedimiento quirúrgico del paciente es trasladado por el médico (anestesiólogo), el médico (cirujano) y enfermera/o (circulante) a la Unidad de Cuidados Post Anestésicos.

El cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Post Anestésicos va dirigido a restablecer el equilibrio fisiológico y hemodinámico del paciente post operado y valoración continua del dolor y evitar otras complicaciones y se considera en tres momentos desde la recepción del paciente, recuperación post anestésica y recuperación postquirúrgica inmediata hasta el alta del servicio y transferir al paciente a otras unidades y/o servicio de origen:

7.1.1. Recepción del paciente de Nefrectomía radical

Enfermera/o:

a. Se higieniza las manos según lo establecido en la norma vigente y se coloca el equipo de protección personal.

b. Recepciona al paciente, valora el estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow (Ver anexo 02).

c. Realiza la valoración de las vías aéreas y conecta la máscara de oxígeno inmediatamente e inicia soporte de oxígeno de 5 a 8 litros por minuto según indicación médica.

d. Monitoriza las constantes vitales, valora el despertar y reacción a la anestesia para cuyo efecto, conecta al paciente al monitor multiparamétrico de signos

vitales, programando el control de los signos vitales: saturación de oxígeno (SOP_2), presión arterial (PA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR); cada 5 min durante los primeros 15 min, luego controla cada 15 min.

e. Registra en la hoja de monitoreo de funciones vitales (Ver anexo 03) y gráfica en la hoja gráfica-funciones vitales (Ver anexo 04)

En caso de los pacientes intubados que requieren soporte ventilatorio:

- ✓ Verifica la posición del TOT y revisar con la técnica de digitopalpación el balón de control (cuff), con soporte de oxígeno más resucitador.
- ✓ Verifica la arcada del TOT y conecta la sonda de aspiración de circuito cerrado, luego el filtro del paciente, después el capnógrafo, prontamente conecta a la ventilación mecánica.
- ✓ Pacientes que requieren de soporte ventilatorio según los modos del ventilador (Ventilación Asistida/Controlada, Sistema Mandatorio de Ventilación Intermitente): prepara y monitoriza el soporte ventilatorio.
- ✓ Conecta al paciente al monitor multiparamétrico de signos vitales, programando el control de los signos vitales: saturación de Oxígeno (SOP_2), presión arterial (PA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia Respiratoria (FR), Capnógrafo (CO_2); cada 5 min durante los primeros 15 min, luego controla cada 15 min.
- ✓ Evalúa pupilas contraídas y no reaccionantes: midriasis, miosis, anisocoria.

f. Recibe el reporte intraoperatorio del médico (anestesiólogo) y recepciona la Hoja de Informe Anestésico y la Lista de Verificación de Cirugía Segura de Sala de Operaciones para conocimiento del acto intraoperatorio.

g. Registra la hora exacta de llegada del paciente post-operado inmediato en la Lista de Verificación Pre y Post Anestesia (Ver anexo 05) y Hoja de Enfermería para el Control Post Operatorio (Ver anexo 06).

h. Identifica al paciente y registra el ingreso en el sistema a través de la lectora del brazalete de identificación o Historia Clínica.

i. Verifica la presión arterial sistémica dentro de los márgenes específicos.

j. Verifica el acceso de línea arterial y verifica la permeabilidad y la fijación.

k. Valora posible sangrado por el lugar de incisión.

l. Valora la condición de la herida quirúrgica; apósitos, vendajes; drenajes y sondas.

m. Valora el despertar post anestésico aplicando la escala de Aldrete (Ver anexo 07)

n. Verifica la escala de Ramsay (Ver anexo 08) para valorar el estado ventilatorio y sedación en caso que sea necesario.

o. Verifica la escala de sedación-agitación RASS (Ver anexo 09) del paciente en estado crítico

p. Valora la intensidad del dolor aplicado la escala de EVA (Ver anexo 10); en caso de pacientes despiertos

q. Verifica eliminación de la orina, cantidad y características y realiza el balance hídrico (Ver anexo 11).

r. Registra en Notas de Enfermería: Intervención y evolución del paciente (Ver anexo 12).

Técnico/a en Enfermería:

a. Recibe e identifica al paciente en presencia de la/el enfermera/o.

b. Por encargo de enfermera/o vigila la conservación adecuada de los apósitos y la permeabilidad de los drenajes, que aseguren la no presencia de sangrado u otras anomalías.

c. Coloca mantas térmicas para mejorar la hipotermia, si fuera el caso.

d. Brinda comodidad y confort al paciente.

e. Vigila y realiza la medición de la diuresis.

f. Vigila y realiza la medición de los drenajes.

7.1.2. Cuidado de enfermería en la recuperación post anestésica del paciente de nefrectomía radical

Enfermera/o:

a. Se higieniza las manos y se coloca el equipo de protección personal.

b. Vigila la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla la ventilación mecánica o según esté indicado.

c. Mantiene las vías aéreas permeables mediante la aspiración con circuito cerrado.

d. Vigila los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente: valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardiacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).

e. Valora el despertar post anestésico aplicando la escala de Aldrete; determina la valoración de los parámetros para su alta.

f. Mantiene la cabecera elevada 30 a 45 grados en pacientes con dificultad respiratoria.

g. Valora condición de zona operatoria: apósitos, permeabilidad, fijaciones características de los drenajes y otros dispositivos (Sonda vesical, dren blake).

h. Controla la temperatura y mejorar la hipotermia a través de la administración de aire caliente con manta térmica conectada al equipo de calefacción.

i. Revisa Historia Clínica completa y hoja de terapéutica indicada; así mismo se debe colocar el sello de recuperación en las hojas correspondientes de Enfermería.

j. Rótula con fecha los equipos de bombas infusoras y buretra.

k. Verifica acceso venoso periférico, para evitar cuadros de flebitis e instala líneas de infusión endovenosa para tratamiento y administración de líquidos parenterales (cantidad y velocidad), analgésicos, antibióticos, antieméticos diuréticos, coloides según prescripción médica.

l. Registra las características: cantidad, color del gasto drenado en apósitos, drenajes y sondas.

m. Vigila la infusión del paquete de sangre y derivados, en caso esté prescrito, se debe verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo es necesario observar la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración, prescripción, hora de inicio y término de la infusión. Durante y después de la administración se debe estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.

n. Vigila al paciente orientándose a las complicaciones más probables que puede presentar, dadas sus características individuales y la situación anestésica, signos y síntomas de alarma; diabetes (hematuria, volumen excesivo de orina) y otros.

o. Controla glucemia capilar.

p. Cuidados de catéter epidural y anotar complicaciones.

q. Fisioterapia respiratoria al paciente.

r. Vigila diuresis horaria (Balance Hídrico Estricto) (Ver anexo 11) según indicación médica, observa los cuidados de sonda foley, características y cantidad de diuresis.

s. Monitoriza y reporta resultado del AGA y electrolitos.

t. Coordina y gestiona las órdenes de exámenes auxiliares a realizarse como: laboratorio, ecografía, etc.).

u. Registra en Notas de Enfermería y en hoja de Enfermería para el Control Post Operatorio intervención y evolución del paciente.

v. Comunica al médico tratante en caso de observar alguna complicación, signo y síntomas de alarma.

El paciente de nefrectomía radical es observado aproximadamente 1 hora en recuperación post anestésica, para ser traslado al área recuperación postquirúrgica o a otras unidades según sea el caso y evaluación médica.

7.1.3. Cuidado de enfermería en recuperación postquirúrgica del paciente de nefrectomía radical

Enfermera/o:

a. Se higieniza las manos y se coloca el equipo de protección personal.

b. Instaura oxígeno: Conecta inmediatamente al ventilador mecánico si fuera el caso.

- Verifica el balón de control (cuff); si está en perfectas condiciones, deben permanecer dentro de las presiones recomendadas, que van desde 20 hasta 30 cm de agua.
- Verifica si cuenta con el aspirador de circuito cerrado, filtro de paciente (HME) y el capnógrafo para medir el dióxido de carbono (CO_2).
- Fija el tubo endotraqueal y coloca protectores faciales de gasas y/o parche hidrocelular en ambos lados de la cara.
- Observa el número de tubo endotraqueal y el nivel de fijación (arcada).
- Arma el set de aspiración de boca y tubo endotraqueal.
- Mantiene la cabecera en un ángulo de 30 a 45° para evitar broncoaspiración.
- Registra los parámetros en la hoja de registro de reporte de enfermería en ventilación mecánica en el postoperatorio inmediato.

c. Vigila la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla según esté indicado.

d. Conecta al paciente al monitor multiparamétrico, programando el control de los signos vitales: PA, FC, FR, SPO_2 y controla la temperatura.

e. Gráfica y registra en la hoja de monitorización de signos vitales.

f. Evalúa pupilas (Midriasis, miosis, anisocoria).

g. Aplica escala de Ramsay en pacientes postoperados con intubación endotraqueal con vigilancia obligatoria, para valorar el estado ventilatorio y sedación en caso sea necesario.

h. Verifica en la escala de sedación y agitación RASS del paciente en estado crítico.

i. Aplica la escala de Aldrete para el despertar post anestésicos: determina la valoración de los parámetros para su alta.

j. Aplica la escala de EVA en pacientes despiertos, orientados, para valorar el dolor; registra la intensidad y localización del dolor.

k. Mantiene la cabecera elevada 30 a 45 grados en pacientes con dificultad respiratoria.

l. Verifica las indicaciones médicas con las recetas y realiza pedidos complementarios para insumos necesarios del paciente.

m. Verifica que el acceso venoso esté permeable.

n. Administra el tratamiento según indicación terapéutica con énfasis en el manejo del dolor y vigila goteo de sedo analgesia.

o. Valora la condición de la herida quirúrgica; apósitos, drenajes y sondas:

- ✓ Asegura de que todas las conexiones de o tubos estén firmemente fijadas.
- ✓ En algunos casos se fijan los vendajes de compresión.
- ✓ Vigilar que no haya fugas de aire en el sistema de drenaje y cerciorarse que este negativo.
- ✓ Mantener la permeabilidad de los tubos de drenajes (cantidad y características).

p. Controla diuresis horaria (Balance Hídrico Estricto según indicación médica).

q. Coloca apósitos hidrocoloides en zonas de apoyo facial para evitar laceraciones, (ver Guía Técnica: Gestión del Cuidado en la Valoración y Manejo de Lesión por Presión para Equipo Interprofesional en el Paciente Oncológico).

r. Cursa exámenes de laboratorio según indicación médica y verifica el resultado del examen de laboratorio; si hay alteración comunica al médico cirujano oncólogo tratante.

s. Coordina el traslado del paciente y ejecuta el traslado al área de radiodiagnóstico si lo requiere.

t. Reporta al médico cirujano oncólogo tratante la condición del paciente.

u. Registra en Notas de Enfermería: Intervención y evolución del paciente.

7.1.4. Cuidado de enfermería para la trasferencia del paciente de nefrectomía radical

El médico (cirujano) planifica el alta del paciente de la Unidad de Recuperación Post anestésica.

El paciente después de ser dado de alta, es trasladado a la Unidad crítica (UCI/UTI) o UPSS de Hospitalización de origen según sea el caso.

7.1.4.1. Transferencia del paciente de nefrectomía radical a la Unidad crítica (UCI/UTI)

El traslado se realiza con el equipo multidisciplinario: médico (anestesiólogo), enfermera/o, técnica/o en enfermería y técnico/a en seguridad I (encargado en transporte de oxígeno): a esta unidad pasan los pacientes de grado de dependencia 4 y para continuidad de monitoreo hemodinámico por indicación de cirujano y/o anestesiólogo.

Enfermera/o:

a. Coordina con personal de enfermería y Supervisora I de UCI/ UTI para el traslado de paciente de nefrectomía radical oncológico con tubo endotraqueal.

b. El equipo multidisciplinario traslada al paciente en cama, monitorizado con monitor multiparamétrico portátil, oxígeno, resucitador manual, maletín de transporte de medicamentos, equipo de intubación e Historia Clínica.

c. Conecta al paciente al monitor multiparamétrico portátil para el traslado y vigila los signos vitales: PA, FC, FR, SPO2 cada 5 minutos durante el traslado y registra en formato.

d. Vigila permanentemente al paciente oncológico quirúrgico por presentar riesgo potencial de sufrir complicaciones e informa al médico (anestesiólogo).

a. Informa la condición crítica del paciente, necesidad de apoyo ventilatorio.

b. Registra la coordinación y hora de entrega del paciente en notas de enfermería.

c. Entrega el reporte del paciente oncológico quirúrgico a la enfermera de turno que recibe al paciente:

- ✓ Tipo de intervención quirúrgica realizada.
- ✓ Necesidad de apoyo ventilatorio.
- ✓ Evolución post-operatoria, si existieron complicaciones o tratamientos administrados en la sala de recuperación post-anestésica.
- ✓ Medicamentos y analgésicos administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados.
- ✓ Informar existencia de apósitos, drenajes y catéteres.
- ✓ Registro de las últimas cifras de signos vitales.
- ✓ Balance Hídrico.

e. Registra en Notas de Enfermería: Intervención y evolución del paciente.

7.1.5.1. Transferencia del paciente de nefrectomía radical a UPSS de hospitalización (4to piso, 5to piso, 6to piso, entre otros)

Enfermera/o de UPSS hospitalización viene a recepcionar al paciente junto con el técnico/o en enfermería.

Enfermera/o:

d. Coordina el alta del paciente con la enfermera/o y Supervisora I de UPSS hospitalización: disponibilidad de cama, la hora de traslado y los requerimientos del paciente.

e. Informa la condición paciente, necesidad de apoyo ventilatorio (en caso lo requiera).

f. Registra la coordinación y hora de entrega del paciente en notas de enfermería.

g. Entrega el reporte del paciente oncológico quirúrgico a la enfermera de turno que recibe al paciente.

h. Verifica las recetas y entrega de medicamentos.

i. Registra el alta en la hoja de reporte de enfermería y en la hoja de reporte de guardia de PACU (Ver anexo 13 y 14)

7.2. Supervisión del cumplimiento de la normativa

a. Supervisor/a I, II: Aplica la lista de verificación de la Guía técnica: Gestión del cuidado de enfermería en la atención al paciente post operado inmediato de nefrectomía radical (Ver anexo 15) para el cumplimiento del presente documento normativo.

7.2. Plan de cuidado de enfermería en la atención del paciente postoperado inmediato de nefrectomía radical

7.2.1 Tabla N° 01: Plan de cuidado de enfermería en la atención del paciente post operado inmediato de nefrectomía radical

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</th><th>INDICADOR NOC</th><th>INTERVENCIÓN NIC</th><th>COMPLICACIONES</th><th>GD</th><th>LOGRO DEL NOC DIANA - ESCALA DE LICKERT</th></tr>
<tr>
<td>DOMINIO: 3
Eliminación e intercambio
Clase 4:
Función respiratoria
Diagnóstico:
(00030) Deterioro del intercambio gaseoso R/C Cambios de la membrana alveolo – capilar desequilibrio ventilación perfusión M/P frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria, gasometría arterial anormal, hipoxemia, hipoxia y pH arterial anormal.</td>
<td>(0802) Estado de los signos vitales
<table>
<tr><th>Escala de indicadores</th><th>E 1</th><th>S 2</th><th>M 3</th><th>L 4</th><th>S D 5</th></tr>
<tr><td>Frecuencia respiratoria</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Temperatura</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Frecuencia del pulso apical</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Frecuencia del pulso radial</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Presión arterial sistólica</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Presión diastólica</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>(6680) Monitorización de los signos vitales:
• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.
• Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
• Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
• Tomar pulsos apicales y radiales al mismo tiempo y anotar las diferencias, si procede.
• Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso.
• Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos.
• Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
• Controlar periódicamente los sonidos pulmonares.
• Controlar periódicamente la oximetría del pulso.
• Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.</td>
<td>• Laringoespasmo
• Cianosis
• Depresión de las vías aéreas
• Neumotórax
• Edema pulmonar</td>
<td>IV</td>
<td>MANTENER A: 4 Leve
AUMENTAR A: 5 No comprometido
<table>
<tr><th>Escala de indicadores</th><th>E 1</th><th>S 2</th><th>M 3</th><th>L 4</th><th>S D 5</th></tr>
<tr><td>Frecuencia respiratoria</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Temperatura</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Frecuencia del pulso apical</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Frecuencia del pulso radial</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Presión arterial sistólica</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Presión diastólica</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

(0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso

Escala de indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	N C 5
Facilidad de la respiración	x				
Facilidad de la respiración			x		
Ausencia de disnea en reposo			x		
Ausencia de cianosis		x			
pH arterial DLN		x			
Equilibrio entre ventilación y perfusión		x			
Saturación de O2; DLN		x			
Volumen corriente CO2 ERE					

•,ERE = en el rango esperado •,DLN = dentro de los límites normales.

(3140) Manejo de las vías aéreas

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de la barbilla.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede.
- Colocar al paciente en posición tal que se alivie la disnea.
- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.

(3230) Fisioterapia respiratoria

- Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
- Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada.
- Utilizar nebulizador ultrasónico, si procede.
- Administrar broncodilatadores, si está indicado.
- Administrar agentes mucolíticos, si procede.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
- Observar la tolerancia del paciente por medio de la SaO2, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardíacos y niveles de comodidad.

(3320) Oxigenoterapia:

Escala de indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	N C 5
Facilidad de la respiración	x				
Facilidad de la respiración			x		
Ausencia de disnea en reposo			x		
Ausencia de cianosis		x			
pH arterial DLN		x			
Equilibrio entre ventilación y perfusión		x			
Saturación de O2; DLN		x			
Volumen corriente CO2 ERE					

0403 Estado respiratorio: ventilación

Escala de indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	NC 5
Expansión torácica simétrica	x				
Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias			x		
Ausencia de respiración forzada			x		
Profundidad de la respiración		x			
Ausencia de utilización de los músculos accesorios		x			
Ausencia de retracción torácica		x			

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante un sistema humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario, según indicación médica.
- Soporte de oxígeno 100% en el paciente con tubo endotraqueal, resucitador manual, tubo de mayo.
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.
- Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por oxígeno.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del paciente.
- Observar la ansiedad de la paciente relacionada con la necesidad de terapia de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

Escala de indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	NC 5
Expansión torácica simétrica	x				
Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias			x		
Ausencia de respiración forzada			x		
Profundidad de la respiración		x			
Ausencia de utilización de los músculos accesorios		x			
Ausencia de retracción torácica		x			

Puntuación Diana:
1.E: Extremadamente
2.S: Sustancial
3.M: Moderado
4.L: Leve
5.NC: No comprometido

GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL	Código: **GT. DNCC.INEN. N° 007**	
Emisor: **DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**	Implementación:**2022**	Versión: **V.01**

2) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INDICADOR NOC	INTERVENCIÓN NIC	COMPLICACIONES	GD	LOGRO DEL NOC DIANA-ESCALA DE LICKERT
DOMINIO: 2 Nutrición **Clase:5 Hidratación** **Diagnóstico:** (00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c patrón de eliminación ineficaz y hemorragia post quirúrgica	**(0601) Equilibrio hídrico.** **Escala de indicadores** / G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / N 5 Deterioro del estado metabólico: S 2 = x Cambios en el tensor de la piel: M 3 = x Estado de desequilibrio nutricional: S 2 = x Control de hemorragia: M 3 = x Severidad en la pérdida de sangre: S 2 = x	**(4160) Control de hemorragias** • Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito. • Control de constantes vitales, volumen drenado y aparición de hematocrito. • Vigilar signos externos de hemorragia y aparición de distensión abdominal. • Vigila palidez cutánea, cianosis, sudoración y agitación. **4030) Administración de productos sanguíneas** • Administrar coloides, plasma fresco. **(2080) Manejo de líquidos / electrolitos** • Administrar terapia intravenosa según prescripción. • Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso. • Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos. • Valorar las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia).	• Prevención de Shock hipovolémico. • Pérdida de líquidos corporales. • Hemorragia post operatoria. • Infección de la herida quirúrgica y/o drenajes. • Hipotensión ortostática, etc.) • Incentivar ingesta hídrica progresiva tras tolerancia.	IV	**MANTENER A:4** Leve **AUMENTAR A:5** Ninguno **Escala de indicadores** / G 1 / S 2 / M 3 / L 4 / N 5 Deterioro del estado metabólico: S 2 = x Cambios en el tensor de la piel: M 3 = x Estado de desequilibrio nutricional: S 2 = x Control de hemorragia: M 3 = x Severidad en la pérdida de sangre: S 2 = x

0600) Equilibrio electrolítico y acido base:

Escala Indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	NC 5
Potasio sérico		X			
Cloruro sérico				X	
PH sérico	X		X		
Albumina sérico				X	
Creatinina sérica				X	
Bicarbonato sérico			X		
Nitrógeno ureico sanguíneo				X	

- Consultar con el médico, si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.
- Administrar glucosa de acción rápida con carbohidratos de acción prolongada y proteínas para el control de la hipoglucemia aguda, si es el caso.
- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima, si se expresan inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos.

6680) Monitorización de los signos vitales.

- Observar, controlar, anotar y comunicar.

Escala Indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	NC 5
Potasio sérico		X			
Cloruro sérico				X	
PH sérico	X		X		
Albumina sérico				X	
Creatinina sérica				X	
Bicarbonato sérico			X		
Nitrógeno ureico sanguíneo				X	

Puntuación Diana:
1.E: Extremadamente
2.S: Sustancial
3.M: Moderado
4.L: Leve
5. NC: No comprometido.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INDICADOR NOC	INTERVENCIÓN NIC	COMPLICACIONES	GD	LOGRO DEL NOC DIANA - ESCALA DE LICKERT
Dominio 5: Percepción/ Cognición **Clase 4:** Cognición **Diagnóstico:** (00128) Confusión Aguda R/C Efectos secundarios de fármacos anestésicos M/P Fluctuaciones en el nivel de conciencia y alteración motora sensorial.	**(0912) Estado Neurológico: Conciencia** **Escala Indicadores** / **G 1** / **S 2** / **M 3** / **L 4** / **NC 5** Abre los ojos con estímulos externos: S 2 = X Orientación cognitiva: S 2 = X Comunicación apropiada a la situación: S 2 = X Obedece ordenes: S 2 = X Respuesta motora a estímulos nocivos: S 2 = X Atiende a estímulos ambientales: S 2 = X Ausencia de actividad comicial: S 2 = X Flexión anormal: S 2 = X Extensión anormal: S 2 = X	**(2620) Monitorización Neurológica** • Aplicar escala de Glasgow. **(4700) Reestructuración Cognitiva** • Estado de conciencia relación paciente y medioambiente; valorar la escala de glasgow. • Reflejo pupilar diámetro. **(4820) Orientación de la realidad** • Orientar a los pacientes por su nombre y hablarle con un tono de voz adecuado que le de calma y seguridad • Evitar que el paciente se frustre con preguntas de orientación que no puede responder. **(0844) Cambio de posición neurológica** • Elevación de la cabeza de 30° a 45°. • Inmovilizar y apoyar la parte corporal afectada. **(2550) Mejora de la perfusión**	• Alteración de conciencia • Sangrado • Trastorno hemorrágico • Trastorno hidroelectrolítico • Laringo espasmo • Edema laríngeo • Depresión respiratoria • Agitación y confusión. • Diabetes insípida. • Aparición de signos de sangrado.	IV	**MANTENER A: 4** Leve **AUMENTAR A:5** No comprometido **Escala Indicadores** / **G 1** / **S 2** / **M 3** / **L 4** / **NC 5** Abre los ojos con estímulos externos: L 4 = X Orientación cognitiva: L 4 = X Comunicación apropiada a la situación: L 4 = X Obedece ordenes: L 4 = X Respuesta motora a estímulos nocivos: L 4 = X Atiende a estímulos ambientales: L 4 = X Ausencia de actividad comicial: L 4 = X Flexión anormal: NC 5 = X Extensión anormal: L 4 = X

(0913) Estado neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales

Escala indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	N C 5
Vértigo		x			
Movimientos de pronación		x			
Movimientos involuntarios de cabeza	x				
Movimiento involuntario facial	x				
Tics		x			
Ronquera		x			
Tono nasal de voz		x			
Parálisis facial unilateral		x			

cerebral

- Consultar con el médico a cargo para determinar los parámetros hemodinámicos y mantenerlos dentro del rango.
- Mantener una normotensión dentro de los parámetros normales.
- Administrar la dosis de fármacos según prescripción médica.

(2590) Monitorización de la perfusión intracraneal

- Monitorizar el estado neurológico.
- Mantener la presión arterial sistémica dentro de los márgenes específicos asociada a la sobrecarga, volumen vascular y la hipoxia hipertensión por hemorragia.
- Elevar la cabecera de 30° a 45° con la finalidad de facilitar el retorno venoso cerebral.

(2720) Precauciones generales

- Contar con un resucitador manual en casos de emergencia.
- Mantener un dispositivo de aspiración controlado.
- Brindar una cama con barandilla.

Escala indicadores	E 1	S 2	M 3	L 4	N C 5
Vértigo				X	
Movimientos de pronación				X	
Movimientos involuntarios de cabeza				X	
Movimiento involuntario facial				X	
Tics				X	
Ronquera				X	
Tono nasal de voz				X	
Parálisis facial unilateral					X

Puntuación Diana:
1.E: Extremadamente
2.S: Sustancial
3.M: Moderado
4.L: Leve
5.NC: No comprometido.

4) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INDICADOR NOC	INTERVENCIÓN NIC	COMPLICACIONES	GD	LOGRO DEL NOC DIANA-ESCALA DE LICKERT
Dominio 11: Seguridad y Protección. **Clase 2:** Lesión física **Diagnóstico:** Deterioro de la Integridad Cutánea (00046) R/C heridas quirúrgicas S/A nefrectomía izquierda M/C herida quirúrgica limpia	**(1102) Curación de la herida: por primera intención**	**(3590) Vigilancia de la piel:** • Control estricto de signos vitales (Frecuencia cardiaca, Temperatura) C/2h. • Vigilar presencia de signos de infección • Mantener la herida tapada y seca. • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel. • Vigilar color de la piel. **(5849) Cuidados de la piel:** • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Registrar grado de afectación de la piel. **(3440) Cuidados del sitio de incisión** • Mantener apósito limpio y seco. • Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas. **(3662) Cuidados de las heridas** • Medir lo drenado en cada turno. • Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes. • Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado. • Monitoreo y cuidado de drenajes quirúrgicos.	Hemorragias	IV	**Mantener:4** Sustancialmente **Aumentar:5** Completa

Escala Indicadores	N 1	E 2	M 3	S 4	C 5
Aproximación cutánea		X			
Resolución de la secreción serosa		X			
Resolución de la secreción sanguinolenta		X			
Resolución de la secreción serosanguinolenta		X			
Resolución de la secreción sanguínea del drenaje	X				

Escala Indicadores	N 1	E 2	M 3	S 4	C 5
Aproximación cutánea		X			
Resolución de la secreción serosa		X			
Resolución de la secreción sanguinolenta		X			
Resolución de la secreción serosanguinolenta		X			
Resolución de la secreción sanguínea del drenaje	X				

Puntuación Diana
1.N: Ninguna
2.E: Escasa
3.M: Moderado
4.S: Sustancialmete
5.C: Completa

GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL	Código: **GT. DNCC.INEN. N° 007**	
Emisor: **DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**	Implementación:**2022**	Versión: **V.01**

5) DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INDICADOR NOC	INTERVENCIÓN NIC	COMPLICACIONES	GD	LOGRO DEL NOC DIANA - ESCALA DE LICKERT
DOMINIO:3 Eliminación e Intercambio **Clase 1:** **Función Urinaria** **Diagnóstico:** (00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/c procedimiento quirúrgico (nefrectomía) m/c sonda vesical, disminución del gasto urinario	**(0503) Eliminación urinaria** **Escala Indicadores** / E 1 / S 2 / M 3 / L 4 / N C 5 Patrón de eliminación: S 2 Cantidad de orina: M 3 Creatinina sérica DLN: S 2 Olor de la orina: S 2 Color de la orina: S 2 Ausencia de sangre en la orina: E 1 Retención urinaria: E 1	**1876 cuidados del catéter urinario:** • Evaluación, vigilar y mantener un buen manejo de la sonda vesical con toda la técnica aséptica y de esta manera prevenir las infecciones. • Enseñar al paciente el manejo de la sonda vesical. • Vaciar la bolsa recolectora por turno y mantenerla por debajo de la altura de la vejiga. • Limpiar la región periuretral 2 veces al día para proporcionar higiene y comodidad al paciente. **0590Manejo de la eliminación Urinaria:** • Vigilar la diuresis, monitoreo y registro de las características de la orina; volumen y color. • Vigilar presencia de edemas e ingurgitación yugular. • Realizar balances hidroelectrolíticos • Valorar los electrolitos en sangre y el hematocrito.	• Dolor • Infección urinaria	IV	**MANTENER A:4** Leve **AUMENTAR A:5** No comprometido **Escala Indicadores** / E 1 / S 2 / M 3 / L 4 / N C 5 Patrón de eliminación: S 2 Cantidad de orina: M 3 Creatinina sérica DLN: S 2 Olor de la orina: S 2 Color de la orina: S 2 Ausencia de sangre en la orina: E 1 Retención urinaria: E 1 **Puntuación Diana** **1.G:** Grave comprometido **2.S**: Sustancial comprometido **3.M:** Moderado comprometido **4.L:** Leve comprometido **5.N:** Ninguno

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	INDICADOR NOC	INTERVENCIÓN NIC	COMPLICACIONES	GD	LOGRO DEL NOC DIANA – ESCALA DE LICKERT
DOMINIO 12: Confort **Clase 1:** Confort físico **Diagnóstico:** (00132) Dolor agudo R/C intervención quirúrgica y/ o posturas forzadas M/P informe verbal o codificado, respuestas autónomas (diaforesis, cambios de presión arterial, respiración, pulso, dilatación pupilar	**(1605) Control del dolor** **Escala Indicadores** / N 1 / R 2 / P 3 / F 4 / S 5 Reconoce el comienzo del dolor. — R 2 Utiliza medidas de alivio no analgésicas, escala de EVA posición antálgica — R 2 Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda — F 4 Se administra analgésicos indicados — S 5 Refiere dolor controlado. — P 3	**(1400) Manejo del dolor** • Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad y factores desencadenantes. • Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc. • Realizar cambios de posición para aliviar el dolor. • Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. **(2210) Administración de analgésico:** • Comprobar historial de alergias a medicamentos. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis. • Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.	**Endocrino metabólico:** • Aumento de hormonas catabólicas, reducción de hormonas anabólicas **Respiratorias:** • Atelectasia, retención de secreciones, neumonía. **Cardiovasculares:** • Taquicardia, hipertensión. **Gastrointestinales:** • Disminución de la motilidad gastrointestinal, náuseas, vómitos, intolerancia digestiva.	IV	**MANTENER A:** 4 Frecuentemente **AUMENTAR A:** 5 Siempre **Escala Indicadores** / N 1 / R 2 / P 3 / F 4 / S 5 Reconoce el comienzo del dolor. — F 4 Utiliza medidas de alivio no analgésicas, escala de EVA posición antálgica — F 4 Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda — F 4 Se administra analgésicos indicados — S 5 Refiere dolor controlado. — F 4 **Puntuación diana:** 1.Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. Poco demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

(02101)Dolor: Efectos nocivos

Escala Indicadores	I 1	S 2	M 3	L 4	N 5
Ejecución del rol alterada		x			
Concentración alterada		x			
Estado de ánimo alterado				x	
Trastorno del sueño					X
Movilidad física alterada			x		
Higiene personal alterada			X		
Falta de apetito		X			

(5230) Aumentar el afrontamiento

- Brindar información al paciente, cuando despierte de los efectos de la anestesia.
- Brindar información sobre estancia hospitalaria y monitoreo de funciones vitales.
- Brindar apoyo emocional ante la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente en técnicas de relajación, para disminuir el dolor.
- Mencionar al paciente que el informe de la cirugía lo realizara el médico cirujano.
- Brindar confianza y seguridad durante su estadía.

Psicológicas

- ansiedad, miedo, insomnio, trastorno de la conducta.

Escala Indicadores	I 1	S 2	M 3	L 4	N 5
Ejecución del rol alterada				X	
Concentración alterada				X	
Estado de ánimo alterado				X	
Trastorno del sueño					X
Movilidad física alterada			x		
Higiene personal alterada			X		
Falta de apetito				X	

Puntuación diana:

1.I: Intenso
2.S: Severo
3.M: Moderado
4.L: Ligero
5.N: Nunca.

7.3. Indicador:

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTAN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACU	
Concepto	Establece el porcentaje de pacientes que presentan complicaciones post operatorias en PACU
Objetivo	Conocer el porcentaje de pacientes que presenta complicaciones post operatorias en PACU.
Relación Operacional	Pacientes que presenta complicaciones post operatorias en PACU x 100 / Total de pacientes atendidos en PACU
Fuente de Datos	Numerador: Formato de reporte de enfermería Denominador: Registro de productividad diaria
Periodicidad	Mensual
Interpretación	El resultado indica el total de pacientes que presenta complicaciones post operatorias en PACU
Estándar Propuesto	1%

VIII. ANEXOS:

- **Anexo 01:** Grado de Dependencia (GD)
- **Anexo 02:** Escala de Glasgow
- **Anexo 03:** Monitoreo de Funciones Vitales
- **Anexo 04:** Hoja Grafica-Funciones Vitales
- **Anexo 05:** Lista de Verificación Pre y Post Anestesia
- **Anexo 06:** Hoja de Enfermería Control Post Operatorio
- **Anexo 07:** Escala de Aldrete
- **Anexo 08:** Escala de Ramsay
- **Anexo 09:** Escala de RASS
- **Anexo 10:** Escala de EVA
- **Anexo 11:** Hoja de Balance Hídrico
- **Anexo 12:** Notas de Enfermería
- **Anexo 13:** Reporte de Enfermería
- **Anexo 14:** Reporte de Guardia
- **Anexo 15:** Lista de verificación para el cumplimiento de Guía Técnica: Gestión del Cuidado de Enfermería en la Atención del Paciente Post Operado Inmediato de Nefrectomía Radical.

ANEXO 01

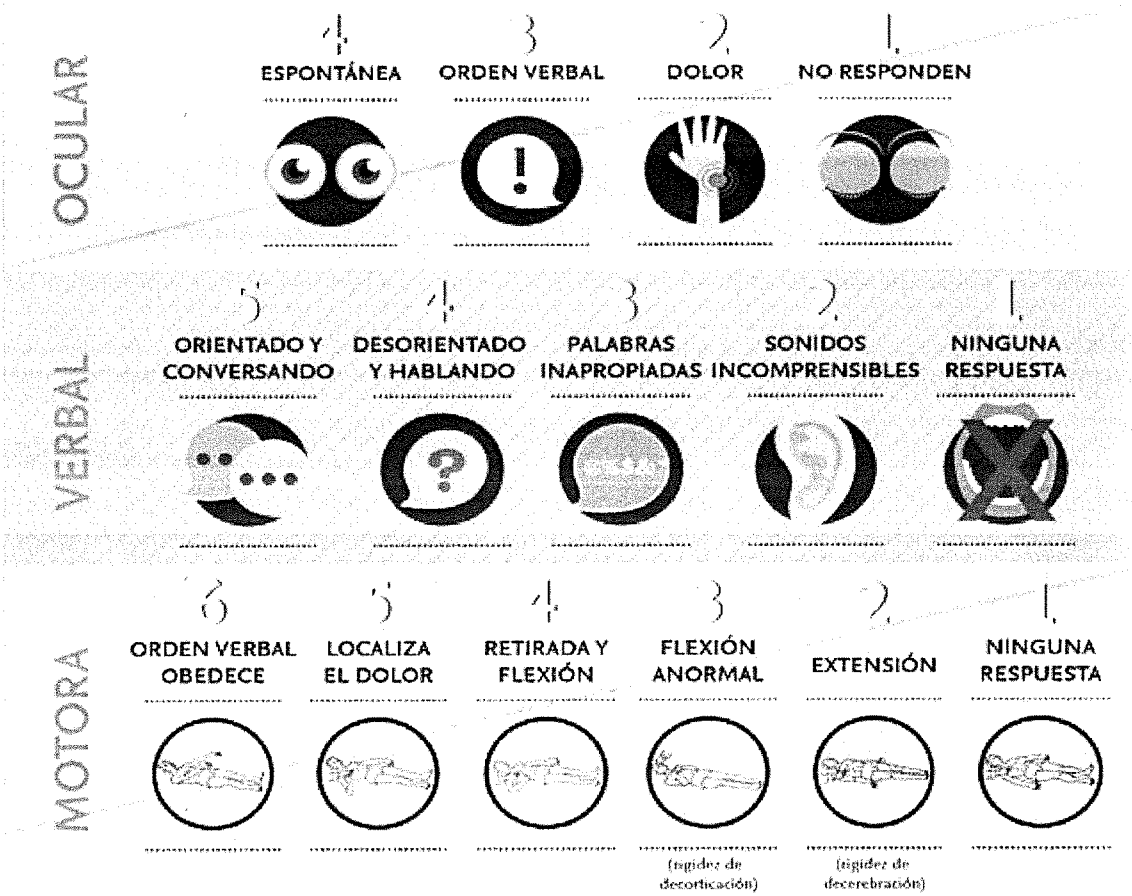
GRADO DE DEPENDENCIA (GD)

CRITERIOS	GD
Se refiere a la persona que puede valerse por sí misma, competente, con factores de riesgo mínimo, en pre diagnóstico, preoperatorio, convaleciente, deambula, requiere de autocuidado universal con asistencia de Enfermería orientada a la educación en salud y estabilidad emocional, bajo la supervisión del personal de Enfermería.	**GD I Asistencia Mínima**
Se refiere a la persona que puede valerse por sí misma, pero con ciertas limitaciones, mediano nivel de competencia, con factores de riesgo medio, requiere de ayuda parcial, con enfermedad crónica compensada, con alteración parcial de los signos vitales, en pre y post-operatorio inmediato en cirugía de baja complejidad, con medicación oral y/o parenteral cada seis horas, uso de equipos de rehabilitación y confort.	**GD II Asistencia Parcial**
Referido a la persona con factores de riesgo de prioridad mayor mediana, no participa en su cuidado, crónico inestable, agudo, requiere de valoración continua y monitoreo, alteración significativa de signos vitales, con medicación parenteral permanente y tratamiento frecuente con o sin cirugía de mediana complejidad. Puede o no tener uso de aparatos especiales de soporte de vida.	**GD III Asistencia Intermedia**
Persona críticamente enferma, inestable con compromiso multiorgánico severo, con riesgo inminente de su vida o su salud, inconsciente, puede requerir sedación y/o relajación, necesita intervención terapéutica no convencional, con tratamiento quirúrgico especializado, demanda de cuidado de Enfermería por personal altamente calificado que requiere valoración, monitoreo y cuidado permanente.	**GD IV Asistencia Intensiva**
Personas sometidas a trasplante de órganos como: Corazón, hígado, riñón, médula ósea o pulmón que requieren cuidado muy especializado, en unidades especiales, equipos y tratamiento sofisticado.	**GD V Asistencia Especializada**

Fuente: Portal del Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero [Internet]. Lima, Perú. 2008. [Citado 19 de junio de 2020]. Disponible en: http://cr3.org.pe/views/layout/default/wp-content/uploads/2015/10/normasggoce.pdf

ANEXO 02

ESCALA DE GLASGOW



Fuente: Escala de Coma de Glasgow: Tipos de respuesta motora y su puntuación [Internet] Por Generación Elsevier 2017. Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow

	ADMISIÓN	5	15	30	45	60	.....	.....	ALTA
PUNTAJE									

La valoración será:

- Puntaje más bajo es 3 puntos
- Valor más alto es 15 puntos

ANEXO 03

MONITOREO DE FUNCIONES VITALES

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

MONITOREO DE FUNCIONES VITALES

NOMBRE:..... CAMA: .....

HC.:..... FECHA DE INGRESO:.....

Fecha	Hora	Pulso	Pr. Art.	Resp.	Tempera.	Sat. 02	Escala Prevención LPP	Escala Prevención caídas	HGT	Glasgow	Observac.

FUENTE: FORMATO TEMPERATURA /CÓDIGO: 475100019867/ CLASIFICADO: 2.3.199.13/ IMPRENTA: INEN

ANEXO 04

HOJA GRÁFICA-FUNCIONES VITALES

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

HOJA GRÁFICA - FUNCIONES VITALES

NOMBRE: EDAD: SEXO: CAMA N°:

FECHA																													
DIAS DE HOSPITAL																													
P.A.	PULS	TEMP	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
25		41°																											
20		40°																											
15		39°																											
10	140	38°																											
5	130	37°																											
	120	36°																											
RESP	110	35°																											
60	100																												
50	90																												
40	80	Dolor VAS 10																											
		9																											
		8																											
30	70	7																											
		6																											
		5																											
		4																											
20	60	3																											
		2																											
15	55	1																											
		0																											
Drenaje																													
Orina																													
Vomito																													
Heces																													
Total																													
Oral																													
Parenteral																													
Total																													
Balance Hidrico																													
Peso																													
Talla																													

FUENTE: FORMATO/CÓDIGO: 475100019694/IMPRENTA: INEN 10-2011

ANEXO 05

LISTA DE VERIFICACIÓN PRE Y POST ANESTESIA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
SALA DE OPERACIONES - PACU
LISTA DE VERIFICACIÓN PRE Y POST ANESTESIA

NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA
TIPO DE SEGURO N°	SERVICIO PROCEDENCIA	H. CL.	CAMA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA			

HOSPITALIZACIÓN			PRE ANESTESIA			POST ANESTESIA		
HORA DE VERIFICACIÓN:			HORA DE INGRESO:			HORA DE INGRESO:		
EL PACIENTE TIENE CONFIRMADO			TIENE EL PACIENTE			DE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE		
IDENTIFICACIÓN	SI	NO	CIRUGÍAS ANTERIORES	SI	NO	CIRUJANO PARTICIPA EN LA ENTREGA DEL PACIENTE EN PACU		
CONTROL DE SEGURIDAD EVALUACIÓN ANESTÉSICA	SI	NO	LESIONES PREVIAS AL ACTO QUIRÚRGICO	SI	NO	ENFERMERA RECEPCIONA PACIENTE	SI	NO
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	SI	NO	TRAQUEOSTOMAS	SI	NO	NIVEL DE ATENCIÓN	I II III IV	
FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	SI	NO	OSTOMAS	SI	NO	VIGILANCIA DEL ESTADO DEL PACIENTE		
VERIFICACIÓN DE ZONA QUIRÚRGICA	SI	NO	DRENAJES	SI	NO	ESCALA GLASGOW		
SE HA COMPLETADO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON :.			EL PACIENTE TRAE			ESCALA EVA		
ALERGIAS CONOCIDAS	SI	NO				ESCALA ALDRETE		
VÍA AÉREA DIFÍCIL	SI	NO	INSUMOS MÉDICOS	SI	NO	VIGILANCIA INSTRUMENTADA		
RIESGO QUIRÚRGICO	SI	NO	PRÓTESIS NO FIJAS	SI	NO	MONITOREO NO INVASIVO	SI	NO
EXÁMENES DE LABORATORIO HMG, BIOQ. SEROL.	SI	NO	ROPA NO QUIRÚRGICA	SI	NO	MONITOREO INVASIVO	SI	NO
ESCALA GLASGOW	SI	NO	AROS, ARETES	SI	NO	PVC	SI	NO
LESIONES DE PIEL	SI	NO	ENFERMERA DE PRE ANESTESIA			GASTO URINARIO	SI	NO
DESCRIBIR			CONFIRMA VERBALMENTE	SI	NO	APOYO VENTILATORIO		
ENFERMERA HOSPITALIZACIÓN VERIFICARÁ			IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	SI	NO	VENTILACIÓN MECÁNICA	SI	NO
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			ZONA QUIRÚRGICA	SI	NO	MÁSCARA DE OXIGENO	SI	NO
PREPARACIÓN FÍSICA	SI	NO	PROCEDIMIENTO	SI	NO	EL PACIENTE TRAE		
AYUNO	SI	NO	ENFERMERA PROCEDERÁ A			TUBO ENDOTRAQUEAL	SI	NO
ULTIMO TRATAMIENTO PARENTERAL	SI	NO	VERIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PULSERA	SI	NO	TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	SI	NO
DESCRIBIR LO QUE SE ADMINISTRÓ:			INSTALACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	SI	NO	FRASCO DE TÓRAX	SI	NO
CONTROL DE SIGNOS VITALES	SI	NO	MONITOREO DE SIGNOS VITALES	SI	NO	DRENAJES	SI	NO
VENDAJE MIEMBROS INFERIORES	SI	NO	ADMINISTRA PREMEDICACIÓN	SI	NO	IRRIGACIONES	SI	NO
OBSERVACIONES			SALA DESIGNADA			CRITERIOS DE TRASLADO DE PACU		
			HR. DE TRASLADO A SALA			EXTUBADO 1 HORA	SI	NO
						HEMODINAMIA ESTABLE	SI	NO
						AUSENCIA DE SANGRADO	SI	NO
						ALIVIO DE DOLOR	SI	NO
						SATURACION DE OXIGENO MAYO A 92%	SI	NO
						ESTADO DE ALERTA	SI	NO
FIRMA DE LA ENFERMERA HOSPITALIZACIÓN			FIRMA ENFERMERA DE ANESTESIA			FIRMA DE ENFERMERA DE POST ANESTESIA		

FORMATO LISTA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD ANESTESICO QUIRURGICO EN SOP

FUENTE: FORMATO/CÓDIGO: 475100019694/IMPRENTA: INEN 10-2011

ANEXO 06

HOJA DE ENFERMERÍA CONTROL POST OPERATORIO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS
HOJA DE ENFERMERÍA PARA CONTROL POST OPERATORIO

Fecha:											
Hora	Nombre:									**Dpto**	**Alta**
Anestesia	Cama:	HC:		Edad:						(Abd)(CC)	Dia:
(H) (I) (S) (D)	Cx realizada									(Gine)(NCx)	Hora:
(No2) (Propofol)	Antecedentes									(Plast)(SHTM)	**Aldrette**
(Keta)(Rag)(Per)	Hto inicial									(Uro)(T)(RT)	Actividad
Dosis total FT	Anestesiologos	VDRL ( ) HIV ( ) Hepatitis( )								**Tipo**	Respiración
	Co VI iniciales									(Co)(Pri)(UTI)	Conocimiento
Dosis total BNM	PANI			FC		FR		Sao2		(CDD)(Emg)(UCI)	Color
	PAI			PVC		Co2		To		**Redon** (Si) (+)(-)	Puntaje final:
BALANCE SOP	**Examen físico**									Vol 1a/h	Anestesiologo:
SS	**Respiración**	(TET)(espont)(Ambu)(Mayo) **Ritmo**(Regular)(Irregulares)(Si)(No)								**Hemosuc**(si)(+)(-)	**Destino**
LR		MV(Conservado)(Disminuido) - Tirajes (Si)(No) Cianosis								Vol 1 a/h	(Piso)(Emg)
GR	**Hemodinamia**	Pulso(N)(D)(A) Palmicas(Si)(No) **RC(N)(D)(A)** IY (Si)(No)								Drenes (Si)(No)	**(UCI)(UTI)**
PI	**Neurológico**	(Conciente)(Resp st verb)(**Resp** st dolor) (No respuesta) **Pupilas**(Isoc)(no)								**PACU**	
Plaq		**Mov**(si)(no)(espontaneo)(al dolor)(Mbs sup)(1)(2) (Mbs inf) (1)(2)								**SOPORTE O2**	
Polig	**Piel**	(Palidez)(Rubicundez)								Mascara(reinhal)	
Almid	Glasgow:									(Simple)Lts x':	
Sangrado:	**Controles iniciales**	5'	10'	15'	30'	1 a h	2 a h	3 a h	4 a h.	**VENTILADOR**	
Diuresis total	FC									Tidal	
Diuresis horaria Final	PANI									FR FIO2( )	
	PAI									(A)(C)(AC)(MIS)	
LABORAT SOP	SaO2(%)									PIP( )PEEP( )	
Hto	FR									Bird(P)(Vol)	
Glucosa	Temp									Newport( )	
Na/K/Cl/Ca	Co2									**Estubación**	
	PVC									Hora:	
TPT/TP/Plaq	Diuresis hor.a									(Estridor)	
	Controles	5 a h	6 a h	7 a h	8 a h	9 a h	10 a h	11 a h	12 a h	(Apnea) T'	
PO2/pH/CO2/HCO3	PANI									**COMPLIC PACU**	
	PAI									(Resp)(CV)	
Otro	SaO2(%)									(Neurol)(1/2 int)	
	FR									**BALANCE PACU**	
LABORAT PACU	Temp									INGRESOS	Residuos
Hto	Co2									ClNa	
Glucosa	PVC									LR	
Na/K/	Diuresis horaria									D/W5%	
	Laboratorio	1ª-m			2ª-m					GR	
Cl/Ca	Hto/Hb									PL	
TPT/TP/Plaq	Na/K/Cl/Ca									Otro (Si)(No)	
	TP/TTP/Plaq									EGRESOS	
PO2/Ph	Gases									Orina	
	Comentarios									Vomitos	
CO2/HCO3										Apositos	
										Drenajes	
Otro											

FUENTE: FORMATO NOTA DE EVOLUCIÓN – CONTROL.CÓDIGO; 475100050148/CLASIFICADOR: 2.3.199.13/IMPRENTA/INEN

ANEXO 07

Escala de Aldrete

CATEGORIA	ITEMS	PUNTOS
Actividad	Mueve las 4 extremidades	2
	Mueve las 2 extremidades	1
	No mueve las extremidades	0
Respiración	Respira tose normalmente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Apnea	0
Circulación	P.A ≤ 20% nivel pre anestésico	2
	P.A =20-49% nivel pre anestésico	1
	P.A ≥50% nivel pre anestésico	0
Saturación	SPO_2 >92% con aire ambiente	2
	Necesidad O_2 suplementario para mantener SPO_2>90%	1
	SPO_2 < 90% con O_2 suplementario	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Despierto al llamado	1
	No responde	0

Fuente: Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations en Estados Unidos.

	ADMISIÓN	5	15	30	45	60	.....	.....	ALTA
PUNTAJE									

La valoración será:

Con 8 puntos (9 puntos para otros autores) se puede dar el alta al paciente. Lo ideal son 10 puntos.

ANEXO 08

Escala de Ramsay

NIVEL	DORMIDO - DESPIERTO	SEDACIÓN
Nivel I Despierto	Con ansiedad y agitación o inquieto	Sedación Mínima
Nivel II Despierto	Cooperando, orientado y tranquilo	
Nivel III Despierto	Somnoliento; responde a estímulos verbales normales	Sedación Moderada
Nivel IV Dormido	Respuesta rápida a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo	
Nivel V Dormido	Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a percusión leve en el entrecejo	Sedación Profunda

Fuente: Modificado de Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR. Controlled sedation with alphaxalone- alphadolone. BMJ 1974; 226: 656.659

ANEXO 09

Escala Sedación - Agitación RASS

{+4}	Combativo	Ansioso, violento
{+3}	Muy agitado	Intenta retirarse los catéteres
{+2}	Agitado	Movimientos frecuentes, lucha con el respirador
{+1}	Ansioso	Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos.
{0}	Alerta y tranquilo	
{-1}	Adormilando	Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
{-2}	Sedación ligera.	Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
{-3}	Sedación moderada.	Se mueve y abre los ojos a la llamada, dirige la mirada.
{-4}	Sedación profunda.	No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física.
{-5}	Sedación muy profunda.	No responde a la estimulación física.

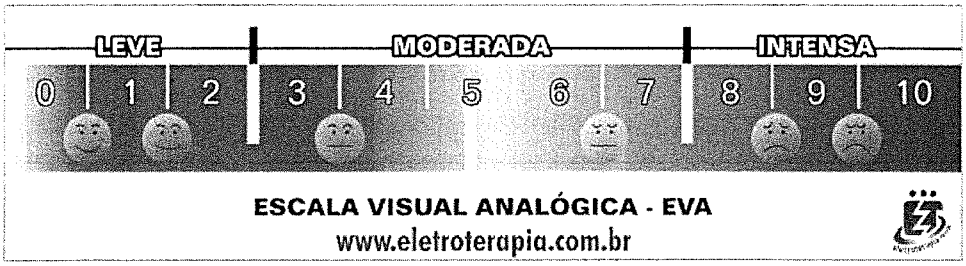
Fuente: Modificado de Sessler CN, Gosnell MS, Gra MJ, et al: The Ricmond Agitation Sedation Scale: Validity and reliability in adult insentive care unit patients. Adm J Respir Crit Care Med 2002; 166:1338-1344

La valoración será:

- Observar al paciente, si está despierto, inquieto o agitado, puntuar de 0-4.
- Si no está despierto, llamarlo por su nombre y pedir que abra los ojos y mire al examinador. Si abre los ojos o responde con movimientos, puntuar de -1 a -3.
- Si no responde a la llamada, estimular al paciente dándole palmadas en el hombro y/o frotándole el esternón y puntuar -4 ó 6 según respuesta.

ANEXO 10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)



	ADMISIÓN	5	15	30	45	60	.....	.....	ALTA
PUNTAJE									

La valoración será:

- Dolor leve: Si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado: Si la valoración se sitúa entre 4 y 6.
- Dolor severo: Si la valoración es igual o superior a 7.

ANEXO 11

HOJA DE BALANCE HÍDRICO

INSTITUTO ESPECIALIZADO DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
"Dr. Eduardo Cáceres Graziani"

HOJA DE BALANCE HÍDRICO

Nombre: _____ HCL: _____ Cama: _____ Fecha: _____

HORA	FLUIDOS ENDOVENOSOS	INGRESOS								EGRESOS						
		VIA PERIFÉRICA CVC						V.O. POR SONDA	TOTAL	ORINA	VOMITO/SNG	DEPOSICION	APOSITOS	DREN PLEURAL	DREN.....	TOTAL
		RESIDUO	PASO	RESIDUO	PASO		PASO									
7: a.m.																
8: a.m.																
9: a.m.																
10: a.m.																
11: a.m.																
12: m.																
7-1																
01:p.m.																
02: p.m.																
03: p.m.																
04: p.m.																
05: p.m.																
06: p.m.																
1-7																
07: p.m.																
08: p.m.																
09: p.m.																
10: p.m.																
11: p.m.																
12: p.m.																
01: a.m.																
02: a.m.																
03: a.m.																
04: a.m.																
05: a.m.																
06: a.m.																
7-7																
TOTAL EN 24 HORAS																

Peso:	INGRESOS en 24 horas		EGRESOS en 24 horas	
	AGUA METABOLICA		PERDIDAS INSENSIBLES	
	TOTAL DE INGRESOS EN 24 HORAS		TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS	

Nombre y Apellidos (T. Diurno): _____ (T. Noche): _____

FORMATO BALANCE HÍDRICO / CÓDIGO: 475100015789/ CLASIFICADOR: 2.3.199.13 / IMPRENTA: INEN V. 02-19 11 a

FUENTE: FORMATO DE BALANCE HÍDRICO/CÓDIGO_475100015789/CLASIFICADOR:2.3.199.13/ IMPRENTA: INEN

ANEXO 12

NOTAS DE ENFERMERÍA

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

INEN

NOTAS DE ENFERMERÍA

Nombre: .....HCL: ..... N° Cama: .....

FECHA	HORA	

FUENTE: FORMATO NOTA DE ENFERMERÌA/475100019898/CLASIFICADOR: 2.3.199.13 /IMPRENTA/INEN

ANEXO 13: REPORTE DE ENFERMERÍA

INEN

OPE-INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CENTRO QUIRÚRGICO-PACU
REPORTE DE ENFERMERÍA-2018

NOMBRE DEL PACIENTE:				EDAD:	
FECHA:	HORA:	DPTO:	H.CLINICA:	N°DE CAMA:	
CIRUGIA REALIZADA					
DIAGNOSTICO MEDICO:					
ANTECEDENTES HOJA DE CARDIOLOGÍA:		Basales PA=	FC=	OTROS:	
ANTECEDENTES					
ALERGIAS		DIABETICO	HTA	OTROS	
OBSERVACIONES					

VALORACIONES DE ESTADO DE CONCIENCIA:		SOPORTE VENTILATORIO		VALORACIÓN HEMODINÁMICA				PACIENTE VIENEN CON							
DESPIERTO		MÁSCARA DE OXÍGENO		PA=		T°=		VPP		CVC		PORTH		LINEA ARTERIAL	
DORMIDO		BIGOTERA		FC=		EVA		DRENAJES							
AGITADO		VENTILACIÓN MECÁNICA		FR=		SO2=		SNG		PLEURAL	IZQ		DER		
CONFUSO		OTROS		GLASGOW:		ALDRETE:		SYEYUNAL		BLAKE	IZQ		DER		
DESORIENTADO								SNE		HEMOVACK	IZQ		DER		
OSTOMIAS						CATETERES URETERALES		SFOLEY		LAMINAR	IZQ		DER		
COLOSTOMIA		UROSTOMIA		TRAQUEOSTOMIA		IZQUIERDO	DERECHO								

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA							
ALTERACION DEL PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ		RIESGO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS CARDIACAS ASOCIADAS A LA ADMINISTRACION DE ANESTESICOS		DOLOR R/C INTERVENCION QUIRURGICA		1400 MANEJO DEL DOLOR	
HIPOVOLEMIA ASOCIADA A PERDIDA DE SANGRE DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA		CONFUSION INADECUADA R/C EFECTOS SECUNDARIOS DE FARMACOS ANESTESICOS		RETENCION URINARIA R/C INHIBICION DEL ARCO REFLEJO EVIDENCIADO POR DISTENSION ABD.		4030 ADMINISTRACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS	
ALTERACION Y DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA R/C HERIDA QUIRURGICA		DISMINUCION DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL		PERFUSION TISULAR CEREBRAL INEFECTIVA R/C EL ESTADO MENTAL		5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	
PERFUSION TISULAR PERIFERICA R/C INADECUADA NIVEL OXIGENACION DE LOS TEJIDOS EVIDENCIADOS POR CIANOSIS DISMINUCION DE SO2 ACIDOSIS METABOLICA		RIESGO DE CAIDAS R/C ANTECEDENTES DE DEMNCIA SENIL Y ANTECEDENTES DE CONVULSIONES		DETERIORO DE MOVILIDAD FISICA RIESGO DE ASPIRACION R/C ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA		2314 ADMINISTRACION DE LA MEDICACION INTRAVENOSA	
ALTERACION HIDROELECTRICA R/C DESBALANCE HIDROELECTROLITICO		040301 EL PACIENTE MANTIENE UNA FRECUENCIA RESPIRATORIA DENTRO DEL RANGO ESPERADO		1870 CUIDADOS DEL DRENAJE		RIESGO DE INFECCION R/ INCISION QUIRURGICA Y TECNICAS INVASIVAS	
RETENCION URINARIA R/C PERDIDA DEL TONO VESICAL POR EFECTOS ANESTESICOS		040211 EL PACIENTE MANTIENE UNA SATURACION DE OXIGENO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES		1876 CUIDADOS DE CATETER URINARIO		DEFICIT DE CONOCIMIENTO R/C PRONOSTICO Y PROCESO DE LA ENFERMEDAD	
ALTERACIÓN DEL PATRON ALIMENTACIÓN R/C PERDIDA DE LA FUNCION MOTORA GASTRICA POST ANESTESICA		6540 CONTROL DE INFECCIONES		3660 CUIDADOS DE LA HERIDA Y CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION			

BALANCE HIDROELECTROLITICO

INGRESOS DE SOP	TOTALES	EGRESOS SOP	TOTALES	CIERRE DE BALANCE DE PACU			
SOLUCION SALINA		SANGRADO		VOLUMEN TOTAL		HEMOVACK	
POLIGELINA		DIURESIS		DIURESIS		COLOSTOMA E ILOSTOMA	
GLOBULOS ROJOS				BALANCE (+)(-)		DREN PLEURAL	
PLASMA				DREN BLAKE IZQ		SNG/OTROS	
LACTATO DE RINGEN				DREN BLAKE DER			

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas / Departamento de Enfermería / Centro Quirúrgico, PACU /Reporte de Enfermería -2011

ANEXO N° 14
REPORTE DE GUARDIAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTÉSICOS (PACU)

REPORTE DE GUARDIAS DE PACU FECHA .....

	PRE ANESTESIA N° PACIENTES	POST ANESTESIA N° PACIENTES	RECUPERACION N° PACIENTES	PERMANENCIA		ALTAS DE RECUPERACION			INGRESOS		VM	TISS
				s/cama	s/UTI-UCI	N° CAMA	HORA	DEST	N° CAMA	HORA		
NEURO												
GINECOL												
SHTM												
CYC												
TORAX												
UROLOG												
ABDOM												
ORTOPED												
C.P.R.												
OFTALM												
EMERG												
SUSPEND												
TOTAL												

FUENTE: Unidad de Cuidados Post Anestésicos (PACU) /Departamento de Enfermería /INEN 2020.

ANEXO 15

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE GUÍA TÉCNICA: GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO DE NEFRECTOMÍA RADICAL

ANEXO 15 A: Recepción del paciente

N°	ÍTEMS	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Se higieniza las manos y se coloca el EPP.			
2	Recepciona al paciente y valora el estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow.			
3	Realiza la valoración de las vías aéreas.			
4	Controla los signos vitales.			
5	Registra en la hoja de monitoreo de funciones vitales y gráfica en la hoja gráfica-funciones vitales.			
6	Conecta la máscara de oxígeno inmediatamente e inicia soporte de oxígeno.			
7	Recibe el reporte intraoperatorio del médico (anestesiólogo) y recepciona la Hoja de Informe Anestésico y la Lista de Verificación de Cirugía Segura.			
8	Registra la hora exacta de llegada del paciente post-operado inmediato en la Lista de Verificación Pre y Post Anestesia y Hoja de Enfermería para el Control Post Operatorio.			
9	Identifica al paciente y registra el ingreso en el sistema a través de la lectora del brazalete de identificación o Historia Clínica.			
10	Verifica la presión arterial sistémica dentro de los márgenes específicos.			
11	Verifica el acceso de línea arterial y verifica la permeabilidad y la fijación.			
12	Valora posible sangrado por el lugar de incisión.			
13	Valora la condición de la herida quirúrgica; apósitos, vendajes; drenajes y sondas.			
14	Valora el despertar post anestésico aplicando la escala de Aldrete.			
15	Verifica la escala de Ramsay para valorar el estado ventilatorio y sedación en caso que sea necesario.			
16	Verifica la escala de sedación-agitación RASS del paciente en estado crítico			
17	Valora la intensidad del dolor aplicado la escala de EVA; en caso de pacientes despiertos			
18	Verifica eliminación de la orina, cantidad y características y realiza el balance hídrico.			
19	Registra en Notas de Enfermería: Intervención y evolución del paciente.			

N/A: No Aplica

Observaciones:.....

.....

LIC. ENF. EVALUADA: .....**FIRMA**.....

LIC. ENF. EVALUADORA: ..... **FIRMA**.....

ANEXO 15 B: Cuidado de enfermería en la Recuperación Post Anestésica

N°	ITEMS	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Se higieniza las manos y se coloca el EPP.			
2	Vigila la administración de oxígeno húmedo según esté indicado.			
3	Mantiene las vías aéreas permeables.			
4	Vigila los signos vitales.			
5	Valora el despertar post anestésico aplicando la escala de Aldrete.			
6	Mantiene la cabecera elevada 30 a 45 grados según el caso.			
7	Valora condición de zona operatoria.			
8	Controla la temperatura.			
9	Revisa Historia Clínica completa y hoja de terapéutica indicada.			
10	Rótula con fecha los equipos de bombas infusoras y buretra.			
11	Verifica acceso venoso periférico e instala líneas de infusión endovenosa.			
12	Registra las características: cantidad, color del gasto drenado en apósitos, drenajes y sondas.			
13	Vigila la infusión del paquete de sangre y derivados, en caso esté prescrito.			
14	Vigila al paciente orientándose a las complicaciones más probables que puede presentar.			
15	Controla glucemia capilar.			
16	Cuidados de catéter epidural y anotar complicaciones.			
17	Fisioterapia respiratoria al paciente.			
18	Vigilar diuresis horaria (Balance Hídrico Estricto)) según indicación médica.			
19	Monitoriza y reporta resultado del AGA y electrolitos.			
20	Coordina y gestiona las órdenes de exámenes auxiliares a realizarse.			
21	Registra en Notas de Enfermería y en hoja de Enfermería para el Control Post Operatorio.			
22	Comunica al médico tratante en caso de observar alguna complicación, signo y síntomas de alarma			

N/A: No Aplica

Observaciones:.....
.....
.....

LIC. ENF. EVALUADA: .....**FIRMA**.....

LIC. ENF. EVALUADORA: ..... **FIRMA**.....

ANEXO 15 C: Cuidado de enfermería en Recuperación Postquirúrgica

N°	ITEMS	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Se higieniza las manos y se coloca el EPP.			
2	Instaura oxígeno.			
3	Vigila la administración de oxígeno húmedo según esté indicado.			
4	Conecta al paciente al monitor multiparamétrico.			
5	Gráfica y registra en la hoja de monitorización de signos vitales.			
6	Evalúa pupilas.			
7	Aplica escala de Ramsay en caso sea necesario.			
8	Verifica en la escala de sedación y agitación RASS del paciente en estado crítico.			
9	Aplica la escala de Aldrete para el despertar post anestésicos.			
10	Aplica la escala de EVA en pacientes despiertos.			
11	Mantiene la cabecera elevada en pacientes con dificultad respiratoria.			
12	Verifica las indicaciones médicas con las recetas.			
13	Verifica que el acceso venoso esté permeable.			
14	Administra el tratamiento según indicación terapéutica.			
15	Valora la condición de la herida quirúrgica: apósitos, drenajes y sondas.			
16	Controla diuresis horaria (Balance Hídrico Estricto según indicación médica).			
17	Coloca apósitos hidrocoloides en zonas de apoyo facial para evitar laceraciones.			
18	Cursa exámenes de laboratorio según indicación médica			
19	Valora la condición de la herida quirúrgica; apósitos, drenajes y sondas.			
20	Coordina el traslado del paciente y ejecuta el traslado al área de radiodiagnóstico si lo requiere.			
21	Registra en Notas de Enfermería: Intervención y evolución del paciente.			
22	Reporta al médico cirujano oncólogo tratante la condición del paciente.			

N/A: No Aplica

Observaciones:.....
.....

LIC. ENF. EVALUADA: .....**FIRMA**.....

LIC. ENF. EVALUADORA: ..... **FIRMA**.....

ANEXO 15 D: Cuidado de enfermería para la transferencia

N°	ITEMS	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Coordina el alta del paciente.			
2	Verifica la intubación, colocación de la ventilación mecánica.			
3	Permeabilidad de las vías periféricas y la cantidad de la diuresis horaria.			
4	Monitoriza continuamente: Electrocardiograma, saturación de oxígeno.			
5	Reporta a la enfermera de turno quien recibe al paciente, la condición crítica del paciente y la necesidad de sus requerimientos.			
6	Registra la hora de la coordinación, el traslado y la entrega del paciente en las Notas de Enfermería.			
7	Registra el alta del paciente en la Hoja del Reporte de Enfermería.			

N/A: No Aplica

Observaciones:.....
.....
.....
.....

LIC. ENF. EVALUADA: .....**FIRMA**.....

LIC. ENF. EVALUADORA: ..... **FIRMA**.....

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Cuidateplus. Ansiedad [Internet]. Diario Medico.Com, 2020. [Consultado el 19 de junio de 2020] Disponible en: https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html
2. Psiquiatria. Apoyo emocional. [Internet]. Aula Angelini, 2020. [Consultado el 20 de junio de 2020] Disponible en: https://psiquiatria.com/glosario/apoyo-emocional
3. Cintya leiva. Balance hídrico. [Internet], 2014. [Consultado el 20 de junio de 2020] Disponible en: https://es.slideshare.net/sontiax/balance-hdrico-2014-1
4. Nueva iso. ¿Qué es la cultura de seguridad? [Internet], 2020. [Consultado el 22 de junio de 2020] Disponible en: https://www.nueva-iso-45001.com/2020/01/que-es-la-cultura-de-seguridad-en-las-organizaciones/
5. Diagnósticos NANDA. 000333 deterioro de la ventilación espontánea. [Internet], 2020. [Consultado el 16 de junio de 2020] Disponible en: https://www.diagnosticosnanda.com/actividad-reposo/deterioro-de-la-respiracion-espontanea/?cn-reloaded=1
6. Enfermería actual. Diagnósticos. [Internet].[Consultado el 17 de junio de 2020] Disponible en: https://enfermeriaactual.com/diagnosticos/
7. American Cáncer Society. Dolor agudo, crónico e intercurrente. [Internet], 2019. [Consultado el 14 de junio de 2020] Disponible en: https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor/otros-tipos.html
8. Yo amo enfermería blog. Drenajes, Manejo y Cuidados de Enfermería. [Internet], 2019. [Consultado el 20 de junio de 2020] Disponible en: https://yoamoenfermeriablog.com/2019/12/19/drenajes-cuidados-de-enfermería/
9. Revista Médica Electrónica Portales Medicos. Drenajes en cirugía. Tipos y cuidados de Enfermería. [Internet], 2018. [Consultado el 20 de junio de 2020] Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/drenajes-cirugia-tipos-cuidados-de-enfermeria/
10. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Manual de Bioseguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. [Internet], 2018. [Consultado el 20 de junio de 2020] Disponible en: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/12/RJ-762-2018.pdf
11. SXMPK FV. Escala de Aldrete. [Internet]. [Consultado el 11 de junio de 2020] Disponible en: https://es.scribd.com/doc/277820034/Escala-de-Aldrete.
12. Muñana J. E y Ramírez E. A. Escala de coma de glasgow: origen, análisis y uso apropiado. [Internet]. [Consultado el 11 de junio de 2020] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665706320140001000 05
13. Tratamientoictus.com. Escala de sedación de Ramsay. [Internet]. [Consultado el 14 de junio de 2020] Disponible en: https://www.tratamientoictus.com/escala-de-sedacion-de-ramsay/
14. OSAKIDETZA. Escala de Rass. [Internet].[Consultado el 14 de junio de 2020] Disponible en: https://pt.slideshare.net/viviperezz/10-rass-definitivo-tenerife
15. ULCERASFORA (s.f) Escala visual analógica del dolor (EVA) Recuperado el 14 de junio de 2020 de: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf
16. Revista Cubana de Enfermería. Eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería 2015 Recuperado el 20 de junio de 2020 de: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/171/80
17. Medline Plus Examen 2020. Físico. Recuperado el 22 de junio de 2020 de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002274.htm

18. Instituto Nacional del Cáncer (2019) Definición de Infección. Recuperado el 17 de junio de 2020 de: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/infeccion

19. Ministerio de Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política para la Seguridad del Paciente [Internet]. República de Colombia 2008. [citado el 27 de mayo-2021]. Disponible en: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

20. Todo Diagnóstico. Seguridad de medicamentos de alto riesgo 2019 Recuperado el 17 de junio de 2020 de: https://www.tododiagnostico.com/diagnostico/medicamentos-de-alto-riesgo/

21. Concepto Definición Monitoreo 2019. Recuperado el 17 de junio de 2020: https://conceptodefinicion.de/monitoreo/

22. MAYO CLINIC (s.f) Nefrectomía (extirpación de riñón). Recuperado el 11 de junio de 2020 de https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/nephrectomy/about/pac-20385165

23. NANDA International (s.f) The International nursing knowledge association. Recuperado el 17 de junio de 2020 de: https://www.nanda.org

24. NCBI Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) 2019. Recuperado el 17 de junio de 2020 de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6419136

25. COLLEGE OF NURSING NOC Overview 2020. Recuperado el 18 de junio de 2020 de: http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-outcomes-classification-overview

26. Clínica Universidad de Navarro (s.f) Sala de recuperación. Recuperado el 18 de junio de 2020 de: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sala-recuperacion

27. GUIASALUD.ES Medidas postoperatorias 2019. Recuperado el 18 de junio de 2020 de: https://portal.guiasalud.es/egpc/cirugia-mayor-abdominal-postoperatorias/

28. Página Prof. Eddie Marrero, Ph.D. gina Prof. Eddie Marrero (s.f) Sensación y Percepción. Recuperado el 18 de junio de 2020 de: http://academic.uprm.edu/eddiem/psic3001/id61.htm

29. Lacassie, H.; Ferdinand, C. y otros Recuperación post anestesia: una perspectiva de los pacientes 2011. Recuperado el 18 de junio de 2020 de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000800020

30. Medline Plus. Sangrado 2020. Recuperado el 20 de junio de 2020 de: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000045.htm

31. REVISTA DIGITAL. Sedoanalgesia: una herramienta esencial para el paciente crítico 2019. Recuperado el 18 de junio de 2020 de: https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/sedoanalgesia/

32. Organización Mundial de la Salud.Seguridad del paciente 2020. Recuperado el 22 de junio de 2020 de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety

33. MORAVI ¿QUÉ ES UNA SONDA FOLEY Y PARA QUÉ SIRVE? 2019. Recuperado el 20 de junio de 2020 de:https://grupo moravi.com.mx/que-es-una-sonda-foley-y-para-que-sirve/

34. Manuales MSD Generalidades sobre la ventilación mecánica 2018. Recuperado el 19 de junio de 2020 de: https://www.msdmanuals.com/es-cr/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/insuficiencia-respiratoria-y-ventilación-mecánica/generalidades-sobre-la-ventilación-mecánica