



HOSPITAL DEL NIÑO
Dr. José Renán Esquivel

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Docencia de Enfermería

NORMAS GENERALES ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SEXTA EDICIÓN
2021

Elaborado por: Docencia de Enfermería Firma: <u><i>[Signature]</i></u> Fecha: <u>29/7/2021</u>	Revisado por: Docencia de Enfermería Firma: <u><i>[Signature]</i></u> Fecha: <u>29/7/2021</u>	Aprobado por: Departamento de Enfermería Firma: <u><i>[Signature]</i></u> Fecha: <u>3/8/2021</u>
--	---	--

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 2 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

Elaborada: 1979

Revisiones: 1991,1996, 2000, 2006, 2014

Última Revisión: 2021

Próxima Revisión: 2026

HNJRE – DOCENCIA DE ENFERMERÍA

Teléfonos: 512-98-01 Ext.221

E-mail: docenenfermeria.hden @gmail.com

610.736.

P314-Patronato del Hospital del Niño.

Normas Generales de Atención de Enfermería/compilado por: Elidya Espinosa, Lilia M. de Salgado, Elsa Varela, Elia Guillén, Enfermeras Docentes y colaboradoras. Patronato del Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel 2021.

110p.:23cm

ISBN 978-9962-649-03-8

Advertencia:

De conformidad con la ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, es prohibida la reproducción, filmación total o parcial del contenido de esta publicación mediante cualquier sistema escrito, incluyendo el fotocopiado sin previo permiso del Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 3 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud ante los cambios de la sociedad, buscan la eficacia y la eficiencia en la atención de los pacientes y el funcionamiento de los servicios para mantener estabilidad, uniformidad y seguridad del desempeño de las labores del personal de salud.

Para enfrentar los cambios en el Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, el Departamento de Enfermería ha preparado y utilizado: los manuales de atención y procedimientos que periódicamente se revisan y se modifican según las expectativas que se presentan a través del tiempo. Estos manuales de atención permiten que la percepción del ciudadano (usuario externo) sea satisfactorio las 24 horas del día y los 365 días del año.

Para que se cumplan, es necesario la constante supervisión y la disponibilidad de todo el personal de enfermería a cambios en sus acciones aisladas y su compromiso efectivo de brindar la atención adecuada y oportuna a los Recién Nacidos, niños adolescentes y familiares que acuden a este hospital.

En este documento se presentan las normas generales de atención de enfermería en la hospitalización.

Normas para el manejo del expediente y anexos que sirven de guía, no solo para unificar criterios si no que fundamentalmente contribuyen a ofrecer un desempeño seguro y más competente.

Elidya Espinosa G.
 Jefa del Departamento de Enfermería
 Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 4 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Proporcionar una guía al personal de enfermería que permita una atención óptima al niño hospitalizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Lograr que el personal realice procedimientos seguros y de calidad al paciente pediátrico.

2. Describir los lineamientos a seguir para la atención del paciente pediátrico.

3. Conocer el manejo correcto del expediente clínico y de las diferentes hojas que se utilizan en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 5 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

MISIÓN Y VISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MISIÓN

Garantizar una atención integral de enfermería oportuna, con calidez, equidad, eficiencia y eficacia a los niños y adolescentes enmarcados en principios y valores éticos y morales utilizando tecnología de avanzada, accesibles que permita su recuperación, rehabilitación y reinserción a la familia y comunidad; fomentando la educación continua e investigación que contribuya al bienestar de la población pediátrica.

VISIÓN

Ser líder competitivo de la atención de enfermería pediátrica en Panamá y Latinoamérica.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 6 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ÍNDICE

Introducción

Objetivos

Visión - Misión

I. Normas de Atención

- 1.1 Admisión
- 1.2 Admisión para Cirugía
- 1.3. Admisión para la sala de Corta estancia.

Ingreso del Paciente

- 1.4. Transferencia
- 1.5. Movimientos del paciente interno y externo
- 1.6. Transferencia
- 1.7. Paciente Graves
- 1.8. Defunciones
- 1.9. Signos vitales
- 1.10. Temperatura
- 1.11. Peso
- 1.12 .Alimentación e hidratación oral
- 1.13. Administración de Medicamentos
- 1.14. Administración de Oxígeno
- 1.15. Pacientes para cirugía o procedimientos bajo anestesia.
- 1.16. Prevención de accidentes
- 1.17. Informe de 24 hrs
- 1.18. Censo diario de pacientes

II. Normas para el Manejo del expediente

2. El expediente clínico
 - 2.1. Valor del expediente
 - 2.2. Identificación del expediente
 - 2.3. Hoja de registro y estadística de administración y egreso.
 - 2.4. Orden Médica
 - 2.5. Hoja de Temperatura y Evolución
 - 2.6. Peso
 - 2.7. Dieta
 - 2.8. Fórmula
 - 2.9. Hidratación Oral
 - 2.10. Líquido
 - 2.11. Vía Parenteral (V.P)
 - 2.12. Transfusiones
 - 2.13. Líquido vía oral
 - 2.14. Orina
 - 2.15. Evacuaciones
 - 2.16. Vómitos
 - 2.17. Tratamientos y Procedimientos

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 7 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- 2.18. Exámenes especiales
- 2.19. Laboratorio y Radiografía
- 2.20. Religión
- 2.21. Alergias
- 2.22. Hoja de Observación de enfermera
- 2.23. Notas de Admisión
- 2.24. Notas diarias de enfermera
- 2.25. Notas de egreso
- 2.26. Historia de admisión y examen físico
- 2.27. Balance hídrico
- 2.28. Recuento
- 2.29. Formulario de referencia
- 2.30. Enfermedades notificables.

III. Horas Establecidas para la Administración de Medicamentos

- 3.1. Medicamento Oral
- 3.2. Hoja de registro de temperatura diaria y evolución
- 3.3. Descripción de la hoja de registro temperatura y evolución
- 3.4. Columna de temperatura
- 3.5. Columna de fórmula
- 3.6. Columna de dieta
- 3.7. Columna de hidratación
- 3.8. Columna de vómitos
- 3.9. Columna de orina
- 3.10. Columna de evacuaciones
- 3.11. Columna de observaciones
- 3.12. Horarios de fórmula

Índice de Anexos

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 8 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Orden Médica de Admisión y Cirugía
2. Historia del Adolescente
3. Consentimiento de hospitalización médico quirúrgica
4. Registro médico y estadística de Admisión y Egreso, tarjeta de identificación del paciente
5. Consentimiento para realizar procedimientos quirúrgicos, solicitud para el salón de operaciones y hoja de preparación pre –operatoria.
6. Hoja de admisión de pacientes de corta estancia
7. Registro de temperatura diaria y evolución
8. Historia clínica de admisión por médico residente / Historia de admisión
9. Ordenes médicas / Orden del expediente clínico
10. Formulario de referencia, trabajo social ,casa albergue
11. Kardex /Tarjeta de plan de cuidados
12. Censo diario de pacientes
13. Hoja de temperatura y evolución, hoja de control de temperatura.
14. Certificado de muerte, tarjeta de identificación de cadáver, formulario de entrega de cadáver, formulario de notificación de defunción y certificado de defunción.
15. Observaciones de la enfermera
16. Hoja de signos vitales
17. Instructivos para el uso de la hoja de medicamentos, hoja de medicamentos y boletos.
18. Lista de dietas y formula y solicitud de dietas extras.
19. Solicitud de equipo de oxigenoterapia
20. Consentimientos informados
21. Hoja de distribución y control de actividades de enfermeras y técnicos.
22. Reporte de accidentes, incidentes y eventos adversos.
23. Informe de 24 horas.
24. Retiro de componentes sanguíneos / consentimientos informados y informe de control de transfusiones.
25. Hoja de registro de inhaloterapia.
26. Instructivo para el uso de la hoja de balance hídrico y hoja de balance hídrico.
27. Formulario de referencia de enfermería
28. Formulario para notificación obligatoria individual.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 9 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

I. NORMAS DE ATENCIÓN

1.1. Admisión

- ◆ El médico funcionario o residente del Cuarto de Urgencias o Consulta Especializada; ordena la admisión y solicita el espacio a la enfermera(o) y al médico residente de la sala, informa del ingreso y la condición del mismo. (anexo1).
- ◆ La enfermera (o) de turno del Cuarto de Urgencias o de la Consulta Especializada llama a la enfermera (o) de la sala y le informa sobre el diagnóstico y condición del paciente para que se prepare la unidad.
- ◆ La enfermera del Cuarto de Urgencia o de la Consulta Especializada llama a la sala para verificar si la unidad ya está preparada e informa algún cambio en la condición del paciente.
- ◆ Todo paciente admitido con edad de diez años y más, debe tener anexado el formulario Historia del adolescente al expediente, el cual es llenado por médico. (anexo 2).
- ◆ La enfermera (o) verifica que todo paciente admitido tenga en su expediente firmada la hoja de consentimiento informado de hospitalización, (anexo 3).
- ◆ Toda orden médica urgente indicada en la hoja de admisión y cirugía debe ser cumplida, refrendada y sellada por la enfermera del Cuarto de Urgencias o de la Consulta Especializada.

Nota: Se coloca hoja clínica y de medicamentos en caso de que el paciente demore en ser admitido a sala. (Anexo 13 y 17).

- ◆ La enfermera (o) del Cuarto de Urgencia o de la Consulta Especializada de turno verifica que los datos de la hoja de Registro Médicos y Estadísticos de Admisión y Egreso, tarjeta de identificación y marquilla, estén correctos. (anexo 4).
- ◆ Todo paciente admitido a sala es trasladado por la enfermera (o) el técnico en enfermería y por un camillero en compañía de un familiar.
- ◆ Todo paciente admitido que tenga tratamiento de terapia endovenosa debe ir canalizado.
- ◆ Los pacientes graves o de cuidado deben ir en compañía de un médico, la enfermera y el camillero.
- ◆ Cuando el paciente ingresa Vía Cuarto de Urgencias al Salón de Operaciones y posteriormente pasa a sala se considera admitido.

Nota: La enfermera de la Consulta Externa lleva a la oficina de admisión del primer piso, de la Consulta Especializada; los expedientes de los pacientes que serán admitidos. Después de las 2:30 p.m. Se envía el paciente al Cuarto de Urgencia hasta que la unidad esté preparada.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 10 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

1.2 . Admisión para cirugía.

Cuando el paciente es admitido y requiera de una cirugía de urgencia, la enfermera envía el cupo al salón de operaciones, verifica que este firmado el consentimiento informado para realizar el procedimiento quirúrgico y agrega además al expediente la hoja de preparación pre-operatoria. (Anexo 5).

1.3. Admisión para la sala de Corta Estancia

La enfermera verifica que todo paciente que se admita a la sala de Corta Estancia tenga en su expediente la hoja de admisión correspondiente al servicio. (Anexo 6).

INGRESO DEL PACIENTE A LA SALA:

- ◆ Cuando el paciente es admitido a sala debe ser recibido por el equipo de enfermería el cual debe presentarse y dar la orientación al paciente y familiar.
- ◆ La enfermera (o) de la sala que recibe al paciente, pregunta al familiar cual es el parentesco cómo se llama el paciente, si es niño o niña, verifica si el nombre y el sexo corresponden a lo anotado en la tarjeta de identificación, marquilla y el expediente.
- ◆ El técnico (a) en enfermería pesa y toma la temperatura, lo registra en la hoja de Registro de Temperatura diaria y evolución. Además anota la religión, si está bautizado o no y coloca al paciente en la unidad asignada. (anexo 7).
- ◆ La enfermera (o) orienta al familiar sobre: ubicación de la sala, normas, medidas asépticas, reglamento de la institución y cuidados del niño con relación al diagnóstico y tratamiento. Solicita al familiar permanecer con el paciente hasta que el médico pueda completar las órdenes médicas e historia clínica. (anexo 8).
- ◆ La enfermera (o) de la sala cumple y transcribe las órdenes médicas provisionales de hospitalización, confirma con el médico funcionario o residente de la sala la continuidad del tratamiento o medicamento.
- ◆ Una vez revisada la admisión por el médico residente la enfermera (o) de turno procede a cumplir las órdenes médicas y ordena el expediente según lo establecido. (anexo 9).
- ◆ Cuando el acompañante del niño hospitalizado proceda del interior del país, se notifica al médico para que lo refiera a Trabajo Social y evalúe su ingreso a la casa albergue Lucy o al Hogar Ronald McDonald. (anexo 10).
- ◆ Cuando se trate de fines de semana y días feriados, la enfermera llama a nutrición y al hogar Lucy Tzanetatos y comunica la llegada de la persona y envía la referencia a trabajo social en días laborables.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 11 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ **Neonatología N°2 y Cuidados Mínimos:** Recibe pacientes de Neonatología N°1, en todos los turnos como admitidos.
- ◆ La enfermera de turno en Neonatología N°1, envía al Recién Nacido con un médico o personal de enfermería y el camillero, lleva la hoja de diagnósticos y datos del Recién Nacido a la Oficina de Admisión para la confección de la boleta de admisión que es enviada después a la sala.

1.4. Transferencias

- ◆ Todo paciente que ingrese a un servicio y es trasladado a otras salas se le considera transferido.

Nota. La Sala de Cuidados Intensivos y Neonatología N°2 utilizan diferentes hojas en el expediente según, normas del servicio.

- ◆ Antes de la transferencia, el médico anota la orden en el expediente y verifica si hay cupo en el servicio correspondiente, tomando en cuenta edad y condición del paciente.
- ◆ Una vez recibida la orden del médico, la enfermera (o) encargada (o) del turno informa a la enfermera (o) del servicio sobre el diagnóstico y condición del paciente, envía al niño con el médico o personal de enfermería y el camillero, según la condición.
- ◆ Se anexa en el expediente las solicitudes de exámenes especiales pendientes, biberones, resultados de laboratorios, Rx, boletos de medicamentos, tratamientos, tarjeta de identificación y el plan de cuidado de enfermería (Kardex) (anexo 11).
- ◆ La enfermera que envía el paciente anota la fecha, hora y transferido a la sala que lo está enviando en la hoja de Registro Médico y estadístico de admisión y egreso (original y copia). (anexo 4).
- ◆ La enfermera (o) lo saca del censo en la casilla de **transferido a**, colocando primero el sexo del paciente/ luego la sala de donde viene. (anexo 12).
- ◆ La enfermera que recibe el paciente anota en el censo, en la casilla de **transferido de** colocando primero el sexo del paciente/ luego la sala de donde viene. (anexo12).
- ◆ Los expedientes de Corta Estancia se envían a la oficina de admisión para el registro del traslado a sala.
- ◆ En ambos servicios la enfermera hace las correcciones a lápiz en las listas de dieta y fórmula. .

NOTA: Cuando el paciente es transferido de la Unidad de Cuidado Intensivo, se debe colocar en la tarjeta de identificación la fecha y hora en que es transferido a la sala. En la hoja de temperatura y evolución se coloca la palabra **Trasferido** y se continúa con la secuencia de los días de hospitalización.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 12 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

Si el paciente está hospitalizado en las salas de medicina y se envía al salón de operaciones, luego pasa a la sala de cuidado intensivo o recobro; la enfermera del servicio donde se queda el niño, anota la fecha y hora en la hoja de registro médico y estadístico de admisión y egreso.

Todo paciente que ingresa directo a la Unidad de Terapia Intensiva y luego es transferido a otra sala, se le anexa la hoja de temperatura y evolución, manteniendo la secuencia de los días hospitalizado. (Anexo 13).

1.5. Movimientos de paciente internos y externos.

- ◆ Cuando el paciente tenga que acudir a la consulta especializada o tenga exámenes especiales debe ser trasladado en camilla o en silla de ruedas, según la condición del paciente, acompañado por el personal médico, de enfermería y el camillero, según lo requiera el paciente.

Nota: Es responsabilidad del personal de la institución y no del familiar.

1.6. Egreso.

- ◆ La enfermera verifica que la orden de salida del paciente esté indicada por el médico funcionario.
- ◆ La enfermera (o) orienta al familiar responsable, el cual debe ser el mismo que lo ingreso, entrega la tarjeta de identificación para los trámites correspondientes en el departamento de evaluación socio - económica en horario de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
- ◆ En caso de un problema médico legal, la enfermera (o) avisa a Trabajo Social del egreso del paciente, para el trámite correspondiente con el Juzgado de niñez y adolescencia, para que este autorice por escrito a la persona responsable de retirar el paciente.
- ◆ La enfermera da la salida con la autorización escrita por el funcionario de Trabajo Social, solicita al familiar responsable copia de la cédula y procede a entregar al paciente; realiza orientaciones y las anotaciones pertinentes.
- ◆ En caso de salida de hijo de extranjeros la enfermera (o) verifica la identificación del familiar con el pasaporte, en caso de no tener pasaporte se refiere a Trabajo Social para que autorice la salida.
- ◆ En los casos donde la madre sea menor de edad, pero tiene su cédula juvenil se le entrega a su niño. En caso de menores de 12-13 años, emancipadas deben portar documento legal expedido por un juez. Excepto los recién nacido que deben tener un adulto responsable que firme el egreso. (Según ley 68 artículo 19)
- ◆ La enfermera (o) de la sala, procede a revisar los comprobantes de pago, original y copia de evaluación económica y retira la canalización del paciente si la tiene.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 13 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ La enfermera revisa las indicaciones médicas y verifica que los documentos que le entrega al familiar responsable estén completos. Entrega copia del comprobante de salida, recetas, referencias, radiografías. disco compacto y orienta al respecto al familiar.
- ◆ La enfermera orienta al familiar sobre los cuidados a seguir en casa de acuerdo a su condición, diagnóstico y tratamiento, realiza la nota de egreso y la refrenda con su inicial del nombre y apellido completo coloca el registro o s/r si no está registrada y el sello personal.
- ◆ Al cerrar el expediente la enfermera (o) anota en la boleta de admisión (original y copia) los datos correspondientes a la salida: fecha, hora, total de días y ordena el expediente según guía correspondiente. En caso de expedientes reducidos anexe las hojas con el orden correspondiente. Al salir el paciente la enfermera (o) de turno lo registra en el libro de censo, rompe todos los boletos, borra el Kardex, lista de dieta y fórmula.

Nota: En la Sala de Corta Estancia las salidas son hasta las 7:00 p.m. En caso de pacientes crónicos que requieran tratamiento específico posterior a su egreso, se coordina con la Dirección Médica los insumos necesarios.

1.7. Pacientes Graves

- ◆ Cuando el paciente presente signos de gravedad, la enfermera (o) de turno llama al médico residente e interno para su atención inmediata.
- ◆ El personal de enfermería participa en la atención y tratamiento indicados por el médico y avisa a la supervisora del turno.

Nota: Durante la gravedad la enfermera de la sala verifica en el expediente su religión y procede a llamar al sacerdote o pastor correspondiente para brindarle los cuidados espirituales.

El médico residente de la sala, informa la condición al familiar y coordina el traslado, a la Sala de Terapia Intensiva, según criterio del médico funcionario y/o residente encargado de dicha sala.

1.8. Defunciones

- ◆ Cuando el paciente fallece el médico residente, verifica los signos evidentes de muerte, llena y firma el certificado de muerte original y copia (anexo 14).
- ◆ La enfermera (o) de la sala solicita a Central de Equipo, mediante el formulario respectivo la bandeja de cadáver para brindarle los cuidados post mortem.
- ◆ El personal de enfermería realiza los cuidados post mortem de acuerdo al protocolo del manejo del cadáver, brinda apoyo emocional al familiar y le permite un espacio de tiempo necesario para que se despidan.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 14 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ La enfermera (o) escribe con tinta azul ó negra las notas de enfermera, todo lo que se le realizó y administro al paciente durante su gravedad hasta la muerte. Solo escribirá en rojo la certificación de muerte. (anexo15).
Nota: La enfermera (o) notifica a la supervisora la defunción en todos los turnos. En el turno de 7-3 p.m, de lunes a viernes, a la enfermera de epidemiología. En los turnos de 3-11 p.m., 11-7 am, fines de semana y días feriados a la supervisora de enfermería, quién lo ingresa en el módulo de mortalidad.
- ◆ La enfermera (o) anota en la boleta de admisión y en los libros de censo los datos correspondientes con tinta roja.
- ◆ En el turno de 7-3 p.m. la enfermera, llama al camillero de la morgue para que retire el cadáver de la sala y en los turnos de 3-11p.m. y 11-7 a.m. llama al camillero o trabajador manual, avisa a la oficina de seguridad y envía el cadáver a la morgue.
- ◆ La enfermera (o) de la sala llena el formulario de entrega de cadáver, original y copia, que firma el camillero ó trabajador manual, (anexo14).
- ◆ En caso que el paciente fallezca en el (Salón de Operaciones) la enfermera quirúrgica realiza las anotaciones en el expediente. Anota en la boleta de admisión los datos de muerte, ordena el expediente según guía y avisa a la enfermera de la sala para que lo registre en el censo.
- ◆ La enfermera informa al familiar que debe retirar el certificado de defunción en la sala donde estaba hospitalizado el paciente, de lunes a viernes en horario de 7-3 p.m. (anexo 14)

Nota: El formulario de entrega de cadáver, es la constancia que fue entregado a la morgue, donde el funcionario responsable de la morgue la recibe y firma. Luego debe ser devuelta a la sala para incluirla en el expediente del paciente.

1.9 Signos Vitales

1.10 Temperatura

- ◆ La enfermera supervisa en todos los turnos la toma de temperatura, cada 4 horas a recién nacidos, niños graves, operados, hipotérmicos e hipertérmicos, admitidos, transferidos y según condición, durante 24 horas o hasta que el paciente se estabilice.
- ◆ El técnico (a) en enfermería toma la temperatura en cada turno: 8:00 a.m., 4:00 p.m. y 12:00 m.n, a todos los pacientes de la sala cada 4 horas a los que ameriten.
- ◆ La enfermera supervisa que el técnico (a) en enfermería, deje limpio, equipado y ordenado el monitor de signos vitales en todos los turnos.
- ◆ La enfermera toma la frecuencia cardiaca y respiratoria.
- ◆ La enfermera pasa la temperatura en la hoja clínica con tinta azul o negra, frecuencia cardiaca en tinta roja y frecuencia respiratoria en tinta verde en todos los turnos. (anexo 13).

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 15 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ En caso de hipertermia, el técnico (a) en enfermería informa a la enfermera en forma verbal y realiza anotaciones en la hoja de registro temperatura diaria y evolución (anexo 7).
- ◆ La enfermera asigna al técnico en enfermería el control de la temperatura por medios físicos según orden médica, se lleva un control de la temperatura en una hoja colocada en la tabla de los técnicos. (hoja de control de temperatura). (anexo 13).
- ◆ La enfermera del turno llama al médico interno para la toma de los signos vitales según orden médica; quién lo registra en la hoja de asignada. (anexo 16).

1.11. Peso

- ◆ Es responsabilidad de la enfermera asignar al técnico (a) en enfermería para que tome el peso a todo paciente admitido o transferido al momento de su llegada a la sala.
- ◆ Los pacientes son pesados en ayuno a las 6:00 a.m. por el técnico (a) en enfermería, previa asignación por la enfermera de la sala, considerando el diagnóstico: (desnutrido, padecimientos renales, cardiopatías y otros, además de acuerdo a los días establecidos por cubículos en cada sala y según orden médica).
- ◆ El técnico (a) en enfermería anota el peso en la columna de observaciones de registro de temperatura diaria y evolución (anexo 7).
- ◆ El peso se anota en kilogramos (Kg), por la enfermera (o) del turno en la casilla correspondiente en la hoja clínica.

Nota: En la hoja de temperatura y evolución de la enfermera y la hoja de temperatura diaria y evolución de la técnica (o) en enfermería se hará las siguientes observaciones junto al peso tomado:

- a) Pacientes con yeso, férulas, drenajes y vendajes.
- b) Cuando no se pesa por condición anota “**no por condición**” y justificar en la nota de enfermera.

1.12. Alimentación e Hidratación Oral

- ◆ Al admitir el paciente la enfermera llena el formulario de dieta según orden médica y lo envía de 7:00 a.m. hasta las 6:00 p.m., al Departamento de Nutrición. (anexo18).
- ◆ Al cumplir la orden médica la enfermera anota el tipo de dieta en el espacio correspondiente en la hoja clínica, sin utilizar abreviaturas y llena la lista de dieta.
- ◆ La enfermera anota en el espacio la fórmula correspondiente en la hoja clínica.
Ejemplo: Fórmula adaptada 5 onzas cada 4 horas. Anota la dieta según prescripción médica sin utilizar abreviaturas.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 16 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ La enfermera llena el boleto rosado para solicitar la fórmula según orden médica y lo envía al laboratorio de leche antes de las 6:00 p.m. (anexo 18).
- ◆ El personal de enfermería asignado recibe las dietas y fórmulas verifica que estén completas e identificadas, antes de que se retire el personal del Departamento de Nutrición que hace la entrega.
- ◆ La distribución de la alimentación e hidratación de los pacientes lo realiza el técnico (a) en enfermería utilizando las listas de dieta y fórmula, confeccionadas por la enfermera (o) según orden médica (anexo 18).
- ◆ En caso de solicitar dietas extras el formulario lo llena la enfermera(o) en forma individual y lo envía al servicio de Nutrición. (anexo 18).
- ◆ La enfermera (o) y/o técnico (a) en enfermería da la alimentación e hidratación oral a los pacientes cuyos familiares estén ausentes. Orienta y supervisa a los familiares para que participen en la alimentación del niño.
- ◆ Las anotaciones de la alimentación e hidratación oral y fórmula, las registra el técnico (a) en enfermería inmediatamente después de realizado el procedimiento en la hoja de registro de temperatura diaria y evolución.
- ◆ Las colaciones son distribuidas por el técnico (a) en enfermería y lo anota en la hoja de temperatura diaria y evolución en las casillas de dieta según el horario correspondiente.
- ◆ La enfermera (o) notifica, al médico interno la colocación de la sonda nasogástrica ordenada. Una vez instalada y verificada la enfermera coloca la fórmula por bomba de alimentación según la indicación médica.
- ◆ La enfermera coloca la alimentación por gastrostomía con la jeringuilla aséptica y por gastroclisis según orden médica previa revisión de la sonda e instala el goteo según indicación médica.
- ◆ El técnico (a) en enfermería revisa los biberones sucios en busca de objetos punzo cortantes, papeles, ligas, esparadrapos, etc. y procede a retirarlo. Enjuaga las mamaderas en todos los turnos y las lleva al laboratorio de leche en horario de 6:30 a.m. a 3:00 p.m.
- ◆ El técnico en enfermería recoge todas las mamaderas de la unidad del paciente en todos los turnos
- ◆ La enfermera (o) vigila la hidratación oral de los recién nacido, lactantes menores y mayores realizadas por el técnico (a) en enfermería en cada turno y según horario.
- ◆ Es responsabilidad de la enfermera (o) en todos los turnos de revisar y hacer los cambios en los listado de dieta y fórmula si es necesario.
- ◆ La enfermera (o) de turno de 11-7 es la responsable de actualizar y renovar la lista de fórmulas y dietas.

Nota: En la Sala de Corta estancia se confecciona la solicitud de dietas colocando la cantidad y tipo de dieta que tengan los pacientes en el turno de 11:00 p.m. a 7:00 a.m.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 17 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

Esta debe ser enviada a la 6:00 a.m. con el mensajero. Ejemplo: Corriente adolescentes 5, blandas 8, líquidos claros 3 y otros.

1.13. Administración de Medicamentos:

- ◆ La enfermera (o) transcribe la orden médica de medicamentos en el Kardex, hoja de medicamentos y confecciona los boletos según los colores establecidos: orales / amarillos, inyectables/ blancos, PRN / verdes y tratamientos/ rosados. (anexo 17).
- ◆ Se anota un solo medicamento por boleto en la siguiente forma: sala, número de cama, nombre del paciente, nombre del medicamento, horario, fecha, nombre del médico y en la parte posterior firma de la enfermera (o) con la inicial del nombre y apellido completo, registro o sin registro, además anota información específica de la indicación médica. (Anota la sala y número de cama en lápiz. (anexo 17).
- ◆ Es responsabilidad de la enfermera que administra los medicamentos firmar la hoja de medicamentos, en el horario que lo aplicó. (anexos 17).
- ◆ La enfermera (o) administra los medicamentos especiales y otros previa evaluación del médico residente e interno.
- ◆ La enfermera (o) recibe en cada turno los narcóticos y los solicita en el recetario asignado, el mismo debe ser llenado por el médico residente o funcionario (anexo 17).

Nota: Las quimioterapias son administradas por la enfermera de la sala de Hemato - Oncología y clínica de quimioterapia (ver normas de Hemato-oncología).

- ◆ Los catéteres venosos periféricos, pueden permanecer instalado hasta 72 horas, bajo vigilancia de la enfermera (o) por signos de flebitis, también se puede extender este tiempo, según protocolos internacionales de la CDC.
- ◆ Los catéteres centrales y venodisección solo se cambian según protocolo. La enfermera (o) vigila por signos de extravasación y flebitis.

Nota: Aquellos medicamentos según orden médica con horario y que requiere previa evaluación médica (PEM) para su administración, se confecciona el boleto según su vía.

1.14. Administración de Oxígeno

- ◆ La enfermera (o) de cada turno llama a la telefonista, solicitando el tanque de oxígeno para ser utilizados en el paciente que lo amerite.
- ◆ La enfermera (o) solicita al servicio de terapia respiratoria, el equipo de oxígeno por medio de la solicitud correspondiente. (anexo 19).
- ◆ La enfermera (o) supervisa el funcionamiento y mantenimiento del equipo de oxígeno, vigilando el período de vencimiento, no mayor de 72 horas.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 18 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ La enfermera (o) solicita los adaptadores para oxígeno (niples) al servicio de terapia respiratoria y supervisa su control y desinfección.
- ◆ En las salas donde el oxígeno es de pared la enfermera vigila el adecuado funcionamiento y reporta por daños a mantenimiento.

Nota: Después de 4 horas de estar el paciente en tolerancia de oxígeno ambiental, el equipo se devuelve al servicio de terapia respiratoria

1.15. Pacientes para Cirugía o procedimientos bajo anestesia

- ◆ La enfermera verifica que el médico haya explicado al familiar y paciente el procedimiento a realizar, en qué consiste el mismo, como lo va realizar y revisa que la hoja de consentimiento este firmado.

Nota: En ausencia de un familiar o un representante legal el consentimiento informado lo firma el médico tratante. (Anexo 20). En caso de que el familiar no sepa escribir se coloca su huella digital.

- ◆ La enfermera (o) envía los cupos al Salón de Operaciones antes de las 12:00 m.d. para que el mismo sea incluido en la programación quirúrgica y anexa o verifica que la hoja de preparación preoperatoria este en el expediente. (anexo 5).

Nota: En caso de cirugía o procedimiento bajo anestesia de urgencia después de las 12:00 p.m. la enfermera (o) envía el cupo al salón de operación.

- ◆ La enfermera (o) de cada turno revisa el cumplimiento de la preparación preoperatoria de todo paciente que es sometido a cirugía o examen bajo anestesia. (anexo 5).
- ◆ Todo paciente operado de las salas de medicinas que es transferido del Salón de Operación a la sala de Cuidados Intensivos; la enfermera del servicio que lo recibe notifica a la sala para registrar su egreso y anota el movimiento del paciente en la hoja de admisión y egreso. (anexo 12).

1.16. Baños

- ◆ La enfermera (o) jefa y/o encargada(o) del turno supervisa y asigna al personal de enfermería los baños de los pacientes, general y aseo bucal, en la hoja de distribución y control de actividades enfermería.(anexo 21)
- ◆ El baño en cama del paciente de más cuidado es responsabilidad de la enfermera con ayuda de la técnica(o) en enfermería.
- ◆ El técnico en enfermería realiza y asiste en el aseo general de los pacientes en su unidad, tina ó regadera. Supervisada por la enfermera.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 19 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ El técnico en enfermería asignado desinfecta la tina de baño cada vez que sea utilizada por cada paciente en el turno.
- ◆ La enfermera supervisa y participa en conjunto con la técnica en enfermería el aseo de los pacientes de la tarde.

1.17. Prevención de Accidentes.

- ◆ La enfermera (o) y el técnico (a) en enfermería es responsable de vigilar por la seguridad física de todos los pacientes a su cuidado.
- ◆ Cuando ocurra un accidente a un paciente en la sala, la enfermera (o) informa al médico residente de turno para la evaluación y le notifica a la supervisora de enfermería del turno. Registra en la notas de enfermeras el incidente, llenará la hoja de reporte de incidentes y eventos adversos y la enviará a la oficina de enfermería. (anexo 22).
- ◆ En caso de accidente del personal, en el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. acude a la clínica del empleado, en los turnos de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. y 11:00 a 7:00am, fines de semana y días feriados, llena el formulario de informe de accidentes ocurridos al personal dentro y fuera de la institución, notifica a la supervisora, quien lo envía a evaluación médica con el formulario de la Caja de Seguro Social (aviso de denuncia de accidente de trabajo y orden de atención médica). Posterior a la evaluación debe informar a la Clínica del empleado.
- ◆ En caso de accidentes punzocortantes siga los pasos del algoritmo. (anexo 22).

1.18. Informe de 24 horas

- ◆ Es responsabilidad de la enfermera (o) confeccionar el informe de 24 horas, en el turno de 11:00 p.m. con tinta roja, se coloca la fecha del día en que se inicia el turno y lo envía a la oficina de enfermeras a las 7.00 a.m., previa revisión por la enfermera jefe o encargada de la sala (Anexo 23).

1.19. Censo diario de pacientes

- ◆ La enfermera (o) de la sala en el turno de 11:00 p.m. a 7:00 a.m., a las 12 p.m. hará el cierre del censo de 24 horas, previa verificación de la hoja de registro médico y estadístico de admisión y egreso de los pacientes que le llegaron antes de las 12mn. Deja en blanco dos renglones siguientes de la última anotación, traza un renglón con líneas rojas, colocando la fecha en el centro (día, mes y año) y anota en el extremo derecho del mismo renglón el total de los pacientes especificando cantidad por sexo, anota **F** para femenino y **M** para masculino con tinta roja.
- ◆ La enfermera (o) anota los pacientes admitidos o transferidos con tinta azul o negra en la casilla correspondiente y los muertos con tinta roja. (Anexo 12).

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 20 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

Nota: Los totales se anotan a lápiz provisionalmente. Después de verificado por el personal de registro médicos, se escribe con tinta roja; en un periodo no mayor de 24 horas.

- ◆ En el encabezado del libro record del censo diario del paciente se anota: Número de Registro, Nombre del paciente, Número de cama, Admitido, Transferido de, Transferido a, Alta, Muerto, Total. Todos deber ser escrito con tinta indeleble, azul o negra.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 21 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

II. NORMAS PARA MANEJO DEL EXPEDIENTE

2. El Expediente Clínico

El objetivo principal del expediente es proporcionar un registro de los datos reunidos sobre el paciente. Este resumen conciso de datos sirve como base para que el médico planee su diagnóstico y los regímenes terapéuticos para el paciente, además de ser una fuente de valiosa información para que la enfermera (o) desarrolle su plan de cuidado.

2.1 Valor del Expediente

- ◆ **Legal:** El expediente es un documento legal y puede ser utilizado para investigaciones Médico - Legal de acuerdo a las leyes vigentes del país.
- ◆ **Educativo:** Representa un material docente importante en la educación de estudiantes de la disciplina de la salud. El registro les proporciona un cuadro completo del paciente, sus problemas y los cuidados planeados para él. Permite ver la aplicación de la teoría a una situación práctica.
- ◆ **Investigación:** Es una fuente de información en diversos programas de investigación y estadística.

2.2 Identificación del Expediente

- ◆ Al admitir a un paciente la enfermera (o) del turno llena todos los encabezados de las hojas que lo componen y las ordena según la guía. (Anexo 7).
- ◆ Se inserta un rótulo en el expediente con la identificación del paciente: edad, nombre completo y número de registro.

2.3 Hoja de Registro Médico y Estadístico de Admisión y Egreso

- ◆ Es aquella donde se anotan los datos biográficos básicos y sociales del paciente. Esta hoja incluye un número que sirve para identificar el paciente y clasificar el expediente clínico.
- ◆ Al ingresar el paciente a la sala la enfermera (o) anota número de cama en el original y en la copia, además verifica el nombre del paciente, diagnósticos, sexo, edad, la fecha y hora de admisión.
- ◆ En caso de traslado la enfermera (o) escribe en la casilla de movimiento de paciente dentro del hospital, la fecha, hora y sala donde se envía o recibe al paciente. (anexo 4). Ejemplo: Transferido a M4 19/2/2019 9 a.m.
- ◆ Cuando el paciente se da de alta se anota la palabra **Egreso**, fecha, hora y días de estancia en el hospital con tinta azul o negra. En caso de defunción está anotación se hace con tinta roja.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 22 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

2.4. Hoja de Orden Médica

- ◆ Es aquella donde se registra en forma escrita las instrucciones del médico para el tratamiento del paciente. Debe conservarse en el expediente y ser revisada por la enfermera (o) con regularidad para verificar por nuevas indicaciones. (Anexo 9).
- ◆ La enfermera (o) que cumple las órdenes médicas, coloca un gancho con tinta roja del lado derecho de cada orden. Traza una línea de color rojo sin dejar espacio libre después de la última orden. Firma, en forma legible, del lado izquierdo con inicial del nombre y apellido completo así como su número de registro o S/R si no tiene registro. Y coloca sello.
- ◆ En caso de órdenes que debe cumplir el médico interno, la enfermera coloca el gancho y lo anota en el Kardex.
- ◆ El encabezado de cada nueva hoja la llena el médico. La enfermera (o) vigila que se cumpla lo anterior.
- ◆ La enfermera (o) verifica antes de cumplir las órdenes medicas que la hoja este correctamente rotulada con los datos del paciente.
- ◆ La enfermera (o) solo cumple las ordenes médicas escritas. Excepto aquellas ordenes de urgencia de forma verbal que posteriormente deben ser escritas por el médico en el expediente. Y lo anota en las notas de enfermera.

2.5 Hoja de Temperatura y Evolución

- ◆ La enfermera(o) del turno de 3-11 p.m. es la responsable de colocar nueva hoja de temperatura y evolución llenar los encabezados y colocar fecha en ambos lados, transcribir todas las prescripciones médicas vigentes, cotejando con los boletos de cada paciente y el Kardex. (Anexo 13). Al completar la hoja, la enfermera de 11:00 p.m. -7:00 a.m. voltea la página.
- ◆ A los pacientes transferidos de la Sala de Cuidados Intensivos y Neonatología, la enfermera (o) anexa la hoja de temperatura y evolución al expediente. A los pacientes transferidos de otras salas, se continúa utilizando la misma hoja.
- ◆ A los pacientes de la Sala de Neonatología y Cuidados Intensivos se les cuentan los días en forma continua desde el primer día de su ingreso al hospital.
- ◆ La enfermera anota con tinta roja en la parte superior de la gráfica de temperatura el nombre de la intervención quirúrgica, en el espacio correspondiente el día que se efectuó la misma. Si el paciente es intervenido en varias ocasiones, sólo se anota el nombre de la cirugía en el día realizado; los días post - operatorios continúan igual, tomando en cuenta la primera cirugía.
- ◆ Se anota en la parte superior, lo siguiente: Biopsia, procedimiento bajo anestesia Broncoscopía, Cateterismo Cardíaco, Quimioterapia, Endoscopía, Medula ósea, Resonancia, CAT bajo anestesia, Esofagograma, Video fluoroscopia, Incisión y drenaje con anestesia local.
- ◆ La enfermera (o) registra la temperatura con tinta azul o negra, con tinta roja el pulso y con tinta verde la respiración en todos los turnos; hace la grafica

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 23 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

colocando los puntos en la intercepción de las líneas horizontales y verticales. La línea que une ambos puntos se traza en forma recta.

- ◆ En caso de que el paciente no marque temperatura, se escribe sobre la línea vertical, en la hora correspondiente “no marco” y en caso de hipertermia y se aplique medios físicos se escribe en la nota de enfermera.
- ◆ En el control de temperatura a pacientes con hipertermia y/o hipotermia se hacen registros más frecuentes que los habituales de cada 4 horas y se registra la condición y la continuidad del tratamiento en las notas de enfermera.

2.6. Peso

- ◆ El peso se anota en kilogramos (kg) con tinta negra o azul, al ingreso del paciente y según normas de la sala, diagnóstico y condición. Si no se pesa al paciente se anota no por condición y se escribe en la nota de enfermera porque no se pesó al paciente.

Nota: Ejemplo: Registrar si el paciente tiene férula, botas de yeso, derivaciones y otros.

2.7. Dieta

- ◆ Se anota en forma completa la dieta sin hacer uso de abreviaturas. Ejemplo: Corriente, Hiposódica 0.5 gm de sal. En caso de omisión de la dieta colocar Omitido en rojo y el nombre de la dieta Ejemplo: **Omitido corriente.**

2.8. Fórmula

- ◆ Al cumplir la orden médica la enfermera (o) anota en el espacio correspondiente a la dieta, tipo de leche, cantidad, horario.
Ejemplo: Fórmula fortificada 4 onzas c/4 horas.
- ◆ La enfermera coloca las fórmulas por gastrostomía, sonda nasogástrica, sonda nasoduodenal según orden médica, a gravedad o por bomba de alimentación.

2.9. Hidratación Oral:

- ◆ La enfermera anota el nombre de la solución, cantidad y horario según orden médica.
Ejemplo: Suero de hidratación oral 60cc cada 4 horas.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 24 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

2.10. Líquidos

2.11. Vía Parenteral (V.P)

Venoclisis:

- ◆ La enfermera (o) anota con tinta azul o negra la orden médica completa de la terapia intravenosa: tipo de solución, horario, cantidad y hora en que instaló. A partir de las 7.00pm se anota la hora con tinta roja.

Ejemplo:

D/SSN 0.45% 210ml	}	2:00 p.m. Azul o negra
KCL 2.8 ml		8:00 p.m. Roja
IV a 20 ml/ h		2:00 a.m. Roja

- ◆ En caso de cambio de la orden médica de la terapia intravenosa y se le indique (agregar otro componente, velocidad de infusión), en el expediente se omite la venoclisis anterior y se anota la nueva orden con la hora de inicio.
- ◆ Todas las soluciones instaladas se deben cambiar al cumplir las 24 horas.
- ◆ Los cambios de los sistemas de infusiones parenterales se realizan en el turno de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., posterior a la visita médica.

Nota: En caso de que el paciente haya recibido el 50% de la venoclisis ordenada y el médico ordene agregar un nuevo medicamento; se debe preparar una nueva venoclisis registrarla en la hoja clínica y en las notas de enfermeras anota la cantidad de venoclisis que recibió el paciente y la razón por el cual se cambió.

2.12. Transfusiones:

- ◆ Las transfusiones de sangre y hemoderivados (glóbulos rojos empacados, plasma, plaquetas y otros), se escriben con tinta roja en todos los turnos. La hora se coloca con tinta azul o negra de 7.00 a.m. a 6:59 p.m. y a partir de las 7:00 p.m. se anota la hora con tinta roja.
- ◆ La enfermera (o) redacta la nota de inicio y de terminación de la transfusión en la hoja de observaciones de la enfermera, con tinta negra o azul en todos los turnos. Llena el formulario de Banco de Sangre con tinta azul o negra. El original se anexa al expediente y la copia se envía al Banco de Sangre en horario de 7:00 a.m. a 3.00 p.m. (anexo 24)

Nota: En caso de que la transfusión ordenada se omita antes de que haya pasado todo el componente sanguíneo, la enfermera (o) hace un cálculo de la cantidad que recibió el paciente y lo anota en el expediente.

Escribe la palabra “Omitido” al lado del componente ordenado con tinta roja y la hora según horario.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 25 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ La enfermera (o) vigilara que los signos vitales post transfusión sean tomados por el médico interno.
- ◆ La enfermera (o) debe
- ◆ regresar obligatoriamente al Banco de Sangre la bolsa del componente usado, en caso de reacción anafiláctica.
- ◆ Si la transfusión de hemoderivados se coloca en el salón de operación la enfermera del salón debe realizar las anotaciones en el expediente clínico.

2.13. Líquidos Vía Oral

- ◆ La enfermera de turno de 11-7 a.m. anota con tinta azul o negra en la columna de vía oral (VO) todos los líquidos ingeridos desde 12:01 a.m. del día en curso hasta las 12:00 m.n. del mismo día en el transcurso de las 24 horas. Esta anotación se hace en onzas.
- ◆ Se anota la palabra Líquidos, Fórmula y Total. Luego realiza la suma correspondiente.
- ◆ Los datos son tomados de las anotaciones que realiza la Técnica (o) en enfermería en la hoja de temperatura diaria y evolución en los diferentes turnos.
- ◆ Cuando tiene balance hídrico se coloca la palabra completa.

Nota: Se hace el recuento completo a:

- ◆ Recién Nacidos
- ◆ Lactantes
- ◆ Pre- escolar hasta 2 años y 11 meses
- ◆ Según condición y diagnóstico

Se hace recuento parcial a los niños de 3 años en adelante. Se les anota las palabras **sí o no** en la casilla correspondiente.

2.14. Orina

- ◆ Se anota el número de veces en 24 horas y a los pacientes que tienen orden médica de medir orina se registra la cantidad en cc.
- ◆ Las características especiales se anota en las observaciones de la enfermera; Si no ha orinado se escribe la palabra **“No”**.

2.15. Evacuaciones

- ◆ Se anota la cantidad, número de veces y característica usando el código de evacuaciones de la hoja de temperatura diaria de la Técnica(o) de enfermería. Ejemplo: amp, ama, vp ó Ne. Si no ha evacuado se escribirá la palabra **“No”**.

2.16 Vómitos

- ◆ Se anota el número de veces, característica y se registra en la hoja de observaciones de la enfermera Si no ha vomitado se escribe la palabra **“No”**.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 26 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

2.17. Tratamientos y Procedimientos.

- ◆ La enfermera (o) anota con tinta azul o negra el tratamiento y procedimiento según orden médica correspondiente a la fecha. Si el tratamiento o procedimiento continua en los subsecuentes días, se coloca signo igual (=). Al ser omitido, se anota el tratamiento o procedimiento completo y al lado se coloca la palabra **omitido en rojo**.

Ejemplo: Inhaloterapia, signos vitales, curaciones, bajar temperatura por medios físicos, glucosuria, medir diuresis, enema, reposo y otros.

Nota: En caso de Inhaloterapia se coloca solamente la palabra Inhaloterapia y se describe la orden completa en la hoja correspondiente. (Anexo 25).

2.18. Exámenes Especiales

- ◆ La enfermera (o) anota con tinta roja, el examen realizado. En exámenes especiales. Ejemplo: Centelleos, TAC, Eco cardiograma, Encefalograma, Toracocentesis, Punción Lumbar, Resonancia Magnética y otros.

Nota: Todo paciente que se le realiza examen especial en el salón de operaciones se anota el nombre del procedimiento en la parte superior de la gráfica de temperatura con tinta roja.

2.19. Laboratorios y Radiografías

- ◆ La enfermera (o) anota con tinta roja, los laboratorios o radiografías realizadas. Ejemplo: Histograma PIV, Rx de Tórax, BH, Químicos, Cruce y otros.

2.20. Religión

- ◆ Debe anotarse en la parte final de esta casilla, la religión a la que pertenece el paciente y si está o no bautizado con tinta azul o negra.

2.21. Alergias

- ◆ Debe anotarse en el margen inferior de la hoja clínica con tinta roja en caso que paciente sea alérgico.

2.22 Hoja de Registro de Medicamentos:

- ◆ La enfermera (o) que cumple las órdenes médicas, escribe todos los medicamentos con tinta azul o negra en la columna correspondiente y la enfermera (o) que administra la medicación es la responsable de firmar con las iniciales del nombre y apellido (con tinta azul o negra en los turnos de 7-3 p.m. y 3-11 p.m.) y con tinta de color rojo en el turno de 11:00 p.m. a 7:00 a.m.
- ◆ Coloca el horario de los medicamentos según lo establecido.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 27 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

Nota: Ver instructivo para el uso de la hoja (Anexo17).

2.23. Hoja de Observaciones de la Enfermera (o).

- ◆ El registro clínico constituye un documento legal. Las notas de enfermería deben ser escritas de forma precisa, con letra clara y legible.
- ◆ Al finalizar cada anotación la enfermera (o) escribe la inicial de su nombre su apellido completo, N° de registro ó s/r si no tiene registro (con letra legible) sin dejar espacio libre y coloca el sello personal.
- ◆ Los errores se señala colocando un paréntesis anotando la palabra “**Error**”, con tinta roja arriba de la palabra o frase escrita, se debe evitar los tachones, borrones, uso de corrector y papeles sobre puestos ya que pueden invalidar el registro para fines legales.
- ◆ La enfermera (o) llena el encabezamiento al momento de iniciar cada nueva hoja.
- ◆ La enfermera (o) escribe en la hoja de observaciones de la enfermera los medicamentos y las ordenes medicas especiales.
- ◆ La enfermera (o) anota la condición a todos los pacientes, con tinta azul o negra todos los días y en cada turnos (anexo 16).

Nota: Para continuar con la nota de enfermera en la siguiente página se coloca la fecha y la hora con la que inicio.

2.24. Notas de Admisión:

- ◆ La enfermera del turno al admitir a un paciente anota la fecha, hora, diagnóstico médico completo, nombre del médico que la ordena, personal que lo acompaña y familiar o responsable que trae al niño.

Ejemplo: Considerando que es especialmente importante desde el punto de vista legal se anota las observaciones sobre el estado físico del paciente (perdida de algún sentido, invalidez, defecto físico, etc.). Condición del paciente de acuerdo al diagnóstico (signos y síntomas), estado de conciencia, temperatura, pulso, respiración, peso. Observaciones sobre alergias (en tinta roja si la presenta), inmunizaciones (confirmado o no con tarjeta de vacuna), antecedentes de patologías anteriores o crónicas (diabetes, epilepsia, asma, etc.). Si toma o no actualmente algún medicamentos o tratamiento.

Registrar las conductas observadas en el paciente y/o familiar, niveles de aceptación y/o ansiedad. Además, realizar las anotaciones de enfermería de todas las acciones inmediatas (se le notifica al médico, se le brinda cuidados según diagnósticos, se cumple ordenes medicas del cuarto de urgencia, etc.). Se registra la orientación ofrecida al ingreso del paciente (normas, participación del familiar sobre el tratamiento. Diagnóstico y medidas asépticas). Intervenciones de enfermería. Realizar las anotaciones sobre el aspecto religioso. (Anexo 16).

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 28 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

2.25. Notas Diarias de la Enfermera:

- ◆ Colocar la fecha y hora de la anotación
- ◆ Describir céfalo caudal como se recibe el paciente, signos y síntomas, aspectos físicos, emocionales y conducta observada presentados por el paciente de acuerdo a su diagnóstico.
- ◆ Alimentación que incluya el grado de aceptación, tolerancia y cantidad
- ◆ Aseo del paciente: describir el lugar donde se realiza el aseo (cama, regadera o tina).
- ◆ Anotar aseo general y bucal. Quién lo realiza, orientación y supervisión de enfermería.
- ◆ Seguridad física en su unidad (entre barandales, en compañía de madre, otros) y al transportarlo durante tratamiento.
- ◆ Actividad física (respuesta a estímulo externos, movilidad, etc.)
- ◆ Los tratamientos especiales, cuidados de la traqueotomía, colostomía, alimentación por sonda, canalización de vena y otros.
- ◆ Participación en la recreación del paciente (ve la televisión, orientación al familiar, uso de la biblioteca) y acciones de enfermería referente a cambios observados en el paciente.
- ◆ Anotar la conducta observada en el familiar que denote ansiedad, aceptación, comunicación, colaboración ante el tratamiento.
- ◆ En caso de transferencia la enfermera (o) que recibe el paciente, continua la hoja de observaciones de la enfermera que trae el historial.

2.26. Nota de Egreso

- ◆ Al egreso del paciente, la enfermera (o) escribe la fecha, hora, condición física y emocional de acuerdo al diagnóstico (mejorado, recuperado, alguna secuela, otros), que médico pediatra ordena la salida, familiar con quien sale (debe ser el mismo que lo admitió) o adulto responsable autorizado. Se le entrega las referencias, las recetas indicadas, radiografías impresas, disco compacto y otros. Se orienta al familiar responsable sobre la atención, los medicamentos, tratamientos especiales ordenados y la continuidad de los controles del paciente en su comunidad.

2.27 Hoja de Historia de admisión y examen físico

- ◆ Esta hoja la llena el médico interno que atiende al paciente al momento del ingreso a la sala. (Anexo 8).

2.28. Balance Hídrico

- ◆ La enfermera (o) anota en cada turno con tinta azul o negra: hora, líquidos ingeridos o eliminados y las observaciones correspondientes. En la hoja de control hidroelectrolítico.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 29 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ La enfermera anota con tinta de color rojo el recuento parcial del turno y el total de 24 horas a las 6:00 a.m. (anexo26).

2.29. Recuento

- ◆ La enfermera (o) hace el recuento diario a las 12:00 m.n. de los líquidos orales y los eliminados, utilizando las anotaciones de la Hoja de Registro de Temperatura Diaria y Evolución de la Técnica (o) en enfermería; transcribiendo los totales de 24 horas a la hoja de temperatura y evolución.
- ◆ La hoja de Registro de Temperatura Diaria y Evolución la llena el técnico en enfermería en todos los turnos, a todos los pacientes mediante observación directa y por interrogatorio al paciente o familiar. La enfermera (o) de cada turno supervisa que se haga en la forma indicada.
- ◆ La enfermera (o) registra el recuento en la Hoja Clínica en las casillas de vía oral, orina, evacuaciones y vómitos.

2.30. Formulario de Referencia de Enfermería.

- ◆ La enfermera (o) llena el formulario de referencia de enfermería (anexo 27) de aquellos pacientes que a su criterio y según su diagnóstico requiere un seguimiento en el primer nivel de atención.
- ◆ Esta hoja la envía a la Oficina de enfermeras donde se retira por el personal de la Región Metropolitana o San Miguelito.
- ◆ Todos los pacientes con los diagnósticos anotados a continuación deben llevar la Hoja de Referencia de Enfermería:
 1. Diabetes
 2. Problemas Renales Crónicos
 3. Asma (Hospitalización a repetición)
 4. Cardiopatías
 5. Desnutrición de II y de III Grado
 6. Anemia Falciforme
 7. HIV seropositivo / SIDA
 8. Maltrato
 9. Neurología (PCI, Parálisis y otros)
 10. Niños que egresan con sonda nasogástrica, colostomía, neonatos de alto riesgo, gastrostomía y traqueotomía.
 11. Niños con hospitalizaciones frecuentes por diversas patologías.

2.31. Enfermedades Notificables

La enfermera notifica verbalmente en el turno de 7:00 a.m. - 3:00 p.m., al Departamento de epidemiología sobre el ingreso de algún paciente con enfermedad de notificación obligatorio (anexo 28).

En los turnos de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. y 11:00 p.m. a 7:00 a.m. el médico llama al médico epidemiólogo de turno y notifica del ingreso.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 30 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

III- HORAS ESTABLECIDAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

3.1 Medicamentos Orales:

- ◆ Administre estos medicamentos antes cada comida o biberón o según lo que indique el médico.
- ◆ Después de cada comida: Una vez ingerida la dieta por el paciente o según lo indica el médico.
- ◆ Debe colocarse siempre la hora de administración a todos los boletos excepto los PRN.

Horarios

Cada Día.....	8:00 a.m. o 9:00 a.m.
Hora Sueño.....	8:00 p.m. o 9:00 p.m.
Dos Veces al día.....	9:00 a.m. o 5:00 p.m.
Tres veces al día.....	9:00 a.m. -1:00 p.m. - 5:00 p.m.
Cuatro veces al día.....	8:00a.m.-12:00m.d.-4:00p.m.-8:00pm 9:00a.m- 1:00p.m -5:00 p.m -9:00p.m.

Medicamentos Parenterales:

Cada Día	9.00am
Cada 12 horas	8:00am - 8:00pm 9:00pm - 9:00pm 12:00 md – 12:00mn.
Cada 8 horas	8:00am – 4:00pm -12:00mn.
Cada 6 horas	6.00am -12:00md -6.pm -12mn.
Cada 4 horas	8:00am-12.00md -4:00pm

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 31 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ Se utiliza tinta azul o negra para el horario de 7:00 a.m. a 6:59 p.m. y tinta roja para los horarios de 7:00 p.m. a 6:59 a.m.
- ◆ Cuando se trate de medicamentos de uso delicado o que requieren administración estricta de horario, como por ejemplo: Lanoxin, Lasix, Fenobarbital, Aminofilina.
- ◆ Deben administrarse inmediatamente. Ajustar el horario de tal forma que:
 - No coincidan con las horas de cambio de turno.(7:00 am -3:00 pm -11:00 pm)
 - Inicie con un horario que garantice su cumplimiento de forma estricta.

3.2 .HOJA DE REGISTRO DE TEMPERATURA DIARIA Y EVOLUCIÓN

La hoja de registro diario y evolución es un valioso instrumento en el cual se registran datos importantes del paciente y son comunicados a miembros del equipo de salud con el propósito de planear e implementar su cuidado.

El personal técnico en enfermería debe hacer las anotaciones en los tres turnos, a todos los pacientes; obtendrá la información de los recién nacidos, lactantes y pre-escolares, mediante información directa o por interrogación al familiar. A los escolares y adolescentes por interrogatorio directo al paciente o al familiar según condición clínica. Debe hacerse la anotación después de dar los alimentos y fórmulas. La temperatura debe ser anotada inmediatamente después de tomada. Las anotaciones NO deben dejarse al finalizar el turno ya que el familiar puede que no esté presente y falte información.

En el turno de 7-3 se anota con tinta azul o negra, a las **10:00am y 2:00pm**
 En el turno de 3-11pm se hacen las anotaciones a las **6:00pm y a las 10:00pm**
 En el turno de 11/ 7am se anotan con tinta roja a las **12:00pm y a las 6:00am**

3.3. DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO DE TEMPERATURA DIARIA Y EVOLUCIÓN

Encabezado:

- Se anota la institución, sala y fecha
- Al extremo anterior de la columna izquierda anotar: Cama, nombre y edad del paciente, además se anotan los turnos en el siguiente orden: 11:00 pm -7:00 am /7:00am-3:00pm/3:00pm -11:00pm pasando una línea roja al hacer las anotaciones del 3:00pm -11:00 pm.
- En la sala se utiliza una hoja para varios pacientes se hacen las anotaciones de las 24 horas.
- En la sala Corta Estancia, se utiliza una hoja para cada paciente, en la cual se anota el nombre y el número de cama al final de la hoja.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 32 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

3.4. Columna de Temperatura:

- Se anota la temperatura tomada al paciente cumpliendo con las normas establecidas. En caso de presentar temperaturas elevadas (febril) se informa enseguida a la enfermera (o) y se procede a bajar la misma, anotando con más frecuencia en la casilla y se registra la intervención realizada en la casilla de observación. Ejemplo: control x MF.

3.5. Columna de Fórmula:

- Se anota la cantidad de leche en onzas o ml que el paciente ingirió, la palabra rehusó si la rechaza y las iniciales PM si toma pecho materno. La palabra rehusó si la rechaza; “NO” cuando tiene indicado nada por boca. Escriba información relevante en la columna de observación.

3.6. Columna de Dieta:

- Se anota la dieta que el paciente ingirió, se especifica lo que comió y NO EL MENÚ DE LA BANDEJA. Ejemplo: carne, arroz, tomate, chicha, leche de cartón y otros.
- Si el niño rehúsa la dieta se pone REHUSO en la casilla según horario.
- Se coloca la palabra NO, NXB, AYUNO, cuando no tiene indicación de dieta, en la casillas correspondiente según horario.
- Debe registrar en la casilla de observaciones: pacientes con pobre ingesta, rechazo algún alimento en particular (ejemplo: vegetales) y porque el paciente está en ayuno (salón de operaciones, examen especial y otros).
- Todo paciente con control de alimentos líquidos se le anota la cantidad en onzas o ml de los siguientes alimentos (helado, gelatina, sopa, maicena, crema).

Nota:

- Los pacientes que tengan ordenadas colaciones, debajo del alimento ingerido coloque la palabra “colación”. Utilice en el turno de 7:00 am -3:00 pm la casilla con horario de 4:00 pm y en el turno de 3:00 pm -11:00 pm la casilla de 8:00 o 12:00 md.

3.7. Columna de Hidratación:

- Anote la cantidad y el nombre del líquido que ingirió el paciente en onzas o ml.
- Se anota en esta columna, agua ó suero de rehidratación oral (SRO). La palabra “NO” si no ha tomado y aclarar en la columna de observaciones si la rehusó.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 33 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

3.8. Columna de Vómitos:

- Se anota “NO” si el paciente no ha vomitado. Si el paciente vomita se escribe el número de veces y en la columna de observaciones se anota las características (si es leche, alimento, con sangre, etc.), además si es poco o abundante.

3.9. Columna de Orina:

- Se anota “NO” si el paciente no ha orinado. Si orina el número de veces o la cantidad en cc de aquellos que colectan. En la columna de observaciones se debe anotar las características (color, si tiene sonda uretral o colecta en galón).
- Aquellos pacientes que colectan orina en 24 horas, debe medirse cada vez y antes de depositarla en el galón.

3.10. Columna de Evacuaciones:

- Se anota “NO” si el paciente no evacua, si evacua el número de veces y las características guiándose por el código que encontramos en la parte superior de la hoja de registro de temperatura diaria y evolución
- Si el paciente tiene colostomía se anota en observaciones. Y el número de evacuaciones se anota en la casilla correspondiente.

3.11. Columna de Observaciones:

No es necesario llenar esta columna a todos los pacientes; se transfieren en esta columna las observaciones en cada turno de los aspectos antes señalados, además se registra si el paciente tiene:

- ◆ Sonda a gravedad (a guante) u otro drenaje, se anota la cantidad drenada y las características.
- ◆ Si es admitido o transferido, anotar la hora en que llega el paciente y la sala
- ◆ Si tiene salida anotar la hora en que salió
- ◆ Si está en el salón de operaciones, en algún tratamiento o examen especial, a la hora de tomar temperatura.
- ◆ De 11:00 p.m. -7:00 a.m. anotar los pesos (no usar papel de segunda, ya que estos se descartan o se pierden sin haber pasado la información y no hay constancia del peso).
- ◆ Si el paciente tiene balance hídrico o diuresis cada turno
- ◆ Tolerancia de la ingesta; si es pobre, buena o si la rehúsa
- ◆ Recuerde que lo que no se escribe es como si no se hiciera.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 34 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

3.12. Horarios de Fórmulas:

Se anota lo indicado por el médico

Ejemplo: LE 4 ONZC/6 HORAS N°4

C/4 hr.....	6:00 a.m. -10:00 a.m. – 2:00 p.m. 6:00 p.m. – 10:00 p.m. - 2:00 a.m.
TID	6:00 a.m. – 2:00 p.m. – 10:00 p.m.
Bid.....	10:00 a.m. – 6:00 p.m.
C/6hr.....	10:00 a.m. - 4:00 p.m. -10:00 p.m. - 4:00 a.m.

Nota:

Al extremo inferior de la hoja el técnico (a) en enfermería de cada turno, firma cada hoja en ambos lados con letra legible, inicial y apellido completo.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 37 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICO- QUIRÚRGICO



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICO - QUIRÚRGICA

Usted ha traído al niño/a quien deberá permanecer hospitalizado en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel.

DECLARO QUE:

1. He sido informado/a de la naturaleza de la enfermedad del paciente y de sus eventuales complicaciones.
2. Me han explicado cuales son los procedimientos diagnósticos, terapéuticos para tratar su enfermedad.
3. Me han explicado también que la evolución de un cuadro clínico es rápidamente cambiante por lo que puede ser necesario actuar en forma veloz, aún en mi ausencia, realizando procedimientos necesarios para la recuperación del paciente, incluyendo tratamientos o traslados a otra unidad clínica, incluida la Unidad de Cuidados Intensivos para asegurar la oportunidad del tratamiento, lo cual se me notificará tan pronto sea posible.
4. Me han explicado que aún el mejor estudio y tratamiento no pueden asegurar la ausencia de complicaciones y/o la recuperación integral de la salud de mi hijo/a. La evolución dependerá de las circunstancias específicas de cada caso clínico.
5. He sido informado que mi hijo/a recibirá la atención necesaria según su patología, proporcional a su condición y disponible en el país, por normativa de las leyes vigentes.
6. Me han explicado que esta es una Institución Asistencial - Docente, por lo cual hay alumnos de distintas carreras de la Salud, como médicos en proceso de especialización; por lo que el paciente podrá ser atendido por profesionales y técnicos en formación, supervisados por sus docentes responsables y personal del hospital.
7. Me han explicado que en este Hospital hay un horario de visitas al cual estoy dispuesto/a respetar; así mismo, el equipo de salud podrá solicitar que me retire transitoriamente, de igual manera me han explicado que hay salas en donde las visitas están restringidas debido a las normas de dichas salas.
8. También me han explicado que el hospital tiene normas de trabajo que me comprometo a respetar.
9. Me han explicado, que si deseo apoyo espiritual de la religión que profeso, solo tengo que informárselo a mi equipo tratante.
10. Me han informado que el Hospital cuenta con un Comité de Bioética Asistencial, que asesora en decisiones clínicas, relacionadas con derecho y deberes de los pacientes.
11. He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y ha

De acuerdo con la Ley 88 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.

me ha declarado todas las dudas que le he planteado. También me ha señalado que puedo consultar al profesional a cargo del niño/a ante cualquier duda relacionada con su evolución o con el Hospital.

12. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora doy, siempre que esto no ponga en riesgo la vida del paciente, de acuerdo con las leyes vigentes y siempre que no se hayan iniciado los procedimientos.

Si usted tiene duda o preguntas no contestadas a satisfacción, NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

Panamá, _____ de _____ de 20 _____

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
<small>DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad del procedimiento y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. He recibido copia de los Derechos y Deberes de pacientes y Familiares.</small>		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
<small>DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.</small>		
1. Nombre del médico que realizará el procedimiento	Firma y sello	
2. Nombre del médico que realizará el procedimiento (si es diferente a 1.)	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 88 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CODIGO: MN-14-01	Página 39 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

DIAGNÓSTICO (S)	PROCEDIMIENTO (S)

DECLARO QUE:

1. El médico especialista que realizará el procedimiento me ha explicado el diagnóstico del paciente y el procedimiento a realizar. También me ha explicado en que consiste y como será realizado.
2. Me ha explicado las distintas alternativas de tratamiento que existen para estos diagnósticos, con sus variantes técnicas, las ventajas y desventajas que cada una de estas tiene y los beneficios y limitaciones.
3. Se me ha explicado que dicho procedimiento tiene sus riesgos y cuáles son, he realizado las preguntas pertinentes y estoy de acuerdo con las respuestas. Se me explicaron las ventajas y desventajas de este procedimiento y también el resultado en la salud del paciente de no realizarlo. Se me explicó que este procedimiento involucra riesgos y peligros propios, y la posibilidad de complicaciones inmediatas o tardías, incluso de muerte, a pesar de los cuidados médicos, pero que los beneficios esperados superan ampliamente estos riesgos.
4. También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico propuestas llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos y/o complicaciones a pesar del cuidado y esfuerzo del equipo médico, y que en algunos casos limitan la posibilidad de lograr los beneficios terapéuticos asociados al tratamiento.
5. Entiendo que entre las alternativas también está el no someter al menor a tratamiento alguno o revocar este consentimiento, siempre y cuando esto no ponga en riesgo la vida del paciente y siempre que no se hayan iniciado los procedimientos, donde el médico procederá de acuerdo con las leyes vigentes en Panamá.
6. Doy autorización para la administración de componentes sanguíneos de ser necesario durante el procedimiento quirúrgico.
7. De surgir en el curso del procedimiento cualquier condición o complicación que a juicio médico requiera intervención, procedimiento o tratamiento diferentes a los explicados, autorizo expresamente al médico, a sus asistentes y/o al resto del equipo tratante para hacer todo lo que se estime más conveniente en una situación de urgencia.
8. Doy mi consentimiento para la disposición de tejidos, partes o miembros extraídos durante el procedimiento quirúrgico para los estudios necesarios para lograr el mejor tratamiento del menor.

9. Reconozco que se me han señalado los beneficios razonables esperados, pero no hay una completa seguridad acerca del resultado que pueda obtenerse del procedimiento y que pueden surgir complicaciones inesperadas.
 Declaro que he escuchado y/o leído y comprendido claramente las explicaciones que me ha hecho el médico tratante, sobre los beneficios y complicaciones, las consecuencias y efectos del tratamiento indicado. En virtud de ello doy mi consentimiento.

Si usted tiene duda o preguntas no contestadas a satisfacción, NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

Panamá, ____ de _____ de 20 ____

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad del procedimiento y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización del procedimiento necesario para la atención del niño/a.		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.		
Nombre del médico que realizará el procedimiento	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regule los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regule los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.

Cara A

Cara B

SOLICITUD PARA EL SALÓN DE OPERACIONES



REPUBLICA DE PANAMÁ
HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.
SOLICITUD PARA EL SALÓN DE OPERACIONES

Sala: _____ Cama: _____ Fecha de operación: _____

Nombre del paciente	Edad	Procedimiento a realizar	Cirujano
Registro:	Peso actual	Diagnóstico	

Nombre y sello de la enfermera /o: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CODIGO: MN-14-01	Página 40 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

HOJA DE PREPARACIÓN PRE-OPERATORIA

HOSPITAL DEL NIÑO
DIVISIÓN DE ENFERMERÍA
HOJA DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA



NOMBRE: _____ EDAD _____ SALA _____ CAMA _____ REGISTRO _____

FECHA	7-3	3-11	11-7	7-3	Observación
ACTIVIDADES					
1 Verificación de la orden de operación					
2 Enviar cupo al SOP					
3 Historia clínica completa					
4 Consentimiento operatorio firmado por familiar y testigo					
5 Constatación del Seguro Social, pacientes asegurados con la firma del Director Médico del Hospital de Especialidades Pediátricas					
6 Asistencia a charla de presentación					
7 Registro de baño, peso y temperatura					
8 Tipaje, cruce de sangre PRN					
9 Constancia de donación de sangre PRN					
10 Laboratorios resúmenes en expediente (BHE, TP, TTP)					
11 Evaluación preanestésica					
12 Notificar al médico si hay cuadro respiratorio, gineceo o en la piel					
13 Maniquilla de identificación					
14 Ayuno según instructivo					
15 Revisión del área operatoria					
16 Cabello rasado sin gancho, uñas sin esmalte, sin pendientes, al polvo en el cuerpo					
17 Vejiga vacía					
18 Vena canalizada permeable PRN					
20 Nom de enfermería de envío al SOP					
21 Alergia a medicamento y notar en el expediente					
22 Nombre y firma de la enfermera					

OBSERVACIONES ESPECIALES

Sordo	<input type="checkbox"/>	Mudo	<input type="checkbox"/>	Ciego	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Neurológica:	Leve <input type="checkbox"/>	Modera <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Familiar:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Caso social		
Religión:					
Medicamentos especiales:					

INSTRUCTIVO

- Este hoja sólo se utilizará con pacientes ambulatorios y hospitalizados antes de ir al Salón de Operaciones. Debe iniciarse el día anterior siempre que sea posible.
 - La enfermera que inicia la hoja, llenará los encabezados: Nombre, edad, sala, cama y número de registro, así como todo lo que en ese momento esté completo y adecuado.
 - Se utilizará un gancho para evaluar cada criterio.
- 1 Anotar si existe en el expediente la orden médica específica de la cirugía que se efectuará.
 - 2 El cupo se debe enviar lo más temprano posible al día anterior y siempre antes de las 12 md.
 - 3 Todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente debe tener una historia clínica completa.
 - 4 El consentimiento debe ser informado; el médico debe explicarle al paciente el procedimiento.
 - 5 La preautorización de los pacientes asegurados es necesaria cuando el paciente requiera una intervención quirúrgica electiva.
 - 6 Verificar con el Banco de Sangre que los GRE u otro componente ordenado (plasma, plaquetas) están preparados y disponibles.
 - 7 Los resultados de laboratorio deben ser recientes. En pacientes graves deben ser del mismo día.
 - 8 Verificar que el paciente haya sido evaluado por anestesiología.
 - 9 Cualquier cambio importante en la salud del paciente y sobre todo la presencia de cuadro respiratorio, gastrointestinal o alteraciones en la piel del paciente deben ser notificados.

Edad	Sólidos y leche	Líquido claro (agua, jugos sin pulpa, té o café)
Menor de 6 meses	4 horas	2 horas
6-36 meses	6 horas	2 horas
Mayor de 36 meses	8 horas	2 horas

- Nota: En pacientes con ileo, obstrucciones o disminución del peristaltismo el ayuno aumentará 2 horas más
- 10 Verificar que el paciente cumple con la preparación indicada para la cirugía
 - 11 Baño a las 6:00 a.m. del día de la operación
 - 12 Si el paciente tiene fiebre debe notificarse al SOP (si es posible al cirujano o anestesiólogo)
 - 13 Hacer que el paciente vacíe su vejiga lo más cerca del momento de la cirugía
 - 14 Canalizar vena y mantener permeable durante el traslado al SOP. En caso de canalización muy difícil informar al SOP
 - 15 Administrar el preanestésico indicado por el médico.
 - Las observaciones especiales se harán en la casilla correspondiente si es necesario.
 - Si el paciente utiliza un medicamento especial se anotará: Nombre del medicamento, dosis, vía de administración, hora y firma.
 - Después de haber la evaluación la enfermera firmará con la inicial del nombre, apellido completo, número de registro o S/R (sin registro).
 - En caso de observaciones especiales se colocará un gancho.
 - En caso de alergias se anota a que es alérgico el paciente.
 - Religión que profesa el paciente.
 - Si el caso es social se anota: abandono, maltrato, abuso y otros.

Cara A

Cara B



	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 41 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 6

HOJA DE ADMISIÓN DE PACIENTE DE CORTA ESTANCIA

República de Panamá
PATRONATO DEL HOSPITAL DEL NIÑO
 División de Medicina
HOJA DE ADMISIÓN DE PACIENTE DE CORTA ESTANCIA RESPIRATORIA - CER

1 - ADMITIR EN: <input type="checkbox"/> C.E.R.	
2 - REPOSO EN: <input type="checkbox"/> CUNA <input type="checkbox"/> CAMA	
3 - POSICIÓN ESPECIAL (RESPALDO) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indique) <input type="checkbox"/> Respaldo 30° <input type="checkbox"/> Respaldo 45° Otro: _____	
4 - DIETA (VÍA ORAL) Ayuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Indique abajo) <input type="checkbox"/> Lactancia Materna a libre Demanda Dieta: <input type="checkbox"/> Complementaria Para: <input type="checkbox"/> Lactante Menor <input type="checkbox"/> Fórmula Leche <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Lactante Mayor <input type="checkbox"/> Fórmula Adaptada _____ <input type="checkbox"/> Blando <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Leche Entera <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Adolescente	
5 - LÍQUIDOS IV (VIC) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indique abajo) <input type="checkbox"/> L/R _____ mL pp IV en _____ # _____ <input type="checkbox"/> SSN _____ mL pp IV en _____ # _____ <input type="checkbox"/> D:SS 0.33% o D:SS 0.45% _____ mL+ de RCL pp IV _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	
6 - OXIGENOTERAPIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____ L/Min y FIO2 de _____% <input type="checkbox"/> Zocalandra <input type="checkbox"/> Mascara <input type="checkbox"/> Mascara Facial <input type="checkbox"/> Nasocánula	
7 - MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Anotar abajo) a) _____ c) _____ b) _____ d) _____	
8 - INHALOTERAPIAS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Anotar) <input type="checkbox"/> Salbutamol _____ + _____ mL SSN cada _____ horas <input type="checkbox"/> Otros _____ + _____ mL SSN cada _____ horas _____ + _____ mL SSN cada _____ horas _____ + _____ mL SSN cada _____ horas	
9 - LABORATORIOS <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indique) <input type="checkbox"/> BCH <input type="checkbox"/> Tipaje RH <input type="checkbox"/> Electrolytos <input type="checkbox"/> Uretriales <input type="checkbox"/> Hechos <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Cultivos <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Hechos <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Otros No Especificados _____	
10 - GABINETE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indique) <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> USG _____ <input type="checkbox"/> CAT _____ <input type="checkbox"/> Otros _____	
11 - INTERCONSULTAS: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Especifique) _____	
12 - PACIENTE PARA SOP: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indique) <input type="checkbox"/> Firma Consentientes Procedimiento _____ Enviar Copia al SOP Fecha _____ Funcionario _____	
13 - OTRAS INDICACIONES ADICIONALES _____	
14 - COMENTARIOS O RECOMENDACIONES _____	
FIRMA Y SELLO MEDICO _____ FIRMA ENFERMERIA _____	

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 45 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

EXAMEN FÍSICO

EXAMEN FÍSICO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ No. Registro: _____

Sala:	Cama:	Peso:	Talla:	Condición:	Fecha:
Signos Vitales T: _____ °C T.A. _____ FR: _____ x' FC: _____ x' PULSO: _____ x' Glasgow _____					
Perímetros		Cefálico: _____ cm.		Torácico: _____ cm.	
Cabeza					
Cráneo:					
Ojos:					
Oídos:					
Nariz:					
Boca:					
Cuello					
Tórax					
Corazón:					
Pulmones:					
Abdomen					
Genitales					
Tacto Rectal (Según Patología)					
Extremidades					
Piel					
Ganglios					
Neurológico					
Vascular Periférico					
Diagnósticos					
Nombre:			Firma:		

CONSTANTES BIOLÓGICAS

	Peso (kg)	Talla (cm)	F.C. (x')	F.R. (x)	T.A.	Diuresis	Requerimientos Agua cc/Kg/día	Calorías Kg/día
R.N.	3.25	50 cm	140±20	40±10			80	80
Lactante	4m=6 8m=8 1a=9 2a=12	4m=61-62 8m=68-69 1a=70-75 2a=80-85	120±20	30±10	S = 85 + (E x 2) + 10 D = 1/2 S + 10		150	100
Pre-escolar	Edad x3+3 ó Edad x2+8	3a=90 4a=100 5a=108-110 6a=115-120	100±20	20(16-30)	E = Edad en años S = Sistólica D = Diastólica	30-50 cc/Kg/día	100	90
Escolar	Edad x3+3 ó Edad x2+10	100 cm + Peso Ideal en Kg.	80±20	16-20			80	80

PUNTUACIÓN DE GLASGOW MODIFICADA PARA NIÑOS

APERTURA DE OJOS	RESPUESTA MOTORA	RESPUESTA VERBAL
	Obedece órdenes	6
	Localiza dolor	5
Espontánea	Retira al dolor	Orientado (c)
	4	4
Al hablar	Flexión anormal al dolor (a)	Palabras inapropiadas (e)
Al dolor	2	2
Nunca	1	Ninguna
	1	1
a	Postura de decorticación.	
b	Postura de decerebración.	
c	ó sonrisa social, orientación al sonido, sigue objetos, usa jerga, conversa. Interacción apropiada con el ambiente.	
d	Desorientado o llanto consolable, consciente del medio ambiente.	
e	ó llanto persistente, quejumbroso. Inconsistentemente consciente del medio ambiente. Inconsistentemente consolable.	
f	Agitado, inquieto, llanto inconsolable, inconsciente al medio ambiente.	

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 47 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

Hospital del Niño. Dr. José Renán Esquivel



Orden del Expediente Abierto y Cerrado

Orden del Expediente en Sala	Orden del expediente cerrado
1. Hoja de Signos Vitales, Balance Hídrico, Inhaloterapia, Glucotest, Pre-Operatoria. Al completar cada hoja colocar detrás de las hojas de interconsultas. 2. Hoja de Temperatura 3. Hoja de Registro de Medicamentos 4. Hoja de Órdenes Médicas y Evolución 5. Historia de Admisión del Médico Residente. 6. Hoja de Observaciones de Enfermería 7. Historia Clínica del Médico Interno 8. Hoja de Admisión de Urgencias ó de Consulta Externa. 9. Hoja de Atención del Cuarto de Urgencias. 10. Hoja de Consentimiento Informado de Admisión. 11. Hoja de Consentimiento de todos los Procedimientos. 12. Hoja de Historia del adolescente 13. Hoja de Referencia Externa (Surco) 14. Exámenes de Laboratorio y Gabinete 15. Hojas de Interconsultas 16. Protocolos Quirúrgicos 17. Hojas de Atención de Fonoaudiología, Terapia Respiratoria. 18. Hoja de Admisión y Egreso	1. Hoja de Admisión y Egreso. 2. Hoja de Epicrisis 3. Hoja de Temperatura y Evolución 4. Hoja de Registro de Medicamentos 5. Hojas de Evolución y Ordenes Médicas 6. Hoja de Nota de Ingreso Médico Residente. 7. Hoja de Observaciones de Enfermería 8. Historia Clínica del Médico Interno 9. Hoja de Admisión de Urgencias o de Consulta Externa. 10. Hoja de Atención del Cuarto de Urgencias. 11. Hoja de Consentimiento Informado 12. Hoja de Consentimiento de todos los Procedimientos. 13. Hoja de Referencia Externa (Surco) 14. Hoja de Historia del adolescente 15. Exámenes de Laboratorios y Gabinete 16. Hojas de Interconsultas. 17. Protocolos Quirúrgicos 18. Hoja de Signos Vitales, Balance Hídrico, Inhaloterapia, Protocolos de Cirugía, Hojas de Atención de Fonoaudiología, Terapia Respiratoria.
Nota: Al expediente del paciente de la Unidad de quemado, debe colocarse la hoja de Evaluación de las quemaduras y Estimación de las quemaduras.	

Expediente cerrado. Al cerrar el expediente de salida, el orden queda igual y la hoja de admisión y egreso se coloca en la parte frontal y se agrega la Hoja de Epicrisis. En caso de defunción se agregan los documentos reglamentados por la morgue y además la hoja de entrega de cadáver.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 48 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 10

FORMULARIO DE REFERENCIA A TRABAJO SOCIAL- CASA ALBERGUE LUCY TZANETATO - HOGAR RONALD MCDONALDS



HOSPITAL DEL NIÑO
DOCTOR JOSE RENAN ESQUIVEL
SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL
FORMULARIO DE REFERENCIA

Fecha: _____

Nombre: _____ Registro/Cédula _____

Sala _____ Edad: _____

Dirección: _____

Diagnóstico: _____

Médico que refiere: _____

MOTIVO DE ENVIO:

- **Casos que requieren evaluación social por presentar los siguientes problemas:**
 - Abandono aparente o comprobado.
 - Desnutrición Severa y/o que requieren alternativa de inclusión en Nutre-Hogar
 - Problemas relacionados con la Tutela del paciente.
 - Reingresos frecuentes.
- Familiares que requieren apoyo durante la hospitalización: **Hogar Lucy, Alimentación o Casa Ronald McDonald.**
- Casos en los cuales los pacientes o familiares presentan problemas de conducta en sala.
- Casos en los cuales los familiares solicitan retirar al paciente sin autorización médica o rechazan tratamientos.
- Pacientes que para su egreso necesitan: **medicamentos, aparatos especiales y otros.**
- Casos que presentan problemas con la salida.
- **Localización de paciente y/o familiares en las situaciones siguientes :**
 - Para tratamiento urgente, evadidos, para firma de consentimiento informado, o que permanecen solos en sala.

OBSERVACIONES: _____



HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 50 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Edición: 1979
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisión N°: Sexta (2021)
	Revisado: Docencia de Enfermería	

Instructivo de llenado del Plan de Cuidado

Instrumento descriptivo del plan de cuidados.

El plan de cuidados es un documento para comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategia, indicaciones y la evaluación que determinará, el plan a seguir. Debe estar escrito de forma explícita y tangible de forma clara que ayude a la comunicación entre los cuidados y la protocolización de las acciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presente al paciente, según su diagnóstico.

República de Panamá Hospital del Niño

Nombre: _____ Plan de Cuidados Diagnostico: _____
Objetivo de Enfermería: _____

Cuidado General	Fecha	Problemas	Solución al problema.
Dieta			
Ayudarlo a comer			
Líquidos			
T.P.R			
P.A			
Baño			
Balance Hídrico			
Actividad			
Necesidades especiales			
Condición.			

Fecha de Admisión: _____ Fecha de Salida: _____

República de Panamá Hospital del Niño

Fecha	Medicamentos y Dosis	Fecha	Tratamientos	Fecha	Órdenes Médicas.

N.de SS _____ Nacionalidad: _____ Religión: _____ Familiares: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 53 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 14

CERTIFICADO DE MUERTE

HOSPITAL DEL NIÑO

CERTIFICADO DE MUERTE

Sala _____ Caso No. _____ Muerte No. _____
 El _____ muerto _____ a.m.
 La _____ muerta _____ p.m.
 Diagnóstico clínico _____
 * _____
 Observaciones: _____
 Panamá, _____ 19 _____
 Autopsia: se desea no se desea.

Firma del Médico

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE CADAVER

HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSE RENAN ESQUIVEL

IDENTIFICACIÓN DE CADAVER

HOSPITAL DEL NIÑO
IDENTIFICACIÓN DEL CADAVER

SALA _____ CAMA _____

NOMBRE _____

C.I.P. _____

REGISTRO _____

EDAD _____

FECHA DE MUERTE _____

HORA _____

SALA _____

CAMA No. _____

NOMBRE _____

C.I.P. _____

REGISTRO _____

EDAD _____

FECHA DE MUERTE _____

HORA _____

SALA _____

CAMA No. _____

NOMBRE _____

C.I.P. _____

REGISTRO _____

EDAD _____

FECHA DE MUERTE _____

HORA _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 54 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

FORMULARIO DE ENTREGA DE CADÁVER

Panamá, Republica de Panamá

Hospital del Niño

Formulario de Entrega de cadáver a la Morgue del Hospital del Niño.

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Registro: _____

Sala: _____ Cama: _____

Fecha de Ingreso _____ Hora: _____

Fecha de Defunción: _____ Hora: _____

Enfermera que Informa: _____

Fecha de entrega de cadáver: _____ Hora: _____

Nombre y Cédula de la persona que entrega el cadáver: _____

Letra legible

Nombre y cedula de la persona que recibe el cadáver: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 55 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN Y CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



Ministerio de Salud – Caja del Seguro Social – Hospitales Privados
 Dirección General de Salud
 Departamento de Epidemiología

Formulario de Notificación de Defunción

Nombre de la Instalación _____ Servicio _____ Sala _____

I. Datos generales del paciente: Nombre y Apellido _____ Cédula _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Teléfono _____ Edad ____ (días), (meses) ó (años) Sexo: Masculino (___) Femenino (___) Región _____ Provincia _____ Distrito _____ Corregimiento _____ Localidad _____
--

II. Datos de la defunción: Fecha de hospitalización: ____/____/____ Fecha defunción: ____/____/____ Hora defunción: ____ a.m. ó p.m. Diagnóstico # 1: _____ Diagnóstico # 2: _____ Diagnóstico # 3: _____

III. Notificación Fecha de notificación: ____/____/____ Nombre y cargo del notificador: _____
--

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CODIGO: MN-14-01	Página 56 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Ver instrucciones al reverso

REPUBLICA DE PANAMA
 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
 Dirección de Estadística y Censo
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

PROVINCIA _____ LUGAR DE REGISTRO _____ INSCRIPCION N° _____
 NO ESCRIBIR EN ESTA COLUMNA N° FORMULARIO

A. DATOS GENERALES

1. Nombre(s) y Apellido(s) _____ 3. Cédula N° _____
 2. Sexo: Hombre Mujer 4. Ocupación _____
 5. Seguro Social N° _____
 6. Edad completa _____ años
 Si es menor de un año _____ meses Si es menor de un día _____ horas
 Si es menor de un mes _____ días Si es menor de una hora _____ minutos
 7. Fecha de Nacimiento: Día _____ mes _____ Año _____
 8. Fecha de Muerte: Día _____ mes _____ Año _____
 9. Estado Conyugal: Unido Soltero Casado Viudo Divorciado Otro
 10. Lugar de la Muerte: Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barrio _____ Hospital o institución _____
 11. Residencia Habitual: Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barrio _____

B. OTROS DATOS
 (Llévese cuando no hay médico que certifique la muerte)

12. Situación de la enfermedad que provocó el deceso _____
 13. Causa probable de muerte _____
 14. En esta enfermedad recibió asistencia médica? SI No
 Nombre de la institución o del médico que lo atendió _____
 15. Nombre del informante _____ Parentesco con el difunto _____

C. DATOS DE DEFUNCIÓN DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

DATOS DEL NACIMIENTO
 a. Se registró este niño? SI No
 b. Lugar donde nació el niño: Hospital o institución _____ En otro lugar (especificar) _____
 c. Persona que atendió el parto: Médico Asistente de salud Partera Comadrona Sin asistencia Chuspa Otra (especificar) _____
 d. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación _____ Meses _____
 e. Peso al nacer: kilogramos _____ libras _____ y _____ onzas _____
 f. Tipo de nacimiento: De un solo Múltiple Trajo o trajo

DATOS DE LA MADRE DEL NIÑO
 g. Nombre(s) y apellido(s) _____
 h. Edad completa _____ años
 i. Cédula N° _____
 j. Seguro Social N° _____
 k. Estado conyugal: Unido Soltero Casado Otro
 l. Hijos que ha tenido (indicando este niño): en _____ caso o año más alto aprobado _____
 m. Nivel de grado: Universitario _____ año Secundario _____ año Vocacional _____ año
 n. Ocupación actual _____

DATOS DEL PADRE DEL NIÑO
 o. Nombre(s) y apellido(s) _____
 p. Edad completa _____ años
 q. Cédula N° _____
 r. Seguro Social N° _____
 s. Estado conyugal: Unido Soltero Casado Otro
 t. Hijos que ha tenido (indicando este niño): en _____ caso o año más alto aprobado _____
 u. Nivel de grado: Universitario _____ año Secundario _____ año Vocacional _____ año
 v. Ocupación actual _____

17. Fecha de Registro _____ 18. Firma del Registrador Auxiliar _____
 (Sólo para ser llenado por un médico - Externamente confidencial)

D. CERTIFICADO MEDICO
 (Sólo para ser llenado por un médico - Externamente confidencial)

19. Causa de muerte (Anote una por letra a-b-c):
 I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte (especificar):
 a. Debido a (o como consecuencia de) _____
 b. Debido a (o como consecuencia de) _____
 c. Debido a (o como consecuencia de) _____
 II. Otro estado patológico significativo que contribuyó a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado morboso que la produjo: _____

* No quiere decir con esto la manera o modo de morir, por ejemplo debilidad cardíaca, asfisia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o enfermedad que causó la muerte.

Ver instrucciones al reverso

REPUBLICA DE PANAMA
 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
 Dirección de Estadística y Censo
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

PROVINCIA _____ LUGAR DE REGISTRO _____ INSCRIPCION N° _____
 NO ESCRIBIR EN ESTA COLUMNA N° FORMULARIO

A. DATOS GENERALES

1. Nombre(s) y Apellido(s) _____ 3. Cédula N° _____
 2. Sexo: Hombre Mujer 4. Ocupación _____
 5. Seguro Social N° _____
 6. Edad completa _____ años
 Si es menor de un año _____ meses Si es menor de un día _____ horas
 Si es menor de un mes _____ días Si es menor de una hora _____ minutos
 7. Fecha de Nacimiento: Día _____ mes _____ Año _____
 8. Fecha de Muerte: Día _____ mes _____ Año _____
 9. Estado Conyugal: Unido Soltero Casado Viudo Divorciado Otro
 10. Lugar de la Muerte: Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barrio _____ Hospital o institución _____
 11. Residencia Habitual: Distrito _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barrio _____

B. OTROS DATOS
 (Llévese cuando no hay médico que certifique la muerte)

12. Situación de la enfermedad que provocó el deceso _____
 13. Causa probable de muerte _____
 14. En esta enfermedad recibió asistencia médica? SI No
 Nombre de la institución o del médico que lo atendió _____
 15. Nombre del informante _____ Parentesco con el difunto _____

C. DATOS DE DEFUNCIÓN DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

DATOS DEL NACIMIENTO
 a. Se registró este niño? SI No
 b. Lugar donde nació el niño: Hospital o institución _____ En otro lugar (especificar) _____
 c. Persona que atendió el parto: Médico Asistente de salud Partera Comadrona Sin asistencia Chuspa Otra (especificar) _____
 d. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación _____ Meses _____
 e. Peso al nacer: kilogramos _____ libras _____ y _____ onzas _____
 f. Tipo de nacimiento: De un solo Múltiple Trajo o trajo

DATOS DE LA MADRE DEL NIÑO
 g. Nombre(s) y apellido(s) _____
 h. Edad completa _____ años
 i. Cédula N° _____
 j. Seguro Social N° _____
 k. Estado conyugal: Unido Soltero Casado Otro
 l. Hijos que ha tenido (indicando este niño): en _____ caso o año más alto aprobado _____
 m. Nivel de grado: Universitario _____ año Secundario _____ año Vocacional _____ año
 n. Ocupación actual _____

DATOS DEL PADRE DEL NIÑO
 o. Nombre(s) y apellido(s) _____
 p. Edad completa _____ años
 q. Cédula N° _____
 r. Seguro Social N° _____
 s. Estado conyugal: Unido Soltero Casado Otro
 t. Hijos que ha tenido (indicando este niño): en _____ caso o año más alto aprobado _____
 u. Nivel de grado: Universitario _____ año Secundario _____ año Vocacional _____ año
 v. Ocupación actual _____

17. Fecha de Registro _____ 18. Firma del Registrador Auxiliar _____
 (Sólo para ser llenado por un médico - Externamente confidencial)

D. CERTIFICADO MEDICO
 (Sólo para ser llenado por un médico - Externamente confidencial)

19. Causa de muerte (Anote una por letra a-b-c):
 I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte (especificar):
 a. Debido a (o como consecuencia de) _____
 b. Debido a (o como consecuencia de) _____
 c. Debido a (o como consecuencia de) _____
 II. Otro estado patológico significativo que contribuyó a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado morboso que la produjo: _____

* No quiere decir con esto la manera o modo de morir, por ejemplo debilidad cardíaca, asfisia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o enfermedad que causó la muerte.

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 59 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 17

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA HOJA DE REGISTRO DE MEDICAMENTOS

La hoja de registro de medicamentos sirve para anotar todos los medicamentos que se administren al paciente.

Esta hoja se coloca siguiendo el orden del expediente después de la hoja de temperatura y evolución.

Se registran los datos generales correspondientes del paciente en la parte superior de la hoja.

Esta hoja Consta de:

- 1) Una casilla que indica la fecha en la cual se coloca el mes y el año.
- 2) Cinco casillas horizontales donde se registran los días del mes, no llenar el reverso de la página con esta información.
- 3) Diez casillas verticales ubicadas en el lateral izquierdo de la hoja donde se anotan los medicamentos.
- 4) En las casillas de los medicamentos se observan las siguientes letras:
 - ◆ H: Equivale a la hora de administración de los medicamentos
 - ◆ N: Equivale a la inicial del nombre y del apellido de la enfermera (o) que administra el medicamento.

Casilla de Medicamentos:

- ◆ En cada una de las casillas se registra el nombre del medicamento, la dosis, vía de administración, fecha de inicio y fecha de omisión.
- ◆ La fecha de inicio del medicamento se debe repetir al pasar a la otra cara de la hoja o al virar la hoja.
- ◆ Cuando los medicamentos son ordenados cada hora, cada 2 horas o cada 3 horas se utiliza 2 o 3 casillas (esto es opcional).
- ◆ Todos los medicamentos ya sea oftálmicos, tópicos, inhalados (puff) y óticos que tengan horario definido deben registrarse en esta hoja.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 60 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- ◆ Cuando se ordena un medicamento por días estipulados, este se anota en la casilla correspondiente y el número de días se coloca en la parte inferior de dicha casilla, con tinta roja.
- ◆ Cuando no se administre un medicamento en la hora correspondiente, se encierra la hora en un círculo con tinta de color azul o negra, se firma con la tinta de acuerdo al turno y se registra en la nota de enfermera, el motivo por el que no se administra.
- ◆ Si el paciente es transferido de Neonatología o Cuidados Intensivos se anexa al expediente la hoja de medicamentos.
- ◆ No se debe utilizar corrector líquido (no borrar, ni tachar).
- ◆ Cuando cometa un error en el horario del medicamento, debe colocar la palabra error en rojo en la hora equivocada y colocar el horario correcto.
- ◆ No se debe adelantar los horarios del turno.
- ◆ La hora se coloca cuando se va a firmar los medicamentos.
- ◆ Cuando se ordene un nuevo medicamento, se traza una línea recta de color rojo, que termine en flecha hasta la fecha donde se inicia el medicamento. Además anotar la fecha de inicio en la parte inferior de la casilla de medicamento.
- ◆ Si se vuelve a ordenar un medicamento que fue omitido o que cambió de dosis debe utilizarse otra casilla.
- ◆ Cuando se omite un medicamento la palabra “Omitido” se anota en color rojo en el espacio que corresponde a la fecha en el espacio de omisión.
- ◆ Los medicamentos diluidos en cantidad indicada de D/A o SSN, se anotan en la hoja de medicamentos o en la hoja clínica en vía parenteral y se registran en la nota de enfermera.
- ◆ Los medicamentos PRN o dosis única se coloca siguiendo el orden o secuencia de los otros medicamentos (de arriba hacia abajo) además los mismos se registran en la notas de enfermera.
- ◆ Cuando el paciente tiene pocos medicamentos ordenados (que no excedan de tres) y se ha terminado con las casillas horizontales correspondientes a la fecha, se continua utilizando la misma hoja en la siguiente forma:
 - ◆ Dejar una casilla en blanco y luego trazar dos líneas rojas divisorias, anotar la fecha (mes y año), en la casilla izquierda y en las siguientes casillas horizontales anotar los días del mes, con tinta azul o negra.
 - ◆ Si el paciente tiene más de 10 medicamentos, se debe continuar al reverso de la hoja, colocando la misma secuencia (mes y días) de la cara anterior de la hoja.
 - ◆ Los medicamentos P.E.M (previa evaluación médica), se anotan en la hora que se administra y en caso de no administrarse se hace la observación en la nota de enfermera.
 - ◆ No se debe añadir o agregar papel a las casillas, ni a las hojas.
 - ◆ Recuerde no colocar los días en la cara posterior de la hoja al llenarla en su inicio.



HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 61 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	
	Edición: 1979	
	Revisión N°: Sexta (2021)	
Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisado: Docencia de Enfermería	
Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

HOJA DE MEDICAMENTOS

República de Panamá
Hospital del Niño
REGISTRO DE MEDICAMENTOS

N° Ficha: _____

Sala: _____

Cama: _____

Nombre: _____ Edad: _____
1er. Apellido 2do. Apellido Nombre: Años Meses Día

Medicamentos Dosis - Vía	Fecha																		
Inicio:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Omisión:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Inicio:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Omisión:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Inicio:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Omisión:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Inicio:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Omisión:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Inicio:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		
Omisión:	H																		
	N																		
	H																		
	N																		

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 62 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

BOLETOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES

Cara Anterior del Boleto

HOSPITAL DEL NIÑO

SALA: _____ CAMA: _____

PACIENTE: _____

MEDICAMENTO _____

DOSIS _____

HORARIO _____

FECHA _____ DOCTOR _____

Reverso del Boleto

ENFERMERA _____

REGISTRO: _____

Ejemplo:

HOSPITAL DEL NIÑO

SALA: M4 CAMA: 3

Kathia Rodríguez

PACIENTE

Ampicilina

MEDICAMENTO

800mg 10 c/4hr

DOSIS

12-6-12-6

HORARIO

16-5-19 Dr. Pérez

FECHA DOCTOR

ENFERMERA: E. Varela

REGISTRO: 4859



HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 63 de 91
Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

BOLETOS DE MEDICAMENTOS PRN Y TRATAMIENTOS

PRN (CUANDO SEA NECESARIO)

HOSPITAL DEL NIÑO
SALA: M/4 CAMA: 9
PACIENTE: Sofía Castro
MEDICAMENTO: Acetaminofen
5ml U.O (120mg/5ml) q/4h
DOSIS: P.R.N por dolor
HORARIO: Perez
FECHA: 18-5-19 DOCTOR: Perez

ENFERMERA: E. Varela
REGISTRO: 4859

Tratamientos:

HOSPITAL DEL NIÑO
SALA: M/4 CAMA: 9
PACIENTE: Imhotatubopra
MEDICAMENTO: Saluicio Saline - 3ml q/4h
Salbutamol - 0.2ml q/4h
DOSIS: 12-6-12-6
HORARIO: Perez
FECHA: 18-5-19 DOCTOR: Perez

ENFERMERA: E. Varela
REGISTRO: 4859

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 64 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

BOLETOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES / ORALES

Boletos Intravenosos / Intramuscular

HOSPITAL DEL NIÑO

SALA: _____ CAMA: _____

PACIENTE

MEDICAMENTO

DOSIS

HORARIO

FECHA _____ DOCTOR _____

ENFERMERA: _____

REGISTRO: _____

Boletos Orales

HOSPITAL DEL NIÑO

SALA: _____ CAMA: _____

PACIENTE

MEDICAMENTO

DOSIS

HORARIO

FECHA _____ DOCTOR _____

ENFERMERA: _____

REGISTRO: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 67 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 19

SOLICITUD DE EQUIPO DE OXIGENOTERAPIA



HOSPITAL DEL NIÑO
 Av. José Benítez, 1000
 Ciudad del Este, Paraguay
 Teléfono: (596) 2222222

HOSPITAL DEL NIÑO
 DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGIA
 REQUISICION PARA EQUIPO RESPIRATORIO
 Fecha _____ Sala _____ Turno _____

Descripción	#
Prom de CPAP 0	
Prom de CPAP 1	
Prom de CPAP 2	
Prom de CPAP 3	
Cascadas	
Tubo Liso de CPAP	
Circuito de CPAP	
Cánula Nasal Neonatal	
Cánula Nasal Pediátrica	
Cánula Nasal Adulto	
Escafandra Lactante Mediano. Completa	
Escafandra Lactante Grande. Completa	
Espaciador Lactante	
Espaciador Escolar	
Espaciador traqueotomía	
Humidificador	
Jet Nebulizador	
Niples	
Set para Inhaloterapia	
Máscara de Traqueostomía	
Tienda Facial con Tubo Corrugado	
Tubo Corrugado	
Tubo en T/Chimenea	
Triflow	
Máscara de O ₂ pediátrica sin Bolsa	
Máscara de O ₂ Adulto sin Bolsa	
Máscara de O ₂ Pediátrica con Bolsa	
Máscara de O ₂ Adulto con Bolsa	
Trampa de Cultivo	

Solicitador Por: _____
 Despachado Por: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 68 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 20

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

DIAGNÓSTICO (S)	PROCEDIMIENTO (S)

DECLARO QUE:

- El médico especialista que realizará el procedimiento me ha explicado el diagnóstico del paciente y el procedimiento a realizar. También me ha explicado en qué consiste y como será realizado.
- Me ha explicado las distintas alternativas de tratamiento que existen para estos diagnósticos, con sus variantes técnicas, las ventajas y desventajas que cada una de estas tiene y los beneficios y limitaciones.
- Se me ha explicado que dicho procedimiento tiene sus riesgos y cuáles son, he realizado las preguntas pertinentes y estoy de acuerdo con las respuestas. Se me explicaron las ventajas y desventajas de este procedimiento y también el resultado en la salud del paciente de no realizarlo. Se me explicó que este procedimiento involucra riesgos y peligros propios, y la posibilidad de complicaciones inmediatas o tardías, incluso de muerte, a pesar de los cuidados médicos, pero que los beneficios esperados superan ampliamente estos riesgos.
- También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico propuestas llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos y/o complicaciones a pesar del cuidado y esfuerzo del equipo médico, y que en algunos casos limitan la posibilidad de lograr los beneficios terapéuticos asociados al tratamiento.
- Entiendo que entre las alternativas también está el no someter al menor a tratamiento alguno o revocar este consentimiento, siempre y cuando esto no ponga en riesgo la vida del paciente y siempre que no se hayan iniciado los procedimientos, donde el médico procederá de acuerdo con las leyes vigentes en Panamá.
- Doy autorización para la administración de componentes sanguíneos de ser necesario durante el procedimiento quirúrgico.
- De surgir en el curso del procedimiento cualquier condición o complicación que a juicio médico requiera intervención, procedimiento o tratamiento diferentes a los explicados, autorizo expresamente al médico, a sus asistentes y/o al resto del equipo tratante para hacer todo lo que se estime más conveniente en una situación de urgencia.
- Doy mi consentimiento para la disposición de tejidos, partes o miembros extraídos durante el procedimiento quirúrgico para los estudios necesarios para lograr el mejor tratamiento del menor.
- Reconozco que se me han señalado los beneficios razonables esperados, pero no hay una completa seguridad acerca del resultado que pueda obtenerse del procedimiento y que pueden surgir complicaciones inesperadas.

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e informada

Declaro que he escuchado y/o leído y comprendido claramente las explicaciones que me ha hecho el médico tratante, sobre los beneficios y complicaciones, las consecuencias y efectos del tratamiento indicado. En virtud de ello doy mi consentimiento.

Si usted tiene duda o preguntas no contestadas a satisfacción, NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

Panamá, ____ de _____ de 20__

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad del procedimiento y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización del procedimiento necesario para la atención del niño/a		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo		
Nombre del médico que realizará el procedimiento	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e informada

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CODIGO: MN-14-01	Página 69 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADOS ANESTÉSICOS



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOS ANESTÉSICOS

1. Autorizo para que a mi hijo(a) _____ se le realice la siguiente intervención o procedimiento _____

2. Esta intervención o procedimiento requiere de la administración de Cuidados Anestésicos. Las alternativas de Anestesia consisten en:

- **ANESTESIA GENERAL:** Aquella en la cual se produce pérdida total de la conciencia, con medicamentos inyectados a través de una vena o con la inhalación de gases anestésicos a través de la respiración. Durante la cirugía el paciente se mantiene dormido, relajado y sin dolor.
- **ANESTESIA REGIONAL:** Sólo una parte o región del cuerpo es anestesiada. Para ello se inyectan anestésicos locales cerca de uno o varios nervios, impidiendo que ellos lleven información dolorosa.
- En los niños es poco frecuente que se use en forma aislada, normalmente se usa para manejar el dolor post operatorio, pero la cirugía se realiza bajo Anestesia General. Esta asociación la llamamos **ANESTESIA MIXTA**.

3. Los avances médicos hacen que la anestesia se administre hoy con mucha seguridad, pero no está exenta de ciertos riesgos.

- a. Los eventos más frecuentes son: cefaleas, náuseas y vómitos, dolor en el sitio de inyección, dolor de garganta, pérdida de dientes.
- b. La aspiración de contenido gástrico a los pulmones puede ocasionar daño pulmonar muy severo, por esto es **fundamental** que su hijo(a) se encuentre en ayunas antes de la cirugía.
- c. Las complicaciones severas de la Anestesia están muy relacionadas con las enfermedades, la edad y con características propias de cada paciente, por lo que es muy importante que usted **informe previamente al Anestesiólogo enfermedades, medicamentos que su hijo(a) esté tomando, alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, o cualquier otra circunstancia.**

Descripción del procedimiento

1. En qué consiste: la anestesia general es la pérdida del conocimiento y de la sensación de dolor en todo el cuerpo. Desde el comienzo hasta el final de la anestesia se encontrará usted en un estado tranquilo, semejante al sueño. La anestesia local-regional consiste en la inyección de un fármaco que deja la zona de operación sin sensibilidad. La sedación consiste en darle un medicamento que le relaja y le tranquiliza durante la operación.

2. Cómo se realiza: se inicia con una inyección de preparación (premedicación) que puede ser suficiente en intervenciones cortas. Para operaciones más largas se continuará la administración de fármacos a través de una vena o bien con un gas aplicado mediante una mascarilla o un tubo. En la anestesia con intubación, recibirá oxígeno y gas anestésico a través de un tubo que es introducido en la garganta una vez que usted se haya dormido. La intubación da un alto grado de seguridad para la respiración y protege los pulmones contra las consecuencias de un posible vómito. La anestesia local-regional se realiza mediante una inyección, que puede ser en la zona lumbar de la espalda, o en una zona cercana al lugar de la cirugía. Durante la operación va a estar controlado/a por un médico especialista que valorará a través de diferentes sistemas de monitorización, sus requerimientos anestésicos y la respuesta de su organismo.

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada

Cara A

Qué objetivos persigue: Permitir la realización de la operación o de la prueba sin dolor y en las mejores condiciones para el médico.

¿Qué riesgos tiene?

Riesgos generales:

La frecuencia de aparición de complicaciones es muy baja, aunque ninguna intervención está libre de riesgo. En general son leves y reversibles; sin embargo existe la posibilidad de graves lesiones de órganos vitales (1 de cada 10.000).

Riesgos comunes a los distintos tipos de anestesia:

- a. Reacciones alérgicas a los líquidos o medicamentos utilizados; pueden darse aunque no tenga antecedentes de alergia, y pueden ser leves o graves.
- b. Náuseas, vómitos, dificultad para orinar y dolores musculares los días que siguen a la operación.
- c. Flebitis y tromboflebitis (inflamación de las venas).
- d. Quemaduras en la piel o electrocución por la utilización de instrumentos eléctricos durante la operación.
- e. Fibrilación cardíaca imprevista, con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible; este riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada, anestesia general y en la cirugía de urgencia.

Riesgos de la anestesia general:

- a. Reacciones alérgicas a sangre o derivados.
- b. Reacción febril aguda y grave de causa no infecciosa (hipertermia maligna).
- c. Dificultades respiratorias; su riesgo es mayor en enfermos con afectación pulmonar, obesidad, anomalías de cara y cuello o con enfermedades musculares.
- d. Neumotorax (entrada de aire en la cavidad pleural, que recubre los pulmones); puede ser secundario a una punción venosa central (en una vena del cuello), a bloques nerviosos o a la respiración artificial.
- e. Rotura, movilización o extracción accidental de dientes, en caso de intubación.
- f. Afectación de las cuerdas vocales y lesiones oculares.
- g. Lesión nerviosa postural.
- h. Depresión, pesadillas o neurosis postanestésica.

Comprendo la información que se me ha entregado sobre los riesgos potenciales, características, objetivos y beneficios secundarios a este hecho y que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Si usted tiene duda o preguntas no contestadas a satisfacción, **NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.**

Panamá, _____ de _____ de 20_____.

Nombre del paciente	Cédula o registro	Salida
DECLARO		
Haber sido informado sobre la necesidad del procedimiento y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización del procedimiento necesario para la atención del niño/a.		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO		
haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.		
Nombre del médico anestesiólogo	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CODIGO: MN-14-01	Página 70 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACIÓN UNIDAD PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

1. Su hijo/a ha sido admitido a la Unidad para Paciente Crítico pediátrico, porque su estado actual es grave o crítico y pone en riesgo su vida.
2. El paciente será admitido y manejado por médicos y su equipo. La información sobre su estado de salud podrá ser dada por cualquiera de los médicos que lo atienden en los diferentes turnos del día.
3. Una vez vaya mejorando se trasladará por norma a una unidad de menor complejidad, cuando su estado así lo permita.
4. Se me ha explicado que podré estar con el niño/a el mayor tiempo posible durante las horas de visita de la sala. En algunas ocasiones el profesional le puede solicitar que se retire de la sala transitoriamente.
5. Debido a la condición grave y rápidamente cambiante del paciente, los profesionales deberán iniciar tratamientos y realizar exámenes y/o procedimientos, como punciones venosas y arteriales, drenaje de cavidades, transfusiones, reanimación cardio-respiratoria, colocación de catéteres centrales, etc. en el instante que se requiera por urgencia del niño/a. Se le notificará después de todo lo que se realizó como urgencia.
6. Usted será informado permanentemente sobre la evolución de la enfermedad de su hijo/a y será consultada su opinión.
7. Los procedimientos o intervenciones quirúrgicas no urgentes o programables, serán conversados con usted previamente, lo que será consignado en la historia clínica y en un consentimiento informado específico para ello.
8. Los procedimientos y terapias empleadas tienen riesgos y complicaciones, por lo que se utilizan por estricta necesidad y beneficio para el paciente.

Los procedimientos y sus complicaciones más frecuentes son:

PROCEDIMIENTO	MOTIVOS PARA HACERLO	RIESGOS Y COMPLICACIONES
Ventilación mecánica	Alteración en el intercambio gaseoso, alteración del estado mental, necesidad de sedación profunda, distres respiratorio	Infecciones, fuga de aire, fallas mecánicas
Intubación	Incapacidad del paciente de mantener la vía aérea	Extubación, infecciones, trauma laríngeo
Punciones vasculares y de cavidades y colocación de catéteres y tubos pleurales	Monitorización, administración de drogas especiales, ausencia de venas periféricas,	Infecciones, trombosis, hemorragia, escape de aire
anticoagulantes	Alteraciones de coagulación	Hemorragia
Transfusiones	Anemia severa, plaquetas bajas, problemas de coagulación	Alergias, infecciones
Reanimación cardiopulmonar	Complicaciones graves que lleven a un paro cardíaco	Traumas en la pared tórácica, fugas de aire, muerte debido a la gravedad de la enfermedad
Colocación de sondas (nasogástricas y urinarias)	Alimentación en pacientes graves, dilatación gástrica, íleo	Infecciones, traumatismos externos
Punción lumbar	Medición de gasto urinario, aliviar globo vesical	hemorragia
dálisis	Diagnóstico de infecciones del sistema nervioso	Infecciones, trastornos metabólicos
	Falla renal, intoxicaciones	

El médico y el equipo de salud tomarán todas las medidas y precauciones necesarias para prevenir estas complicaciones, sin embargo no son siempre evitables, y los beneficios son mayores que los riesgos. Es importante que sepa que existen otros procedimientos que pueden ser necesarios, y que también hay otras complicaciones. Su médico le explicará cualquier duda que tenga.

9. La infección asociada a la atención en salud es un riesgo, a pesar de todas las medidas preventivas, en todo paciente hospitalizado, más aun en el crítico.

10. Se me ha explicado el diagnóstico y las complicaciones propias de su condición. Aun el mejor estudio y tratamiento no puede asegurar la ausencia de complicaciones y/o la recuperación integral de la salud de su hijo/a. La evolución dependerá de las circunstancias específicas de cada caso clínico.

Panamá, ____ de _____ de 20__

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad de ingresar al menor y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización de los procedimientos necesarios para la atención del niño/a		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo		
Nombre del médico tratante	Firma y sello	

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 71 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO NEONATAL



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACIÓN UNIDAD PACIENTE CRÍTICO NEONATAL

1. Su hijo/a ha sido admitido a la Unidad de Paciente Crítico Neonatal, porque su estado actual es grave o crítico (lo que) pone en riesgo su vida.
2. El paciente será admitido y manejado por médicos y su equipo. La información sobre su estado de salud podrá ser dada por cualquiera de los médicos que lo atienden en los diferentes turnos del día.
3. Una vez vaya mejorando se trasladará por norma a una unidad de menor complejidad, cuando su estado así lo permita.
4. Se me ha explicado que podrá estar con el niño/a el mayor tiempo posible durante las horas de visita de la sala. En algunas ocasiones el profesional le puede solicitar que se retire de la sala transitoriamente.
5. Debido a la condición grave y rápidamente cambiante del paciente, los profesionales deberán iniciar tratamientos y realizar exámenes y/o procedimientos, como punciones venosas y arteriales, drenaje de cavidades, transfusiones, reanimación cardio-respiratoria, colocación de catéteres centrales, etc. en el instante que se requiera por urgencia del niño/a.
6. Usted será informado permanentemente sobre la evolución de la enfermedad de su hijo/a y será consultada su opinión.
7. Los procedimientos o intervenciones quirúrgicas no urgentes o programables, serán conversados con usted previamente, lo que será consignado en la historia clínica y en un consentimiento informado específico para ello.
8. Los procedimientos y terapias empleadas, tienen riesgos y complicaciones, por lo que se utilizan por estricta necesidad y beneficio para el paciente. Los procedimientos y sus complicaciones más frecuentes son:

PROCEDIMIENTO	MOTIVOS PARA HACERLO	RIESGOS Y COMPLICACIONES
Ventilación mecánica	Alteración en el intercambio gaseoso, alteración del estado mental, necesidad de sedación profunda, distres respiratorio	Infecciones, fuga de aire, fallas mecánicas
Intubación	Incapacidad del paciente de mantener la vía aérea	Extubación, infecciones, trauma laríngeo
Punciones vasculares y de cavidades y colocación de catéteres y tubos pleurales	Monitorización, administración de drogas especiales, ausencia de venas periféricas,	Infecciones, trombosis, hemorragia, escape de aire
Surfactante pulmonar	Inmadurez pulmonar	Hemorragia pulmonar, fuga de aire, infecciones
Transfusiones	Anemia severa, plaquetas bajas, problemas de coagulación	Alergias, infecciones
Reanimación cardiopulmonar	Complicaciones graves que lleven a un paro cardíaco	Traumas en la pared torácica, fugas de aire
Colocación de sondas (nasogástricas y urinarias)	Alimentación en pacientes graves, dilatación gástrica, íleo Medición de gasto urinario, aliviar globo vesical	Infecciones, traumatismos externos
Punción lumbar	Diagnóstico de infecciones del sistema nervioso	hemorragia
Hipotermia selectiva	Asfixia cerebral	Alteraciones metabólicas, alteraciones de coagulación, hipotensión, hipotermia severa, lesiones en cuero cabelludo
dilisis	Falla renal, intoxicaciones	Infecciones, trastornos metabólicos

El médico y el equipo de salud tomarán todas las medidas y precauciones necesarias para prevenir estas complicaciones, sin embargo no son siempre evitables, y los
De acuerdo con la Ley 66 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e informada

beneficios son mayores que los riesgos. Es importante que sepa que existen otros procedimientos que pueden ser necesarios, y que también hay otras complicaciones. Su médico le explicará cualquier duda que tenga.

9. La infección asociada a la atención en salud es un riesgo, a pesar de todas las medidas preventivas, en todo paciente hospitalizado, más aún en el crítico.

10. Se me ha explicado el diagnóstico y las complicaciones propias de su condición neonatal. Aún el mejor estudio y tratamiento no puede asegurar la ausencia de complicaciones y/o la recuperación integral de la salud de su hijo. La evolución dependerá de las circunstancias específicas de cada caso clínico.

Panamá, ____ de _____ de 20 ____

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad de ingresar al menor y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización de los procedimientos necesarios para la atención del niño/a		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo		
Nombre del médico tratante	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 66 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e informada

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 72 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO: COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL



**HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL**

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO: COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Llamamos vía central a los catéteres venosos cuya extremo se localiza en una vena del tórax o del abdomen.

Existen 4 accesos a venas centrales:

1. Venas subclavias, debajo de las clavículas.
2. Venas yugulares, en el cuello.
3. Venas femorales, en las ingles.
4. Venas de la flexura del codo.

La canalización se hace bajo anestesia local o general, localizando la vena con una aguja gruesa a través de la cual se introduce una guía, sobre la que se avanza el catéter. Colocado el catéter, se fija mediante suturas.

En caso de que los familiares/tutores no estén presentes pero el procedimiento tenga que realizarse como urgencia porque pelagra la vida del paciente este consentimiento será firmado posterior al procedimiento.

Panamá, ____ de _____ de 20__

BENEFICIOS Y MOTIVOS PARA HACERLO	RIESGOS Y COMPLICACIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Imposible canalizar venas periféricas por ser muy finas o frágiles. 2. Infundir sustancias irritantes de las venas (nutrición artificial, quimioterapia, antibióticos, etc) que en una vena mayor se diluyen pero que dañan las venas pequeñas. 3. Es necesario realizar medidas de presión venosa central en las venas del tórax (monitoreo). 4. Administrar medicamentos que tienen efecto sobre la presión arterial y el funcionamiento del corazón. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangrado venoso y hematoma 2. Punción accidental y sangrado de la arteria próxima a la vena canalizada (subclavia, carótida o femoral) 3. Infección del punto de acceso o del catéter 4. En la vena subclavia, y a veces en la yugular, neumotórax (punción del pulmón y acumulación de aire entre el pulmón y la pared torácica); suele precisar la colocación de un tubo de tórax. 5. Mala posición del catéter que requiera una recolocación. 6. Dificultad para canalizar la vena, en cuyo caso se cambia el sitio de acceso a la vena y/o de médico.

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad del procedimiento y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización del procedimiento necesario para la atención del niño/a.		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.		
Nombre del médico que realizará el procedimiento	Firma y sello	

NOTA: Recomendamos que de no encontrarse presentes familiares o tutores del paciente se deje constancia de ello y firmen dos (2) testigos dando fe.

Existen casos en los que la canalización de una vena central es imprescindible en el manejo de un paciente grave con una patología que pone en peligro su vida. En este caso el catéter tendrá que ser colocado a pesar de que los familiares se opongan, ya que la ley de derechos y deberes del paciente faculta al médico a tomar esta decisión.

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e Informada

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e Informada

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 73 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO: TORACOCENTESIS Y TORACOTOMÍA CERRADA



HOSPITAL DEL NIÑO
DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO: TORACOCENTESIS y TORACOTOMÍA CERRADA

La toracocentesis consiste en la extracción de líquido (derrame pleural) o aire (neumotórax) del espacio pleural. El procedimiento se puede realizar en la cama del paciente. En algunos casos se realiza guiado por ecografía. Previamente se inyecta anestesia local en el punto de punción y se administra sedación endovenosa para evitar molestias a lo largo del procedimiento.

A continuación se introduce una aguja en la pleura para extraer líquido o aire. En ocasiones puede ser necesario realizar una toracotomía cerrada que consiste en realizar una incisión (pequeño corte en la piel) para colocar un tubo de plástico (tubo pleural) en el interior de la pleura que permita la salida del líquido o aire cuyo caso deberá mantenerse ese tubo durante varios días.

Ocasionalmente puede ser necesario volver a colocar el tubo de plástico (tubo pleural).

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO.

- Disminución de la dificultad respiratoria
- Obtención de muestra para determinar el germen (bacterias, virus, hongos) y estudio del líquido pleural para descartar otras enfermedades
- Disminuye las complicaciones del proceso infeccioso (neumonía)
- Recuperación más rápida

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

- Hematoma (moretón) localizado en la zona de punción.
- Dolor leve que puede ser manejado con analgésicos (acetaminofén)
- Obstrucción o retiro accidental del tubo de plástico (tubo pleural) y sería necesario volver a colocarlo
- Neumotórax por entrada de aire al espacio pleural.
- Mareo durante el procedimiento.
- Lesiones de arterias o nervios
- Lesiones de diafragma y otros órganos como hígado, bazo, corazón

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada

En ocasiones, la toracocentesis y/o la toracotomía cerrada es imprescindible en el manejo de un paciente grave con una patología que pone en peligro su vida. En este caso el tubo de plástico (tubo pleural) tendrá que ser colocado a pesar que los familiares se opongan, ya que la ley de derechos y deberes del paciente faculta al médico a tomar esta decisión.

Panamá, ____ de _____ de 20__

Nombre del paciente	Cédula o registro	Sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad del procedimiento y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. En tales condiciones autorizo la realización del procedimiento necesario para la atención del niño/a		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo		
Nombre del médico que realizará el procedimiento	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 68 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 74 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO: PUNCIÓN LUMBAR



HOSPITAL DEL NIÑO
 Doctor JOSÉ RENÁN ESQUIVEL

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO: PUNCIÓN LUMBAR

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido el menor y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicar todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con el médico todas las dudas que tenga. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que le podamos realizar dicho procedimiento. Además le informamos que de no estar de acuerdo pero la indicación médica de hacerlo es indispensable para el manejo del menor el procedimiento será realizado conforme dicta la ley de los derechos del niño. Cuando se decide realizar, el médico ha tomado todas las precauciones relacionadas a riesgos potenciales.

PROCEDIMIENTO: La técnica denominada PUNCIÓN LUMBAR consiste en un procedimiento para la extracción de una muestra de líquido de la médula espinal para su análisis (líquido cefalorraquídeo). Dicho procedimiento se realizará de la siguiente forma: con el paciente acostado de lado o sentado con las rodillas dobladas hacia el abdomen y la barbilla apoyada contra el pecho, una parte de la columna lumbar será limpiada con material antiséptico, aplicando en la zona de punción una pequeña cantidad de anestésico local.

A continuación se insertará una aguja muy delgada en la columna lumbar, usualmente entre el 3° y 4° espacio. Durante el procedimiento el paciente debe permanecer inmóvil, en la postura que le coloque el personal médico. Una vez obtenido el líquido, se procederá a la recogida de muestras, tras lo cual se procederá a la retirada de la aguja.

CONSECUENCIAS SEGURAS: ¿Por qué es necesario el examen? Usted puede necesitar una punción lumbar para averiguar si tiene uno o más de los siguientes procesos: Una infección como meningitis, un absceso, ó sífilis, brucelosis, H.I.V., u otras enfermedades infecciosas que afecten al cerebro, sangrado en el cerebro o alrededor del mismo (hemorragias subaracnoideas), algunas enfermedades del Sistema Nervioso, como esclerosis múltiple ó Guillain-Barré.

DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TÍPICOS: Es poco frecuente esperar los siguientes efectos secundarios: dolor de cabeza, calambres o alteración en la sensibilidad de las piernas, reacciones alérgicas por la inyección del anestésico local, sangrado en el canal medular. Puede ocurrir que por la morfología ósea de la columna, la punción sea difícil de realizar, pudiendo precisar de varios intentos, incluso en ocasiones es imposible de realizar. Todos estos efectos secundarios o complicaciones, son potencialmente reversibles.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: En algunas ocasiones un tratamiento empírico a base de antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, y otros, pueden en ocasiones aliviar los síntomas, pero esto no lleva al diagnóstico de la enfermedad, el no realizar el

De acuerdo con la Ley 60 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e Informada

procedimiento puede retrasar tanto el diagnóstico como el tratamiento, con las consecuencias para el paciente que pueden ser mortales.

Panamá, ____ de _____ de 20 ____

Nombre del paciente	Cédula o registro	sala
DECLARO Haber sido informado sobre la necesidad de realizar la punción lumbar al menor y sobre los riesgos y beneficios secundarios a esto. Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y el riesgo. En tales condiciones autorizo la realización del procedimiento necesario para la atención del niño/a		
Nombre del padre/madre/representante legal	Cédula	Firma
DECLARO Haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo		
Nombre del médico que realizará el procedimiento	Firma y sello	

De acuerdo con la Ley 60 del 20 de Noviembre del 2003, que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y de decisión libre e Informada

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CODIGO: MN-14-01	Página 76 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 21

HOJA DE DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE ACTIVIDADES DE ENFERMERAS Y TÉCNICOS EN ENFERMERÍA

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Departamento de Enfermería Distribución y Control de funciones de la Enfermera (e)

Sala	Fecha			Sala	Fecha			ATENCIÓN DIRECTA			7-3	3-11	11-7	
	7-3	3-11	11-7		7-3	3-11	11-7	7-3	3-11	11-7				
ADMINISTRATIVAS				ADMINISTRATIVAS				ATENCIÓN DIRECTA						
Recibir órdenes				Verificar el funcionamiento de todo el equipo de la sala.				Asistir al médico en procedimientos						
Revisar pacientes y sala.				Revisar que la sala quede limpia y en orden.				Supervisar el aseo de los pacientes, matutino y vespertino						
Reunión matutina para distribuir actividades.				Hacer anotaciones en el expediente clínico (notas de enf., laboratorios tomados).				DOCENCIA E INVESTIGACIÓN						
Realizar pedidos a (Central de Equipo, Laboratorio, Farmacia, Almacén, Terapia Respiratoria).				Asistir a reuniones. Confeccionar registros anecdóticos.				Participar en sesiones clínicas.						
Enviar mensajería (Inter consultas, Rx, Informes).				Aplicar tratamientos especiales.				Orientar al paciente y familiar. Hacer anotaciones en la hoja de docencia de enfermería.						
Pesar Vía(s) conjuntamente con el Médico.				ATENCIÓN DIRECTA				Realizar rondas con objetivos						
Revisar el cumplimiento de las órdenes médicas. Anotar signos vitales				Tomar signos Vitales				Participar en educación. en servicio						
Confeccionar solicitudes de ajustes de dieta y fórmulas.				Atención Integral a pacientes de cuidado.				Promover y colaborar con las investigaciones en enfermería						
Realizar admisiones, transferencias y egresos.				Administrar medicamentos orales e inyectables. Canalizar venas				Asistir a auditorías programadas.						
Realizar recuento de 24 horas y anotar.				Brindar cuidados a pacientes con ostomía.				Planear y coordinar educación para el personal.						
Elaborar turnos del personal				Preparar y revisar pacientes para cirugía, procedimientos especiales y pruebas diagnósticas.				Orientar personal de nuevo Ingreso.						
Actualizar planes de cuidado.				Enviar y recibir pacientes al SOP, Rx, consultas, pruebas diagnósticas a otras instituciones.				Preparar y presentar educación al personal en sala.						
Ordenamiento y cambio de hojas en el expediente clínico.				Obtener muestras para el laboratorio (urocultivo, coprocultivo, exudado faríngeo y otros).				Elaborar murales y material educativo.						
Actualizar lista de dieta y fórmula. Hacer censo diario e informe de 24 horas.				Preparar, administra soluciones parenterales, componentes sanguíneos y anotar.				Personal Responsable						
Supervisar el cumplimiento de las actividades y las anotaciones del Técnico en Enfermería.								Turno	N°	Nombre	Firma			
								7-3						
								7-3						
								7-3						
								7-3						
								3-11						
								3-11						
								3-11						
								11-7						
								11-7						

Firma de la Enfermera: 7-3 _____ 3-11 _____ 11-7 _____

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel
Departamento de Enfermería Distribución y Control de Actividades del Técnico (a) en Enfermería

Sala	Fecha			Sala	Fecha			ACTIVIDADES			7-3	3-11	11-7	
	7-3	3-11	11-7		7-3	3-11	11-7	7-3	3-11	11-7				
ACTIVIDADES				ACTIVIDADES				ACTIVIDADES						
Recibir órdenes				Participar en admisiones, traslado de pacientes (pesar, tomar temperatura, orientar al familiar).				Lavar y llevar el equipo o Terapia Respiratoria						
Reunión matutina para distribuir actividades.				Vigilar el funcionamiento y funcionamiento de escafandros, mascarillas, humidificadores y realizar cambios.				Desconectar y limpiar la nevera los Viernes 11-7 am.						
Tomar Temperatura cada turno y según norma				Pesar a los pacientes a las 6:00 am. Y según norma.				Limpieza, arreglo del cuarto de procedimientos y cocina al finalizar cada turno.						
Llevar y buscar pedido de Central de equipo y maderas de hidratación al laboratorio de leche				Asistir en la canalización de venas, extracciones de sangre, punción lumbar y otros.				Recoger muestras de laboratorio (heces y Orina). Notificar.						
Bajar temperatura por medio físico.				Realizar cambio de posición a pacientes encamados.				Limpieza terminal de la unidad del paciente egresado según protocolo. Confeccionar cartucho de papel mgnla.						
Llevar pacientes a pruebas o procedimientos (fisioterapia, Rx, Consulta externa, Juguetería).				Realizar aseo matutino y bucal.				DOCENCIA						
Realizar aseo matutino general y bucal a pacientes				Limpieza y orden de las paletas y urinales				Confeccionar murales						
Recibir y ofrecer dietas y vigilar la ingesta de los pacientes.				Recoger mamaderas sucias, revisar por objetos punzocortantes, lavarlas y bajarlas al laboratorio de leche.				Participar en actividades educativas /Auditoría						
Recibir y ofrecer las fórmulas y mamaderas de hidratación. Vigilar la ingesta.				Medir diuresis, pesar pañales desechables a pacientes y anotar				Ofrecer charlas asignadas a personal y padres de familia.						
Colocar rótulos según necesidad.				Dejar las succiones limpias y equipadas en cada turno.				Llevar niños a la juguetería y actividades sociales programadas.						
Realizar anotaciones en la hoja de temperatura diaria y evolución.				Mantener el cuarto de ropa limpio y en orden. Equipar el carro de ropa.				Personal Responsable						
Asistir a la enfermera en el aseo del paciente de cuidado.				Limpia y equipar el carro de curaciones y cambiar el equipo estéril cada lunes.				Turno	N°	Nombre	Firma			
Bajar equipo a Central de Equipo.								7-3						
Mantener limpia, ordenada y vestida la unidad del paciente.								7-3						
								7-3						
								3-11						
								3-11						
								11-7						
								11-7						

Firma de la Enfermera: 7-3 _____ 3-11 _____ 11-7 _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 77 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 22

REPORTE DE ACCIDENTES – INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

 HOSPITAL DEL NIÑO Dr. José Renán Esquivel OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE FORMATO DE REPORTE DE INCIDENTES - EVENTOS ADVERSOS			
1. DATOS GENERALES			
Fecha de Notificación:	Hora:	Servicio:	Turno:
2. DATOS DEL PACIENTE			
Nombre del Paciente	N° de identificación / N° de historia clínica	Edad	Sexo F M
Diagnósticos Médicos			
1. 2. 3. 4. 5.			
3. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE - EVENTO ADVERSO			
Fecha del incidente -evento adverso sospechado	Personal de salud que reporta el incidente -evento adverso	Tipo de reporte	
		Primera vez	Seguimiento
SEÑALE EL TIPO DE INCIDENTE – EVENTO ADVERSO			
<input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Infección asociada a la atención de salud <input type="checkbox"/> Complicación anestésica <input type="checkbox"/> Complicación quirúrgica <input type="checkbox"/> Reacción por transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> Error en administración de Medicamentos <input type="checkbox"/> Úlcera por presión		<input type="checkbox"/> Relacionados con la identificación del paciente <input type="checkbox"/> Relacionados a algún procedimiento invasivo <input type="checkbox"/> Medicación/soluciones intravenosas <input type="checkbox"/> Dispositivos y equipos médicos <input type="checkbox"/> Riesgos <input type="checkbox"/> Extracción de muestras <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Otros	
SEÑALE SEGUN EL (LOS) DESENLACE (S) QUE APLIQUE (N)			
<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Enfermedad o Daño que Amenace la vida <input type="checkbox"/> Hospitalización: Inicial o Prolongada		<input type="checkbox"/> Daño de una Función o Estructura Corporal <input type="checkbox"/> Intervención Médica o Quirúrgica <input type="checkbox"/> No hubo daño <input type="checkbox"/> Otros, «Cué!»:	

DESCRIPCIÓN	
DEL INCIDENTE <input type="checkbox"/>	DEL EVENTO ADVERSO <input type="checkbox"/>
¿SE DETECTÓ LA CAUSA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> «Cué!»:	
¿SE RESOLVIÓ EL PROBLEMA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Medidas que se tomaron:	
¿SE LE NOTIFICA A LOS FAMILIARES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL REPORTANTE	
PROFESIÓN O CARGO	

Cara A

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 78 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

INFORME DE ACCIDENTES OCURRIDOS AL PERSONAL DENTRO Y FUERA DE LA INSTITUCIÓN



Hospital del Niño
Doctor. José Renán Esquivel
 Panamá, Ave. Balboa 5, Calle 34

INFORME DE ACCIDENTES OCURRIDOS AL PERSONAL DENTRO Y FUERA DE LA INSTITUCIÓN. Datos Generales del Accidentado

1. Nombre usual de cédula: _____
 2. Tipo de accidentado:
 Paciente: _____ empleado: _____ Particular: _____
 3. Edad: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino: _____
 4. Dirección del Asegurado: _____
 5. Lugar donde ocurrió el accidente: _____
 6. Día y hora del accidente: _____
 7. Hasta que hora laboró el día del accidente: _____

 8. Que ocurrió: _____

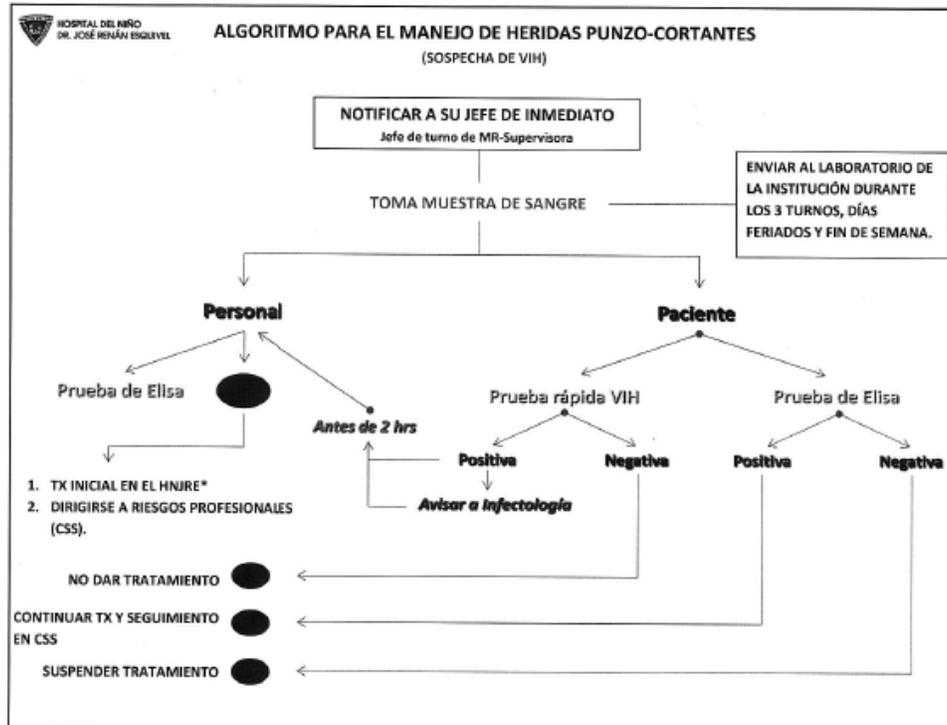
 9. Qué actividad realizaba cuando ocurrió el accidente. _____

 10. Daño sufrido por la persona accidentada: _____

 11. Necesito atención médica inmediata: Si _____ No _____
 12. N° de Cédula: _____ N° de Seguro Social: _____
- Nombre del funcionario _____ Cargo _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 79 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE HERIDAS PUNZO-CORTANTES



- HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL**
- PASOS A SEGUIR EN ACCIDENTES PUNZO-CORTANTES (PERSONAL)**
- PRESIONAR PARA QUE SALGA LA SANGRE Y LAVAR LA HERIDA.**
 - TOMAR MUESTRA DE SANGRE AL PACIENTE Y AL PERSONAL QUE SUFRIÓ EL ACCIDENTE.**
 - Explicar al familiar la razón para tomar la muestra y solicitar la firma de autorización (aplica solo para paciente).
 - Llenar el formulario de VIH y la volante de solicitud de laboratorio de inmunoserología (aplica para paciente y personal).
 - Rotular "ACCIDENTE DE TRABAJO" en la volante de solicitud de laboratorio de inmunoserología (aplica para paciente y personal).
 - LLEVAR LAS MUESTRAS DE SANGRE AL LABORATORIO DE LA INSTITUCIÓN.**
 - En el turno de 7-3 pasar por Epidemiología primero, con los formularios de VIH.
 - NOTIFICAR A JEFES INMEDIATOS Y A LA SUPERVISORA DE TURNO.**
 - BUSCAR EL RESULTADO DEL PACIENTE, ANTES DE TRANSCURRIDAS LAS DOS HORAS POSTERIORES AL ACCIDENTE.**
 - INICIAR TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN CASO DE VIH POSITIVO DEL PACIENTE.**
 - La primera dosis se inicia en la institución en todos los turnos, contactar a la supervisora de enfermería.
 - LLENAR EL FORMULARIO DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y RETIRAR EL FORMULARIO DEL HOSPITAL PARA RECIBIR ATENCIÓN EN EL CUARTO DE URGENCIA DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL.**
 - En el turno de 7-3 en Recursos Humanos y 3-11/11-7/feriados Oficina de Enfermeras. Los médicos internos y externos deben dirigirse al H.S.T.
 - NOTIFICAR A LA CLÍNICA DEL EMPLEADO Y LLENAR REGISTROS EL MISMO DÍA DEL ACCIDENTE.**
 - Si la clínica está cerrada, acudir en horario 7-3 de lunas a viernes.
 - Acudir al servicio de urgencia C.S.S.**
 - Debe retirarse a la Caja del Seguro Social en cuanto tenga resultado del paciente.
 - PORTAR LA TARJETA DE VACUNAS (IMPORTANTE VACUNAS DE HEPATITIS B Y TOXOIDE).**
 - CONTROL EN UN MES EN LA CLÍNICA DEL EMPLEADO.**

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 80 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

AVISO DE DENUNCIA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS



CAJA DE SEGURO SOCIAL
 DIRECCION EJECUTIVA NACIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

AVISO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA

Panamá, ____ de ____ de 20__

El señor _____, con cédula de identidad personal No. _____, ha sufrido lesiones en el desempeño de su trabajo a causa de un accidente o enfermedad profesional ocurrido el día ____ del mes de ____ de 20__, a las ____ (hora).

Agradecemos a ustedes se sirvan atender al trabajador y darle el tratamiento necesario.

Atentamente,

 Firma Autorizada



NOMBRE DE LA EMPRESA:
 PATRONATO HOSPITAL DEL NIÑO

NUMERO DE EMPLEADOR:
 87-822-0156

El uso indebido de este documento será sancionado de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 81 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 23

INFORME DE 24 HORAS



REPUBLICA DE PANAMÁ
 HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.
 Informe Diario de Enfermería en 24 horas.

Fecha: _____ Sala: _____ Censo: _____

Canalización	Inhaloterapia	Sutura	Curaciones	Inyecciones

Nombre y sello de la enfermera /o: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 82 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 24

RETIRO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS



HDN/SMT/2020 **FORMULARIO N° 4**
HOSPITAL DEL NIÑO
DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
RETIRO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Consentimiento informado firmado

Nombre (s): _____ Apellido (s): _____
 Sexo: F__M__ Edad: ____ Peso: ____ Sala: ____ Cama: ____
 N° Cédula: _____ N° Registro: _____ Tipaje: _____
 Fecha: _____ Hora de solicitud (sala): _____

- Hemocomponente solicitado _____
- Unidades Solicitadas _____ Volumen (ml) _____

Nombre del funcionario que solicita: _____
 Cargo del funcionario que solicita: _____
 Firma: _____ Registro: _____
 N° de identificación de la unidad enviada: _____

Responsable de RETIRAR	ENTREGAR
Nombre del Funcionario	Nombre del laboratorista
Cargo del funcionario	Firma del laboratorista
Firma del funcionario	Sello del laboratorista
Hora de retiro: _____	

Nota:
Consentimiento Informado (colocar gancho)
 El responsable de llenar este formulario debe verificar que el consentimiento ha sido firmado para el cumplimiento de la orden médica que indica esta transfusión.
Plaquetas y crioprecipitado
 Se solicita por unidad, no por volumen.
Documento controlado
 Formulario con copia. Una copia debe reposar en el expediente del Paciente y otra en los archivos del Banco de Sangre.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 83 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRANSFUSIONES DE SANGRE Y/O COMPONENTES DE SANGRE


 HDN/SM7/2020
FORM. N° 8
HOSPITAL DEL NIÑO
DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR
TRANSFUSIONES DE SANGRE Y/O COMPONENTES DE LA SANGRE

El personal médico es el autorizado para explicar el siguiente consentimiento para la transfusión de sangre o sus componentes sanguíneos.

INFORMACIÓN GENERAL:

¿Qué es una transfusión de sangre y/o componentes sanguíneos?

- La transfusión es un procedimiento mediante el cual una persona recibe sangre o algunos de sus componentes en el torrente sanguíneo a través de una vena, esta sangre proviene de un donante y se almacena hasta que se necesite.

¿Cuáles son los beneficios de recibir una transfusión de productos sanguíneos?

- Se utiliza para reemplazar la sangre que se pierde a causa de una cirugía, una lesión o por una enfermedad que impide que el cuerpo produzca sangre o algún componente sanguíneo.

¿Cuáles son los riesgos de la transfusión?

- Las transfusiones generalmente son inocuas, pero a veces las personas afectadas presentan reacciones adversas. Estas reacciones pueden ser leves e inmediatas como reacciones alérgicas (urticaria, picazón), reacción febril y otras más graves como reacciones hemolíticas agudas, sobrecarga hídrica, lesión pulmonar asociada a la transfusión, muerte. Y tardías como infecciones.
- Además existe el riesgo de la transmisión de enfermedades infecciosas a pesar de las pruebas serológicas y moleculares realizadas a los donantes por el Banco de Sangre: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV), Hepatitis B, Hepatitis C, Virus Linfotrópico Humano de Células T III (HTLV III), otras infecciones como: Sífilis, Chagas.

Se me ha explicado la existencia del período de ventana que es aquel donde no es posible la detección de estos agentes en los donantes, aún a través de las pruebas de laboratorio que se emplean en la actualidad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- He entendido la información de forma clara y completa sobre las transfusiones.
- Fui informado de la naturaleza del procedimiento, beneficios y riesgos.
- He tenido oportunidad de preguntar para aclarar mis dudas.

Si usted tiene dudas o preguntas no contestadas a satisfacción, **NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO**. Cada vez que se va a realizar una transfusión de sangre y/o componente de la sangre se le presentará este formulario luego de explicar lo que representa el mismo.

CONSENTIMIENTO

Por este medio, el / la abajo firmante, otorga y da **CONSENTIMIENTO** al personal médico para administrar a: _____, con propósitos de tratamiento, la transfusión de: _____, Reconozco que se me han señalado los beneficios razonables esperados, pero no hay una completa seguridad sanguínea ante la transfusión de sangre y / o componente sanguíneo y podrán surgir complicaciones inesperadas tempranas o tardías.

Declaro que he escuchado y comprendido claramente, las explicaciones que me ha hecho el médico tratante, sobre los beneficios y complicaciones, las consecuencias e efectos del tratamiento indicado, y me siento conforme por lo que ante lo siguiente decido:

Si consiento No consiento que se transfunda el o los siguientes componentes de la sangre:

Cara A



_____ Unidad(es) de _____ mL <input type="checkbox"/> _____ Unidad(es) de _____ mL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glóbulos Rojos Empacados (GRE) <input type="checkbox"/> Concentrado de Plaquetas (CP) <input type="checkbox"/> Aféresis de Plaquetas <input type="checkbox"/> Plasma Fresco Congelado (PFC) <input type="checkbox"/> Crioprecipitado <input type="checkbox"/> Aféresis de Células Madre <input type="checkbox"/> Sangre Fresca Completa
---	--

Firmas
Yo he leído este documento y su contenido se me ha explicado. Yo he comprendido el propósito de la transfusión de sangre y/o componentes de la sangre. Libremente otorgo mi consentimiento.

Paciente mayor de 12 años	cédula	firma	fecha
Madre, Padre o Representante legal	cédula	firma	fecha
Cuando se otorgue por sustitución establecida por la ley			
Testigo (si la madre, padre o representante no sabe o no puede leer)	cédula	firma	fecha
Médico Tratante (Registro)	cédula	firma	fecha
Hora:			
Observaciones:			

Nota: Es obligatorio que este consentimiento sea llenado por la madre o padre o su representante legal y el médico que ordena la transfusión; es válido solamente para el evento transfusional expresamente consentido en él.
En casos de extrema urgencia en los cuales la condición del paciente no le permita consentir o sus padres y no se encuentre presente su representante legal, deberá anotarse la situación en la casilla de observaciones y ser firmada por el médico quien asume la responsabilidad ante la urgencia de la transfusión y un testigo quien certifica la urgencia documentada.

Este consentimiento debe permanecer en el expediente clínico del paciente.
Si el paciente es menor de 12 años de edad, o incapaz de firmar o consentir, y los padres (representantes o guardianes), no puedan ser localizados, favor llenar lo siguiente:
Nombre de uno o ambos padres (si son conocidos) y dirección: _____

Nombre del representante legal (si existe): _____
 Nombre del médico (a) que ordena la transfusión: _____
 Firma y sello del médico (a): _____
 Fecha: _____

Testigo: _____
 Cédula: _____
 Fecha: _____

Fecha en que se efectuará la transfusión: _____

Cara B

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 84 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

INFORME DE CONTROL DE TRANSFUSIONES



INFORME DE CONTROL TRANSFUSIONAL			
Datos del Paciente			
Paciente	RUIZ CHIRU, RITA #1 (O)		
Sexo	HOMBRE	Cédula	236177
Servicio solicitante	NEONATOLOGIA		
Destino transfusión	NEONATOLOGIA		
RAI	NEGATIVO		
Diagnóstico	ANEMIA	Grupo	O+
Datos de la Bolsa			
Producto a transfundir	GRE FILTRADO PEDIATRICO (GREFP)		
Número de Unidad	1505101348 C0	Volamen	80
Resultado P. Cruzada	COMPATIBLE	RAI Bolsa	Fecha Cad. 14/07/2016
Fenotipo Donante	C+, E-, D+, e+, K-	Cruzada por:	LIC. OCTAVIO
Fecha de la prueba	12/06/2015	Grupo	O+
Pruebas NO REACTIVAS para: HBsAg, HBeAg, HIVAg/Ab, HCV, Chagas, SÍfilis, HTLV I/II			
Entrega del Componente			
Entregado por:	LIC. OLGA PINTO	Fecha	____ Hora ____ Firma _____
Recibido por:	____	Fecha	____ Hora ____ Firma _____
Responsable: He verificado la siguiente información del Componente Sanguíneo Fecha: _____			
1. Identificación: No, Unidad: _____		Grupo:	____ Rh: _____
2. Número, Nombres y Apellidos del paciente que aparecen en el informe están verificados			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Cómo es la apariencia de la bolsa. Aspecto: Correcto _____ Incorrecto _____ Sistema cerrado			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Signos Vitales:			
Temperatura:	Pre: _____	Post:	_____
Presión Arterial:	Pre: _____	Post:	_____
Frec. Respiratoria:	Pre: _____	Post:	_____
Pulso:	Pre: _____	Post:	_____
Verifica la transfusión:	_____	Firma:	_____ Sello: _____
Registro de la transfusión			
Transfusión iniciada el día: _____ a las _____		Responsable:	_____ Firma: _____
Transfusión finalizada el día: _____ a las _____		Responsable:	_____ Firma: _____
Responsable: Incidencias Transfusionales Fecha: _____			
¿Algún síntoma de reacción transfusional? Fiebre _____ Escalofríos _____ Dolor precordial _____ Rash urticaria _____			
Hemólisis _____ Otros _____			
¿La transfusión fue interrumpida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cantidad Residual _____ ml.			
Observaciones:			
Responsable: _____ Firma: _____ Sello: _____			
Luego de completar toda la información: El original del informe transfusional se guarda en el expediente del paciente y la copia se entrega al banco de sangre junto con la bolsa de la unidad transfundida			



HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 86 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	
	Edición: 1979	
	Revisión N°: Sexta (2021)	
Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisado: Docencia de Enfermería	
Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 26

HOJA DE BALANCE HIDRICO



Panamá, República de Panamá
 PATRONATO DE HOSPITAL DEL NIÑO
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
 CONTROL HIDROELECTROLITICO

Fecha: _____ Registro: _____

Sala: _____ Cama: _____ Nombre: _____

INGRESOS						EGRESOS					
Hora	Comp. Sang	Veno-clisis	Med. Par	Oral/ SNG	Irrigación	SNG	Drenaje	Vómitos	Evac	orina	OBS
7am											
8am											
9am											
10am											
11am											
12md											
1pm											
2pm											
Sub. Total											

TLI en 8hrs: _____

TLE en 8 hrs: _____

INGRESOS						EGRESOS					
Hora	Comp. Sang	Veno-clisis	Med. Par	Oral/ SNG	Irrigación	SNG	Drenaje	Vómitos	Evac	orina	OBS
3pm											
4pm											
5pm											
6pm											
7pm											
8pm											
9pm											
10pm											
Sub. Total											

TLI en 8hrs: _____

TLE en 8 hrs: _____

INGRESOS						EGRESOS					
Hora	Comp. Sang	Veno-clisis	Med. Par	Oral/ SNG	Irrigación	SNG	Drenaje	Vómitos	Evac	orina	OBS
11pm											
12mn											
1am											
2am											
3am											
4am											
5am											
6am											
Sub. Total											

TLI en 8hrs: _____

TLE en 8 hrs: _____

T.24 hrs: _____

T.24 hrs: _____

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 87 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	



**HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO

La hoja de balance hídrico sirve para controlar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente pediátrico, durante un tiempo determinado y contribuir al mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico

.En la parte superior de la hoja se registran los datos generales del paciente: Fecha, número de cédula o Registro, Sala, Cama y Nombre completo del paciente.

Esta hoja consta de:

1. Casillas con horarios para las 24 horas (7am – 2pm, 3pm – 10pm y 11pm – 6am).
2. Dos cuadros donde se registran los ingresos y egresos según horario.
3. En cada turno se registran el subtotal en azul o negro y el total en 8 horas con tinta roja y el gran total de 24 horas con tinta roja.

La enfermera(o) en cada turno cierra el balance así, el turno de 7-3 a las 2pm, el turno de 3-11 a las 10pm y el turno de 11-7 a las 6am y realizara el total en 24 horas.

INGRESOS

- **Hora:** La enfermera(o) anota los ingresos y egresos en horario correspondiente con tinta azul o negra.
- **Componente sanguíneo:** se coloca en tinta roja los hemocomponentes (GRE, plasma, plaquetas y crioprecipitado).
- **Venoclisis:** Anote todas las soluciones preparadas y las reposiciones en tinta negra o azul.
- **Medicamentos parenterales:** La enfermera (o) registra el total de líquidos en que fue diluido el medicamento intravenosos y lo coloca en las casillas, según el horario de la orden médica, con tinta negra o azul.
- **Oral/SNG:** Anote todos los medicamentos, sueros, hidratación y fórmulas ya sea si es oral o por sonda nasogástrica o gastrostomía según orden médica.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 88 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

- **Irrigación:** Se irriga las sondas según orden médica y se anotan en la casilla correspondiente el total de líquido irrigado con tinta azul o negra.

EGRESO

- **SNG:** Se debe medir y registrar el líquido drenado de la succión intermitente y se anota, él total de líquidos en la casilla de observaciones y las características del mismo.
- **Drenaje:** se registra aquella pérdida de líquido por drenajes quirúrgicos (Jackson Pratt, derivación externa) y se anotan en observaciones color y característica.
- **Vómito:** se anota las veces o la cantidad que ha vomitado el paciente durante el turno.
- **Evacuaciones:** se anota las veces que ha evacuado el paciente durante el turno y se coloca la característica según el código de evacuaciones en número de veces o la cantidad en cc.
- **Orina:** se registra la orina en cc y se anota las características. En casos de lactantes se pesa el pañal (pesar primero el pañal limpio y luego el pañal orinado 1cc = 1g).

En la casilla de observación escriba en el horario correspondiente, cuando se omite la sonda nasogástrica, uretral, Jackson Pratt, Porto nut, derivación y algunas características de líquido drenado etc.

Actualizado 2021

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 89 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 27

FORMULARIO DE REFERENCIA DE ENFERMERÍA

SISTEMA DE ENFERMERÍA
COMITÉ NACIONAL DE ENFERMERÍA
FORMULARIO DE REFERENCIA DE ENFERMERÍA

I. Datos Generales:

Fecha: _____ Hospital del Niño
 Servicio y/o Especialidad: _____
 Referido a: - programa Materno Infantil
 Centro de Salud: _____ Policlínica: _____
 Sub. Centros: _____
 Puestos de Salud: _____
 Nombre del Paciente: _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Edad: _____
 Dirección Domiciliar: _____
 Teléfono: _____

II. Datos Hospitalarios

Número del Expediente _____ Seguro Social: _____
 Nombre del Padre: _____
 Nombre de la Madre: _____
 Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____
 Diagnóstico de Ingreso: _____

 Diagnóstico de Egreso: _____

III. Motivo de Referencia _____

Nombre de Enfermería Registro

NOTA: Este documento debe llenarse en original y dos copias. El original se le entrega al paciente, una copia al expediente y la otra se envía a la Oficina de Enfermería. El control se llevará en un cuaderno de registro en cada institución.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 90 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

**INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE REFERENCIA
DE ENFERMERÍA.**

Estimadas (os) colegas:

Solicitamos a usted llenar con letra impresa los datos del paciente en la forma más clara posible, por favor no dejar espacios en blanco.

Datos Generales:

Fecha: Anotar día, mes y año en que se llenó la referencia ejm. (10 de julio de 1993).

Unidad Ejecutora: Anotar el nombre de la Institución donde se realiza la referencia (ejm. C.H Metrop.; H.S.T u otros).

Servicio y/o Especialidad: Indicar el servicio donde estaba hospitalizado el paciente (ejm. Medicina Interna IV Piso/ Sala 15).

Transferido (a): Anotar el nombre de la institución ó programa donde se refiere el caso (ejm. Policlínica Presidente Remón / Programa de Salud de Adultos; Centros de Salud La Pintada / Programa Materno Infantil).

Nombre del Paciente: Anotar el nombre completo del paciente y el podo si lo tiene.

Edad. Anotar años cumplidos.

Cédula: Colocar número de cédula.

Dirección Domiciliaria: Anotar la dirección del paciente y cualquier dato que pueda ayudara localizarlo con más facilidad (ejm. Al lado de la farmacia, iglesia, escuela, supermercado, etc).

Teléfono: Anotar el número de teléfono de su residencia, trabajo o familiar.

Datos Hospitalarios:

Numero del expediente seguro social: Anotar el número del expediente y Seguro Social del paciente.

Nombre del padre y madre: Anotar los nombres de los padres del paciente.

Fecha de Admisión: Anotar el día en que fue hospitalizado, día de estancia número de días que el paciente estuvo hospitalizado.

Diagnóstico estuvo hospitalizado:

Anotar el nombre del diagnóstico con que fue ingresado el paciente y el diagnóstico de egreso.

Datos de referencia:

Refiere a las razones por la que se esta enviando a darle seguimiento al paciente.

Señalar los motivos paciente con tubo de Levin con úlcera de decúbito, parapléjico.

Señalar aspectos de relevancia que gule las acciones de enfermería al efectuar la visita.

	HOSPITAL DEL NIÑO Departamento de Enfermería – Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MN-14-01	Página 91 de 91
	Título: Normas Generales de Atención de Enfermería	Edición: 1979	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°: Sexta (2021)	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Docencia de Enfermería	

ANEXO 28

FORMULARIO PARA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EEVENTOS DE SALUD PÚBLICA

REPÚBLICA DE PANAMÁ MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL - INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA INDIVIDUAL DE EVENTOS DE SALUD PÚBLICA									
I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE									
Cédula			N° de expediente clínico (si no tiene cédula):			Asegurado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre:					Apellido:				
Fecha de Nacimiento		Día	Mes	Año	Edad cumplida		Años	Meses	Días
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Persona responsable: (En menores o discapacitados)							
Dirección		Provincia		Región		Distrito		Corregimiento	
		Comunidad o zona o sector:				Calle:			
N° Casa /Apto:		Teléfonos			Punto de referencia				
Donde se presume ocurrió el contagio:			Residencia: <input type="checkbox"/>	Trabajo: <input type="checkbox"/>	Escuela: <input type="checkbox"/>	Lugar público/privado: <input type="checkbox"/>			
Lugar donde se presume ocurrió el contagio o exposición (sólo si es diferente a la dirección residencial)			Nombre del Lugar:						
Provincia		Región		Distrito		Corregimiento			
Especifique el Lugar									
II. INFORMACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE.									
Diagnóstico:									
Condición:			Ambulatorio <input type="checkbox"/>			Hospitalizado <input type="checkbox"/>			Fallecido <input type="checkbox"/>
Fecha de	Día / Mes / Año			Signos y síntomas			Día / Mes / Año		
Inicio de síntomas									
Hospitalización									
Defunción									
De toma de muestra									
Tipo de Muestra:									
Tipo de caso: Sospechoso <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/>									
Criterio de caso confirmado: Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Nexo <input type="checkbox"/>									
III. DATOS DEL QUE NOTIFICA EL CASO									
Nombre y apellido									
Cargo		HOSPITAL DEL NIÑO "DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL"			Fecha		Día	Mes	Año
Institución					Región				
Teléfono									
Observaciones:									
<small>Nota: Este formulario debe ser enviado al responsable de epidemiología de la instalación de salud, y en su ausencia al director de la instalación; estos a su vez lo enviarán a epidemiología regional, quienes lo notificarán a epidemiología del nivel central del Ministerio de Salud, de acuerdo a las normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica.</small>									
<small>Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Tel: 512-9287/9147; Fax: 512-9377. Correo electrónico: vige@panama.gov.pa</small>									
<small>Departamento Nacional de Epidemiología de la Caja de Seguro Social. Teléfono 503-3513 y 503-3676 Fax: 503-3514</small>									