



CRISTIAN BENJAMÍN SÁNCHEZ GÓMEZ

NOMBRE DEL ALUMNO

INVESTIGACION

TRABAJO

ENFERMERÍA QX

MATERIA

5° CUATRIMESTRE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

GRUPO

LIC. PEDRO

DOCENTE

FECHA DE ENTREGA: 11 DE ABRIL DEL 2021

Cuidados de enfermería al paciente con quimioterapia.

Los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan, van siempre relacionados con los efectos secundarios originados por el tratamiento. En relación al paciente la aparición de efectos tóxicos estará condicionada por el estado general del paciente (físico y psíquico)

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA QT • Náuseas y vómitos • Alopecia • Mucositis • Diarrea o estreñimiento • Extravasación • Mielosupresión (anemia, leucopenia, trombocitopenia) • Cardiotoxicidad • Nefrotoxicidad • Hepatotoxicidad • Neurotoxicidad • Toxicidad pulmonar • Esterilidad o infertilidad de manera transitoria.

PROBLEMA POTENCIAL: náuseas CUIDADOS DE ENFERMERIA: *f* Informar de su aparición, suele ser a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas. *f* Disminuir la ansiedad. *f* Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento (por prescripción facultativa). *f* Después de administrar el citostático se pueden dar al paciente bebidas de cola, tostadas o galletas saladas y progresivamente pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.

PROBLEMA POTENCIAL: vómitos CUIDADOS DE ENFERMERIA: *f* Pueden ser agudos (primeras 24 horas, siendo muy intensos), anticipatorios (antes de la quimioterapia) y retardados (aparecen después de las primeras 24 horas, alcanzando un máximo entre las 48-72 horas y desaparecen al 4º o 5º día, son menos intensos, pero molestos por su duración). *f* Vigilar la deshidratación. Si los vómitos son graves y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación. Habrá que instaurar reposición por vía iv (por prescripción facultativa). *f* Tratamiento antiemético (por prescripción facultativa). *f* Vigilar sobre la persistencia de vómitos severos, dolor o sangrado o cualquier otra anormalidad y registrarlo en la hoja de enfermería. Si existen pérdidas significativas comunicar al facultativo para que valore aportes nutricionales extras. *f* Desaconsejar comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con olores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes y el café o te. Evitar cocinar *f* Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperproteicas pequeñas y frecuentes, líquidos abundantes: sopas, zumos, bebidas energéticas... *f* Dieta según tolerancia y propia experiencia. Comer despacio, masticar bien los alimentos. *f* Ambiente limpio y silencioso, sin olores. *f* Distracciones o técnicas de relajación.

PROBLEMA POTENCIAL: estreñimiento CUIDADOS DE ENFERMERIA: *f* Suele aparecer entre los 5-8 días siguientes al tratamiento. *f* Algunos citostáticos pueden causar estreñimiento, causando un trastorno de la motilidad intestinal. También a veces se produce como consecuencia secundaria del uso de antieméticos. *f* Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal (fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos...), que aumente la ingesta de líquidos y que tome zumo de naranja con aceite o una bebida templada o caliente, en ayunas. Excluir el chocolate y el queso. *f* Aconsejar al paciente que realice ejercicio (paseos) y masaje abdominal (rotatorio, empezando por el lado derecho y con una ligera

compresión). *f* Ocasionalmente puede ser necesario el uso de laxantes, micro enemas o enemas (por prescripción facultativa).

PROBLEMA POTENCIAL: diarrea CUIDADOS DE ENFERMERIA: *f* Se considera diarrea como consecuencia del tratamiento con citostaticos cuando hay 3 o mas evacuaciones liquidas en las 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia con dolor cólico y distensión abdominal. *f* Normalmente aparece: como consecuencia de la utilización a dosis altas de antieméticos, asociada al uso de algunos citostaticos, como consecuencia de una mucositis grave que afecte a la totalidad del tracto gastrointestinal. *f* Valoración de: peso, preferencias dietéticas y ritmo deposicional. *f* Examen y valoración del paciente: estado de deshidratación, presencia de ruidos cólicos o dolor abdominal, frecuencia, consistencia y olor de las heces... Anotar frecuencia y consistencia de las heces. *f* Aconsejar al paciente dietas blanda ricas en carbohidratos y proteínas (pollo hervido, arroz blanco, puré de patatas o zanahoria, manzana asada, plátano); comidas pequeñas y frecuentes; aumentar la ingesta de líquidos (3l/día); desaconsejar dietas ricas en fibras o residuos, alimentos grasos o fritos, alcohol, cafeína, te, refrescos con gas, alimentos muy calientes o muy fríos, ya que estimulan el peristaltismo. *f* Cuando disminuya la diarrea incorporar 2 yogures al día en la dieta para regenerar la flora intestinal. *f* Si la diarrea es severa aconsejar dieta liquida. *f* Administración de antidiarreicos (por prescripción facultativa). *f* Instruir al paciente y a la familia sobre los cambios dietéticos, la medicación necesaria, control de peso y complicaciones que se han de poner en conocimiento del personal sanitario como sangre en heces, signos de deshidratación, distensión abdominal brusca... *f* Aconsejar que se lave la zona rectal después de cada deposición con agua templada y jabón suave, después se debe secar bien la zona

PROBLEMAS POTENCIALES: mucositis y estomatitis CUIDADOS DE ENFERMERIA: *f* Se deberá informar al paciente sobre los distintos efectos de la quimioterapia sobre el tracto gastrointestinal y la boca. Aparece a los 7-14 días de la administración de citostaticos y puede permanecer durante 2-3 semanas. *f* Puede afectar a la cavidad oral y también a parte de la mucosa gastrointestinal. Al prolongarse su presencia durante días puede propiciar la aparición de sobreinfecciones provocadas por hongos y bacterias. *f* Instruir al paciente en el autocuidado: ° Cepillado de dientes suave antes y después de las comidas y usar antisépticos bucofaríngeos. No se debe usar hilo dental. Importancia de una buena higiene bucal. No utilizar pasta de dientes abrasiva. No utilizar enjuagues que contengan alcohol porque resecan la mucosa. ° Usar vaselina para humidificación de los labios. ° Realizar enjuagues de modo preventivo, tras la administración de la quimioterapia, para limpieza de la mucosa con: manzanilla, antiséptico bucofaríngeo, agua bicarbonatada (3/1), agua oxigenada (2/1). ° Según el grado de mucositis se realizaran enjuagues (por prescripción facultativa) y tratamiento.

1. 1. QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA DEFINICION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA INTEGRANTES: SONIA COTA ARROYO PAOLA MAMANI DAVID
2. 2. QUIMIOTERAPIA La quimioterapia es una técnica terapéutica que consiste en la administración de sustancias químicas para el tratamiento de una enfermedad.

Actualmente es uno de los métodos terapéuticos más empleados en el tratamiento del cáncer, usando para ello una amplia variedad de fármacos antineoplásicos.

3. **3. COMO FUNCIONA LA QUIMIOTERAPIA** Los medicamentos quimioterapéuticos destruyen las células cancerosas o evitan que se dividan al impedir que se multipliquen y diseminen. Las células cancerosas tienden a crecer y dividirse muy rápidamente de forma descontrolada y sin orden. Debido a que se multiplican tan aceleradamente, algunas veces las células cancerosas se desprenden del tumor original y se desplazan a otras partes del cuerpo. La quimioterapia debilita y destruye las células cancerosas en el sitio del tumor original Y en todo el cuerpo.
4. **4. TIPOS DE QUIMIOTERAPIA** La quimioterapia no suele ser el único tratamiento del cáncer, ya que se suele combinar con cirugía y radioterapia, modalidad que se llama tratamiento combinado o multidisciplinar. Según la finalidad y la combinación farmacológica, se distinguen los siguientes tipos de quimioterapia: • Curativa • Paliativa • Adyuvante • Neoadyuvante o de inducción
5. **5. OBJETIVOS DE LA QUIMIOTERAPIA** • Elimina el cáncer (curación) • Evitar que el cáncer se propague. • Retardar el crecimiento del cáncer(control) • Destruir las células cancerosasque pudieran haberse propagado a otras partes del cuerpo desde el tumor original. • Aliviar los síntomas del cáncer(paliación).
6. **6. QUIMIOTERAPIA CUIDADOS DE ENFERMERIA**
7. **7. CUIDADOS DE ENFERMERIA** • Administrar de forma eficaz y segura el tratamiento prescrito. • Prevenir y controlar complicaciones. • Ayudar al paciente y su familia a comprender el proceso de tratamiento **OBJETIVOS**
8. **8. CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTES DE LA QUIMIOTERAPIA** • Valoración ,peso, talla y S.V • Conocimiento del tratamiento. • Selección del acceso vascular. • Premedicación . **ADMINISTRAR DE FORMA EFICAZ Y SEGURA EL TRATAMIENTO PRESCRITO**
9. **9. CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA ADMINISTRACION** • Disminuir el riesgo de flebitis y extravasación. • Proteger la función renal, vesical y metabólica. • Controlar náuseas y vómitos. • Informar sobre el cansancio. **PREVENIR Y CONTROLAR COMPLICACIONES**
10. **10. ACCESO VASCULAR PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA** • Colocar cateteres de calibre pequeño. • Alternar sitios de punción. • Evitar usar venas engrosadas ,con hematomas o zonas de flebitis anteriores. • Evitar extremidades con circulación comprometida. • Considerar el acceso venoso central. • No colocar en las articulaciones. **PREVENIR Y CONTROLAR COMPLICACIONES**
11. **11. 1.ATENCIÓN A LA TOXICIDAD:** •Hay que conocer los signos de toxicidad del agente quimioterápico que se está usando •Saber y observar que los signos varían de un enfermo a otro •Utilizar tratamientos que contrasten los trastornos menores •Informar de forma anticipada que puede experimentar molestias •Observar las manifestaciones de depresión de la Médula Ósea (Pancitopenia, Leucopenia, Anemia, Trombocitopenia...). El paciente deberá tomar precauciones para no exponerse a infecciones , descansar bien y no tomar aspirinas
12. **12.** •Valorar el estado de la Mucosa Oral. Iniciar un programa de aseo oral para que la boca no sea un medio de cultivo para las bacterias •Vigilar el estado

nutricional del paciente y su equilibrio electrolítico •El paciente puede presentar náuseas, vómitos, anorexia, estomatitis, mucositis... Para ellos hay una serie de recomendaciones: \ Regular la temperatura de los líquidos \ Evitar comidas muy condimentadas \ Dar lo que le apetezca \ Usar un cepillo de dientes blando . Evitar dentaduras mal colocadas \ Gran ingesta de líquidos

13. **13. 2.ATENCIÓN A LA COMUNICACIÓN:** •Dar información adecuada a paciente y su familia, en lugar apropiado, sin prisas y de forma relajada •Dar la posibilidad de hacer preguntas, de contar sus preocupaciones, de decir cómo se encuentra física y psicológicamente •No es necesario decirle toda la verdad si el paciente no se encuentra preparado, pero que lo que se diga sea cierto •En la comunicación se exige gran sensibilidad •Tener en cuenta la opinión de la familia
14. **14. 3. APOYO PSICOLÓGICO:** •Valorar el estado de ansiedad, miedo, angustia que el paciente puede estar padeciendo pero la oculta al equipo e incluso a su familia •No pueden ó no les dejan llorar en casa. Sin embargo, en su contacto diario con el enfermería, lo deja entrever y lo hace con ella porque espera una gran disponibilidad de su parte para escuchar y comprender sus problemas
15. **15. RECOMENDACIONES Y ACCIONES** El paciente puede presentar aversión a los sabores. Hay que recomendarle que tome una dieta variada. Debe comer 3 ó 4 horas antes del tratamiento y poco o nada después del mismo. Informarles sobre posibles náuseas ó vómitos, sabor metálico durante la perfusión, amargor. Se pueden producir también cambios en la pigmentación

CUIDADOS DE ENFERMERIA CON PACIENTE CON DOLOR

La multidimensionalidad del dolor implica la necesidad de una intervención interdisciplinar, integral y coordinada entre los diferentes profesionales que forman los equipos asistenciales. Esta es una necesidad siempre pero, en el ámbito de los cuidados paliativos, constituye una exigencia imprescindible para que el esfuerzo asistencial alcance su objetivo último, el bienestar del paciente. En el contexto de la enfermedad terminal y los cuidados paliativos, el dolor constituye un síntoma preponderante, responsable de una buena parte de la pérdida de confortabilidad y de la merma funcional en el paciente. El significado del dolor es diferente para cada persona y situación: disminución de la autonomía, amenaza y sufrimiento, mal pronóstico, muerte cercana, pérdida de la calidad de vida, dependencia, etc. Además, las respuestas del paciente ante el dolor no van a depender únicamente del estímulo nocivo o del daño en alguna parte del cuerpo, si no que factores relacionados con las características personales de cada individuo, experiencias previas y creencias, tanto las propias como las del núcleo social y cultural al que se pertenece, condicionan la respuesta final. En el enfermo paliativo, el dolor no suele ser el único síntoma presente, sino que, habitualmente, se suma a un amplio ramillete sintomático en el que el estreñimiento, la anorexia, la astenia, el

insomnio, la tristeza o la soledad, entre otros, actúan como elementos potenciadores de la percepción dolorosa que precisan ser identificados, evaluados y tratados de manera simultánea. La evolución crónica de los procesos convierte la queja del paciente en un elemento estresante y desgastador que afecta no sólo a los familiares sino también a los profesionales. La “fatiga” de unos y otros facilita una tendencia habitual que implica la minusvaloración de la queja y la desconfianza en la veracidad de la misma. El enfermo se ve abocado a uno de los sentimientos más frustrantes del ser humano, la incompreensión. Este es un punto fundamental en la participación de los cuidados de enfermería del paciente con dolor. El enfermero/a suele ser el profesional más cercano al paciente, tanto cuando se encuentra ingresado como cuando está en su medio domiciliario. Además, también suele ser el profesional más cercano a los familiares, su participación en la educación sanitaria es clave en la modificación de hábitos y conductas, en la transmisión, interpretación y facilitación del cumplimiento de las órdenes terapéuticas y en la identificación de los factores que, derivados del entorno socio-familiar, pueden estar modulando e interfiriendo con el control sintomático que se pretende. Dentro del equipo asistencial, estas cualidades, además de la adecuada formación, integración y participación, deben propiciar que la enfermería asuma un papel clave en el manejo del dolor. Cuidados de enfermería en el tratamiento del dolor: De manera didáctica, los cuidados de enfermería se pueden agrupar en torno a dos niveles fundamentales de participación en el manejo del dolor: Nivel independiente, implica la valoración, planificación y administración de tratamientos de enfermería, fundamentalmente técnicas no invasivas de control del dolor y educación de hábitos para prevenir o disminuir el número de episodios. Nivel interdependiente, junto al resto del equipo multidisciplinar, participando desde su área de formación y conocimientos en la valoración, administración de tratamientos (técnicas invasivas, fármacos, etc.) y seguimiento de la evolución del paciente y del grupo familiar. De una forma práctica, la intervención de enfermería en el dolor implica: • Valorar la experiencia dolorosa, verificando con el paciente: o La localización, o La intensidad, o La cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.) o El inicio y duración del episodio doloroso.

La repercusión, los efectos que ese dolor tiene sobre su calidad de vida y confort, relaciones sociales, familiares, etc.

Valorar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones: o factores que disminuyen el umbral del dolor: la incomodidad, el insomnio, el cansancio, el miedo, la tristeza, la rabia, la depresión, el aburrimiento, la

introversión, el aislamiento y el abandono social. o factores que aumentan el umbral de dolor: el sueño, el reposo, la simpatía, la empatía, la comprensión, la solidaridad, las actividades de diversión, la reducción de la ansiedad y la elevación del estado de ánimo.

EL ENFERMO EN ESTADO DE SHOCK.

El alumno proporciona cuidado de enfermería de calidad en situaciones de enfermedad, aplicando el proceso de enfermería como un instrumento metodológico.

El alumno adquiere la habilidad para realizar los procedimientos y técnicas de enfermería para el cuidado posterior del adulto.

Concepto shock

El estado de choque es un síndrome clínico que se produce como consecuencia de una perfusión inadecuada de los tejidos. Con independencia de la causa, el desequilibrio entre el aporte y las necesidades de oxígeno y sustratos, inducido por la hipoperfusión provoca disfunción celular. El daño celular que se genera debido a este desequilibrio, induce la producción y liberación de modelos moleculares asociados a la lesión y mediadores inflamatorios, los cuales reducen aún más la perfusión debido a cambios funcionales y estructurales en la microvasculatura, ocasionando un círculo vicioso.

Diagnóstico

El diagnóstico puede ser sencillo si existen signos de inestabilidad hemodinámica y es evidente el origen de la pérdida de volumen. Es más difícil cuando la fuente de la hemorragia permanece oculta. Las pérdidas de plasma provocan hemoconcentración y, la pérdida de agua libre, hipernatremia, lo cual podría sugerir la presencia de hipovolemia.

Tratamiento

Para la reanimación inicial, se requiere una reexpansión rápida del volumen intravascular circulante. La restitución de volumen se instituye al administrar con rapidez solución salina isotónica (teniendo la precaución de evitar una acidosis hiperclorémica al faltar el amortiguamiento del bicarbonato y al sustituir un exceso de cloruro) o solución Hartmann (teniendo en cuenta la presencia de potasio y la posibilidad de disfunción renal), a través de un catéter intravenoso grande. El suministrar 2 a 3 litros de solución salina a lo largo de 20 a 30 minutos debe restablecer los parámetros hemodinámicos normales. Si la

inestabilidad hemodinámica persiste, significa que el estado de choque no se ha revertido o hay hemorragia en curso o ambas situaciones. Si la hemorragia continúa, será necesaria la transfusión de sangre. Después de la hipovolemia intensa o prolongada, muchas veces es necesario suministrar algún inotrópico, como noradrenalina, vasopresina o dopamina para mantener la función ventricular, **pero solo después de haber restablecido el volumen sanguíneo**. Si se aumenta la vasoconstricción periférica sin haber sustituido lo suficiente el volumen sanguíneo, se desgastan los tejidos y aparece insuficiencia orgánica. En todos los casos, se administra oxígeno complementario y muchas veces se requiere intubar para conservar la oxigenación arterial.

DEPARTAMENTO QUIRURGICO

: Recibe esta denominación e conjunto de instalaciones hospitalarias cuya finalidad principal es la realización de la intervención quirúrgica. Sus condiciones indispensables son:

- No ser un lugar de paso para ninguna dependencia hospitalaria.
- Estar aislado o separado físicamente de las demás áreas hospitalarias.

Zonas del departamento quirúrgico:

- Esteril: ausencia de microorganismos patógenos o no patógenos.
- Aseptico: ausencia de microorganismos patógenos
- Limpio: zona que teóricamente está limpia
- Sucio: zona contaminada o susceptible de estarlo. Debemos saber que dentro de estos términos o zonas existen distintos grados. En función de la distinción de estas zonas está montada la infraestructura del bloque quirúrgico: Estructura tradicional:

- Quirófano
- Zona intermedia
- Zona de lavado.

Quirófanos: sala de operaciones, es decir es el lugar donde tiene lugar las intervenciones quirúrgicas.

Zona intermedia: espacio situado entre dos quirófanos. Se ocupa de dotar al quirófano del material necesario en la intervención y de recoger este material una vez finalizada la intervención.

Zona de lavado: zona destinada al lavado quirúrgico. Puede estar compartida por dos quirófanos o encontrarse en uno. (para acceder al bloque quirúrgico indumentación especial)

Descripción de las distintas zonas del departamento quirurgico

, para que sirva y de que material disponen:

Zona de lavado

: es el lugar donde el cirujano y sus ayudantes, la/s enfermera/s/instrumentista/s se realizan el lavado quirurgico. Esta zona, por lo general, va provista de agua destilada. La zona donde se encuentra esa agua es de acero inoxidable con grifos accionables a pedal o con el codo. Así mismo esta dotada de gorros quirurgicos, mascarillas quirurgicas, calzas, cepillos para las uñas, manos, brazos y antiséptico. Se comunica a través de una ventana acristalada con la/s sala/s de operaciones correspondientes. Permite el acceso a la sala de operaciones a través de puertas fijas u oscilantes si estas existieran.

Zona de intermedias o despensas interquirurgicas

: son aquellas estructuras que en caso de existir están situadas entre dos salas de operaciones distinguiéndose en ellas una zona de limpio y otra de sucio. Suele estar conectada con la sala de operaciones con sus correspondientes ventanas. Sirve para dotar a la sala de operaciones de todo lo preciso para la intervención (ropa, medicamentos, instrumental...) y para retirar lo que se ha utilizado en la intervención. Consta de sueros, gasas, compresas, paquetes quirurgicos completos, cajas de instrumental, vestimenta de quirófano...

Su cirujano necesita asegurarse de que usted esté listo para su cirugía. Para hacer esto, usted tendrá algunos chequeos y exámenes antes de la cirugía.

Muchas personas diferentes en su equipo quirúrgico pueden hacerle las mismas preguntas antes de la cirugía. Esto es porque su equipo necesita recopilar toda la información que le brinde los mejores resultados de la cirugía. Trate de ser paciente si le hacen las mismas preguntas más de una vez.

GENERALIDADES DEL PROCESO QUIRÚRGICO

Chequeo preoperatorio

Preoperatorio es el tiempo previo a su cirugía. Esto significa "antes de la operación". Durante este tiempo, usted se reunirá con uno de sus médicos. Puede ser su médico cirujano o su médico de atención primaria.

- Este chequeo generalmente debe hacerse durante el mes previo a la cirugía. Esto le da tiempo a los médicos para tratar cualquier problema de salud que usted pueda tener antes de la operación.
- Durante esta visita, se le preguntará acerca de su salud durante años. Esto se llama "tomar su historia clínica". Su médico también le hará un examen físico.
- Si consulta a su médico de atención primaria para su chequeo antes de la cirugía, asegúrese de que el hospital o el cirujano reciban los informes de esta visita.

Algunos hospitales también le solicitarán tener una conversación telefónica o reunirse con el personal de enfermería encargado de la anestesia pre operatoria antes de la cirugía para analizar su estado de salud.

Es posible que usted también se entreviste con su anesthesiólogo la semana antes de la cirugía. Este médico le administrará el medicamento que lo hará dormir y no sentir dolor durante la operación.

La clasificación de los procedimientos quirúrgicos CPS consta de una lista tabular de procedimientos y un índice alfabético de procedimientos. Esta clasificación abarca un sinnúmero de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados en establecimientos de salud e incluye intervenciones en salud tales como procedimientos odontológicos y aquellos realizados fuera del quirófano. Se estructura en base a la anatomía antes que a especialidades quirúrgicas y los capítulos que se describe en el texto en extenso, puede seguir los encabezados de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. La CPS está conformada por categorías numéricas con una extensión máxima de 4 dígitos y eventualmente se habilita un quinto dígito por las características de un sistema de salud particular que requiere aperturas de determinadas categorías, para uso exclusivo de esa jurisdicción. De ser posible, los procedimientos no quirúrgicos se listan de manera separada de los quirúrgicos.

Definición de un procedimiento quirúrgico PQ y procedimiento obstétrico PO Un procedimiento quirúrgico es cualquier manipulación individual, separada y sistemática, sobre o dentro del cuerpo, que puede ser completa en sí, normalmente realizada por un médico u otro profesional de la salud titulado, con o sin instrumentos, para restaurar partes del cuerpo desgarradas o deficientes, extirpar tejidos enfermos o lesionados, extraer cuerpos extraños, asistir en partos o facilitar el diagnóstico. Deben ser realizados

en quirófano, sala de partos o sala de procedimientos y además requieren la administración de anestesia local o general.

Por lo anterior, los PQ y CPO se caracterizan por: - Naturaleza quirúrgica u obstétrica; y/o - Requiere de un especialista entrenado; y/o - Requiere de instalaciones o equipamiento especiales

El orden de las categorías se determina en base a la jerarquía del procedimiento según si el procedimiento es realizado para tratar el diagnóstico principal, para tratar otros diagnósticos o bien son procedimientos diagnósticos/exploratorios relacionados con un diagnóstico adicional del motivo de atención. Todos los procedimientos significativos comprendidos desde el momento de la admisión hasta el egreso pueden ser codificados e incluye aquellos procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Un procedimiento significativo tiene naturaleza quirúrgica, implica un riesgo per se al procedimiento, tiene un riesgo anestésico adicional y demanda instalaciones o equipo o especialista capacitado. La diferencia entre procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, actualmente, es compleja de definir, gracias al advenimiento de intervenciones endoscópicas y radioscópicas. Por ejemplo, realizar una aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido, TAC o intensificador de imágenes, procedimientos percutáneos, angioplastia cardiológica percutánea y procedimientos terapéuticos endoscópicos junto con otros tratamientos que no requieren de grandes incisiones y pueden ser realizados en salas de operación no tradicionales. Cada procedimiento quirúrgico será codificado según la cadena de categorías. Lista tabular de procedimientos Primer nivel: eje por sitio anatómico. La CPQ se estructuró con un eje principal de sitio anatómico. Dentro de cada capítulo, el sitio anatómico se estructura con el enfoque de superior a inferior, o sea de cabeza a dedo del pie. Segundo nivel: eje por tipo de procedimiento. Este eje comienza con el procedimiento menos invasivo hacia el más invasivo. Los ejes de procedimientos estandarizados son: - Examen. - Aplicación, inserción, extracción. - Incisión. - Destrucción. - Escisión. - Reducción (aplicable a procedimientos del sistema osteomuscular). - Reparación