



Resolución Directoral

Lima, 16 de Setiembre del 2013

VISTO:

EL MEMORANDO Nº 00326-2013-SA-DS-HSR-JDE

CONSIDERANDO:

Que, el inciso f) del Artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado por Resolución Ministerial 1022-2007/MINSA, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico es el Órgano encargado de lograr el diagnóstico y análisis organizacional para formular y mantener actualizados los documentos de gestión así como la mejora continua de los procesos y procedimientos de cuyo fin dispone que se debe lograr el establecimiento de los procesos y procedimientos para la organización del trabajo y los recursos;

Que, el Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) del Departamento de Enfermería ha sido elaborado tomando como base la Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Nº 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y sus modificatorias; mediante el numeral 5.6 tiene como finalidad establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de la entidad que logren el cumplimiento de los objetivos y funciones. Precizando en el numeral 5.6.3 que el manual de Procesos y Procedimientos debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información y documentos base para el desarrollo del Plan Estratégico de sistemas de información de la entidad y del sector;

Que, el numeral 5.6.5 literal b) establece que la Oficina de Organización o quien haga sus veces en cada entidad, dará conformidad a las actividades de los procesos y procedimientos que le corresponde desarrollar a las unidades orgánicas y en los casos pertinentes asignará un profesional para la asistencia técnica para el diseño de los procedimientos;

Que, mediante documento de visto el Departamento de Enfermería remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico su propuesta de Manual de Procesos y Procedimientos (MAPRO) para su revisión, evaluación y aprobación;

De conformidad a las funciones de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, consignadas en el inciso f) del Art. 8º de la Resolución Ministerial Nº 1022 que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital;



Con la visación del SubDirector General y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;



T. QUINTANA C.

De conformidad con la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" aprobada por Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, y en uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 426-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Primero.- APROBAR el documento denominado, "**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS**" (MAPRO) del Departamento de Enfermería, el mismo que formara parte de la presente Resolución.

Segundo.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal del Hospital Santa Rosa.

Tercero.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su expedición.



W. GUTIERREZ S



Regístrese, Comuníquese y Archívese


PERU Ministerio de Salud Hospital Santa Rosa
CESAR AUGUSTO DE JADA BECHI
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 26711 R.N.E. 21539


C.C. () Subdirector General
 () Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
 () Departamento de Enfermería
 () Oficina de Comunicaciones
 Archivo
CATB/TOQC/MACC/Nem.

HOSPITAL SANTA ROSA



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



*Lic. LEDDA C. ZELADA LOYOLA
Y Equipo de Gestión*

2013

INDICE

CAPITULO I

Introducción

CAPITULO II

Objetivo del Manual

CAPITULO III

Base Legal

CAPITULO IV

Identificación de los Procesos y Procedimientos agrupados por Unidades



CAPITULO I

INTRODUCCION

El Manual de Procedimientos (**MAPRO**) del Departamento de Enfermería, es un documentos Técnico de Sistematización Normativa que contiene la descripción detallada de los Procedimientos e Instrumentos, que posibilita la garantía de la calidad del cuidado, acorde con los objetivos, política, filosofía, visión, misión de los Servicios de Enfermería de la Institución.

El presente **MAPRO**, se hace imprescindible para que dentro de la Organización Estructural del Hospital exista una Unidad Orgánica que garantice homogeneidad, coherencia, unidad de criterio, unidad de mando y desarrollo individual de profesional de Enfermería, ofertando un cuidado de calidad humano oportuno, por lo que constituye un instrumento acorde con los lineamientos generales del MINSA y un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de nuestra Institución.



CAPITULO II

OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer procedimientos acorde con la dinámica Institucional que oriente la organización del trabajo en los servicios de Enfermería para brindar un cuidado de calidad al usuario

FINALIDAD

Es contar con un documento que describa en forma general los Procedimientos Administrativos y Técnicos que realice el personal Profesional y no Profesional de los servicios de Enfermería, aplicando los principios y métodos Técnicos Normativos en vigencia, con la finalidad de orientar al personal en el desempeño de sus funciones.

ALCANCE

El presente manual es de uso y cumplimiento obligatorio para el personal de Enfermería Profesional y no Profesional que labore en el Hospital "Santa Rosa", cualquiera sea su condición laboral.



CAPITULO III

BASE LEGAL

- Ley N° 2657 - Ley del Ministerio de salud
- Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27669 - Ley del trabajo de la Enfermera
- D.S. N° 0004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del trabajo del Enfermero (a)
- Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA - Aprueba Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional".
- Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
- Resolución Ministerial N° 205-2008/MINSA: Aprueba Cuadro para Asignación de Personal del Hospital Santa Rosa.



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	SERVICIO DE GINECOLOGIA
--	-------------------------

Nota : De ser necesario utilice hojas adicionales

Nº Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígito-órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
01	001 - DE	PRE OPERATORIO INMEDIATO	PRE OPERATORIO INMEDIATO	PACIENTE PROGRAMADO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
02	002 - DE	RAZURADO PRE OPERATORIO	RAZURADO PRE OPERATORIO	PACIENTE RAZURADO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
03	003 - DE	APLICACIÓN DE ENEMA DE LIMPIEZA	APLICACIÓN DE ENEMA DE LIMPIEZA	ENEMA DE LIMPIEZA	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
04	004 - DE	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRE OPERATORIO INMEDIATO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRE OPERATORIO INMEDIATO	PACIENTE PROGRAMADO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
05	005 - DE	VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES	VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES	PACIENTE CON VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
06	006 - DE	CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO	CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO	PACIENTE OPERADO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
07	007 - DE	INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	PACIENTE CON CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
08	008 - DE	FLUIDOTERAPIA	FLUIDOTERAPIA	PACIENTE RECIBE FLUIDOTERAPIA	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
09	009 - DE	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VÍA ENDOVENOSA	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VÍA ENDOVENOSA	PACIENTE RECIBE TRATAMIENTO ENDOVENOSO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
10	010 - DE	ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE MAGNESIO	ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE MAGNESIO	PACIENTE RECIBE SULFATO DE MAGNESIO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013



NºOrden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígito-órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
11	011 - DE	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRANSFUSIÓN SANGUINEA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRANSFUSIÓN SANGUINEA	PACIENTE RECIBE TRANSFUSIÓN SANGUINEA	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
12	012 - DE	COLOCACION DE CATÉTER URINARIO	COLOCACION DE CATÉTER URINARIO	PACIENTE CON CATÉTER URINARIO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
13	013 - DE	OXIGENOTERAPIA	OXIGENOTERAPIA	PACIENTE CON OXIGENO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
14	014 - DE	NEBULIZACION	NEBULIZACION	PACIENTE NEBULIZADO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
15	015 - DE	MASAJE UTERINO	MASAJE UTERINO	PACIENTE SE REALIZA MASAJE UTERINO	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013
16	016 - DE	VENDAJE DE MAMAS	VENDAJE MAMAS DE	PACIENTE CON VENDAJE DE MAMAS	PACIENTE HOSPITALIZADO	LEY N° 27669 R.D.N°043-2013

FECHA...../...../.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	PRE OPERATORIO MEDIATO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 001

PROPOSITO: Preparar al paciente tanto psicológicamente como físicamente antes de la intervención quirúrgica

ALCANCE: Consultorios Externos, Hospitalización, Emergencia, Servicio social

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N°: 1022-2007/MINSA.
Aprueba el MOF del Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de ingresos x 100 / N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Libro de ingresos	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

-RM N° 603-2006/MINSA- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

INICIO:

1. El Médico emite la orden de hospitalización
2. La Enfermera recepciona a la paciente y los registra en el libro de ingresos

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar

C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Recepción del paciente, educación sobre las normas de alimentación, derechos, responsabilidades y autorización para su intervención quirúrgica.
- Participación en el examen clínico, para la elaboración del PAE.



- Educar al paciente sobre su intervención quirúrgica programada, prevención de complicaciones, instrucción de la escala para el manejo del dolor.
- Vigilar frecuencia y característica de la eliminación.
- Reportar eventos importantes.
- Apoyo emocional y espiritual.
- Administración de medicamentos como indicados para optimizar su estado pre- operatorio.
- Preparar la unidad y ubicar al paciente.
- Realizar el control de medicamentos y material quirúrgico que va a llevar el paciente a sala de operaciones.
- FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de hospitalización	Consultorios Externos	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Apertura de cuenta	Oficina de Economía, Servicio Social, Unidad de manejo de seguros públicos y privados	A demanda	Manual

DEFINICIONES:

Son los cuidados que brinda la enfermera a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, esta etapa comprende desde el ingreso del paciente hasta las 24 horas antes de ser intervenido.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

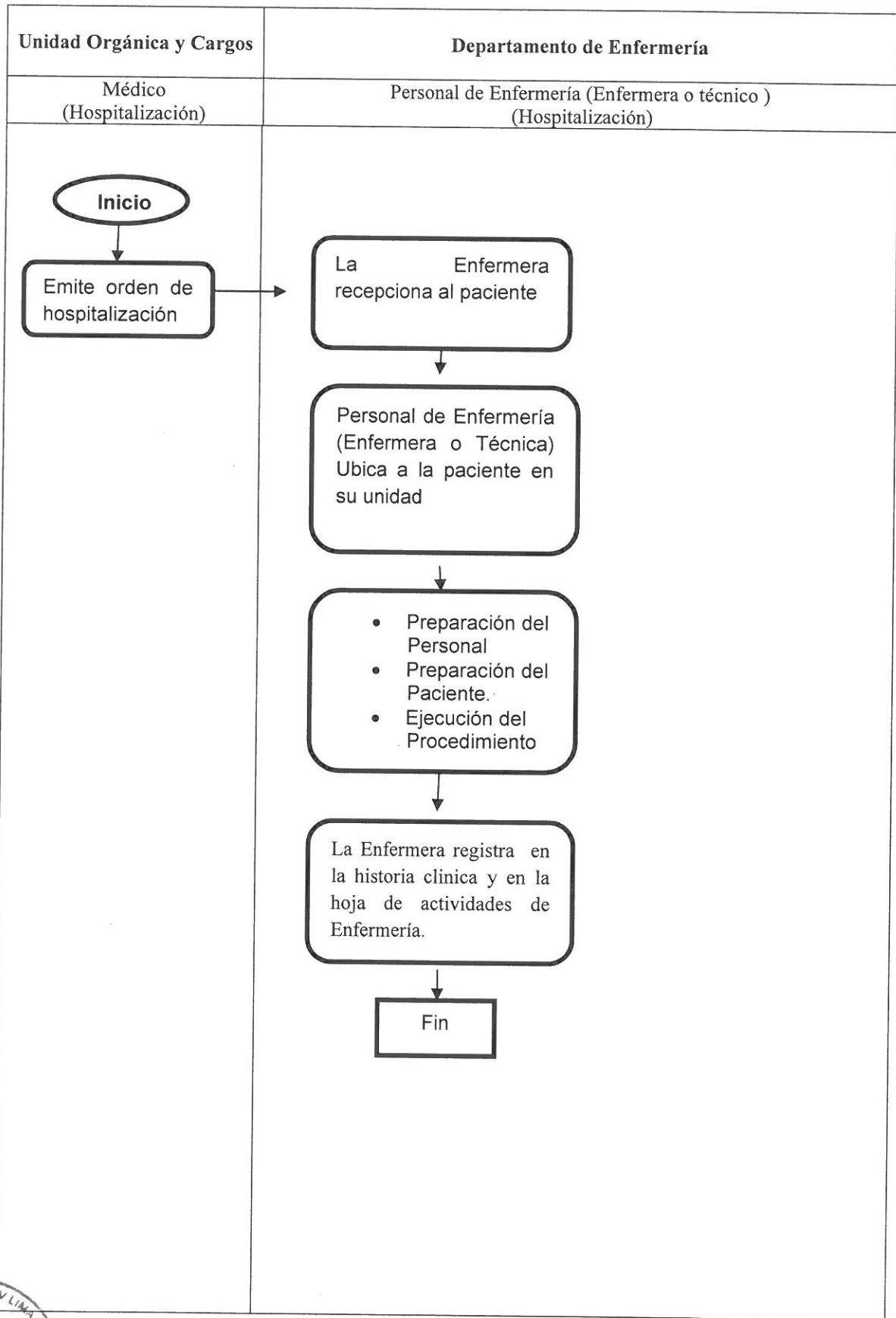
ANEXOS:

1. **Equipos para el Pre operatorio Mediato :**
 - Ropa de cama
 - Rotafolio para la educación
2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	PRE OPERATORIO MEDIATO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RAZURADO PREOPERATORIO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 002

PROPOSITO: Conseguir que la zona de la incisión quirúrgica este totalmente libre de microorganismos (Flora Transitoria)

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N°: 1022-2007/MINSA.
Aprueba el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes rasurados en el pre operatorio x 100 / N° de pacientes hospitalizados x mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- R.M. N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la indicación
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar la programación de cirugías.
 - Verificar material individual de los pacientes.
 - Preparar el ambiente.
 - Lavado de manos.
 - Observar la zona a rasurar.
 - Limpieza de la zona a rasurar con jabón antimicrobiano.
 - Formar abundante espuma para facilitar el rasurado.
 - Recorte del vello largo, previo al rasurado.
 - Iniciar el rasurado evitando cortes e irritaciones.
 - Dejar el área libre de vellos.
 - Enjuagar la zona de piel rasurada.
4. La Enfermera registra el procedimiento
 5. FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Razurado Pre operatorio	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Es el procedimiento que se realiza a pacientes en preoperatorio inmediato aplicando las medidas correctas de higiene, permitiendo la eliminación del vello de la zona que va a ser sometida a cirugía.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:**1. Equipos para Razurado pre operatorio :**

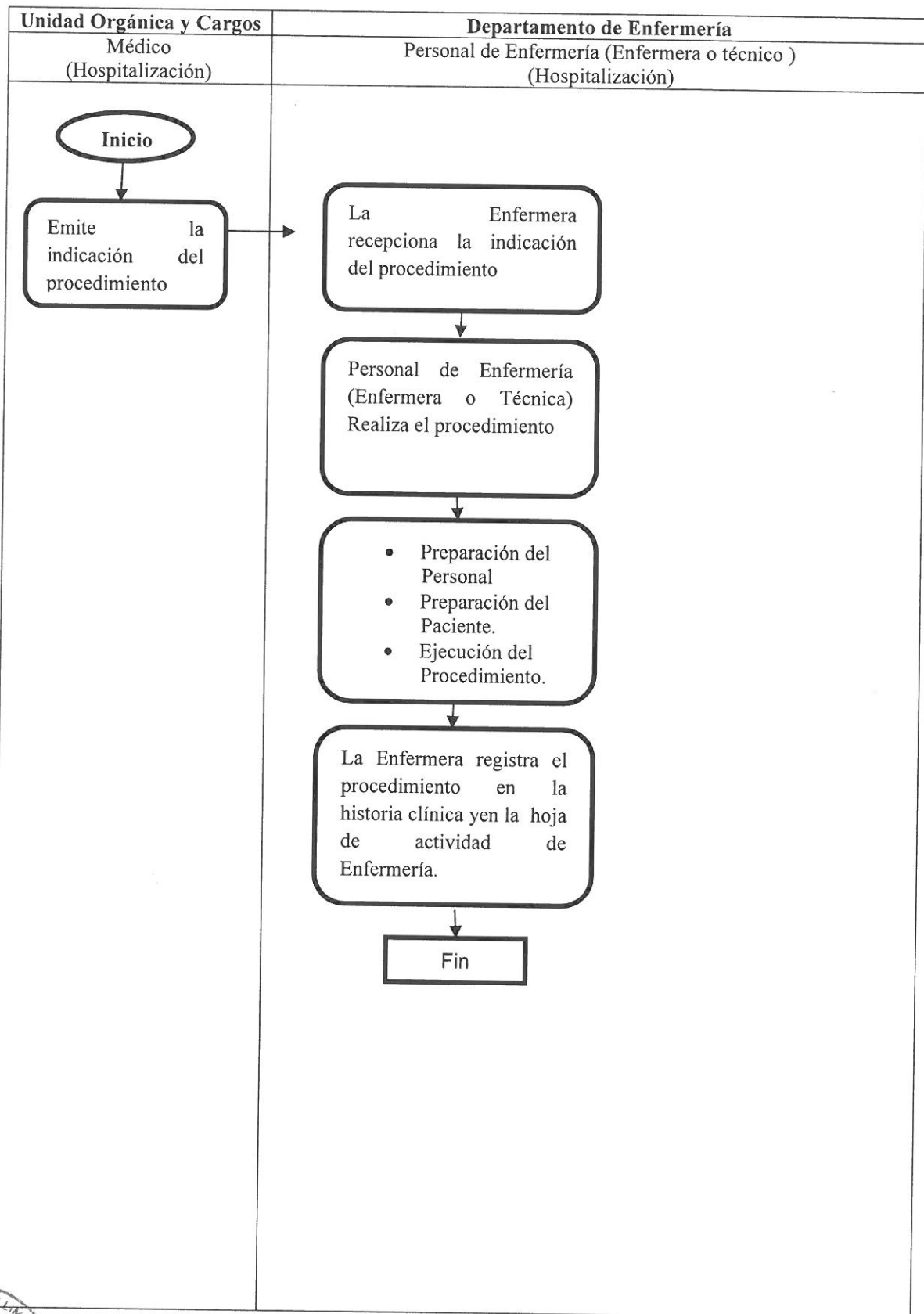
- Guantes limpios
- Torundas grandes de algodón
- Jabón antimicrobiano
- Antiséptico
- Máquina de afeitar
- Hoja de afeitar
- Tijera personal
- Papel higiénico

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
Sub Proceso	RAZURADO PREOPERATORIO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	APLICACIÓN DE ENEMA DE LIMPIEZA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 003

PROPOSITO: Ayudar a la eliminación de heces del colon y recto.**ALCANCE:** Hospitalización

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N°: 1022 – 2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes que se le ha administrado enema evacuante en el pre operatorio x 100 / N° de pacientes hospitalizados x mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), indica el procedimiento.
2. La Enfermera recepciona la indicación del procedimiento.
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento.

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar el material para el enema de limpieza.
 - Identificar al paciente.
 - Recoger el material de la unidad del paciente.
 - Lavado de manos y colocación de guantes.
 - Colocar una cubierta impermeable (hule) por debajo de las caderas del paciente.
 - Acomodar a la paciente en posición de Lateral Izquierdo.
 - Cubrir a la paciente con una sabana para que solo quede expuesta la región rectal.
 - Levante el glúteo superior para exponer el ano y lubricarlo.
 - Oriente al paciente que inspire profundamente e introduzca la solución prescrita.
 - Retire suavemente y descarte, si es necesario aplique presión sobre los glúteos.
 - Indique a la paciente que retenga el enema durante 15 a 20 minutos.
 - Lavarse las manos.
 - Registrar el procedimiento.
 - Verificar la efectividad del enema
- 4. FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Enema de Limpieza	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividad de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES:

Consiste en administrar solución en el recto con el fin de limpiar el intestino grueso de material fecal, por lo general se utiliza aproximadamente de 500 a 1 000ml.El enema estimula el peristaltismo ocasionando la evacuación masiva del contenido intestinal.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:**1. Equipo para Enema de Limpieza:**

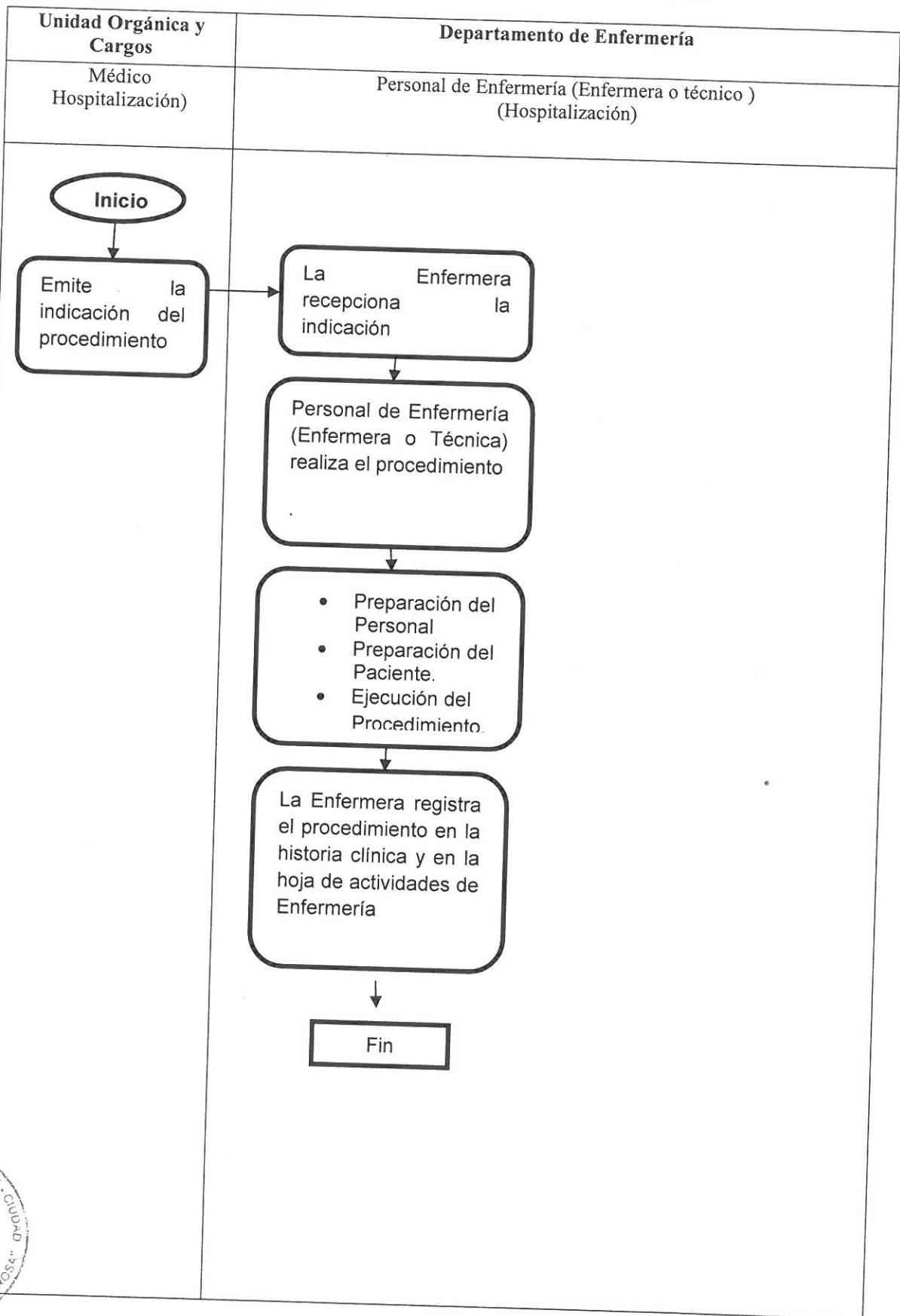
- Solución prescrita
- Lubricante
- Riñonera
- Guantes
- Protector de ropa de cama
- Papel higiénico

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	APLICACIÓN DE ENEMA DE LIMPIEZA



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRE OPERATORIO INMEDIATO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 004

PROPOSITO: Preparar psicológicamente al paciente y familia con el propósito de disminuir el grado de ansiedad y temor con respecto a su intervención.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, Sala de Operaciones

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M.-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes programados x 100 / N° de pacientes hospitalizados x mes	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), indica la orden.
2. La Enfermera recepciona la orden del procedimiento
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Identificar al paciente según programación y verificar que se encuentre en ayuno.
- Control y registro de los signos vitales.
- Revisar el estado de higiene de la zona operatoria, retirar prótesis dental, lentes de contacto, joyas etc.
- Verificar que el paciente haya miccionado.
- Colocación de ropa quirúrgica al paciente.
- Vendaje de miembros inferiores.
- Administración de antibiótico profiláctico pre operatorio según indicación medica.
- Traslado del paciente en camilla a sala de operaciones correspondiente.

4. FIN DEL PROCEDIMIENTO**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación medica	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente programado	Sala de Operaciones	A demanda	Manual

DEFINICIONES:

Son los cuidados de Enfermería previa al acto quirúrgico, horas antes de la cirugía.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

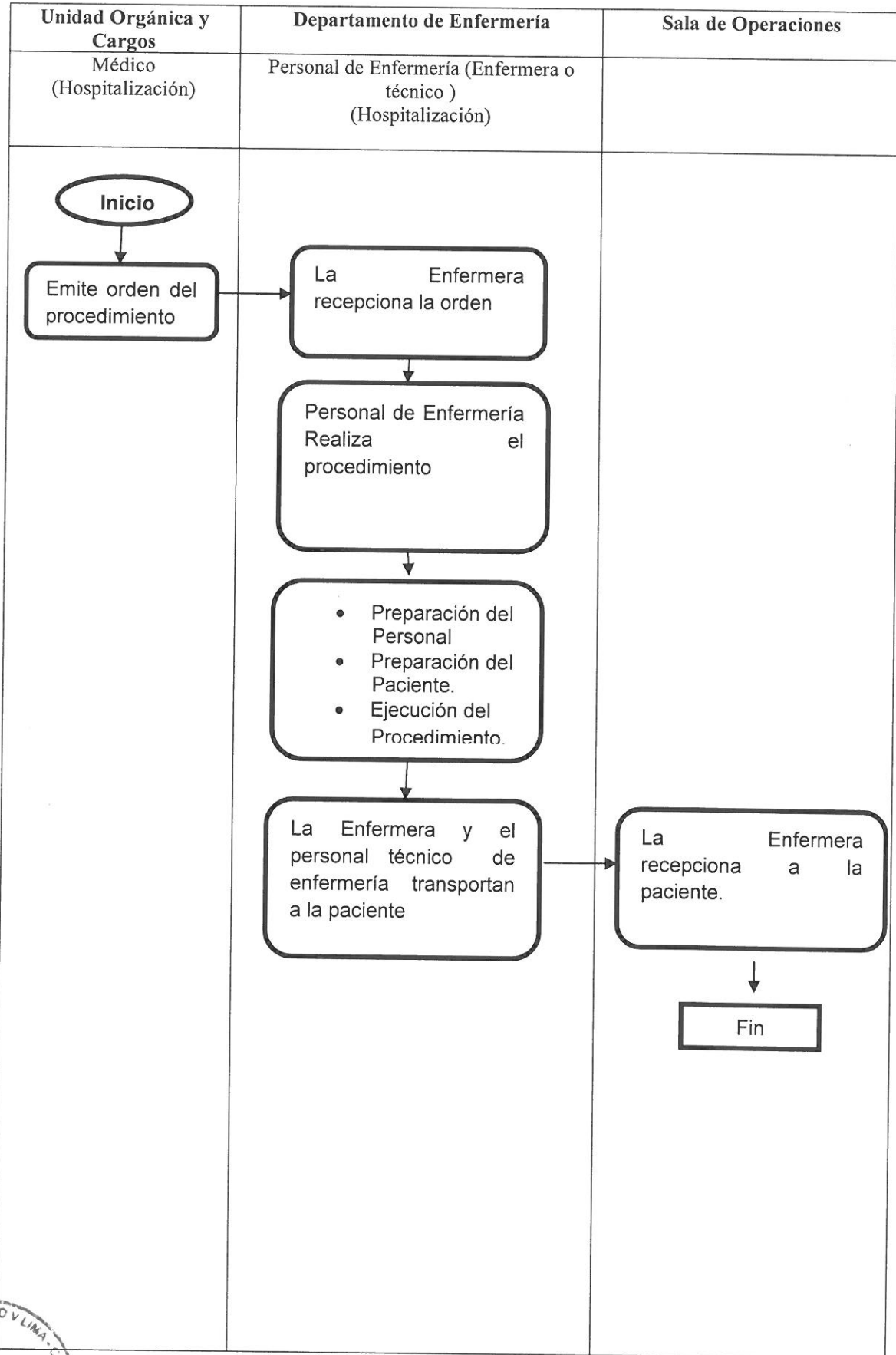
ANEXOS:

- Equipo para el Pre operatorio Inmediato:**
 - Vendas para miembros inferiores
 - Antibiótico profiláctico según indicación medica
 - Vestimenta para sala de operaciones
 - Camilla
- Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRE OPERATORIO INMEDIATO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 005

PROPOSITO: Mejorar la circulación sanguínea, evitar la formación de trombos en miembros inferiores y favorecer el retorno venoso.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes que se realiza vendaje de miembros inferiores en el pre operatorio x 100 / N° de pacientes hospitalizados x mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la indicación.
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Preparar el material.
 - Colocar al paciente en posición supino para facilitar el vendaje, manteniendo los miembros inferiores en flexión.
 - Vendar de la parte distal a la proximal (favoreciendo la circulación de retorno) y de izquierda a derecha.
 - Cada vuelta debe cubrir las 2/3 partes del ancho anterior.
 - Asegurar la adecuada presión del vendaje mediante revisiones frecuentes para detectar posibles alteraciones circulatorias, observando que las falanges estén libres para observar temperatura y color de piel.
 - Cuidar la estética del vendaje.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Vendaje de Miembros Inferiores	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Es el procedimiento que realiza la Enfermera en la colocación de vendaje de miembros inferiores en pacientes con reposo prolongado o que van hacer intervenidos quirúrgicamente.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXO:**1. Equipo para Vendaje de Miembros Inferiores:**

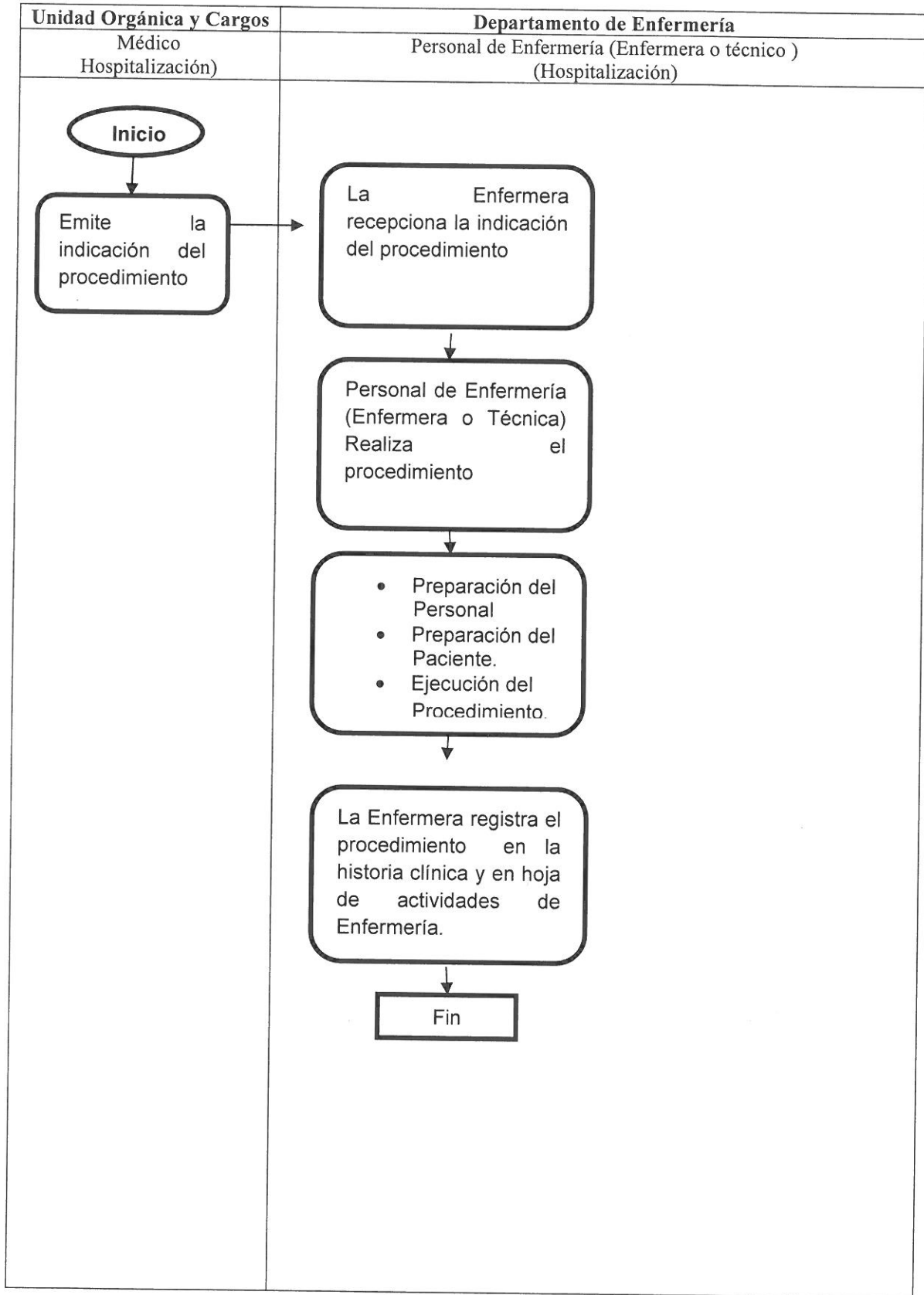
- Dos vendas de 6" para miembros inferiores o mas dependiendo de la contextura del paciente.
- Esparadrapo

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 006

PROPOSITO: Valorar signos de alarma, vigilar el estado del paciente a medida que pasen los efectos de la anestesia ayudando al paciente en su recuperación.

ALCANCE: Hospitalización, Recuperación

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes post operadas x 100 / N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Libro de Ingresos	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Tener preparado la unidad del paciente.
 - Recibir al paciente con la historia clínica correspondiente.
 - Colocar y proteger al paciente en la posición indicada.
 - Mantener la cabecera a 30°, salvo alguna contra indicación medica.
 - Mantener vías respiratorias permeables.
 - Controlar y registra los signos vitales.
 - Valorar el dolor según escala.
 - Realizar la administración de líquidos parenterales y terapéuticos de restitución.
 - Vigilar apósitos de la herida operatoria.
 - Apoyo emocional.
 - Observar signos de alarma en el pos quirúrgico.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTOS**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación Medica	Sala de Recuperación	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y hoja de actividades de Enfermería	Servicio de Ginecología	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Son los cuidados que brinda la enfermera durante las primeras 8 horas de haber sido intervenido. Se inicia una vez concluida la intervención, el paciente es conducido a la sala de recuperación post quirúrgica, donde el equipo especializado controla sus funciones vitales (conciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial, pulso y dolor) de forma continua una vez que se ha estabilizado el estado general de salud el paciente vuelve a su servicio.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:**1. Equipo para el Post Operatorio Inmediato:**

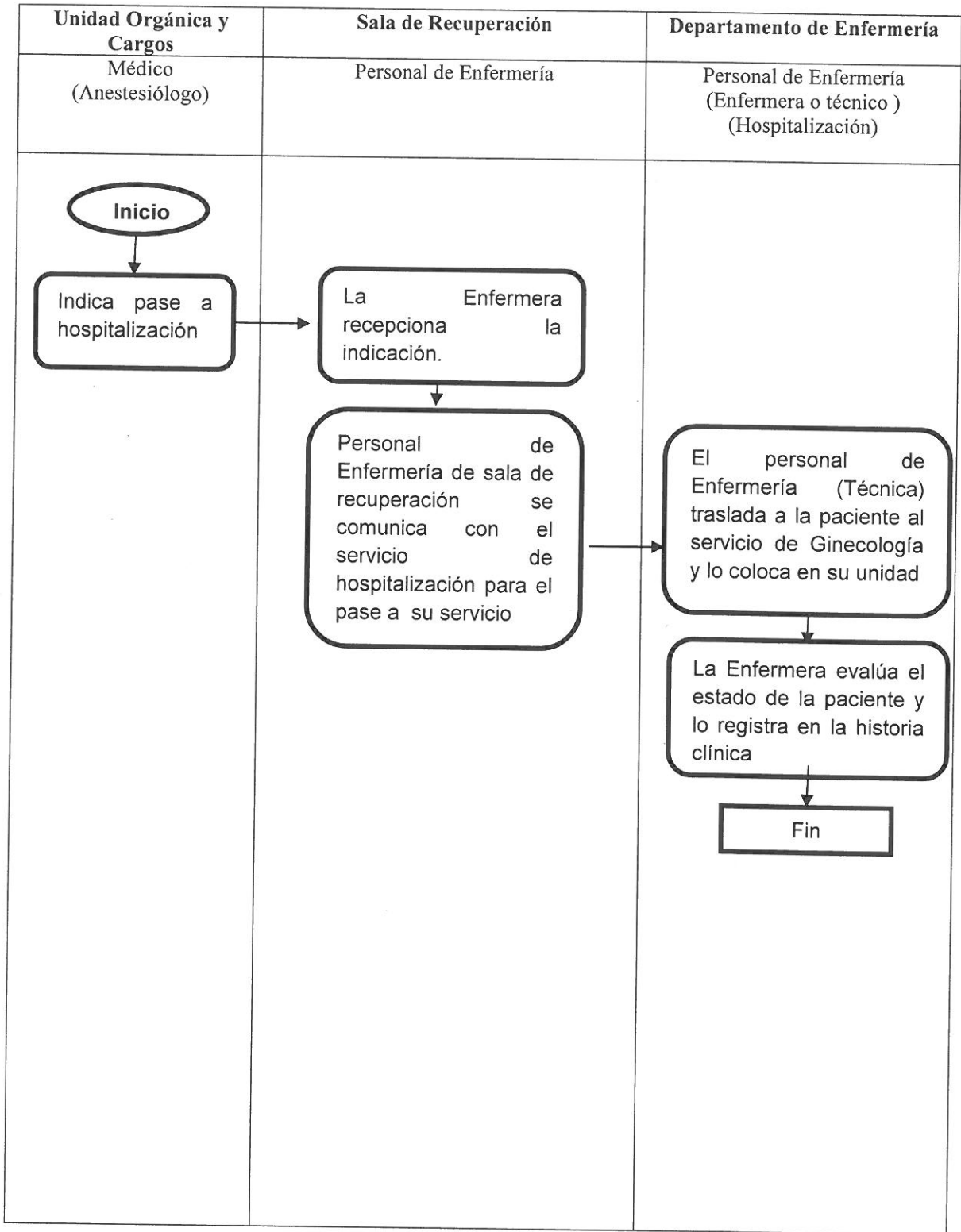
- Estetoscopio
- Tensiómetro
- Riñonera
- Soporte para suero Equipo para infusión intravenosa
- Gasas
- Esparadrapo
- Algodón
- Guantes
- Medicamentos indicados

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST OPERATORIO INMEDIATO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	INSERCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFERICO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE -007

PROPOSITO: Administrar medicamentos y manejo apropiado del tratamiento medico especializado.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, Sala de Operaciones.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con via periferica x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Indicación para el inicio de tratamiento por vía periférica.
- Preparar material y trasladar a la unidad del paciente.
- Mantener la individualidad del paciente.
- Colocar al paciente en posición correcta según la técnica a realizar.
- Lavado de manos.
- Colocarse los guantes.
- En la inserción del catéter periférico se realizara:
 - Seleccionar la vena mas adecuada de acuerdo al estado del paciente
 - Características de la solución a infundir
 - Calibre del catéter.
 - Colocar un campo debajo de la zona de punción.
 - Colocar la ligadura 10 a 15cm por encima de la zona elegida.
 - Aplicar la solución antiséptica en la zona y dejar secar.
 - Coger el catéter con la mano dominante.
 - Desenfundar el catéter
 - Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena no se mueva.
 - Insertar el catéter con el bisel hacia arriba, con el ángulo entre 15 y 30° ligeramente por debajo del punto elegido y en dirección de la vena.
 - Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la guía.
 - Retirar la ligadura y conectar la llave de triple vía con extensión dis al catéter, abrir la llave del goteo y comprobar la permeabilidad. Si se va ha quedar como vía salinizada administrar 5cc de suero fisiológico.
 - Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico.
 - Fijar el catéter y el equipo de infusión con apósito transparente y esparadrapo.
 - Colocar fecha en que se realiza la inserción.
- En el mantenimiento del catéter periférico se realizara:
 - Lavado de manos.
 - Colocarse guantes estériles para los cambios del apósito, cuando este húmedo, manchado, despegado.
 - Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis.
 - Cambiar el sistema cada 48 a 72 horas.
 - Vigilar la zona de punción valorando signos de infección calor, rubor, exudado.
 - Limpiar con antiséptico el punto de punción en forma circular de adentra hacia afuera.
 - Utilizar llave de triple vía con extensión para que la manipulación sea menos traumática.
 - Mantener la llave de triple vía cerrada.
 - Desinfectar las entradas de la llave con antiséptico siempre que se utilice.
 - Evitar las desconexiones con el sistema endovenoso.
 - Mantener el catéter salinizado.
 - Cambiar el catéter siempre que exista flebitis, extravasación, obstrucción o sospecha de infección en el punto de inserción.
- En el retiro del catéter periférico se valorara:
 - Valorar la zona de punción por si presenta signos de infección.
 - Limpiar con solución antiséptica el punto de inserción desde adentro hacia afuera con movimientos circulares.
 - Retirar con suavidad el esparadrapo o apósito transparente con cuidado.
 - Extraer el catéter lentamente sin rosar la piel.
 - Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos.
- Desechar los materiales (equipo, aguja, jeringa, algodón) en el contenedor de objetos punzantes y no punzantes.
- Dejar al paciente en posición correcta con accesos a objetos personales.
- Lavarse las manos.

4. La Enfermera registra el procedimiento

5. FIN DEL PROCEDIMIENTO



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Inserción de Catéter Venoso Periférico	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Es una técnica invasiva que permite disponer de una vía permanente de acceso al árbol vascular del paciente.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:

1. **Equipo para Inserción de Catéter Venoso Periférico:**

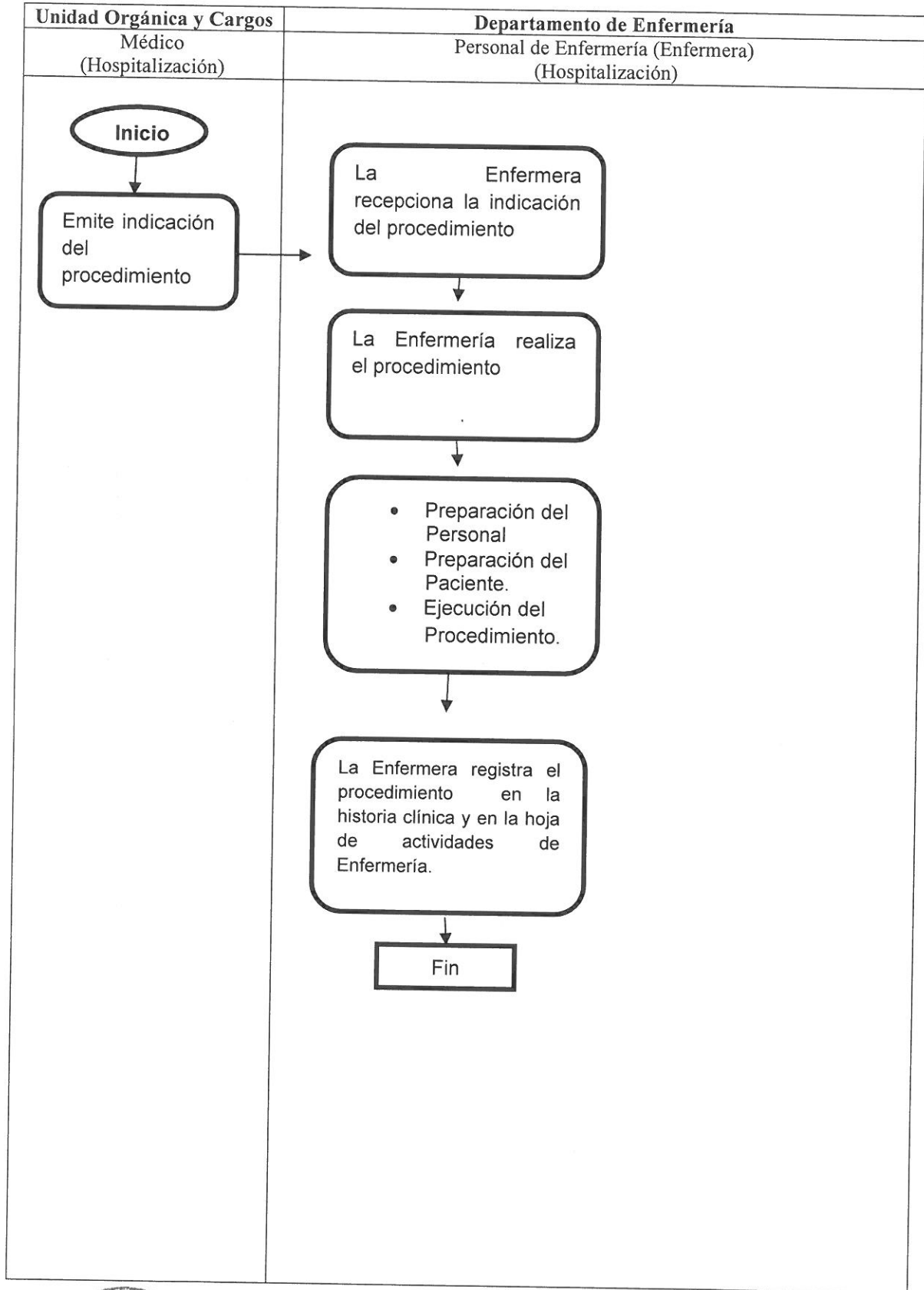
- Catéter intravenoso de diferentes calibres
- Algodón
- Alcohol
- Esparadrapo
- Apósito transparente 6x7
- Extensión dis con llave de triple vía
- Ligadura
- Guantes estériles
- Jeringa de 10cc
- Suero fisiológico
- Solución a perfundir o medicamentos a administrar

2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	INSERCIÓN DE CATETER VENOSO PERIFERICO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	FLUIDOTERAPIA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 008

PROPOSITO: Mantener un estado adecuado de hidratación y de perfusión hística con equilibrio hidro-electrolítico.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, Sala de operaciones, Sala de Recuperación.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con tratamiento de Fluidoterapia x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM. N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.

C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Iniciar la fluidoterapia según indicación medica.
- Mantener la individualidad del paciente.



- Lavado de manos.
 - Trasladar el material a la unidad del paciente.
 - Preparar el material para la infusión:
 - Introducir de forma aséptica los medicamentos prescritos al frasco de la infusión.
 - Comprobar el color y la claridad de la solución intravenosa una vez preparada.
 - Etiquetar la solución con el nombre del paciente, número de cama, hora de inicio y final.
 - Abrir el equipo de infusión manteniendo estéril ambos extremos y clampar.
 - Quitar la cubierta protectora del equipo e insertar en el frasco de infusión.
 - Llenar la cámara de goteo con la solución a un tercio o la mitad de su capacidad.
 - Abrir la llave lentamente permitiendo que el líquido llegue a todo el sistema.
 - Colocarse guantes
 - Canalizar vía endovenosa según procedimiento.
 - Conectar el extremo (estéril) del equipo del al catéter endovenoso de manera aséptica.
 - Abrir el sistema, observar y verificar la permeabilidad del catéter.
 - Ajustar y comprobar el ritmo del goteo prescrito.
 - Fijar el sistema de infusión con esparadrapo para evitar tracción.
 - Recoger el material, retirarse los guantes y lavarse las manos.
 - Controlar funciones vitales e informar cualquier evento adverso al medico.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Fluidoterapia	Servicio de Ginecología Hospitalización	Diaria	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	Diaria	Manual

DEFINICIONES :

Es la administración de líquidos por vía intravenosa en dosis y horarios prescritos a pacientes que se encuentren hospitalizados, ambulatorios o de situaciones de emergencia.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

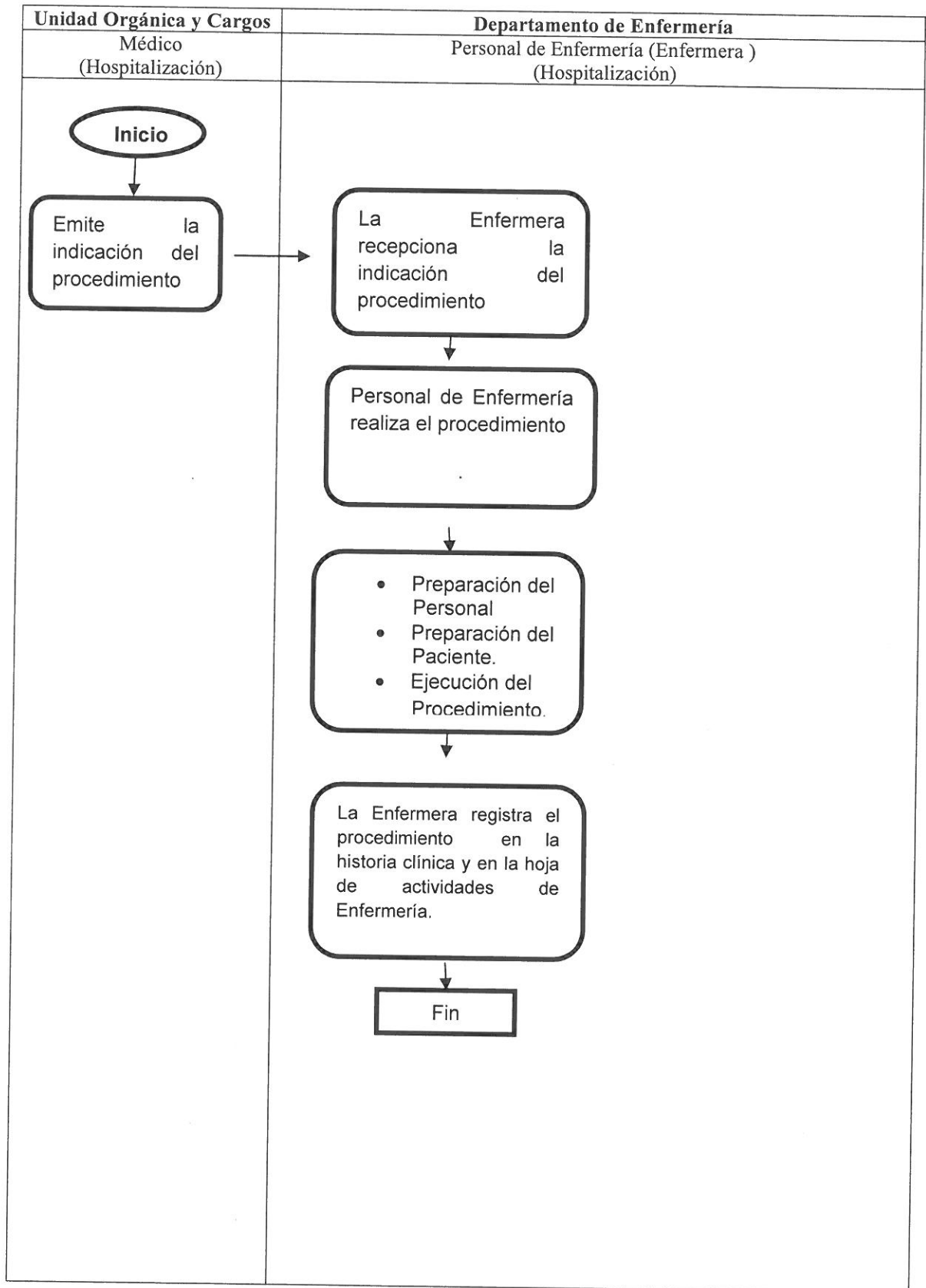
ANEXOS:

1. **Equipo para Fluidoterapia:**
 - Solución para la infusión parenteral
 - Equipo de venoclisis
 - Equipo de bomba de infusión
 - Soporte
2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	FLUIDOTERAPIA



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VÍA ENDOVENOSO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 009

PROPOSITO:	Crear un medio para la administración de medicamentos.
ALCANCE:	Hospitalización, Emergencia.
MARCO LEGAL:	Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o) D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o) RM. Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. RM. N° 1022-2007/MINSA. Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con tratamiento endovenoso x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:
- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:
<p>INICIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica 2. La Enfermera recepciona la orden 3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento <p>A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocarse la mascarilla • Realizar el lavado de manos • Preparación del equipo <p>B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza la preparación Psicológica • Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara. <p>C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la indicación medica. • Mantener la individualidad del paciente. • Lavado de manos. • Trasladar el material a la unidad del paciente. • Verifique los 7 correctos.



- Coloque la jeringa preparada en cubeta estéril.
 - Quite el protector del frasco utilizando la cierra metálica.
 - Desinfecte el tapón del frasco utilizando algodón con alcohol con movimientos rotatorios.
 - El medicamento debe ser administrado de acuerdo al instructivo de cada medicamento de manera específica para su uso y según la especialidad.
 - Tome la jeringa con la mano dominante e introduzca la aguja en el centro del tapón de jebes, apoyando sus dedos en la mano que tiene el frasco.
 - Jale el embolo para extraer la dosis del medicamento.
 - Asegúrese que la punta de la aguja este siempre debajo del nivel del frasco.
 - Los medicamentos cuya presentación es de ampolla aspirar todo el contenido con la técnica adecuada.
 - Ante la presencia de flebitis cambiar inmediatamente la vía.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

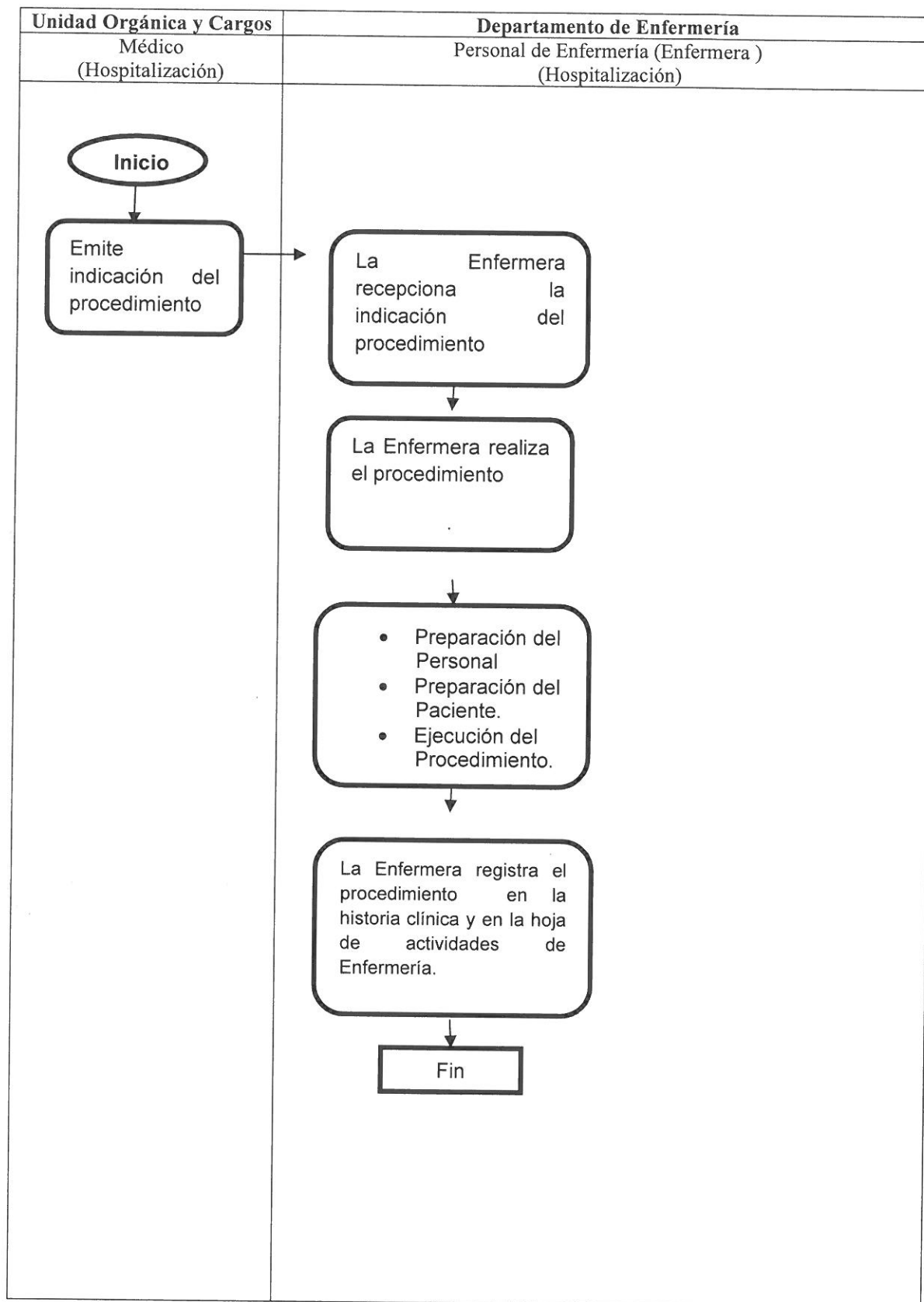
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Administración de Medicamentos Endovenoso	Servicio de Ginecología Hospitalización	Diaria	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	Diaria	Manual

DEFINICIONES : Procedimiento utilizado para aplicar un medicamento o líquido dotado de propiedades terapéuticas directamente al torrente circulatorio a través de una vena. Se utiliza cuando es necesaria la administración urgente de fármacos, así como su administración repetida y rutinaria	
REGISTROS:	Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería
ANEXOS:	
<p>1. Equipo para administración de Medicamentos Vía Endovenoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Cubeta con apósitos estériles para el transporte de jeringas • Torundas de algodón • Jeringas con agujas de diferentes calibres • Guantes estériles • Bomba de infusión • Equipo de bomba de infusión • Equipo de volutrol • Equipo de venoclisis • Soporte <p>2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:</p>	
Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VÍA ENDOVENOSO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE MAGNESIO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 010

PROPOSITO: Evitar que el paciente convulsione.**ALCANCE:** Hospitalización, Emergencia, Sala de Recuperación, UCI

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
 Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
 D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
 Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
 R.M. N° 1022-2007/MINSA.
 Aprueban el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con tratamiento de Sulfato de Magnesio x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara y los posibles efectos adversos.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Lavado de manos.
- Elegir una vena de mayor calibre.
- Canalizar una vía periférica con abocath N° 18 o 20
- Instalar Cloruro de sodio 9/00 con equipo de volutrol
- Agregar 5 ampollas de Sulfato de magnesio diluidas en 50cc de Cloruro de sodio 9/00
- Monitoreo de Presión arterial y frecuencia cardiaca.
- Verificar presencia de reflejos osteo-tendinosos.
- Control estricto de orina/hora (25cc/hora)
- Verificar periódicamente el goteo (20cc/hora)
- Terminado la administración, permeabilizar con Cloruro de sodio 9/00.

4. La Enfermera registra el procedimiento

5. FIN DEL PROCEDIMIENTO**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Administración de tratamiento con Sulfato de Magnesio	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Es la administración de Sulfato de Magnesio (anticonvulsivante) para el tratamiento de pre eclampsia severa y eclampsia.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:**1. Equipo para Administración de tratamiento con Sulfato de Magnesio:**

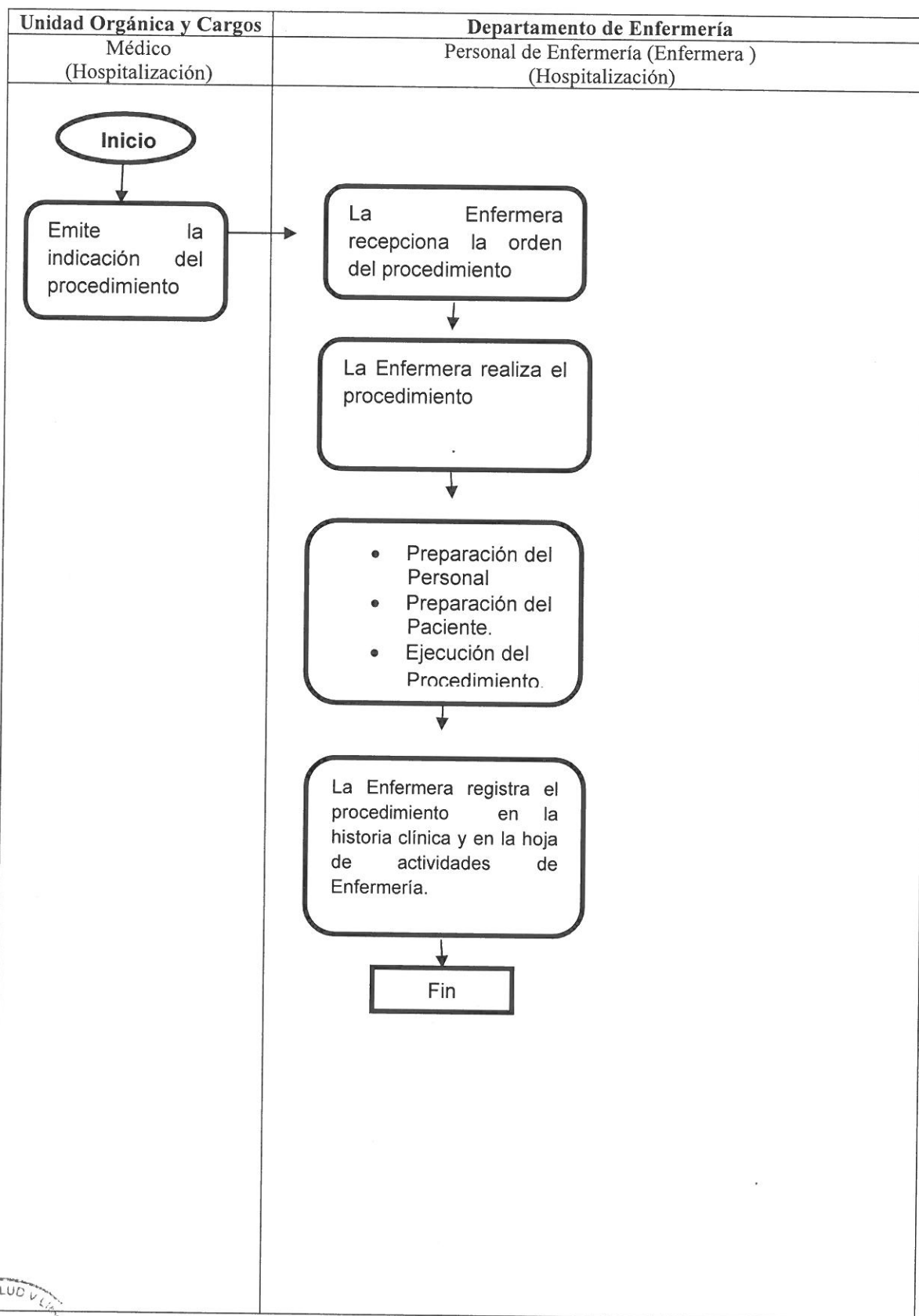
- Cloruro de sodio al 9/00 1 000cc
- Sulfato de Magnesio 05 ampollas de 10gr
- Abocath N° 20 o 18
- Extensión dis con llave triple vía
- Equipo de volutrol
- Equipo de venoclisis
- Jeringa de 20cc
- Soporte

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	ADMINISTRACION DE TRATAMIENTO CON SULFATO DE MAGNESIO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRANSFUSION SANGUÍNEA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 011

PROPOSITO: Mejorar el nivel hemodinámico del paciente compensando el déficit de los componentes de la sangre.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, Sala de Operaciones, Sala de Recuperación.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes que reciben transfusión sanguínea x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara y los efectos que pueda producir.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar la indicación de transfusión.
 - Se toma la muestra de sangre para pruebas cruzadas.
 - El traslado del componente sanguíneo debe ser en recipiente limpio, cerrado envase de cartón duro o envase plástico a una temperatura de 10° C evite la manipulación excesiva.

 - Etapa transfusional:
 - Identificación del paciente
 - Identificación del componente a transfundir
 - Grupo sanguíneo, factor Rh, el tipo de sangre de la etiqueta de la unidad debe ser el mismo que aparece en el formulario de transfusión.
 - Caducidad, la fecha de caducidad de la unidad debe ser verificada para determinar su aceptabilidad.
 - Compatibilidad, los resultados de estas pruebas deben aparecer en el formulario.
 - Orden medica, el tipo de sangre o componente sanguíneo, debe ser cotejando con la orden escrita y firmada por el medico.

 - Velocidad y tiempo de infusión se comienza con el goteo de la transfusión, dejando que fluya la sangre a velocidad mínima.
 - La velocidad de la infusión esta en relación con las indicaciones medicas, el estado cardiaco y hemodinámico del paciente.
 - Si la condición del paciente es satisfactoria el ritmo o flujo de la transfusión se completa dentro de un periodo de 2 – 4 horas como máximo.
 - Vigilancia de la fluidez, es importante vigilar la fluidez de la infusión con la finalidad de evitar lesiones en los hemáties que pueden ocurrir al permanecer a temperatura ambiente mas tiempo del recomendado.
 - Control de signos vitales durante los primeros 15 minutos de administración sanguínea, deben valorar los signos vitales debido a que las primeras reacciones adversas aparecen durante este periodo, igualmente posterior a los 30 minutos y hasta una hora después, con el propósito de evaluar la respuesta del paciente a la transfusión del hemo componente.

 - Etapa Pos transfusión:
 - Involucra las acciones que el personal de Enfermería realiza posterior a la finalización de la transfusión del hemo componente incluye la observación del paciente y el registro de los datos relacionados con la transfusión.
 - Observación del paciente, el personal de Enfermería observara por un periodo no menor de una hora lo que permite valorar la respuesta clínica y detectar la aparición de alguna reacción tardía que pueda aparecer.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Transfusión Sanguínea	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FECUENCIA	TIPO
Orden de Transfusión Sanguínea	Banco de Sangre	A demanda	Manual



DEFINICIONES :

Son los cuidados que la Enfermera tiene en la administración intravenosa de sangre total o de hemoderivados con fines terapéuticos, que requiere un manejo meticuloso de la atención al paciente y la aplicación correcta para prevenir y detectar precozmente.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:**1. Equipo para Transfusión Sanguinea:**

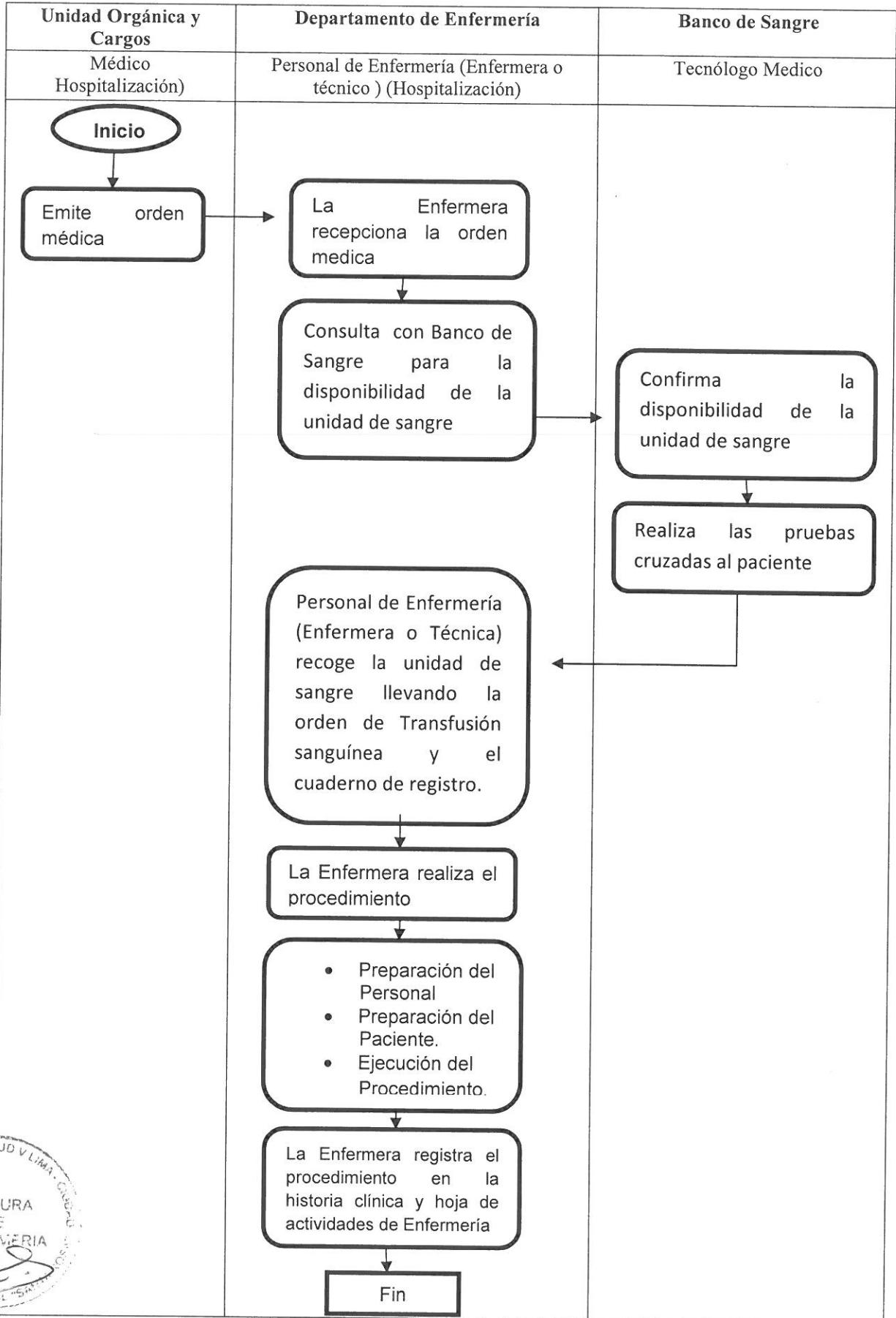
- Estetoscopio
- Termómetro
- Riñonera
- Soporte
- Unidad de sangre
- Equipo para transfusión sanguínea
- Catéter venoso periférico 18 – 20
- Gasas estériles
- Alcohol
- Guantes estériles
- Algodón
- Esparadrapo
- Jeringas
- Oxígeno
- Adrenalina

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRANSFUSION SANGUÍNEA



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	COLOCACION DE CATÉTER URINARIO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 012

PROPOSITO: Acceder a la vejiga del paciente mediante un catéter urinario con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, Sala de Operaciones, UCI.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con Catéter urinario x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- R.M. N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.
 - Explique al paciente el procedimiento de cateterización
 - Posición en la mujer:
 - Ayude a la paciente a colocarse en posición decúbito supino, con las rodillas flexionadas y los muslos rotados hacia afuera.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Prepare un campo estéril
 - Abra junto a la cama un campo estéril y en el coloque el catéter estéril
 - Calce los guantes estériles
 - Vierta la solución antiséptica sobre las torundas de algodón
 - Lubrique el extremo de inserción de catéter con generosidad y colóquelo en un recipiente estéril listo para su uso.
- Percutir y palpar la vejiga para evaluar la retención urinaria
 - Para percutir la vejiga, coloque el dedo medio de una mano con la piel y golpéelo bruscamente con el dedo medio de la otra, si la vejiga esta llena el sonido que produce será mas mate de lo normal.
 - Para palpar la vejiga, deprima la piel mas de 1.3cm por encima de la sínfisis del pubis mediante presión de los dedos de una mano sobre los de la otra.

MUJERES:

- Limpie el meato:
 - Con la mano no dominante, separe los labios mayores con el pulgar y el dedo índice, limpie los labios menores a cada lado, utilizando una pinza y las torundas de algodón empapadas con el antiséptico.
 - Utilice una nueva torunda para cada pasada con movimientos de arriba hacia abajo desde el área púbica al ano.
 - Separe los labios menores con los otros dos dedos siempre con la con la mano no dominante.
 - Exponga el meato urinario de forma adecuada mediante la retracción de los tejidos de los labios menores en dirección superior. Limpie primero desde el meato hacia abajo y luego a cada lado del mismo empleando una nueva torunda para cada paso. Una vez que el meato este limpio no permita que los labios se cierren sobre el.
- Inspeccione el meato:
 - Evalúe cualquier signo, como excoriaciones de los tejidos que rodean al meato urinario, hinchazón del mismo o presencia de flujo alrededor del meato urinario.
- Inserte el catéter hasta que fluya la orina
 - Coloque el extremo de drenaje del catéter en el recipiente de la orina, coja el extremo del catéter con su mano estéril enguantada, sujetándolo a unos 5cm del extremo de inserción.
 - Pida a la paciente que respire profundamente
 - Inserte suavemente el catéter en el meato urinario hasta que fluya la orina, si el catéter encuentra resistencia durante la inserción no lo fuerce.
- Introduzca el catéter hasta llegar a la vejiga e infle el globo
 - Insertar el catéter de 2.5 a 5cm mas allá del punto en el que comenzó a fluir la orina. El globo del catéter queda situado por detrás de la abertura del extremo de inserción y se dispone de espacio suficiente para inflarlo.
 - Infle el globo inyectando el contenido de la jeringa preparada en la válvula del catéter, si el paciente se queja de molestias o dolores durante el inflado del globo retire el líquido e introduzca un poco mas el catéter e infle el globo de nuevo. No introduzca mas liquido de lo indicado y retire la jeringa.
- Asegúrese de que el globo este realmente inflado
 - Tire hacia atrás suavemente el catéter hasta que sienta una resistencia.
- Ancle el catéter
 - Fije el catéter con un esparadrapo no alergénico a la cara interna del muslo en la mujer.
- Establecimiento de un drenaje efectivo
 - Asegúrese de que el orificio de vaciado de la bolsa de drenaje este cerrado.
 - Asegure la bolsa de drenaje al borde de la cama con el gancho o la banda prevista para ello.
 - Mantenga la bolsa por encima del nivel del suelo, pero por debajo del nivel de la vejiga del



- paciente.
- Enrolle suavemente el tubo de drenaje junto al paciente de forma que el resto vaya directamente hacia abajo a la bolsa. Sujete la parte vertical del tubo a las sabanas con el esparadrapo.
 - Realice el lavado de manos.
- Registrar en las anotaciones de Enfermería.
 - Colocar fecha y hora de colocación, tipo, tamaño del catéter, motivo de la intervención, cantidad de ml de líquido utilizado para inflar el globo. Valoración antes y después del procedimiento, incluido cantidad, color y otras características de la orina obtenida, si se ha recolectado y enviado al laboratorio una muestra.
- 4. FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de Catéter Urinario	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

La colocación de catéter es una técnica en Enfermería que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato urinario, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:

1. Equipo para Colocación de Catéter Urinario:

Equipo para aseo:

- Jabón
- Chata
- Guantes descartables limpios
- Papel toalla
- Torunda de algodón
- Solución desinfectante
- Agua tibia

Equipo para cateterización:

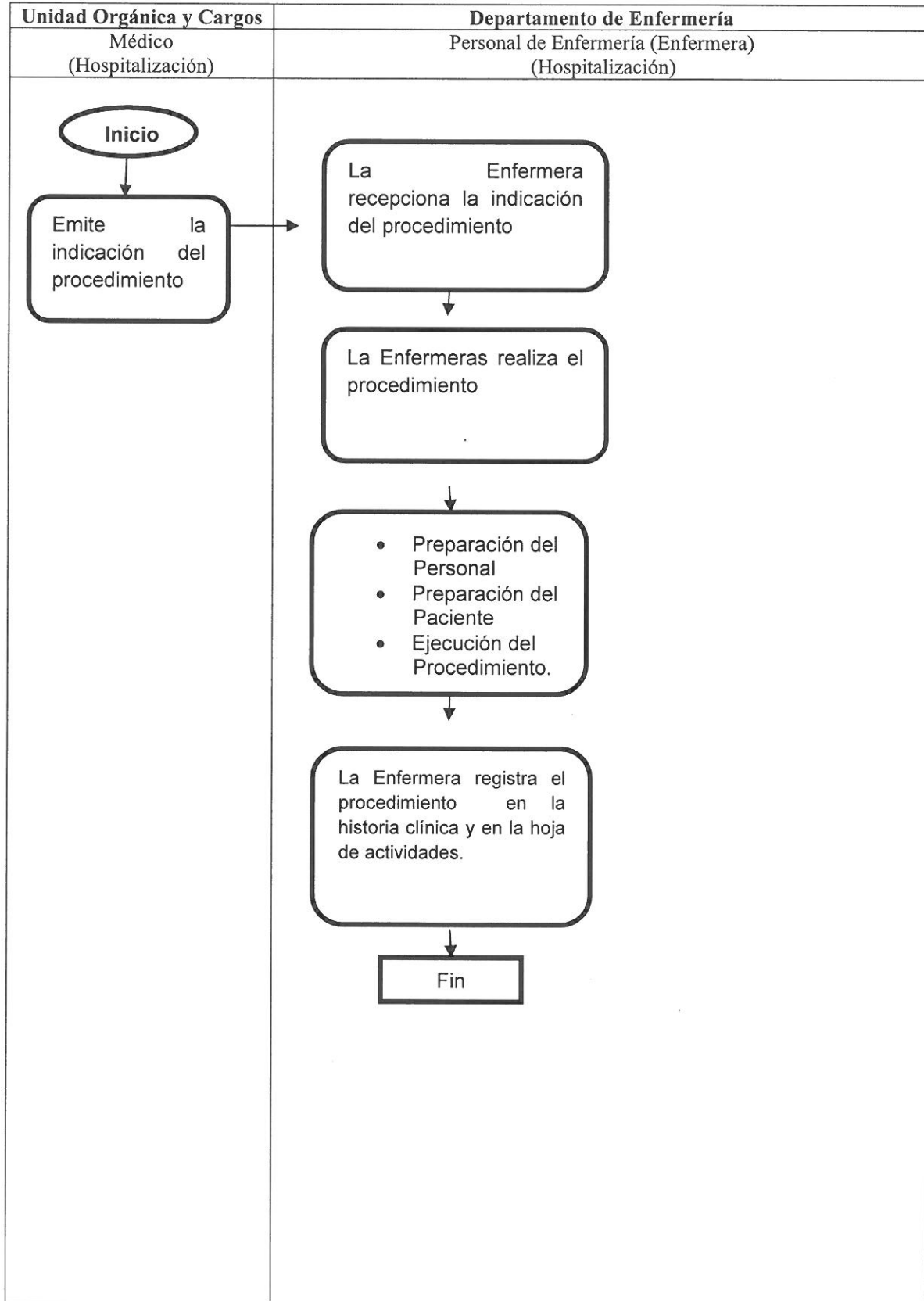
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes estériles
- Solución antiséptica
- Torundas de algodón o gasas
- Catéter estéril, sonda Foley o Nelaton de calibre apropiado (varia según el paciente)
- Sistema de drenaje urinario
- Esparadrapo hipoalergénico
- Agua destilada estéril o suero fisiológico estéril (10ml)
- Jeringa descartable de 10cc
- Aguja hipodérmica descartable calibre 20 – 22



2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:	
Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	COLOCACION DE CATÉTER URINARIO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	OXIGENOTERAPIA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 013

PROPOSITO: Mejorar el aporte de oxígeno al Miocardio con injuria y tratar la hipoxemia.

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, Sala de Operaciones, Sala de Recuperación, UCI

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con oxigenoterapia x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.

C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar la prescripción medica (cantidad y presión de oxígeno)
- Verificar el procedimiento del oxígeno empotrado o la cantidad suficiente en el balón y tener el equipo listo



- Lavado de manos
 - Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de flujo.
 - Conectar el medidor de flujo al humidificador con una fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento del medidor del flujo del humidificador, seleccionar el flujo de oxígeno prescrito.
 - Abrir la llave de oxígeno.
 - Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si es curva se debe ser conectado hacia abajo en dirección al piso de las fosas nasales.
 - Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.
 - Si se usa mascarilla colocarlo sobre la nariz, boca y mentón ajustando la banda metálica a la nariz y la banda elástica alrededor de la oreja.
 - Comprobar el flujo de oxígeno y SO₂
 - No cerrar los agujeros de las mascarillas
 - Lavado de manos.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Oxigenoterapia	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES:

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofertar un mayor aporte de oxígeno a los tejidos.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:

1. **Equipo para Oxigenoterapia:**

- Fuente de oxígeno con flujómetro
- Dispositivos de oxígeno (cánula binasal, máscara de reservorio, Venturi)

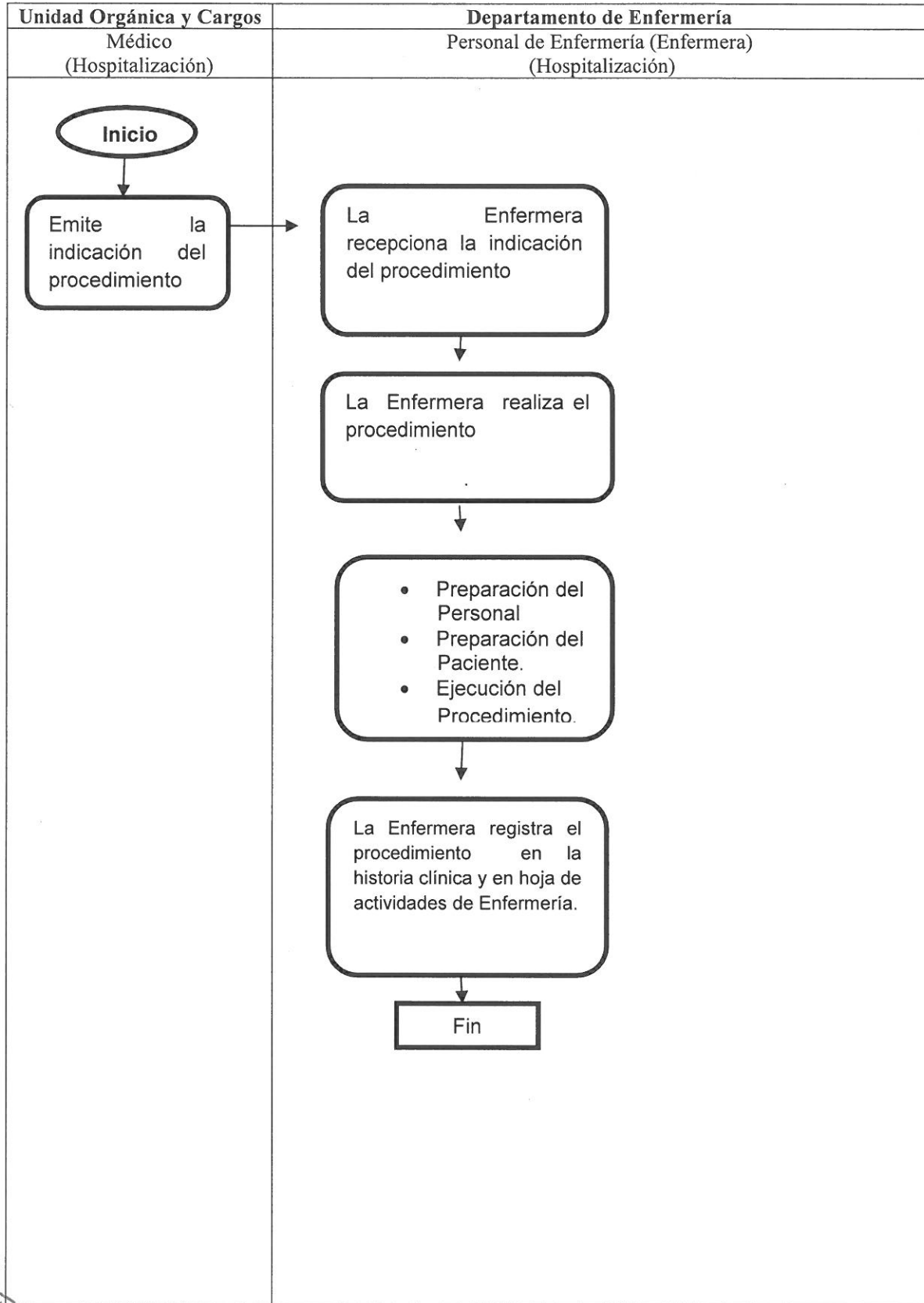
2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

Sub Proceso OXIGENOTERAPIA



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	NEBULIZACION	FECHA	2012
		CÓDIGO	DE - 014

PROPOSITO: Fluidificar las secreciones

ALCANCE: Hospitalización, Emergencia, UCI

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes nebulizados x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
 - Tener el equipo listo y verificar el funcionamiento del equipo de oxígeno.
 - Lavado de manos
 - Tomar SO₂ e inicio de flujometría.
 - Colocar el nebulizador y administrar el Oxígeno a una presión de 5 – 6 litros x minuto.
 - Colocar al paciente en posición fowler o semifowler.
 - Repetir el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20' e iniciar la fisioterapia.
 - En el intervalo señalado brindarle agua tibia para que beba.
 - Después de terminada las nebulizaciones indicadas, esperar 20 minutos para su evaluación respectiva, se toma SO₂ y flujometría final.
 - Lavado de manos.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Nebulización	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería.	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Es el procedimiento que permite la administración terapéutica en fino de partículas de agua o medicamento mediante la presión de O₂ o aire en forma de vapor.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:1. **Equipo para Nebulización:**

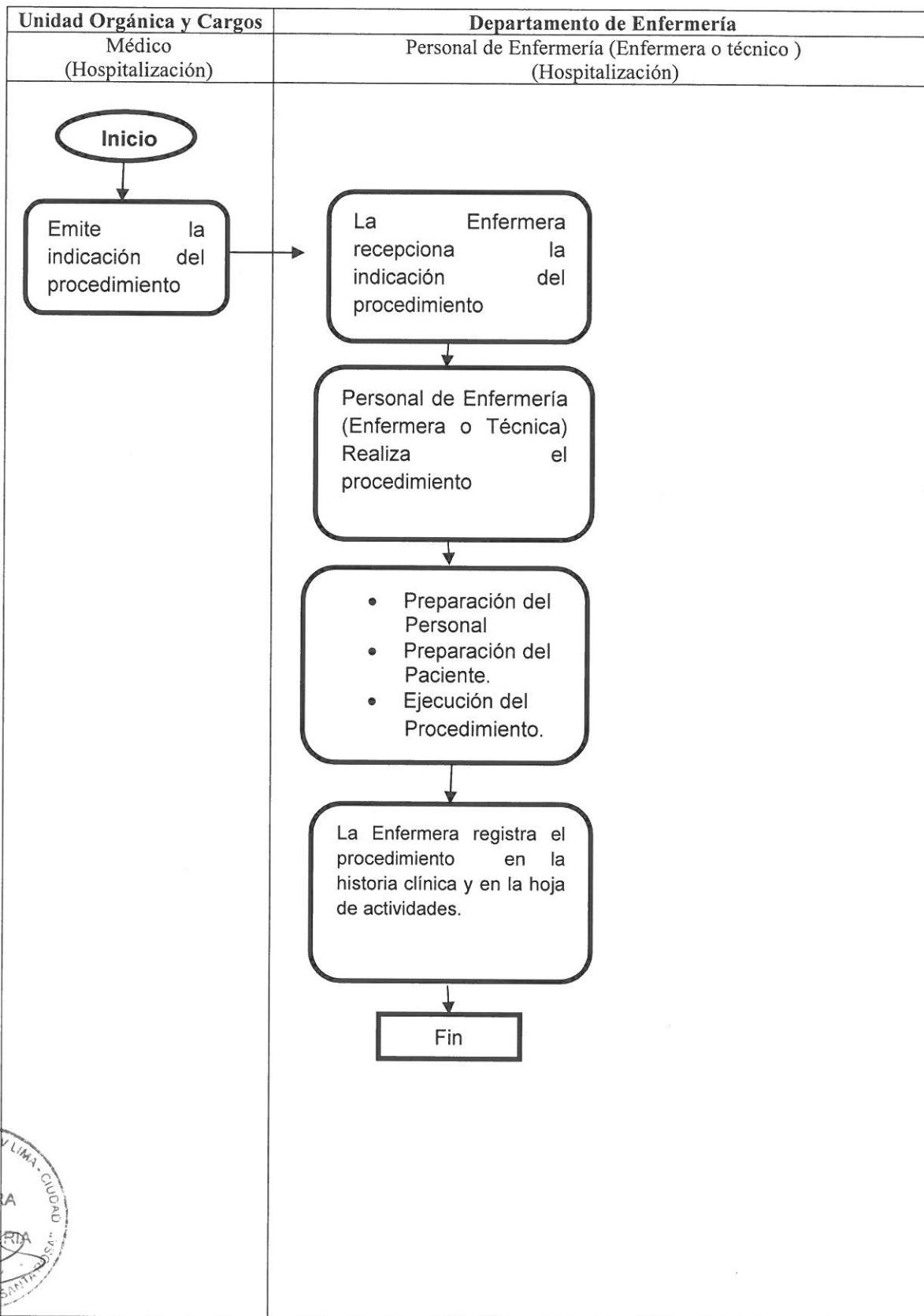
- Fuente de oxígeno (seco)
- Conexión de oxígeno
- Niple
- Flujómetro
- Oxímetro de pulso
- Set de nebulización
- Suero fisiológico
- Jeringa de 5, 10 o 20 cc
- Medicamento

2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	NEBULIZACION



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MASAJE UTERINO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 015

PROPOSITO: Recuperar la firmeza, dureza y contracción del útero.

ALCANCE: Hospitalización, Sala de Recuperación.

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes que se le realiza masaje uterino x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- R.M. N° 603-2006/MINSA Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara y el objetivo.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Lavarse las manos.
 - Pedir a la paciente que orine antes del procedimiento.
 - Colocar a la paciente en decúbito dorsal, con la cabeza cómoda sobre una almohada.
 - La paciente debe de flexionar las piernas.
 - Colocar una mano con gentileza sobre el segmento inferior del útero.
 - Con la otra mano palpar el abdomen hasta que se localice la parte superior del fondo uterino.
 - Aplique masajes circulares a nivel del fondo uterino y la sínfisis púbica.
 - Valorar la altura uterina, sirviendo como referencia la cicatriz umbilical hasta la sínfisis púbica
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Masaje Uterino	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES :

Es un procedimiento que consiste en aplicar masajes circulares entre la sínfisis púbica y el fondo uterino.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

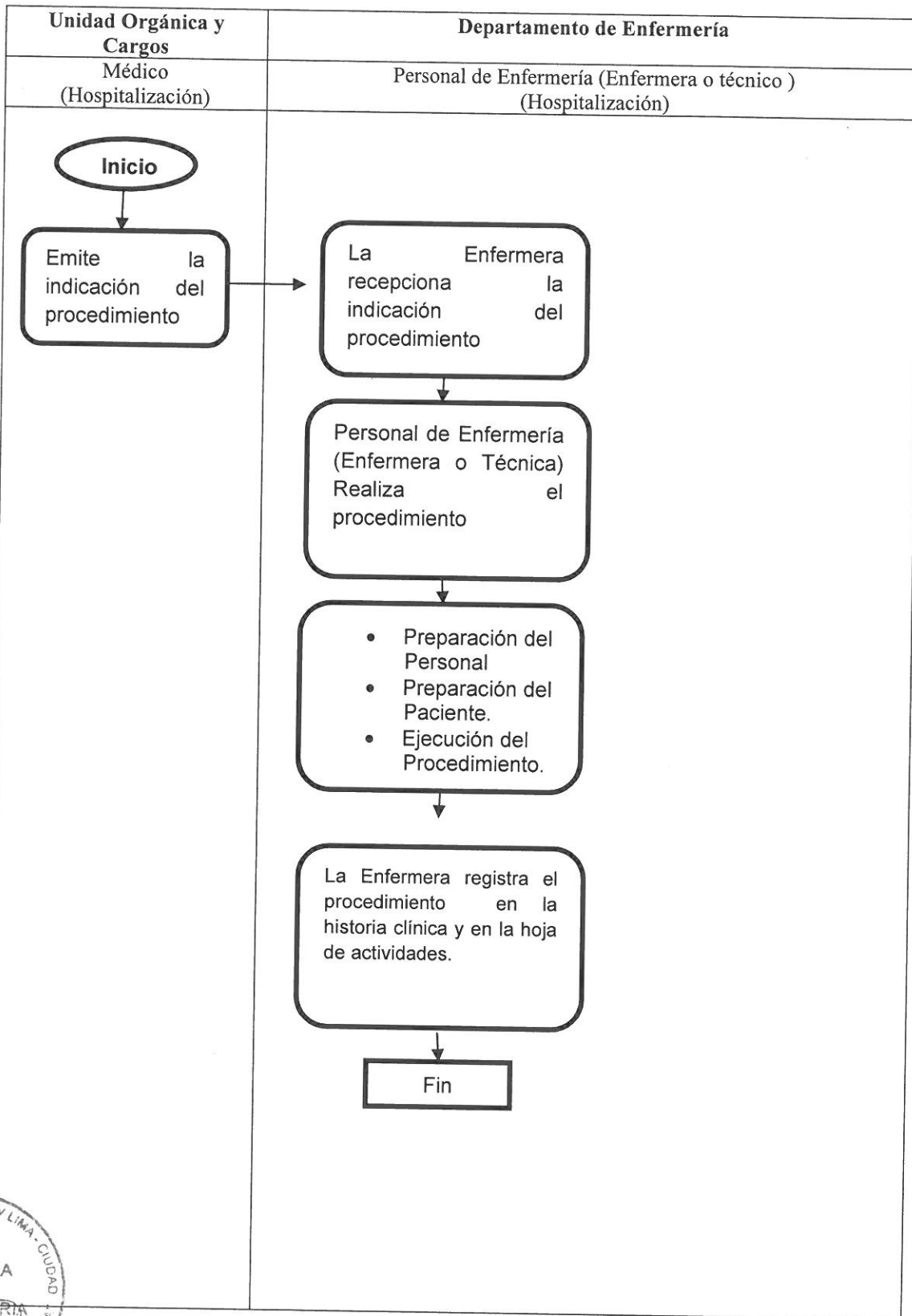
ANEXOS:

1. **Equipo para Masaje Uterino:**
 - Guantes
2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	MASAJE UTERINO



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VENDAJE DE MAMA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 016

PROPOSITO: Inhibir la formación de secreción láctea en las glándulas mamarias.

ALCANCE: Hospitalización

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueban el MOF Dpto. de Enfermería R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE:

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes con vendaje de mama x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Enfermera asistencial del servicio de Ginecología

NORMAS:

- RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:**INICIO:**

1. El Médico (Hospitalización), emite la indicación medica
2. La Enfermera recepciona la orden
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza el procedimiento

A.- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:

- Colocarse la mascarilla
- Realizar el lavado de manos
- Preparación del equipo

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara, haciendo hincapié en la presión que va ha sentir.



C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Lavado de manos
 - Tener el equipo necesario completo.
 - Mantener la individualidad de la paciente.
 - La enfermera se deberá colocar delante de la paciente.
 - Inspeccionar la piel en busca de alteraciones de la integridad como abrasiones, alteraciones de la coloración, rozaduras o edemas.
 - Valorar el estado circulatorio, la temperatura superficial, color de la piel y la sensibilidad de las mamas.
 - Sostener el rollo de venda elástica con la mano dominante y utilizar la otra para sujetar con suavidad al comienzo de la venda, el cabo inicial debe fijarse con dos o tres vueltas circulares sobre la parte distal y superior de las mamas eso dará inicio al vendaje, la dirección seguida por el vendaje debe ser siempre de izquierda a derecha, teniendo en cuenta se vendara en forma circular o espiral a manera de anillo con 2 o 3 vueltas en un mismo lugar y de forma compresiva se ira descendiendo hacia las mamas, las vendas deben quedar perfectamente adaptados a las mamas.
4. La Enfermera registra el procedimiento
5. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Vendaje de Mamas	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de información en historia clínica y en hoja de actividades de Enfermería	Servicio de Ginecología Hospitalización	A demanda	Manual

DEFINICIONES: Consiste en la colocación de una venda en la zona mamaria, pueden ser de bandas elásticas, de gasa o telas.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

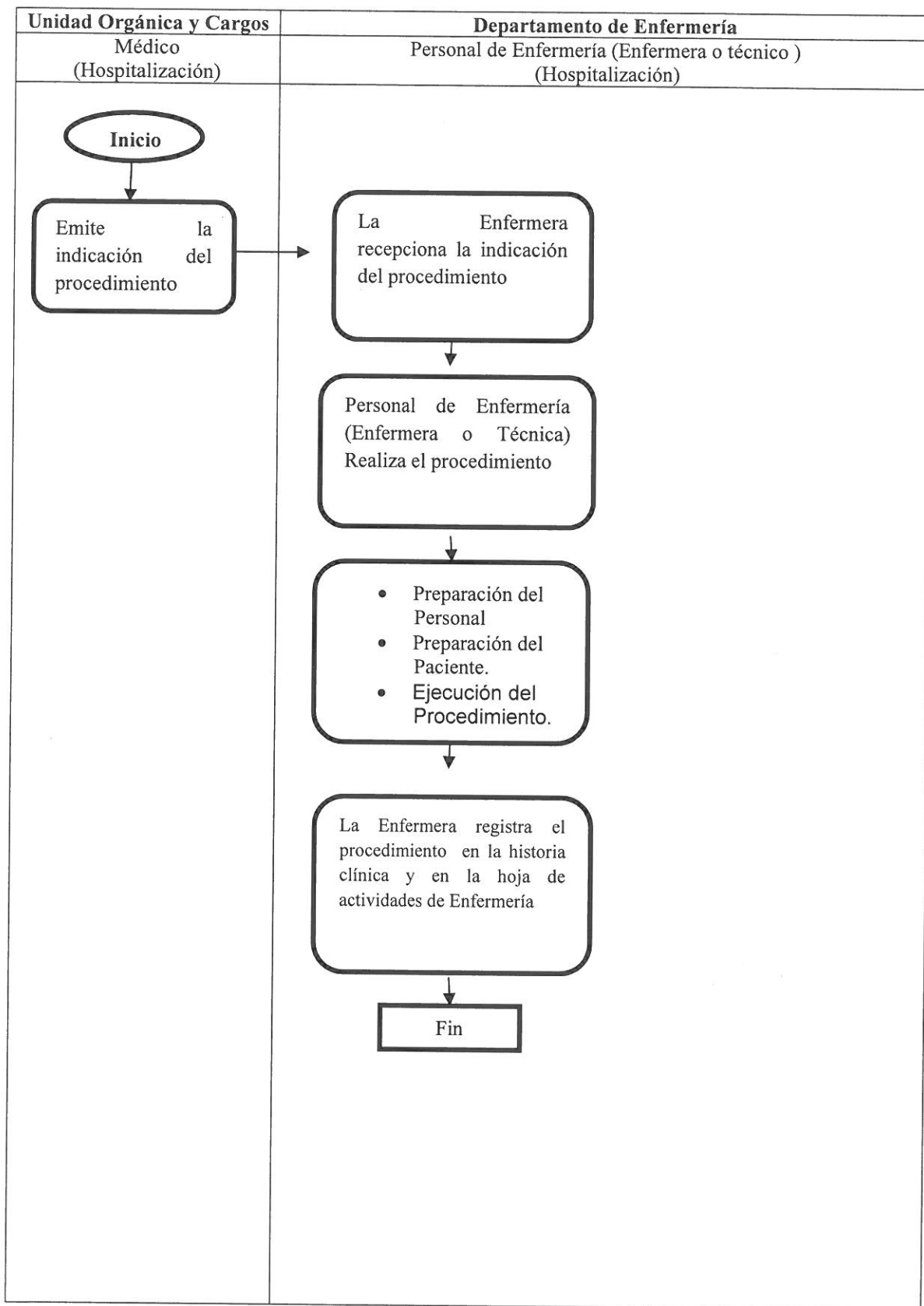
ANEXOS:

1. **Equipo para Vendaje de Mamas:**
 - Dos vendas de 6"
 - Esparadrapo
2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**

Proceso	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Sub Proceso	VENDAJE DE MAMAS



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	SERVICIO DE ONCOLOGIA
--	-----------------------

Nota : De ser necesario utilice hojas adicionales

Nº Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos- proceso 2 dígito- órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	001 - DE	aspiración de secreciones nasofaringe u orofaringe	aspiración de secreciones nasofaringe u orofaringe	paciente se le realiza aspiración de secreciones	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
2	002 - DE	aspiración de secreciones tubo endotraqueal	aspiración de secreciones tuboendotraqueal	paciente se realiza aspiración de secreciones por tet	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
3	003 - DE	aspiración de secreciones por tubo de traqueotomía	aspiración de secreciones por tubo de traqueotomía	paciente se realiza aspiración de secreciones por tubo de traqueotomía	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
4	004 - DE	administración de sangre y hemocomponentes	administración de sangre y hemocomponentes	paciente recibe administración de sangre o hemocomponentes	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
5	005 - DE	cuidados de enfermería en mantenimiento de apertura y cierre de catéter tipo porth-cath	cuidados de enfermería en mantenimiento de apertura y cierre de catéter tipo porth-cath	Paciente recibe cuidados de catéter porth-cath..	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
6	006 - DE	colocación y retiro de sonda vesical	colocación y retiro de sonda vesical	Paciente con sonda vesical.	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
7	007 - DE	cambio de bolsa de colostomía	cambio de bolsa de colostomía	paciente se le realiza cambio de bolsa de colostomía	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
8	008 - DE	colocación y retiro de sonda nasogastrica	colocación y retiro de sonda nasogastrica	paciente con sonda nasogastrica	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
9	009 - DE	cuidados de enfermería en paracentesis	cuidados de enfermería en paracentesis	Paciente post paracentesis.	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013
10	010 - DE	cuidados de enfermería en asistencia de punción lumbar	cuidados de enfermería en asistencia de punción lumbar	Paciente post punción lumbar.	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 043-2013

FECHA...../...../.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR



Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES NASOFARINGE U OROFARINGE	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 001

PROPOSITO (5) - Mantener la permeabilidad aérea de boca, nariz y faringe
Favoreciendo la oxigenación pulmonar, previniendo complicaciones y
Obtener muestra de secreción pulmonar para estudio si lo requiere.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de aspiraciones x 100 / N° de pacientes con aspiración de secreciones por mes	Número de Pacientes con aspiración de secreciones.	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
-Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
-Manual de Bioseguridad.
-Directiva N° 007 _ MINSA / OGPE _ 02 _Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional_ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

- 1.- Informe al paciente sobre el procedimiento que se le realizara
- 2.- Coloque al paciente en posición semifowler.
- 3.- Controle signos vitales, con énfasis en saturación de oxígeno y respiración
- 4.- Disponga del material necesario para el procedimiento.
- 5.- Colóquese mascarilla.
- 6.- Realice lavado de manos según técnica.
- 7.- Compruebe el funcionamiento del equipo de aspiración
- 8.- Colóquese guantes, mascarilla y gafas protectoras.



TECNICA DE PROCEDIMIENTO.

- 9.-Activar el aparato de aspiración (o el sistema de pared).
- 10.-Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos o superficies potencialmente contaminados. Enrollar la sonda en la mano dominante.
- 11.-Lubricar la punta de la sonda.
- 12.-Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. Cuando se tiene resistencia al paso de la sonda por nasofaringe posterior, se rota suavemente hacia abajo, si aún continúa la resistencia intentar por la otra narina o por vía oral. No se debe aspirar la sonda en el momento en que se está introduciendo, para evitar la privación de oxígeno al paciente, además de disminuir el traumatismo a las membranas mucosas.
- 13.-Repita no más de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración.
- 14.-Pedir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones
- 15.-Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas.
- 16.-Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación.
- 17.-Repetir el procedimiento de aspiración de secreciones en tanto el paciente lo tolere, dejando 5 minutos como periodo de recuperación entre cada episodio de aspiración.
- 18.-Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados.
- 19.-Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
- 20.-Realizar la higiene bucal al paciente.
- 21.-Lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización.
- 22.-En caso de aspiración por boca introduce la sonda (coloque un tubo de Mayo si es preciso) previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.
- 23.-Repita no más de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración.
- 24.-Registros de enfermería de los posibles eventos registrando aspecto, frecuencia, cantidad, coloración de secreciones, tolerancia del paciente y si se han presentado complicaciones.

FIN DE PROCEDIMIENTO.



ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Aspiración de secreciones nasofaringe u orofaringe.	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente se le realiza aspiración de secreciones	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que consiste en la extracción de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión, del árbol traqueo bronquial a través de la boca o nariz de la vía aérea usando técnica estéril.

REGISTROS (14)
Hoja de actividades diarias del profesional de Enfermería, registros de Enfermería

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.
Lista de insumos para procedimiento.



ANEXO

**MATERIAL PARA ASPIRACION DE SECRESIONES POR BOCA,TUBO ENDOTRAQUEAL
O TRAQUEOSTOMIA**

- Equipo de aspiración.
- Dos envases de agua estéril.
- Sonda de aspiración.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Oxímetro de pulso
- Bolsa manual de reanimación.
- Lentes de protección ocular.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

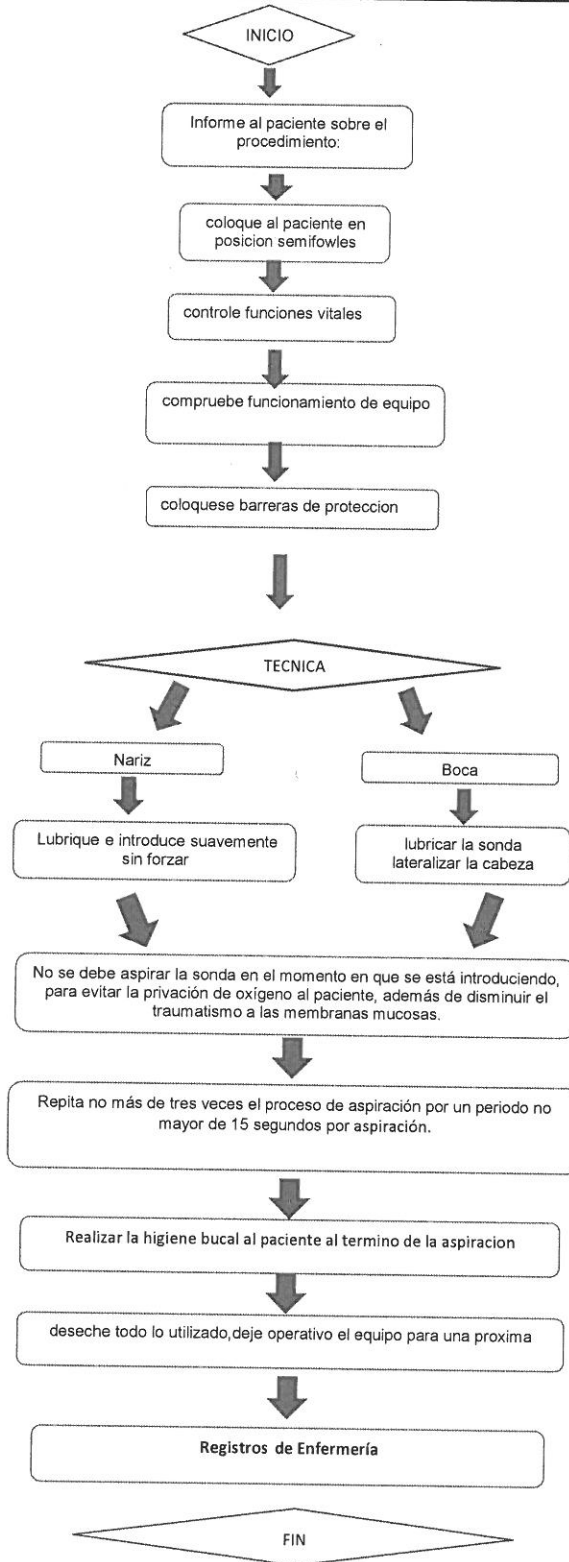
MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
Nombre del Subproceso: ASPIRACION DE SECRESIONES OROFARINGE O NASOFARINGE
Nombre del Procedimiento: ASPIRACION DE SECRESIONES OROFARINGE O NASOFARINGE

Unidades Organicas
Cargos

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

ASPIRACION EXITOSA DE SECRESIONES OROFARINGE O NASOFARINGE





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	ASPIRACION DE SECRESIONES TUBO ENDOTRAQUEAL	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 002

PROPOSITO (5) -Mantener la vía aérea permeable en el paciente con tubo Endotraqueal
 - Favorecer oxigenación pulmonar, previniendo complicaciones.
 - Obtener muestra de secreción pulmonar.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°043-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de aspiraciones x TET x 100 / N° de pacientes con tubo endotraqueal por mes	Número de pacientes con tubo endotraqueal.	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
 -Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
 -Manual de Bioseguridad
 -Directiva N° 007- MINSA / OGPE V. 02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

- 1.- Informe al paciente sobre el procedimiento que se le realizara
- 2.- Coloque al paciente en posición semifowler.
- 3.- Controle signos vitales, con énfasis en saturación de oxígeno y respiración
- 4.- Colóquese mascarilla.
- 5.- Compruebe el funcionamiento del equipo de aspiración
- 6.- Realice lavado de manos según técnica.
- 7.- Colóquese guantes



TECNICA DE PROCEDIMIENTO.

- 8.- ajuste el regulador de aspiración de 80 -120 mmHg
- 9.-conecte la sonda de aspiración con ventana de aspiración digital a la conexión látex.
- 10.-Tome el catéter de succión con la mano dominante.
- 11.-Introduce el catéter estéril al agua o solución salina fisiológica por 2 a 3 veces.
- 12.- Desconecte al paciente de la fuente de oxígeno si lo tuviera.
- 13.-Introduzca suavemente la sonda sin aspirar a través del TET, aspirar con técnica aséptica por 10 a 15 segundos.
- 14.-Retire la sonda con movimiento rotatorio entre el pulgar e índice aspirar.
En cada aspiración limpie la sonda con agua estéril o solución fisiológica
- 15.- Conecte al paciente a la fuente de oxígeno si lo tuviera.
- 16.-Anotaciones de enfermería de los posibles eventos registrando aspecto y cantidad de secreciones, tolerancia del paciente y si se han presentado complicaciones.

FIN DE PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Aspiración de secreciones tubo endotraqueal	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente se realiza aspiración de secreciones por TET	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que consiste en la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio, por medio de succión a través del tubo endotraqueal.

REGISTROS (14)

Hoja de actividades diarias del profesional de Enfermería, registros de Enfermería.

ANEXOS (15)

Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.
Lista de material a utilizarse.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

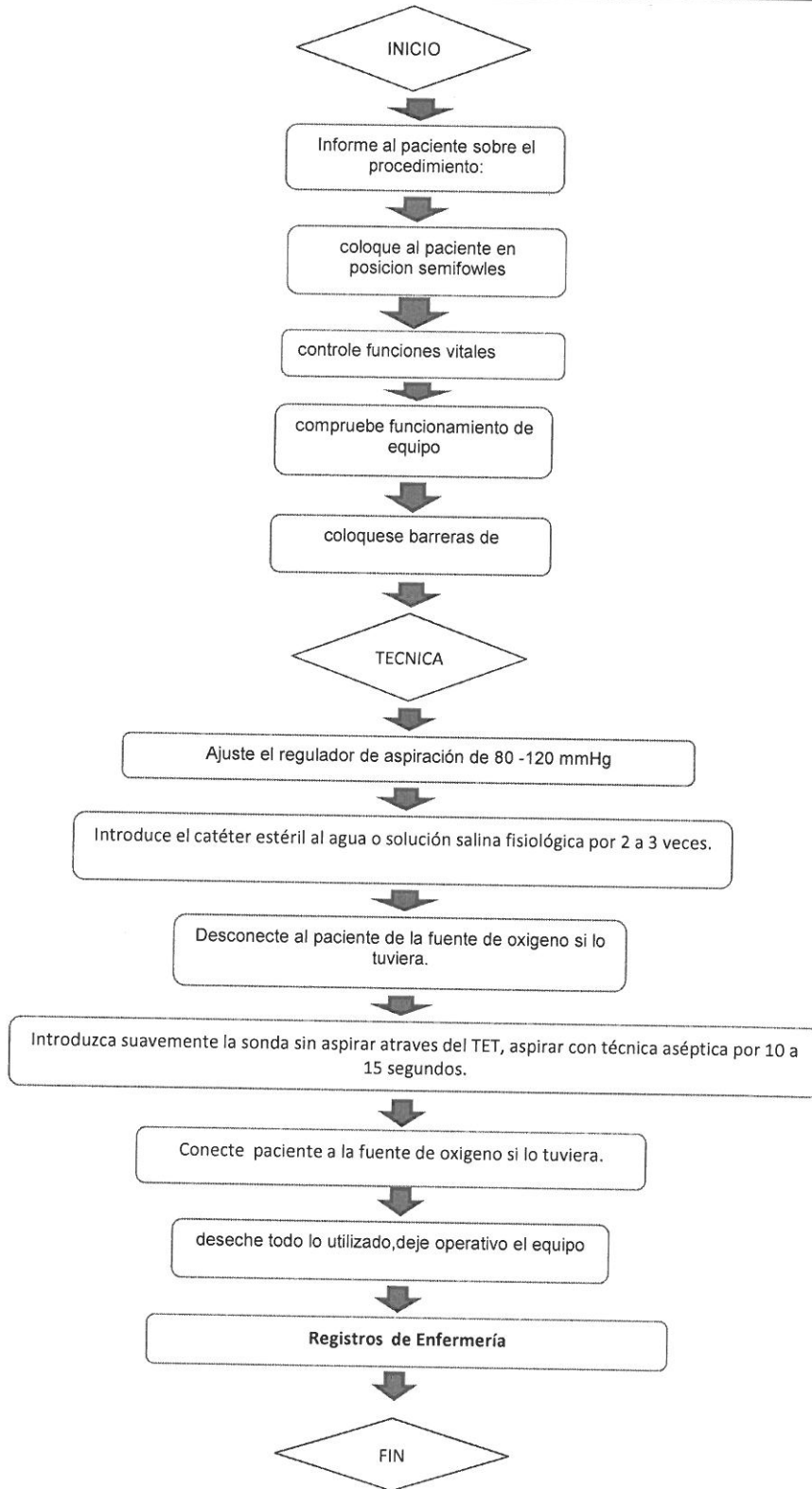
MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: ASPIRACION DE SECRESIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL
 Nombre del Procedimiento: ASPIRACION DE SECRESIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL

Unidades Orgánicas
Cargos

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

ASPIRACION EXITOSA POR TUBO ENDOTRAQUEAL





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	ASPIRACION DE SECRESIONES POR TUBO DE TRAQUEOSTOMIA	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 003

PROPOSITO (5) -Mantener la vía aérea permeable en el paciente traqueotomizado
- Favorecer oxigenación pulmonar, previniendo complicaciones.
- Obtener muestra de secreción pulmonar.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
Nº de aspiraciones x Tubo de traqueotomía x 100 / Nº de pacientes traqueotomizados por mes	Número de pacientes con traqueotomía	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
-Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
-Manual de Bioseguridad
-Directiva N° 007 _ MINSA / OGPE _ 02 _Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional_ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

- 1.- Informe al paciente sobre el procedimiento que se le realizara
- 2.- Coloque al paciente en posición semifowler.
- 3.- Controle signos vitales, con énfasis en saturación de oxígeno y respiración
- 4.- Colóquese mascarilla.
- 5.- Realice lavado de manos según técnica.
- 6.- Compruebe el funcionamiento del equipo de aspiración
- 7.- Colóquese guantes, mascarillas y gafas protectoras.



EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTO.

8.- Introduce la sonda de aspiración como máximo un centímetro más de la longitud de la cánula, previa lubricación con agua estéril.

9.- Inicie la aspiración de forma intermitente con pequeños movimientos oscilatorios de rotación mientras se va retirando la sonda.

10.- Retire la sonda, aspirando para limpiar las mucosidades de las vías altas. No debe superar los 8-10 segundos. Nunca se introducirá la sonda aspirando.

11- Compruebe la permeabilidad de las vías aéreas y los signos de mejora de la ventilación.

12.-Dejar al paciente en una posición cómoda.

13.-Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.

14.-Registros de enfermería de los posibles eventos registrando aspecto y cantidad de secreciones, tolerancia del paciente y si se han presentado complicaciones.

FIN DE PROCEDIMIENTO

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11ª)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Aspiración de secreciones por tubo de traqueotomía	Paciente hospitalizado	Ilimitada	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12ª)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente se realiza aspiración de secreciones por tubo de traqueotomía	Paciente hospitalizado	Ilimitada	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que consiste en la extracción de secreciones del árbol traqueo bronquial a través de de una vía aérea artificial (Traqueotomía) usando técnica estéril.

REGISTROS (14) Hoja de actividades diarias del profesional de Enfermería, registros de Enfermería.

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.
Lista de insumos para procedimiento.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

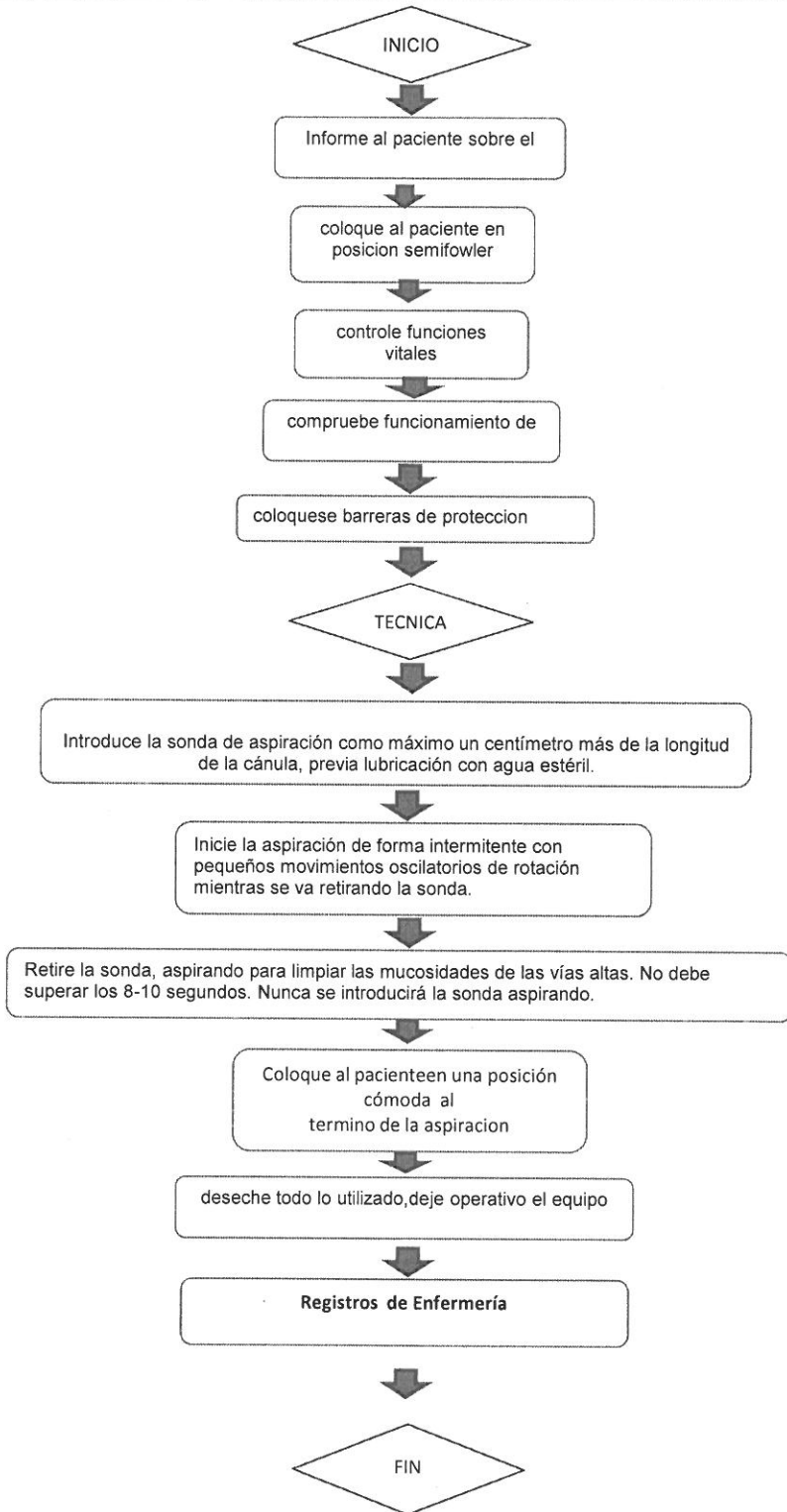
MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
Nombre del Subproceso: ASPIRACION DE SECRESIONES POR TUBO DE TRAQUEOTOMIA
Nombre del Procedimiento: ASPIRACION DE SECRESIONES POR TUBO DE TRAQUEOTOMIA

Unidades Orgánicas
Cargos

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

ASPIRACION EXITOSA DE SECRESIONES POR TUBO DE TRAQUEOTOMIA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	ADMINISTRACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 004

PROPOSITO (5) - Reponer perdidas de sangre o déficit de algún hemocomponente.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de administraciones sanguíneas o hemocomponentes x 100 / N° de pacientes con administración sanguínea por mes	Número de pacientes que se realiza administración sanguínea.	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
Manual de Bioseguridad
Directiva N° 007 _ MINSA / OGPE _ 02 _Directiva para la Formulación de Documentos
Técnicos Normativos de Gestión Institucional_ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

- 1- Indicación médica.
- 2- Consentimiento informado de receptor
- 3- Deposito de sangre o hemocomponente en banco de sangre.
- 4- Muestra para compatibilidad.
- 5- Orden de transfusión.
- 6- Verifique que la orden de transfusión este clara y precisa, con todos los datos solicitados y el consentimiento del receptor y familia.



7- Explique al receptor como se va a realizar la transfusión y los síntomas que podría presentar.

TECNICA DE PROCEDIMIENTO:

8- Canalice con branula N° 18 o 20 o en su defecto con N° 22 si las venas son muy delgadas.

9- Verifique acceso venoso del receptor que debe estar en posición cómoda.

10- Coordine con banco de sangre disponibilidad de componente sanguíneo y envío.

11- Antes de disponer de la sangre comience con una perfusión de suero fisiológico para mantener la vía permeable.

12- Revise la unidad: verificar la identificación del receptor, compatibilidad, fecha de expiración, grupo y factor, presencia de coágulos o hemolisis.

13- Una vez que se dispone de la sangre o hemoderivado debe comenzar la transfusión.

14- Inicie la transfusión sanguínea o derivado a 2 ml por minuto durante los primeros 15 minutos (25 a 50 ml)

15- Controle el pulso PA y temperatura.

16- Si no se presentan problemas se aumentara la velocidad de perfusión hasta 100 a 200 cc/ hora. El tiempo de trasfusión de sangre total o concentrado de hematíes es de 2 a 4 horas.

17- Goteo inicial de 2 a 5 cc/ min. Por 5 minutos para plasma o plaquetas. La unidad de Plasma en 30 minutos y de plaquetas de 5 a 15 minutos.

18- Regule infusión de plasma o plaquetas a 200 o 300cc/ hr.de no observarse reacción alguna luego de los primeros 5 minutos.

19- Administre cada unidad de sangre dentro de 2 hrs. La transfusión no deberá de durar más de 4 horas.

20- En los pacientes con riesgo a presentar insuficiencia cardiaca congestiva la transfusión sanguínea deberá prolongarse hasta las 4 horas.

21- Si disminuye el flujo debe invertirse la bolsa 2 a 3 veces mientras se perfunde, sin agitar, luego permeabilizar con suero fisiológico la línea de perfusión durante 1 minuto, si se observa el paquete globular o hemoderivado muy denso enviar al banco de sangre para su dilución.

Si el paciente presenta alguno de los siguientes síntomas: escalofríos, hipotermia, hipotensión, hipertermia, cefalea, urticaria, dolor lumbar, dolor torácico, sensación de calor, náuseas, vómitos o taquicardia. Suspenda la transfusión y comience con goteo de solución salina para mantener permeable la vía venosa a fin de seguir teniendo acceso a la circulación, Avisar al médico, Vigilar signos vitales cada quince minutos o según lo indique el tipo y la gravedad de la reacción Administración de Oxígeno, según prescripción médica Vigile muy de cerca ingestión y excreción de líquidos y recoja la primera muestra de orina después de la reacción Comuníquelo al banco de sangre.

22- Registre la hora y los eventos que se puedan presentar durante la transfusión del hemoderivados

FIN DE PROCEDIMIENTO.



ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Administración de sangre y hemocomponentes	Paciente hospitalizado	Ilimitada	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente recibe administración de sangre o hemocomponentes	Paciente hospitalizado	Ilimitada	Manual

DEFINICIONES (13)	La administración de sangre o hemocomponente es un procedimiento básicamente de Enfermería que requiere un conocimiento profundo de las bases fisiológicas y un manejo meticuloso de la atención al paciente y la aplicación correcta de una guía, para fundamentalmente prevenir las serias complicaciones que pueden presentarse.
REGISTROS (14)	Hoja de producción diaria del profesional de Enfermería. Hoja de registro de Enfermería
ANEXOS (15)	Mapa Global de Procedimientos de Enfermería Lista de Insumos para el procedimiento



INSUMOS PARA ADMINISTRACION DE HEMOCOMPONENTES

- Branula N° 18, 20, 22.
- Llave de tres vías.
- 2 jeringas de 20 cc
- Componente sanguíneo.
- Equipo transfusor.
- Tensiómetro, termómetro, reloj.
- 1 frasco de cloruro de sodio al 9% x 1000 cc.
- 1 equipo de venoclisis
- 1 frasco de cloruro de sodio al 9% x 1000 cc.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

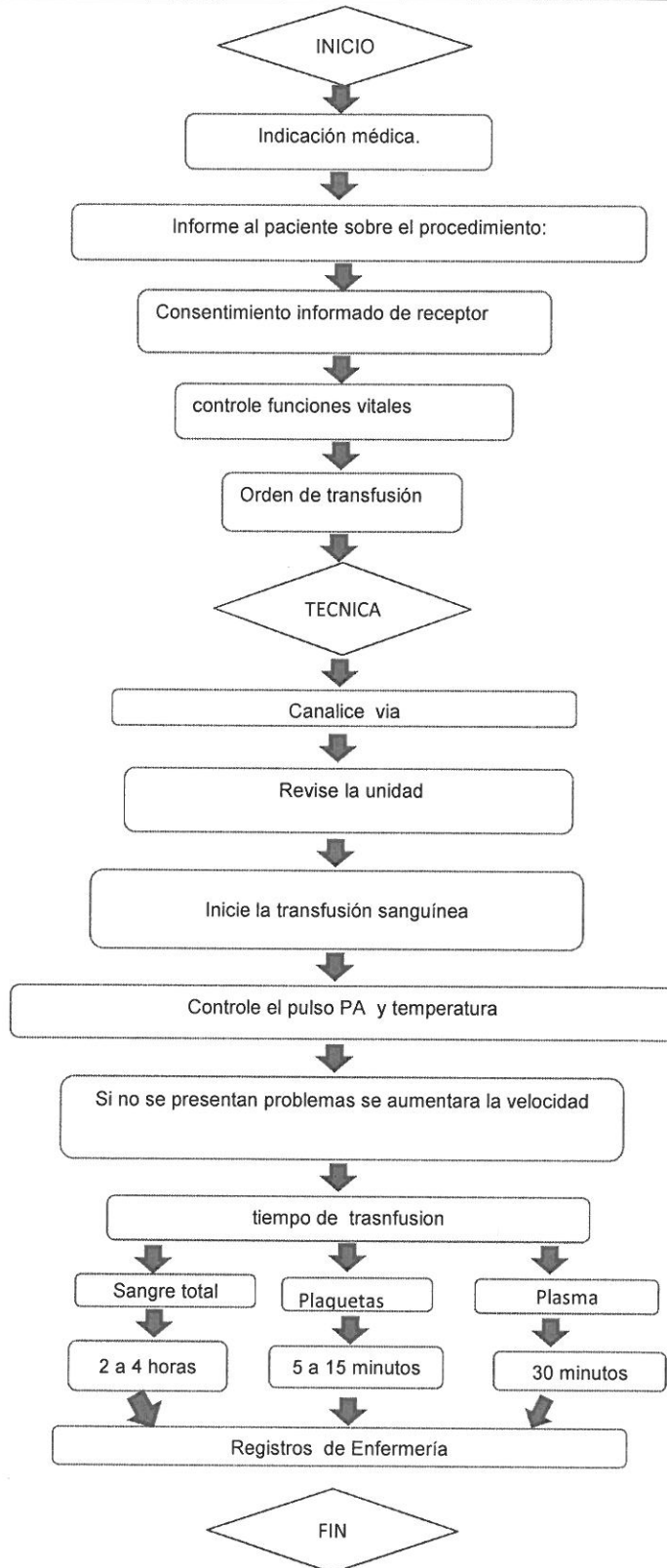
MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
 Nombre del Subproceso: ADMINISTRACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES
 Nombre del Procedimiento: ADMINISTRACION DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES

Unidades Orgánicas
Cargos

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

ASPIRACION EXITOSA DE SECRESIONES OROFARINGE O NASOFARINGE





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MANTENIMIENTO DE APERTURA Y CIERRE DE CATETER TIPO PORTH-CATH	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 005

PROPOSITO (5) - Disminuir el riesgo de infección utilizando técnica aséptica y daños por Extravasación. Disminuir el dolor y la ansiedad.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o) D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de cuidados en apertura y cierre de catéter porth-cath realizadas x 100 / N° de pacientes con catéter porth al mes	Número de pacientes con catéter porth.	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

- El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
- Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
- Manual de Bioseguridad
- Directiva N° 007- MINSA / OGPE V. 02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

- 1.- Explique al paciente sobre el procedimiento
- 2.- prepare el material.
- 3.- colocar al paciente en posición adecuada
- 4.- Lavado de manos.
- 5.- colóquese guantes estériles, mascarilla bata esteril,gorro

TECNICA DE PROCEDIMIENTO EN APERTURA DE CATETER PORTH-CATH

- 6.- Cargar una jeringa de 10cc de suero fisiológico con heparina sódica.(20ui/ml)
- 7.- Purgar el sistema de aguja con bisel especial y alargadera con suero fisiológico.



- 8.- Clampar el sistema.
- 9.-Localizar el portal o reservorio por palpación y fijarlo con el dedo pulgar y el índice de la Mano no dominante.
- 10.- Esta fijación debe ser delicada, sin presionar el portal sobre el plano muscular, ya que puede producir dolor.
- 11.- Desinfectar la zona de punción en sentido circular de dentro hacia fuera.
- 12.- Insertar la aguja de forma vertical, fijando el reservorio entre los dedos y a presión Constante.
- 13.- Buscando el centro de la cámara y evitando puntos de inyecciones anteriores, haciéndola avanzar firmemente hasta encontrar el tope metálico. Se notará la resistencia de la piel y de la goma de la membrana autosellante, de la que está formado el reservorio.
- 14.- Desclampar el sistema.
- 15.- Para comprobar que se ha colocado adecuadamente, aspirar con una jeringa y observar si refluye sangre (colocación correcta).
- 16.- Inyectar 2-3 c.c. de suero fisiológico y aspirar para comprobar que refluye sangre.
- 17.- Clampar el sistema.
- 18.- Cambiar la jeringa de suero fisiológico por la de heparina (5 ml).
- 19.- Desclampar e introducir los 5 ml de heparina sódica diluida.
- 20.- Enroscar el obturador en el extremo distal del sistema.
- 21.- En punciones frecuentes, variar el lugar de punción para evitar necrosis de la piel.
- 22.- Poner una gasa estéril doblada entre las alas o el cuerpo de la aguja y la piel y fijarla bien.
- 23.- Colocar apósito estéril transparente.
- El cambio de la aguja se realizará cada 7 días, cuando el catéter se está utilizando Continuamente, si no presenta antes complicaciones.
- 24.- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- 25.-Si se está perfundiendo y desea realizar extracción de muestra de sangre parar la infusión y lavar la vía con al menos 10 - 20 c.c. de suero desechar la primera muestra de sangre: 4 - 5 c.c. extraer la sangre necesaria lavar con al menos 10 c.c. de solución salina y continuar la infusión.
- 26.-Si no se está perfundiendo, desechar la primera muestra de sangre: 4 - 5 c.c.
- 27.- Si vamos a realizar estudio de coagulación hay que desechar al menos 10 c.c. de sangre extraer la sangre necesaria con jeringas de calibre pequeño, 5 ml, ya que producen una menor presión negativa que podría colapsar el catéter lavar al menos con 10 c.c. de solución salina.

TECNICA DE PROCEDIMIENTO EN CIERRE DE CATÉTER PORTH-CATH

- 28.- Desconectar la infusión,.
- 29.- Conectar la jeringa con suero al sistema de acceso
- 30.- Abrir la pinza
- 31.- Introducir el suero



- 32.- Cerrar la pinza
- 33.- Conectar la jeringa con solución heparinizada.
- 34.- Abrir la pinza
- 35.- Administrar la solución heparinizada, cerrando la pinza mientras se introducen los últimos 0,5 c.c. haciendo presión positiva para evitar el reflujo de sangre al sistema
- 36.- Cerrar la pinza
- 37.- Desconectar la jeringa
- 38.- Poner un tapón estéril
- 39.- Sujetar el reservorio con la mano no dominante
- 40.- Con la mano dominante extraer la aguja
- 41.- Presionar con una gasa estéril con antiséptico
- 42.- Poner un apósito estéril el mantenimiento se realizara en forma mensual.
- 43.- Registros de enfermería: colocar el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.
- FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Cuidados de Enfermería de apertura y cierre de catéter tipo porth-cath	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente recibe cuidados de catéter porth-cath..	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13)	
Procedimiento de Enfermería que consiste en el uso de técnica aséptica para el mantenimiento, apertura y cierre del dispositivo que se compone de un reservorio o portal de titanio conectado a un catéter que se introduce en el torrente venoso evitando complicaciones en el paciente.	
REGISTROS (14)	Hoja de producción diaria del profesional de Enfermería, registros de Enfermería.
ANEXOS (15)	Mapa Global de Procedimientos de Enfermería. Lista de Insumo para procedimiento



LISTA DE INSUMOS PARA MANTENIMIENTO ,APERTURA Y CIERRE DE CATETER PORTH

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Solución salina
- Campo estéril
- Antiséptico (Clorhexidina o Povidona yodada)
- Aguja especial de punta Huber estéril 20 - 22 G (larga o corta, en función del tipo de reservorio).
- Agujas estériles para cargar medicación (tres).
- Jeringa cargada con 10 c.c. de suero salino
- Heparina sódica.
- 2 Jeringa 10cc, si se toman muestras de sangre
- Dos tapones estériles
- Apósito estéril
- Contenedor para material contaminado.





PERU

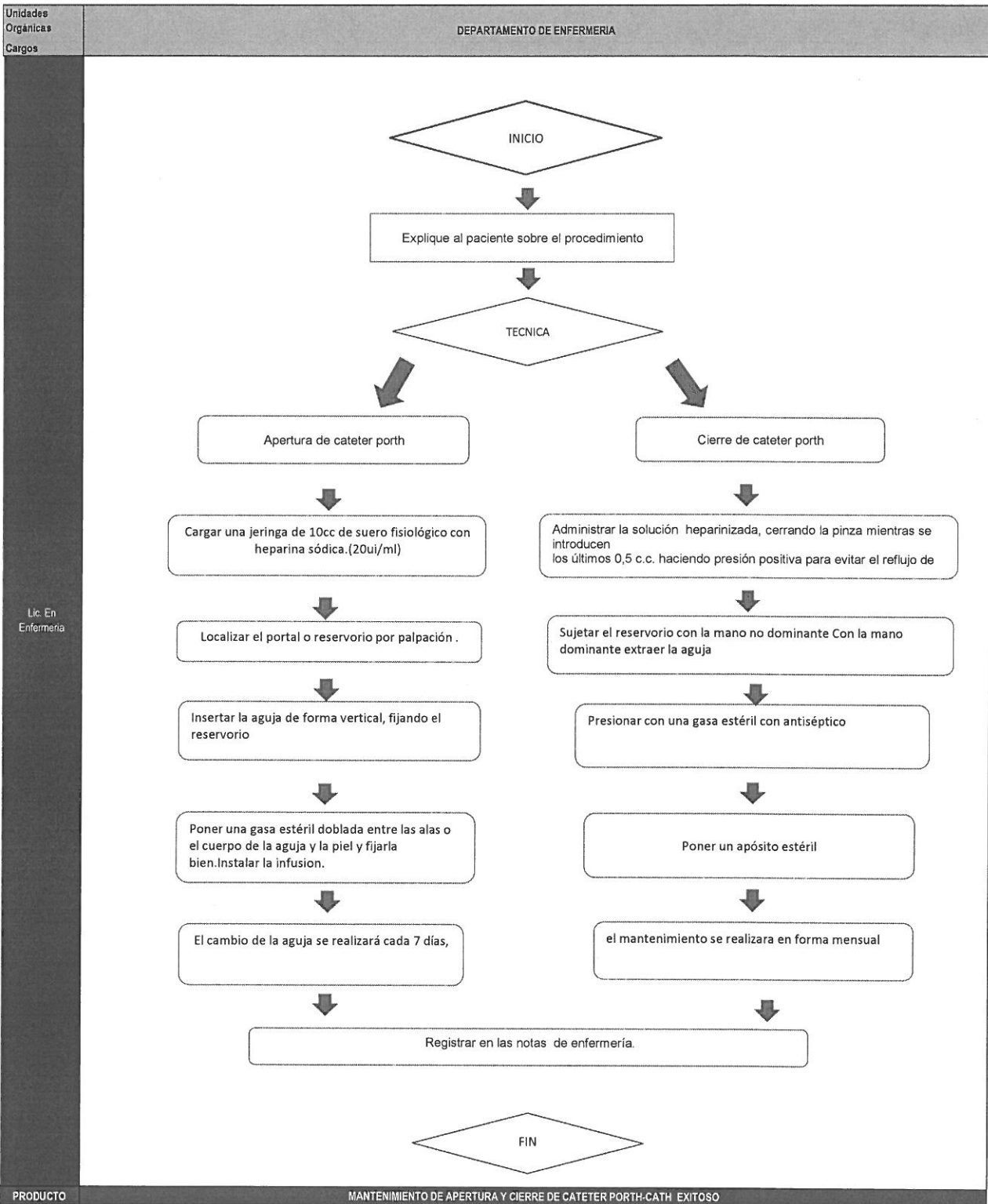
Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
 Nombre del Subproceso: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MANTENIMIENTO DE APERTURAY CIERRE DE CATETER TIPO PORTH-CATH
 Nombre del Procedimiento: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MANTENIMIENTO DE APERTURAY CIERRE DE CATETER TIPO PORTH-CATH



Lic. En Enfermería

PRODUCTO

MANTENIMIENTO DE APERTURA Y CIERRE DE CATETER PORTH-CATH EXITOSO





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1) **PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	COLOCACIÓN Y RETIRO DE SONDA VESICAL	FECHA (3)	2016
		CÓDIGO (4)	DE - 006

PROPOSITO (5)	Evacuar vejiga. Recoger muestra de orina estéril. Control estricto de diuresis. Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía. Realizar irrigaciones vesicales
ALCANCE (6)	Departamento de Enfermería
MARCO LEGAL (7)	Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de sonda vesicales colocadas x 100 / N° de pacientes hospitalizados por mes con sonda vesical	Número de pacientes con sonda vesical	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)	-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería -Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros. -Manual de Bioseguridad -Directiva N° 007- MINSA / OGPE V. 02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.
------------	--

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)	<p>INICIO</p> <p>1 - Explique al paciente sobre el procedimiento que le vamos a realizar</p> <p>2- Coloque al paciente en decúbito supino.</p> <p>TECNICA DE EJECUCION DE PROCEDIMIENTO</p> <p>3.- Después de realizar un lavado higiénico de manos y con los guantes no estériles, se lava los genitales con agua y jabón y se desinfecta con una gasa estéril impregnada en solución antiséptica.</p> <p>4.- Realice un lavado quirúrgico de manos y se coloca los guantes estériles, con la ayuda del Personal técnico, que le va entregando el material.</p>
------------------------------------	--



- 5.- Prepare un campo estéril en una mesa, colocando todo el material. (gasas, guantes, jeringa, sonda, lubricante y sistema de bolsa colectora) y proceda a su preparación que consiste en:
- 6.- Preparar el sistema de bolsa colectora.
- 7.- Cargue la jeringa con la cantidad de agua adecuada para el balón de la sonda que utilizemos
- 8.- Compruebe el buen funcionamiento del balón inyectando la cantidad recomendada de agua y esperando unos segundos tras los que se retirara el agua.
- 9.- Aplique el lubricante a la sonda.
- 10.- Tape las piernas del paciente con el campo fenestrado, la abertura de la cual debe procurar acceso a la zona genital.
- 11.- Procedimientos en mujeres:**
 - 11.1- Coloque a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas.
 - 11.2- Realice la desinfección de la zona genital:
 - 11.3- Separe la vulva con el pulgar y el índice de la mano no dominante, identifique el meato urinario y limpie con una gasa impregnada de desinfectante, siempre con un movimiento descendente.
 - 11.4- Introduzca la sonda previamente lubricada, lentamente y sin forzar hasta que comience a fluir la orina, entonces introducimos la sonda 2-3 cm. más, e inflamamos el balón con el agua bidestilada.
 - 11.5- Tire con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.
- 12.-Procedimiento en el varón:**
 - 12.1- Coloque al paciente en decúbito supino con las piernas estiradas.
 - 12.2- Sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante.
 - 12.3- Retraiga el prepucio y desinfecte el meato urinario, ejecutando un movimiento circular de adentro hacia afuera con una gasa impregnada de desinfectante.
 - 12.4- Introduzca la sonda previamente lubricada, lentamente y sin forzar hasta que encontremos un tope, inclinamos el pene 45° aproximadamente (esta posición favorece el paso por la uretra prostática) y continúe entrando la sonda hasta que comience a fluir la orina. Introducimos la sonda 2-3 cm. más retire la aguja e infle el balón con el agua bidestilada.
 - 12.5- Tire con suavidad de la sonda para comprobar que queda fijada.
 - 12.6- Conecte la sonda a la bolsa colectora.
 - 12.7- Proteja la conexión de la sonda con la bolsa con gasa estéril y povidona yodada.
 - 12.8- Coloque la parte externa de la sonda de forma que se mantenga sin angulaciones, fijándola con esparadrapo en la cara interna del muslo que impida tracciones de la uretra y a la vez permita la movilidad del paciente
 - 12.9- Deseche los residuos y material sobrantes en los contenedores indicados.



13.-Retiro de sonda Vesical:

13.1- Prepare el material e insumos necesarios para el retiro.

13.2-Lavado de manos

13.3- Colocación de guantes.

13.4- higiene perineal.

13.5- Desinfele el balón con una jeringa y retire la sonda con suavidad.

13.6- Colocación de desechos según segregación de residuos

13.7- Limpie la zona genital con agua y jabón.

14-Registros de Enfermería, Fecha y hora del sondaje, tipo y N° de sonda, milímetros de agua que se han utilizado para inflar el balón, características de la orina y las observaciones que se crean necesarias.

FIN DE PROCEDIMIENTO

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11ª)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Colocación y retiro de sonda vesical	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12ª)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente con sonda Vesical.	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que consiste es la colocación con técnica aséptica de una sonda estéril en la vejiga a través del meato urinario con fines diagnósticos o terapéuticos

REGISTROS (14)

Hoja de producción diaria diarias del profesional de Enfermería, registros de Enfermería

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería. Lista de Insumos para el procedimiento



ANEXOS

INSUMOS PARA COLOCACION Y RETIRO DE SONDA VESICAL

- Guantes estériles
- Guantes no estériles
- Agua y jabón
- Solución antiséptica Gasas no estériles
- Gasas estériles
- Campo fenestrado estéril
- Sonda de dos o tres vías (tipo Foley) de calibre adecuado
- -Agua bidestilada estéril
- Jeringa de 10cc + aguja





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

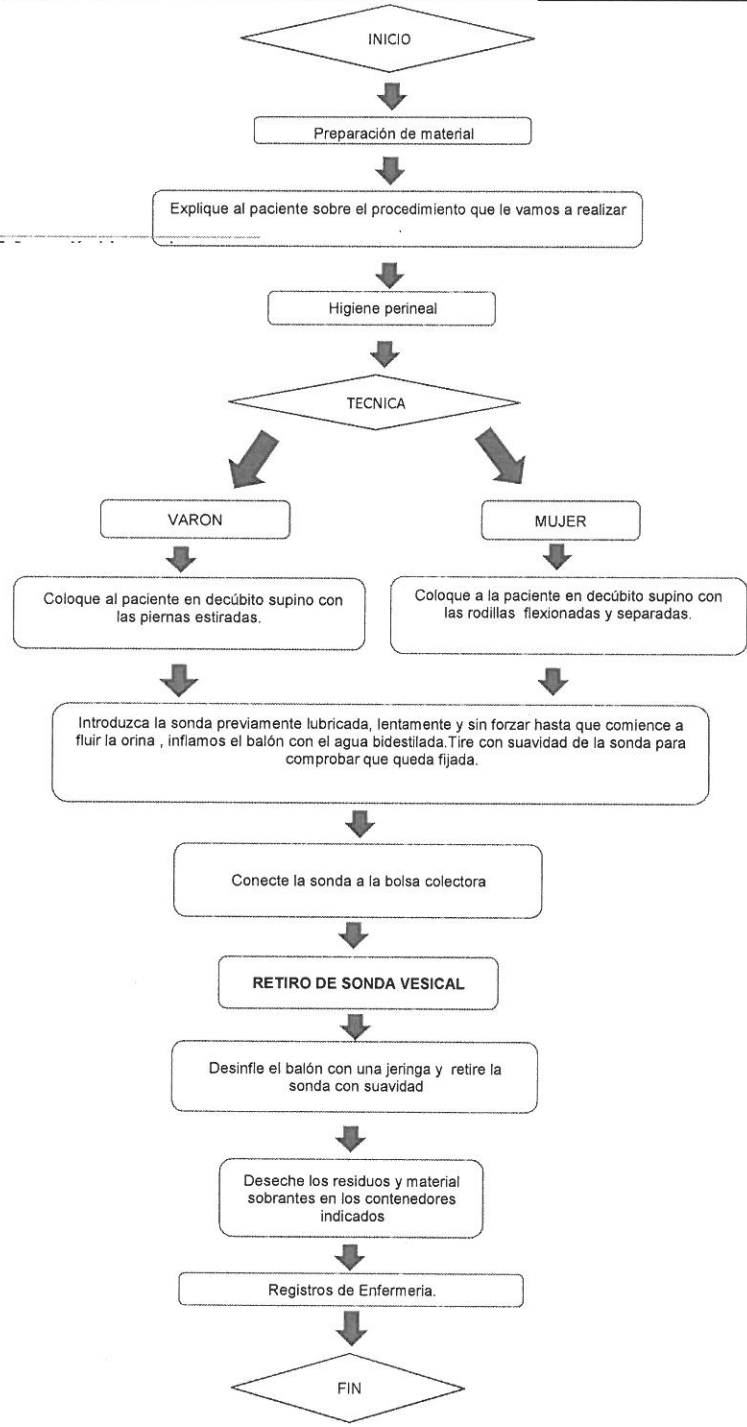
Nombre del Subproceso: COLOCACIÓN Y RETIRO DE SONDA VESICAL

Nombre del Procedimiento: COLOCACIÓN Y RETIRO DE SONDA VESICAL

Unidades Organicas Cargos

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

COLOCACION Y RETIRO DE SONDA VESICAL EXITOSO





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMIA	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 007

PROPOSITO (5) Mantener piel integra e intacta evitando infecciones.
Valorar y registrar contenido

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de cambios de bolsa de colostomías 100 / N° de pacientes colostomizados	Número de pacientes colostomizados	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
Manual de Bioseguridad
Directiva N° 007- MINSA / OGPE V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO .

- 1.- Explique al paciente el procedimiento.
- 2.-Preparar material como Bolsa de colostomía, gasas esteriles.tijera, suero fisiológico, jabón neutro
- 3.- Lavado de manos según técnica.
- 4.- Colóquese mascarilla, guantes, mandil y disponga del material para eliminar residuos biocontaminados
- 5.- Evacue, mida y registre el contenido, volumen y las características del mismo
- 6.- Retire lentamente la bolsa de arriba abajo sujetando la piel con la otra mano
- 7.- Utiliza suero fisiológico, gasas y jabón neutro.
- 8.- Seleccione el tipo de bolsa adecuada
- 9.- Mida el estoma y realice un orificio en la bolsa de colostomía con una adición de 3mm,



Retirar el adhesivo y presionar la bolsa por 30 seg. de tal manera que se fija a la piel en forma inclinada, se pega de abajo hacia arriba adaptándose a todos los pliegues de la piel

10.-Informar al paciente sobre los cuidados del estoma en casa y dieta.

9.-Registrar sobre manipulación, cuidados , complicaciones y características del estoma y el contenido evacuado..

FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11ª)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Cambio de bolsa de colostomía	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12ª)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente se le realiza cambio de bolsa de colostomía	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que se realiza a los pacientes colostomizados, incluyendo la atención a la herida quirúrgica y cuidados del estoma, cuidados relacionados con la movilidad e higiene, recomendaciones en la dieta y los cuidados específicos de enfermería en el momento del alta hospitalaria.

REGISTROS (14) Hoja de Producción diaria del profesional de Enfermería, registros de Enfermería.

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

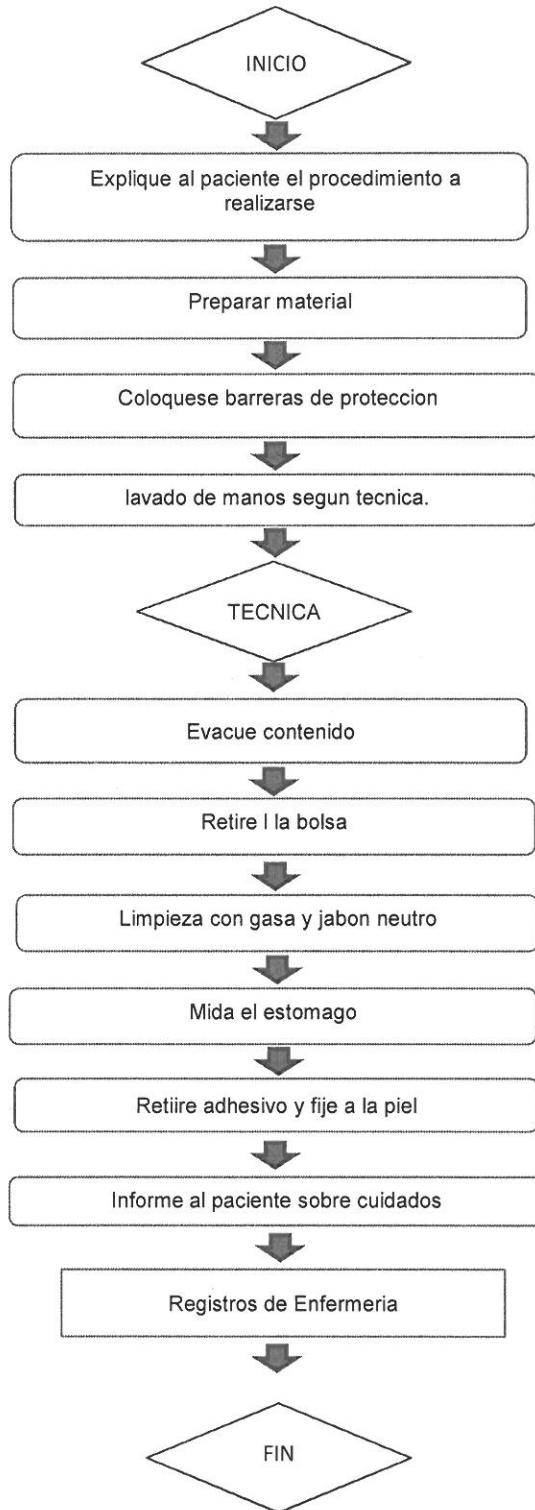
Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL DEPARTAMENTO EN EL DEPARTAMENTO

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMIA
 Nombre del Procedimiento: CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMIA

Unidades Orgánicas	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Cargos	

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

CAMBIO EXITOSO DE BOLSA DE COLOSTOMIA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	COLOCACIÓN Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 008

PROPOSITO (5) - Eliminación de secreciones gástricas.
- Eliminación de gas acumulado.
- Administración de medicación.
- Administración de alimentos
- Procedimiento Diagnostica

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o)D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de sondas nasogástrica colocadas x 100 / N° de pacientes con sonda nasogastrica por mes	Numero de pacientes con sonda nasogástrica	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
Manual de Bioseguridad
Directiva N° 007- MINSA / OGPE V. 02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

1. Identificación del paciente.
2. Explique al paciente el procedimiento a realizarse.
3. Elegir sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar.
4. Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
5. Coloque al paciente en posición semifowler.



TECNICA DE PROCEDIMIENTO PARA COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA

6. Realice lavado de manos y colóquese mandil y guantes.
 7. Mida la distancia de la porción de la sonda que será introducida, extendiéndola desde la punta de la nariz del paciente hacia el lóbulo de la oreja y de ahí hacia la parte baja del esternón.
 8. Marque la sonda.
 9. lubrique e Introduzca la sonda por uno de los orificios nasales.
 10. incline la cabeza hacia atrás y progrese lentamente la sonda.
 11. Verifique que la sonda se encuentra en cavidad faríngea y no enrollada en la boca.
 12. si presenta tos se retira y nuevamente se introduce unos minutos después.
 13. A partir de este momento, pida al paciente su colaboración deglutiendo saliva o bien un sorbo de agua, así irá conduciendo el trayecto de la sonda.
 14. Deje de introducir la sonda al llegar a la señal establecida.
 15. Inyecte 20 cc de aire por la sonda, al mismo tiempo que se ausculta el epigastrio, si la sonda está correctamente colocada, oiremos un ruido característico.
 16. Fije la sonda con esparadrapo antialérgico a la nariz de forma longitudinal para evitar escoriaciones.
 17. Coloque bolsa, de drenaje o tapón en la zona proximal, según el objetivo del procedimiento.
 18. Limpie diariamente las fosas nasales con suero fisiológico.
 19. Cambie la fijación de la sonda tantas veces como sea necesario.
 20. Verifique la ubicación de la sonda nasogástrica.
 21. Retire cada día unos cinco o seis centímetros la sonda y volver a introducirla para evitar posibles erosiones en la mucosa gástrica.
 22. Vigile la permeabilidad y limpieza de la sonda.
 23. Cambie la sonda cada siete días como máximo (si la sonda es de silicona, se puede prolongar más días).
 - 24 Para evitar la entrada de aire al estómago, lo cual podría causar distensión, mantener tapado el extremo proximal de la sonda todo el tiempo, excepto al revisar la posición de la sonda, cuando alimente a través de ésta, o se efectúe irrigación.
- Una vez efectuado el procedimiento registre.

TECNICA DE PROCEDIMIENTO EN RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA:

25. Colocar al paciente en posición de Fowler.
26. Lavado de manos.
27. Pinzar la sonda.
28. Quitar fijación de la sonda.
29. Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.



30. Retirar la sonda suavemente con movimiento continuo y moderadamente rápido.

31. No forzar la salida de la sonda.

32. Efectuar higiene de fosas nasales y boca.

33. Registrar la técnica en la hoja de enfermería.

34. Recoger el material.

35. Lavado de manos.

36. Registros de Enfermería Hora de colocación de la sonda. , modelo y calibre de la sonda, motivo de la colocación de la sonda, aspecto y cantidad del contenido evacuado.

FIN DE PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Colocación de sonda nasogástrica.	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente con sonda nasogastrica	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que consiste en colocar una Sonda nasogástrica a través de la nariz hasta el estómago.

REGISTROS (14) Hoja de producción diaria del profesional de Enfermería
Registros de Enfermería.

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería



ANEXOS

INSUMOS PARA COLOCACION Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA

- -Sonda nasogástrica nº 14, 16, 18
- Guantes estériles
- Estetoscopio
- Jeringa asepto
- Agua estéril.
- Esparadrapo
- Bolsa colectora o tapón según la indicación





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

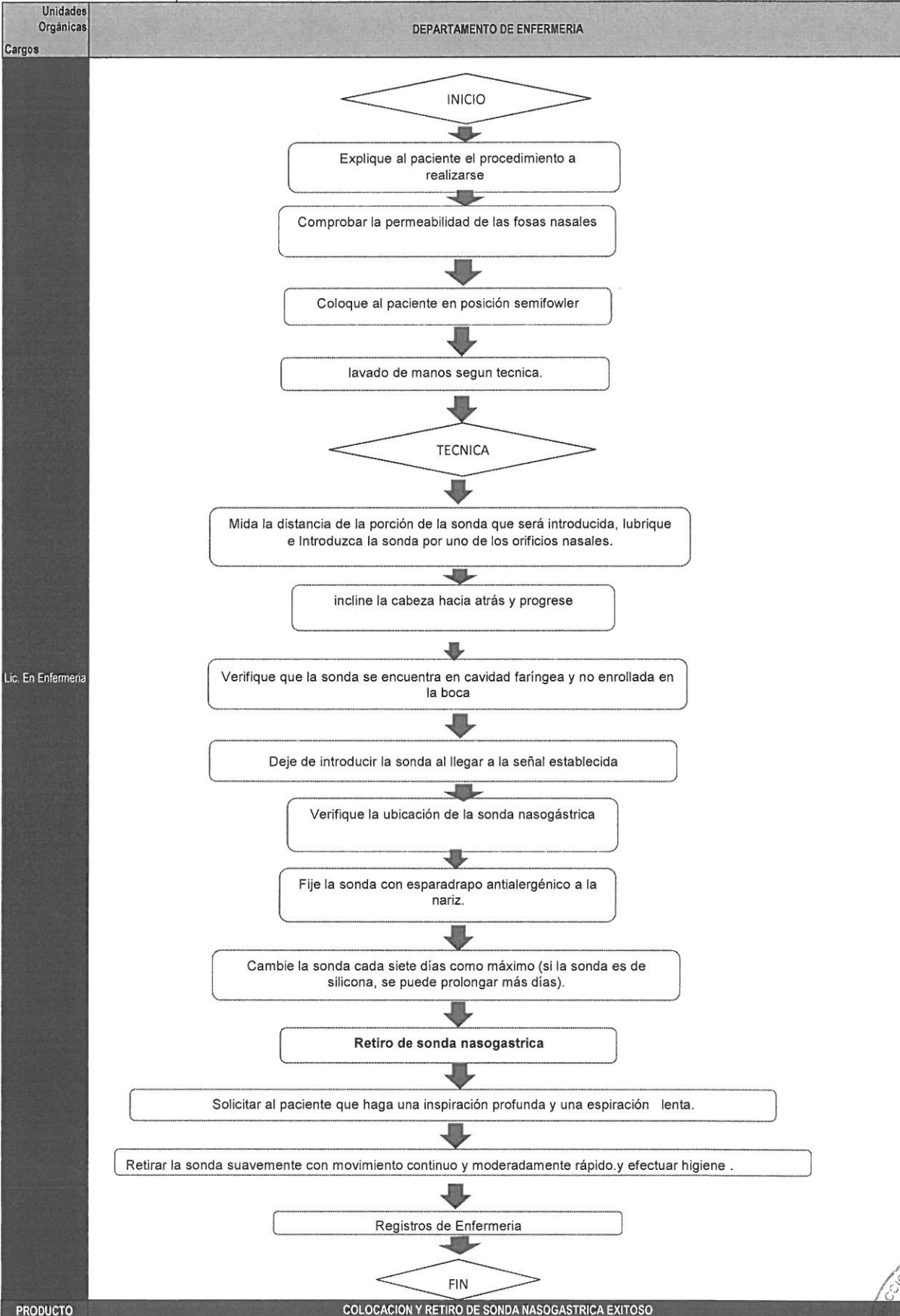
Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL DEPARTAMENTO EN EL DEPARTAMENTO ONCOLOGIA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Nombre del Subproceso: COLOCACION Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA

Nombre del Procedimiento: COLOCACION Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA



Lic. En Enfermería

PRODUCTO

COLOCACION Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA EXITOSO





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1) **PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PARACENTESIS	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 009

PROPOSITO (5) - Obtener muestra de líquido acumulado en la cavidad peritoneal para su análisis bioquímico, citológico y microbiológico
- Drenar líquido acumulado en exceso dentro de la cavidad peritoneal, como método complementario en el tratamiento de la ascitis.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o) D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de paracentesis realizadas x 100 / N° de pacientes hospitalizados por mes	Número de pacientes con paracentesis.	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
-Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
-Manual de Bioseguridad
-Directiva N° 007- MINSA / OGPE V. 02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO .

1. Identifique al paciente.
2. Explique al paciente el procedimiento, la postura que deberá mantener, muy importante, que no debe moverse lo cual facilitara su colaboración y disminuye la ansiedad de la familia.
3. - Pergunte sobre alergias a anestésicos.
4. Haga firmar la hoja el Consentimiento informado del procedimiento al paciente, familiar o apoderado.



5. -Preservar la intimidad del paciente
6. Pida al paciente que orine si no tiene catéter urinario permanente para minimizar el riesgo de punción vesical.
7. Coloque al paciente en posición semifowler, ligeramente inclinado hacia el lado a drenarse.
8. Valore signos vitales básicos.
9. Mida el perímetro abdominal.

Técnica durante procedimiento

10. Lavado de manos
11. Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente
12. durante el procedimiento
13. Colocarse guantes no estériles.
14. Preparar campo estéril y depositar material necesario en él.
15. Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar.
16. Ayudar al médico durante el procedimiento.
17. Preparación de tubos estériles para la recogida del líquido Ascítico si fuera necesario.
18. Vigilar ritmo de salida del líquido y sus características si la paracentesis es evacuadora y.
conectar el sistema al trocar.
19. Conectar el contenedor para la evacuación del líquido.
20. Fijar el sistema al abdomen mientras dure la evacuación.
21. Retirada de catéter en caso de paracentesis evacuadora y colocar apósito.

Cuidados posteriores a la prueba

22. -Etiquete los tubos y enviarlos inmediatamente al laboratorio para aumentar la fiabilidad del resultado
23. -Coloque al paciente en posición cómoda.
24. Retire el material utilizado.
25. Valore el estado del paciente y Signos vitales cada 5 minutos durante la primera hora.
26. Examine el apósito con frecuencia y cambiarlo si precisa.
27. Mida el perímetro abdominal y el peso.
28. Reposo durante 24 horas.
29. Controle ingresos y egreso de líquidos.
30. Administre medicación según prescripción Médica.
31. -Registros de Enfermería: el procedimiento, la cantidad y el aspecto del líquido evacuado. Anotar también el tipo de pruebas solicitadas. Anotar incidencias durante el procedimiento

FIN DE PROCEDIMIENTO.



ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Cuidados de Enfermería en paracentesis.	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente post paracentesis.	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13) Procedimiento de Enfermería que consiste en la asistencia a un procedimiento invasivo realizado por el profesional Medico que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal con técnica estéril para obtener líquido ascítico con fines diagnósticos y terapéuticos.	
REGISTROS (14)	Hoja de producción diaria del profesional de Enfermería Registros de Enfermería.
ANEXOS (15)	Mapa Global de Procedimientos de Enfermería Lista de Insumos para procedimiento de paracentesis.



ANEXOS

LISTA DE INSUMOS PARA PROCEDIMIENTO DE PARACENTESIS

- Guantes, mandil estéril, mascarilla y gafas de protección ocular.
- Antiséptico. Iodopovidona 10% o alcohol puro.
- Gasas estériles.
- Anestésico local sin vasoconstrictor.
- Jeringas estériles.
- Agujas.
- 2 cateteres estériles.
- Botellas limpias
- Frascos estériles para muestras.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Apósito estéril.
- Tachos
- Cinta métrica y rotulador.
- Campos estériles.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

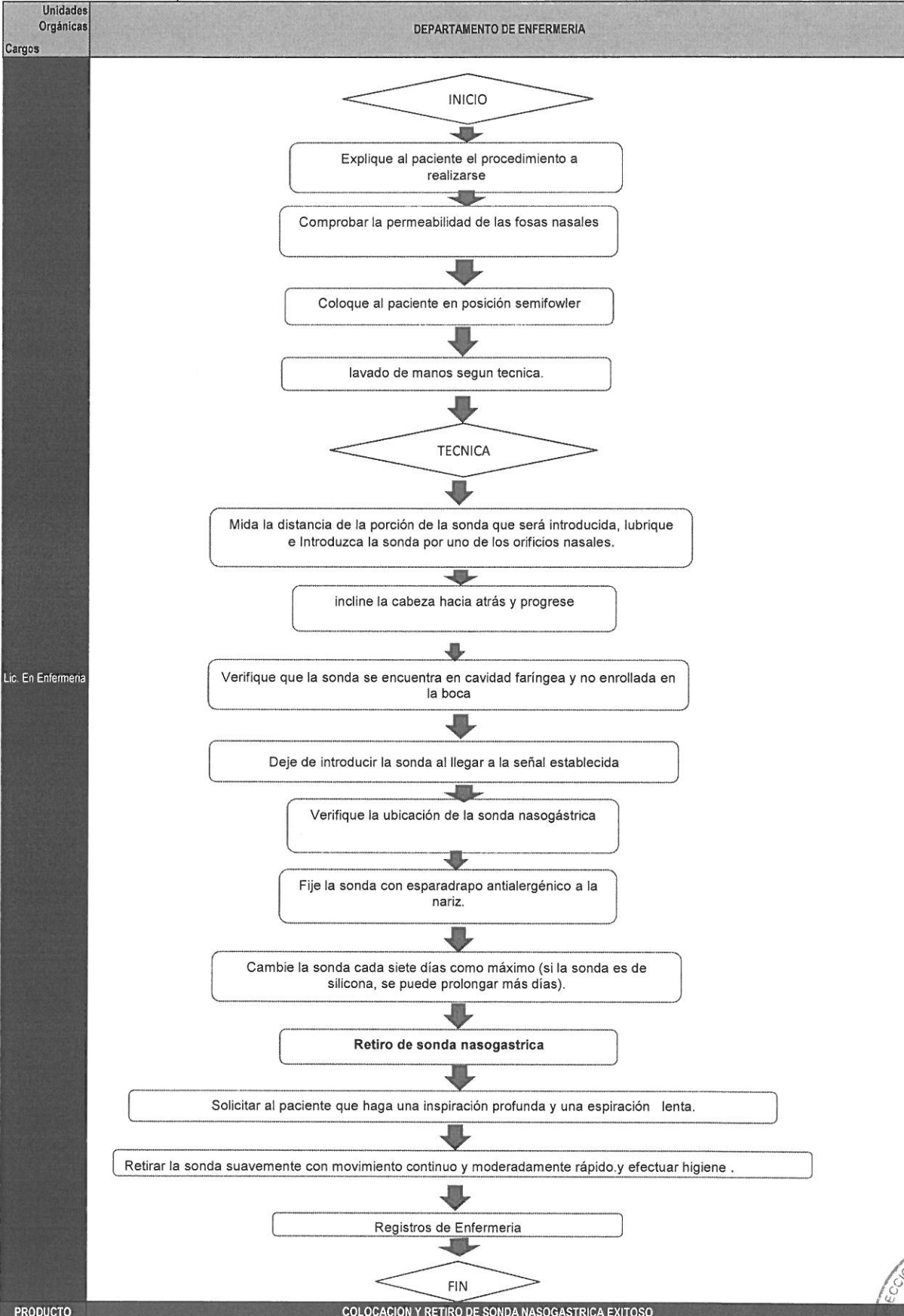
Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL DEPARTAMENTO EN EL DEPARTAMENTO ONCOLOGIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

Nombre del Subproceso: COLOCACION Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA

Nombre del Procedimiento: COLOCACION Y RETIRO DE SONDA NASOGASTRICA



Lic. En Enfermería





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ASISTENCIA DE PUNCIÓN LUMBAR	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 010

PROPOSITO (5) - Asistir en la extracción de muestra de líquido céfalo-raquídeo (LCR) mediante la punción lumbar, evitando complicaciones para el paciente.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 26842 _ Ley General de Salud Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud. Ley N°27669 Ley de trabajo del enfermera(o) D.S.N°004-2002 Aprueban ley del trabajo del enfermero.R.M.1022-2007/MINSA-Aprueban reglamento de organización y funciones del HSR.R.D.N°034-2013-SA-DS-HSR/OEPE/DG-Aprueba el MOF del Dpto. Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de Punción lumbar realizadas x 100 / N° de pacientes hospitalizados por mes	Número de pacientes que se realiza punción lumbar.	Registro de producción diaria de Enfermería.	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
Manual de Bioseguridad
Directiva N° 007- MINSA / OGPE V. 02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

1. Identifique al paciente.
2. Explique al paciente el procedimiento, la postura que deberá mantener y, muy importante, que no debe moverse durante la punción.
3. - Pregunte sobre alergia a anestésicos.
4. Haga firmar la hoja el Consentimiento informado del procedimiento al paciente, familiar o apoderado
5. -Acomodar al paciente en decúbito lateral izquierdo o derecho, al borde de la cama y en posición fetal. Comprobar que la posición no dificulte la ventilación en el paciente. Cuando la punción se efectúe en posición sentada, el enfermo debe redondear la



espalda encorvándose sobre una almohada. La elección de una posición u otra dependerá de la finalidad para la que sea indicada la P.L..

6. Explicar el procedimiento al paciente, informándole que puede sentir cierto dolor durante la punción e incluso calambres, pero que deberá tratar de estar lo más quieto posible, respirar lenta profunda y tranquilizarse.

TÉCNICA DURANTE EL PROCEDIMIENTO

7. Lávese las manos antes de iniciarse el procedimiento
8. Asista al médico en la realización del procedimiento.
9. Una vez terminado el procedimiento rotule las muestras indicando:
 10. Nombre del paciente
 11. Edad
 12. Número de H.C
 13. Tipo de muestra
 14. Servicio
15. Observar que la recolección de la muestra sea de gota a gota en los distintos frascos y valorar el aspecto del LCR.
16. Identifique y enumere por orden de salida las muestras de LCR.
17. Aplique un apósito estéril.
18. -Coloque al paciente en posición cómoda, ejerciendo presión sobre la zona de punción.
19. Retire el material utilizado.
20. Envié las muestras a las áreas de laboratorio correspondiente
21. -Registre la técnica y los acontecimientos, características de la muestra en las notas de enfermería.

Cuidados posteriores a la prueba

22. El paciente deberá permanecer en decúbito prono durante al menos dos horas, sobre un plano horizontal estricto, y de 8 a 10 horas en decúbito supino.
23. La tolerancia oral se iniciará tras la punción, aumentando la ingesta de líquidos para minimizar la aparición de cefalea.
24. Vigilar zona de punción por si aparece sangrado
25. Vigilar constantes vitales cada 8 horas, durante las primeras 24
26. -Registros de Enfermería , Registre en las notas de enfermería: el procedimiento, la cantidad y el aspecto del líquido evacuado. Anotar también el tipo de pruebas solicitadas. Anotar incidencias durante el procedimiento

FIN DE PROCEDIMIENTO



ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Cuidados de Enfermería en asistencia de punción lumbar	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente post punción lumbar.	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13)	
La punción lumbar es un procedimiento realizado por el profesional Médico donde el profesional de Enfermería asiste en la extracción de una muestra de Líquido Cefalorraquídeo mediante la punción con una aguja en la columna lumbar. Se efectúa en los espacios L3-L4 o L4-L5, y el propósito es tener los cuidados y evitar complicaciones al paciente.	
REGISTROS (14)	Hoja de producción diaria del profesional de Enfermería, registros de Enfermería
ANEXOS (15)	Mapa Global de Procedimientos de Enfermería Lista de insumos para punción lumbar..



ANEXO

LISTA DE INSUMOS PARA PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN LUMBAR

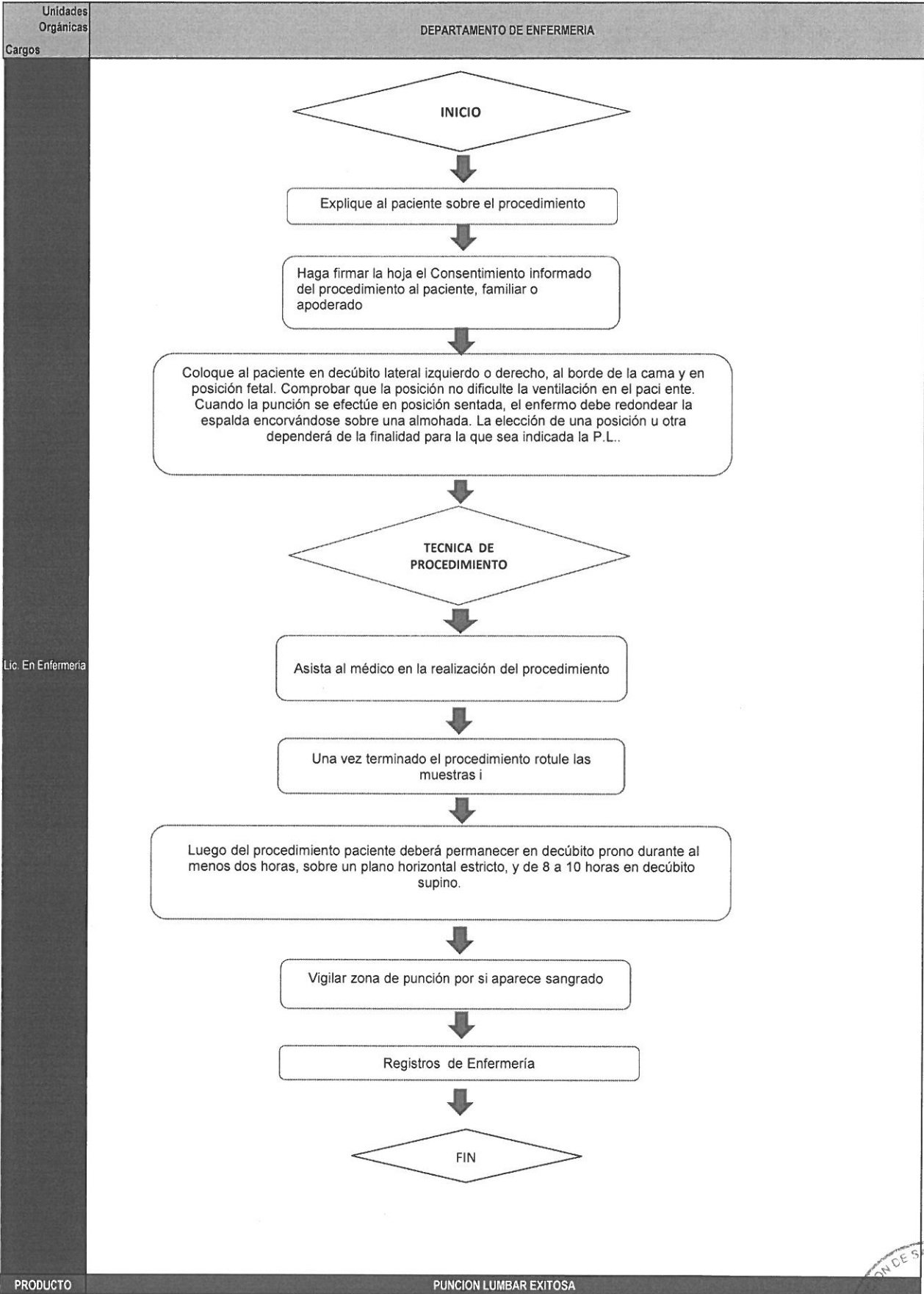
- Gorro.
- Mascarilla.
- Bata estéril.
- Guantes estériles.
- Campos estériles.
- Gasas estériles.
- Antiséptico: solución alcohol yodada.
- Jeringas
- Agujas subcutáneas.
- Solución anestésica, Lidocaína 2% sin epinefrina.
- Apósito transparente.
- Trocares de punción lumbar N° 18,20 o 22
- Frascos estériles, según cantidad de muestra
- Riñonera donde depositar los elementos utilizados, excepto las agujas que irán a los contenedores específicos.
- Etiquetas para las muestras.
- Contenedor para punzantes.
- Bolsa para recogida de residuos





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
 Nombre del Subproceso: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PUNCION LUMBAR
 Nombre del Procedimiento: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PUNCION LUMBAR





INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	PROTECCIÓN, RECUPERACION Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO
--	-------------------------------

Nota : De ser necesario utilice hojas adicionales

Nº Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígito-órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	01	Disponer de guantes estériles del número de la Instrumentista I	Calzado de guantes, Técnica cerrada.	N° de Intervenciones realizadas con calzado.	Instrumentista I	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
2	02	Lavado de manos, disponer del material a utilizar.	Lavado de zona operatoria.	N° de lavado de zona operatoria.	Lic. En Enfermería	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
3	03	Conteo de gasas medianas dobles y dressing estériles antes del inicio del acto quirúrgico en voz alta.	Cuidados de Enfermería en el conteo de gasa durante el acto Quirúrgico.	N° de cirugías con conteo de gasas.	Lic. En Enfermería	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
4	04	Orden de Interconsulta a UCI cursada en SOP.	Traslado de pacientes Post Operados inmediatos a UCI	N° de pacientes Quirúrgicos a UCI.	Lic. En Enfermería	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
5	05	Concluida la intervención Quirúrgica la Enfermera procede a la limpieza del paciente.	Cuidados de Enfermería en el traslado de pacientes Postoperados inmediato a recuperación.	N° de Pacientes a Recuperación.	Lic. En Enfermería	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
6	06	Limpieza y desinfección del Quirófano a utilizar.	Cuidado de Enfermería en Equipamiento de Quirófano.	N° de registro de pacientes atendidos.	Instrumentista I	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
7	07	Disponer de Gluconato de clorexidina al 4% en dispensador y escobilla para cepillado de unas	Lavado de manos Quirúrgicos.	N° de la vado Quirúrgicos.	Instrumentista II	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02

FECHA...../...../.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	PROTECCIÓN, RECUPERACION Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO
--	-------------------------------

Nota : De ser necesario utilice hojas adicionales

Nº Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígito-órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
8	08	Disponer de guantes estériles o de procedimiento Instrumentista II (circulante).	Manejo de Muestras Patológicas.	Nº de Registro de Patología.	Lic. En Enfermería	RM Nº 603-2006/MINSA. Directiva Nº 007-MINSA/DGPP-V02
9	09	Lavado de manos, disponer del material a utilizar.	Recepcion de paciente en sala de operaciones.	Nº de pacientes recepcionados.	Lic. En Enfermería	RM Nº 603-2006/MINSA. Directiva Nº 007-MINSA/DGPP-V02
10	10	Conteo de gasas medianas dobles y dressing estériles antes del inicio del acto quirúrgico en voz alta.	Colocación de posiciones según intervención Quirúrgica.	Nº de cirugías con conteo de gasas.	Lic. En Enfermería	RM Nº 603-2006/MINSA. Directiva Nº 007-MINSA/DGPP-V02

FECHA...../...../.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR



Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CALZADO DE GUANTES. TECNICA CERRADA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 001
PROPÓSITO	Evitar el contacto directo entre la piel de las manos de la enfermera instrumentista y el material estéril para mantener la asepsia.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de intervenciones quirúrgicas realizadas con calzado de guantes, tecnica cerrada en un periodo $\frac{\text{N° de pacientes que ingresan a sala de operaciones en un periodo}}{\text{N° de pacientes que ingresan a sala de operaciones en un periodo}} \times 100$	N° de intervenciones quirúrgicas realizadas con calzado de guantes, tecnica cerrada	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirofono	Instrumentista I
NORMAS			
R.M. N° 317-2099/MINSA: Aprueba modificar la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponer de guantes estériles del número de la Instrumentista I 2. Lavado de manos quirúrgico 3. Colocación de mandilón estéril 			
TECNICA			
<ol style="list-style-type: none"> 4. No sacar las manos de los puños del mandilón estéril 5. Abra la segunda envoltura del guante 6. Sujete el guante derecho con la mano izquierda y mantenga los brazos por encima de la cintura. 7. Coloque la mano derecha con la palma hacia arriba, los dedos en dirección a los codos y la muñeca del guante sobre el puño del mandilón. 8. Tome el guante con la mano que va a enguantar y ayude con la otra para estirar el guante hasta que cubra totalmente la abertura del puño del mandilón. 9. Estire el guante sobre el extremo de la manga y la mano empezando a introducir los dedos en la apertura de la manga. 10. Sujete la manga y el guante, estirando como si ambos fueran uno sólo. 11. Con la mano derecha, tome el guante izquierdo y repita el mismo procedimiento, asegurándose de que ambos guantes cubran completamente el puño del mandilón. 12. Ajuste las puntas de los dedos del guante a la mano, de manera que no queden arrugas. 			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
CALZADO DE GUANTES. TECNICA CERRADA	Enfermera Instrumentista I.	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
CALZADO DE GUANTES. TECNICA CERRADA	Enfermera Instrumentista I.	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Maniobra que consiste en la colocación de guantes estériles para la realización de un acto quirúrgico que requiere técnica aséptica			
REGISTROS	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirofar		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		



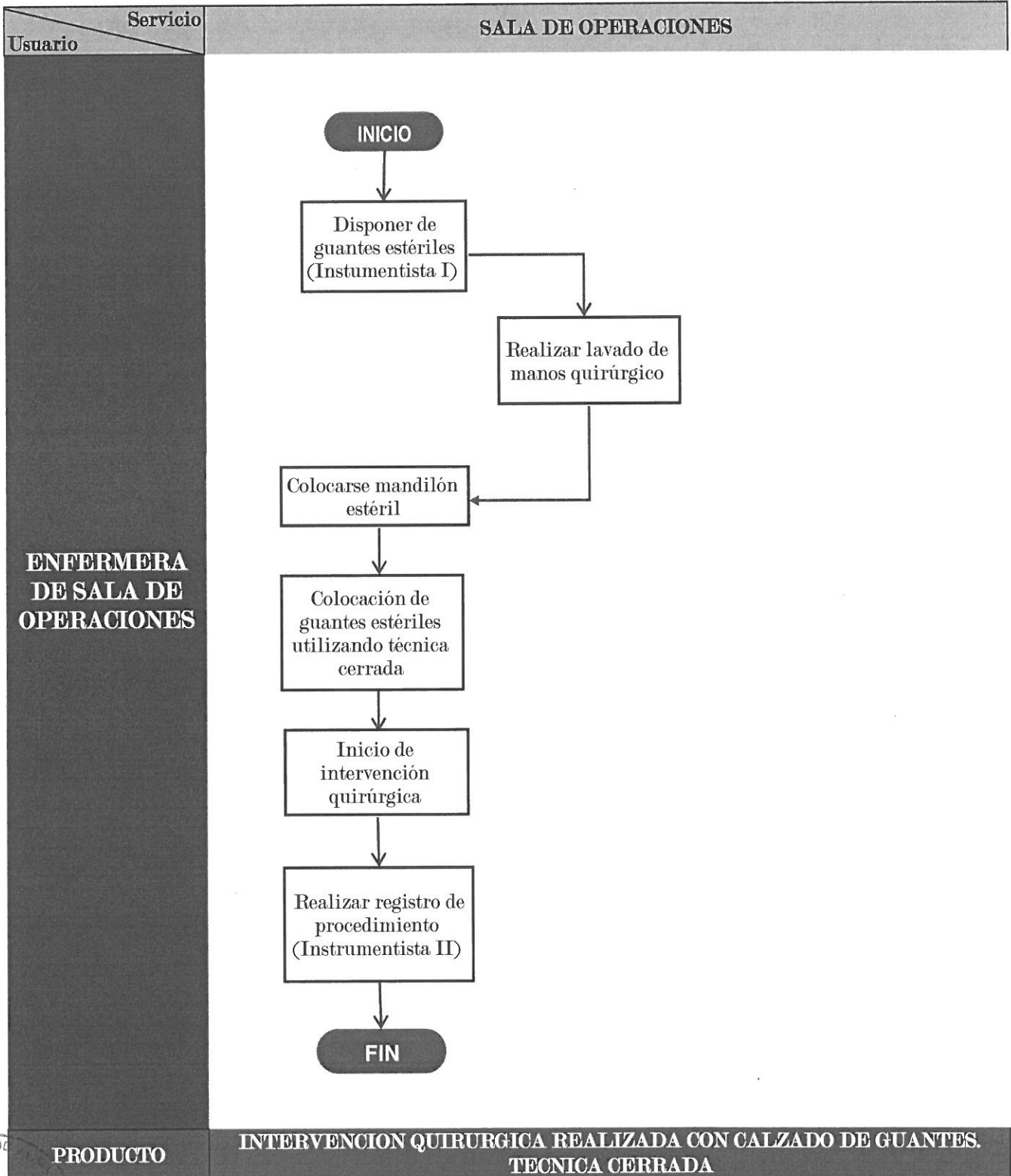


MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

Nombre del Subproceso: Cuidados de Enfermería para el Calzado de Guantes.Tecnica cerrada

Nombre del Procedimiento: **CALZADO DE GUANTES .TECNICA CERRADA**





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	LAVADO DE ZONA OPERATORIA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 002
PROPÓSITO	Disminuir la flora microbiana normal y eliminar la flora transitoria de la piel, mediante la aplicación de solución antiséptica con efecto residual que disminuya el crecimiento bacteriano de la piel durante la intervención quirúrgica.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de lavados de zona operatoria realizados en un periodo $\frac{\text{N° de lavados de zona operatoria realizados en un periodo}}{\text{N° de pacientes que ingresan a sala de operaciones en un periodo}} \times 100$	N° de lavados de zona operatoria realizados	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirófano	Licenciada (o) en Enfermería
NORMAS			
R.M. N° 317-2099/MINSA: Aprueba modificar la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
1. Lavado de manos			
2. Disponer del material a utilizar: 1 riñonera, 1 paquete de gasa de lavado esteril, 60cc de yodopovidona espuma al 8.5%, 1 par de guantes esteriles y 40cc de cloruro de sodio al 0,9%.			
3. Si el paciente esta despierto, comunicarle el procedimiento.			
TECNICA			
4. Abra el paquete que contiene la riñonera y colocar la solución de yodopovidona, el Cloruro de sodio y las gasas esteriles.			
5. Exponga el sitio operatorio y ajuste la luz de la cialitica para que el area este bien iluminada.			
6. Coloque los guantes esteriles.			
7. Comience el lavado en el sitio exacto donde se va a efectuar la incision y lave en forma circular. Use la tecnica "sin contacto" (no tocar la piel del paciente con los guantes, tocarla unicamente con la gasa embebida en solución antiséptica). Continúe lavando hacia la periferia con movimientos circulares.			
8. Lave hacia afuera del sitio de la incision y descarte las gasas utilizadas. No vuelva a lavar una zona ya lavada con la misma gasa.			
9. Cuando realiza lavado de abdomen es importante remover los restos de la piel muerta (detritus) del ombligo con una sola gasa y descartarla.			
10. Disminuir el exceso de espuma de la superficie de la piel con gasa esteril seca, tomando los extremos de la gasa y pasandola por la zona lavada.			
11. Para ostoma: Coloque una gasa con solución de yodopovidona espuma sobre el ostoma cubriendolo.			
12. Realice el lavado del resto del abdomen, según tecnica descrita.			
13. Retire la gasa colocada en el ostoma haciendo un movimiento circular, tenga cuidado de no hacer contacto con la piel y descarte la gasa.			
14. Realice la segregacion de las gasas en el balde con bolsa roja.			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
LAVADO DE ZONA OPERATORIA	Paciente que será intervenido quirúrgicamente	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
LAVADO DE ZONA OPERATORIA	Paciente intervenido quirúrgicamente	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Procedimiento de enfermería que consiste en realizar un lavado por arrastre de la zona operatoria con solución y técnica antiséptica, por toda la zona delimitada para la intervención quirúrgica, con la finalidad de prevenir y controlar la infección de herida operatoria por microorganismos que se encuentran en la piel del paciente.			
REGISTROS	Registro de Enfermería de pacientes atendidos en quirófano		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

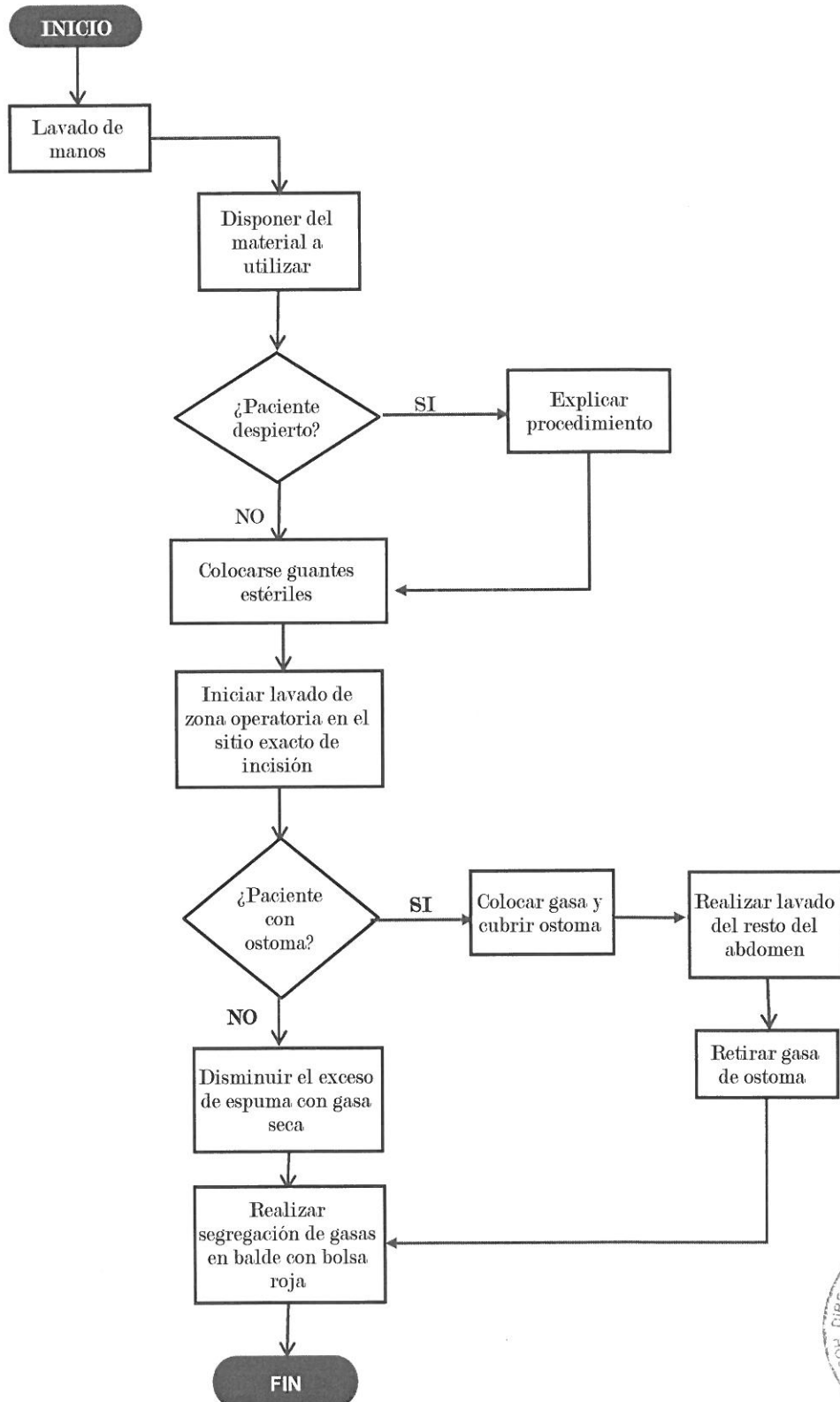
Nombre del Proceso PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

Nombre del Subproceso Cuidados de Enfermería en el Lavado de Zona Operatoria

Nombre del Procedimiento LAVADO DE ZONA OPERATORIA

Servicio	SALA DE OPERACIONES
Usuario	

ENFERMERA DE SALA DE OPERACIONES



PRODUCTO	PACIENTE CON ZONA OPERATORIA LIMPIA
-----------------	--



Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL CONTEO DE GASAS DURANTE EL ACTO QUIRURGICO		DE - 003
PROPÓSITO	Evitar la retencion de cuerpos extraños durante el procedimiento quirúrgico. Realizar un procedimiento estandarizado para el conteo de gasas.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG -		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de cirugias que se realiza conteo de N° de pacientes que ingresan a quirófano en	N° de cirugias que se realiza conteo de gasas	Registro de enfermeria de pacientes atendidos en quirofano	Lic. En Enfermeria

NORMAS

la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO

1. Conteo de Gasas Medianas Dobles y Dressing estériles antes del inicio del acto quirurgico en voz alta.
2. Mantener los baldes quirúrgicos vacios.
3. Mantener el piso prolijo sin presencia de gasas.
4. Registrar en historia clínica y hoja de "Registro de Enfermeria de pacientes atendidos en quirofano" total de gasa de inicio. Cada vez que se entregue un paquete de gasa de cualquier clase se realizara el conteo con la Enfermera Instrumentista y se registrara.

TECNICA

5. Enfermera instrumentista da indicacion de conteo de gasa cuando el cirujano finaliza operación propiamente dicha.
6. Enfermera Circulante se calza los guantes antes de iniciar el conteo de gasas utilizadas.
7. Colocar las gasas utilizadas de una en una, en el contador; las gasas medianas dobles en una fila y las gasas dressing en otra fila.
8. Despues de reunir 10 gasas de cada clase empaquetarlas y colocarlas en una bolsa roja.
9. El total del conteo de gasa debe coincidir y ser verificadas por la enfermera Instrumentista y Circulante .
10. Comunicar al equipo quirurgico conformidad de gasas utilizadas (gasas completas).
11. Registrar conteo final en respectivos formatos.

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de Enfermeria en el conteo de gasas	Intervenciones quirurgicas donde se realizará conteo de gasas	Ilimitado	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de Enfermeria en el conteo de gasas	Intervenciones quirurgicas donde se realizó conteo de gasas	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES

Procedimiento de enfermeria que consiste en realizar la verificacion de las cantidades de gasas utilizadas en el acto operatorio.

REGISTROS	Historia clínica y registro de enfermeria de pacientes atendidos en quirofano.
ANEXOS	Mapa Global del Procedimiento





PERU

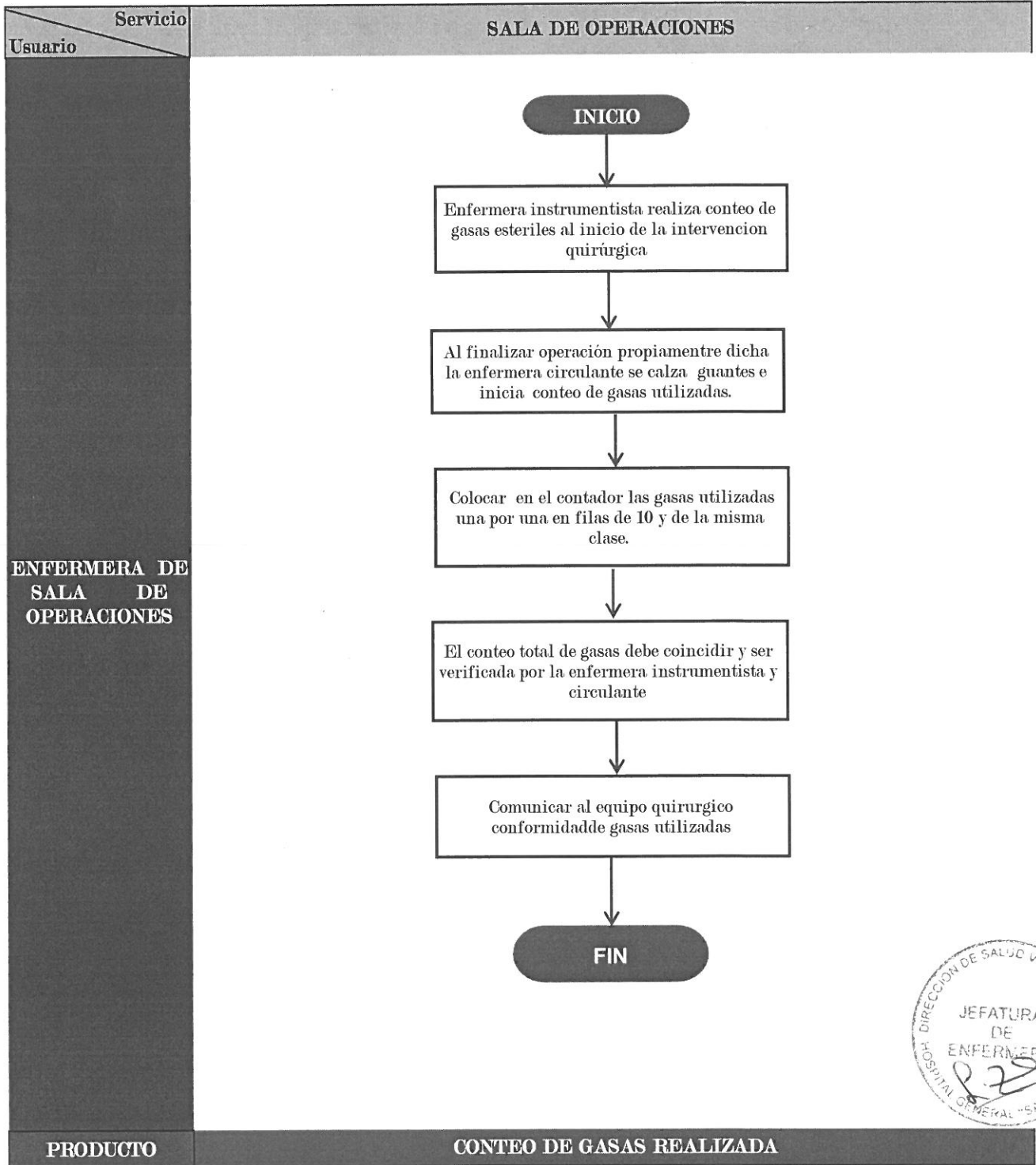
Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD**
Nombre del Subproceso **Cuidados de Enfermeria en el Conteo de Gasas**
Nombre del Procedimiento **Conteo de gasas**





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TRASLADO DE PACIENTES POST OPERADOS INMEDIATOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 004
PROPÓSITO	Realizar el traslado del paciente postoperado inmediato a la unidad de cuidados intensivos en condiciones adecuadas y seguras.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
$\frac{\text{N° de pacientes intervenidos quirúrgicamente trasladados a UCI}}{\text{N° de pacientes que ingresan a quirófano en un periodo}} \times 100$	N° de pacientes quirúrgicos trasladados a UCI	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirófano	Licenciada (o) en Enfermería.
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
1. Orden de interconsulta a la UCI cursada en SOP.			
2. Médico intensivista evalúa a paciente en sala de operaciones o recuperación e indica la orden para el traslado del paciente a UCI.			
3. Coordinación con enfermera de UCI para el traslado del paciente Intubado o Extubado.			
4. Preparar unidad de transporte (oxígeno, resucitador manual, pulsoxímetro, estetoscopio) y verificar funcionamiento.			
TECNICA			
5. Paciente Intubado: Iniciar el traslado desde Sala de Operaciones, tomando el liderazgo del equipo el médico anestesiólogo.			
6. Realice el traslado del paciente intubado desde la mesa de operaciones a la camilla de transporte en bloque: anestesiólogo a la cabeza y el resto del personal a los costados y a los pies del paciente.			
7. Coloque al paciente en posición fisiológica y segura en la camilla de transporte.			
8. Revise los drenajes, tubo endotraqueal, bomba de infusión, etc; cerrando y sellando aquellos sistemas de drenaje de los que podemos prescindir, pinzar colector de orina para impedir reflujo a la hora de inmovilizar al paciente.			
9. Monitorice al paciente con el pulsoxímetro manual. El médico anestesiólogo es el que indica el inicio del traslado.			
10. Avise a enfermera de UCI, telefónicamente, que se está trasladando al paciente.			
11. Transporte al paciente con 2 personas como mínimo (anestesiólogo y enfermera circulante), vigilando pulsoxímetro y estado general del paciente.			
12. Lleve historia clínica, hoja de anestesiología, notas de enfermería de sala de operaciones con su respectivo Balance Hídrico.			
13. Reporte a Enfermera de UCI todas las implicancias del acto quirúrgico (tiempo de cirugía, tipo de cirugía, anestesia y antecedentes), nivel de conciencia del paciente, función respiratoria y cardiorespiratoria, evaluación de temperatura, manejo de dolor y terapéutica.			
14. Paciente Extubado: Inicie el traslado desde recuperación, siguiendo los mismos pasos del paciente intubado.			
15. Retorne todos los materiales y equipos del servicio de SOP que se utilizaron en el traslado del paciente.			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
TRASLADO DE PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO A UCI	Paciente post operado inmediato con indicación de	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
TRASLADO DE PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO A UCI	Paciente post operado inmediato trasladado a UCI	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Procedimiento que consiste en desplazar al paciente postoperado inmediato de sala de operaciones a la unidad de cuidados intensivos en condiciones adecuadas y seguras, previniendo complicaciones.			
REGISTROS	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirófano		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

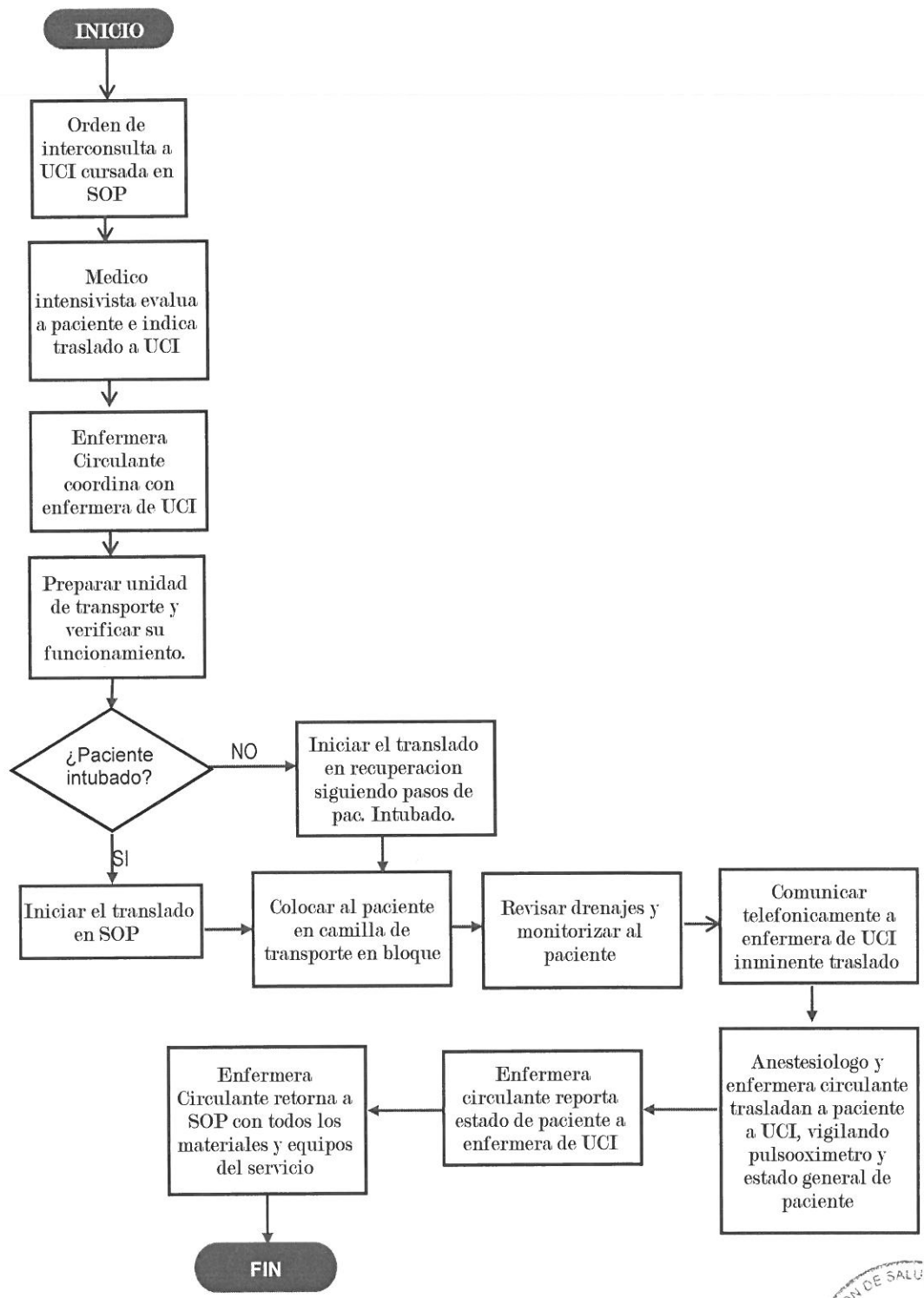
Nombre del Proceso: **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD**

Nombre del Subproceso: **Cuidados de Enfermeria durante el traslado del paciente post operado inmediato a UCI**

Nombre del Procedimiento: **Traslado de paciente post operado inmediato a UCI**

Servicio: **SALA DE OPERACIONES**

Usuario: **ENFERMERA DE SALA DE OPERACIONES**



ENFERMERA DE SALA DE OPERACIONES

PRODUCTO: PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO TRASLADADO A UCI



**Ficha de Descripción de Procedimiento**

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALLUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL TRASLADO DE PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO A RECUPERACION	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 005
PROPÓSITO	Transportar al paciente post operado a recuperacion de manera segura reduciendo riesgos		
ALCANCE	Licenciados en Enfermeria de Centro Quirurgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermeria.		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes post operados trasportados a recuperacion	N° de pacientes post operados	Registro de enfermeria de pacientes atendidos en	Licenciada (o) en Enfermeria.
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
<ol style="list-style-type: none"> Una vez concluida la intervencion quirurgica la enfermera circulante y la enfermera instrumentista con guantes de barrera proceden a la limpieza del paciente. Verificacion de herida operatoria ,drenaje,vias perifericas ,clampaje de sonda foley si lo hubiera . Ubicación del equipo quirurgico para trasladar al paciente de la mesa de operaciones a la cama de recuperacion 			
TECNICA			
<ol style="list-style-type: none"> Si el paciente esta despierto explicarle el procedimeinto ;caso contrario esperar la indicacion del anestesioologo para el traslado . Mantener las vias aereas permeables,vias perifericas,herida operatoria,presencia de drenajes,sonda foley y/o sonda nasogastrica. Proceder a sacarse los guantes contaminados y subir las barandas laterales de la cama del paciente. Llevar consigo resucitador manual (ambú) y el pulsooxímetro portátil Verificar que la cabeza del paciente este inclinada hacia un lado o colocar al paciente en decúbito lateral. Verificar la posicion del paciente para evitar aspiraciones por vomitos. Examinar con frecuencia el ritmo y la profundidad de los movimientos respiratorios. El traslado del paciente debe ser en compañía del anestesioologo ,la enfermera circulante y tecnica de enfermeria El anestesioologo entrega y reporta a la enfermera de recuperacion al paciente y las condiciones en que este ingresando. La enfermera circulante reporta a la enfermera de recuperacion las condiciones en que ingresa el paciente: nombre del paciente, ,intervención quirúrgica realizada,cirujano operador, presencia de drenajes,soluciones intravenosas,farmacos administrados, transfusion de sangre, liquidos perdidos durante el intraoperatorio y complicaciones si se presentaron. Tambien hacer referencia antecedentes patológicos y posibles complicaciones que podrian darse durante la recuperacion post anestésica. 			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de enfermeria en el transporte del paciente post operado a recuperacion	Pacientes Post operados inmediatos	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de enfermeria en el transporte del paciente post operado a recuperacion	Pacientes en la Unidad de Recuperacion Postanestésica	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Procedimiento que consiste en trasladar al paciente post operado inmediato de la mesa de operaciones a la cama de recuperacion,para ser llevado a la unidad de recuperacion post anestésica.			
REGISTROS	Registro de Atencion de Enfermeria en Sala de Operaciones		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		





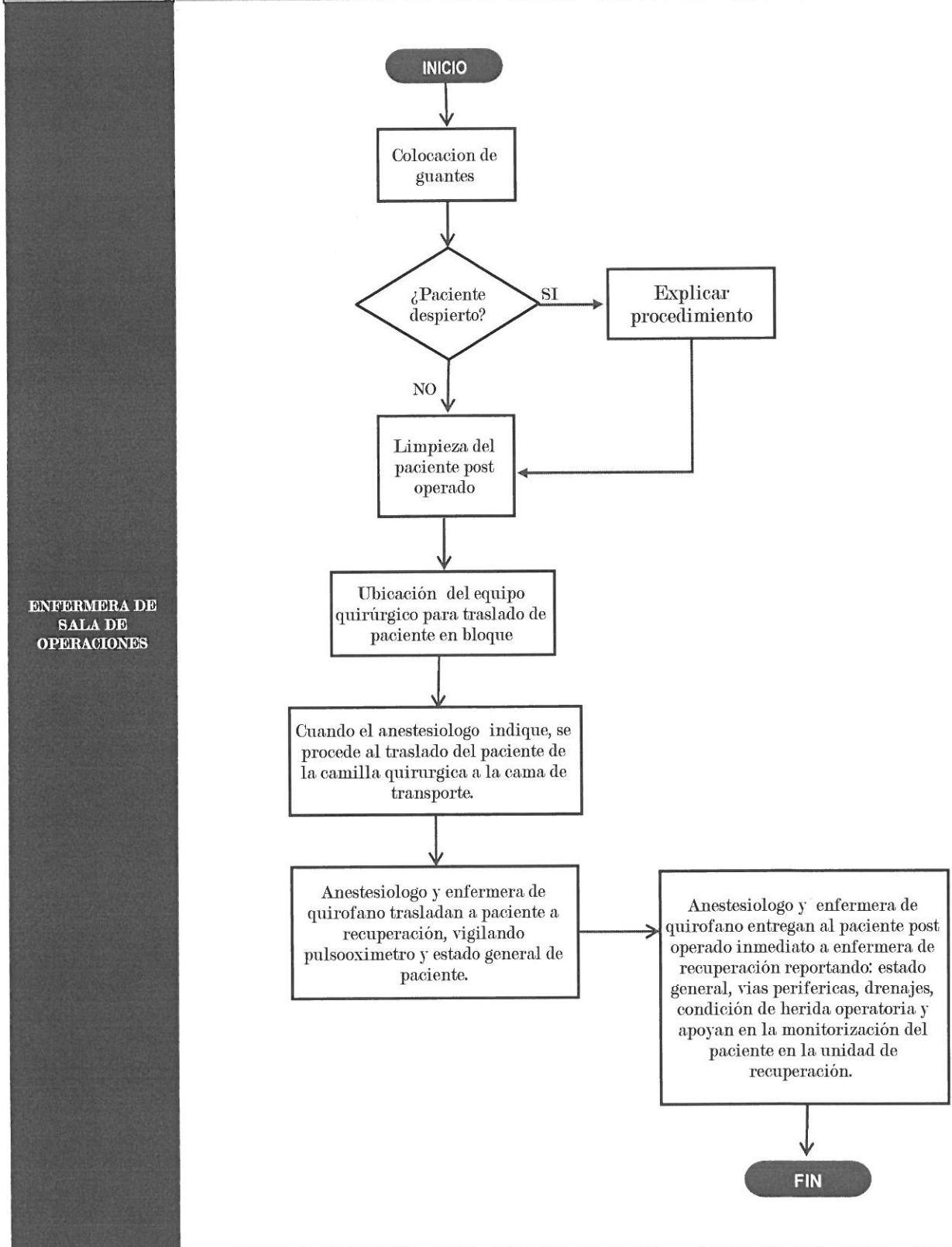
MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD**

Nombre del Subproceso **Cuidados en el Transporte de Pacientes Post operado Inmediato**

Nombre del Procedimiento **Transporte del Paciente post operado inmediato a URPA**

Servicio	SALA DE OPERACIONES
Usuario	



ENFERMERA DE SALA DE OPERACIONES

PRODUCTO	PACIENTE POSTOPERADO INMEDIATO EN RECUPERACION
-----------------	---





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EQUIPAMIENTO DE QUIROFANO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 006
PROPÓSITO	Lograr un adecuado equipamiento del quirófano en cada cirugía, optimizando los tiempos operatorios y así disminuir los riesgos.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2011-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de quirófanos equipados en un periodo N° de quirófanos equipados utilizados x 100	N° de pacientes atendidos en cirugías electivas y de emergencia	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirófano	Licenciada (o) en Enfermería
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
1. Lavado de manos			
2. Limpieza y desinfección del Quirófano a utilizar.			
3. Equipamiento de Quirófano según intervención quirúrgica.			
TECNICA			
4. Realizar el lavado de manos clínico.			
5. Disponer del material a utilizar en la limpieza y desinfección del quirófano.			
6. Disponer de la programación diaria de las intervenciones quirúrgicas y/o solicitudes de emergencia.			
7. Revisión de la limpieza y desinfección de la sala programada a equipar. Evaluar el funcionamiento de los equipos biomédicos: cables, tomacorrientes, cialíticas, equipo de electrocauterio, equipo de aspiración, fluorescentes, aire acondicionado. Verificar el funcionamiento de la mesa operatoria con sus accesorios completos y operativos. Revisión de los gases medicinales oxígeno, aire comprimido, CO ₂ .			
8. Revisión de los insumos biomédicos: guantes granel, esparadrapo, alcohol puro, alcohol yodado, yodo, yodopovidona en espuma y solución, algodón, vaselina, agua oxigenada, sablon, agua destilada, cloruro de sodio al 0.9%. Y verificación de material de escritorio:			
9. Vestir la mesa operatoria con hule y tela. Distribución y ordenamiento del material estéril en el quirófano programado: Equipo de ropa estéril, mandil individual, instrumental de acuerdo a cirugía, lápiz de electrocauterio, conexiones de aspiración, bolos, riñoneras, gasas estériles (medianas dobles, lavado, dressing), guantes estériles.			
10. Revisión de baldes vacíos con sus respectivas bolsas rojas y negra, así como frasco de bioseguridad.			
11. Verificar la estancia de máquina de anestesia y vitrina de anestesia			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EQUIPAMIENTO DE QUIROFANO	Programación de cirugías electivas y de emergencia	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EQUIPAMIENTO DE QUIROFANO	Paciente intervenido quirúrgicamente	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Conjunto de: instalaciones, equipos, insumos seleccionados, dentro del quirófano, que logran la integración de los espacios en forma lógica y permite conjuntamente con el personal, equipos e inmobiliario incrementar la calidad de atención y optimizar los recursos para una determinada intervención quirúrgica.			
REGISTROS	Registro de Atención de Enfermería en Sala de Operaciones		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso

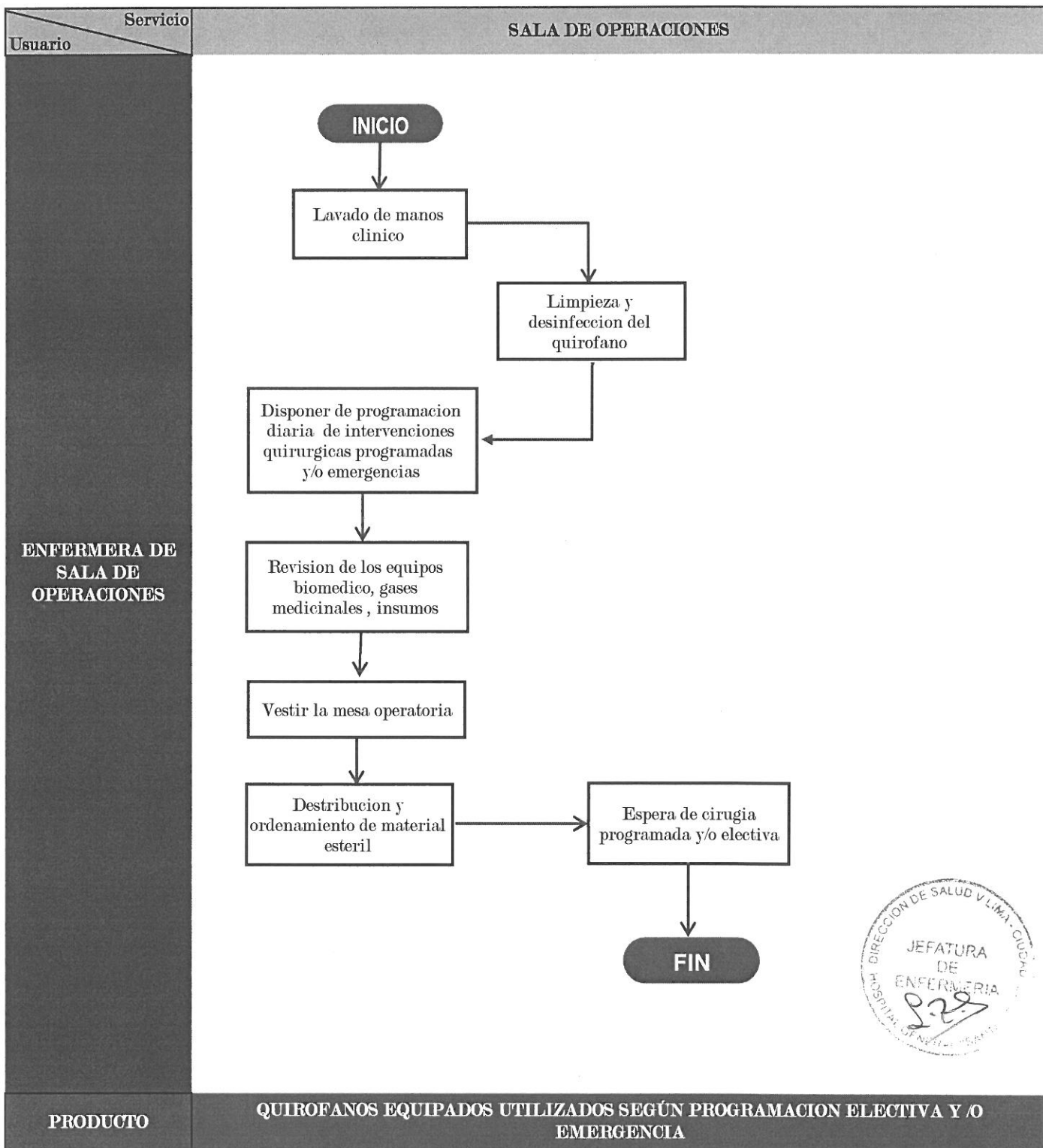
PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

Nombre del Subproceso

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EQUIPAMIENTO DE QUIROFANO

Nombre del Procedimiento

EQUIPAMIENTO DE QUIROFANO





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	LAVADO DE MANOS QUIRURGICO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE -007
PROPÓSITO	Prevenir la contaminación del sitio quirurgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente presentes en las manos.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirurgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27669 - Ley del Trabajo Enfermero N° 28369 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2011-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nºde lavado de manos quirurgico en un periodo _____ x 100 Nº de pacientes que ingresan a quirofono en un periodo	Nº de lavado de manos quirurgico realizados	Registro de enfermeria de pacientes atendidos en quirofono	Instrumentista I
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
1. Disponga de Gluconato de clorexidina al 4% en dispensador de circuito cerrado y escobilla descartable para cepillado de uñas.			
2. Asegure que mascarilla y gorro se encuentran debidamente colocados.			
3. Retire joyas de manos y antebrazo.			
TECNICA			
4. Abra la llave de agua y regule el chorro.			
5. Moje las manos y aplique solución antiséptica de 3-5 ml.			
6. Friccione energicamente:			
a) Las manos palma con palma 10 veces.			
b) Palma derecha con dorso de mano izquierda y palma izquierda con dorso de mano derecha 10 veces cada uno.			
c) Espacios interdigitales de mano derecha y luego de mano izquierda 10 veces cada uno.			
d) Desde la muñeca, frote con movimientos rotatorios, descendiendo por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo, proceder de la misma manera con el antebrazo izquierdo.			
7. Cepille uña por uña de una mano y luego la otra, incluyendo los lechos ungueales, realizarlo en el primer lavado de manos quirurgico durante 2 minutos.			
8. Enjuague las manos manteniendolas levantadas, desde la puntas de los dedos hacia el antebrazo sin retornar hacia los dedos.			
9. Mantenga los brazos hacia arriba y alejadas del cuerpo favoreciendo el escurrimiento hacia los codos. No tocar superficies o elementos.			
10. Realice nuevamente los pasos (6a, 6b y 6c) y el paso 6d realizar la fricción rotatoria desde la muñeca hasta el antebrazo 6cm por debajo del codo y enjuague realizando el paso N°8.			
11. Realice por ultima vez la fricción paso 6a, 6b, 6c y 6d, pero la fricción rotatoria sólo en las muñecas. Y enjuague según paso N° 8			
12. La duracion del procedimiento es de 5 minutos en el primer lavado quirurgico y de 3 minutos en los siguientes.			
13. Seque las manos y antebrazos con compresa estéril.			
14. Ingrese al quirofono dando la espalda a la puerta y con los brazos y manos elevados y separados del cuerpo.			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
LAVADO DE MANOS QUIRURGICO	Enfermera Instrumentista I.	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
LAVADO DE MANOS QUIRURGICO	Enfermera Instrumentista I.	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Procedimiento que consiste en realizar el lavado de manos con movimientos de fricción y solución antiséptica, antes del ingreso a una intervención quirurgica.			
REGISTROS	Registro de enfermeria de pacientes atendidos en quirofono		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso **PROTECCION RECUPERACION, Y REHABILITACION DE LA SALUD**

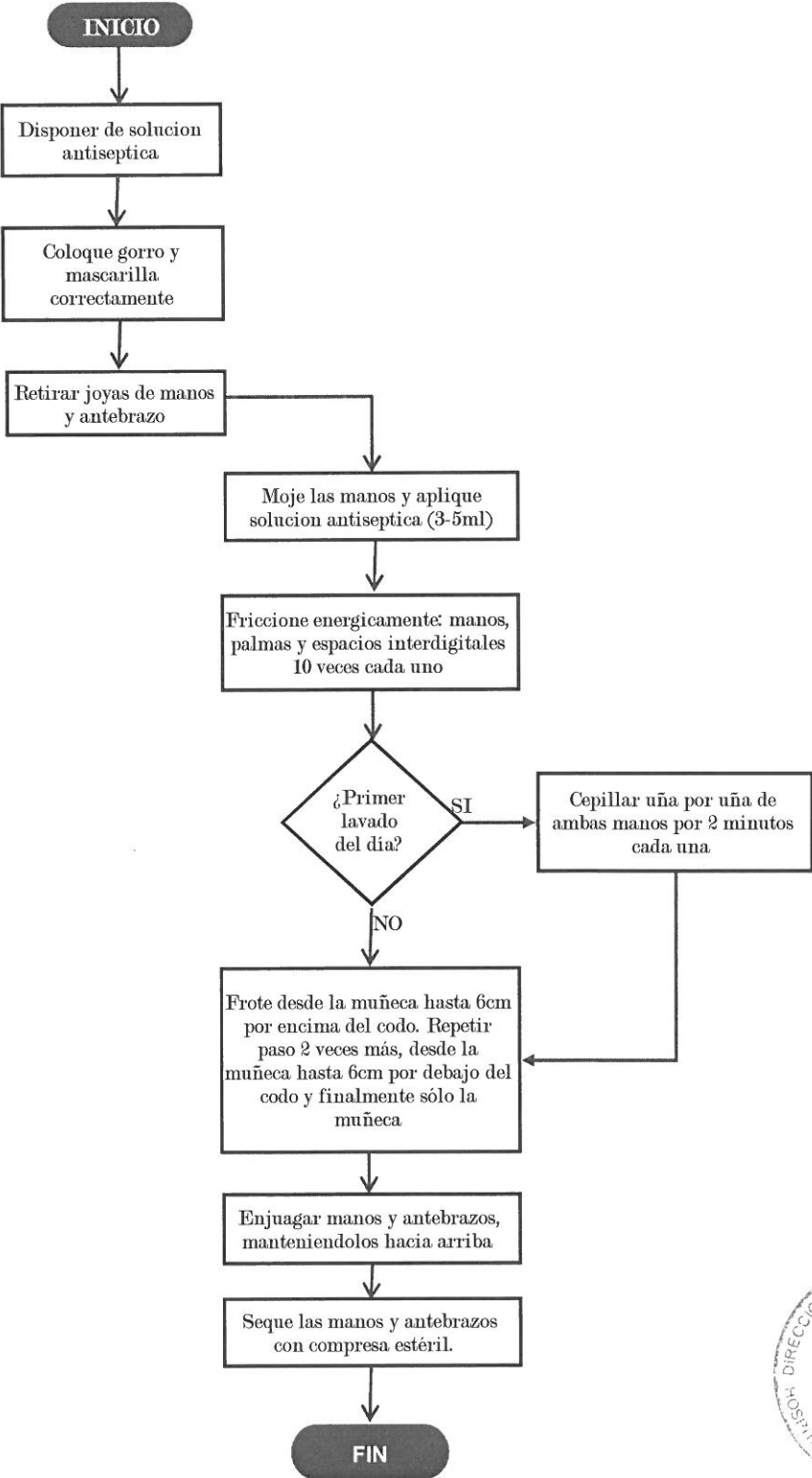
Nombre del Subproceso **Cuidados de Enfermeria en el Lavado de Manos Quirúrgico**

Nombre del Procedimiento **LAVADO DE MANOS QUIRURGICO**

Servicio **SALA DE OPERACIONES**

Usuario

ENFERMERA DE SALA DE OPERACIONES



PRODUCTO **LAVADO DE MANOS QUIRURGICO REALIZADO**





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MANEJO DE MUESTRAS PATOLÓGICAS	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 008
PROPÓSITO	Brindar un instrumento que establezca las normas pertinentes sobre el manejo de muestras patológicas en SOP, en las condiciones adecuadas que permitan un resultado de calidad.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley, N°28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Estudios Anatomopatológicos (Cultivos/Biopsias por Congelación/ Piezas Operatorias)	N° de estudios anatomopatológicos registradas (Cultivos, Biopsias por congelación o Piezas Operatorias)	Cuaderno de Registros de estudios anatomopatológicos Intraoperatorios	Licenciada (o) en Enfermería. Instrumentista II
N° de pacientes intervenidos quirúrgicamente, según patología			
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			

- INICIO:**
1. Disponer de guantes estériles o de procedimiento, Instrumentista II (Circulante)
 2. Disponer de recipientes translúcido o bolsas de plástico (boca ancha), Instrumentista II (Circulante)
 3. Coordinar con el cirujano, para que la muestra sea removida del campo estéril (puede que el cirujano necesite examinar la pieza durante o al final de la cirugía)
- TECNICA**
4. Recibir la muestra con guantes estériles o de procedimiento.
 5. Sostener abierto un frasco o bolsa de plástico (boca ancha), Instrumentista II (Circulante).
 6. Enfermera Instrumentista I, suelta la muestra.
 7. Rotular con letra clara, legible y de buen tamaño las muestras, con adhesivo (esparadrapo).
 8. Rotular los siguientes datos, que concuerden con la solicitud: Nombre del Paciente y Edad, Número de Historia Clínica, Nombre de la Pieza Operatoria, Nombre del Cirujano, Fecha y Hora.
 9. El medio de fijación debe cubrir por completo la pieza.
 10. Colocar la muestra en el recipiente de traslado, de manera que al fijarse pierda lo menos posible su estructura anatómica original.
 11. Preservar la muestra con formol al 20% , 10% ó Cloruro de Sodio 0,9%, previa indicación médica.
 12. Anotar en el Cuaderno de Registros de estudios anatomopatológicos Intraoperatorios.
 13. Refrigerar las muestras.

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
MANEJO DE MUESTRAS PATOLÓGICAS	Enfermera Instrumentista I y Enfermera Instrumentista II (Circulante).	Ilimitado	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
MANEJO DE MUESTRAS PATOLÓGICAS	Enfermera Instrumentista I y Enfermera Instrumentista II (Circulante).	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES

Estudio de las modificaciones de los tejidos corporales extraídos mediante una intervención quirúrgica, obteniéndose de manera invasiva.

REGISTROS	Cuaderno de Registros de Estudios Anatomopatológicos Intraoperatorios
ANEXOS	Mapa Global del Manejo de Muestras Patológicas.





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RECEPCIÓN DE PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES.	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 009
PROPÓSITO	Identificar correctamente al paciente que será intervenido quirúrgicamente y verificar preparación preoperatoria inmediata.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes recepcionados en S.O.P en un periodo _____ x 100 N° de pacientes programados (electivas y emergencias) para intervención quirúrgica	N° de pacientes recepcionados en sala de operaciones	Hoja de programación y solicitud de emergencia	Licenciada (o) en Enfermería
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
1. RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
1.1. Saludar y presentarse ante el paciente.			
1.2. Corroborar la identidad del paciente con la hoja de filiación de la historia clínica.			
1.3. Preguntar al paciente por la existencia de posibles alergias a medicamentos u otros.			
1.4. Revisar la historia clínica con el fin de comprobar:			
a. Consentimiento informado para intervención quirúrgica firmado por el paciente o familiar			
b. Consentimiento informado para Anestesia.			
c. Autorización para recibir transfusión sanguínea en caso lo requiera.			
d. Constancia de depósito de sangre.			
e. Hoja de verificación de seguridad de la cirugía.			
f. Boletas de pago para cirugía y anestesia.			
g. Formatos del SIS (si es afiliado).			
h. Pruebas complementarias recientes (con fecha no mayor de 3 meses).			
i. Riesgo quirúrgico e interconsultas indicadas.			
2. EXPLORACIÓN CEFALO CAUDAL			
2.1. Explorar la permeabilidad y características de: vía endovenosa, catéteres, sondas y estado de movilización del paciente.			
2.2. Verificar preparación física del paciente: Higiene, vestuario, que no porte prótesis dental, lentes de contacto, uñas sin esmalte.			
3. PACIENTE EN ESPERA DE TRASLADO A QUIROGANO.			
Fin del Procedimiento			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
RECEPCIÓN DE PACIENTES EN SALA DE OPERACIONES	Paciente programado para intervención quirúrgica	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
RECEPCIÓN DE PACIENTES EN SALA DE OPERACIONES	Paciente recepcionados para intervención quirúrgica.	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Conjunto de acciones que identifican al paciente que será intervenido quirúrgicamente.			
REGISTROS	Anotaciones de Enfermería		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso

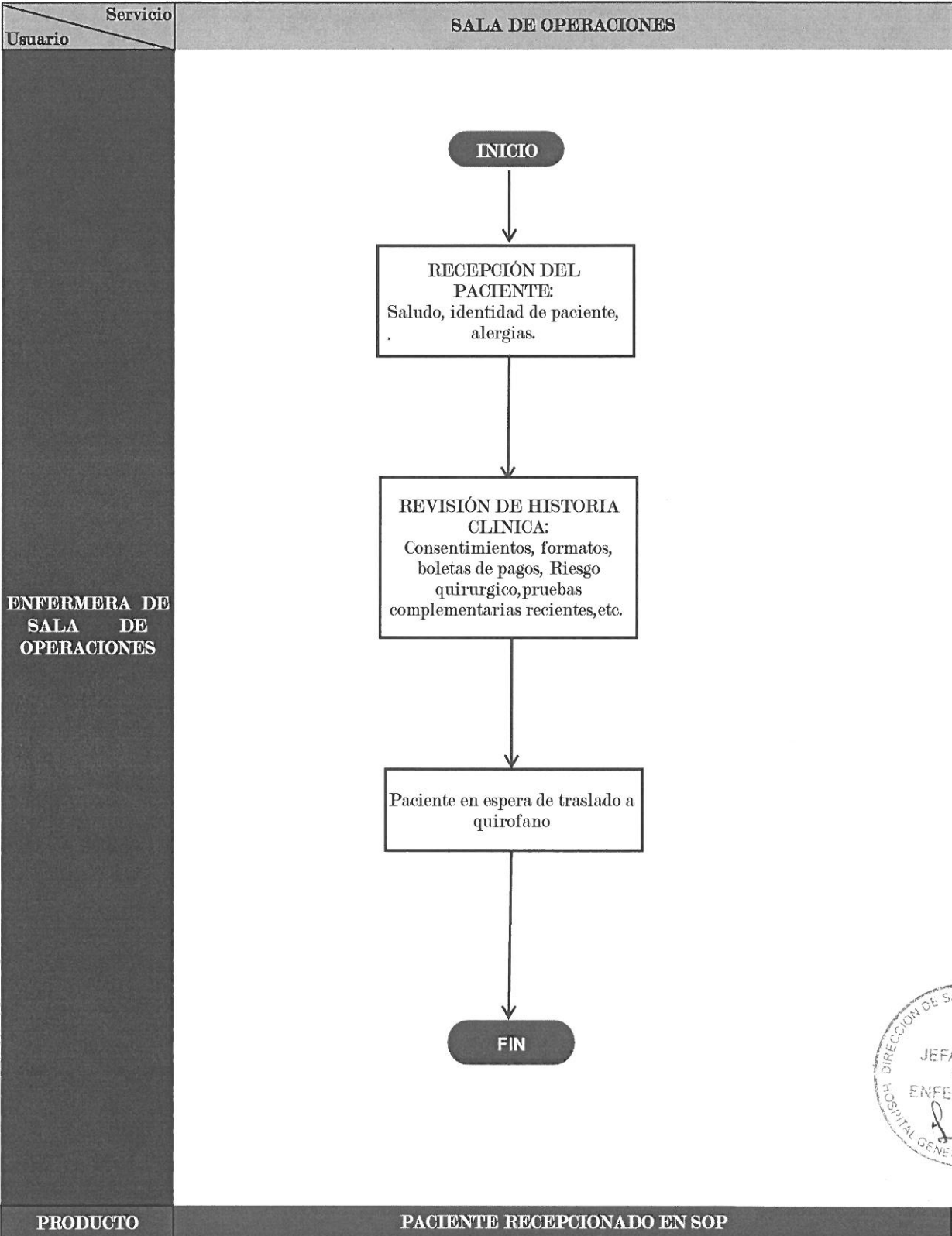
PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

Nombre del Subproceso

Cuidados de Enfermería durante la recepción de pacientes en sala de operaciones

Nombre del Procedimiento

RECEPCIÓN DE PACIENTE EN SALA DE OPERACIONES





Ficha de Descripción de Procedimiento

PROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	COLOCACION DE POSICIONES SEGÚN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 010
PROPÓSITO	Disminuir los riesgos a lesiones en los pacientes por las diferentes posiciones según intervención quirúrgica mediante la colocación correcta del paciente en la mesa quirúrgica.		
ALCANCE	Licenciados en Enfermería de Centro Quirúrgico		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de cambios de posición	N° de pacientes que ingresan a quirófano en un periodo	Registro de enfermería de pacientes atendidos en quirófano	Licenciada (o) en Enfermería
NORMAS			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS			
INICIO			
1-Disponer del material a utilizar almohadas, polímeros de diferentes tamaños ,vendas de algodón y sujetadores para la intervención quirúrgica.			
2-Comunicar al anestesiólogo y al cirujano que se va a colocar al paciente en la posición adecuada			
3- Contar con el número de personas adecuado para iniciar el cambio de posición del paciente(4 como mínimo).			
TECNICA			
1.El paciente debe estar bien identificado al transferirlo a la mesa quirúrgica y confirmado el sitio quirúrgico.			
2. La mesa se coloca en una posición segura con freno durante la transferencia de la camilla a mesa o viceversa y cuando el paciente esté sobre ella.			
3-Debe evitarse lesiones en el momento del cambio, se recomienda un mínimo de 4 personas para levantar o mover a un paciente inconsciente.			
4-El paciente anestesiado no se mueve sin la autorización del anestesiólogo.			
5-El anestesiólogo protege la cabeza del paciente todo el tiempo y le da un sostén durante el movimiento.			
6-La cabeza debe mantenerse en un eje neutral y voltearse muy poco para mantener la vía respiratoria y la circulación cerebral.			
7-El Médico tiene la responsabilidad de proteger e inmovilizar una fractura durante el movimiento			
8-El paciente anestesiado debe moverse muy despacio y con cuidado para permitir que el sistema circulatorio se ajuste, y se controle el cuerpo durante el movimiento.			
9-El Movimiento y la posición no deben obstruir o desconectar catéteres, venoclisis y monitores			
10Ninguna parte del cuerpo se extiende más allá de los bordes de la mesa o quedar en contacto con las partes metálicas o superficies sin protección.			
11-Las tablas para los brazos se protegen para evitar la hiperextensión, lesiones musculares o nerviosas o el desalojar las vías venosas o arteriales. Cuando el paciente se encuentra en decúbito dorsal, tobillos y piernas no deben cruzarse, para evitar oclusión en los vasos sanguíneos y nervios.			
12-Cuando el paciente se encuentra en decúbito ventral, el tórax debe liberarse de presión para facilitar la respiración.			
13. Cuando el paciente se encuentra en posición lateral , debe colocarse una almohada a lo largo y entre las piernas para prevenir la presión de vasos y nervios.			
14-Debe protegerse al paciente de lesiones por aplastamiento en los puntos deflexión durante el movimiento de la mesa.			
15-Antes que el paciente legue al quirófano la enfermera debe revisar la posición propuesta.			
FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
COLOCACIÓN DE POSICIÓN SEGÚN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Paciente que será intervenido quirúrgicamente	Ilimitado	manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
COLOCACIÓN DE POSICIÓN SEGÚN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Paciente intervenido quirúrgicamente	Ilimitado	manual
DEFINICIONES			
Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente y colocarlo en la posición adecuada para la intervención quirúrgica reduciendo al mínimo las posibles complicaciones producto de una pala posición			
REGISTROS	Registro de Enfermería de pacientes atendidos en quirófano		
ANEXOS	Mapa Global del procedimiento		



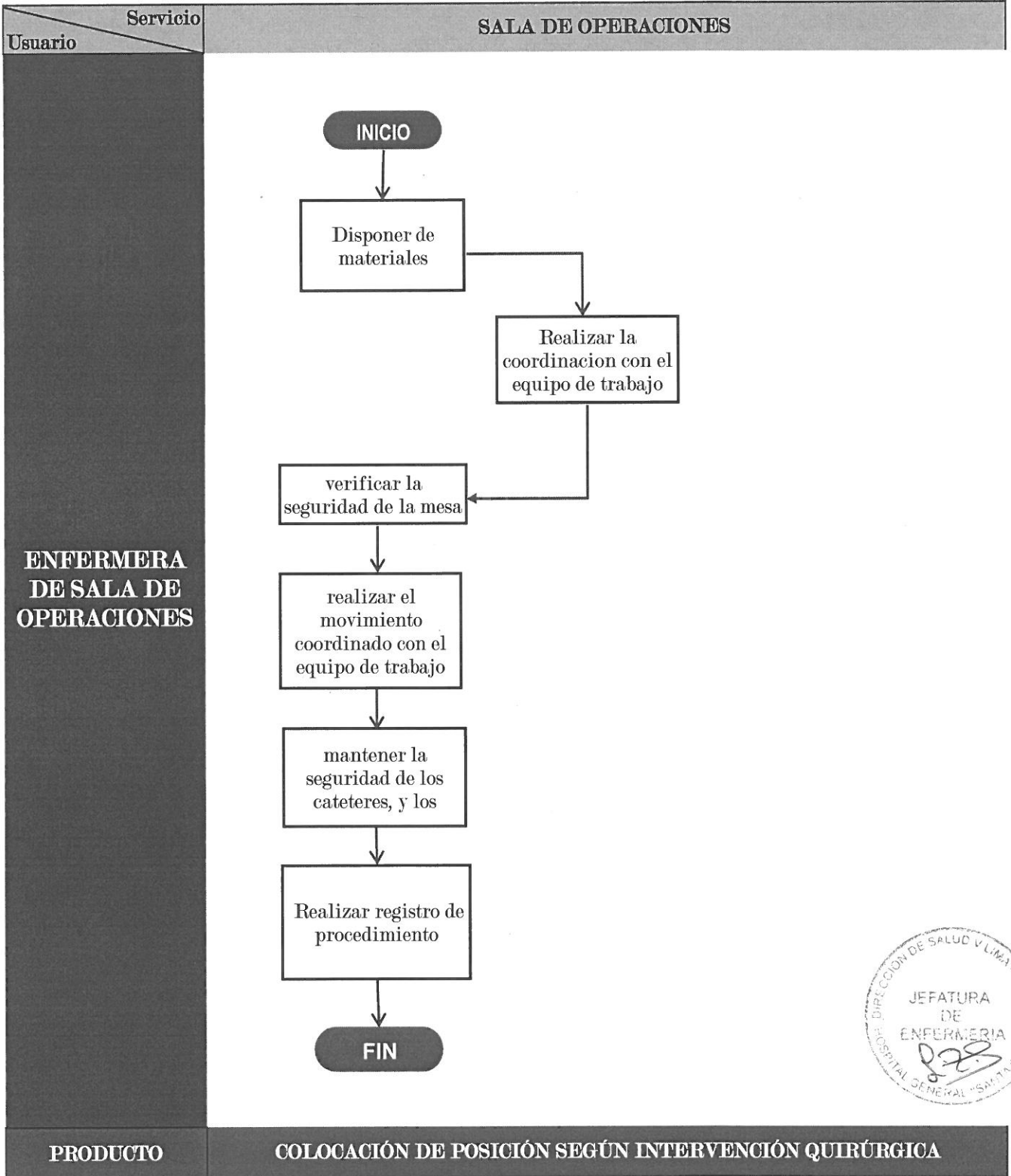


MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso **PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD**

Nombre del Subproceso **Cuidados de Enfermeria para el Calzado de Guantes.Tecnica cerrada**

Nombre del Procedimiento **COLOCACION DE POSICIONES SEGÚN INTERVENCION QUIRURGICA**



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	SERVICIO DE CIRUGIA PEDIATRICA
--	--------------------------------

ºOrden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	001 - DE	Cuidados en paciente con onfalocele o gastroclisis	Cuidados de enfermería en asistencia con onfalocele o gastroclisis	Paciente post operado de onfalocele o gastroclisis recibe cuidados	Paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
2	002 - DE	Colocación de sonda nasogastrica	colocación de sonda nasogastrica	paciente con sonda nasogastrica	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
3	003 - DE	Recolección de muestra de orina completa	Recolección de muestra de orina completa	Se recolecta muestra para análisis	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
4	004 - DE	Balance Hídrico	Balance Hídrico	Paciente con balance hídrico	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
5	005 - DE	Cuidado en pacientes con ostomía	Cuidado de enfermería en asistencia con ostomía	Pacientes post operados de ostomía recibe cuidados	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
6	006 - DE	Cierre de colostomía	Cuidados de enfermería en asistencia con cierre de colostomía	Paciente post operado de cierre de colostomía recibe cuidados	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
7	007 - DE	Recolección de muestra de heces	Recolección de muestra de heces	Se recolecta muestra para análisis	Paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
8	008 - DE	Aspiración de secreciones	aspiración de secreciones nasofaringe o profaringe	paciente se le realiza aspiración de secreciones	paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
9	009 - DE	Control de funciones vitales (CFV)	Control de funciones vitales (CFV)	Paciente con control de funciones vitales	Paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
10	010 - DE	Cuidados en paciente con atresia esofágica	Cuidados de enfermería en asistencia con atresia esofágica	Paciente post operado de atresia esofágica recibe cuidados	Paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
11	011 - DE	Cuidados en paciente post operado	Cuidados de enfermería en asistencia en post operados	Paciente operado recibe cuidados	Paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013
12	012 - DE	Drenaje de Abceso	Cuidados de enfermería en drenaje percutaneo de abceso.	Paciente recibe atención en drenaje de abceso.	Paciente hospitalizado	LEY N° 27669 R.D. N° 034 - 2013





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS EN PACIENTE CON ONFALOCELE O GASTROCLISIS	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 001

PROPOSITO Evitar complicaciones en un neonato con onfalocele.

ALCANCE Servicio de Cirugía Pediátrica

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RM. N° 1022-2007/MINSA
Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería. Con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° pacientes con onfalocele x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. Enf. de Cirugia Pediátrica

NORMAS
-RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
<p>INICIO:</p> <p>A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener incubadora • Tener guantes. • Sonda nasogastrica. • Bolsita colectora. • Tener nidos de contención. • Equipo de infusión endovenosa. • Equipo de monitoreo.



B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Se explica a los padres sobre los procedimientos y el motivo.
- Colocar al paciente en posición decúbito dorsal.

C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- ❖ Realizarse el lavado de manos.
- ❖ Colocarse guantes estéril
- ❖ Posición semi fowler, alineado o De cubito lateral derecho.
- ❖ Apoyar el defecto
- ❖ Valorar expansión torácica y SpO2
- ❖ Valorar signos de dificultad respiratoria
- ❖ SOG a gravedad y aspirar
- ❖ Monitoreo del defecto: color
- ❖ Vigilar color de Miembros Inferiores
- ❖ Evaluar pulsos periféricos
- ❖ Mantener oxigenación necesaria
- ❖ No colocar EV en Miembros Inferiores
- ❖ Valorar el cierre del defecto
- ❖ Coordinar con equipo de salud cierre de defecto.
- ❖ Efectivizar exámenes pre QX
- ❖ Verificar firma de consentimiento informado
- ❖ Verificar material necesario para intervención QX
- ❖ Cubrir el defecto con bolsa de polietileno estéril.
- ❖ Monitoreo hemodinámico y BHE
- ❖ Medir y reponer pérdidas por SOG
- ❖ Asegurar aporte hidroelectrolítico.
- ❖ Control de T°, incubadora
- ❖ Vigilar residuos gástricos y favorecer la eliminación de gases y heces
- ❖ Peso diario vigilar curva de crecimiento
- ❖ Usar técnica aséptica en procedimientos
- ❖ Administrar Antibióticos profilácticos
- ❖ Monitoreo de Funciones Vitales y llenado capilar
- ❖ Efectivizar exámenes de laboratorio
- ❖ Asistir en la aplicatura de isodine.
- ❖ Valorar signos de dolor: gestuales y fisiológicos
- ❖ Manipulación mínima, anidado
- ❖ Disminuir estímulos ambientales.
- ❖ Observar signos de retención urinaria
- ❖ Monitoreo flujo urinario y BHE
- ❖ Monitoreo de características de la orina.
- ❖ Mantener zona de onfalocele con gasa húmeda con Cl Na 9% permanentemente durante el pre operatorio
- ❖ Registrar en la historia clínica.

FIN DEL PROCEDIMIENTO



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Niño con onfalocele o gastroclisis	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Registro de Anotaciones de Enfermera	Servicio de Hospitalización	Diaria	Manual

DEFINICIONES:

Onfalocele: Herniación del contenido abdominal en la base del cordón umbilical; recubierta por un saco traslúcido: Amnios, Gelatina de Wharton y Peritoneo Parietal.

Gastroclisis: Defecto abdominal relativamente pequeño, a derecha del cordón umbilical y sin membranas recubriendo las vísceras.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS: Mapa Global de Procedimientos de Enfermería
Equipo e Insumos.

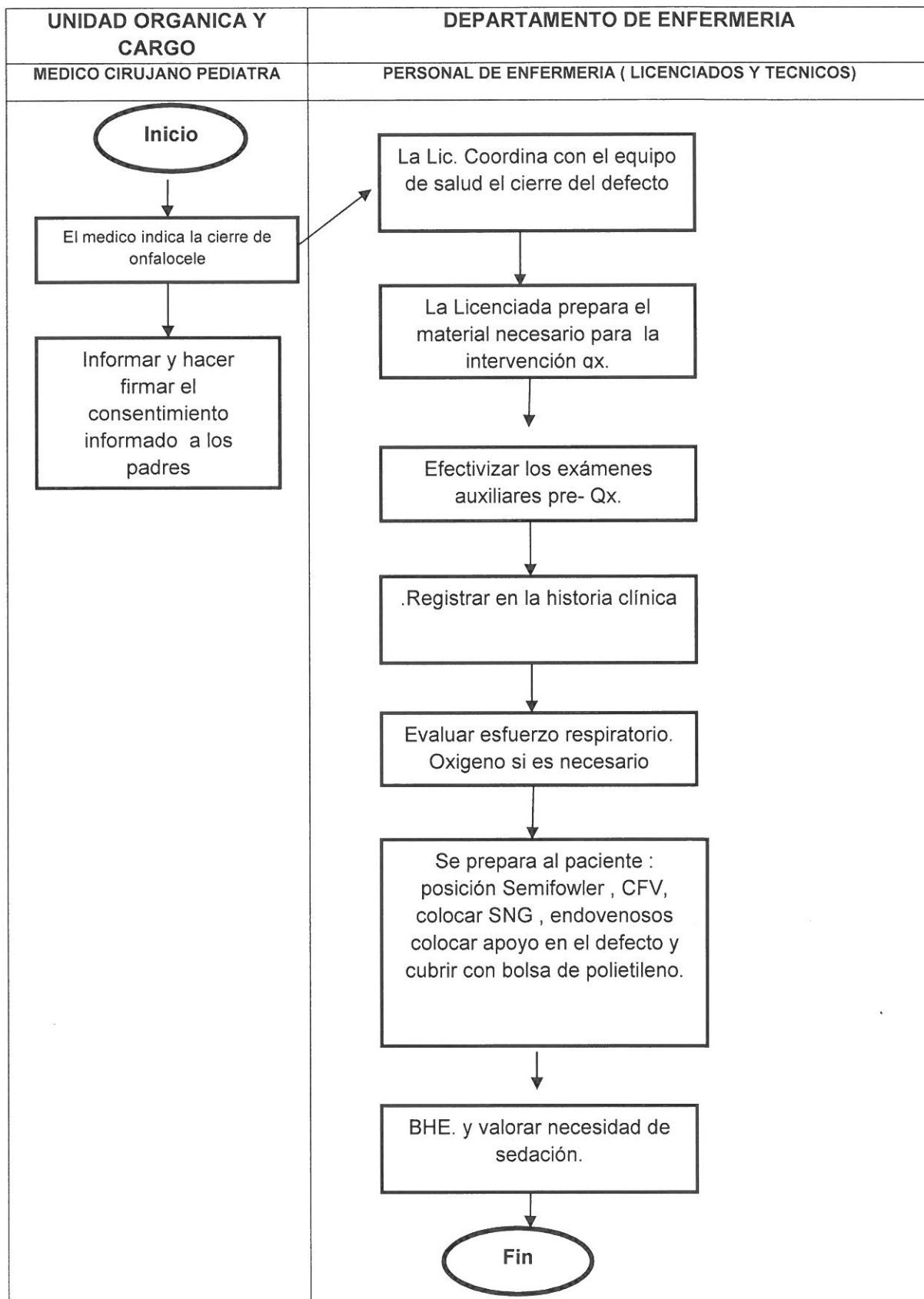
1. **Equipos de Insumos:**

- Monitor portátil.
- Nido de contención
- Guantes
- Equipo de infusión endovenosa.
- Bolsa de polietileno estéril

2. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Colocación de sonda naso gástrica	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 002

PROPOSITO Obtener sonda que este conectado al estomago para eliminación de secreciones gástricas, eliminación de gas acumulado, administración de medicación o nutrición del paciente.

ALCANCE Servicio de Cirugía pediátrica, Emergencia.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RM. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería. R.D.N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de colocación de SNG x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. De enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO:

Una vez que el medico indica la colocación de SNG se realiza lo sgte:

A.-PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- ❖ Identificar al paciente.
- ❖ Explíquelo como puede colaborar.

Coloque al paciente en decúbito supino, recostado en la cama y ésta en un ángulo de 45°.

B.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:

- Sonda nasogastrica según el tamaño del paciente.
- Obtener guantes estériles.
- Estetoscopio.



- Suero fisiológico para lubricar SNG
- Apósito transparente o esparadrapo.
- Jeringa de alimentación.
- Bolsa colectora.

C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Mida la distancia de la porción de la sonda que será introducida, extendiéndola desde la punta de la nariz del paciente hacia el lóbulo de la oreja y de ahí hacia la parte baja del esternón.
- Marque la sonda.
- Introduzca la sonda por uno de los orificios nasales o boca
- Progrese lentamente la sonda.
- Verifique que la sonda se encuentra en cavidad faríngea y no enrollada en la boca.
- A partir de este momento, pida al paciente su colaboración deglutiendo saliva o bien un sorbo de agua, así irá conduciendo el trayecto de la sonda.
- Deje de introducir la sonda al llegar a la señal establecida.
- Inyectar 20 cc de aire por la sonda, al mismo tiempo que se ausculta el epigastrio, si la sonda está correctamente colocada, oiremos un ruido característico.
- Fije la sonda con esparadrapo antialérgico o apósito transparente a la nariz de forma longitudinal para evitar excoriaciones o use algún sistema prefabricado para tal fin.
- Si es para evacuar gases o eliminar secreciones se aspira y se coloca la bolsa.
- Si es para alimentación o administración de medicamentos se coloca el tapón en la zona proximal o se acoda.
- Se registra en historia clínica.

FIN DEL PROCEDIMIENTO



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de colocación SNG	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Colocación de SNG	Servicio de hospitalización	Diaria	Manual

DEFINICIONES:

Sonda naso gástrica: También llamada de forma más correcta sonda gastronasal es un tubo - habitualmente de plástico, siliconado que se introduce a través de la nariz (o la boca) en el estómago pasando por el esófago.

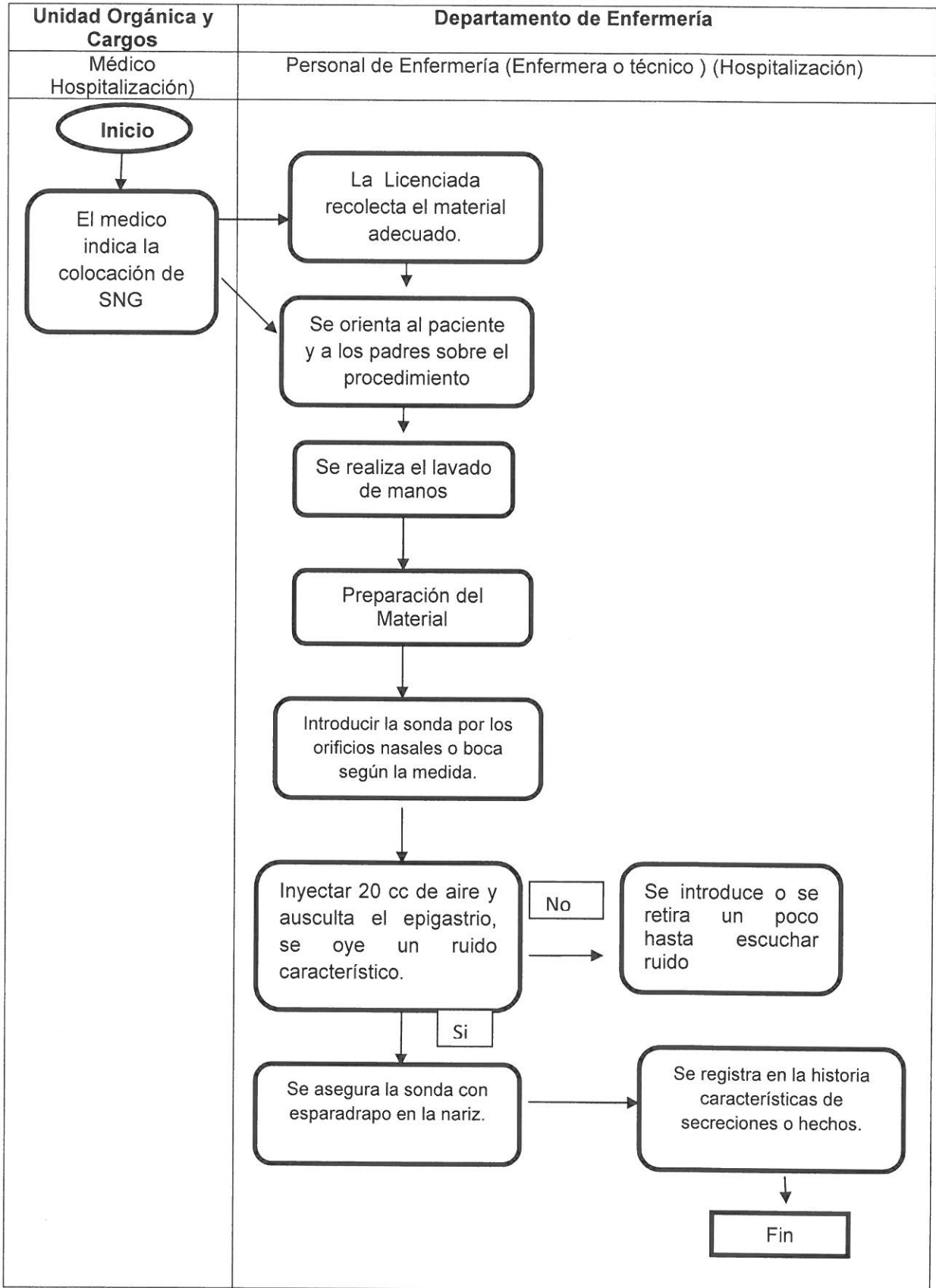
REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:

1. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA COMPLETA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 003

PROPOSITO Conseguir una muestra de orina con calidad y en cantidad suficiente que permite la realización del examen indicado.

ALCANCE Consultorios Externos, Cirugía Pediátrica, Emergencia, Servicio de Patología Clínica.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RM N°: 1022-2007/MINSA.
Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería. R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Análisis x100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Licenciada de Enfermería de Cirugía Pediátrica

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO:

1. El Médico (Hospitalización), emite la orden de análisis.
2. La Licenciada receptiona la orden de análisis y los registra en el cuaderno de análisis solicitados.
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es la que realiza la recolección de muestras de orina completa
4. **A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:**
 - Colocarse la mascarilla
 - Realizar el lavado de manos
 - Preparación del equipo
- B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE**
 - Se realiza la preparación Psicológica
 - Se informa al paciente sobre el procedimiento que se le realizara.
 - Colocar al paciente en posición decúbito supino con las rodillas flexionadas y separados.
 - Neonatos y lactantes colocar bolsita colectora de orina previa higiene.



C.EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Después de realizar el lavado de manos y con los guantes no estériles.
 - Realizar la higiene perineal con agua y jabón.
 - Instruir al paciente para que inicie la micción, Desechar el *primer chorro* de la orina, colocar el frasco de plástico limpio sin tocar el interior y los bordes del envase con las manos y genitales externos.
 - Recolectar el segundo chorro de orina directamente en el frasco.
 - El frasco debe llenarse por lo menos la cuarta parte de su capacidad.
 - Una vez obtenida la muestra tape el frasco sin contaminar la muestra.
 - El frasco que contiene la muestra debe estar identificado con su nombre y número de Historia Clínica.
5. El Técnico en Enfermería transporta la muestra de orina completa al servicio de patología clínica inmediatamente (condiciones ideales).
 6. El personal del servicio de patología clínica, recepciona la muestra de orina completa
 7. Técnico en Enfermería recoge resultados del análisis del paciente del servicio de patología clínica y resultado a la Licenciada.
 8. La Licenciada recepciona los resultados y coloca en la Historia Clínica.
 9. La Licenciada, recepciona los resultados de los análisis y los registra.

10. FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Análisis	Servicio de Cirugía pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS

Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Registro de Anotaciones de Licenciada de Enfermería	Servicio de Patología Clínica.	Diaria	Manual

DEFINICIONES:

Análisis de Orina: Consiste en la obtención de una muestra de orina del paciente que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado de estudios.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS :

1. Equipos de Insumos:

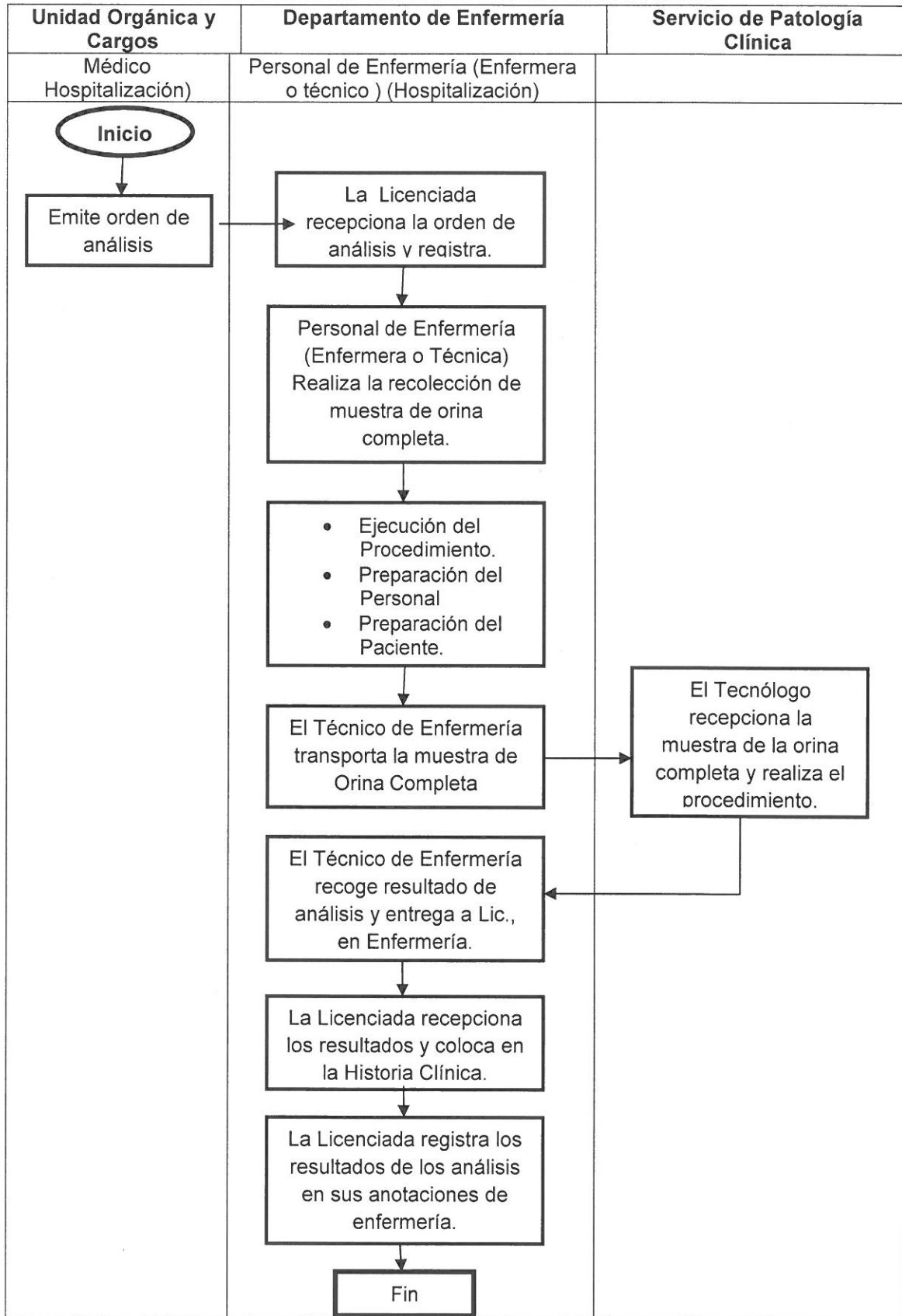
- Frasco de plástico limpio de boca ancha de tapa rosca y/o bolsa colectora de orina peditríco.
- Guantes no Estériles
- Etiquetas para identificación de las muestras (Las deja en Laboratorio)
- Suero fisiológico o agua estéril.
- Torundas de algodón
- Bandeja
- 1 Chata
- 1 Hule

2. Formato de Orden de Análisis:

3. Mapa Global de Procedimientos de Licenciada en Enfermería:



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	BALANCE HIDRICO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 004

PROPOSITO: Determinar si los ingresos y las perdidas de volumen hidroelectrolítico en 24 horas van de acuerdo a los requerimientos del paciente manteniendo un registro exacto de los ingresos y egresos.

ALCANCE Cirugía Pediátrica

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o) RM 1022 – 2007 Minsa
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RD N°: 0291-2011-SA-DS-HSR-CEPE/DG
Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería. R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Balance Hídrico x 100 / N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades (Lic. de Enfermería)	Lic. de Enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO

1. El Médico (Hospitalización), indica el Balance Hídrico para el paciente.
2. La Lic. De enfermería recepciona la indicación.
3. El personal de enfermería realiza el balance hídrico.

A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:

- Obtener insumos de barrera de protección: mascarillas, guantes, mandilones.
- Obtener Hoja de Registro de los egresos e ingresos del paciente.
- Obtener los materiales para la medición según la edad del paciente (vasijas, jeringas, bolsa colectora).
- Obtener una balanza calibrada solo el peso de los pañales en caso de neonatos y



lactantes.

- Obtener dispositivos invasivos necesarios sonda foley y sonda de alimentación.

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Se informa al paciente y a los padres sobre el procedimiento que se realizara y los fines.
- En caso de niños en edad pre-escolar se requiere de la presencia de la madre para brindar seguridad al niño.

C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Pesar al paciente cada 24 horas para valorar perdidas insensibles, si su estado lo permite.
 - Informar al paciente o a la madre en caso de niños de la edad pre-escolar que informe cada vez que necesite miccionar o hacer deposición por otro lado se colocara sonda foley según indicación medica observar si la bolsa colectora se encuentra llena.
 - Informarle a la madre o paciente escolar que orine siempre en el papagayo o recipiente, desechar la orina luego de la medición. (excepto si hay que enviar muestras al laboratorio).
 - Registrar los datos de entrada y salida por cada turno Hoja de B.H.E.
 - Dejarle un vaso previamente graduado para que registre el líquido que ingiere y los horarios de dicha ingesta. Si no estuviera en condiciones de hacerlo llamar al personal que le ayude.
 - Al cerrar el balance, centralizar la cantidad perfundida y lo que queda por perfundir. Anotar en B.H.E. fecha y hora de inicio y finalización del control.
4. El Técnico en Enfermería informa a la Licenciada los ingresos y egresos del paciente.
 5. La Licenciada recepciona el informe, realiza el balance de su turno (Diurno) y coloca el formato del balance de su turno en la Historia Clínica.
 6. La Licenciada del segundo turno (Nocturno) recepciona el informe del primer turno (Diurno) y cierra el balance hídrico del paciente y lo coloca en la Historia Clínica.
- 7. FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
El balance Hídrico	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
El Balance Hídrico	A la Historia Clínica	Diaria	Manual

DEFINICIONES:

Balance Hídrico: Es la medición del aporte y de las perdidas liquidas en un usuario, en determinado tiempo.



REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS:

1. Equipos de Insumos:

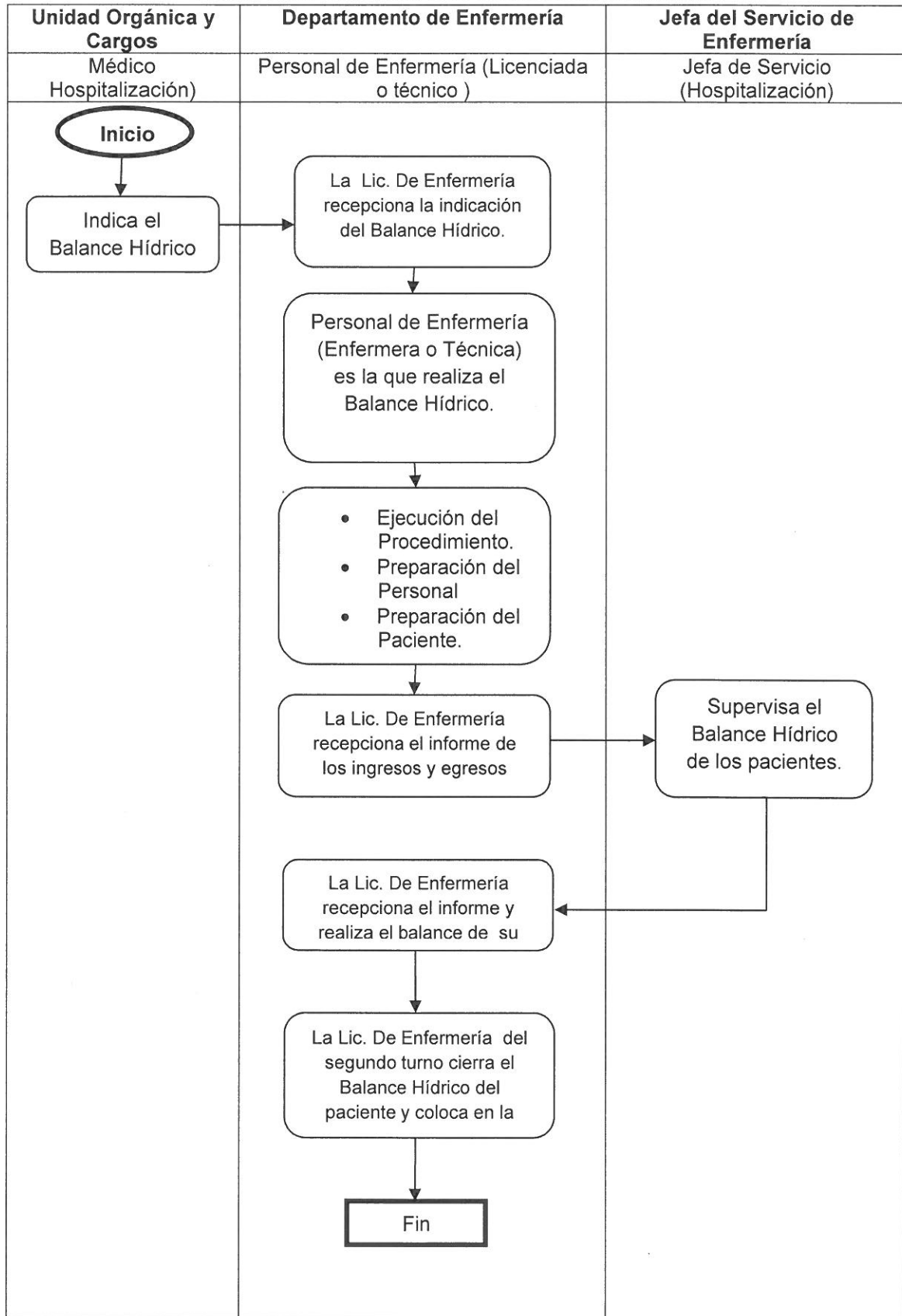
- Balanza
- Formato Grafico
- Lapicero azul y rojo
- Vaso Graduado
- Frasco previamente graduado para medición de orina.
- Pañales y/o la ropa de cama (usuario es inconsciente)
- Jeringa de 20cc en caso de neonatos con bolsa colectora de orina
- Guantes Látex

2. Formato de Balance Hídrico:

3. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS EN PACIENTE CON OSTOMIA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 005

PROPOSITO Ofrecer cuidados de calidad a los niños ostomizados, contemplando sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.

ALCANCE Servicio de Cirugía Pediátrica

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RM N°: 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería. Con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° pacientes con ostomia x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. de enfermería

NORMAS (9)

RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)**A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:**

- Tener guantes.
- Bolsita colectora según tamaño o tipo.
- Gasas estériles
- Agua estéril.
- Pasta y/o spray

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Se explica a los padres sobre los procedimientos y el motivo.
- Colocar al paciente en posición decúbito dorsal.



C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- ❖ Se realiza el lavado de manos.
- ❖ Valorar el aspecto del asa intestinal: color, tamaño y sangrado.
- ❖ Nos colocamos guantes estériles.
- ❖ Limpiamos el estoma y la piel periestomal con suero fisiológico y torundas de algodón, con movimientos suaves desde el interior hacia el exterior.
- ❖ Secar bien la piel con torundas de algodón. Nunca se debe frotar ni utilizar gasas que puedan erosionar la mucosa.
- ❖ Medir el diámetro del estoma, recortar la placa adhesiva lo más exacto posible. Hay que tener en cuenta que el estoma suele retraerse o protuirse y/o dehiscencia de puente periestomal durante los primeros días
- ❖ Aplicamos pasta y/o spray protector de piel.
- ❖ El neonato y el lactante pequeño se pueden manejar sin bolsa los primeros días o hasta que el estoma sea funcionante, limpiar el estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos. Proteger el estoma y la piel periestomal con pasta protectora de piel, protegiendo la zona con gasas y poniéndole un pañal.
- ❖ Controlar la herida quirúrgica y evitar su contaminación manteniéndola aislada del estoma.
- ❖ La retirada de los dispositivos se realiza tirando con cuidado de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar tirones. Limpiamos el aro si es necesario antes de aplicar la nueva bolsa. Si hay que cambiar también el disco, procederemos igual que con los dispositivos de una pieza.
- ❖ Se realiza educación a los padres y practicas supervisadas hasta el alta.
- ❖ **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Niño con ostomia	Servicio de Cirugía pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Registro de Anotaciones de Enfermera	Servicio de Patología Clínica.	Diaria	Manual

DEFINICIONES :

Ostomia: Las ostomías digestivas y urológicas son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación cuando estas se interrumpen por cualquier causa clínica.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería



ANEXOS : Mapa Global de Procedimientos de Enfermería, Formato de Orden de Análisis, Equipo e Insumos.

1. Equipos de Insumos:

- Tener guantes.
- Bolsita colectora según tamaño o tipo.
- Torundas de algodón
- Gasas estériles
- Suero fisiológico a 9*1000 y/o agua tibia.
- Cremas protectoras y/o Spray.

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:

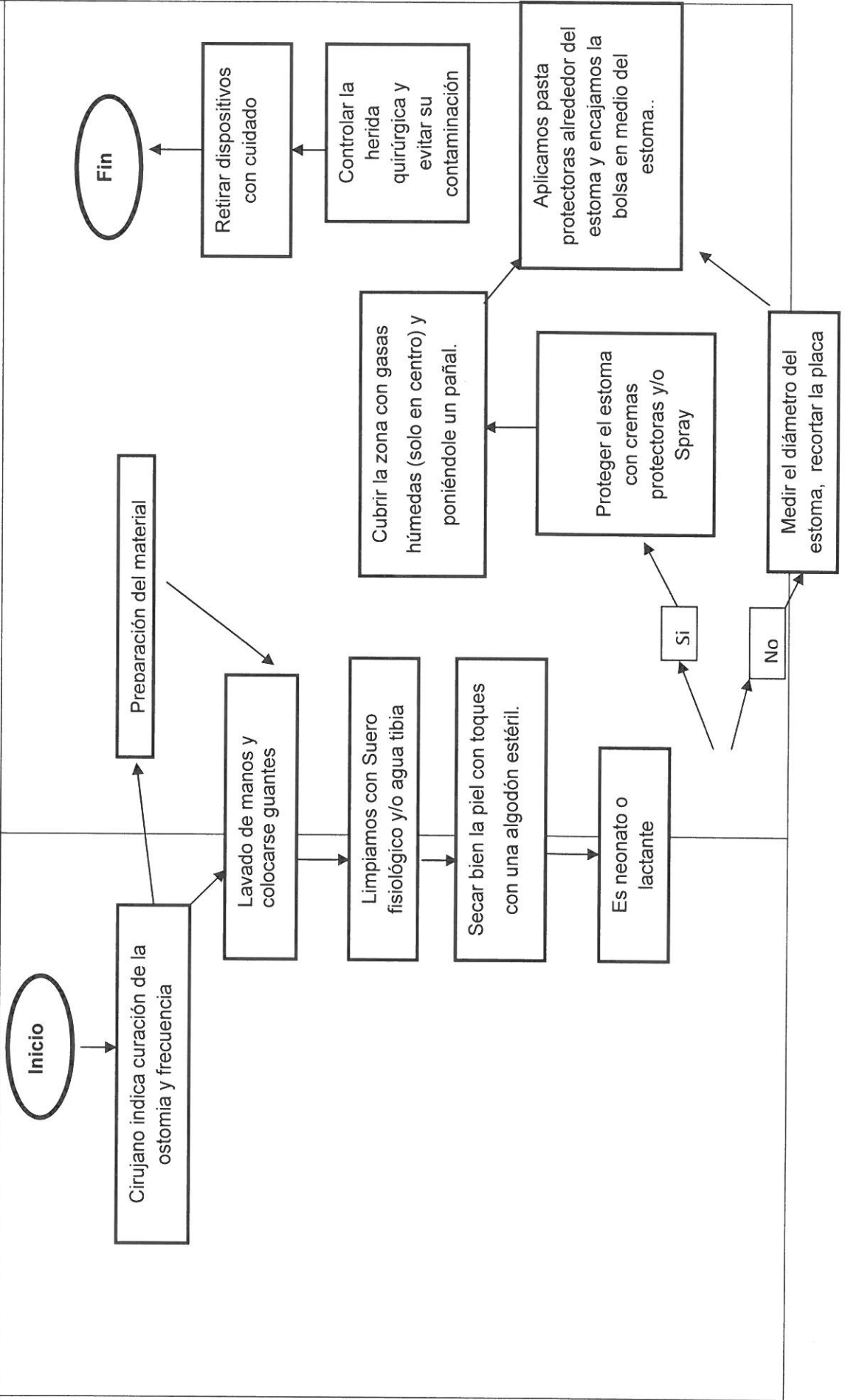




DIRECCION GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA

UNIDAD ORGANICA Y CARGOS
Medico de cirugía General

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
Personal de enfermería (profesional y técnico)





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CIERRE DE COLOSTOMÍA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 006

PROPOSITO : Recuperar el normal tránsito intestinal.

ALCANCE : Consultorios Externos, Hospitalización (cirugía Pediátrica), Emergencia, Servicio de Patología Clínica.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Análisis x100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Licenciada de enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO:**A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:**

- Tener guantes
- Agua estéril
- Sonda Nasogástrica y bolsa enteral
- Equipo para infusión parenteral
- Bolsas de colostomía
- Sobres de polietilenglicol 3350
- Bomba infusota
- Pasta y/o Spray



B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE EN EL PREOPERATORIO

- Explicar a los padres sobre los procedimientos y el motivo.
- Canalización de vía según técnica
- Colocación de zona nasogastrica
- Monitoreo del paciente

C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Realizarse el lavado de manos.
- Iniciar la infusión mediante gastroglisis.
- Observar signos de alarma y tolerancia y B.H.E.
- Observar eliminación de liquido claro por ostomía.
- Niño preparado para intervención quirúrgica.

En el Post Operatorio

- Ubicación en ambiente adecuado.
- Control hemodinamico
- Perfusión venosa.
- Administración de terapia indicada.
- Observar deposiciones.
- Mantener en N.P.O. durante los días indicados.
- B.H.E.
- Alta con indicaciones
- **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Análisis	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Registro de Anotaciones de Enfermería	Servicio de Cirugía Pediátrica.	Diaria	Manual

DEFINICIONES :

El cierre de colostomía es recuperar el normal tránsito intestinal, las Colostomías transitorias por heridas de Colon, se pueden cerrar después de unas semanas, cuando el Colon ha recuperado su viabilidad y hay que verificar antes de realizar al cierre la buena continuidad de la luz distal del Colon.





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE HECES	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 007

PROPOSITO : Conseguir una muestra de heces con calidad y en cantidad suficiente que Permita la realización del examen indicado.

ALCANCE : Consultorios Externos, Hospitalización (cirugía Pediátrica), Emergencia, Servicio de Patología Clínica.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEWPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Análisis x100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Licenciada de enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO:

1. El Médico (Hospitalización), emite la orden de análisis.
2. La Licenciada de Enfermería o técnico receptiona la orden de análisis y los registra en el cuaderno de análisis solicitados.
3. El personal de enfermería (Licencia o Técnico) es la que realiza la recolección de muestras de heces.

A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:

- Obtener la mascarilla
- Obtener guantes estériles.
- Preparación del material a utilizar (vasijas).
- Frascos para toma de muestras con espátula.



B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Se realiza la preparación Psicológica
- Se informa al paciente y a los padres sobre el procedimiento que se le realizara y los fines.

C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Se realiza la higiene íntima adecuada mediante la limpieza de la zona perianal y de los genitales externos con agua y jabón.
- Informarle que cuando sienta deseos de movilizar su intestino avise.
- Colocar la chata limpia en caso de niños en la edad escolar. En caso de lactantes y pre escolares se les pondrá el pañal.
- Colocarse guantes estériles y recoger la muestra ayudados de la espátula estéril, deberá depositar la muestra en el frasco.
- Quitarse los guantes y descartarlos, lavado de manos,
- El frasco que contiene la muestra debe estar bien identificado con su nombre y número de registro correspondiente.
- El personal del servicio de patología clínica, recepciona la muestra de orina.
- Técnico en Enfermería recoge resultados del análisis del paciente del servicio de patología clínica y resultado a la Enfermera.
- La Licenciada de Enfermería recepciona los resultados y coloca en la Historia Clínica.
- **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Análisis	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
La muestra de Heces	Servicio de Patología Clínica.	Diaria	Manual

DEFINICIONES:

Análisis de Heces: Esta prueba diagnóstica consiste en analizar las heces de una persona y es una herramienta de gran utilidad en múltiples enfermedades. Sirve para determinar el contenido y peso de las heces, si hay muchas grasas, pus, moco o sangre, detectar posibles microorganismos que estén causando cuadros infecciosos.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería



ANEXOS:

1. Equipos de Insumos:

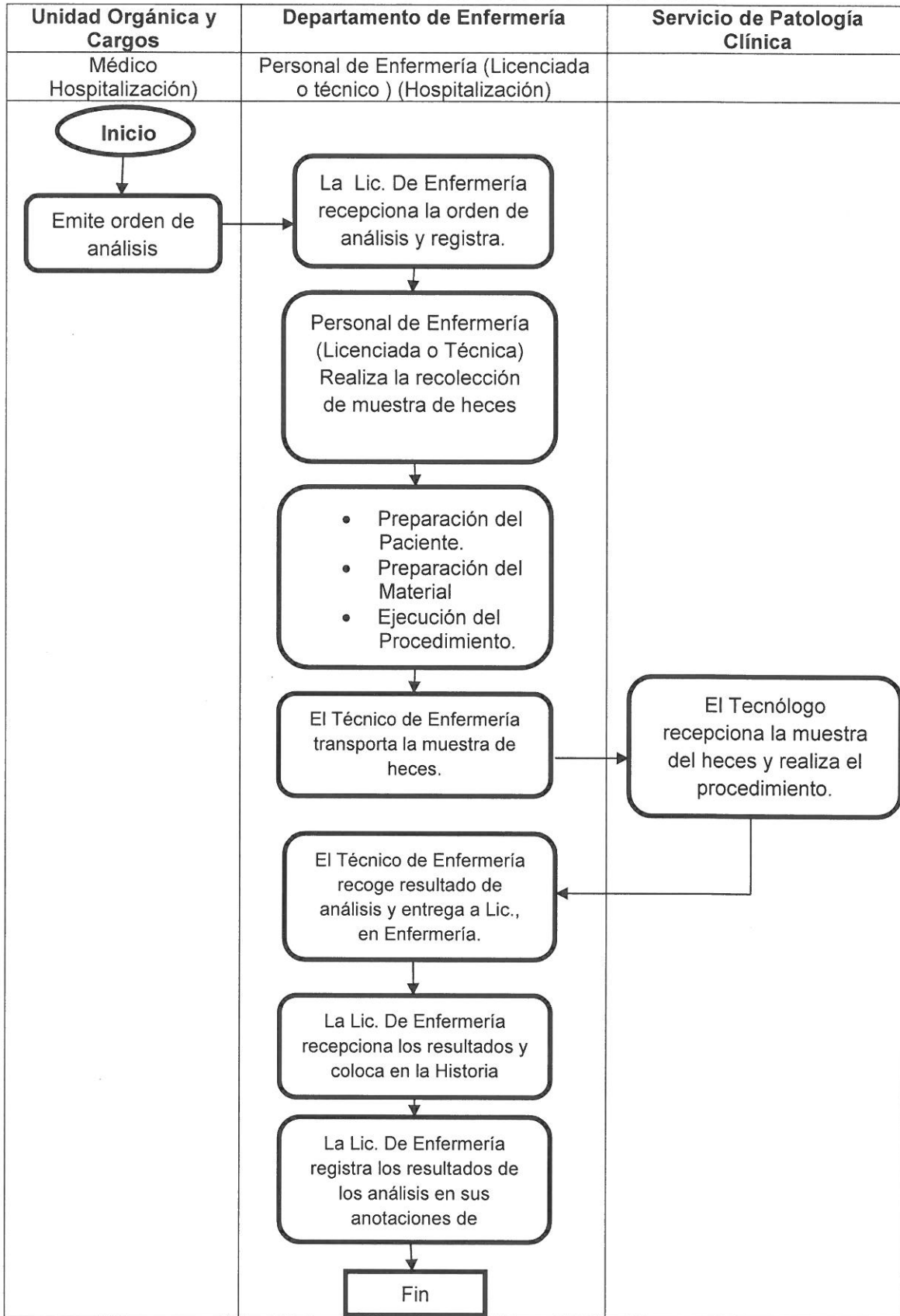
- Frasco de plástico limpio de boca ancha de tapa rosca.
- Guantes Estériles
- Etiquetas para identificación de las muestras
- Depresor de Lengua (de madera o plástico).de 7-8 cm de longitud por 1,5 cm de anchura.
- Portaobjeto o cinta de papel adhesivo transparente
- Bandeja
- 1 Chata
- 1 Hule

2. Formato de Orden de Análisis:

3. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ASPIRACION DE SECRECIONES	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 008

PROPOSITO Mantener la vía aérea permeable

ALCANCE Hospitalización, Emergencia.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.m. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de aspiración de secreciones x100/ N° de ptes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Licenciada asistencial (Diferentes Servicios)

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

1. INICIO : El medico de cirugía pediátrica indica aspiración de secreciones.
2. La Licenciada de Enfermería realiza la indicación del medico.
3. El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es el que realiza la recolección y el traslado de muestras de secreciones y su resultado.

A.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

Informar a los padres de los beneficios.

B.- PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

Obtener el siguiente. Material:

- ❖ Saturómetro portátil.
- ❖ Sondas estériles de aspiración (boca y traquea) del tamaño según la edad del paciente.



- ❖ Guantes quirúrgicos.
- ❖ Cloruro de Sodio al 9%
- ❖ Gasas estériles.
- ❖ Aspirador portátil o empotrado.

C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Se realizara entre dos personas.

1. Realizar el lavado de manos.
2. Posicionar adecuadamente al paciente (dependiendo del diagnostico medico)
4. Colocar el saturó metro en el dedo del paciente observar saturación de oxigeno y frecuencia cardiaca.
5. Prender el aspirador.
6. Calzarse los guantes.
7. Conectar la sonda de aspiración y humedecer del extremo del catéter con el agua estéril para lubricarlo, verificando a la vez permeabilidad.
8. Verificar la fuerza de succión de la sonda al introducir en el agua estéril esta presión debe provocar una succión suficiente para remover las secreciones sin llegar a ser excesivas para prevenir erosión tisular.
9. Introduzca la sonda sin aspirar, cuidadosamente hasta percibir resistencia o hasta que se observa respuesta espasmódica tisular del paciente .Retirar medio centímetro y aspirar mientras retira la sonda sin rotarla. Toda esta maniobra no debe tardar más de 10 segundos.
10. Si hubiese ordenes de muestra de aspirado bronquial, dejar la secreción en la sonda, se cortara con tijera estéril y se colocara en un frasco estéril.
11. Aspire la sonda con suero fisiológico .
12. Aspirar boca y nasofaringe si es necesario para mayor permeabilidad. Si es boca se debe aspirar de costado para evitar el reflejo vagal.
13. Registrar en anotaciones de enfermería el procedimiento y características y cantidad de la secreción.
- 14. FIN DEL PROCEDIMIENTO**



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Aspiración de secreciones	Servicio de Cirugía pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Evaluación del paciente	Registro en la historia clínica	Diaria	Manual

DEFINICIONES :

- ❖ **Aspiración de secreciones:** Es un procedimiento que consiste en el retiro de secreciones traqueo bronquiales y /o de cavidad oral.

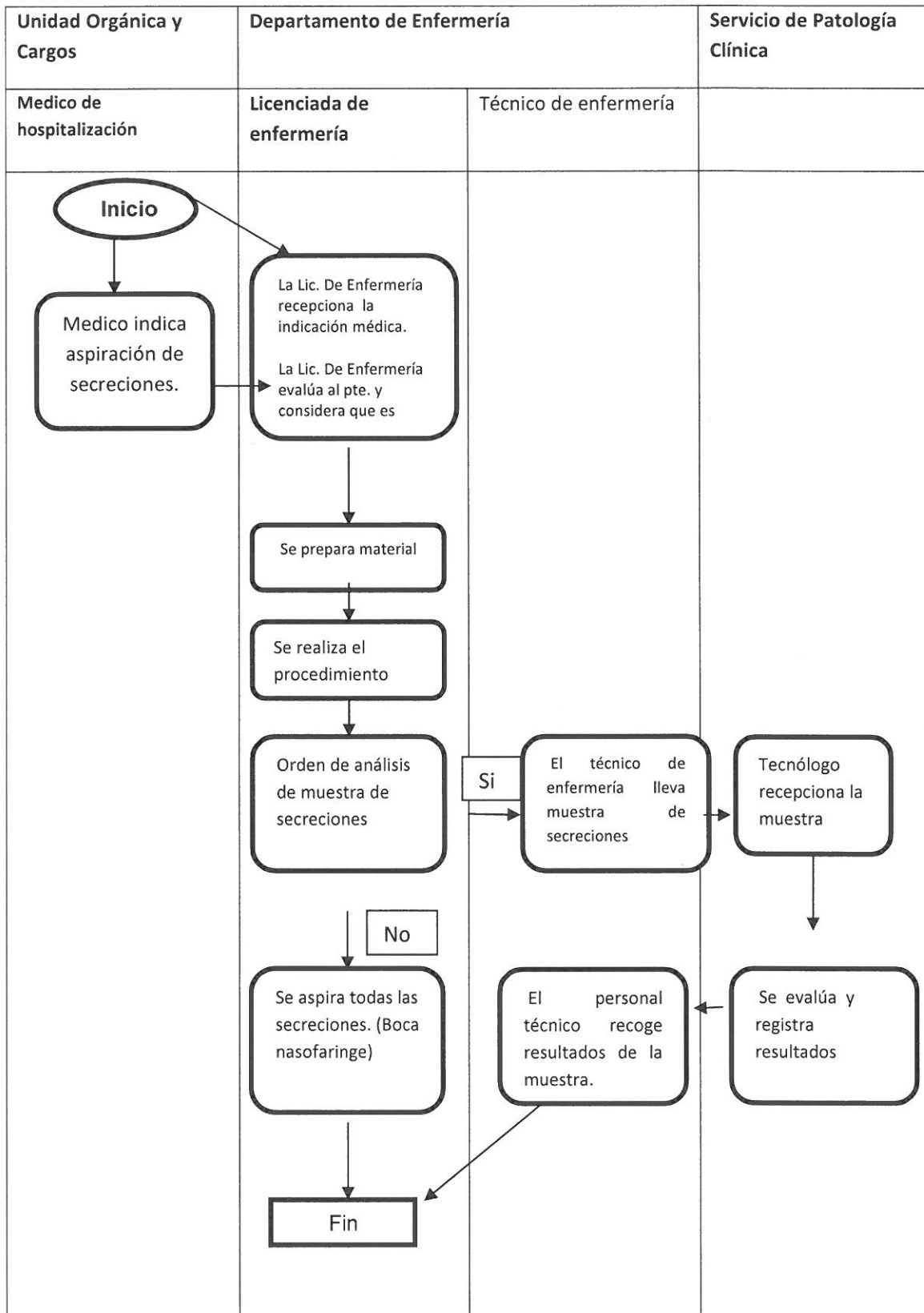
REGISTROS : Hoja de Balance hídrico, Registro de enfermería, hoja de productividad.

ANEXOS

1. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Control de funciones vitales (CFV)	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 009

PROPOSITO -Evaluar y monitorizar el estado hemodinámica del paciente.

ALCANCE Consultorios Externos, Hospitalización, Emergencia.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o)
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA.
Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de CFV en un mes x100/ N° de ptes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. de Enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO

A.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Informar al paciente y los padres de los beneficios.

B.- PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

- Tener al alcance un saturómetro portátil que permita medir el pulso de lo contrario se hará manualmente.
- Tener al alcance termómetro rectal u oral propio de cada paciente.
- Obtener torundas de algodón con alcohol.
- Tener al alcance un tensiometro en perfecto estado.

C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Realizar el lavado de manos
2. Limpiar el termómetro con algodón y colocar en boca en niño mayores de 7 años; de manera axilar en



niños menores o neonatos o de manera rectal.

3. Colocar el saturómetro en el dedo del paciente observar saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca.
4. Medir la presión arterial.
5. Observar la frecuencia respiratoria y sus características.
6. Registrar en hoja grafica.
7. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Control de funciones vitales	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS

Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Evaluación del paciente	Registro en la historia clínica	Diaria	Manual

DEFINICIONES :

- ❖ **Control de la temperatura:** Es el grado de calor mantenido por el cuerpo.
- ❖ **Control del pulso:** Es la expansión de la pared arterial producida por el aumento del volumen sanguíneo impulsado hacia la arteria, por contracciones del ventrículo izquierdo en cada latido.
- ❖ **Control de presión arterial:** Es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos a medida que pasan por ella, la presión máxima es la sistólica y la mínima es la diastolita.
- ❖ **Control de la respiración:** Es el intercambio gaseoso que se realiza a través de los movimientos de inspiración y espiración.

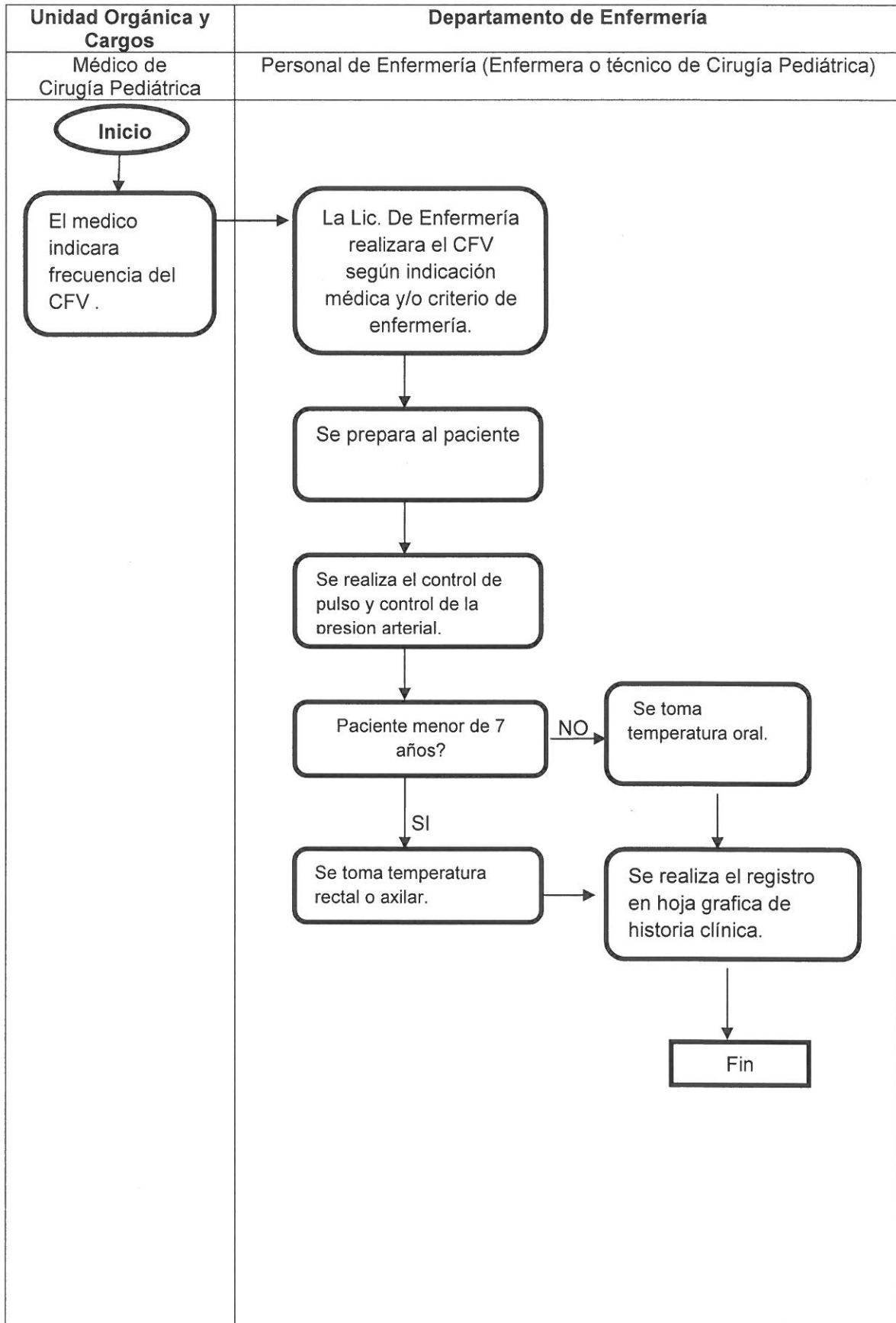
REGISTROS : Hoja de control diario, hoja de monitoreo de historia clínica, hoja de productividad.

ANEXOS :

1. **Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS EN PACIENTE CON ATRESIA ESOFAGICA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 010

PROPOSITO: Proporcionar al paciente el paso de aire y secreciones por el conducto aéreo alto.

ALCANCE: Servicio de cirugía pediátrica y neonatología (hospitalización).

MARCO LEGAL: Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RM. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° pacientes con ostomía x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Licenciada de enfermería del servicio

NORMAS
RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
<p>INICIO:</p> <p>A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener guantes. • Bolsita colectora según tamaño o tipo. • Gasas estériles • Suero Fisiológico • Sonda Nelaton de diferentes calibres. <p>B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los padres sobre los procedimientos y el motivo. • Colocar al paciente en posición Semi-sentada.



- Aspiración de secreción oral del paciente.

C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

En el pre- operatorio

- ❖ Realizarse el lavado de manos.
- ❖ Aspiración secreciones cada vez que sea necesario o limpiar la vía aérea.
- ❖ Llevar a cabo los análisis y exámenes pre operatorios.
- ❖ Programado para sala de operaciones (SOP).
- ❖ Traslado a SOP con historia, material completo y resultados.

En el post operatorio

- ❖ Recepción del paciente de sala de operaciones.
- ❖ Ubicar en unidad correspondiente, en incubadora.
- ❖ Se realiza el lavado de manos y se calza los guantes
- ❖ Mantener en posición de cubito dorsal en ángulo de 45° y 90°
- ❖ Mantener la cabeza en línea media
- ❖ Verificar la fijación y la permeabilidad de la Sonda anastomotica.
- ❖ No hiperextender el cuello.
- ❖ No pesar de 72 – 96 horas.
- ❖ Se coloca catéter percutáneo adecuado para NPT.
- ❖ Mantener analgesia.
- ❖ Aspirar con cuidado y entre dos personas
- ❖ Cuidado de la sonda trans anastomotica
- ❖ Fijación del drenaje.
- ❖ Verificar la permeabilidad del drenaje.
- ❖ Cambiar frasco cada 24 horas
- ❖ Se verifica la cantidad y la calidad de la secreción del frasco y de la aspiración.
- ❖ Balance de Hídroelectrolítico estricto.
- ❖ Cumplir con nebulizaciones.

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Niño con atresia esofágica	Servicio de Cirugía Pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Registro de Anotaciones de Enfermera	Servicio de Patología Clínica.	Diaria	Manual



DEFINICIONES:

Atresia esofágica: Se define como la interrupción de la luz esofágica con o sin comunicación con la vía aérea. Si bien es una malformación del aparato digestivo, debe incluirse dentro de las malformaciones congénitas que condicionan el cuadro de dificultad respiratoria.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS: Mapa Global de Procedimientos de Enfermería,
Equipo e Insumos.

1. Equipos de Insumos:

- ❖ Saturómetro
- ❖ Tener guantes
- ❖ Esparadrapo
- ❖ Aspirador - Sondas de aspiración
- ❖ Frasco de drenaje.
- ❖ Equipo de nebulización

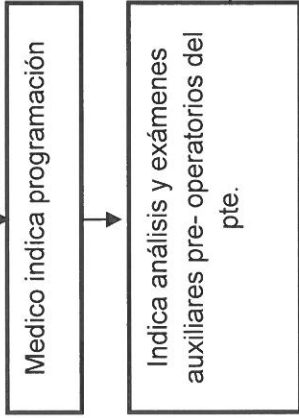
2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:



UNIDAD ORGANICA Y CARGOS

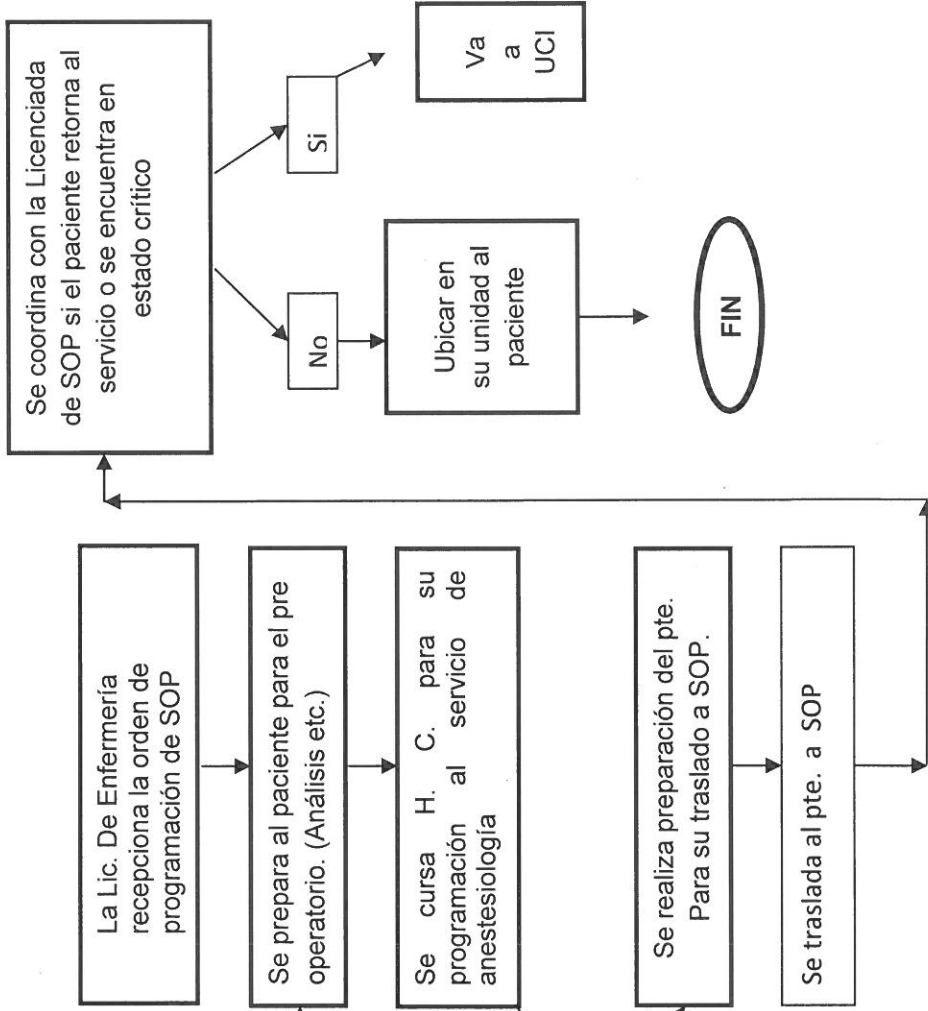
Medico de cirugía Pediátrica

Inicio



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Personal de enfermería





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS EN PACIENTE POST OPERADO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 011

PROPOSITO: Ayudar al paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica, con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posible.

ALCANCE : Cirugía pediátrica

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o)
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M.N° 1022-2007/MINSA.
Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería. R.D.N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° ingresos de pacientes x 100/ N° de pacientes hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. de Enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

A.- PREPARACIÓN DE MATERIAL:

- Camilla debidamente preparada.
- Cama preparada para el paciente.

B.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Se informa al paciente y a los padres sobre la hospitalización las normas y sobre lo que necesitara.



C. EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Recepción del paciente

- ❖ Acompañar al paciente a su habitación
- ❖ Valorar el estado general del paciente: nivel de conciencia, respiración , color de piel y mucosas
- ❖ Colocar al paciente en la posición adecuada según intervención quirúrgica.
- ❖ Controlar las funciones vitales.
- ❖ Valorar: Apositos (limpios o con sangrado), drenes (fijación, secreciones), ostomias (permeabilidad) endovenosos, vendajes, tracciones, sondas.
- ❖ Valorar el grado de malestar.
- ❖ Facilitar un entorno de calma.
- ❖ Conocer la historia clínica intervención qx. e indicaciones.
- ❖ Administrar el tratamiento prescrito.

2. Cuidados mediatos:

- ❖ Evaluar la respiración administrar apoyo de oxígeno si se requiere.
- ❖ Administrar la hidratación por sueros endovenoso. Según la indicación.
- ❖ Realizar cuidados de sondas y drenes.
- ❖ Valorar la aparición de náusea y vómitos
- ❖ Detectar distensión abdominal, peristaltismo.
- ❖ Verificar si realiza micción entre las 6- 8 horas.
- ❖ Verificar eliminación del contenido intestinal.
- ❖ Realizar balance hídrico
- ❖ Valorar intensidad del dolor.
- ❖ Registrar en historia clínica.
- ❖ **FIN DEL PROCEDIMIENTO**



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Ingreso del paciente	Servicio de Cirugía pediátrica	Diaria	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Registro de Anotaciones de Enfermera	Registro de ingresos	Diaria	Manual

DEFINICIONES:

Postoperatorio inmediato: periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la Unidad de Enfermería.

Postoperatorio mediato o continuado: Se inicia a la llegada del paciente a la Unidad de Enfermería.

REGISTROS: Hoja de actividades diarias del personal de Enfermería

ANEXOS: Mapa Global de Procedimientos de Enfermería, Formato de Orden de Análisis, Equipo e Insumos.

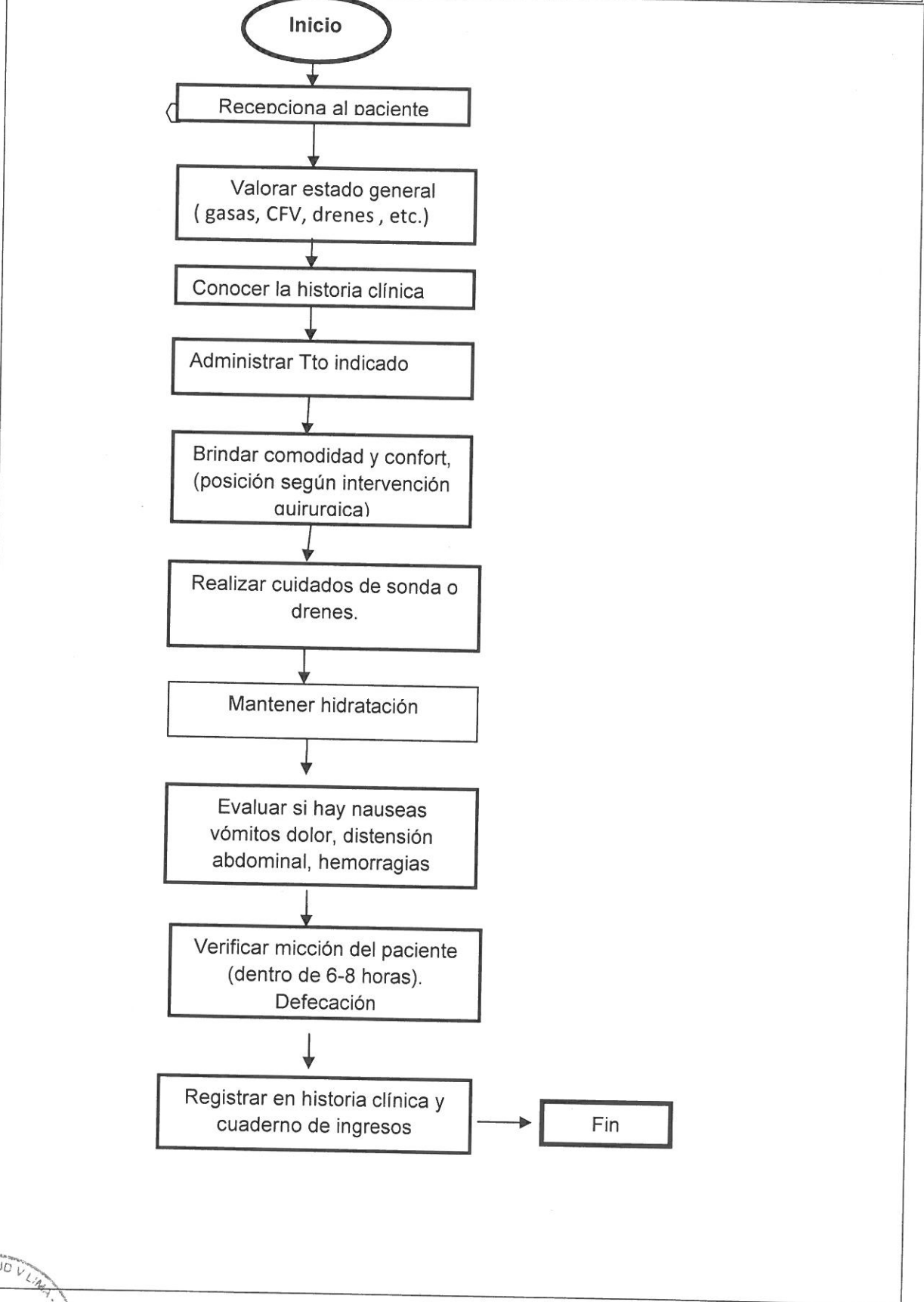
1. Equipos de Insumos:

Camilla y cama de hospitalización.

2. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:



Unidad orgánica y cargo	Departamento de Enfermería
Medico cirujano pediatra	Personal de Enfermería (Enfermera o técnico)





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	DRENAJE PERCUTANEO DE ABCESO	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 012

PROPOSITO El drenaje de abscesos consiste en eliminar secreción purulenta o hemorrágica de una cavidad sin necesidad de cirugía.

ALCANCE Servicio de cirugía pediátrica

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o) RM 1022 – 2007 Minsa
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
RD N°: 0291-2011-SA-DS-HSR-CEPE/DG
Aprueba R.D. N° 043-2013 el MOF del Departamento de Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de drenajes de absceso x100/ N° de ptes. hospitalizados por mes.	Porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Licenciada de enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- INICIO** : El medico de cirugía pediátrica indica hacer drenaje de absceso.
- La Enfermera ayuda a realizar el procedimiento.
- El personal de enfermería (Enfermero o Técnico) es el que realiza la recolección y el traslado de muestras de secreciones y su resultado.

A.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

Informar a los padres y al paciente de los beneficios.

B.- PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

Obtener el sgte. Material:

- ❖ Guantes quirúrgicos.
- ❖ Gasas y apósitos estériles.
- ❖ Solución de povidona yodada.
- ❖ Campos estériles



- ❖ Jeringa de 10 cc estériles
- ❖ Aguja calibre 25 MG x 15mm o calibre 21 gr. x 40 mm
- ❖ Lidocaína al 1 o al 2 % , 10 cc
- ❖ Bisturí desechable Nº 15 o 20.
- ❖ Jeringa de 10 o 20 según el tamaño del absceso.
- ❖ Suero fisiológico.
- ❖ Pinza de Kouch.
- ❖ Agua oxigenada
- ❖ Dren de Caucho o silicona (pensose)

C.- EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Se realizara entre dos personas.

1. Realizar el lavado de manos.
2. Utilizar yodo povidona y solución antiséptica para limpiar la zona.
3. Preparar y colocar el campo.
4. Calzar los guantes estériles.
5. Anestesiarse la zona.
6. Se introduce en el centro de la zona una aguja de calibre 21 encima de una jeringa numero 10 ml, aspirando lentamente hasta que salga a secreción purulenta nos indicara la localización de la zona abcesificada.
7. Se realiza la incisión de la piel.
8. Si existe inflamación mas allá del área absceso se realizara un cultivo de material purulento
9. Se realiza el debridamiento de la cavidad con una pinza se separara los bordes de la herida y debridaremos con la ayuda de esta pinza y las manos
10. Se realiza limpieza de la cavidad primero con una jeringa y suero fisiológico, luego con agua oxigenada diluida con suero fisiológico y yodo povidona.
11. Colocar un drenaje: Insertar un pequeño dren pensose para garantizar un drenaje continuo.
12. Cubrir la lesión con gasas y aposito estéril.
- 13. FIN DEL PROCEDIMIENTO**



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Drenaje de absceso	Servicio de Cirugía pediátrica	Diaria	Manual
SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Evaluación del paciente	Servicio de patología clínica	Diaria	Manual

DEFINICIONES :

- ❖ **ABSCESOS:** Se presentan cuando una infección provoca la acumulación de pus y de material infectado en la piel.

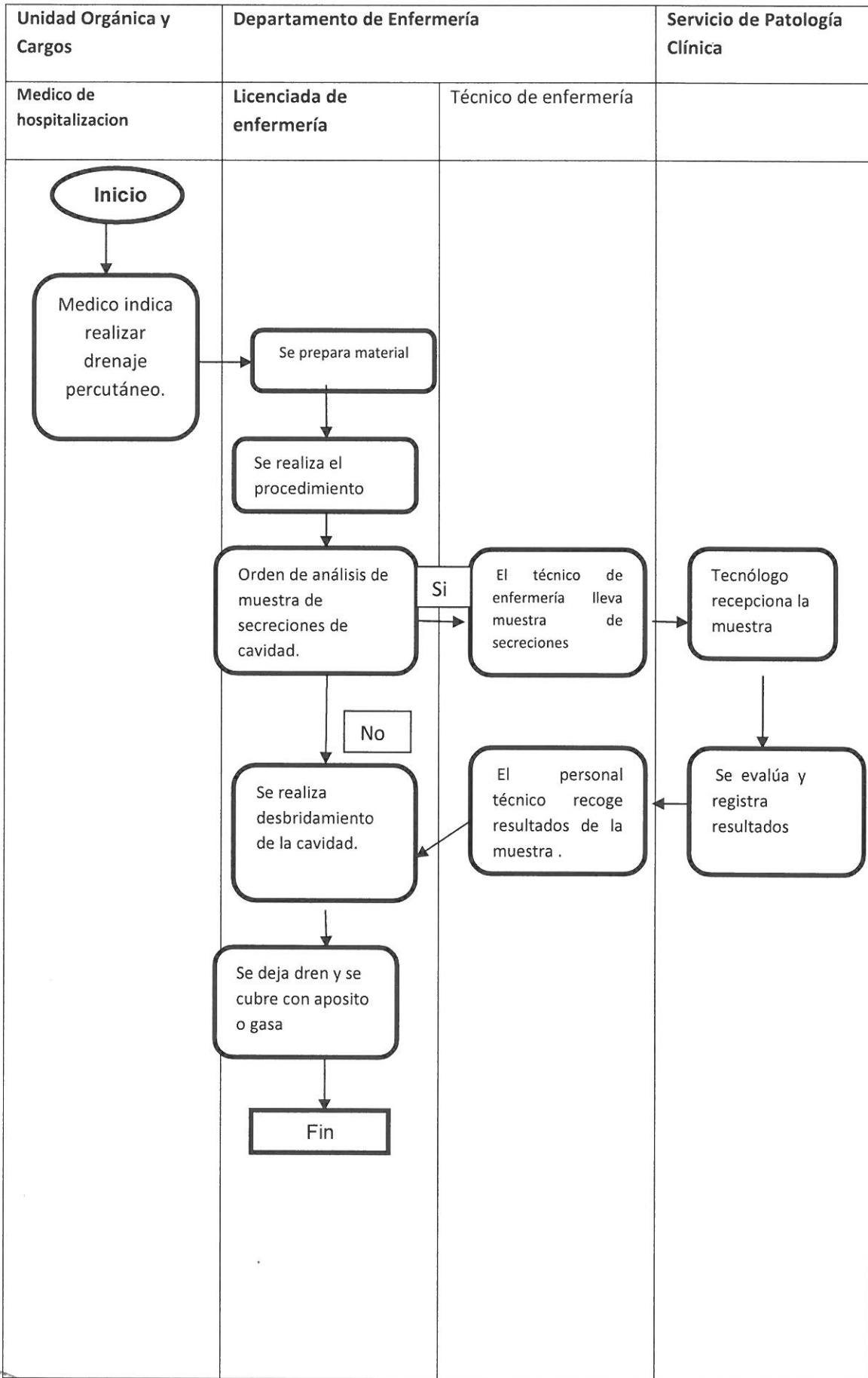
REGISTROS : Registro de enfermería, hoja de productividad, Hoja de evolución medica

ANEXOS :

- Mapa Global de Procedimientos de Enfermería:**



DIRECCIÓN GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA





INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	PROTECCIÓN, RECUPERACION Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	-----------------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN DE NEONATOLOGÍA
--	---

Nota : De ser necesario utilice hojas adicionales

Nº Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígito-órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	01	Catéter venoso periférico (neonatos)	Inserción de catéter venoso periférico (neonatos)	Paciente con catéter venoso periférico.	Paciente hospitalizado	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
2	02	Muestra para glicemia mediante hemoglucotest	Muestra para glicemia mediante hemoglucotest	Muestra recolectada para glicemia mediante hemoglucotest	Paciente hospitalizado	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
3	03	Recién nacido con tratamiento de fototerapia	Cuidados de Enfermería al Recién nacido con tratamiento de fototerapia	Cuidados de Enfermería realizados al RN con tratamiento de fototerapia	Paciente hospitalizado	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
4	04	Colocación de sonda orogástrica y nasogástrica	Colocación de sonda orogástrica y nasogástrica	Paciente con sonda orogástrica o nasogástrica	Paciente hospitalizado	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
5	05	Muestra de sangre de talón para el tamizaje neonatal	Muestra de sangre de talón para el tamizaje neonatal	Muestra de sangre de talón recolectada para el tamizaje neonatal	Paciente hospitalizado	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
6	06	Ingreso del Recién nacido al alojamiento conjunto	Ingreso del Recién nacido al alojamiento conjunto	Recién nacido ingresado y registrado en alojamiento conjunto.	Paciente hospitalizado	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02
7	07	Egreso del Recién nacido del alojamiento conjunto	Egreso del Recién nacido del alojamiento conjunto	Alta del RN tramitada y consejería a la madre	Madre del Recién nacido	RM N° 603-2006/MINSA. Directiva N° 007-MINSA/DGPP-V02

FECHA...../...../.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR



Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	INSERCIÓN DEL CATETER VENOSO PERIFERICO (Neonatos)	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 001

PROPOSITO	Instauración correcta de un catéter venoso periférico para aplicar tratamiento con las menores consecuencias yatrogénicas para el paciente.
ALCANCE	Licenciadas en Enfermería del servicio de Neonatología
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o) D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o). Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. R.M. N° 1022-2007/MINSA. Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de catéteres venosos periféricos colocados en un periodo / N° de pacientes hospitalizados en el mismo periodo x 100	catéter venoso periférico colocado	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS
-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
<p>INICIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Informar a la madre del recién nacido sobre el procedimiento a realizar (en qué consiste y por que se realiza). 2.- Preparación de material a utilizar: <ul style="list-style-type: none"> - Guantes estériles N° 61/2 o 71/2 - Catéter intravenoso N° 24 o 26 - Extensión Diss con llave de triple vía - Jeringa descartable de 1cc - Apósito transparente estéril 4x4 cm - Torundas estériles de algodón - Solución fisiológica (CINa 9‰) - Gluconato de Clorhexidina (solución) 0,5% - Ligadura 3.- Purgar la extensión DISS con solución salina. 4.- Si se produce vasoconstricción (por stress, frío), calentar la zona(bolsa o guante con agua tibia, luz de lámpara



- 5.- Higiene de manos.
- 6.- Calzarse los guantes, y seleccionar el sitio de punción, evaluando: calibre, condición de la Vena.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Aplicar el torniquete por encima de la vena evaluada
- 2.- Utilice los dedos índice y medio de la mano no dominante, palpe la vena,(definir y ubicar el trayecto del vaso sanguíneo).
- 3.- Preparación de la piel con gluconato de clorhexidina (solución) al 0.5%.
- 4.- Fije la vena sin entrar en contacto con la zona preparada.
- 5.- Dirigir la aguja en ángulo de 10 a 30° con el bisel hacia arriba hasta penetrar la piel, al retorno venoso, retirar la ligadura:
 - Avanzar el catéter y retirar la aguja guía
 - Ocluir el flujo por un instante, hacer presión sobre la vena. conectar jeringa de 1cc y Permeabilizar con solución salina.
 - Conecte el catéter a la extensión DISS (con llave de triple vía).
- 6.- Fijación con apósito estéril transparente o con esparadrapo antialérgico.
- 7.- Colocar la fecha de instalación de la vía periférica.
- 8.- Registrar en H.C. el procedimiento, complicaciones y respuesta del paciente
- 9.-. Evaluar el sitio de la venopuncion en busca de signos de inflamación (dolor, frio, eritema, o inflamación en el sitio de punción) o extravasación.
- 10.- Realizar curación si el apósito se humedece o cambiar si está en mal estado.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de catéter venoso periférico	Paciente hospitalizado.	Ilimitado	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Catéter venoso periférico colocado exitosamente	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIÓN:	Procedimiento invasivo que consiste en la canalización de una vena con una cánula corta para acceder al árbol vascular del paciente, con la finalidad de poder aplicar un tratamiento endovenoso poco agresivo y de corta duración,.
REGISTROS:	Registro de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex
ANEXOS:	Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.





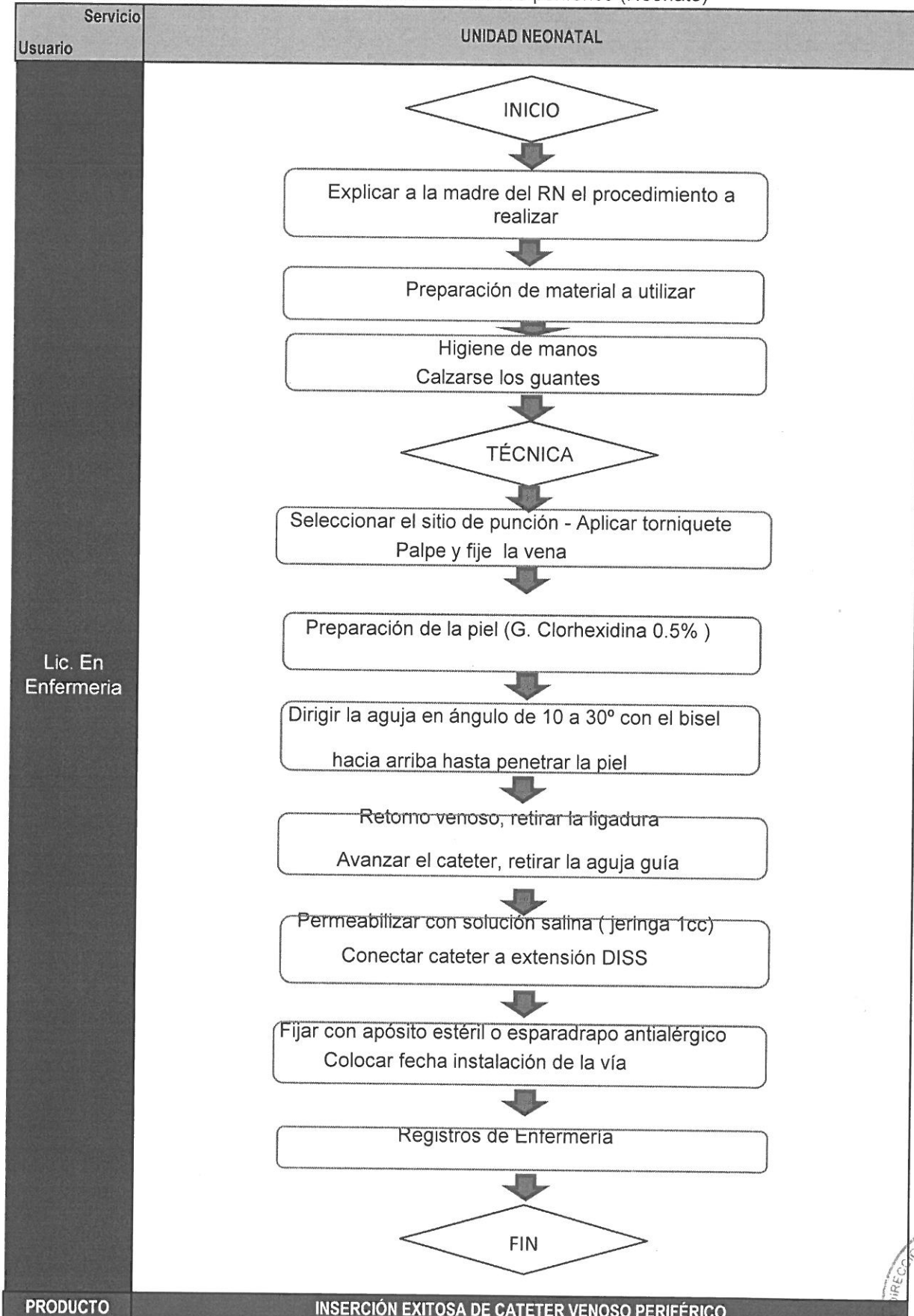
PERÚ

Ministerio de Salud

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
 Nombre del Subproceso: Inserción del cateter venoso periférico (Neonato)
 Nombre del Procedimiento: Inserción del cateter venoso periférico (Neonato)





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TOMA DE MUESTRA PARA GLICEMIA MEDIANTE HEMOGLUCOTEST	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 002

PROPOSITO :	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir situaciones de estrés (dolor, manipulación) en el recién nacido por venopunciones • Medir los niveles de glucosa en sangre del recién nacido.
-------------	--

ALCANCE:	Licenciadas en Enfermería del servicio de Neonatología.
----------	---

MARCO LEGAL	Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o) D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o). Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. R.D. N° 1022-2007/MINSA Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.
-------------	--

INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de pacientes hospitalizados en un periodo / N° de controles de glicemia mediante hemoglucotest en el mismo periodo	RN con control de glucosa mediante hemoglucotest	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS
-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
INICIO : <ol style="list-style-type: none"> 1. La enfermera informa a la madre del recién nacido sobre el procedimiento a realizar (en qué consiste y por que se realiza). 2. Verificar calibración del glucómetro: Confrontar el N° de lote de la cinta reactiva con el N° código que aparece en la pantalla del glucómetro. 3. Calentar la zona de punción con compresa tibia 4. Insumos y equipos requeridos para el procedimiento: Guantes estériles Lanceta o aguja N° 26 Torundas de algodón Alcohol o gluconato de Clorhexidina al 0.5% (solución) Riñonera Recipiente de bioseguridad



Glucómetro.

TÉCNICA:

- 1.- Realizar lavado de manos
- 2.- Colocarse los guantes
3. El ayudante o el operador insertará la tira reactiva en el glucómetro.
4. Realizar antisepsia de la zona (esperar el tiempo suficiente para que la solución antiséptica se evapore).
5. Sostener el talón del neonato en forma segura con la mano no dominante
6. Realizar la punción (con la mano dominante) con una lanceta o aguja, con movimiento rápido en sentido perpendicular al talón
7. Dejar formarse una gota de sangre y aplicarla sobre el campo de test de la tira reactiva hasta que esté completamente cubierta (no extender la sangre), en otros casos la gota solo se pone en contacto con el borde de la tira, pues recoge la muestra por capilaridad.
8. Limpiar restos de sangre y colocar en el sitio de la punción algodón seco (hacer presión).
9. Esperar aproximadamente 30 segundos (varía según el equipo que se utilice). El equipo indicará con un sonido el tiempo de inicio y de término de la medición.
10. Eliminar la tira reactiva y el material de desecho.
11. Retirarse los guantes
12. Lavarse las manos.
13. Guardar el equipo (glucómetro).
14. Anotar el resultado de la medición en registros de Enfermería (kardex, notas de Enfermería).

FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Toma de muestra para glicemia mediante hemoglucotest	Paciente en AIRN, hospitalizado, o en Aloj. Conjunto, con indicación de toma de glicemia mediante hemoglucotest.	Ilimitado	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Toma de muestra para glicemia mediante hemoglucotest	Paciente, en AIRN, hospitalizado o en Aloj. Conjunto, al que se le tomó muestra para glicemia mediante hemoglucotest.	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES:

Es un procedimiento que consiste en la extracción de una gota de sangre preferentemente de la parte lateral externa del talón del neonato. Mide los niveles de glucosa en sangre en el recién nacido.

REGISTROS: Registro de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex.

ANEXOS: Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.





MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso:

Proteccion, Recuperacion y Rehabilitacion de la Salud.

Nombre del Subproceso

Toma de muestra para glicemia mediante hemoglucotest

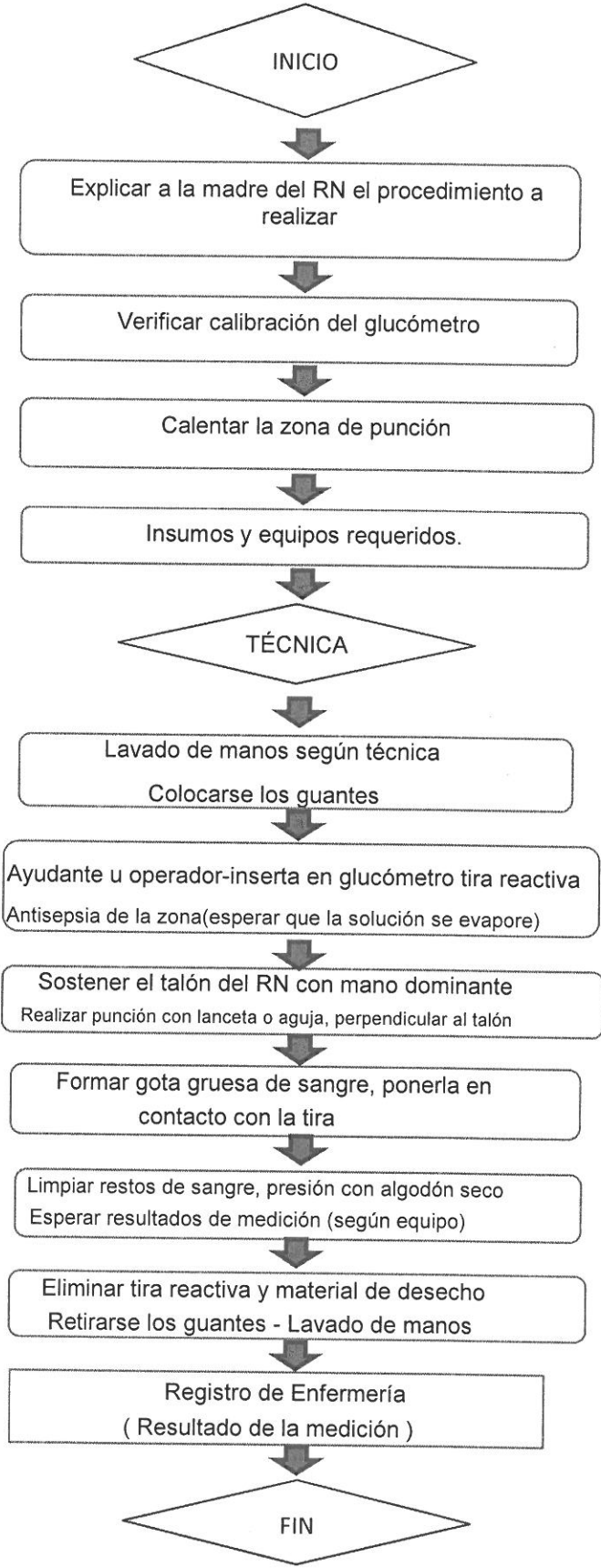
Nombre del Procedimiento

Toma de muestra para glicemia mediante hemoglucotest

Servicio
Usuario

UNIDAD NEONATAL

Lic. En Enfermeria





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO CON TRATAMIENTO DE FOTOTERAPIA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 003
PROPOSITO	Favorecer la práctica homogénea en el cuidado del RN con tratamiento de fototerapia		
ALCANCE	Licenciadas en Enfermería del servicio de Neonatología		
MARCO LEGAL	Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o) D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o). Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. R.M. N° 1022-2007/MINSA Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.		

INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de RN hospitalizados en un periodo / N° RN que requieren tratamiento de fototerapia en el mismo periodo.	RN con tratamiento de fototerapia	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS
-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO
<p>INICIO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a la madre del recién nacido sobre el procedimiento a realizar (en qué consiste y por que se realiza), además la necesidad de continuar con LMD evaluando técnica y frecuencia de la misma. 2. Revisar el funcionamiento del equipo de fototerapia (intensiva, doble o simple) y tarjeta con registro de N° horas -uso. <p>Insumos y equipos requeridos para el procedimiento: Cuna o incubadora Lámpara de fototerapia Protector ocular y genital (pañal) Tarjeta para registro de horas-uso de fototerapia, lapiceros. Colchita o manta(lana o algodón).</p>



PROCEDIMIENTO

1. Lavado de manos.
2. Desvestir al RN, pesarlo y si el estado de higiene lo requiere realizar baño de inmersión.
3. Ubicarlo en incubadora o en cuna
4. Colocarle el protector ocular y genital (pañal)
5. Cambio postural, con el fin de que toda la piel quede expuesta a la luz. Evaluar cambios en la piel (eritemas y otros)
6. Controlar temperatura axilar, RN puede presentar hipotermia (cuna), hipertermia (incubadora).
7. Anotar en los registros de Enfermería el valor de las bilirrubinas, hora de inicio del tratamiento y estado clínico del RN (especialmente el neurológico).

Precauciones;

- El equipo de fototerapia debe quedar por encima a una distancia no menor de 50cm ni mayor de 60 cm..
- Si es incubadora la distancia entre la cúpula y el equipo de fototerapia es de 5 a 8 cm.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de enfermería al recién nacido con tratamiento de fototerapia	Servicio de hospitalización	Ilimitada	Manual

SALIDAS

Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Cuidados de enfermería al recién nacido con tratamiento de fototerapia	Servicio de hospitalización	Ilimitada	Manual

DEFINICIONES :

Este tratamiento consiste en exponer la piel del niño a la luz blanca o azul, para que por fotoisomerización y fotoxidación se excreten los subproductos hacia la bilis y la orina de ésta forma se disminuye el exceso de bilirrubina de los tejidos y de la sangre circulante reduciendo el riesgo de lesión neurológica.

REGISTROS: Registro de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex.

ANEXOS: Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.





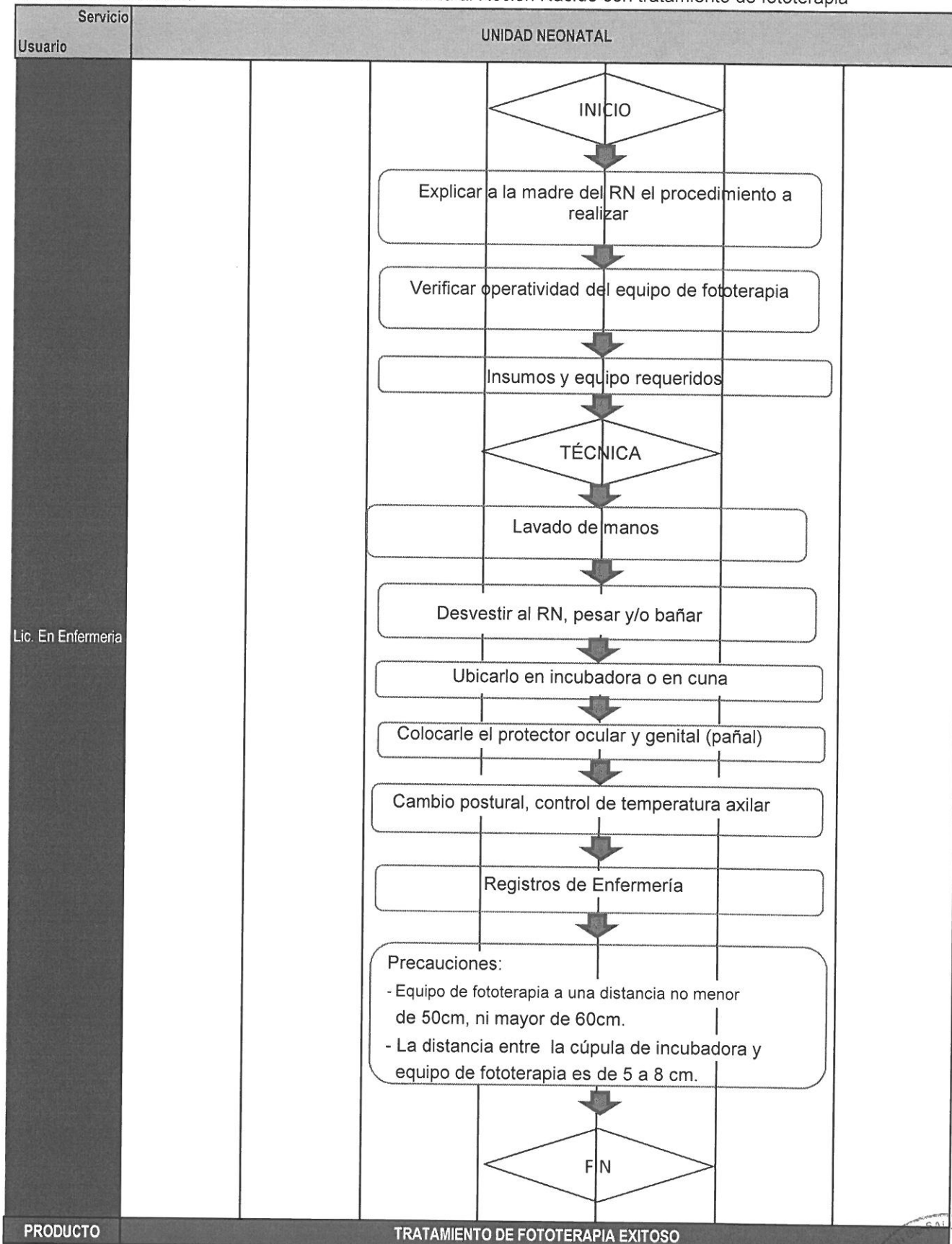
PERÚ

Ministerio de Salud

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: Cuidados de Enfermería al Recién Nacido con tratamiento de fototerapia
 Nombre del Procedimiento: Cuidados de Enfermería al Recién Nacido con tratamiento de fototerapia





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA / NASOGÁSTRICA	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 004

PROPOSITO -Alimentar al RN con inmadurez en la succión- deglución, con problemas respiratorios, con indicación de vaciamiento de residuo o aire en la cavidad Gástrica y que requieran administración de medicación.

ALCANCE Licenciadas en Enfermería del Servicio de Neonatología.

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de sondas orogástricas -- nasogástricas colocadas en un periodo/ N° de RN hospitalizados en el mismo periodo. X 100	RN con sonda orogástrica /nasogástrica	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO :

1. La enfermera informa a la madre del recién nacido sobre el procedimiento a realizar (en qué consiste y por que se realiza).
2. Insumos y equipos requeridos para el procedimiento:
Sonda de alimentación N° 5, 6, 8 (de acuerdo a la edad del paciente)
Lubricante hidrosoluble (o sol. Salina para la inserción de la sonda)
Jeringa de 3cc, 5cc
Guantes estériles
Esparadrapo o apósito transparente estéril
Riñonera
Toalla de papel o campo limpio
Suero Fisiológico
Estetoscopio



Bolsa colectora (para el caso en que la sonda queda a gravedad)

PROCEDIMIENTO

- 1.- Realizar lavado de manos
- 2.- Calzarse los guantes
- 3.- Colocar al RN en posición decúbito dorsal con el cuello ligeramente extendido, cubrir el tórax con la toalla de papel o campo limpio
- 4.- Medir la sonda (de acuerdo al sitio de elección para su colocación), ponga una señal en el lugar correspondiente:
 - *Nasogástrica*: Medir desde la nariz hasta el borde inferior del lóbulo de la oreja y luego, hasta el apéndice xifoides.
 - *Orogástrica*: Se toma desde la comisura labial hasta el borde inferior del lóbulo de la oreja y luego hasta el apéndice xifoides.
- 5.- Realizar la lubricación del extremo proximal de la sonda con suero fisiológico. Sostener firmemente la cabeza del RN.
- 6.- Luego se introduce suavemente la sonda a través de la:
 - Boca (introducir hacia la pared posterior de la faringe) o
 - Nariz (por narinas hacia la parte posterior)Hasta la medida observando en todo momento la tolerancia del paciente al Procedimiento.
- 7.- Verificar la ubicación de la sonda, aspirando suavemente contenido gástrico con jeringa de 3 ó 5cc, o auscultando en la zona gástrica luego de introducir aprox. 2 cc de aire(luego retirar el aire).
- 8.- Se procederá a la fijación de la misma según técnica (existen diferentes técnicas):
 - Esparadrapo: Cortar cinta en forma de "H", una de las tiras va sobre el labio, el otro extremo se enrolla a la sonda(sobre la marca colocada durante la medición).
 - Apósito estéril transparente.
- 9.- Rotular con fecha y turno en que se colocó la sonda.
- 10.- Si se requiere tener la sonda a gravedad colocar el extremo distal en una bolsa colectora.

RECOMENDACIONES ESPECIALES:

- Se recomienda el uso de sonda orogástrica, mientras el paciente presente dificultad respiratoria o requiera oxígeno por cánula nasal.
- Evitar hacer presión al aspirar (contenido gástrico) si se encuentra resistencia, ya que podemos dañar la mucosa gástrica.
- El recambio se realiza según el material de la sonda (generalmente cada 3 días).
- Para retirar la sonda se le extrae siempre cerrada para evitar el reflujo de su contenido en la faringe.

FIN DEL PROCEDIMIENTO



ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de sonda orogástrica / nasogástrica	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

SALIDAS			
Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Colocación exitosa de sonda orogástrica / nasogástrica	Paciente hospitalizado	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES:

Es la introducción de una sonda de polivinilo u otro material de determinado calibre a través de la boca o nariz hasta el estómago.

REGISTROS: Registro de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex.

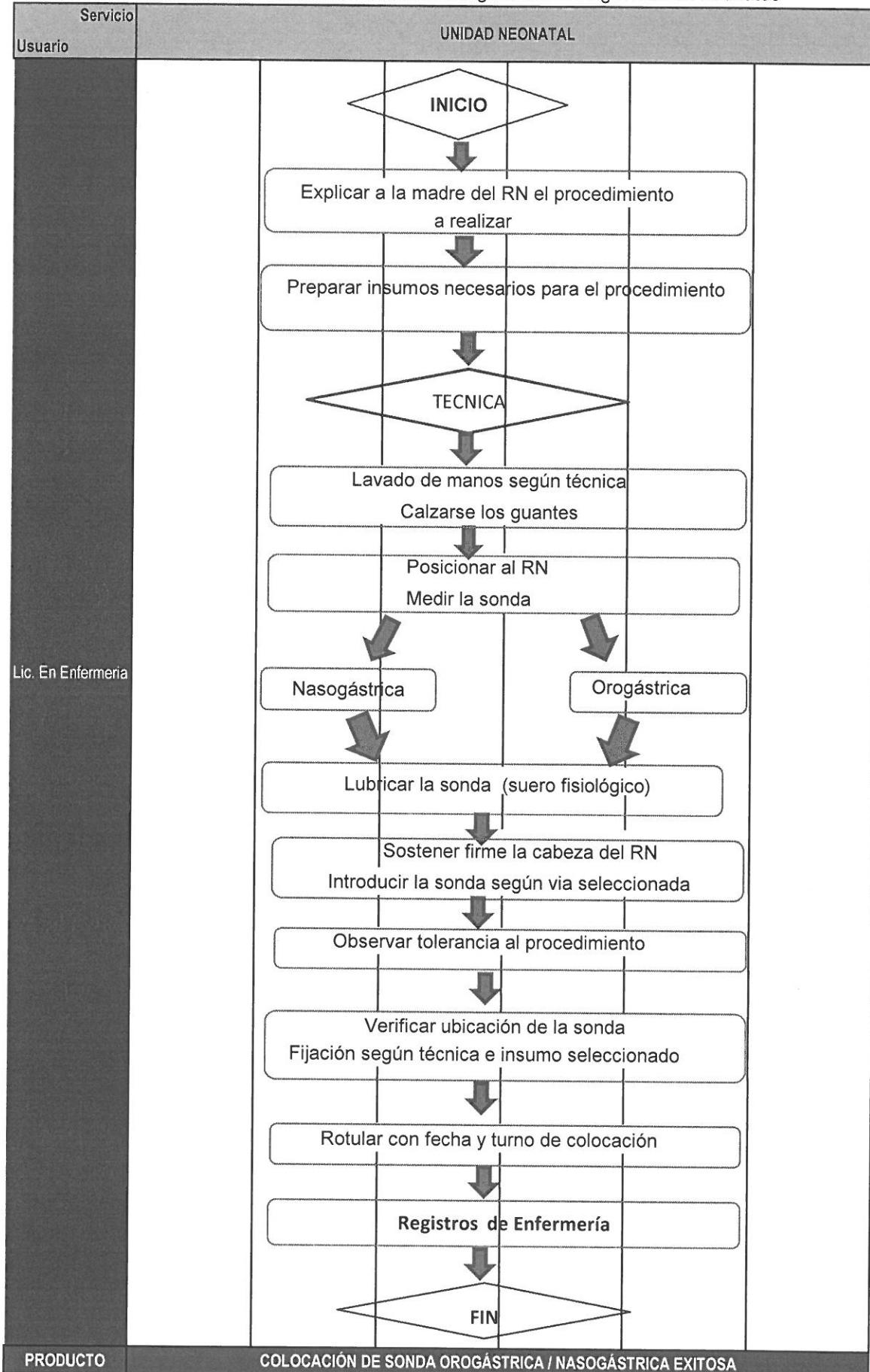
ANEXOS: Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.





MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: Colocación de sonda orogástrica / nasogástrica en neonatos
 Nombre del Procedimiento: Colocación de sonda orogástrica / nasogástrica en neonatos





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TOMA DE MUESTRA DE SANGRE DE TALÓN PARA EL TAMIZAJE NEONATAL.	FECHA	2013
		CÓDIGO	DE - 005

PROPOSITO - Detectar a RN con enfermedades endocrinas congénitas antes que presente Manifestaciones clínicas.

ALCANCE Licenciadas en Enfermería del servicio de Neonatología

MARCO LEGAL Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de RN en un periodo / N° de RN con recolección de muestra para tamizaje neonatal en el mismo periodo	RN tamizado	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

INICIO :

1. La Enfermera informa a la madre del recién nacido sobre el procedimiento a realizar (en qué consiste y por que se realiza).
2. Insumos y equipos requeridos para el procedimiento:
Guantes estériles
Lanceta o aguja N° 26, lancetero
Torundas de algodón,
Alcohol al 70% o gluconato de Clorhexidina al 0.5% (solución)
Recipiente de bioseguridad
Tarjetas de identificación con papel filtro específico para tamizaje neonatal.
Esparadrapo antialérgico
Porta tarjetero, registros.
3. Calentar la zona de punción con compresa tibia.
4. Previamente tener en cuenta los criterios para la toma de la muestra:



Tipo de RN	Condición	Edad gestacional	Criterios para la toma de muestra
1. RN a termino/ post termino.	Sano	> ó = 37 semanas.	Al alta o 72 horas de vida (la condición que ocurra primero).
2. RN prematuro	Sano	< 37 semanas.	Cumplidos los 7 días de vida extrauterina.
3. RN	Crítico	-----	Dentro de los 7 días de edad.
4. RN que requieren transfusión	Crítico	-----	Antes de la transfusión (*)

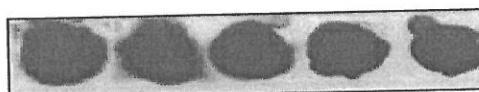
(*) Los RN que hubieran sido transfundidos con sangre y/o hemocomponentes, deben ser tamizados 7 días después de la última transfusión.

TÉCNICA:

- 1.- Higiene de las manos y colocación de guantes.
- 2.- Localización y asepsia de la zona de punción con alcohol de 70°o gluconato de clorhexidina al 0,5% (ver fig. 1 y 2).
- 3.- Punción del talón con la lanceta (hasta 2mm de profundidad) con un solo movimiento rápido y seguro en dirección casi perpendicular a la superficie del pie. Descarte la lanceta.
- 4.- Eliminar la primera gota de sangre con algodón seco.
- 5.- Recolección de muestra de sangre en la tarjeta:
 - Rodear el talón con la mano (fig. 3), hacer presión con los dedos continuamente, esperar la formación de **una gota** grande de sangre y descargarla suavemente en cada circulo del papel filtro (fig. 4).Llenar todos los círculos.
 - La gota de sangre debe caer en el centro del círculo indicado, sin que se junte con la otra o salga del área.
 - La piel del niño nunca debe hacer contacto con el papel filtro.
 - Verifique que la gota de sangre impregne el papel filtro por ambos lados (fig. 5).
 - Realizar la hemostasia en la zona de punción, presionando con un algodón limpio y seco.

Procedimiento para el secado, almacenamiento y envío de las muestras al laboratorio central:

- Colocar las tarjetas en posición horizontal (tarjetero), dejar secar a temperatura ambiente durante 4 horas protegiéndolas de la luz solar, humedad y polvo, no permita que toque otra superficie mientras se está secando.(fig. 6).
- Transcurrido este tiempo colocar las tarjetas intercaladas de manera que las gotas de sangre no se contacten entre sí.
- Los círculos que contienen las gotas de sangre no deberán ser manipulados.
- El papel filtro que contiene la muestra de sangre, no deberá exponerse a ninguna sustancia, si sucediera se considerará muestra inadecuada.



Muestras diluidas, decoloradas o contaminadas

Fig. 6



FIN DEL PROCEDIMIENTO

- Registro de Enfermería y en formatos respectivos.
- Enviar las muestras de sangre con los datos en la ficha de identificación y la relación de las mismas al laboratorio central para su procesamiento en un tiempo no mayor de 7 días.

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Toma de muestra de sangre para tamizaje neonatal	Paciente con indicación de toma de muestra de sangre para tamizaje neonatal.	Ilimitado	Manual

SALIDAS

Nombre	DESTINO	Frecuencia	Tipo
Toma de muestra de sangre para tamizaje neonatal	Paciente al que se le tomó muestra de sangre para tamizaje neonatal.	Ilimitado	Manual

DEFINICIÓN:

El Tamizaje Neonatal es el procedimiento para detectar enfermedades graves (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística e hiperplasia suprarrenal congénita) que pueden causar retraso mental, ceguera, convulsiones, alteraciones del lenguaje, psiquiátricas y disminución de la capacidad de aprendizaje si no son diagnosticadas y tratadas rápidamente.

REGISTROS: Registro de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex.

ANEXOS:

1. Mapa Global de Procedimientos de Enfermería
2. Figura del 1 al 5

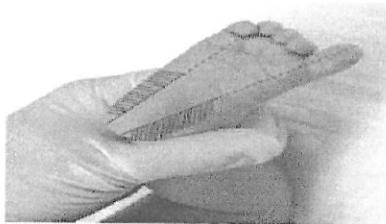


Fig. 1

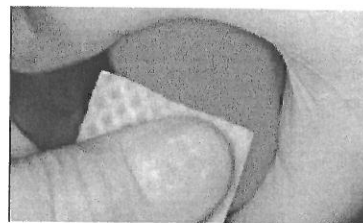


Fig. 2



Fig. 3

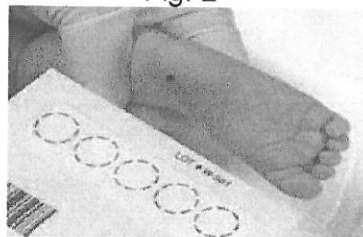


Fig. 4



PERÚ

Ministerio de Salud

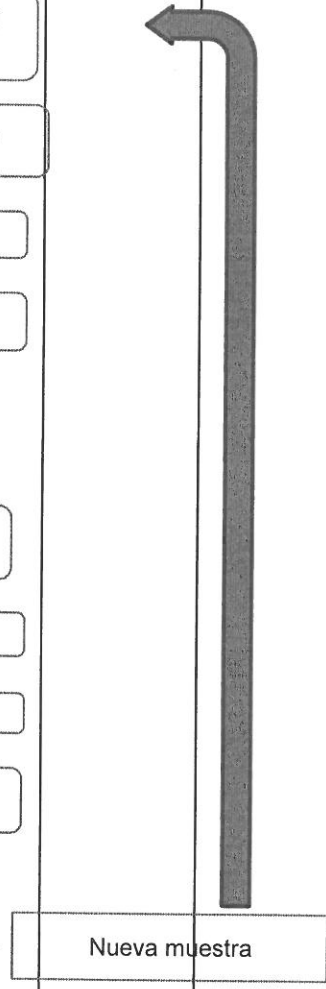
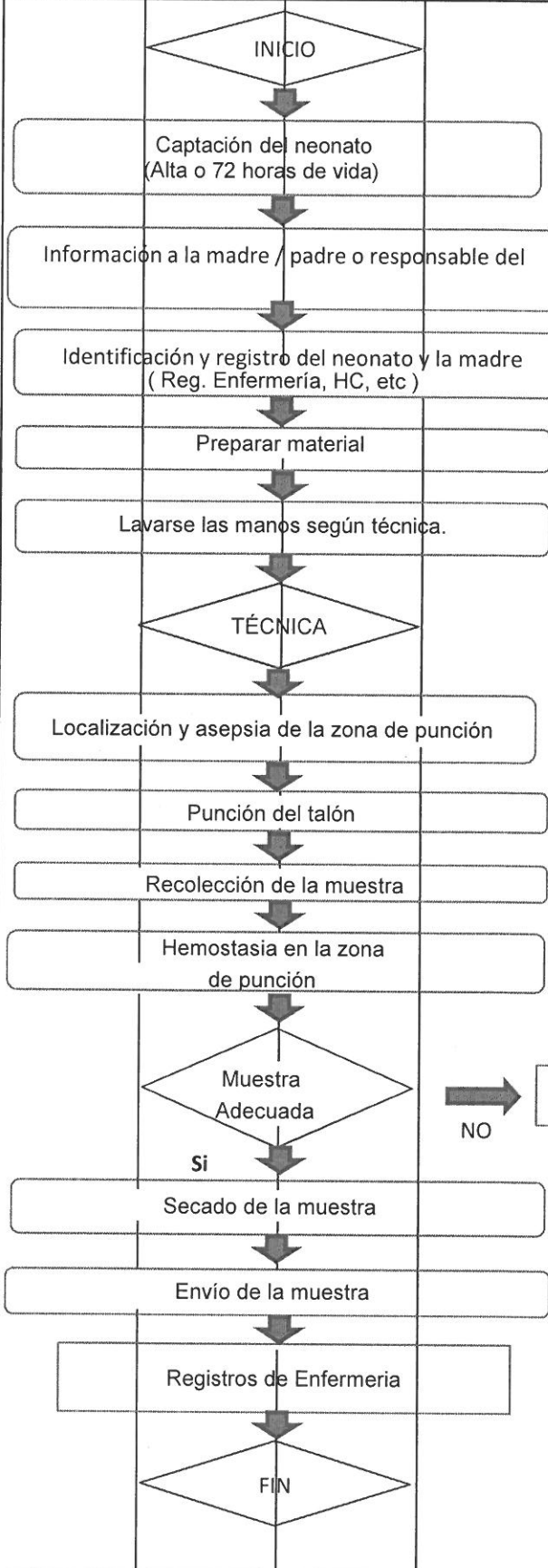
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: Toma de muestra de talón para Tamizaje Neonatal
 Nombre del Procedimiento: Toma de muestra de talón para Tamizaje Neonatal

Servicio	UNIDAD NEONATAL
Usuario	

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

TOMA DE MUESTRA EXITOSA PARA TAMIZAJE NEONATAL





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	INGRESO DEL RECIEN NACIDO AL ALOJAMIENTO CONJUNTO	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 006

PROPOSITO (5) - Contar con un protocolo que permita unificar criterios en la recepción (ingreso) del RN.

ALCANCE (6) Licenciadas en Enfermería del servicio de Neonatología.

MARCO LEGAL (7) Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueban Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de Ingresos en AC en un periodo /Total de RN en el mismo periodo X 100	Ingreso en AC	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

-RM N° 603-2006/MINSA - Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)**INICIO:**

- 1.- Admisión del recién nacido procedente de: atención inmediata, Cuidados Intermedios I ó II
- 2.- RN colocado en cuna del servicio.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Higiene de las manos.
- 2.- Revisión del muñón umbilical (revisar por presencia de sangrado, ajuste del clamp umbilical , otros).
- 3.- Controlar temperatura axilar
- 4.- Verificar los documentos: Historia clínica, tarjeta de estadística, carné de atención integral de salud del niño.
- 5.- Identificación: Verificar sexo del RN, asimismo el carné de atención integral de salud del niño y pulsera de identificación, en estos últimos deben figurar los datos correctos que



identifiquen al RN.

6.- RN junto a la madre: Identificar ubicación (N° de cama) de la mamá, Trasladar al RN y colocarlo junto a la madre, Consejería en lactancia materna y entrega del carné de atención integral de salud del niño, colocación al seno materno e inicio de lactancia materna.

7.- Registro: Registrar en libro de ingreso- egreso de paciente y en el censo diario, Realizar los registros de Enfermería y llenar el formato de producción de Enfermería.

8.- Organizar historia clínica del RN: La historia clínica debe contar con los siguientes formatos:

- Boletas de egreso (duplicado) aquí deben estar registrados todos los exámenes que se han realizado al RN.
- Hoja de estadística
- Historia clínica neonatal
- Hoja de evolución médica
- Hoja de Notas de Enfermería (con grafica de temperatura y peso)
- Hoja de exámenes auxiliares.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Ingreso del RN a Alojamiento Conjunto	Paciente con indicación Alojamiento conjunto.	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
Ingreso, registro y Alojamiento conjunto del RN	Paciente al que se le ingreso a Alojamiento conjunto..	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13)

Alojamiento Conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el Establecimiento de Salud.
La cercanía entre madre y bebé facilita el amamantamiento frecuente del recién nacido y el éxito de la Lactancia Materna.

REGISTROS (14) Registros de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería





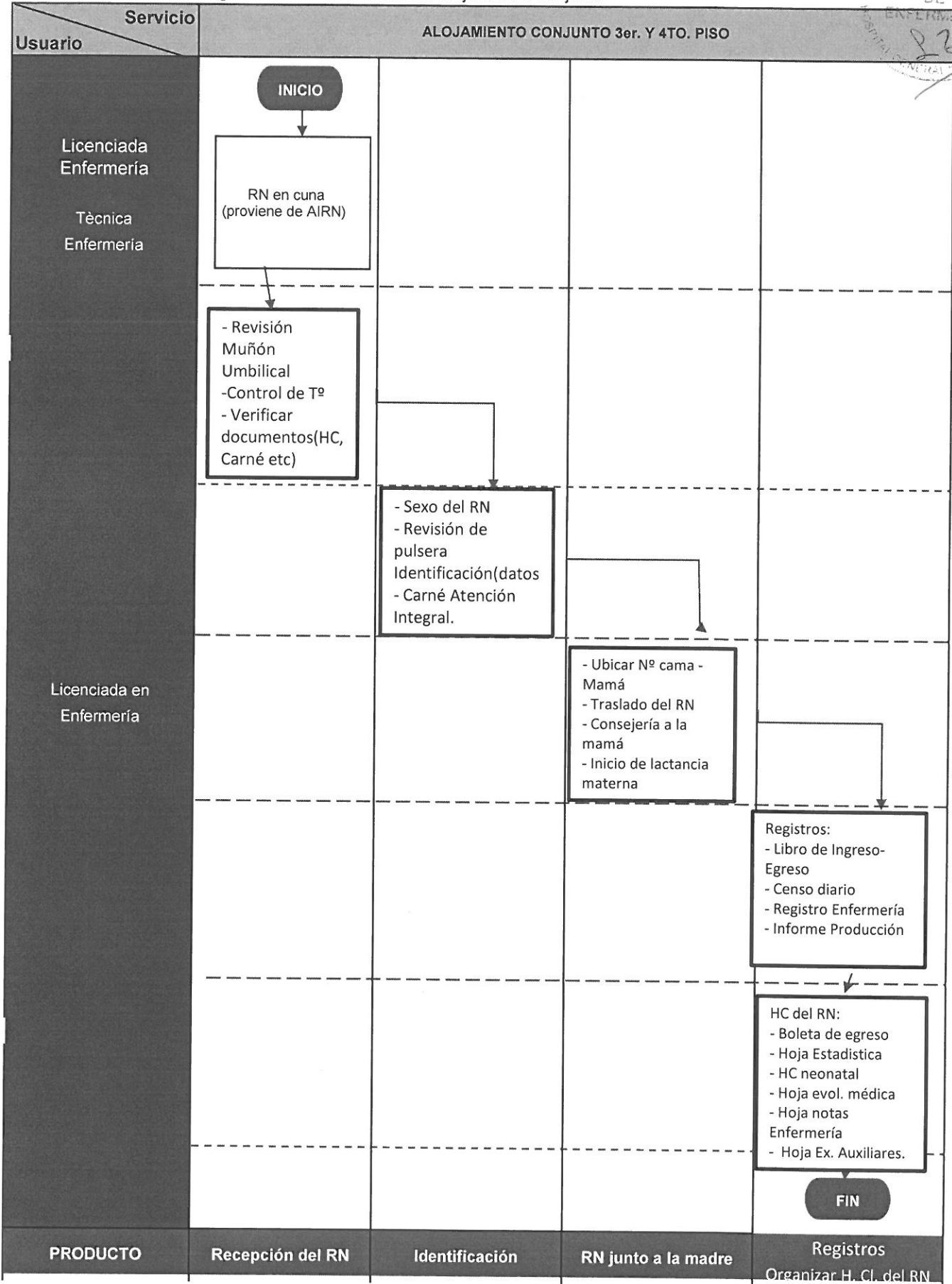
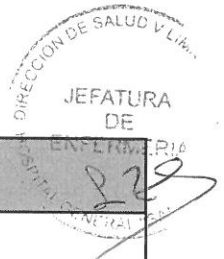
PERÚ

Ministerio de Salud

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: Ingreso del recién Nacido en alojamiento conjunto
 Nombre del Procedimiento: Ingreso del recién Nacido en alojamiento conjunto



FIN



Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	EGRESO DEL RECIEN NACIDO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 007

PROPOSITO (5) - Contar con un protocolo que permita unificar criterios egreso del RN.

ALCANCE (6) Licenciadas en Enfermería del servicio de Neonatología.

MARCO LEGAL (7) Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
Ley N° 27669 _ Ley del Trabajo de la Enfermera(o)
D.S. N° 004-2002-SA - Aprueba Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermera (o).
Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa.
R.M. N° 1022-2007/MINSA
Aprueban el MOF del Departamento de Enfermería con R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de IEgresos en AC en un periodo /Total de RN en el mismo periodo X 100	Egreso en AC	Registro diario de producción de Enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

-RM N° 603-2006/Minsa- Se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02
"Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional"

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)**INICIO:**

1.- Indicación de alta en historia clínica.

PROCEDIMIENTO

1.- Requisitos para el alta del RN:

- Resultado de VDRL negativo, con antigüedad no mayor de 2 meses
- Fecha de la cita médica para el control del RN.
- Firma del médico neonatólogo en boleta de egreso y en el formato "indicación de alta" que va adjunto al carné de atención integral.

2.- Trámite de boleta de egreso (técnico de enfermería). Si es asegurado llevará la boleta al SIS, si no lo fuera llevará la boleta a cuentas corrientes posteriormente el familiar recogerá su cuenta en caja principal. Los exámenes auxiliares deben ser consignados en la boleta para ser facturados.

3.- Brindará consejería en :



- Lactancia materna exclusiva
 - Calendario de vacunas
 - Cuidados del recién nacido (Baño, ropa adecuada, limpieza del muñón umbilical, signos de alarma).
 - Cita para el control del recién nacido.
- 4.- Egreso de alojamiento conjunto: Al momento de retirarse de su habitación la mamá deberá acercarse al ambiente de alojamiento conjunto con la siguiente documentación:
- Boleta de pago o boleta sellada por el SIS.
 - DNI materno
 - Firma y huella dactilar del índice derecho de la mamá
 - Se procede a entregar el carné de atención integral de salud del RN
- 5.- Registros de enfermería. Se deberá consignar información respecto al alta en:
- Censo diario
 - Formato de producción de Enfermería.
- FIN DEL PROCEDIMIENTO**

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Egreso del RN de Alojamiento Conjunto	Paciente con indicación de egreso de Alojamiento conjunto.	Ilimitado	Manual

SALIDAS (12)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Egreso del RN de Alojamiento conjunto	Paciente al que se le tramitó el egreso de Alojamiento conjunto..	Ilimitado	Manual

DEFINICIONES (13)

Egreso de Alojamiento Conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el Establecimiento de Salud. La cercanía entre madre y bebé facilita el amamantamiento frecuente del recién nacido y el éxito de la Lactancia Materna.

REGISTROS (14) Registros de Enfermería, hoja de producción de Enfermería, kardex

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería





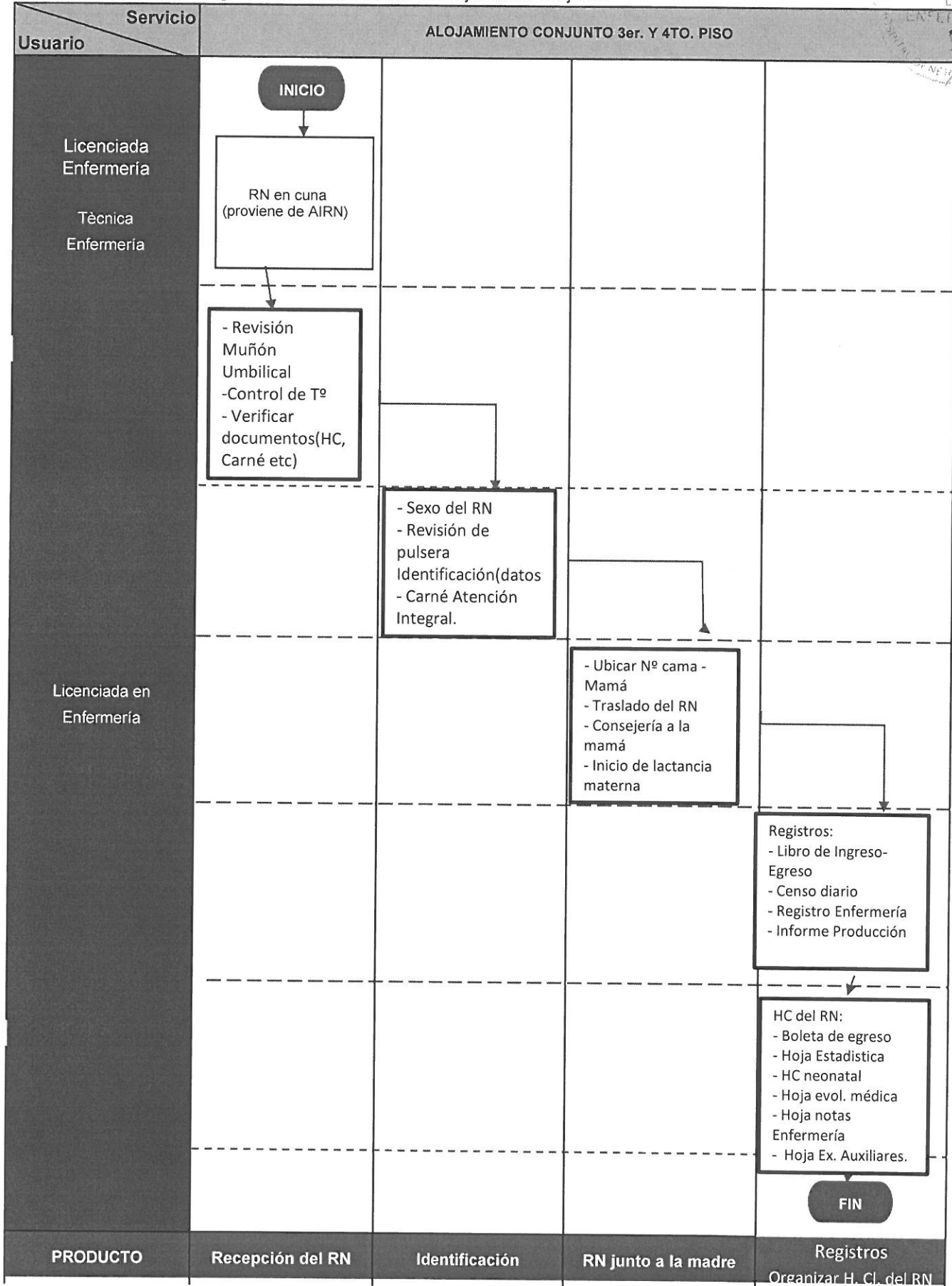
PERÚ

Ministerio de Salud

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MAPA GLOBAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del Proceso: Protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
 Nombre del Subproceso: Ingreso del recién Nacido en alojamiento conjunto
 Nombre del Procedimiento: Ingreso del recién Nacido en alojamiento conjunto



INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION (2º Nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION (3º Nivel organizacional)	SERVICIO DE CIRUGIA Y UCI
--	---------------------------

Nota : De ser necesario utilice hojas adicionales

Nº Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígito-órgano 3 dígito-no correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	001 - DE	Colocación de vía endovenosa periférica.	Colocación de Catéter Endovenoso Periférico.	Paciente con acceso venoso que nos permita la administración adecuada de tratamientos.	Paciente Hospitalizado	Ley N° 27669 R.D 043-2013
2	002 - DE	Cuidado y Mantenimiento del Tubo de Traqueotomía.	Cuidado y Mantenimiento del Tubo de Traqueotomía	Conservación de vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado	Paciente Hospitalizado con tubo de traqueotomía	Ley N° 27669 R.D 043-2013
3	003 - DE	Cuidados de enfermería durante la toma de AGA	Cuidados de enfermería durante la toma de AGA	Obtención y envío de muestra para AGA de manera apropiada	Paciente Hospitalizado con indicación de toma de muestra para AGA.	Ley N° 27669 R.D 043-2013
4	004 - DE	Cuidado de Enfermería en el Mantenimiento del Catéter Venoso Central.	Cuidado de Enfermería en el Mantenimiento del Catéter Venoso Central	Paciente recibe cuidados y mantenimiento del Catéter venoso Central. Criterios unificados	Paciente Hospitalizado portador de catéter venoso central	Ley N° 27669 R.D 043-2013
5	005 - DE	Retiro del Catéter Venoso Central	Retiro del Catéter Venoso Central	Retiro exitoso de Catéter venoso Central al paciente	Paciente Hospitalizado con indicación de retiro de catéter venoso central	Ley N° 27669 R.D 043-2013
6	006 - DE	Cuidados de enfermería en la inserción del catéter Venoso Central	Cuidados de enfermería en la inserción del catéter Venoso Central	Contar con una vía de acceso venoso que nos permita la adm. de fármacos y soluciones así como monitorizar y medir constantes como PVC, presiones pulmonares, gasto cardiaco , etc.	Paciente hospitalizado portador de catéter venoso central.	Ley N° 27669 R.D 043-2013
7	007 - DE	Cuidados de Enfermería durante la Alimentación Enteral por sonda.	Alimentación por sonda.	Conseguir el aporte de los nutrientes por SNG o naso Yeyunal, para mantener un estado nutricional.	Paciente hospitalizado con indicación de alimentación Por SNG..	Ley N° 27669 R.D 043-2013



Anexo 9



Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	COLOCACION CATER VENOSO PERIFERICO.	FECHA (3):	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 001

PROPÓSITO (5) : Contar con un acceso venoso que nos permita la administracion adecuada de tratamientos con fines preventivos, recuperativos y de diagnostico.

ALCANCE (6) : Licenciados en Enfermeria Dpto. Cirugia.

MARCO LEGAL (7) : Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermeria.

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de CVP colocados/ N° de pacientes	N° vias periericas colocadas	Registro de Produccion diaria de	Licenciada (o) en

NORMAS (9)

R.M. N° 317-2099/MINSA: Aprueba modificar la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

1. Explicar al paciente el procedimiento
2. Higiene de manos y preparacion de material a utilizar
3. Calzarse los guantes, y seleccionar el sitio de puncion, evaluando: calibre, condicion y tortuosidad de la vena
4. Aplicar el torniquete por encima de la vena evaluada
5. Preparacion de la piel con solucion antiséptica (alcohol al 70%)
6. Fije la vena sin entrar en contacto co la zona preparada

TECNICA DE PUNCION:

7. Dirigir la aguja en angulo de 10 a 30° con el bicel hacia arriba, hasta penetrar la piel, al retorno venoso:
 - a). Avanzar el cateter y retirar la aguja guia
 - b) Ocluir el flujo por un instante, hacer presion sobre la vena, suelte el torniquete y deseche la aguja.
 - c) Conecte el cateter a la estension DIS (con llave de triple via) y luego al equipo de venoclisis, regulando la velocidad de infusion del
8. Comprobar que el liquido fluya libremente, cubrir el cateter con aposito transparente de preferencia.
9. Colocar la fecha de colocacion de la venopuncion asi como en los equipos utilizados.
10. Registrar en H.C. el procedimiento, complicaciones y respuesta del paciente.
11. Evaluar por lo menos una vez por turno el sitio de la venopuncion y las soluciones que se estan infundiendo, en busca de signos de inflamacion (dolor, frio, eritema, o inflamacion en el sitio de puncion)
12. Realizar curacion de sitio de insercion cada 72 horas o antes si el aposito se humedece o esta en mal estado.
13. Cambiar la venopuncion al observar cualquier de inflamacion.
13. Explicar al paciente los signos y sintomas de flebitis y extravasacion para que informe de manera oportuna la presencia de

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Colocacion CVP	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
CVP colocados exitosamente	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

DEFINICIONES (13) :
Procedimiento de enfermeria que comprende la colocacion del Cateter Venoso Periferico, para la administracion de medicam,entos, sustancias liquidas y hemoderivados

REGISTROS (14) : Historia clinica, hoja de produccion de enfermeria, hoja grafica.

ANEXOS (15) : Fluxograma de atencion en consulta externo.





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso:

Proteccion, Recuperacion y Rehabilitacion de la Salud.

Hospital

Nombre del Subproceso

cuidado Enfermero

Santa Rosa

Nombre del Procedimiento

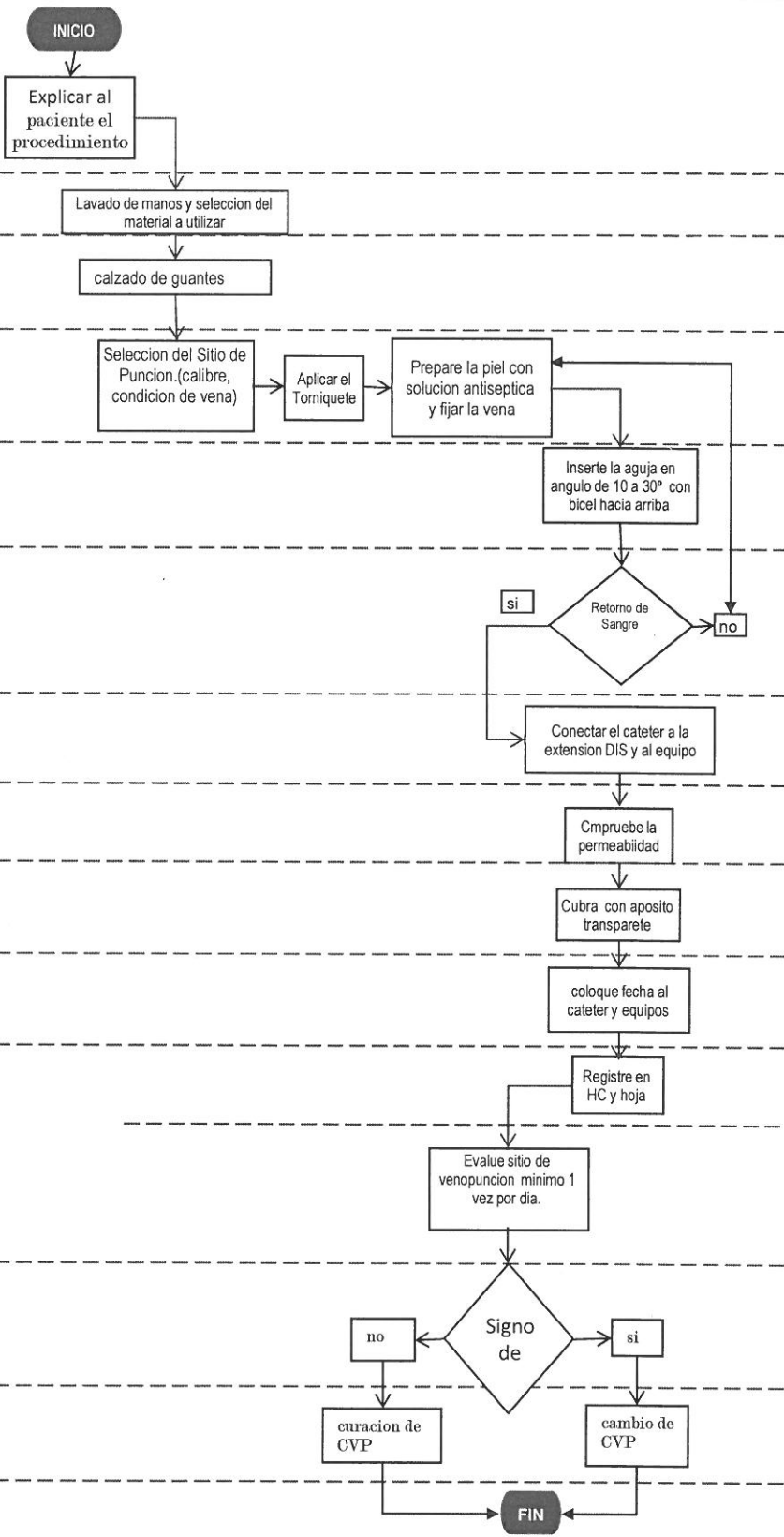
COLOCACION DE CATETER VENOSO PERIFERICO.

Unidades Orgánicas

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Cargos

Lic. En Enfermería



PRODUCTO

PACIENTE CON VIA PERIFERICACANALIZADA EXITOSAMENTE



Anexo 9

Manual de Procesos y Procedimientos

Versión: 1.0

Pag. 1 de 2

Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DE PROCEDIMIENTO	CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL TUBO DE TRAQUEOTOMIA	FECHA (3):	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 002

PROPÓSITO (5)	Conservar la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado, evitar infecciones respiratorias y mantener el estoma en condiciones óptimas
ALCANCE (6)	: Licenciados en Enfermería Dpto. Cirugía.
MARCO LEGAL (7)	: Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de pacientes portadores de tubo de Traqueotomía en un periodo / N° de pacientes a los que se les realiza cuidados del Tubo de Traqueotomía en el mismo	N° de Curaciones tubo de tubo de traqueotomía	Registro de Produccion diaria de enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

R.M. N° 603.2006/MINSA: Aprueban la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional"

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

1. Explicar al paciente el procedimiento
2. 1. Revise el sistema de oxígeno
3. Aspire al paciente las secreciones (si precisa)
4. Prepare el material en una mesa auxiliar
5. Realizar la Higiene de manos
6. Colóquese los guantes estériles
7. Compruebe que el balón del Cuff no tenga fugas

TECNICA:

8. Retire la cánula interna e inserte el obturador (también llamado guía)
9. Lave la cánula interna con agua oxigenada y enjuague con cloruro de sodio e insertala nuevamente
10. En caso de estar conectado a ventilación mecánica :
 - a. Introducir una guía (por ejemp.: una Sonda) por la canula a retirar para que se mantenga asegurado la vía del estoma.
 - b. Retirar la canula antigua e introducir la nueva deslizando sobre la guía (sin obturador) luego coloque la canula interna.
11. Coloque un aposito alrededor del estoma, para prevenir la maceracion de la piel.
12. Si estan sucias las cintas anteriores, colocar cintas limpias de sujecion por las endaduras de ambos lados, asegurelas alrededor del cuello, con un nudo .
13. Eliminar y desechar las cintas antiguas
14. Colocar el aposito esterilizado en la traqueotomia y fijarlo firmemente con las cintas del borde del cateter de traqueotomia de modo que la incision quede cubierta.
13. Coloque al paciente en posicion comoda (semi fowler) y registre el procedimientos y complicaciones.

14. **FIN**

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL TUBO DE TRAQUEOTOMIA	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL TUBO DE TRAQUEOTOMIA	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

DEFINICION:
Procedimiento de enfermería que comprende la técnica del cuidado y mantenimiento del tubo de Traqueotomía con la finalidad de mantener la vía aérea

REGISTROS : Historia clínica, hoja de producción de enfermería, hoja gráfica.

ANEXOS (15): Fluxograma de atención en consulta externo.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

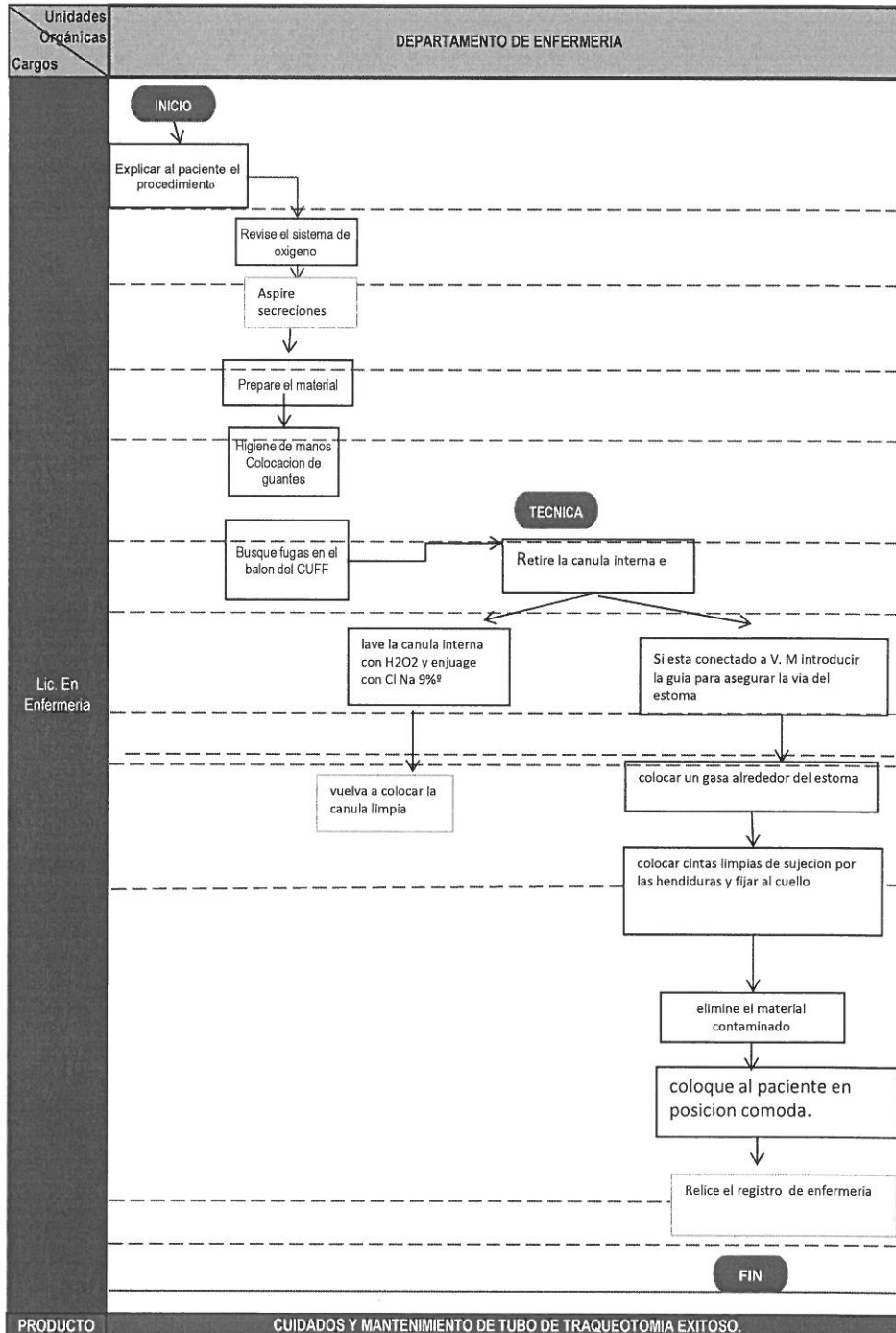
Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

Nombre del Subproceso

Nombre del Procedimiento CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE L TUBO DE TRAQUEOTOMIA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA TOMA AGA	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 003

PROPÓSITO (5)	Obtener una muestra, reduciendo el traumatismo en el area de punsion, asi como conservar y enviar la muestra de manera apropiada.
ALCANCE (6)	: Licenciados en Enfermeria del Departamento de Enfermeria
MARCO LEGAL (7)	: Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermeria.

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de pac. Con indicaciones de toma AGA en un periodo N° de AGA tomados en el mismo periodo	N° de AGA tomados	Registro de Produccion diaria de enfermeria	Licenciada (o) en Enfermeria

NORMAS (9)

R.M. N° 603-2006/MINSA: Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO:

- Lavado de manos
- Disponer del material a utilizar. Si no se cuenta con jeringa heparinizada, proceder a a heparinizar la jeringa, eliminando el excedente.
- Comunique el procedimiento al paciente

TECNICA :

- Facilite el acceso y la disponibilidad de la arteria colocando una almohadilla debajo de la muñeca del paciente
 - Elija la arteria a utilizar
 - Coloque los guantes
 - Realice hiperextension de la muñeca aproximadamente 45°
 - Palpe la arteria radial con los dedos indice y medio.
 - Sujete la jeringa con la otra mano e intrudusca la aguja en angulo de 45°, avanzando lentamente hasta penetrar en la arteria.
 - Obtener de 0.4 a 0.5 ml de sangre arterial, y retirar la aguja
 - realice compresion en la zona de incersion para prevenir hematoma
 - Colocar un protector de jebe en la punta de la aguja para evitar ingreso de O2
 - enviar de inmediato la muestra a laboratorio o procesar la muestra en la maquinas de Gases Arteriales del servicio.
 - Informar del resultado al medico
 - Registre el procedimiento y los resultados en las hojas de registro de enfermeria
 - Realice la segregacion del material punzo penetrante y contaminado.
- EN PACIENTES CON LINEA ARTERIAL
- Aspire de la linea 10 ml. de sangre con jeringa de 10ml.
 - Tome la muestra (de 0.4 a 0.5ml de sangre) con la jeringa heparinizada
 - Flushear la linea con Cl Na, hasta que esta este limpia
 - enviar de inmediato la muestra a laboratorio o procesar la muestra en la maquinas de Gases Arteriales del servicio, considerando la concentracion de O2 y temperatura corporal.
 - Informar del resultado al medico
 - Registre el procedimiento y los resultados en las hojas de registro de enfermeria
 - Realice la segregacion del material punzo penetrante y contaminado.

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA TOMA AGA	Paciente hospitalizado o de emergencia con indicaciones de toma de AGA	Ilimitado	manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA TOMA AGA	Paciente hospitalizado o de emergencia a los que se les toma muestra para AGA	Ilimitado	manual

DEFINICIONES (1) :

Procedimiento de enfermeria que comprende la toma de sangre arterial al paciente hospitalizado o de emergencia critico, con la finalidad de obtener una muestra de sangre que permita valorar los gases arteriales y el medio acido base.

REGISTROS (14) :Hoja de registros y produccion de enfermeria.

ANEXOS (15) : Mapa Global del procedimiento





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

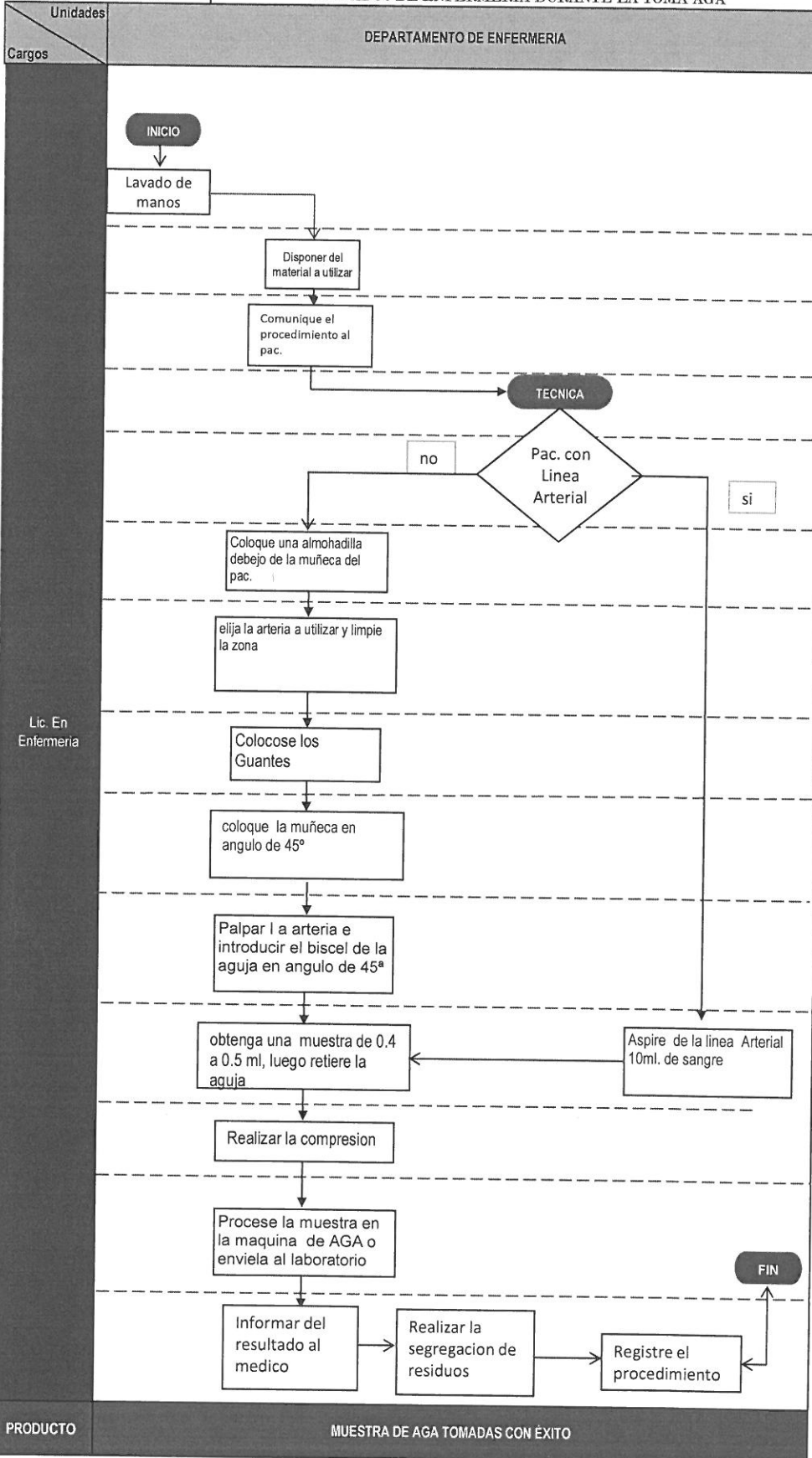
Proteccion, Recuperacion y Rehabilitacion de la Salud.

Nombre del Proceso:

Nombre del Subproceso

Nombre del Procedimiento

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA TOMA AGA





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud.			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL	FECHA (3): (4): CODIGO	2013 DE - 004
PROPÓSITO (5)	Contar con un protocolo que nos permita unificar criterios, de cuidados de enfermería para prevenir complicaciones asociadas a las infecciones sobreagregadas.		
ALCANCE (6)	: Licenciados en Enfermería Departamento de Enfermería.		
MARCO LEGAL (7)	: Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 034-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.		
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de Pac. con CVC en un periodo / N° de curaciones de CVC realizadas a Pac. en el mismo periodo	N° de Curaciones de CVC	Registro de Produccion diaria de enfermería	Licenciada (o) en Enfermería
NORMAS (9)			
Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.			
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)			
INICIO 1. Higiene de manos según protocolo 2. manipular lo mínimo indispensable el cateter 3. Colocarse guantes esteriles para la manipulacion 4. Preparacion del paciente: colocarlo en posiccion decubito dorsal 5. Disponer el material necesario en una mesa auxiliar TECNICA Cuidados del Punto de Insercion y Cambio de Aposito. 1. Ponerse los guantes esteriles 2. Retirar el aposito 3. Cambiarse los guantes 4. Limpiar con suero salino empenzando en el punto de insercion del cateter en formas circular, luego limpie de la misma manera con el antiséptico 5. Observar el punto de puncion cada 24 horas 6. Usar aposito esteril de gasa o aposito transparente 7. Cambiar los apositos cada vez que este mojado, sucio o despegado. 8. Poner la fecha de los cambios en un lugar visible. 6. No mojar el cateter con agua en el momento que se realiza el aseo del paciente. 7. No aplicar pomadas antibioticas en el punto de insercion del cateter. Cambio de Sets Administracion de Fluidos y Hemoderivados y conexiones. 1. Aplicar amedidas esteriles en el manejo de fluidos 2. Distribuir los Lumenes a. Luz distal: para medicion de PVC b. Luz media para suero terapia y drogas c. Luz Proximal para nutricion enetral. 3. Cambiar los sistemas de suero cada 72 horas salvo que haya sospecha de infeccion. Rotular el sistema con la hora en que fue cambiado 4. Cambiar los sistemas de la Nutricion Parenteral cada 24 horas del inicio de la perfusion. 5. Comprobar que la perfusion de la sangre se realiza en un periodo no superior a 4 horas. 6. Lavar la Luz del cateter con solucion salina cada vez que se administra o suspende un medicamento. 7. Conocer la compatibilidad de las soluciones a administrar Puerto de Inyeccion intravenosa. 8. Limpiar el puerto de inyeccion con alcoholí o povidona yodada antes de pinchar. 9. Tomar precauciones para que no entren microorganismos al interior de los lumnes (utilizaqr tapones, plastico protector, valvulas de seguridad etc.) 10. Tapar todos los accesos que no se utilice, tener cuidado de conservar las pinzas de clampado 11. El numero de llaves de tres vias debe ser la minima 12. Comprobar visualmente que ajusten las conexiones y llaves de tres vias. 13. Asegurarse de la compatibilidad de todos los componenetes del sistema, para minimizar los riesgos. 14. Minimizar los riesgos de infeccion, limpiando con antiséptico el acceso del sistema y usar solo equipo esteril. FIN DEL PROCEDIMIENTO.			
ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Cuidadosde Enfermería y Mantenimiento del CVC	Paciente hospitalizado con CVC	Ilimitado	manual
SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Curaciones de CVC realizadas	Paciente hospitalizado a los que se les realiza mantenimiento de CVC	limitado	manual
DEFINICIONES (13) :			
Cuidados de enfermería que comprende el mantenimiento del CVC para la prevencion de complicaciones asociadas a infecciones sobreagregadas.			
REGISTROS (14) : Hojas de Registros de enfermería, hoja de produccion de enfermería.			
ANEXOS (15) : Fluxograma de atención en consulta externo.			





MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso:

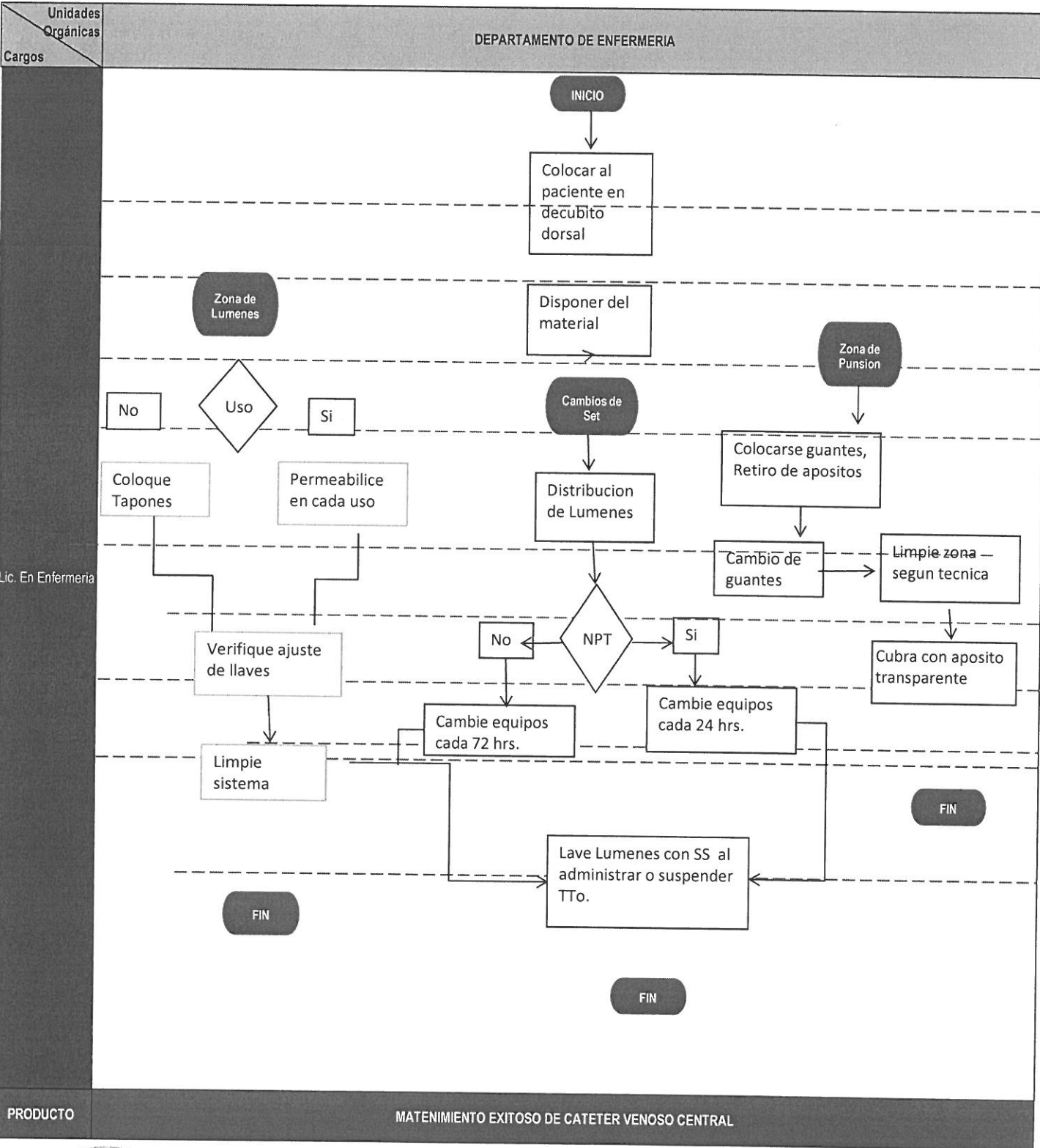
Proteccion, Recuperacion y Rehabilitacion de la Salud.

Nombre del Subproceso

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL

Nombre del Procedimiento

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL



PRODUCTO

MATENIMIENTO EXITOSO DE CATETER VENOSO CENTRAL





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	RETIRO DE CATETER VENOSO CENTRAL	FECHA (3):	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 005

PROPÓSITO (5)	Contar con un protocolo que nos permita unificar criterios de retiro del CVC
ALCANCE (6)	: Licenciados en Enfermería del Departamento de Enfermería.
MARCO LEGAL (7)	: Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de pacientes con CVC en un periodo / N° de pacientes los que se les retira el CVC en el mismo periodo	N° de CVC retirados.	Registro de Produccion diaria de enfermeria	Licenciada (o) en Enfermeria

NORMAS (9)

Aprueban la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO

1. Informar al paciente el procedimiento a realizar
2. Cerrar infusiones, llaves de triple via y lumenes
3. Higiene de manos
4. Colocarse guantes esteriles.

TECNICA:

5. Retirar el punto de sutura
6. Retirar el cateter lentamente para evitar rotura; si existiese resistencia avisar al medico
7. Tener en cuenta la posible aparicion de artimias
8. Ejercer presion con una gasa en el punto de insercion, hasta que deje de sangrar (aproximadamente 5 minutos)
9. Comprobar que el cateter este integro
10. Cambiarse los guantes por otros esteriles, para realizar la cura
11. limpiar la zona y aplicar solucion antiséptica
12. Colocar un aposito semioclusivo.
13. Enviar a cultivo la punta del cateter si se sospecha de infeccion.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Retiro de Cateter Venoso Central.	Paciente hospitalizado portador de CVC	limitado	manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Retiro de Cateter Venoso Central.	Paciente hospitalizado portador de CVC	limitado	manual

DEFINICIONES (13):

Procedimiento de enfermería que comprende el retiro del CVC, para la prevención de complicaciones asociadas a infecciones

REGISTROS (14) : Hojas de registro de enfermería y hoja de producción de enfermería.

ANEXOS (15) : Fluxograma de atención en consulta externo.



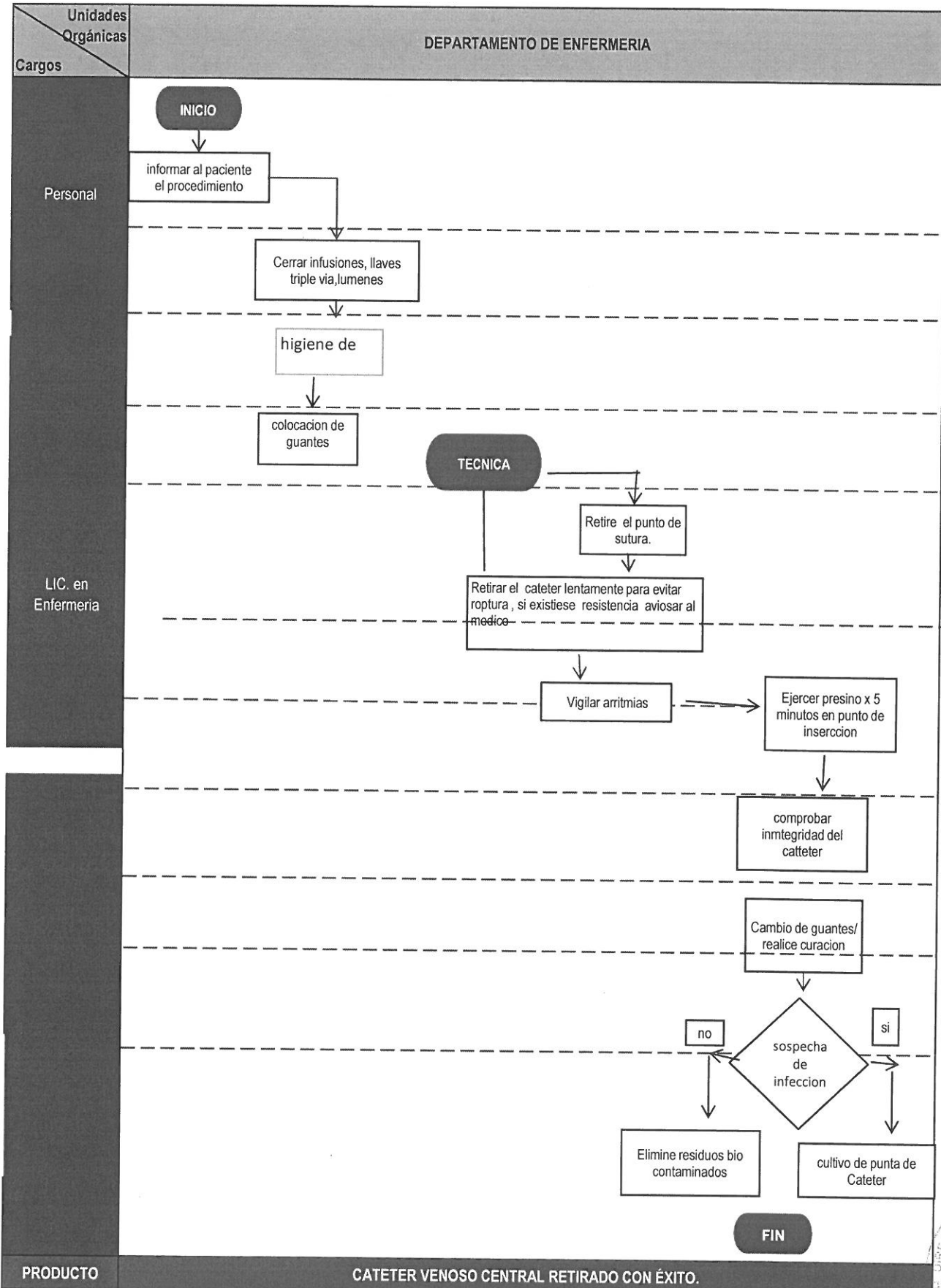


Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

Nombre del Subproceso

Nombre del Procedimiento

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL RETIRO DEL CATETER VENOSO CENTRAL





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA INSERCIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL	FECHA (3):	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 006

PROPÓSITO (5)	Contar con una vía de acceso venoso que nos permita la administración de fármacos y soluciones intravenosas, así como monitorizar y medir constantes como PVC, presiones pulmonares, gasto cardíaco, etc.
ALCANCE (6)	: Licenciados en Enfermería del Departamento de Enfermería.
MARCO LEGAL (7)	: Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de pacientes que requieren inserción de CVC en un periodo/ N° de pacientes a los que se les inserto CVC. en el mismo periodo	N° CVC insertados.	Registro de Producción diaria de enfermería	Médicos y Lic. En Enfermería

NORMAS (9)
Aprueban la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO

1. Explicar al paciente el procedimiento.
2. Colocar al paciente en decubito supino
3. Higiene de manos según técnica.
4. Disponer del Set de CVC de forma estéril y asistir al médico en la inserción

UNA VEZ QUE EL MEDICO REALICE LA INSERCIÓN Y FIJACIÓN DEL CATETER A LA PIEL:

5. Verificar el retorno venoso y permeabilizar cada lumen, pos inserción
6. Colocar el apósito transparente cubriendo y fijando el CVC.
7. Anotar fecha y hora de inserción en lugar visible
8. Retirar el material segregando los residuos.
9. Cursar orden de toma de RX de tórax

POST INSERCIÓN.

10. Monitorear PA, arritmias, sangrados o hematomas
11. Controlar zona de inserción, por si existiese hematoma. Si se presentan colocar un apósito compresivo, vigilando constantemente la aparición de sangrado
14. Registrar el procedimiento.

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Cuidados de Enfermería en la Inserción del CVC	paciente hospitalizado con cateter venoso central	Ilimitado	manual

SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Cuidados de Enfermería en la Inserción del CVC	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

DEFINICIONES (13):
Procedimiento de enfermería que comprende la participación del Licenciado de Enfermería en la Inserción del CVC al paciente, que requiere contar con un acceso para monitorizar y medir constantes como: PVC, presiones pulmonares, gasto cardíaco, etc.

REGISTROS (14) : hoja de producción de enfermería, hoja gráfica, kardex y registros de enfermería.

ANEXOS (15) : Fluxograma de atención en consulta externo.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

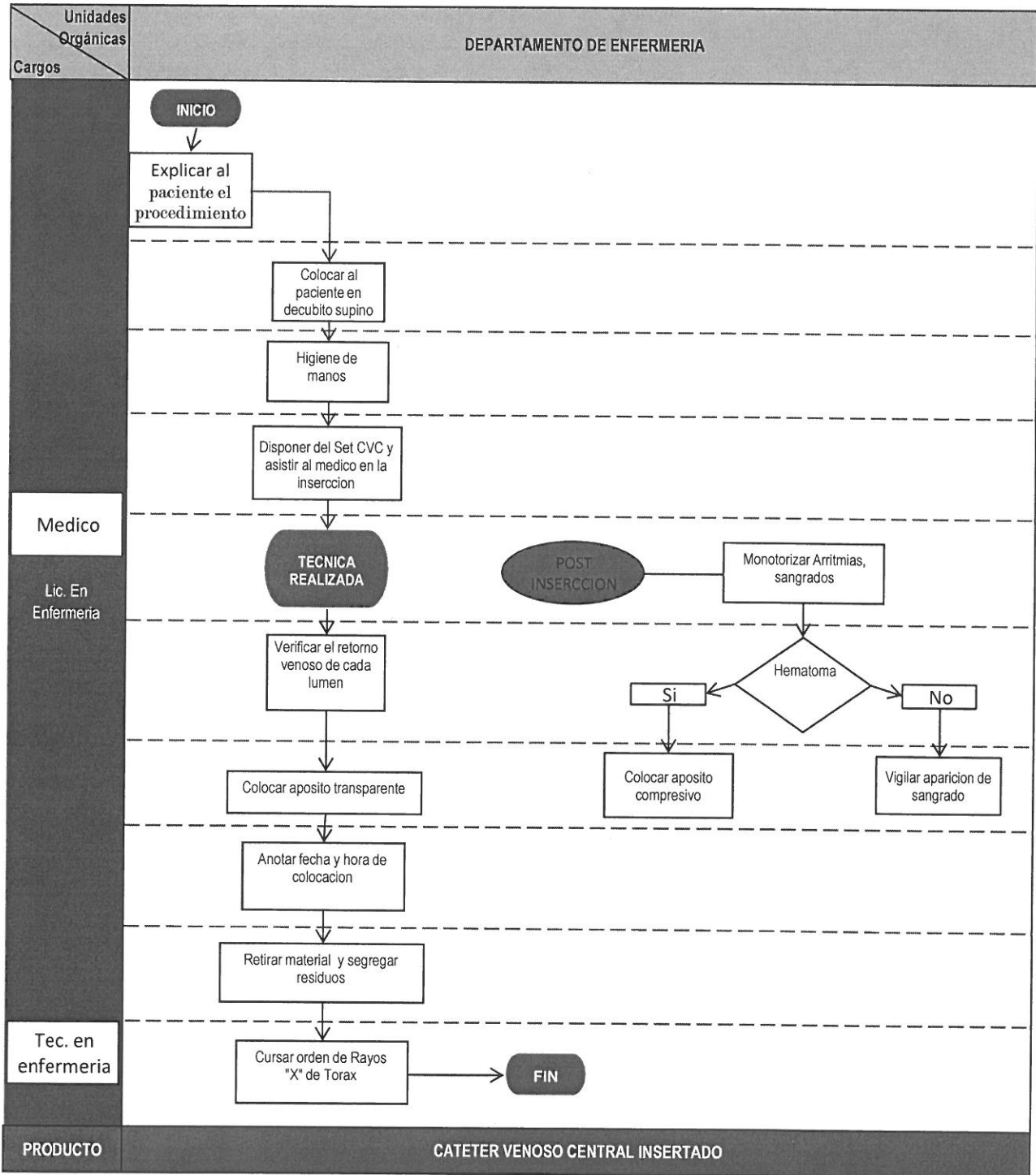
Proteccion, Recuperacion y Rehabilitacion de la Salud.

Nombre del Proceso:

Nombre del Subproceso

Nombre del Procedimiento

INSERCCION DE CATETER VENOSO CENTRAL



DIRECCION DE SALUD V. LIMA - CIUDAD

JEFATURA DE ENFERMERIA

[Handwritten signature]

Anexo 9



Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1): Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA	FECHA (3):	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 007

PROPÓSITO (5) Conseguir el aporte de los nutrientes, por SNG o Naso Yeyunal, para mantener un estado nutricional adecuado en el paciente.

ALCANCE (6) : Licenciados en Enfermería del Departamento de Enfermería.

MARCO LEGAL (7) : Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369 - Ley del Trabajo Enfermero N° 27669 y su Reglamento, R.M. N° 1022 - Aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG - Aprueba el MOF del Departamento de Enfermería.

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de pacientes con SNG en un periodo / N° de pacientes con alimentación por SNG en el mismo periodo	N° de pacientes con alimentación por SNG	Registro de Produccion diaria de enfermería	Licenciada (o) en Enfermería

NORMAS (9)

Aprueban la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02 - "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos de Gestión Institucional", aprobada por R.M. N° 603-2006/MINSA.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS (10)

INICIO
 1. explique el procedimiento al paciente
 2. Colocar al paciente en posicion semi fowler
 3. Verificar la ubicación de la Sonda
 4. Medir el residuo gastrico, si es mayor de 200 informar al medico

TECNICA:
 5. Iniciar dieta enteral en cantidad indicada en bolo o infusion continua.
 6. Cada 6 horas lave la SNG con agua.
 8. Registre el volumen administrado y la tolerancia del paciente.
 9. Realice el cambio de la SNG cada 7 dias, si fuera sonda Siliconada, cambie cada 3 meses.
 10. Realice la curacion y cambien la cinta de fijacion cada dia.

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Alimentacion por SNG	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12c)	TIPO (12d)
Paciente que recibe dieta Enteral por SNG	Paciente hospitalizado	Ilimitado	manual

DEFINICIONES (13):
 Procedimiento de enfermería que comprende los cuidados que se brinda al paciente con indicacion de Nutricion Enteral

REGISTROS (14) : Hoja de produccion de enfermería, hoja de registros de enfermería.

ANEXOS (15) : Fluxograma de atención en consulta externo.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

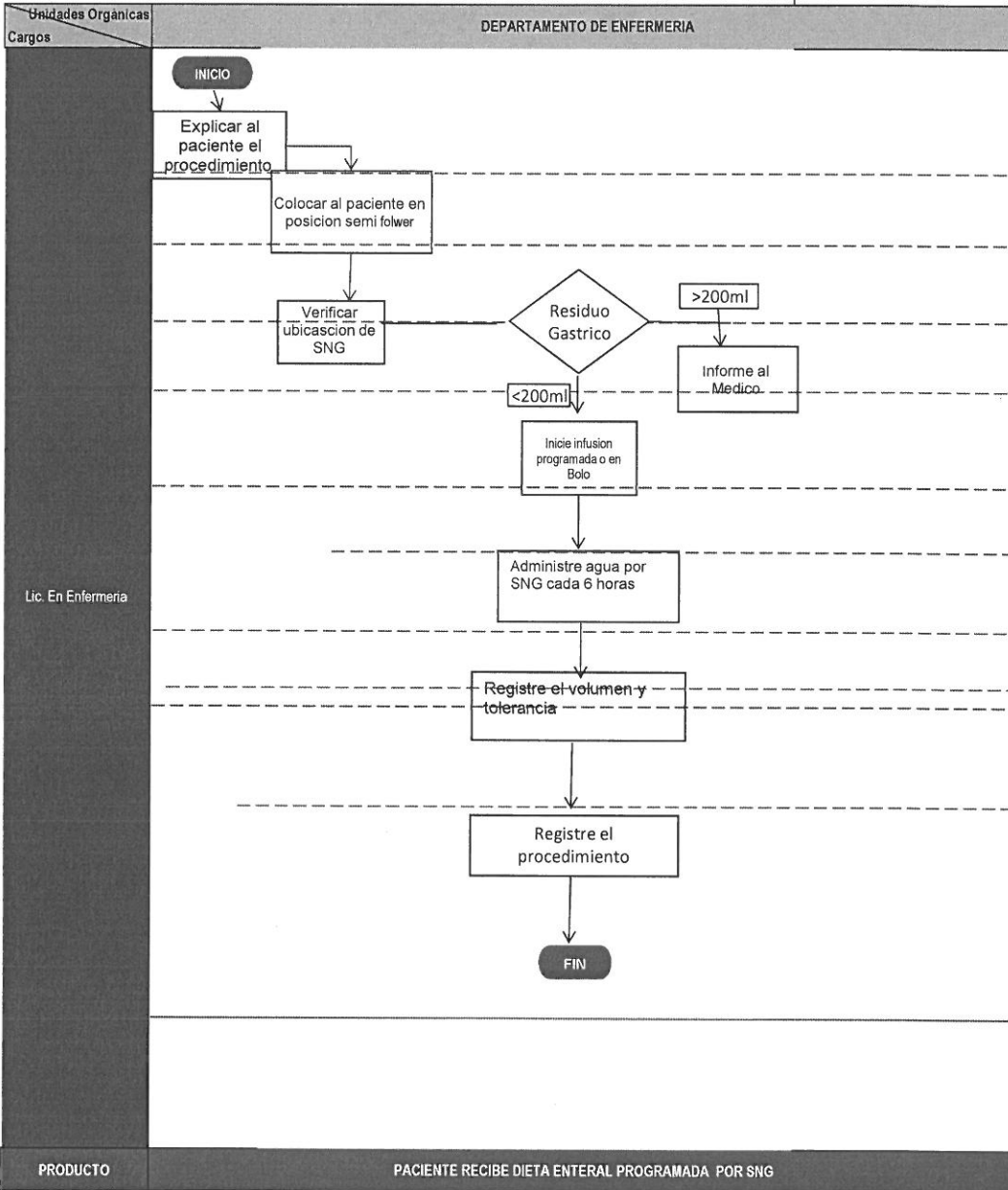
Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Proteccion, Recuperacion y Rehabilitacion de la Salud.

Nombre del Proceso:
Nombre del Subproceso
Nombre del Procedimiento

ALIMENTACION ENTERAL POR SNG





Anexo A - 3

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°

(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO	Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud
--------------------	---

1) OFICINA/DIRECCION Nivel Organizacional	Departamento de Enfermería
--	----------------------------

2) OFICINA/DIRECCION 3) Nivel Organizacional	Servicio de Emergencia
---	------------------------

N° Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/ Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígitos-órgano 3 dígitos-No correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	001 - DE	Medicación al paciente	Administración de Medicamentos	Paciente recibe tratamiento	Paciente en reposo o ambulatorio	Receta Médica
2	002 - DE	Nebulización	Nebulización	Paciente se le realiza la nebulización	Paciente en reposo o ambulatorio	Receta Médica
3	003 - DE	EKG	EKG	Paciente se le realiza EKG	Paciente en reposo o ambulatorio	Receta y/o orden medica

Nota: De ser necesario utilice hojas adicionales

.....
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR

FECHA

Ficha de Descripción del Procedimiento

PROCESO (1): PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Cuidados de enfermería en la administración de medicamentos	Fecha (3)	2013
		Código (4)	001 - DE

PROPÓSITO (5): Contar con un protocolo que nos permita unificar criterios sobre los cuidados en Enfermería para prevenir complicaciones asociadas a la administración de medicamentos.

Alcance (6): Licenciados en enfermería. (departamento de Enfermería)

MARCO LEGAL (7): Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369- Ley del Trabajo Enfermero, Ley N° 27669- y su Reglamento, R.M.N° 1022- Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG MOF. De Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° Pctes que reciben tto VO y EV / N° Pctes	N° Pctes que reciben tto VO y EV	Registro de producción diaria de Enfermería	Licenciados en Enfermería

NORMAS (9)
R.M.N° 603-2006/MINSA: Se aprueba la Directiva N° 007- MINSA/DGPP-V.02 "Directiva para la formulación de los Documentos de Técnicos Normativos de Gestión Institucional".

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)	
INICIO: Lavado de manos según protocolo Verificar los fármacos indicados por el medico Verificar los correctos. Comunicar sobre el procedimiento al paciente Disponer del material a utilizar; jeringas, alcohol, algodón, ligadura, esparadrapo.	TECNICA: Uso d los 5 correctos: Paciente correcto. Medicamento Correcto. Dosis Correcta. Vía Correcta. Hora Correcta. FIN

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11B)	FRECUENCIA (11C)	TIPO (11d)
Cuidados de enfermería en la administración de medicamentos	Pacientes en reposo y ambulatorios	Limitado	Manual

SALIDAS (12)			
NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12C)	TIPO (12d)
Administración de medicamentos VO y EV	Pacientes en reposo y ambulatorios	Limitado	Manual

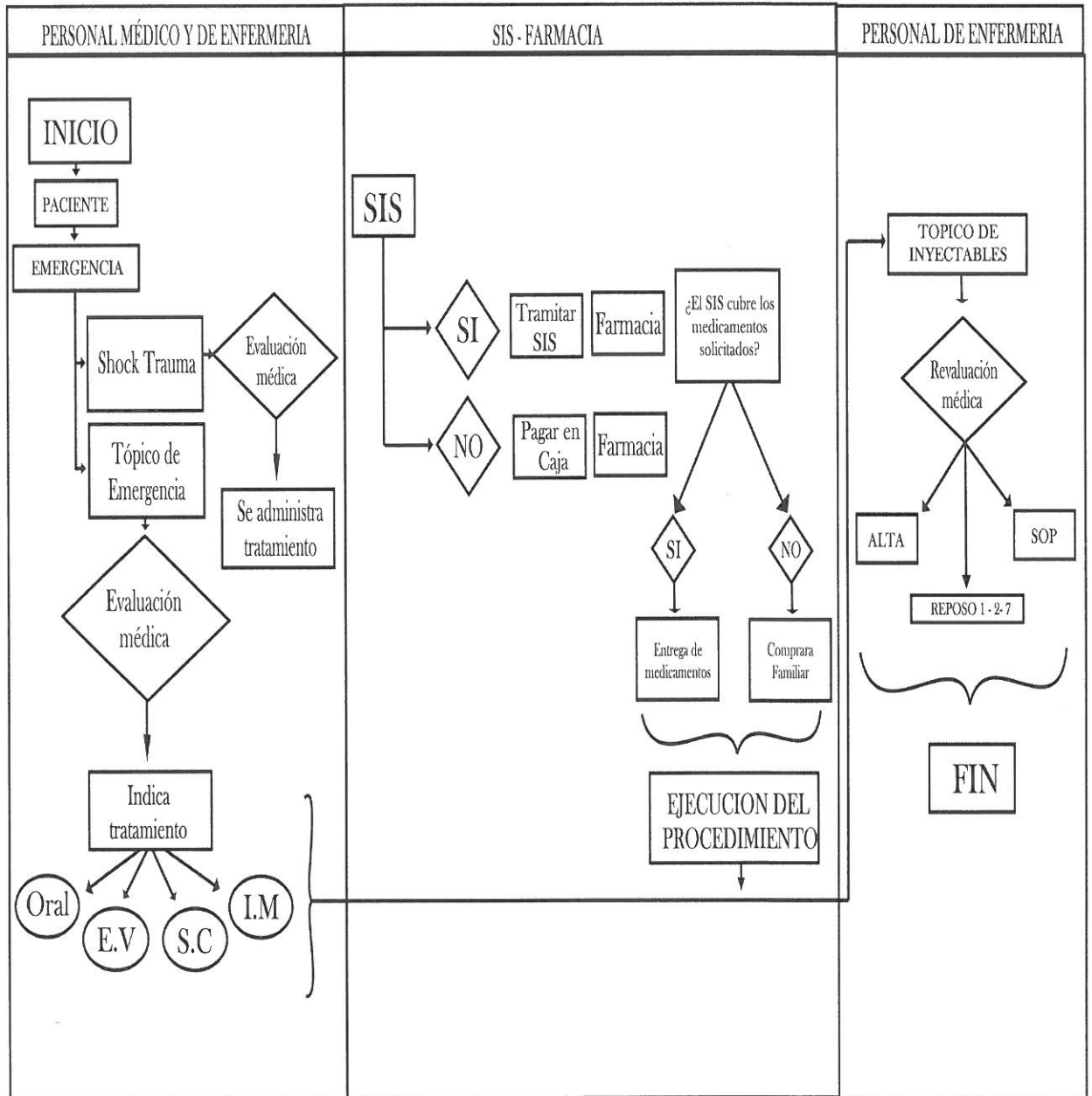
DEFINICIONES (13): Cuidados de enfermería en la administración de medicamentos que comprenden el mantenimiento protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

REGISTROS (14): Registro de enfermería y hoja de producción de enfermería.

ANEXOS: fluxograma.



FLUJOGRAMA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



Ficha de Descripción del Procedimiento

PROCESO (I): PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	Cuidados de Enfermería en la administración de la Nebulización	Fecha (3)	2013
		Código (4)	002 - DE

PROPÓSITO (5): Contar con un protocolo que nos permita unificar criterios sobre los cuidados de enfermería para prevenir cualquier tipo de complicación por la nebulización.

Alcance (6): Licenciados en enfermería. (departamento de Enfermería).

MARCO LEGAL (7): Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369- Ley del Trabajo Enfermero, Ley N° 27669- y su Reglamento, R.M.N° 1022- Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG MOF. De Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° Pctes que reciben nebulización en un día/ N° pctes que reciben nebulización en una semana.	º Pctes que reciben nebulización	Registro de producción diaria de Enfermería	Licenciados en Enfermería

NORMAS (9)

R.M.N° 603-2006/MINSA: Se aprueba la Directiva N° 007- MINSA/DGPP-V.02 "Directiva para la formulación de los Documentos de Técnicos Normativos de Gestión Institucional".

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

<p>INICIO: Mascarilla para nebulizar. Nebulizador. Conexión. Niple Suero fisiológico. Red de oxígeno o balón de oxígeno con flujómetro. Fármaco indicado. Jeringa descartable de 5cc o más</p>	<p>TECNICA: Explicar al paciente el procedimiento a realizar. Realizar acciones con medidas de bioseguridad. Saturar al paciente. Verificar estado del balón de O2 o maquina nebulizadora.</p>	<p>Preparación del SF y/o Fármaco indicado Posición Fowler o semi fowler. Colocar correctamente la mascara de nebulización. Repetir el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 min o el tiempo indicado por el médico. FIN</p>
---	---	---

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11B)	FRECUENCIA (11C)	TIPO (11d)
Cuidados de enfermería en la administración de nebulizaciones	Pacientes en reposo y ambulatorios que reciben nebulizaciones	Limitado	Manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12C)	TIPO (12d)
Administración de nebulizaciones	Pacientes en reposo y ambulatorios que reciben nebulizaciones	Limitado	Manual

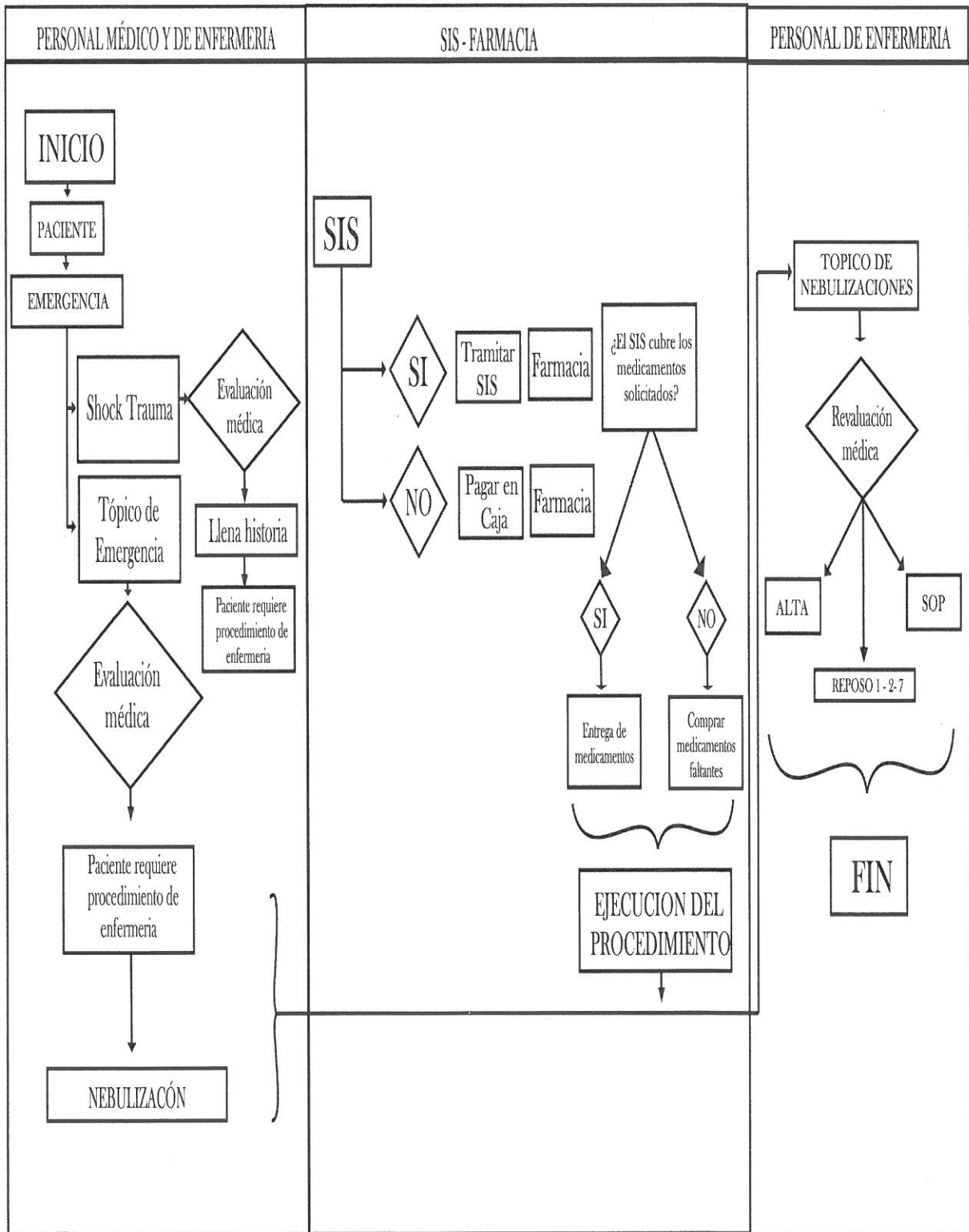
DEFINICIONES (13): Cuidados de enfermería en la administración de nebulizaciones

REGISTROS (14): Registro de enfermería y hoja de producción de enfermería.

ANEXOS: fluxograma.



FLUJOGRAMA DE NEBULIZACIÓN



Ficha de Descripción del Procedimiento

PROCESO (1): PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2):	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA	Fecha (3)	2013
		Código (4)	003 - DE

PROPÓSITO (5): Diagnosticar y descartar enfermedades cardiovasculares, verificar la actividad eléctrica del corazón.

Alcance (6): Licenciados en enfermería. (departamento de Enfermería).

MARCO LEGAL (7): Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 28369- Ley del Trabajo Enfermero, Ley N° 27669- y su Reglamento, R.M.N° 1022- Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa. R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG MOF. Departamento de Enfermería.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA (8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° Pctes que se realizan EKG en un día/ N° de pctes que se realizn EKG en una semana	N° Pctes que se realizan EKG	Registro de producción diaria de Enfermería	Licenciados en Enfermería

NORMAS (9)

R.M.N° 603-2006/MINSA: Se aprueba la Directiva N° 007- MINSA/DGPP-V.02 "Directiva para la formulación de los Documentos de Técnicos Normativos de Gestión Institucional".

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

<i>INICIO:</i> Electrocardiógrafo. Electrodos. Material conductor alcohol/agua jabonosa/pasta conductora. Papel milimetrado. Gasas o pañuelos de papel. Camilla.	<i>Explicar el procedimiento al pcte.</i> <i>Medidas de bioseguridad.</i> <i>Explicar el procedimiento al paciente refiriéndole que es indoloro.</i> <i>Pedirle que se retire todo material metálico, de no poder hacerlo por sus propios medios procedemos a retirarlos.</i>	<i>Proceder a conectar los electrodos en los lugares correspondientes</i> <i>Retirar los electrodos, limpiar el gel impregnado en la piel del paciente y luego limpiar los electrodos.</i> FIN
--	--	---

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11B)	FRECUENCIA (11C)	TIPO (11d)
Cuidados de enfermería en la realización de EKG	Pacientes en reposo y ambulatorios que se realizan EKG	Limitado	Manual

SALIDAS (12)

NOMBRE (12a)	DESTINO (12b)	FRECUENCIA (12C)	TIPO (12d)
Realización de EKG	Pacientes en reposo y ambulatorios que se realizan EKG	Limitado	Manual

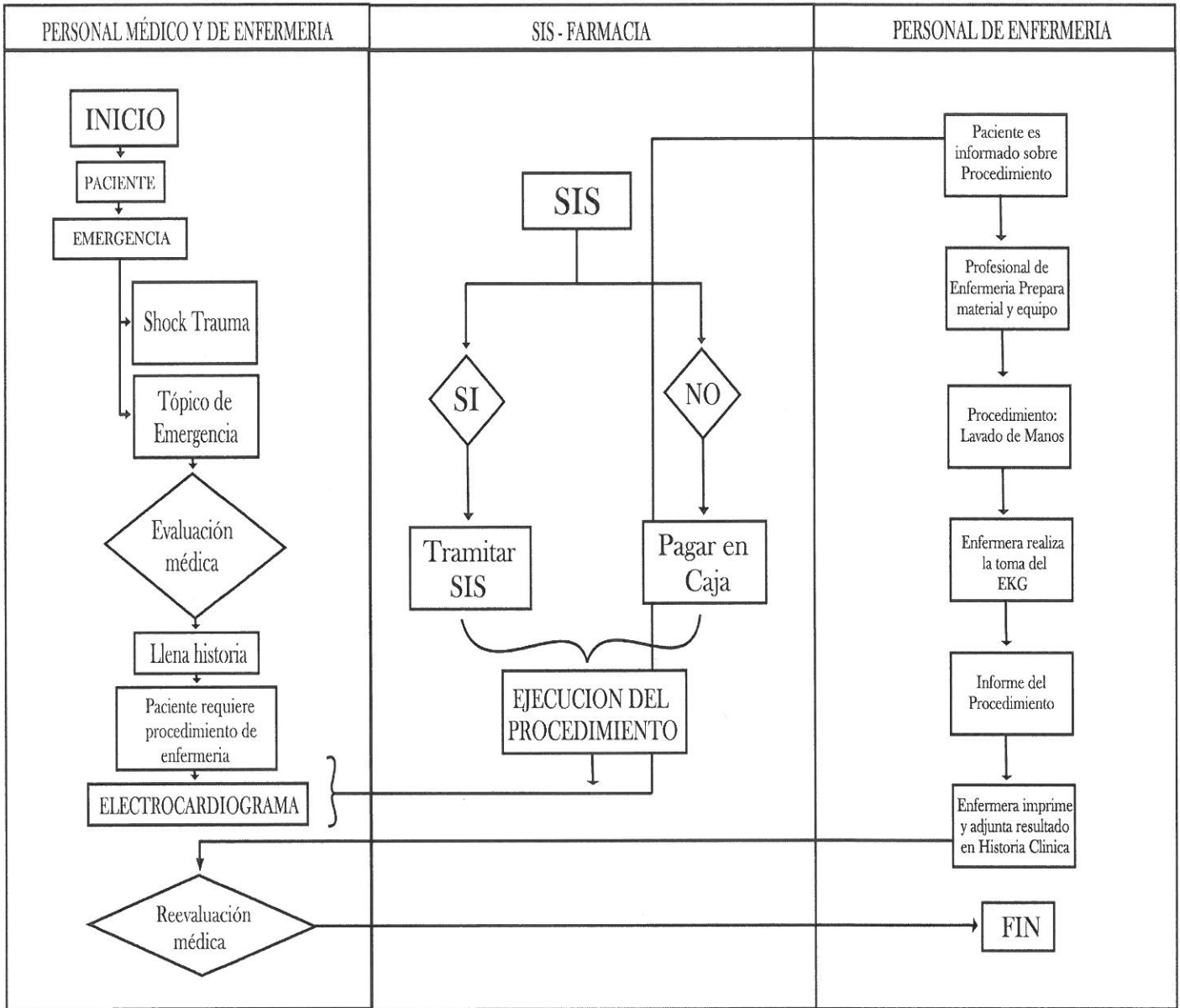
DEFINICIONES (13): Cuidados de enfermería en la realización de electrocardiogramas

REGISTROS (14): Registro de enfermería y hoja de producción de enfermería.

ANEXOS: fluxograma |.



FLUJOGRAMA DE ELECTROCARDIOGRAMA





Anexo A - 3

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO

Ficha N°
(dejar en blanco)

PROCESO/SUBPROCESO PROTECCION, RECUPERACION Y REHABILITACION DE LA SALUD

1) OFICINA/DIRECCION (2° Nivel organizacional) DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

2) OFICINA/DIRECCION (3° Nivel organizacional) SERVICIO DE MEDICINA

N° Orden (3)	Código del Procedimiento (4)	Procedimiento y/o Documento de Origen (5)	Denominación del Procedimiento (6)	Resultado/ Producto (7)	Usuario (8)	Base Legal (9)
Número correlativo	2 dígitos-proceso 2 dígitos-órgano 3 dígitos-No correlativo	Indicar el nombre del procedimiento o documento que inicia el procedimiento	Indicar el nombre o título del procedimiento identificado	Indicar el nombre del documento, información o producto que se obtenga del procedimiento	Persona Natural o jurídica que recibe el producto	Indicar el dispositivo que sustenta el procedimiento
1	001 - DE	Cuidado de paciente adulto mayor y paciente postrado.	Comodidad confort de paaciente hospitalizado	Paciente confortado	Paciente hospitalizado	Ley 27669 - R.D. N° 043-2013
2	002 - DE	Alimentacion al paciente adulto mayor.	Alimentacion del paciente	Paciente alimentado	Paciente hospitalizado	Ley 27669 - R.D. N° 043-2013
3	003 - DE	Cuidado de Enfermeria al paciente	Baño de paciente hospitalizado	Paciente limpio y confortable.	Paciente hospitalizado	Ley 27669 - R.D. N° 043-2013
4						
5						

Nota: De ser necesario utilice hojas adicionales

FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	COMODIDAD CONFORT DE PACIENTE HOSPITALIZADO	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 001

PROPOSITO (5)

Brindar un ambiente de seguridad, confianza, tranquilidad, afecto, apoyo y compañía.

ALCANCE (6)

Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7)

Ley N° 28369 Ley del Trabajo del Enfermero, con su Reglamento N° 27669
 Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud
 R.M. N° 1022 Aprueban Reglamento del Hospital Santa Rosa.
 R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG Aprueban el MOF del Dpto de Enf.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de Pacientes cómodos x 100 / N° de pacientes hospitalizados	porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. en Enfermería

NORMAS (9)

-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
 -Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
 -Manual de Bioseguridad
 -Directiva N° 007-MINSA-OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-06/MINSA

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)**INICIO**

- **Lavado de manos**
- **Explicarle el procedimiento**

TECNICA

- Arreglo de la cama del paciente, con sábanas tensas, secas y limpias.
- Arreglo de la habitación del paciente con buena ventilación, iluminación natural, libre de polvo y desorden.
- Movilización cada dos horas con realización de masajes en puntos de apoyo.
- Brindarle un ambiente relajante con música de su preferencia.

Cambios de posición

- Ayudar a realizar cambios de posición, permitidos según el estado de salud de cada paciente.
- Girar el cuerpo del paciente hacia el lado derecho, izquierdo o dejar boca arriba.
- Asegurarse de que no queden arrugas en la ropa de cama proteger las prominencias óseas con almohadas.
- Descansar la espalda sobre una almohada
- Preguntar al paciente si ha quedado cómodo.
- Colocar cobijas o sábanas de acuerdo con el estado y petición del paciente.



LUBRICACIÓN Y MASAJE DE LA PIEL

- LAVARSE LAS MANOS Y CERCIORARSE DE CALENTARLAS UN POCO, LO MISMO QUE CALENTAR UN POCO LA CREMA QUE SE LE VA A APLICAR AL PACIENTE.
- APLICAR CREMA SUFICIENTE EN LA MANO.
- REALIZAR CONTACTO DE LA PALMA DE LA MANO CON LA PIEL.
- REALIZAR UN MOVIMIENTO LENTO, SUAVE Y RÍTMICO.
- HACER MOVIMIENTO DE LA PIEL Y MÚSCULOS EN FORMA ASCENDENTE.
- DURANTE EL PROCEDIMIENTO LE PUEDE IR HABLANDO AL PACIENTE.
- LA LUBRICACIÓN Y MASAJE DE LA PIEL LOS REALIZARÁ CON LOS CAMBIOS DE POSICIÓN

MEDIDAS DE COMODIDAD

- MANTENER EL CUARTO CON UNA LUZ APROPIADA SEGÚN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, YA SEA CON LUZ NATURAL O ARTIFICIAL.
- PROPORCIONAR UNA TEMPERATURA ADECUADA DEL CUARTO, FRÍO O CALOR, CORRIENDO LAS CORTINAS, CERRANDO O ABRIENDO LAS VENTANAS O PUERTAS
- ELIMINAR LAS POSIBLES FUENTES DE RUIDO, VOCES ALTAS, RISAS, MOVIMIENTO DE OBJETOS.

FIN DE PROCEDIMIENTO

ENTRADAS (11)

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Paciente requiere comodidad confort.	Servicio de hospitalización	Diaria	Manual

SALIDAS (12)

Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente recibe comodidad confort.	Servicio de hospitalización		

DEFINICIONES (13)

Procedimiento de Enfermería que comprende los cuidados que se brinda al paciente hospitalizado

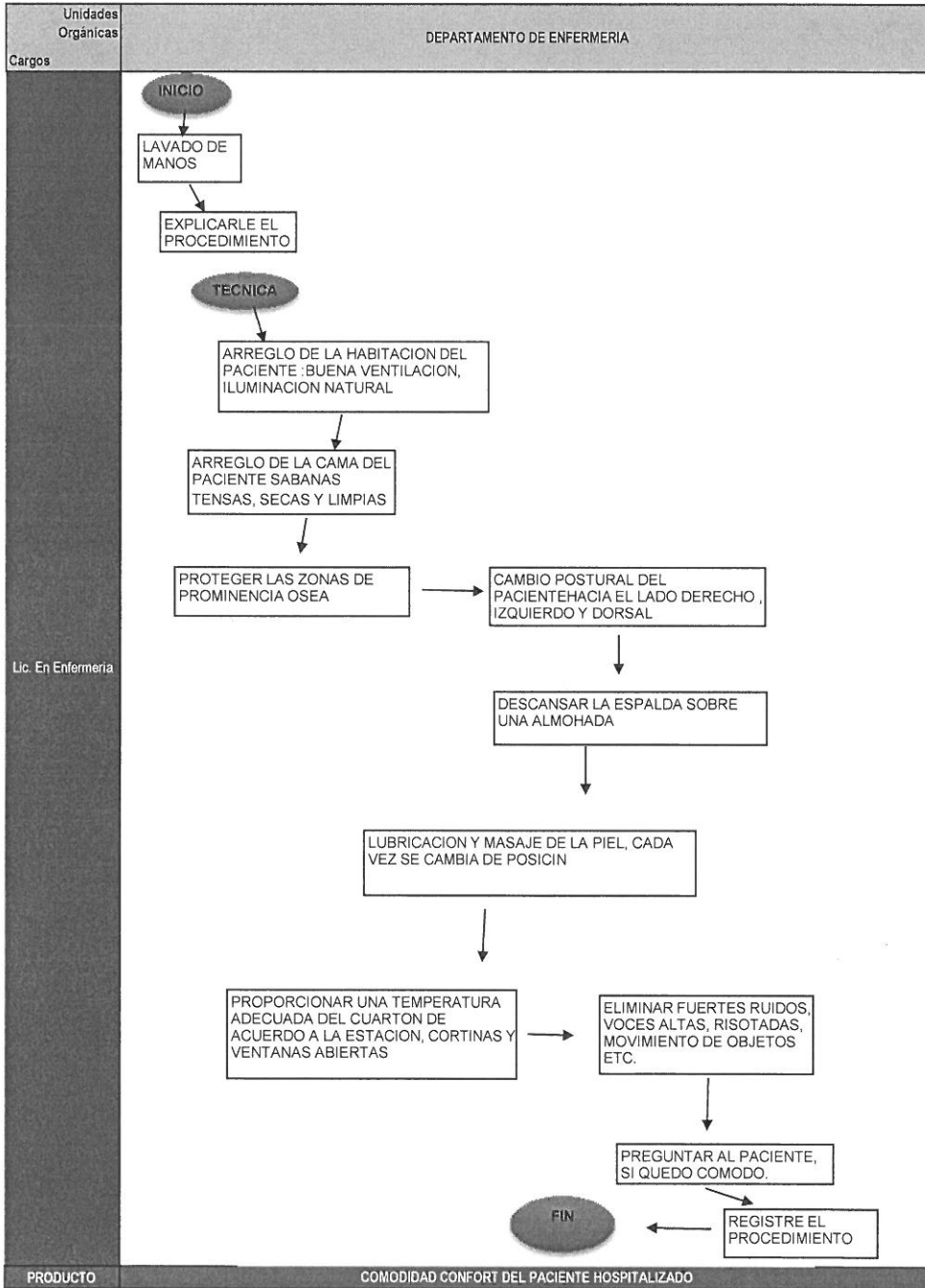
REGISTROS (14) Hoja de actividades diarias del profesional de Enfermería

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.



MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
 Nombre del Subproceso:
 Nombre del Procedimiento: COMODIDAD CONFORT DEL PACIENTE HOSPITALIZADO



Proceso (1)			
PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	ALIMENTACION DEL PACIENTE	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 002

PROPOSITO (5)	
<ul style="list-style-type: none"> Cubrir las necesidades nutricionales del paciente 	
ALCANCE (6)	Departamento de Enfermería
MARCO LEGAL (7)	Ley N° 28369 Ley del Trabajo del Enfermero, con su Reglamento N° 27669 Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud R.M. N° 1022 Aprueban Reglamento del Hospital Santa Rosa. R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG Aprueban el MOF del Dpto de Enf.

INDICES DE PERFORMANCE (8)			
INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de Pacientes que reciben alimentación x 100 / N° de pacientes hospitalizados	porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. en Enfermería

NORMAS (9)
-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería -Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros. -Manual de Bioseguridad -Directiva N° 007- MINSA / OGPE - 02 Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-06/MINSA

<p>INICIO</p> <p>MATERIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> BANDEJA CON DIETA ADECUADA, CUBIERTOS, VASO Y SERVILLETA DE PAPEL, CAÑAS ADAPTABLES Y BABERO DE PROTECCIÓN. <p>PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> INFORMAR AL PACIENTE. COLOCAR AL PACIENTE EN POSICIÓN FOWLER, LAVARSE LAS MANOS, COLOCAR BABERO DE PROTECCIÓN, ADMINISTRAR LA COMIDA EN PEQUEÑAS CANTIDADES, DEJÁNDOLES EL TIEMPO NECESARIO DE MASTICACIÓN. ADMINISTRAR LOS LÍQUIDOS CON "SORBETE", CUCHARA, CAÑA, VASO O TAZA SEGÚN LO REQUIERA EL PACIENTE. RETIRAR EL SERVICIO. LAVAR LA BOCA (SEGÚN PROTOCOLO DE ATENCIÓN)
--



OBSERVACIONES

- DEMOSTRAR AL PACIENTE LA MÁXIMA ATENCIÓN, DEDICÁNDOLE EL TIEMPO NECESARIO.
- SI EL PACIENTE FUESE INVIDENTE HACERLE MENCIÓN DEL ALIMENTO A TOMAR.
- DIALOGAR CON EL PACIENTE PARA QUE SE SIENTA BIEN Y ESTIMULARLE PARA QUE COMA. VALOREMOS EL APETITO Y LA CANTIDAD DE COMIDA INGERIDA POR EL PACIENTE.

FIN DEL PROCEDIMIENTO**ENTRADAS (11)**

NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Paciente requiere alimentación	Servicio de hospitalización	Diaria	Manual

SALIDAS (12)

Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente recibe alimentación.	Servicio de hospitalización	Diaria	Manual

DEFINICIONES (13)

Procedimiento de Enfermería que comprende los cuidados que se brinda al paciente hospitalizado.

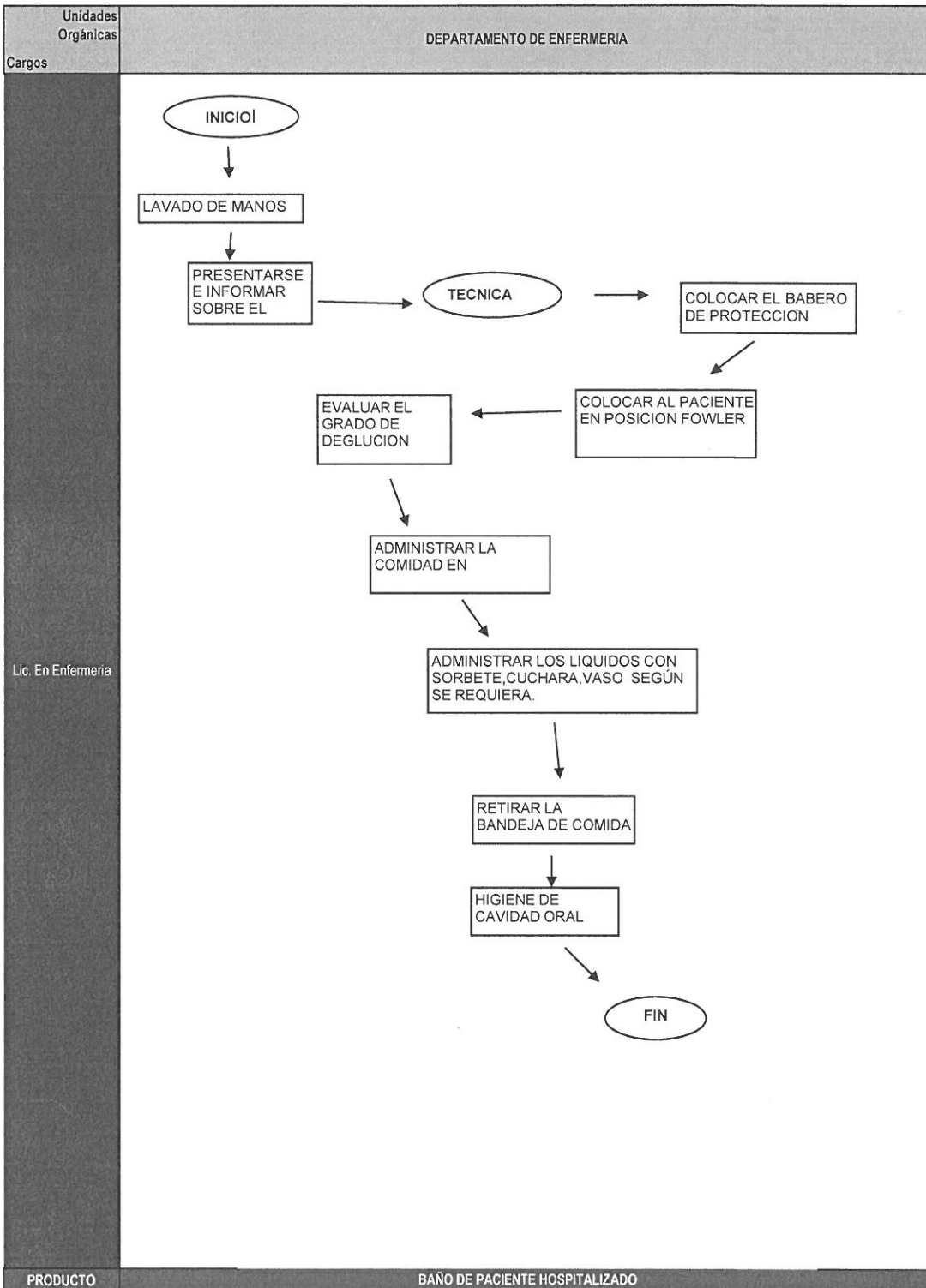
REGISTROS (14) Hoja de actividades diarias del profesional de Enfermería

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.



MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.
 Nombre del Subproceso:
 Nombre del Procedimiento: ALIMENTACION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO





Ficha de Descripción de Procedimiento

Proceso (1)

PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (2)	BAÑO DE PACIENTE HOSPITALIZADO	FECHA (3)	2013
		CÓDIGO (4)	DE - 003

PROPOSITO (5)

- PROPORCIONAR AL PACIENTE:
 - Satisfacción de las necesidades de higiene y confort del paciente
 - Protección de la piel.
 - Confort requerido
 - Activación de la circulación
- Observar el estado de la de la piel
 - Reducir La colonización bacteriana y prevenir las lesiones de la piel mucosa.

ALCANCE (6) Departamento de Enfermería

MARCO LEGAL (7) Ley N° 28369 de la Enfermera y su Reglamento N° 27669
Ley N° 27657 _ Ley del Ministerio de Salud
R.D. N° 043-2013-SA-DS-HSR-OEPE/DG. MOF. Depto. De Enfermeria.

INDICES DE PERFORMANCE (8)

INDICADOR (8a)	UNIDAD DE MEDIDA(8b)	FUENTE (8c)	RESPONSABLE (8d)
N° de baño de paciente x 100 / N° de pacientes hospitalizados	porcentaje	Hoja de actividades de Enfermería	Lic. en Enfermería

NORMAS (9)

-El procedimiento se realizará de acuerdo a la Guía de Atención de Enfermería
-Se cumplirá con el Código de ética del Colegio de Enfermeros.
-Manual de Bioseguridad
-Directiva N° 007 _ MINSA / OGPE _ 02 _Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional_ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (10)

INICIO

- Lavado de manos.
- Disponer del material necesario para el baño del paciente.
- Saludar y llamara al paciente por su nombre.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad y nivel de autovalencia del paciente.
- Cerrar las ventanas y evite corrientes de aire.
- Acomodar la altura de la cama para favorecer su ergometría y bajar una baranda, si procede.
- Solicitar o acomodar al paciente en una posición decúbito dorsal, bajar la cabecera según tolerancia del paciente.
- Colocar los guantes.
- Ofrecer chata u orinal en caso necesario.
- Comprobar la temperatura del agua con la cara interna de su muñeca.



-
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Desnudar parcialmente al paciente,
- Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas menos contaminadas hacia las zonas mas contaminadas.
- Lavar y secar su cara.
- Lavar el cuello, orejas, enjuagar y secar.
- Lavar sus manos y secar.
- Realizar el aseo del pecho y abdomen secar en forma minuciosa la zona de pliegues.
- Descubrir las extremidades inferiores, lavar teniendo cuidado en secar muy bien los espacios interdigitales.
- Girar al paciente y realizar aseo genital según técnica.
- Retirar la ropa de cama húmeda, si es necesario secar el colchón.
- Retirar los guantes y desechar.
- Lavado de manos.
- Vestir al paciente.
- Arreglar su cabello.
- Hacer la cama.
- Dejar cómodo y seguro al paciente,
- Retirar materiales utilizados
- Dejar la habitación ordenada,
- Realizar lavado de manos.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

16.-Anotaciones de enfermería de los posibles eventos registrando características, aspecto y cantidad de secreciones, tolerancia del paciente y si se han presentado complicaciones.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

ENTRADAS (11)			
NOMBRE (11a)	FUENTE (11b)	FRECUENCIA (11c)	TIPO (11d)
Paciente requiere aspiración de secreciones por TET	Servicio de hospitalización	Diaría	Manual

SALIDAS (12)			
Nombre (12a)	DESTINO (12b)	Frecuencia (12c)	Tipo (12d)
Paciente con aspiración de secreciones por TET	Servicio de hospitalización	Diaría	Manual

DEFINICIONES (13) Es la extracción de secreciones del árbol traqueo bronquial a través de una vía aérea artificial (Tubo Endotraqueal) que realiza el profesional de Enfermería usando técnica estéril.

REGISTROS (14) Hoja de actividades diarias del profesional de Enfermería

ANEXOS (15) Mapa Global de Procedimientos de Enfermería.





PERU

Ministerio de Salud

Hospital Santa Rosa

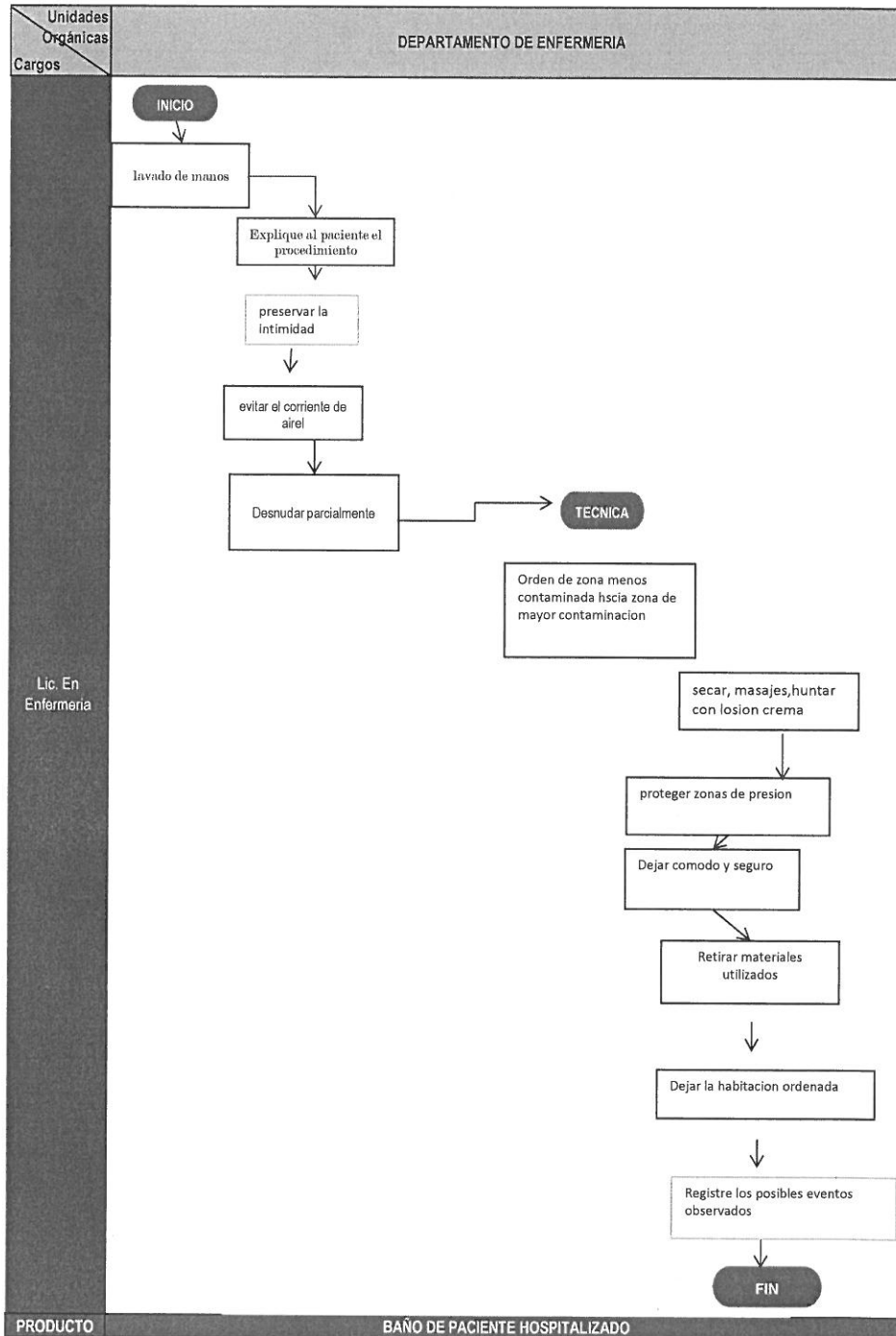
Departamento de Enfermería

MAPA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Nombre del Proceso: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

Nombre del Subproceso

BAÑO DE PACIENTE HOSPITALIZADO



Lic. En Enfermería

