PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

2012

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

Nº 183-2012-DG-HEJCU

Resolución Directoral

Miraflores, 30 de Julio del 2012

VISTO:

El Expediente Nº 12-008843-001, que contiene el Informe Nº 087-2012-OEPP-EOP-HEJCU emitido por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, y el Informe Nº 037-DE-HEJCU-2012 emitido por la Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencia "José Casimiro Ulloa"; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, se aprueba la Directiva N° 007-MINSA/GOP-V-02: "Directiva para la Formulación de Documentos Normativos de Gestión Institucional" y sus modificatorias con las Resoluciones Ministeriales; R.M Nº 809-2006/MINSA, R.M Nº 205-2009/MINSA y R.M Nº 317-2009/MINSA; donde se establecen las normas de carácter técnico, criterios y procedimientos para la elaboración, aprobación, revisión y modificación del Manual de Procesos y Procedimientos"; estableciendo al Manual de Procesos y Procedimientos como documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de la secuencia de acciones que se siguen para la ejecución de los procesos organizacionales; y tiene por finalidad establecer los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales del Hospital que logren el cumplimiento a los objetivos y funciones;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

Que, mediante Resolución Directoral Nº 091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el Capítulo VI (Descripción de Funciones) establece que una de las funciones del Departamento de Enfermería es elaborar el Manual de Organización y Funciones – MOF; el Manual de Procesos y Procedimientos – MAPRO y otros documentos de gestión de su Departamento.

Que, mediante Informe Nº 037-DE-HEJCU-2011, la Jefa del Departamento de Enfermería remite a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto del Hospital, el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencia "José Casimiro Ulloa", elaborado en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la normatividad vigente, por lo que solicita su revisión y aprobación.

Que, mediante Informe Nº 087-2012-OEPP-EOP-HEJCU, la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto refiere que ha revisado el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Enfermería el cual se adecua a los parámetros establecidos y se ajusta a los estándares para la elaboración de documentos técnicos normativos de gestión institucional respetando la normativa vigente, por lo que emite su conformidad y opinión técnica favorable sobre el Proyecto de Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencia "José Casimiro Ulloa", recomendando aprobar el presente Manual mediante Resolución;

Estando a lo propuesto e informado por el Departamento de Enfermería;

Contando con las visaciones del Director Médico, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, del Director de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Jefa del Departamento de Enfermería y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa";

De conformidad a lo establecido en la Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA, y sus modificatorias con R.M Nº 809-2006/MINSA, R.M Nº 205-2009/MINSA y R.M Nº 317-2009/MINSA; y Resolución Directoral Nº 167-DG-HEJCU-OEPP; y en aplicación a lo establecido en el literal d) del Artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial Nº 767-2006/MINSA;

En uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", que en documentos anexos (269 folios) forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer que la Jefa del Departamento de Enfermería, como unidad orgánica competente, realice la difusión, implementación, monitoreo y supervisión a fin de dar cumplimiento del presente Manual;

ARTÍCULO TERCERO.- Encargar a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico para que a través de la Unidad Orgánica Competente, realice la evaluación y revisión del Manual de Procesos y Procedimientos del Departamento de Enfermería por lo menos una vez al año y su actualización, cuando el caso lo amerite de acuerdo a la normatividad.

ARTÍCULO CUARTO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese, Publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

Dr. MANUEL A. VILCHEZ ZALDIVAR
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 13552

MAVZ/ORBG/JHDC/CHC/ERFZ/dsb.
Distribución:

Dirección Médica.
Of. Administración
Of. Ejec. Planeamiento y Presupuesto
Of. Departamento de Enfermería
Of. Asesoría Jurídica.
Of. De Comunicaciones
Archivo.

INDICE

CAPÍTULO I

- INTRODUCCIÓN

CAPITULO II

- OBJETIVO DEL MANUAL

CAPÍTULO III

- BASE LEGAL

CAPÍTULO IV

- INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

CAPÍTULO V

- DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la normatividad legal vigente, es necesario establecer las normas de carácter técnico, criterios y procedimientos para la elaboración, aprobación, revisión y modificación de diversos documentos de Gestión Institucional siendo uno de estos el Manual de Procesos y Procedimientos, el cual es un documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de las acciones que se siguen en la ejecución de las actividades, de subprocesos y procesos organizacionales, por una o más unidades orgánicas incluyendo además los cargos o puestos de trabajo que intervienen, precisando sus responsabilidades y participación.

Asimismo, el manual contiene modelos de formatos, documentos e instrucciones para la automatización del flujo de información y para el uso de máquinas o equipos a utilizar en caso necesario y cualquier otro documento o información como dato necesario para el correcto desempeño del procedimiento. El Manual de Procesos y Procedimientos es parte pues de los documentos de Gestión y permite establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales de la entidad logrando el cumplimiento a los objetivos funcionales y estratégicos de la institución.

El Manual de Procedimientos del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", como documento técnico de gestión sistematiza de acuerdo a normas y directivas, las acciones que se siguen en la ejecución de las actividades realizadas a nivel de los servicios que conforman el mencionado departamento, los cuales son:

- Departamento de Enfermería (*)
- Servicio de Esterilización
- Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico
- Servicio de Enfermería en Cuidados Críticos y Neurotrauma
- Servicio de Enfermería en Cirugía - Hospitalización

- Servicio de Enfermería en Traumatología - Hospitalización
- Servicio de Enfermería en Medicina - Hospitalización

(*) El Departamento de Enfermería además de representar la Jefatura y Secretaría del Departamento de Enfermería, actualmente englobaría los futuros Servicios de Emergencia y Ambulatorios.

El objetivo del presente manual es de ser utilizado como instrumento para sistematizar los flujos de información y como documento base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información del Departamento, del Hospital y el Sector Salud.

A su vez, se intenta que éste tenga la información más completa, concisa y clara; que sea de fácil manejo e identificación por el usuario así como que permita intercambiar las hojas para su permanente actualización, la cual debería ser anual, debiéndose ejecutar las modificaciones siguiendo las normas y procedimientos que han sido establecidos para su formulación y aprobación. Asimismo, se deberá asesorar y monitorear la implementación de los procedimientos aprobados y el mejoramiento continúo de los mismos

CAPÍTULO II

OBJETIVO DEL MANUAL

El presente Manual de Normas y Procedimientos Administrativo y Técnicos tiene como finalidad normar los procedimientos que realiza el personal de Enfermería en los diversos servicios del hospital, estandarizando las actividades a realizar en la ejecución de los diversos procedimientos, detallados en al presente documento.

Asimismo buscaría el logro de los siguientes objetivos:

1. Normar y estandarizar la secuencia lógica, coherente y sistemática de los procedimientos realizados dentro del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", con el detalle de sus actividades y flujos.

2. Guiar el desarrollo de las actividades que realiza el personal del Departamento de Enfermería, que le permitan cumplir con los objetivos funcionales previamente determinados.

3. Establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales que correspondan al Departamento de Enfermería, detallando sus actividades y flujos.

4. Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" según las normatividad vigente del Ministerio de Salud.

5. Mejorar los procesos existentes en beneficio de los usuarios internos y externos del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

6. Servir de documento base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información del Hospital y del Sector.

ALCANCE

El presente Manual de Procedimientos, es de aplicación obligatoria por el personal que conforma el del Departamento de Enfermería

CAPÍTULO III

BASE LEGAL

- Ley Nº 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº 013- 2002-SA, Aprueba el Reglamento de la Ley Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva Nº 007-MINSA /OGPP V.02, Directiva para la Formulación de Documentos Técnico Normativos de Gestión Institucional.
- Resolución Ministerial Nº 767-2006-MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Resolución Directoral Nº 659-2005-DG-DESP-DSS-DISA.V.LC, que otorga al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa la categoría III – 1, como Hospital III Especializado en Emergencias del Tercer Nivel de Atención.
- Resolución Directoral Nº 091-2012-DG-HEJCU, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Ley Nº 26842 – Ley General de Salud (20-07-97)
- Ley Nº 27657 - "Ley del Ministerio de Salud" (20-07-97) que comprende el ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud y de sus organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados (Enero 2002).
- Decreto Supremo Nº 014-2002-SA – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo Nº 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público (24-03-84).
- Decreto Supremo Nº 005-90-PCM – Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa (17-01-90).
- Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Legislativo N° 584-90.
- Decreto Supremo Nº 02-92-SA, "Reglamento de Organización y Funciones de Ministerio de Salud".
- Reglamento de administración de guardias hospitalarias para el personal asistencial de los establecimientos de salud, aprobado con RM Nº 0132-92-SA-P (30/09/1992)
- Ley Nº 25323 – Ley que crea el Sistema Nacional de Archivos.

PROCESO: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD.

SUBPROCESO: RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

Ficha Nº	01
(1) OFICINA /DIRECCIÓN (2° Nivel organizacional)	DIRECCIÓN GENERAL
(2) OFICINA /DIRECCIÓN (3° nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Nº	Código del Procedimiento	Procedimiento y/o Documento de Origen	Denominación del Procedimiento	Resultado /Producto	Usuario	Base Legal
1		Solicitud de inventario diario	Registro del Inventario Diario	Inventario diario	Departamento Enfermería	NG
2		Solicitud de Informe	Emisión Informe de pérdida de bienes	Informe	Departamento Enfermería	NG
3		Normativa de emisión de guías	Emisión de Guías de Supervisión de Enfermería	Guías de Supervisión	Departamento Enfermería	NG
4		Usuario requiere Atención	Atención de Paciente de Emergencia	Paciente atendido	Departamento de Emergencia	NG
5		Usuario requiere Atención	Atención del Paciente en Tópico	Paciente atendido	Departamento de Emergencia	NG
6		Usuario requiere Atención	Atención del Paciente en el Servicio de Traumatología	Paciente atendido	Servicio de Traumatología	NG
7		Usuario requiere Atención	Admisión del Paciente en Urgencias Médico Quirúrgicas	Paciente atendido	Departamento de Emergencia	NG
8		Personal requiere reembolso	Pago de medicamentos, material medico y examen auxiliares utilizados en la atención en trauma shock.	Pendiente de Pago	Trauma Shock	NG
9		Orden de Alta	Alta de paciente de Emergencia-Observación	Ticket de Atención Sellado	Departamento de Emergencia	NG
		Orden de Hospitalización	Apertura de Historia Clínica	Historia Clínica	Departamento de Emergencia	NG

FECHA:

.....

FIRMA Y SELLO

En la columna "Base legal" anotar según corresponda, lo siguiente:
NG - Si tiene Norma General
ND - Con Directiva o Norma de detalle
S/N – Sin base legal ó Norma

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

Ficha N°	02
1) OFICINA /DIRECCIÓN (2° Nivel organizacional)	DIRECCIÓN GENERAL
(2) OFICINA /DIRECCIÓN (3° nivel organizacional)	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

N°	Cód. del Procedimiento	Procedimiento y/o Documento de Origen	Denominación del Procedimiento	Resultado /Producto	Usuario	Base Legal
11		Orden de hospitalización	Hospitalización de pacientes	Hospitalización de paciente	Unidades orgánicas	NG
12		Orden de ínter consulta	Ínter consulta Médica del Paciente Hospitalizado	Hoja de Atención	Unidades Orgánicas	NG
13		Orden de hospitalización	Transferencia interna	Transferencia de paciente	Unidades Orgánicas	NG
14		Usuario requiere traslado	Traslado a otro Centro Hospitalario para Examen Especializado	Usuario atendido	Unidades Orgánicas	NG
5		Usuario requiere transferencia	Transferencias a otros Centros Hospitalarios	Usuario transferido	Unidades Orgánicas	NG
6		Usuario requiere trámite	Trámite documentario de las Defunciones en Servicios de Hospitalización	Trámite concluso	Unidades Orgánicas	NG
17		Orden de Alta	Alta del Paciente Hospitalizado	Egreso de paciente	Unidades Orgánicas	NG
18		Orden de hospitalización	Hospitalización del paciente post operado de emergencia	Paciente hospitalizado	Unidades Orgánicas	NG

FECHA:

.....

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE DEPARTAMENTO

En la columna "Base legal" anotar según corresponda, lo siguiente:
NG - Si tiene Norma General
ND - Con Directiva o Norma de detalle
S/N -- Sin base legal O Norma

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA V°B° ENFERMERÍA

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

					Ficha Nº	03
(1) OFICINA /DIRECCIÓN (2° Nivel organizacional)			DIRECCIÓN GENERAL			
(2) OFICINA /DIRECCIÓN (3° nivel organizacional)			DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA			
19		Normas de Bioseguridad	Colocación y retiro de Gorro, Mascarilla, Lentes protectores y botas	Personal protegido	Servicio de Esterilización	NG
20		Normas de Bioseguridad	Pre Lavado o Descontaminación	Material Pre Lavado	Servicio de Esterilización	NG
21		Recepción de material	Limpieza del instrumental y material sanitario	Material limpio	Servicio de Esterilización	NG
22		Identificación de material	Protección de material e Instrumental Quirúrgico de Acero Inoxidable	Material protegido	Servicio de Esterilización	NG
23		Preparación del material.	Empaque de Materiales	Material preparado	Servicio de Esterilización	NG
24		Material Preparado.	Sellado de Paquete e Identificación del paquete	Material preparado	Servicio de Esterilización	NG
25		Preparación de Material.	Envoltura de materiales para Esterilización por oxido de etileno	Material preparado	Servicio de Esterilización	NG
26		Material Preparado.	Cortado, doblado, empaque de gasa y mechas	Material preparado	Servicio de Esterilización	NG
27		Indicación para Desinfección	Desinfección de alto nivel (Glutaraldehido 2%)	Material desinfecta do	Servicio de Esterilización	NG
28		Indicación de Esterilización	Esterilización a vapor en Autoclave TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 Litros	Material esterilizado	Servi cio de Esterilización	NG
29		Indicación de Intervención	Intervención de Control Biológico Autoclave TUTTNAUER – Modelo 5596- EP-1 V N D X 250	Registro de Interven ción	Servicio de Esterilización	NG
30		Indicación de Test	Test de Bowie Dick	Registro de test	Servicio de Esterilización	NG
31		Indicación de Intervención	Intervención de ablandamiento del autoclave finn aqua 446 e	Material esterilizado	Servicio de Esterilizacion	NG
32		Indicación de Intervención	Esterilización al calor seco MEMMERT- UE 400 Digital	Material esterilizado	Servicio de Esterilizacion	NG
33		Indicación de Intervención	Recepción y Entrega de Materiales	Material Intervenido	Servicio de Esterilizacion	NG

34		Indicación de Intervención	Proceso de Esterilización	Material Intervenido	Servicio de Esterilizacion	NG
35		Indicación de secado	Intervención de secado en Equipo secadora de tubos corrugados - marca Baumer	Material seco	Servicio de Esterilizacion	NG
36		Indicación de destilado de agua	Intervención de destilado de agua en Equipo bidestilador	Agua bidestilada	Servicio de Esterilización	NG
37		Solicitud de sala de operaciones	Recepción en Centro Quirúrgico del Paciente Pre-Quirúrgico emergencia/urgencia	Paciente instalado en quirofano	Centro Quirúrgico	NG
38		Programación de cirugías	Recepción en Centro Quirúrgico del Paciente Pre-Quirúrgico Programado	Paciente instalado en quirofano	Centro Quirúrgico	NG
39		Indicación de traslado	Traslado del paciente de quirófano a la unidad de recuperación post anestésica.(URPA)	Paciente instalado en URPA	URPA.	NG
40		Indicación de traslado	Transferencia del paciente de quirófano a la unidad de cuidados intensivos (UCI) ó intermedios (UCIN).	Paciente trasferido a UCI-UCIN.	Paciente en el servicio de UCI-UCIN.	NG
41		Solicitud de Transferencia	Transferencia del paciente critico de URPA a la UCI-UCIN.	Paciente Transferido	UCI-UCIN.	NG
42		Solicitud de Transferencia	Transferencia del paciente de URPA a HOSPITALIZACION.	Paciente Transferido	Centro Quirúrgico	NG
43		Indicación de DAN.	Desinfección de Alto Nivel (glutaraldehido al 2%)	Material Desinfectado.	Centro Quirúrgico	NG
44		Indicación de Descontaminación de quirófano.	Descontaminación diaria de de quirófano por el técnico de enfermería	Quirófano descontaminado.	Centro Quirúrgico	NG
45		Indicación de Descontaminación después de cirugía limpia.	Descontaminación de quirófano después de cada cirugía limpia por el técnico de enfermería	Quirófano limpio	Centro Quirúrgico	NG
46		Indicación de Descontaminación después de cirugía contaminada.	Descontaminación de quirófano después de cada cirugía contaminada por el técnico de enfermería	Quirófano limpio	Centro Quirúrgico	NG
47		Indicación de Descontaminación diaria del quirófano por personal de limpieza.	Limpieza y Descontaminación diaria de quirófano por personal de limpieza.	Quirófano limpio	Centro Quirúrgico	NG
48		Indicación de Descontaminación semanal del quirófano por personal de limpieza.	Limpieza y Descontaminación semanal de centro quirúrgico por personal de limpieza.	Quirófano limpio	Centro Quirúrgico	NG
49		Indicación de Descontaminación y lavado de instrumental	Descontaminación y Lavado del material e instrumental medicoquirúrgico	Instrumental descontaminado y limpio	Centro Quirúrgico	NG

50		Indicación de Manejo y envío de Pieza operatoria a patología	Manejo y Envío de Pieza operatoria a patología	Pieza operatoria enviada a patología	Centro Quirúrgico	NG
51		Indicación de Manejo y envío de Pieza Operatoria Cuerpo Extraño	Manejo y Envío de Pieza Operatoria Cuerpo Extraño	Registro de Manejo de Pieza operatoria Cuerpo Extraño	Centro Quirúrgico	NG
52		Indicación de Manejo de desecho anatomo patológico.	Eliminación de desecho anatomo patológica.	Pieza preparada.	Servicio de C. Quirúrgico	NG
53		Indicación de recepción de Implantes	Recepción de implantes Quirúrgicos Traumatológicos.	Recepción de Implantes Quirúrgicos Traumatológicos.	Servicio de C. Quirúrgico	NG

FECHA :	En la columna "Base legal" anotar según corresponda, lo siguiente: NG - Si tiene Norma General ND - Con Directiva o Norma de detalle S/N – Sin base legal O Norma
..... FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE DEPARTAMENTO	

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS

					Ficha Nº	05
(1) OFICINA /DIRECCIÓN (2° Nivel organizacional)			DIRECCIÓN GENERAL			
(2) OFICINA /DIRECCIÓN (3° nivel organizacional)			DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA			
54		Indicación de Admisión.	Admisión de Pacientes a UCI – UCIN	Paciente admitido.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
55		Indicación de cateterismo periférico.	Colocación de Catéter periférico	Paciente con cateterismo periférico	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
56		Indicación de sondaje nasogástrico.	Sondaje Nasogástrico	Paciente con sondaje nasogástrico.	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
57		Indicación de lavado gástrico.	Lavado Gástrico	Paciente sin residuo gástrico	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
58		Indicación de Cateterismo vesical.	Cateterismo Vesical.	Paciente con cateterismo periférico.	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
59		Indicación de oxigenoterapia	Oxigenoterapia	Paciente recibe oxigenoterapia	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
60		Indicaciones de Nebulizaciones	Nebulizaciones	Paciente Nebulizado.	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
61		Indicación de Aspiración de secreciones.	Aspiración de Secreciones por Tubo endotraqueal (Método Abierto)	Paciente aspirado	Servicio Hospitalización, Emergencia, UCI-UCIN.	NG
62		Indicación de limpieza y curación.	Limpieza y curación de Traqueostomía	Traqueostomía limpia	Servicio de UCI-UCIN.	NG
63		Indicación de colocación Catéter venoso central instalado.	Cuidados de Enfermería en colocación de Catéter Venoso Central	Catéter venoso central instalado.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
64		Indicación de Electrocardiograma	Toma de Electrocardiograma	Realización de Electrocardiograma	Servicio de UCI-UCIN.	NG
65		Indicación de Desfibrilación	Cuidados de Enfermería en Desfibrilación	Paciente defibrilado.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
66		Indicación de Trombolisis.	Intervención de Enfermería en Trombolisis.	Paciente trombolizado	Servicio de UCI-UCIN.	NG

67		Indicación de colocación de Catéter Swan Ganz	Cuidados de Enfermería en colocación de Catéter Swan Ganz	Catéter Swan Ganz instalado.	Servicio de UCI UCIN.	NG
68		Indicación de monitoreo de presión de Línea arterial.	Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión Arterial Invasiva.	Paciente monitorizado a través de línea arterial.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
69		Indicación de Reto de Fluídos.	Reto de Fluidos	Paciente recibe reto de fluidos.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
70		Indicación de drenaje torácico.	Cuidados de Enfermería en pacientes con drenaje torácico	Paciente con Drenaje Torácico.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
71		Indicación de Armado de Ventilador Volumétrico	Armado de Ventilador Mecánico	Ventilador Volumétrico armado.	Servicio de UCI-UCIN.	NG
72		Indicación de con Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)	Cuidados de Enfermería en Pacientes con VMNI	Paciente con (VMNI) recibe Cuidados de Enfermería	Servicio de UCI-UCIN.	NG
73		Indicación de Desinfección	Desinfección Alto Nivel del Circuito Respiratorio de Ventilador Mecánico	Circuito respiratorio desinfectado con DAN	Servicio de UCI-UCIN.	NG
74		Indicación de descontaminación y desinfección.	Limpieza y Desinfección del Fibrobroncoscopio	Fibrobroncospio desinfectado con DAN	Servicio de UCI-UCIN.	NG

FECHA :	En la columna "Base legal" anotar según corresponda, lo siguiente: NG - Si tiene Norma General ND - Con Directiva o Norma de detalle S/N – Sin Base Legal ó Norma
..... FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE DEPARTAMENTO	

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	REGISTRO DEL INVENTARIO DIARIO	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr la oportuna elaboración y registro del inventario diario para entrega del turno del personal
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Órganos de línea
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de inventarios diarios realizados / Nº total de inventarios diarios programados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefatura de Servicio del Departamento de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Enfermera de turno entrante requiere inventario diario del Servicio
1	Enfermera entrante recibe Inventario Diario en forma escrita y verbal de enfermera de turno
2	Enfermera custodia bienes fungibles y no fungibles del servicio
3	Enfermera verifica existencia y estado de conservación de bienes, materiales e insumos
4	Enfermera registra inventario en Cuaderno y Libros de reporte de enfermería
5	Enfermera de turno reporta Inventario Diario en forma escrita y verbal a enfermera entrante
FIN	Enfermera de turno entrante recibe inventario diario del Servicio

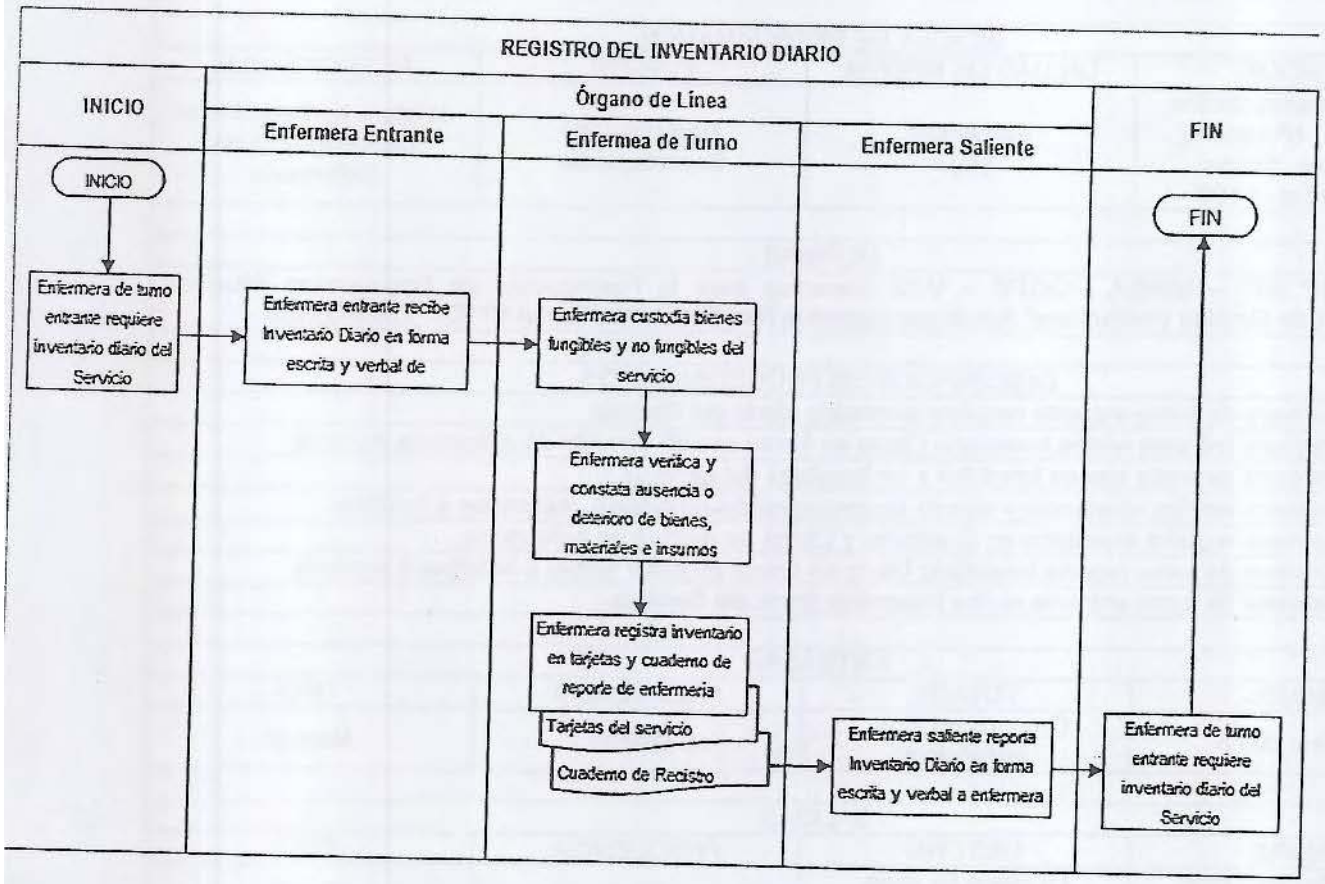
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Inventario diario	Órganos de línea, enfermera	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Inventario diario	Órganos de línea, enfermera	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Inventario diario: es el inventario de bienes que la enfermera de turno realiza en su servicio
REGISTROS :	Registro de Enfermería. Cuadernos de Registro de los servicios de Enfermería.
ANEXOS :	Flujograma


REGISTRO DEL INVENTARIO DIARIO
INICIO
Órgano de Línea
Enfermera Entrante
Enfermea de Turno
Enfermera Saliente
FIN
INICIO
Enfermera de turno entrante requiere inventario diario del Servicio
Enfermera entrante recibe Inventario Diario en forma escrita y verbal de
Enfermera custodia bienes fungibles y no fungibles del servicio
Enfermera verifica y constata ausencia o deterioro de bienes, materiales e insumos
Enfermera registra inventario en tarjetas y cuaderno de reporte de enfermeria
Tarjetas del servicio
Cuaderno de Recistro
Enfermera saliente reporta Inventario Diario en forma escrita y verbal a enfermera
Enfermera de turno entrante requiere inventario diario del Servicio
FIN

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	EMISIÓN INFORME DE PERDIDA / DETERIORO DE BIENES	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr la oportuna elaboración del Informe de Pérdida de bienes del Departamento de Enfermería
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Órganos de línea
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Informes realizados / Nº total de Informes programados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefatura de Servicio del Departamento de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

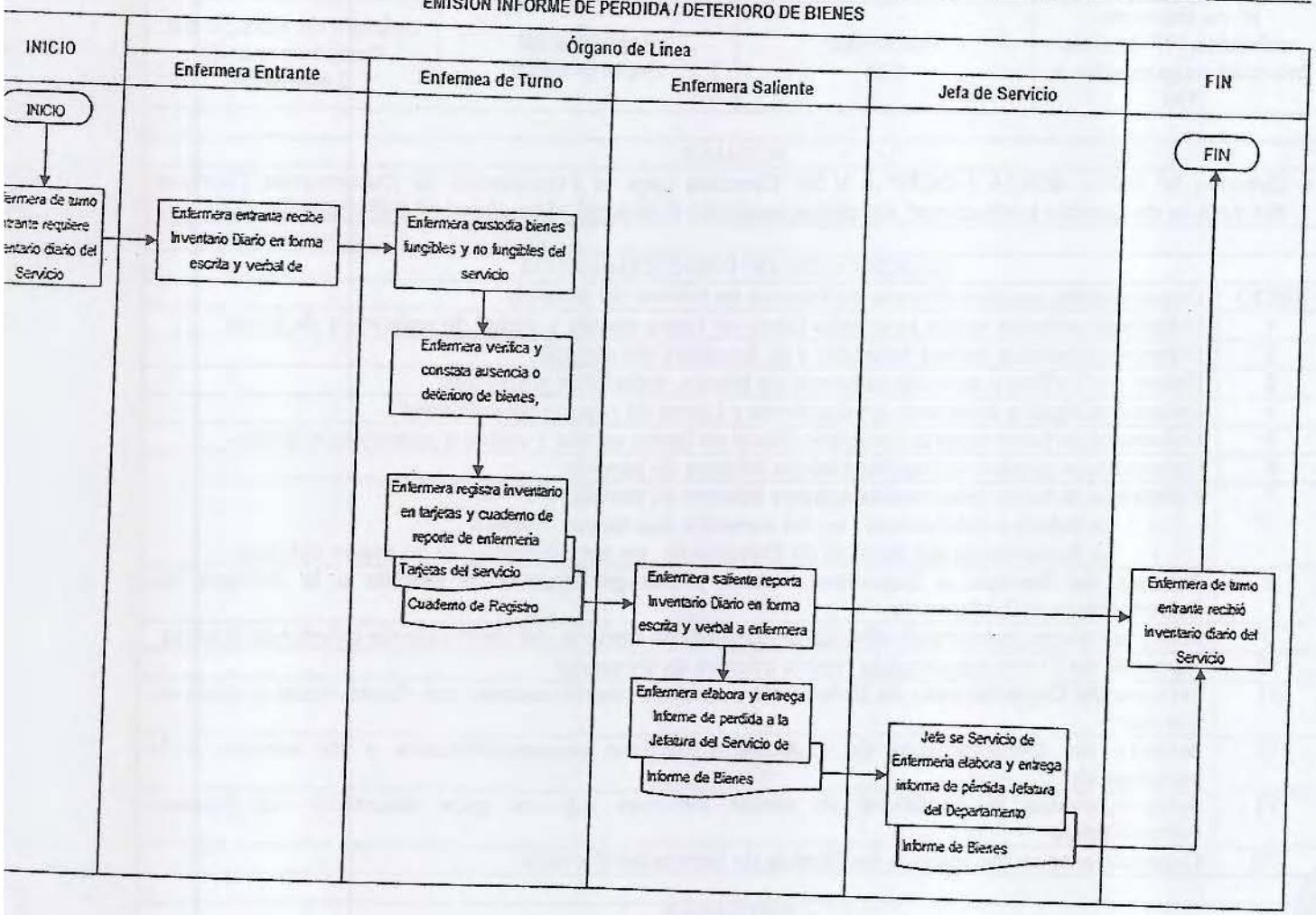
INICIO	Departamento requiere Informe de Pérdida de bienes del Servicio
1	Enfermera entrante recibe Inventario Diario en forma escrita y verbal de enfermera de turno.
2	Enfermera custodia bienes fungibles y no fungibles del servicio
3	Enfermera verifica y constata ausencia de bienes, materiales e insumos
4	Enfermera registra inventario en Cuaderno y Libros de reporte de enfermería
5	Enfermera de turno reporta Inventario Diario en forma escrita y verbal a enfermera entrante
6	Enfermera de turno responsable elabora Informe de perdida
7	Enfermera de turno responsable entrega Informe de perdida a : • La Jefatura del Servicio , en los servicios que tienen Jefatura . • La Supervisora del Servicio de Enfermería , en los servicios que no tienen Jefatura .
8	Jefatura del Servicio o Supervisora visan y entrega Informe de pérdida a la Jefatura del Departamento de Enfermería
9	Jefatura elabora memorando dirigido al Personal de Servicio del turno saliente solicitando Informe
10	Personal del Turno responsable realiza Informe de Descargo
11	Jefatura del Departamento de Enfermería establece coordinaciones con Supervisoras y Jefes de Servicio
12	Jefatura del Departamento de Enfermería dispone responsabilidades y da término a la investigación
13	Jefatura evalúa la necesidad de elevar informes adjuntos para disposición de Proceso Administrativo
FIN	Departamento recibe Informe de Pérdida de bienes del Servicio

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicita Informe de Pérdida	Órganos de línea, enfermera	Mensual	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Informe de Pérdida	Órganos de línea, enfermera	Mensual	Mecanizado

DEFINICIONES :	Inventario diario: es el inventario de bienes que la enfermera de turno realiza en su servicio
REGISTROS :	Cuadernos de registro de los servicios y del Departamento de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**EMISIÓN DE GUÍAS DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr la oportuna elaboración del Guía de Supervisión de Enfermería
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Órganos de línea
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de informes de supervisión realizados / Nº total de informes de supervisión programados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Supervisoras del Departamento de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

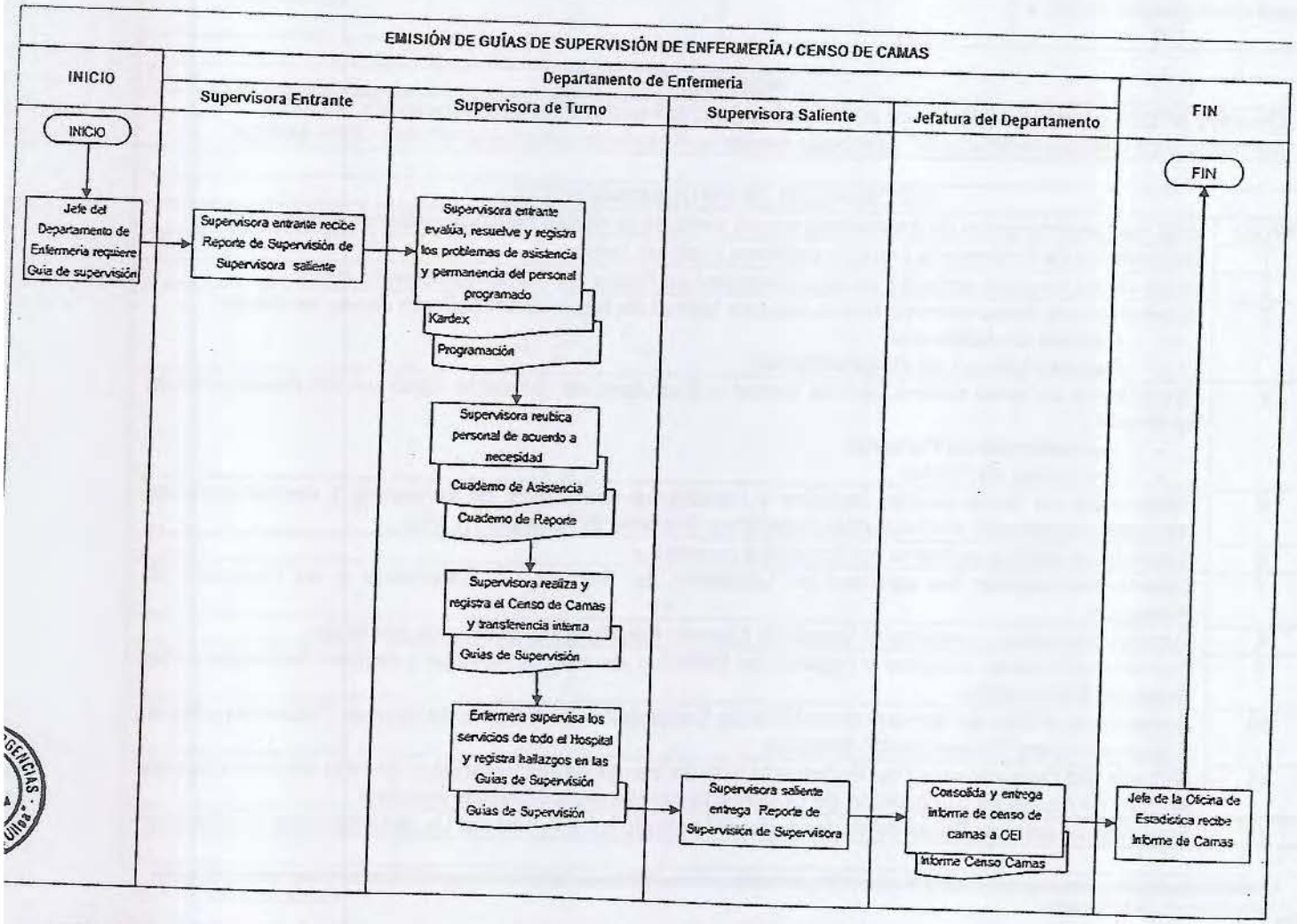
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Jefe del Departamento de Enfermería norma emisión de Guías de Supervisión de Enfermería
1	Supervisora de Enfermería entrante confirma inicio de turno
2	Supervisora de turno entrante verifica integridad de Fólder de Guías de Supervisión
3	Supervisora de turno entrante recibe Reporte Verbal de Supervisora saliente donde se detalla: - Reporte de Asistencia - Reporte Informe de Hospitalización
4	Supervisora de turno realiza Informe Verbal a Secretaria de Dirección Ejecutiva del Hospital donde se detalla : - Permanencia de Personal - Existencia de Camas
5	Supervisora de turno evalúa, resuelve y registra los problemas de asistencia y permanencia del personal programado en Formatos respectivos (Kardex, Programación, etc)
6	Supervisora reubica personal de acuerdo a necesidad
7	Supervisora registra los cambios en Cuaderno de Reporte de Enfermería y en Cuaderno de Asistencia
8	Supervisora realiza y registra el Censo de Camas, transferencia interna de pacientes
9	Supervisora evalúa, resuelve y registra los servicios de todo el Hospital y registra hallazgos en las Guías de Supervisión
10	Supervisora al final del turno archiva Guía de Supervisión correctamente llena en Fólder de guías de Supervisión para Consolidación Mensual
11	Jefatura del Departamento de Enfermería solicita mediante memorando a término de mes Envío de Archivo de Guías de Supervisión de Enfermería del respectivo periodo mensual
12	Supervisora entrega Guías de Supervisión del periodo en Jefatura del Departamento de Enfermería

HOSPITAL DE EMERGENCIAS VºBº ENFERMERÍA Casimiro Ulloa

FIN	Jefe del Departamento de Enfermería recibe Guía de Supervisión del Periodo		
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Jefe del Departamento de Enfermería norma emisión de Guías de Supervisión de Enfermería	Órganos de línea, enfermera	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Jefe del Departamento de Enfermería recibe Guía de Supervisión del Periodo	Órganos de línea, enfermera	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Guía de Supervisión: se denomina al formato de Informe de Supervisión.
REGISTROS :	Cuadernos de registro de los servicios de enfermería, cuaderno de asistencia
ANEXOS :	Flujograma



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	ATENCIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Brindar atención inmediata, eficiente y con calidez, y disminuir los factores que ponen en riesgo la vida del paciente
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Departamento de Emergencia, Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de atenciones de emergencia / Nº atenciones esperadas para el periodo x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento de Emergencia	Supervisora de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales - MINSA/DGSP V.01

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere atención de emergencia
Enfermera y Técnico de Enfermería.	1. Recepcionan al paciente.
Técnico de Enfermería.	2. Realizan el retiro de ropa, clasifican pertenencias del paciente.
Enfermera	3. Verifica vías aéreas permeables.
Enfermera	4. Mantiene una adecuada ventilación (colocando tubo de Mayo y aspiración de secreciones.)
Enfermera	5. Permeabiliza una Vía Periférica (Cloruro de Na al 9% con Catéter periférico #14 o # 16.
Enfermera	6. Realiza monitorización (control de funciones vitales y oximetría y monitoreo cardiaco.
Enfermera	7. Administra de Medicación indicada.
Enfermera	8. Participa en RCP Básica y Avanzado.
Enfermera	9. Realiza Procedimientos Invasivos: Cateterismo Vesical, Cateterismo Naso/Oro gástrico Realiza trazado Electrocardiográfico. Participa en Procedimientos Varios. : Intubación Endotraqueal. Toma de muestra para AGA, Paracentesis, Drenaje Torácico y Traqueotomía. Coordina con el equipo multidisciplinario.
Técnico de Enfermería	10. Asiste a la Enfermera en los procedimientos realizados, y colabora con el equipo de emergencia. - Realiza higiene del Paciente. - Realiza limpieza del material y equipo utilizado.

Técnico de Enfermería	11. Realiza sujeción mecánica al paciente que requiera.
Enfermera	12. Realiza las Notas de Enfermería en la Hoja de Atención de URGENCIAS Y EMERGENCIAS, y en la Hoja de valoración de Enfermería de Ingreso en Emergencia a de Trauma Shock.
Técnico de Enfermería	13. Reporta los materiales y medicinas utilizados a la Enfermera y gestiona su reposición.
Enfermera y Técnico de Enfermería	14. Realiza Traslado del paciente al Servicio de Ambulatorios y/o Hospitalización (UCI C. Intermedios) o Sala de operaciones.
Enfermera Asistencial Supervisora de Enfermería, Admisionista y Jefe de la Guardia	15. Realiza el inventario de pertenencias del paciente: por triplicado: 1 hoja quede en el libro del admisionista, 2 copias va al Departamento de Enfermería: 1 original para el Dpto. de enfermería y la copia para el paciente - En caso de tener dinero, en moneda nacional o extranjera, se copiará el número de cada billete y se hará cargo por triplicado para caja, Departamento de Enfermería, paciente o familiar.
Enfermera Supervisora	16. Entrega el dinero a Caja, con una copia del cargo; las otras dos copias restantes quedan en el Departamento de Enfermería: 1 copia para entregarle al familiar o paciente, y la otra copia para el archivo del Departamento de Enfermería.
Admisionista	17. Toma los datos del paciente a los familiares o personas que lo hayan traído.
Enfermera Asistencial y Enfermera Supervisora	18. Realiza las coordinaciones internas con los diferentes servicios, en caso de transferencias externas la supervisora coordinará con el Jefe de Guardia
Nota: Enfermeras Asistenciales de Emergencia.	19. Si la Enfermera de Turno en Trauma Shock se encuentra realizando una atención extrahospitalaria, las responsables de la atención de los casos de clave serán las Enfermeras de los Servicios de Reposos y Pediatría de acuerdo al sexo del paciente en colaboración con la supervisora de turno.
Enfermera Supervisora.	20. Las pertenencias de paciente que no tengan familiares serán custodiados de la siguiente manera : En el departamento de enfermería quedan los documentos, y objetos personales que llevan consigo incluyendo joyas. En vigilancia quedará toda la ropa del paciente En caso de tener dinero se depositara en caja con su respectivo cargo.
FIN	Usuario recibe Atención de Emergencia

ENTRADAS

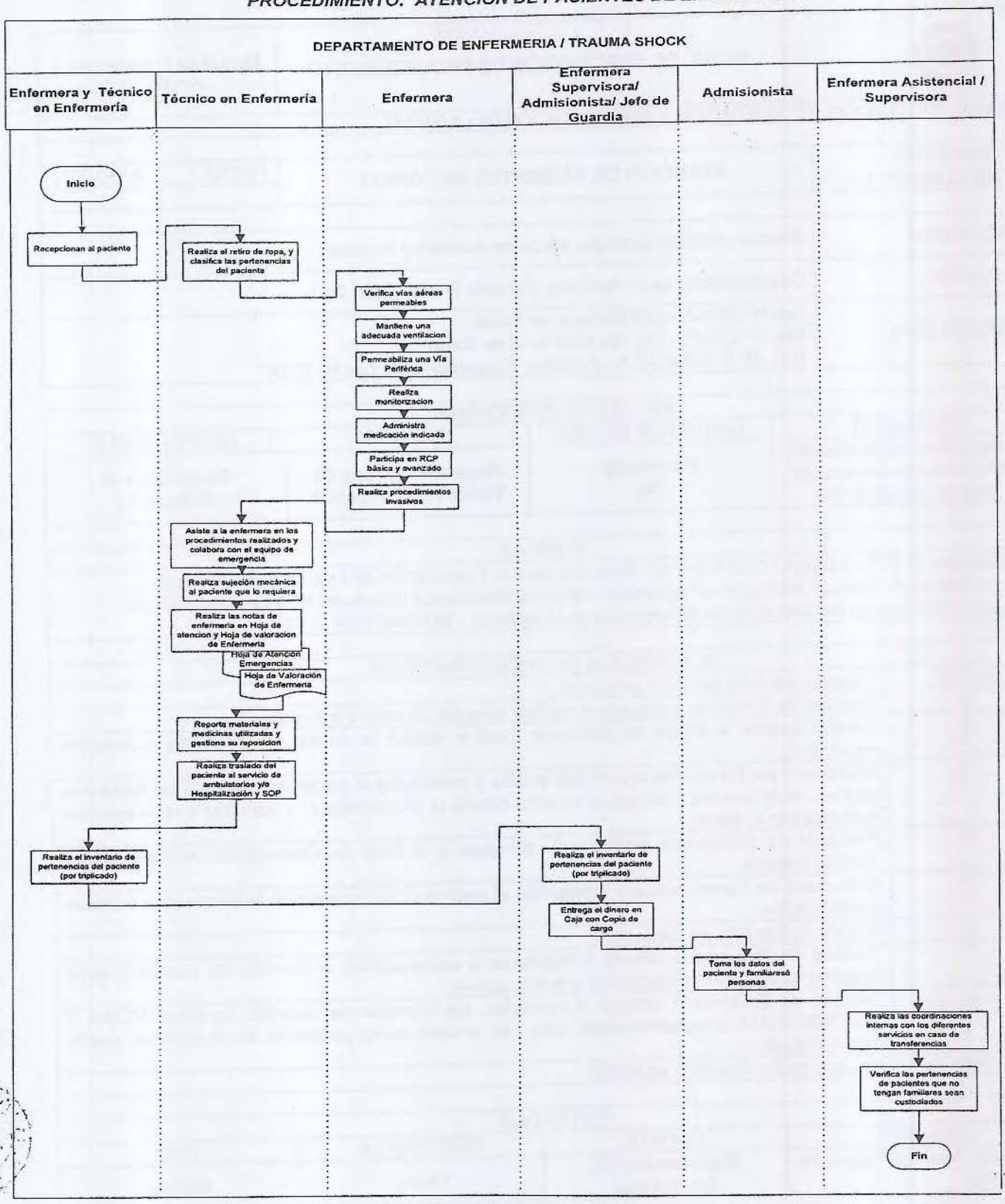
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la atención inmediata, oportuna, de calidad y calidez que se brinda a un paciente en situación de emergencia cuya vida esta en peligro inminente de muerte en la unidad de Trauma Shock.
REGISTROS :	Libro de Emergencia, comprobante de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería.
ANEXOS :	Flujograma.

PROCEDIMIENTO: ATENCION DE PACIENTES DE EMERGENCIA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ATENCIÓN DE PACIENTES EN TÓPICO**	FECHA :	JULIO-2012

PROPÓSITO :	Brindar atención oportuna eficaz en lesiones y heridas.
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de atenciones realizados / Nº atenciones esperadas para el periodo x 100	Porcentaje (%)	Registros del Área de Tópico de Emergencia	Supervisora de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales - MINSA/DGSP V.01

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere atención en tópico
1	Técnico de Enfermería procede a realizar asepsia de zona a trabajar.
2	Médico evalúa e infiltra la anestesia local y realiza la sutura de la herida o curación necesaria.
3	Enfermera de Turno–Trauma Shock evalúa y monitoriza al paciente , controla las funciones vitales , si la condición clínica lo amerita coloca la vía periférica y administra la terapeútica indicada por el médico.
4	Personal de Enfermería traslada al paciente a la Sala de Observación indicada por el Medico tratante.
5	Enfermera de Turno evalúa y monitoriza al paciente , administrando la terapeútica indicada por el médico.
6	Médico indica Alta del paciente
7	Técnico de Enfermería orienta a familiares o responsables al Servicio de Admisión, para registrar la atención brindada y el alta respectivo.
8	Técnico de Enfermería entrega a Admisión, los formatos de atención de URGENCIAS Y EMERGENCIAS progresivamente para su archivo correspondiente en el sistema, previo cargo firmado.
FIN	Usuario recibe atención en tópico

ENTRADAS

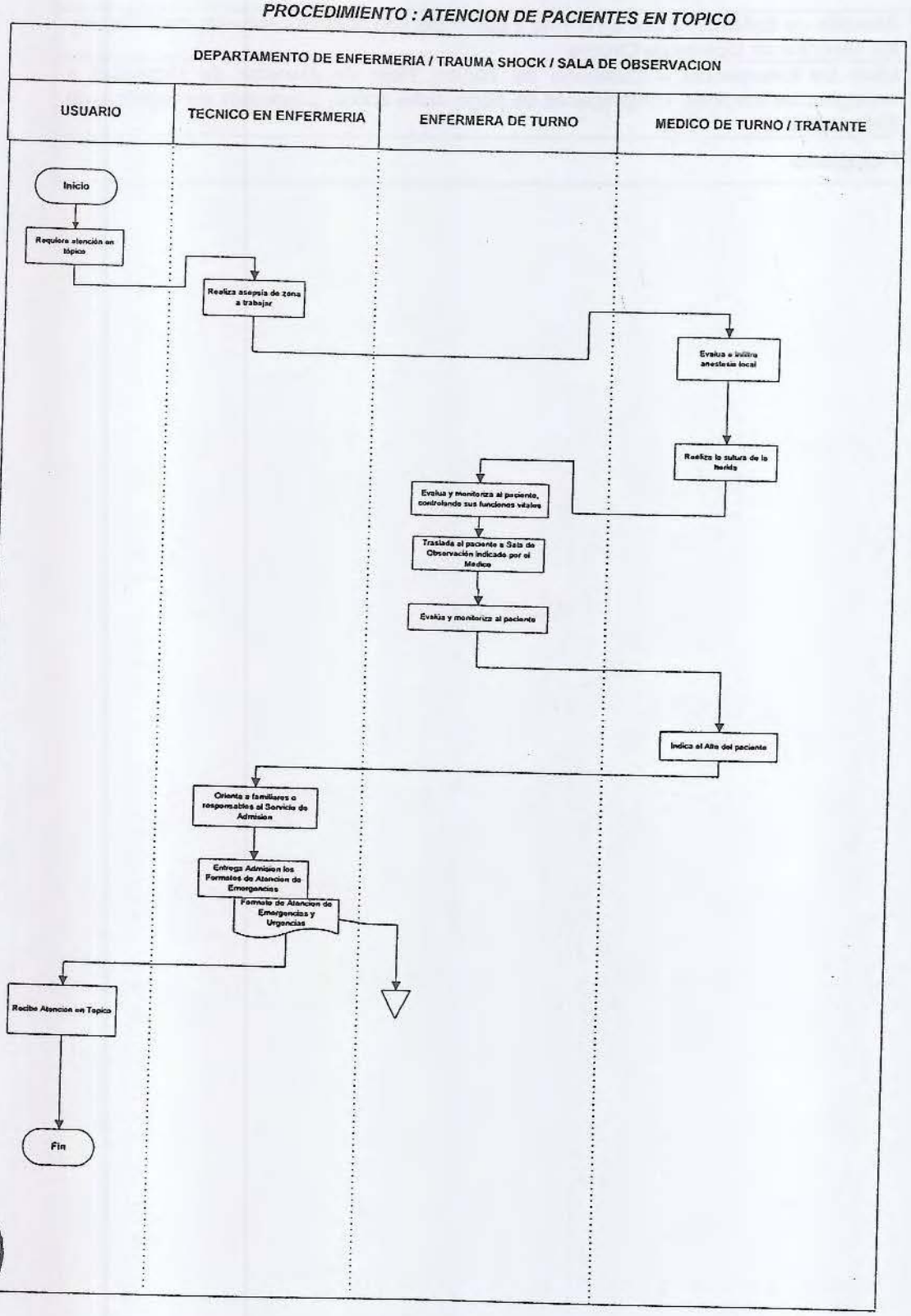
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere atención en tópico	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO

Usuario requiere atención en tópico	Departamento de Emergencia	Diario	Manual
DEFINICIONES :	Atención de Enfermería que se brinda a pacientes con heridas contusas, cortantes en los servicios de tópicos de Cirugía.		
REGISTROS :	Libro de Emergencia – Cuaderno de Tópico, Hoja de Atención de Urgencias y emergencias medicas, comprobante de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería		
ANEXOS :	Flujograma		

PROCEDIMIENTO : ATENCION DE PACIENTES EN TOPICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**	FECHA :	JULIO-2012
		CODIGO	

PROPÓSITO :	Brindar atención óptima y oportuna del paciente con lesiones traumatológicas.
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Departamento de Emergencia, Departamento de Traumatología, Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de atenciones realizados / Nº atenciones esperadas para el periodo x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Traumatología	Supervisora de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales - MINSA/DGSP V.01

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere atención en Traumatología
Técnico de Enfermería	1. Recepciona al paciente, acompañado de su familiar. El familiar regulariza el pago de ticket.
Técnico de Enfermería	2. Registro de Ingreso de pacientes en el cuaderno de pacientes nuevos y/ o control.
Medico	3. Evalúa al paciente e indica tratamiento y/o placa de Rx.
Técnico de Enfermería	4. Orienta al paciente y/o, familiar sobre tramites administrativos correspondientes (coordinaciones, pagos) Traslada al paciente al Servicio Requerido (Rx, Laboratorio, Ekg.)
Radiólogo	5. Toma placa de rayos x y entrega al servicio e informa el resultado del mismo.
Técnico de Enfermería	6. Recoge la placa para ser evaluada por el medico.
Medico	7. Evalúa y define él diagnostico médico indicando si es contuso o fracturado e indicando el tratamiento. - Registra al paciente en libro respectivo de (Contusos o fracturados) En caso de pacientes Fracturados, le realiza historia traumatológica e indica tratamiento (colocación de aparato de yeso)
Técnico de Enfermería	8. Orienta a familiar para que cancele en Caja. En caso de pacientes contusos indica que se acerque a Admisión.
Admisionista	9. Anota la atención brindada y la hora de alta.
Técnico de Enfermería	10. Asiste al medico en la colocación del aparato de yeso, en la extracción de puntos y curaciones, luego traslada al paciente en silla de ruedas o camillas a la Sala de Espera.
Técnico de Ambulancia	11. Traslada al Paciente a la salida y lo lleva a Admisión, para su registro del alta respectiva.

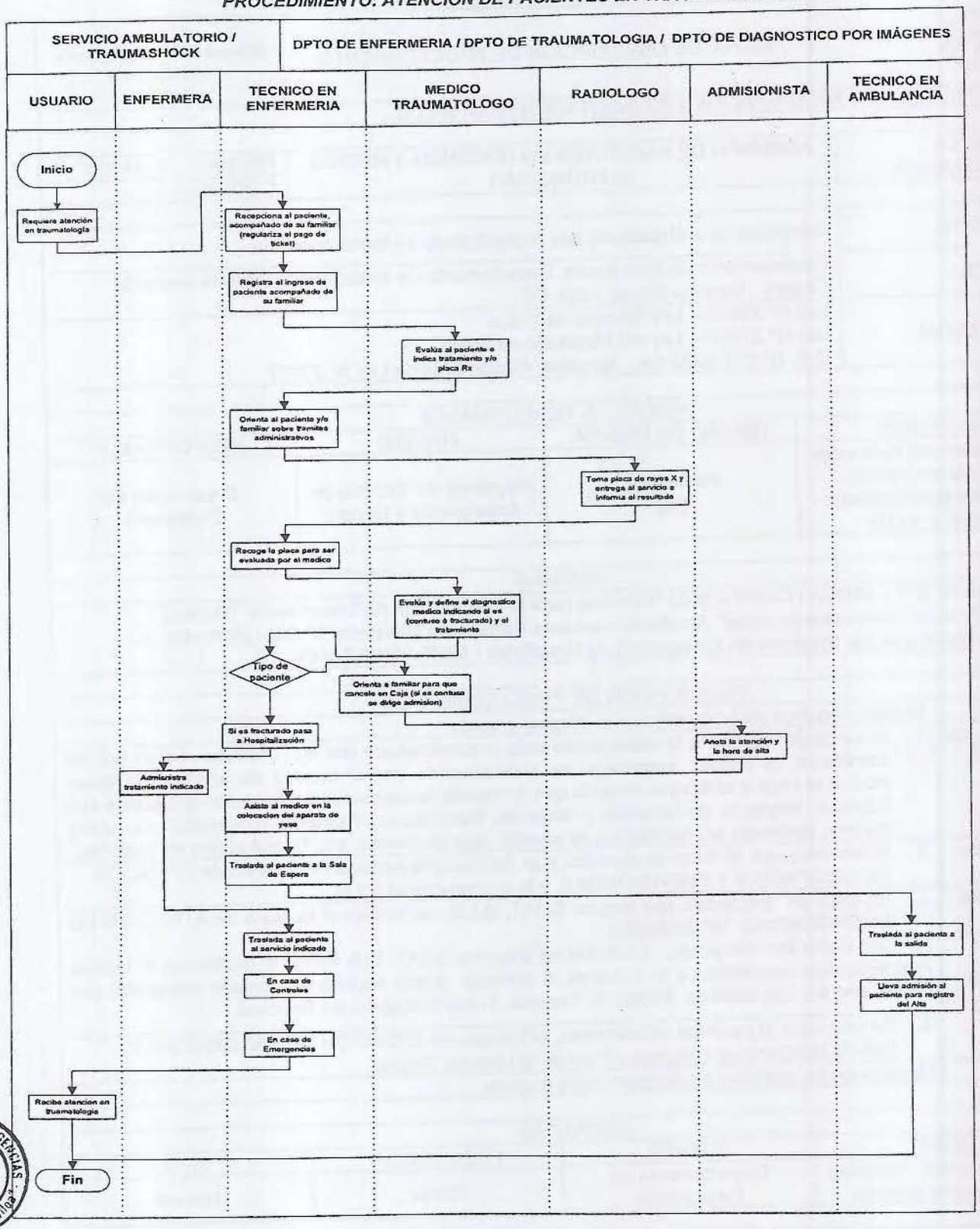
Técnico de Enfermería Enfermera	12. Si el paciente con fractura necesita ser hospitalizado pasa a la sala de observación, la Enfermera solicita Cama al 3er. piso, pide Historia Clínica a Admisión y coloca la hoja de atención de URGENCIAS Y EMERGENCIAS en la Historia Clínica.
Enfermera	13. Administra tratamiento indicado, realiza las anotaciones de Enfermería. Revisa que los registros estén completos en la Historia Clínica.
Técnico de Enfermería	14. Traslada al paciente al Servicio indicado. Los datos son registrados en el cuaderno de cargo. La placa y la Historia de Traumatología engrampada, se archiva en su sobre respectivo con número correlativo. En caso de ser hospitalizado la placa de Rx. Y la historia Traumatológica se adosará en la Historia Clínica.
	15. EN CASO DE CONTROLES El paciente viene a caja, pasa a admisión le entregan su ticket engrampado a su hoja de atención de URGENCIAS Y EMERGENCIAS, luego se dirige al servicio de traumatología. - Entrega su formato con su ticket por ventanilla del servicio para su atención. - Se registra en el cuaderno de Controles el nombre del paciente, numero del Ticket y tarjeta de cita. Paciente es atendido con Historia Clínica de Traumatología.
	16. EN EMERGENCIAS - Las Fracturas Externas, suben directamente a Sala de Operaciones o a Hospitalización para su posterior programación a Centro Quirúrgico. - Los pacientes para tenorrafias y Pacientes del S .I.S., ingresan a Sala de Operaciones como Urgencias. En el caso de paciente con diagnostico de compromiso de tendones ingresan a sala de operaciones como urgencias inmediatamente.
FIN	Usuario recibe atención en Traumatología

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere atención en tópico	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario recibe atención en Traumatología	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Atención de Enfermería a pacientes con fracturas, fisuras, luxaciones, contusiones en el servicio de Traumatología.
REGISTROS :	Libro de Emergencia – Libro de Traumatología, Formato de Atención de Urgencias y Emergencias, Formato de Historia Traumatológica., comprobante de pago, ficha social, formato de registros de Enfermería

PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DE PACIENTES EN TRAUMATOLOGIA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ADMISIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**	FECHA :	JULIO-2012
		CODIGO :	

PROPÓSITO :	Garantizar que el paciente sea recepcionado en forma oportuna.
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Departamento de Emergencia, Departamento de Cirugía , Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de atenciones realizados / Nº total atenciones esperadas para el mismo periodo x 100??	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Emergencia y Cirugía	Supervisora de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales - MINSA/DGSP V.01

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere atención médico quirúrgica urgente
Técnico de Enfermería	1. El paciente ingresa a la emergencia solo o acompañado por su familiar, traído por los bomberos, la policía, serenazgo es recepcionado por el técnico de ambulancia quien realiza el triaje y lo lleva al servicio que demanda la necesidad del paciente que puede ser: Tópicos, Reposos de Varones y Mujeres, Ginecología, Pediatría, Traumatología, shock trauma, pudiendo ser trasladado en camilla, silla de ruedas, etc. Según el tipo de paciente.
Admisionista	2. El familiar paga el ticket de atención y en Admisión le entregan el formato de ATENCION DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, y le engrampan el ticket.
Admisionista Personal de Seguros SOAT y SIS	3. En caso de pacientes con seguro SOAT, S.I.S., se llenara el formato de ATENCION DE EMERGENCIAS URGENCIAS. Con dicho formato pasa a la Oficina de Seguros SOAT, SIS, donde le realizaran el trámite Administrativo respectivo, y le enviaran al Servicio, donde recibirá la atención requerida, que puede ser los Servicios de Pediatría, Tópicos, Traumatología o los Reposos
Enfermera	4. En caso que el paciente es internado, el formato de ATENCION DE UREGENCIAS Y EMERGENCIAS se colocara al final de la Historia Clínica.
FIN	Usuario recibe atención medicoquirúrgica urgente

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere atención médicoquirúrgica urgente	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

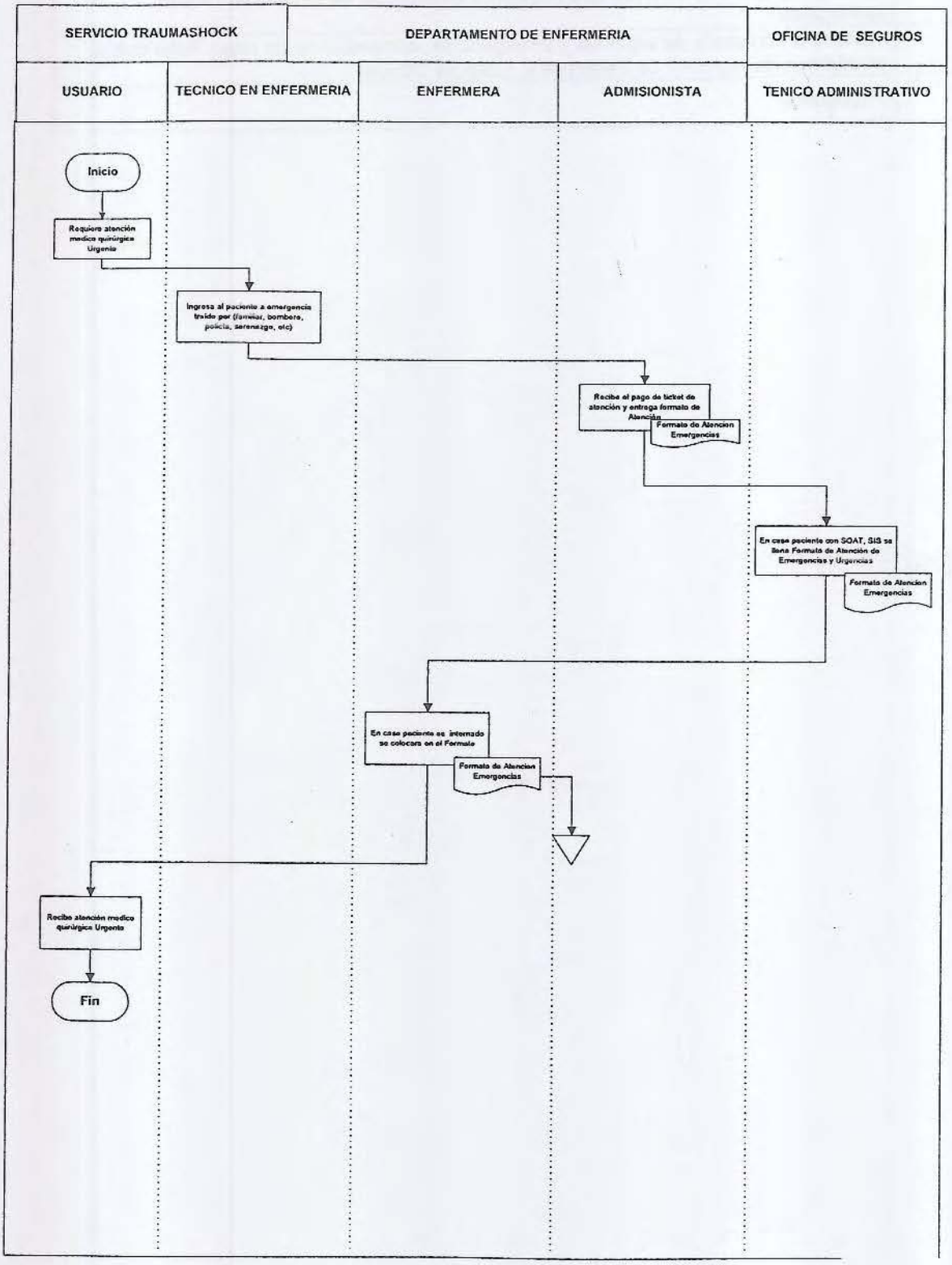
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO

Usuario requiere atención médicoquirúrgica urgente	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la recepción de pacientes que requieren tratamiento de Urgencias médico quirúrgicas.
REGISTROS :	Historia ambulatoria de urgencia y emergencias, comprobante de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería, Libro de Cirugía
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: ADMISION DE PACIENTES EN URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS



HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa
V°B° ENFERMERÍA

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**PAGO DE MEDICAMENTOS, MATERIAL MEDICO Y EXAMEN AUXILIARES UTILIZADOS EN LA ATENCIÓN EN TRAUMA SHOCK**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Disponibilidad inmediata y mantenimiento del Stock para la atención de emergencias.
ALCANCE :	Departamento de Emergencia. Servicio de Trauma Shock
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de pendientes de Pago efectivos/ Nº pendientes de Pago existentes x 100	Porcentaje (%)	Registros de Defunciones – Certificados Defunción	Supervisora de Enfermería – Jefe de Unidad Orgánica

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Personal de Trauma Shock requiere Reembolso de Atención en Trauma-Shock
1	Médico determina término de la atención en Trauma Shock acorde a estabilización-evolución clínica de paciente
2	Médico emite Indicaciones de Observación u Hospitalización
3	Médico y Enfermera consideran Servicio Destino del paciente : • Si se traslada a Centro Quirúrgico : Regularización pendiente acorde a condición clínica . Fin de Procedimiento • Si se hospitaliza en otros Servicios : Registra Pendientes en Historia Clínica . Continúa en Paso siguiente.
4	Médico entrega Receta Médica y Órdenes Auxiliares a Enfermera
5	Enfermera Asistencial realiza relación de medicamentos e insumos utilizados, adjunta Orden de Derecho de atención formando el Pendiente de Pago
6	Técnico de Enfermería verifica la presencia de Familiares o Personas Responsables del paciente atendido • Si no existen familiares ni responsables , continúa en Paso 8 • Si existen familiares o responsables, continúa en Paso siguiente .
7	Técnico de Enfermería entrega a familiares las Recetas, Órdenes Auxiliares y Orden de Derecho de Atención realizada en el Servicio de Trauma Shock .
8	Técnico de Enfermería informa a familiares sobre trámite a seguir y coordinación con Servicio Social
9	Servicio Social evalúa la condición social del paciente : • Si no corresponde Inscripción SIS, continúa en Paso 15 • Si es indigente o NN, continúa en Paso Siguiente
10	Servicio Social inicia Inscripción SIS o Trámite de Exoneración según corresponda
11	Servicio Social entrega Ficha de Evaluación a Enfermera

12	Enfermera coordina regularización de Pendiente de Pago, previa comunicación a Supervisora de Turno, Jefe de Guardia y Médico Encargado
13	Enfermera emite Pendiente de Pago de Medicinas
14	Enfermera registra Coordinación hecha en Notas de Enfermería
15	Enfermera anexa una Copia del Pendiente de Pago y Ficha de Evaluación Social al final de la Historia Clínica. Fin de Procedimiento.
16	Servicio Social informa a Familiar de Trámite y consideración a realizar
17	Servicio Social coordina con Enfermera para regularización de Pendiente de Pago
18	Enfermera entrega una copia del Pendiente de Pago al familiar para que tenga conocimiento de lo usado y lo que adeuda
19	Enfermera informa a los familiares que deben cancelar los pendientes utilizados hasta el momento
20	Enfermera anexa una Copia del Pendiente de Pago al final de la Historia Clínica . Fin de Procedimiento.
FIN	Pendiente de Pargo en Trauma Shock -Personal Técnico en Enfermería traslada pendiente de Pago a farmacia remplazando medicinas utilizadas.

ENTRADAS

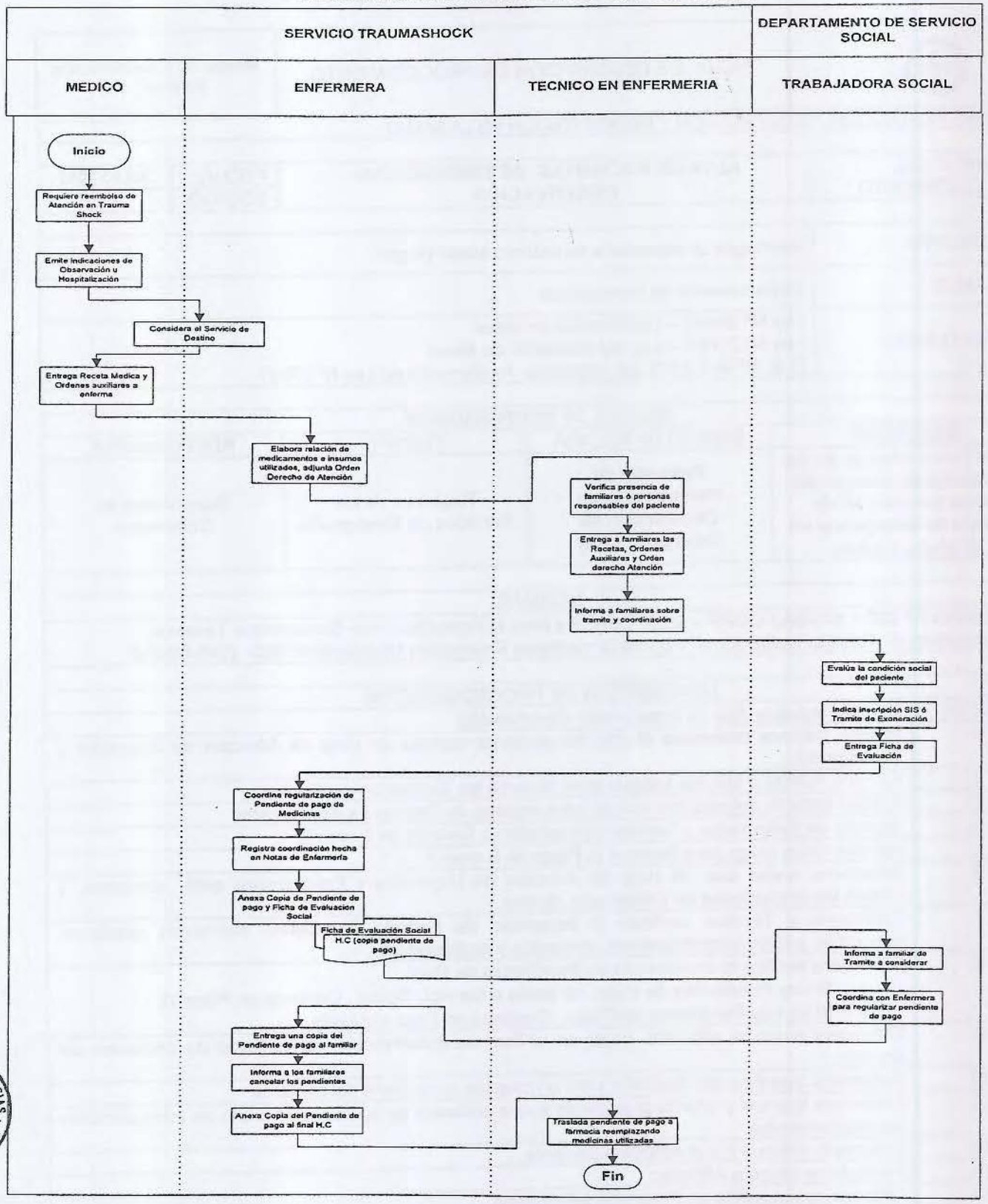
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Personal de Trauma Shock requiere Reembolso de Atención en Trauma-Shock	Servicios de Trauma Shock – Departamento de Emergencia	Variable - Semanal	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Personal emite pendiente de pago en Trauma Shock	Servicio Destino del Paciente	Variable – Semanal	Manual

DEFINICIONES :	El uso y recuperación de medicamentos y material utilizados en la atención de emergencia.
REGISTROS :	Pendientes de Pago, Hoja de Atención en Urgencias y Emergencias,
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: PAGO DE MEDICAMENTOS, MATERIAL MEDICO Y EXAMEN AUXILIARES UTILIZADOS EN LA ATENCION EN TRAUMA SHOCK



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ALTA DE PACIENTES DE EMERGENCIA - OBSERVACIÓN**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Reintegrar al paciente a su entorno social (hogar)
ALCANCE :	Departamento de Emergencia
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de horas estancia de los egresados de emergencia en un periodo / Nº de egresos de emergencia en el mismo periodo	Promedio de Permanencia en Observación de Emergencia (%)	Registros de los Servicios de Emergencia	Supervisora de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere Alta de Emergencia-Observación
1	Médico tratante determina el alta del paciente registra en Hoja de Atención de Urgencias y Emergencia
2	Familiar solicita a Médico tratante para llevarse los Exámenes Auxiliares
3	Medico tratante autoriza por escrito para entrega de Exámenes de Auxiliares
4	Técnico de Enfermería y Familiar se trasladan a Servicio de Rayos X
5	Familiar firma cargo para llevarse la Placa de Rayos X
6	Enfermera revisa que la Hoja de Atención de Urgencias y Emergencias esté conforme y realiza las anotaciones de Enfermería finales.
7	Enfermera y Técnico verifican la integridad de Historia (incluyendo exámenes auxiliares, ecografías y Electrocardiogramas, anexados y engrapados)
8	Enfermera verifica la inexistencia de Pendientes de Pago • Si hay Pendientes de Pago, se envía a Servicio Social . Continúa en Paso 18 • Si no hay Pendientes de Pago . Continúa en Paso siguiente
9	Enfermera anota el alta (día, hora) en el libro de estadística – censo diario de pacientes del servicio
10	Enfermera coordina con Nutrición para orientación de la Dieta del paciente
11	Enfermera informa y orienta al paciente sobre cuidados en su hogar y horario de administración de medicamentos
12	Enfermera entrega ticket sellado a paciente
13	Paciente se dirige a Afiliación
14	Afiliación registra Alta en Programa Informático
15	Paciente y familiares se dirigen a Puerta de Salida de Emergencia
16	Vigilante comprueba integridad y sellado en ticket de Atención

17	Paciente egresa del Servicio de Emergencia. Fin de Procedimiento.
18	Familiar o Responsables se dirigen a Servicio Social
19	Servicio Social evalúa condición social de paciente Si amerita exoneración : Emite Formato con Exoneración de Medicamentos e Insumos Si no amerita exoneración : Orienta sobre Trámite en Caja
20	Familiar se dirige a caja
21	Técnico Administrativo de Caja verifica existencia de Formato de Exoneración : Si existe : Sella Pendiente de Pago, se queda con Copia y entrega la otra a Familiar Si no existe Formato de Exoneración: Procede al Cobro y entrega Comprobante de Pagos respectivo. Sella Pendiente de Pago, se queda con Copia y entrega la otra a Familiar
22	Familiar entrega Comprobante de Pagos y Copia de Pendiente de Pago con sello de Caja a Enfermera
23	Enfermera anota el alta (día, hora) en el libro de estadística – censo diario de pacientes del servicio
24	Enfermera coordina con Nutrición para orientación de la Dieta del paciente
25	Enfermera informa y orienta al paciente sobre cuidados en su hogar y horario de administración de medicamentos
26	Enfermera entrega ticket sellado a paciente
27	Paciente se dirige a Afiliación
28	Afiliación registra Alta en Programa Informático
29	Paciente y familiares se dirigen a Puerta de Salida de Emergencia
30	Vigilante comprueba integridad y sellado en ticket de Atención
31	Paciente egresa del Servicio de Emergencia
FIN	Usuario accede a Alta del Departamento de Emergencia

ENTRADAS

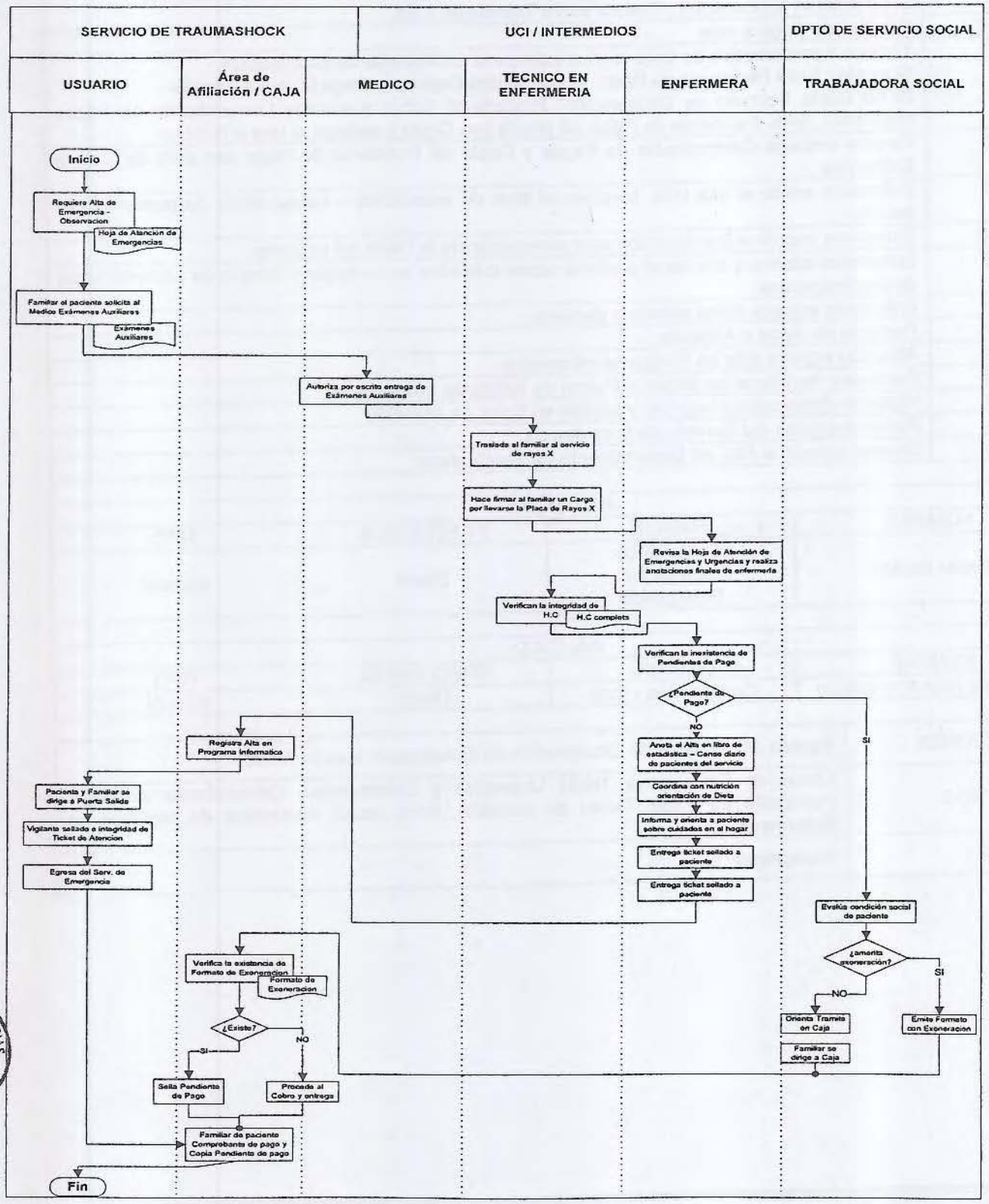
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Alta	Servicios de Observación - Emergencia	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Ticket de Atención sellado	Contabilidad - Caja	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Egreso del paciente de Observación de Emergencia a su domicilio
REGISTROS :	Libros de Emergencia, Hojas Urgencias y Emergencias, Comprobante de pago, Pendiente de Pago, Ticket de atención, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: ALTA DE PACIENTES DE EMERGENCIA - OBSERVACION



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**APERTURA DE HISTORIA CLÍNICA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Lograr la oportuna elaboración y registro de Historia Clínica de Hospitalización para los usuarios del Hospital.
ALCANCE :	Departamento de Enfermería
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de usuarios con Hoja de Autorización para Tratamiento firmada / Nº total de usuarios con indicación de Hospitalización durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefatura de Servicio del Departamento de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Médico indica Apertura de Historia Clínica de Hospitalización
1	Enfermera obtiene Formatos de Historia Clínica de Archivo correspondiente
2	Enfermera verifica Historia Clínica completa con la totalidad de Formatos
3	Medico responsable explica riesgo – beneficio del procedimiento médico a autorizarse
4	Médico Responsable adjunta Formato de Consentimiento Informado a Historia Clínica
5	Enfermera verifica el Formato debidamente llenado y firmado de acuerdo a normas vigentes.
6	Enfermera registra datos correspondientes en Historia Clínica : - Hoja de Funciones Vitales - Notas de Enfermería - Hoja de Procedimientos
7	Enfermera adjunta Hoja de Atención de Emergencia y Anexos correspondientes
8	Enfermera orienta al usuario y familia sobre tratamiento a recibir y las características de la hospitalización necesidad de firmar el Formato
9	Enfermera informa sobre la obligatoriedad de la Firma de la Hoja de Autorización de Tratamiento
10	Paciente o Familiar comunica Decisión de Firma : Si rechaza Firma de Hoja de Autorización . Enfermera registra en Notas de Enfermería decisión y hora . Llenado de Hoja de Alta Voluntaria .Fin de Procedimiento . Si acepta y firma Hoja de Autorización . Continúa en Paso siguiente .
11	Enfermera adjunta la Hoja de Autorización de Tratamiento a Historia Clínica
FIN	Apertura de Historia Clínica de Paciente completada

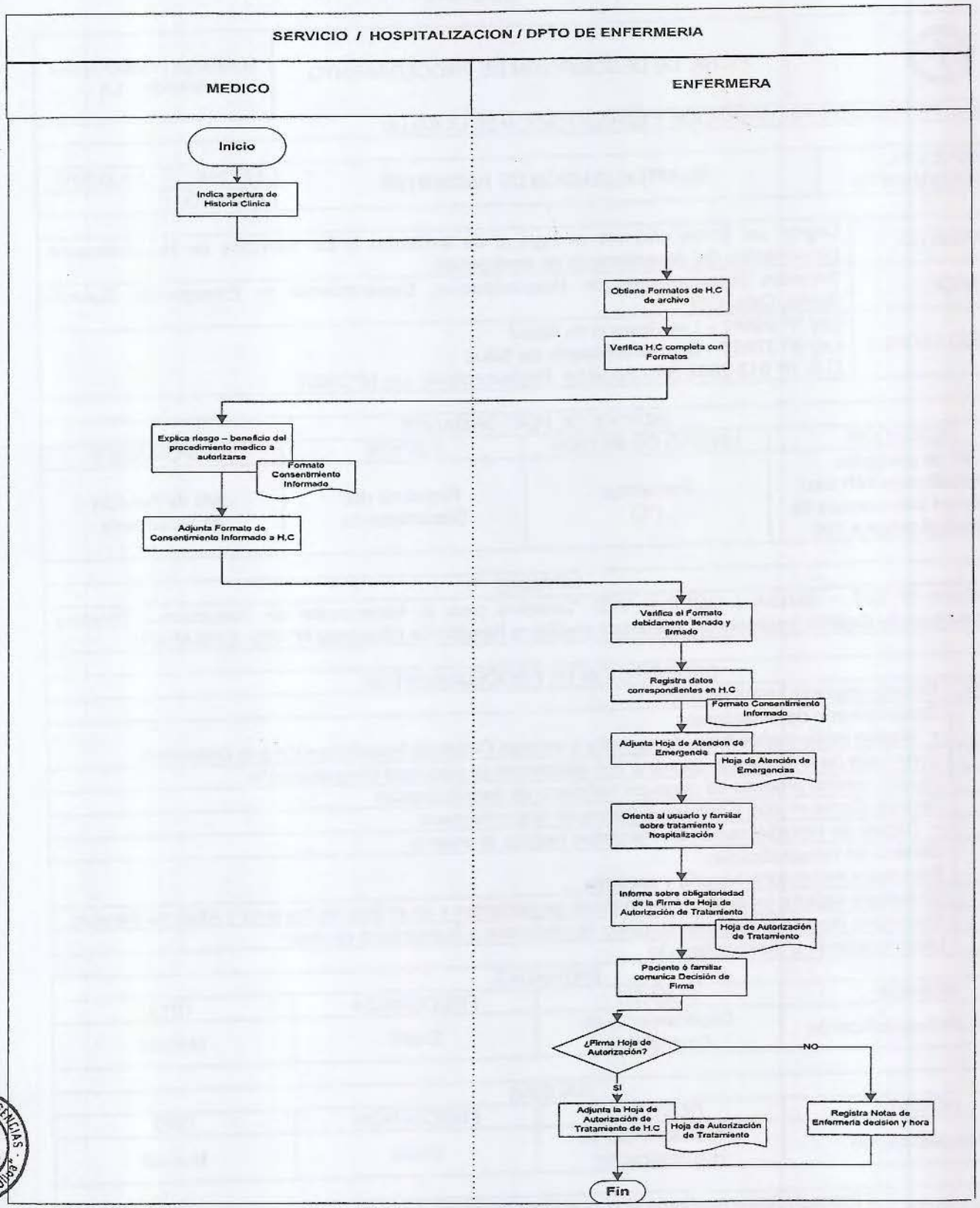
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO

Indicación de Apertura de Historia Clínica	Órganos de línea, usuario	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Apertura de Historia Clínica completa	Órganos de línea, usuario	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual la institución cumple con la normativa de apertura de Historia Clínica y el derecho del usuario a recibir información y autorizar su tratamiento médico mediante la hoja de Autorización de Tratamiento y el Consentimiento Informado
REGISTROS :	Historia Clínica. Hoja de Autorización de Tratamiento , Formato de Consentimiento Informado, cuadernos de registro de los servicios de enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: APERTURA DE HISTORIA CLINICA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente el ingreso de pacientes a los Servicios de Hospitalización provenientes del departamento de emergencia
ALCANCE :	Servicios-Departamentos de Hospitalización, Departamento de Emergencia, Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de pacientes hospitalizados / Nº total pacientes con órdenes de hospitalización x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefe de Servicio de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere hospitalización
1	Departamento de emergencia ▪ Medico responsable llena, firma, sella y entrega Orden de Hospitalización a la Enfermera
2	Enfermera de emergencia coordina con enfermera de piso para Hospitalización
3	Usuario realiza proceso de pago por concepto de hospitalización
4	Servicio Social evalúa y entrega ficha social a la enfermera
5	▪ Oficina de Hospitalización de Pacientes registra al usuario
6	Servicio de Hospitalización Enfermera recepciona historia y paciente.
7	Enfermera registra en el Movimiento diario de pacientes y en el libro de Ingresos y Altas del Servicio
8	Enfermera reporta el movimiento diario de pacientes a Supervisora de área
FIN	Usuario accede a hospitalización

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de hospitalización	Departamento de Emergencia	Diario	Manual

SALIDAS

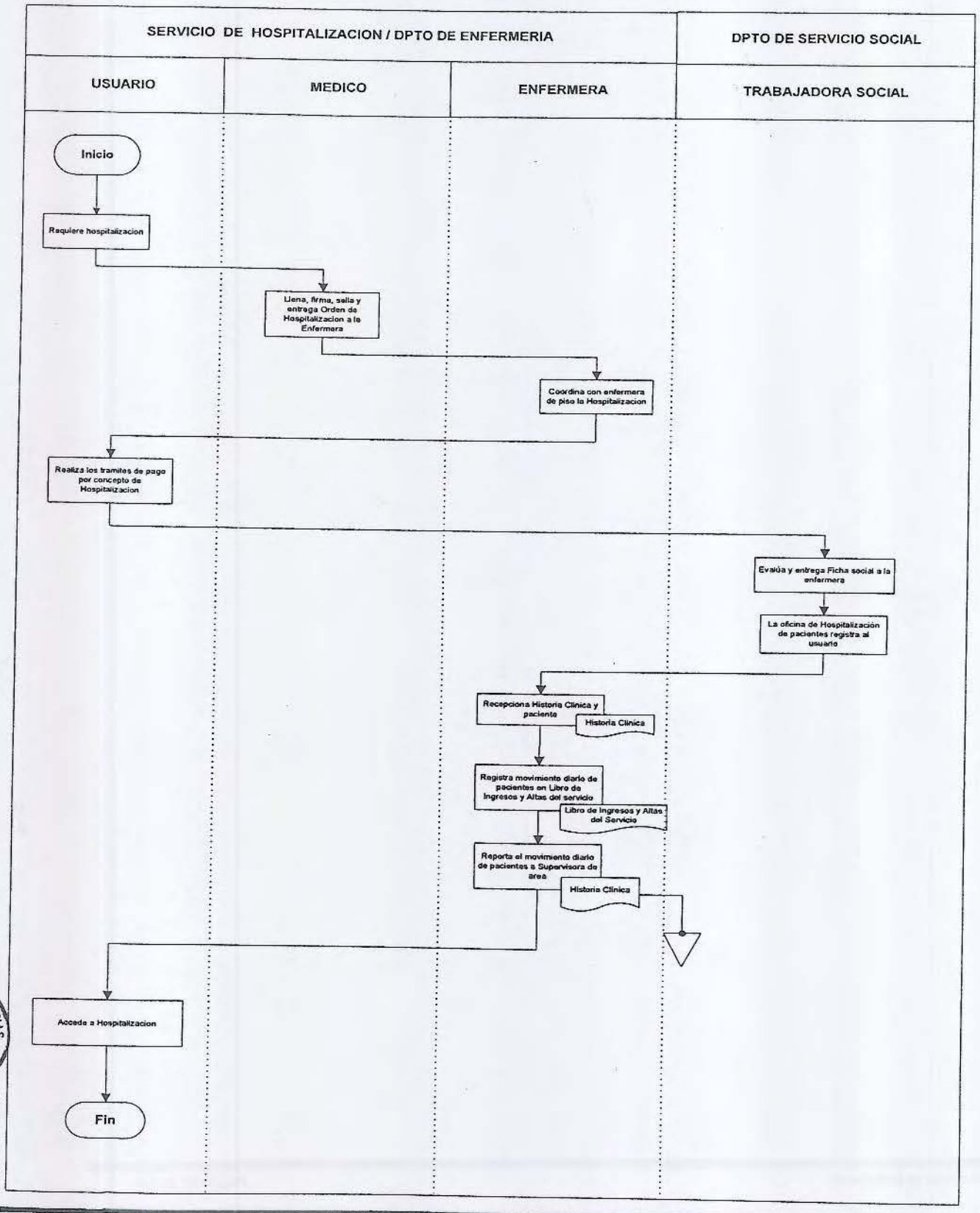
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Hospitalización	Departamentos de Hospitalización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Departamento de Enfermería realiza el ingreso de los pacientes provenientes de emergencia

VºBº ENFERMERÍA

REGISTROS :	Orden de hospitalización, comprobante de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: HOSPITALIZACION DE PACIENTES



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	INTERCONSULTA MÉDICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente la atención de Interconsultas Médicas solicitadas para los pacientes Hospitalizados
ALCANCE :	Servicios-Departamentos de Hospitalización, Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Ordenes de Interconsultas efectivas / Nº total Interconsultas solicitadas x 100?	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Supervisora de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere Interconsulta Médica a otra Especialidad
1	Servicio de Hospitalización Origen ▪ Medico responsable llena, firma, sella y entrega Orden de Interconsulta a la Enfermera de turno
2	Personal de Enfermería encomienda a Técnico de Enfermería comunicación a Especialidad Inter consultada acorde a tipo de turno : - Si es turno mañana-día y la Interconsulta es para Cuidados Críticos: Entrega directa al Médico de turno. - Si es turno mañana la Interconsulta es para Medicina, Cirugía o Traumatología : Entrega directa a Secretaria del Departamento en el Servicio Inter consultado - En el turno tarde y noche se entrega directamente al medico designado para interconsultas.
3	Enfermera entrega Orden de Interconsulta a Técnico de Enfermería
4	Técnico de Enfermería traslada Orden De Interconsulta acorde a coordinaciones de Paso 2
5	Médico de Turno recibe Orden de Interconsulta
6	Médico de Turno se traslada al Servicio de Emergencia
7	Médico de Turno realiza Atención-Interconsulta solicitada
8	Médico de Turno registra Interconsulta en Hoja de Atención correspondiente e indica Órdenes o Sugerencias de la Especialidad
9	Enfermera de Turno anexa Hoja de Atención a Historia Clínica o Carpeta de Emergencia
10	Enfermera de Turno comunica realización de Interconsulta a Médico Tratante
FIN	Usuario accede a Interconsulta por Especialidad

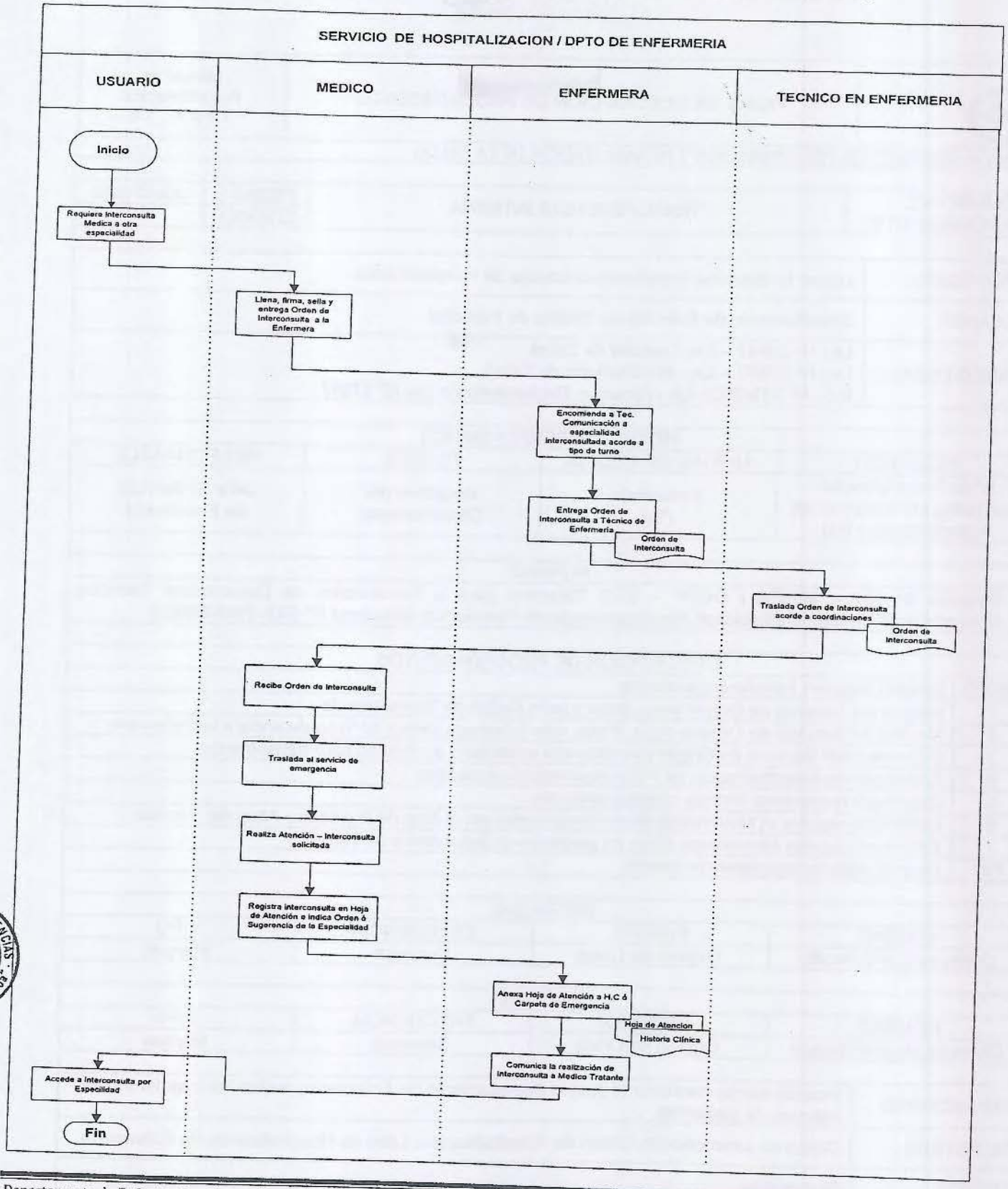
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO

Orden de Interconsulta	Servicio de Hospitalización Origen	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Hoja de Atención de Interconsulta	Servicio Interconsultado	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Personal de Enfermería realiza la efectivización de las Interconsultas solicitadas en los Servicios de Hospitalización
REGISTROS :	Orden de Interconsulta, cuadernos de registros de Interconsultas de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: INTERCONSULTA MEDICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	TRANSFERENCIA INTERNA	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Lograr la oportuna Transferencia Interna de Hospitalizados
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Oficina de Personal
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Transferencias realizadas / Nº Ordenes de Transferencia x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefe de Servicio de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere transferencia interna
1	Medico del Servicio de Origen llena, firma y sella Orden de Transferencia.
2	Medico del Servicio de Destino llena, firma, sella y entrega Orden de Transferencia a la Enfermera
3	Enfermera del Servicio de Origen coordina con enfermera de destino para transferencia
4	Enfermera de Hospitalización de Pacientes registra al usuario
5	Enfermera recepciona historia clínica y paciente.
6	Enfermera registra el Movimiento diario de pacientes en el libro de Ingresos y Altas del Servicio
7	Enfermera reporta Movimiento diario de pacientes a Supervisora de Turno
FIN	Usuario obtiene transferencia interna

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Interconsulta	Órgano de Línea	Semanal	Manual

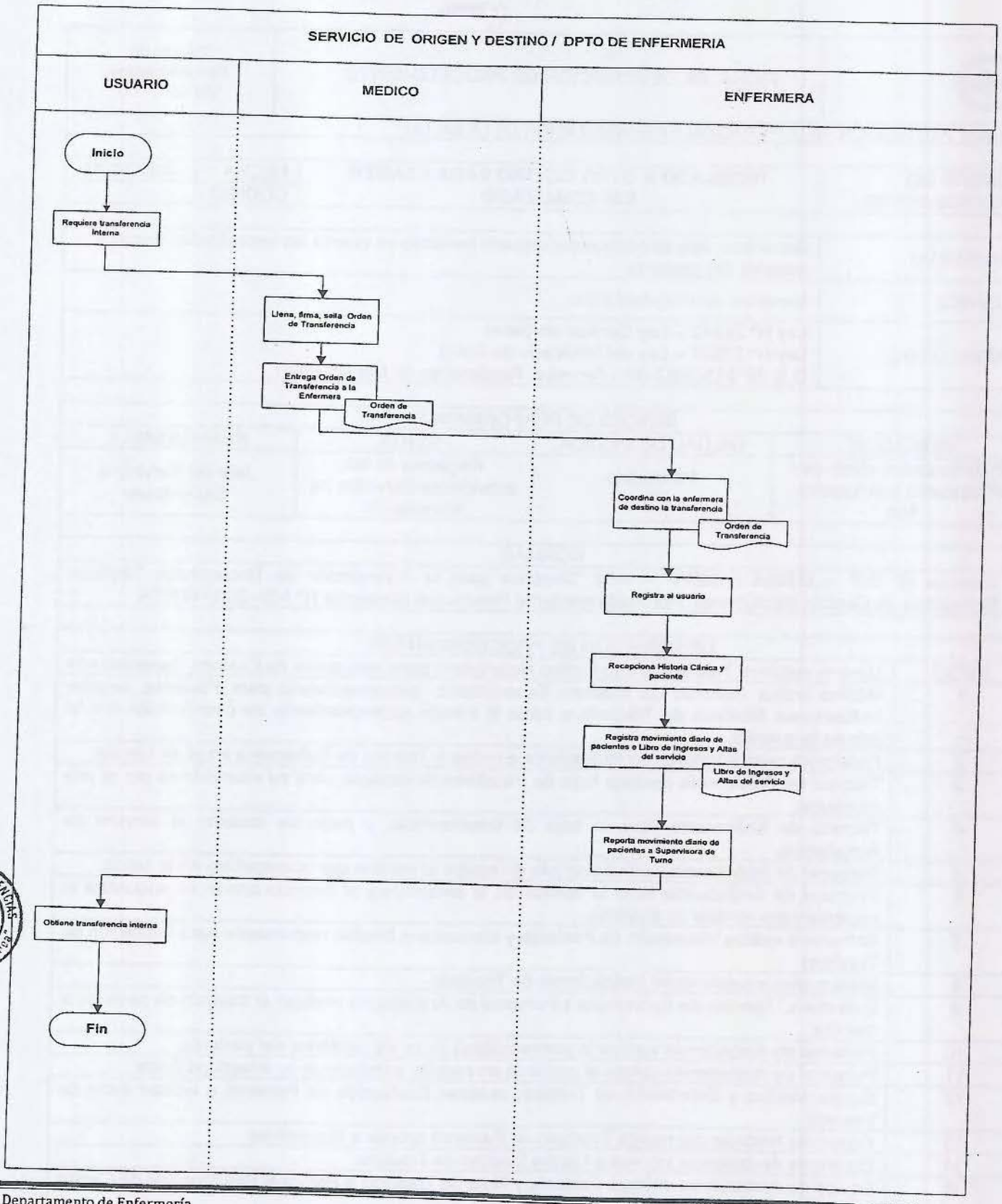
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Hospitalización	Órgano de Línea	Semanal	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Departamento de Enfermería realiza las transferencias internas de pacientes
REGISTROS :	Orden de Interconsulta, Orden de Hospitalización, Libro de Hospitalización de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa
V°B° ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: TRANSFERENCIA INTERNA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TRASLADO A OTRO CENTRO PARA EXAMEN ESPECIALIZADO**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Garantizar una atención especializada teniendo en cuenta las necesidades físicas y sociales del paciente.
ALCANCE :	Servicios de Hospitalización
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de traslados efectivos / Nº traslados solicitados x 100	Porcentaje (%)	Registros de las actividades-Servicios de Ambulancia	Jefe del Servicio o Supervisora

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere Traslado a otro Centro Hospitalario para realización de Examen Especializado
1	Médico indica Solicitud de Examen Especializado extrahospitalario para Paciente, registra Indicaciones Médicas de Traslado e inicia él trámite correspondiente en coordinación con el jefe de la guardia.
2	Enfermera realiza Valoración de Paciente e Indica a Técnico de Enfermería inicio de trámite
3	Técnico de Enfermería traslada hoja de transferencia-traslado para su visado-firma por el jefe de equipo.
4	Técnico de Enfermería lleva la hoja de transferencia, y pago de traslado al servicio de Ambulancia.
5	Personal de ambulancia verifica con jefe de equipo el médico que acompañara en la salida.
6	Personal de Ambulancia lleva la camilla de la ambulancia al Servicio donde se encuentra el paciente para realizar su traslado.
7	Enfermera realiza Valoración de Paciente y comunica a Médico responsable para Indicación de Traslado
8	Médico responsable emite Indicaciones de Traslado
9	Enfermera, Técnico de Enfermería y Personal de Ambulancia realizan el traslado de paciente a camillla
10	Personal de Ambulancia verifica la permeabilidad de la vía periférica del paciente.
11	Personal de Ambulancia coloca al paciente en camilla, asegurando su integridad física.
12	Equipo Médico y Enfermería de Traslado realizan Evaluación de Paciente e indican inicio de traslado
13	Equipo de Ambulancia realiza Traslado de Paciente acorde a Normativas
14	Equipo de Ambulancia ingresa a Centro Destino de Traslado
15	Equipo de Ambulancia entrega Paciente y Hoja de Traslado a Personal Responsable de Centro Destino
16	Se coordina tiempo de duración de Procedimiento o Examen solicitado

HOSPITAL DE EMERGENCIAS Vº Bº ENFERMERÍA Casimiro Ulloa

17	Personal responsable de Centro Destino comunica a Personal de Traslado Término de Procedimiento
18	Personal de Traslado realiza Evaluación de Paciente posterior a procedimiento o Examen auxiliar y traslado a Ambulancia
19	Personal de Ambulancia coordina entrega de resultados de Procedimiento realizado
20	Equipo Médico y Enfermería de Traslado realizan Valoración de Paciente e indican inicio de traslado
21	Equipo de Ambulancia realiza Traslado de Paciente acorde a Normativas
22	Equipo de Ambulancia ingresa a Centro Origen de Traslado
23	Equipo de Ambulancia entrega Paciente y Hoja de Traslado a Personal Responsable de Servicio Origen
24	El personal de ambulancia ayuda a instalarlo en su unidad
FIN	Usuario que ha accedido a Examen Especializado extrahospitalario es reinstalado en Servicio Origen

ENTRADAS

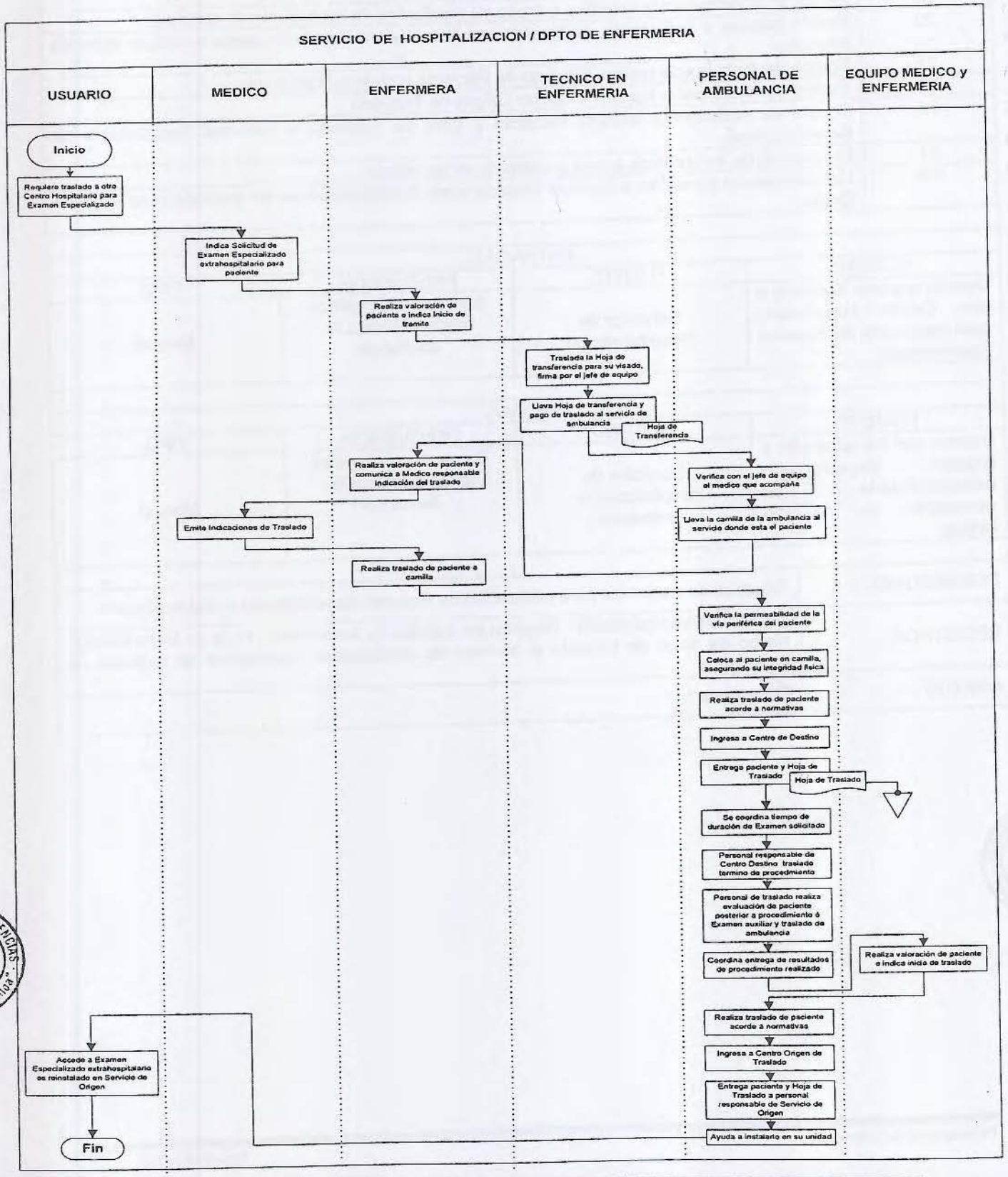
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere Traslado a otro Centro Hospitalario para realización de Examen Especializado	Servicios de Hospitalización	Semanal en cantidad dependiente a la demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario que ha accedido a Examen Especializado extrahospitalario es reinstalado en Servicio Origen	Servicios de Hospitalización - Ambulancia	Semanal en cantidad dependiente a la demanda	Manual

DEFINICIONES :	Traslado de pacientes para realización de Examen Especializado extrahospitalario
REGISTROS :	Libros de Hospitalización , Registro de Salidas de Ambulancia, Hoja de transferencia, recibo de pago de traslado al servicio de Ambulancia , cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: TRASLADO A OTRO CENTRO PARA EXAMEN ESPECIALIZADO



DE EMERGENCIAS
Visto
ENFERMERÍA
Casimiro Ulloa

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	TRANSFERENCIAS A OTROS CENTROS HOSPITALARIOS	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Garantizar una atención especializada teniendo en cuenta las necesidades físicas y sociales del paciente.
ALCANCE :	Servicios de Hospitalización
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de transferencias efectivas / Nº transferencias solicitadas x 100	Número de Traslados a otro Centro Asistencial (%)	Registros de las actividades-Servicios de Ambulancia	Jefe del Departamento de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere Transferencia a otro Centro Hospitalario
1	Médico indica transferencia de Paciente, registra Indicaciones Médicas de Traslado e inicia el trámite correspondiente en coordinación con el jefe de la guardia.
2	Enfermera realiza Valoración de Paciente e Indica a Técnico de Enfermería inicio de trámite de Alta común del paciente Hospitalizado (Ver procedimiento de Alta de Paciente hospitalizado)
3	Técnico de Enfermería traslada hoja de transferencia para su visado-firma por el jefe de Guardia
4	Técnico de Enfermería registra la Hoja de Transferencia en el Servicio de Admisión.
5	Técnico de Enfermería o Familiar Responsable solicita Papeleta de Alta
6	Oficina de Contabilidad expide Papeleta de Alta
7	Técnico de Enfermería lleva la hoja de transferencia, Papeleta de Alta y pago de traslado al servicio de Ambulancia.
8	Personal de Ambulancia verifica con jefe de equipo el médico que acompañara en la salida.
9	Personal de Ambulancia lleva la camilla de la ambulancia al Servicio donde se encuentra el paciente para realizar su traslado.
10	Enfermera realiza Valoración de Paciente y comunica a Médico responsable para Indicación de Traslado
11	Médico responsable emite Indicaciones de Traslado
12	Enfermera, Técnico de Enfermería y Personal de Ambulancia realizan el traslado de paciente a camilla
13	Personal de Ambulancia verifica la permeabilidad de la vía periférica del paciente.
14	Personal de Ambulancia coloca al paciente en camilla, asegurando su integridad física.
15	Equipo Médico y Enfermería de Traslado realizan Evaluación de Paciente e inician Traslado
FIN	Usuario accede a Transferencia

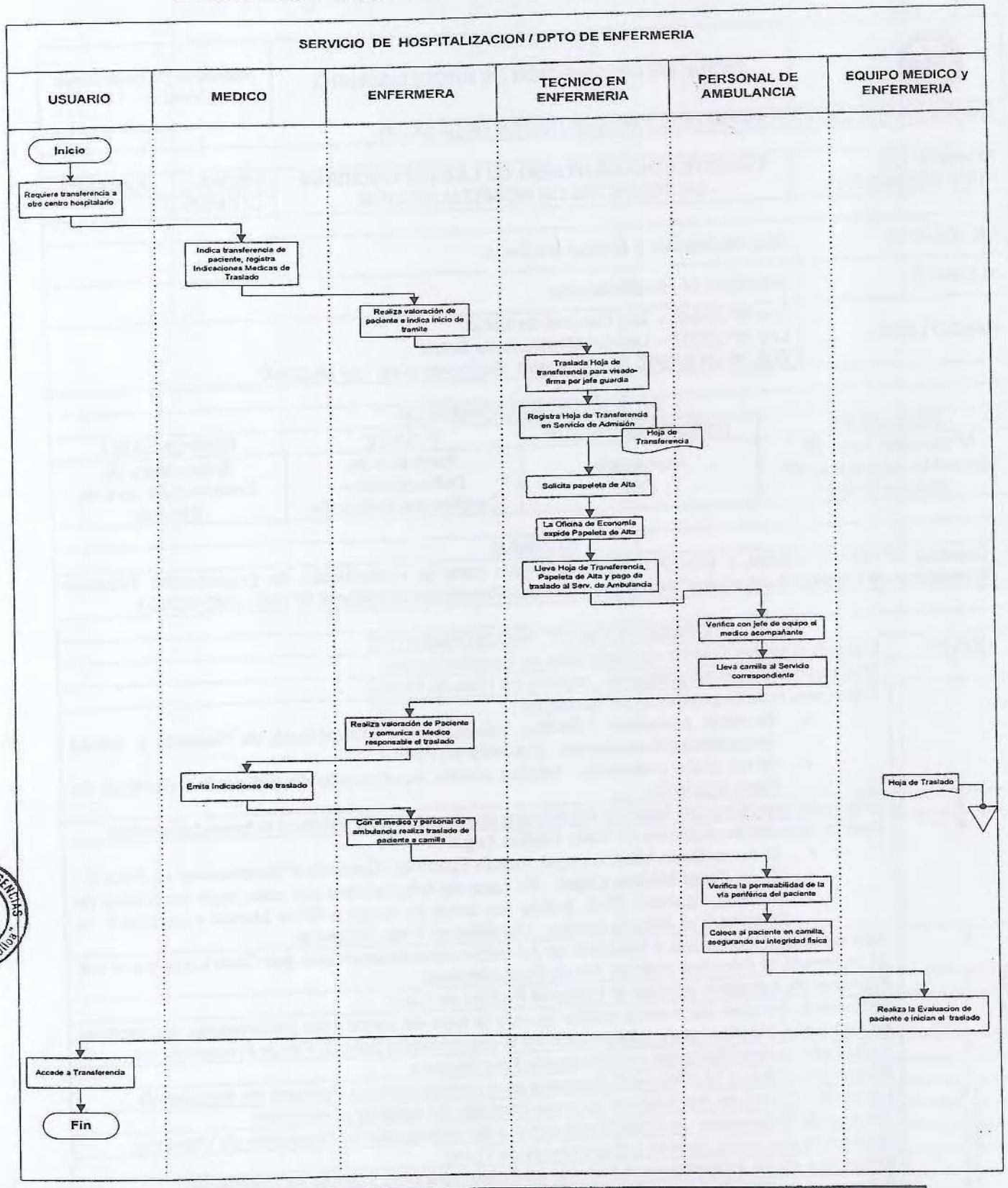
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere Transferencia a otro Centro Hospitalario	Servicios de Hospitalización	Semanal en cantidad dependiente a la demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario accede a Transferencia	Servicios de Hospitalización - Ambulancia	Semanal en cantidad dependiente a la demanda	Manual

DEFINICIONES :	Traslado de pacientes a otro centro hospitalarios
REGISTROS :	Libros de Hospitalización , Registro de Salidas de Ambulancia, Hoja de transferencia, recibo de pago de traslado al servicio de Ambulancia , cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: TRANSFERENCIAS A OTROS CENTROS HOSPITALARIOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TRÁMITE DOCUMENTARIO DE LAS DEFUNCIONES EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Dar información y facilitar el trámite.
ALCANCE :	Servicios de Hospitalización
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de certificados de defunción expedidos / Nº decesos x 100	Porcentaje (%)	Registros de Defunciones – Certificados Defunción	Supervisora de Enfermería o Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere Trámite de Defunción en Hospitalización
1	Médico constata el fallecimiento , registra en Historia Clínica
2	Enfermera solicita presencia de familiares : • Si están presentes , Médico informa sobre fallecimiento de Paciente y solicita documentación requerida . Continúa en Paso 4 • Si no están presentes . Médico solicita coordinación de búsqueda . Continúa en Paso siguiente .
3	Enfermera coordina con Servicio Social para que localice a familiares a la brevedad posible.
4	Médico determina condición de Caso Médico Legal : • Si no es Caso Médico Legal, realiza Epicrísis . Continúa Procedimiento en Paso 8 • Si es Caso Médico Legal . En caso de fallecimiento por caso legal (accidente de transito, caídas, TEC, herida por arma de fuego o arma blanca y agresión), se informara al Jefe de Equipo . Continúa en Paso Siguiente
5	Jefe de Equipo comunica a Personal de Admisión sobre fallecimiento por Caso Legal y a la vez se informará al Personal Policial. Fin de Procedimiento
6	Personal de Admisión informa al Personal Policial de Caso
7	Enfermera -en caso de muerte súbita- guarda la ropa de cama y las pertenencias del paciente en una bolsa plástica hasta intervención de la dependencia policial. Fin de Procedimiento .
8	Enfermera realiza Cuidados de Enfermería Post Mortem
9	Enfermera indica a Técnico de Enfermería para comunicación a Personal de Ambulancia
10	Personal Técnico de Ambulancia coordina traslado del cadáver al mortuorio
11	Técnico de Enfermería de Ambulancia informa de la defunción al Supervisor de Vigilancia.
12	Enfermera comunica deceso a Supervisora de Turno
13	Enfermera emite indicaciones a Técnico de Enfermería para Trámite de Liquidación
14	Enfermera registra Notas de Enfermería finales
15	Enfermera verifica Integridad de Historia Clínica y Anexos

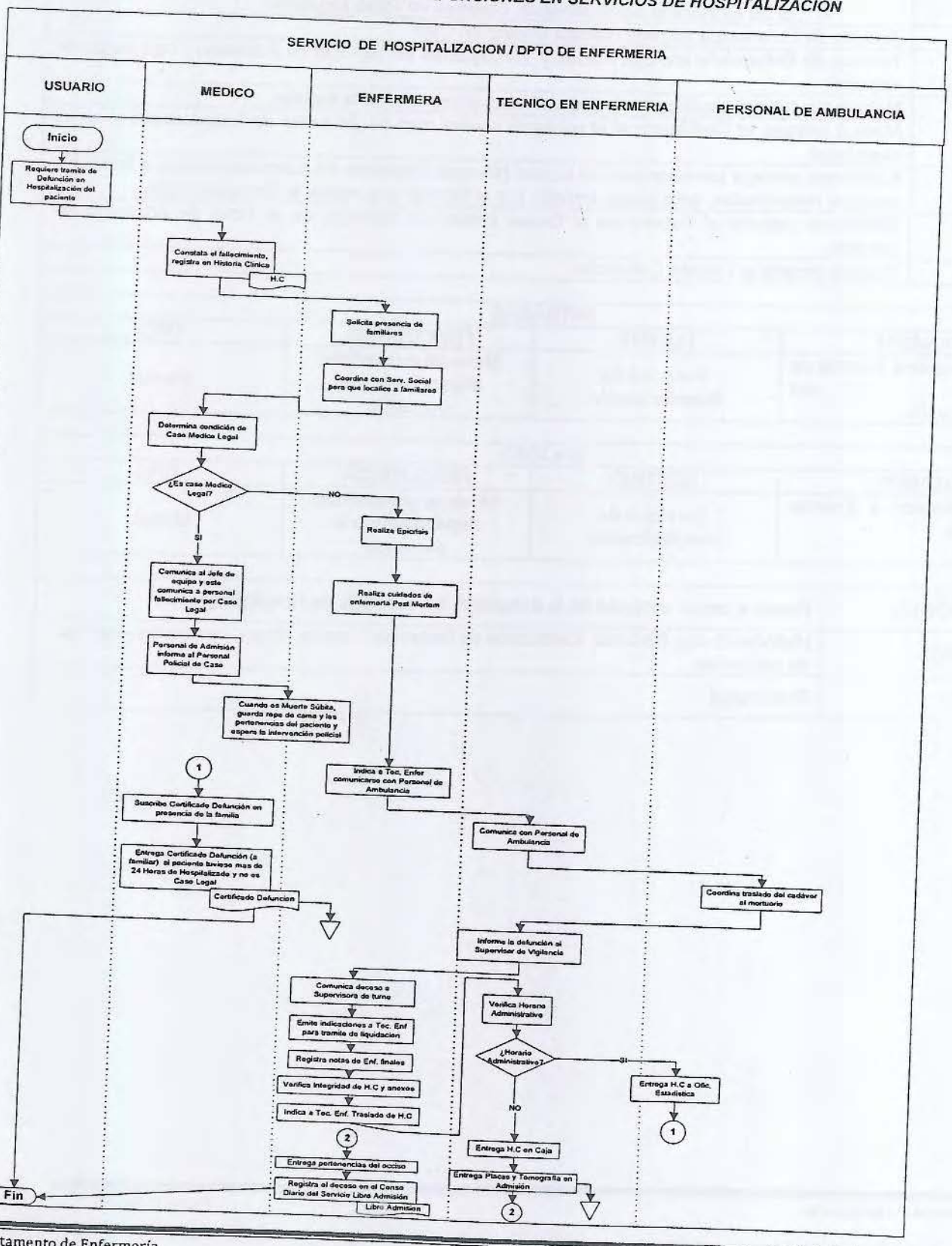
16	Enfermera indica a Técnico para traslado de Historia
17	Técnico de Enfermería verifica Horario Administrativo : • Si es Horario Administrativo, entrega la Historia Clínica a la Unidad de Estadística . Continúa en Paso 20 • Si no es Horario Administrativo, continúa en Paso siguiente
18	Técnico de Enfermería entrega Historia Clínica en Caja
19	Técnico de Enfermería entrega Placas y Tomografías en Servicio de Admisión , bajo cargo de entrega
20	Médico suscribe el Certificado de Defunción en presencia de la familia.
21	Médico entrega el Certificado si el paciente tuviera mas de 24 horas de hospitalizado y no es caso legal.
22	Enfermera entrega pertenencias del occiso (llámese utensilios de aseo, medicinas) a familiar o persona responsable, bajo cargo, firmado por el familiar que recibe la documentación.
23	Enfermera registra el deceso en el Censo Diario del Servicio, en el Libro de Admisión del Servicio.
FIN	Usuario accede a Trámite Defunción

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere Trámite de Defunción en Hospitalización	Servicios de Hospitalización	Mensual en cantidad dependiente a la demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario accede a Trámite Defunción	Servicios de Hospitalización	Mensual en cantidad dependiente a la demanda	Manual

DEFINICIONES :	Pasos a seguir después de la defunción, en servicios de Hospitalización.
REGISTROS :	Historia clínica, Epicrisis, Certificado de Defunción, censo, libro de admisión y egreso de pacientes.
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: TRAMITE DE LAS DEFUNCIONES EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE POST-OPERADO DE EMERGENCIA	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Definir las actividades desarrolladas para lograr el internamiento del paciente post-operado de Emergencia.
ALCANCE :	Dirección General H.N.D.M, O.E.P.E - H.N.D.M., Unidades Orgánicas.
MARCO LEGAL :	Ley General de Salud Nº 26842, Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud-MINSA, Manual de Organización y Funciones del Departamento de Cirugía del H.N.D.M., Manual de Organización y Funciones del Departamento de Emergencia.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de pacientes hospitalizados en el mes por cirugías de Emergencia	Paciente hospitalizado	Reportes estadísticos de pacientes operados	Jefatura del Departamento

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Paciente post operado de emergencia requiere Hospitalización
1	Cirujano responsable registra Indicaciones Médicas en Historia Clínica y Servicio Destino de Hospitalización. Entrega Receta médica y Solicitudes Complementarias a Enfermera .
2	Anestesiólogo, Enfermera de Sala de Operaciones y Personal Técnico de Enfermería trasladan Paciente operado de emergencia a Sala de Recuperación.
3	Paciente operado permanece en sala de recuperación, se cumplen indicaciones de Médico Responsable y Anestesiólogo
4	Enfermera verifica condición social de paciente : • Si es paciente SIS o Asegurado entrega Receta Médica y Órdenes solicitadas a Técnico de Enfermería. Continúa en Paso 8 • Si es paciente particular entrega Receta Médica y Ordenes solicitadas para comunicación a familiares.
5	Familiar se dirige a Caja y Farmacia del Hospital
6	Técnico administrativo de caja realiza el cobro por concepto de Ordenes solicitadas y entrega comprobante de dicho pago
7	Familiar de Paciente entrega a Técnico de Enfermería de Recuperación las Órdenes canceladas y los Medicamentos-Insumos requeridos
8	Técnico de Enfermería traslada Órdenes solicitadas y Receta Médica a Servicios Destino
9	Enfermera de Sala de Operaciones - Responsable comunica a Enfermera Coordinadora para asignación de cama
10	Enfermera Coordinadora establece con Enfermera Supervisora para asignación de cama
11	Médico Anestesiólogo indica Alta de Recuperación
12	Enfermera de Sala de Operaciones - Responsable coordina traslado con Enfermera de Piso
13	Enfermera de Piso traslada camilla junto a Técnico
14	Enfermera de Sala de Operaciones - Responsable entrega paciente y reporte verbal

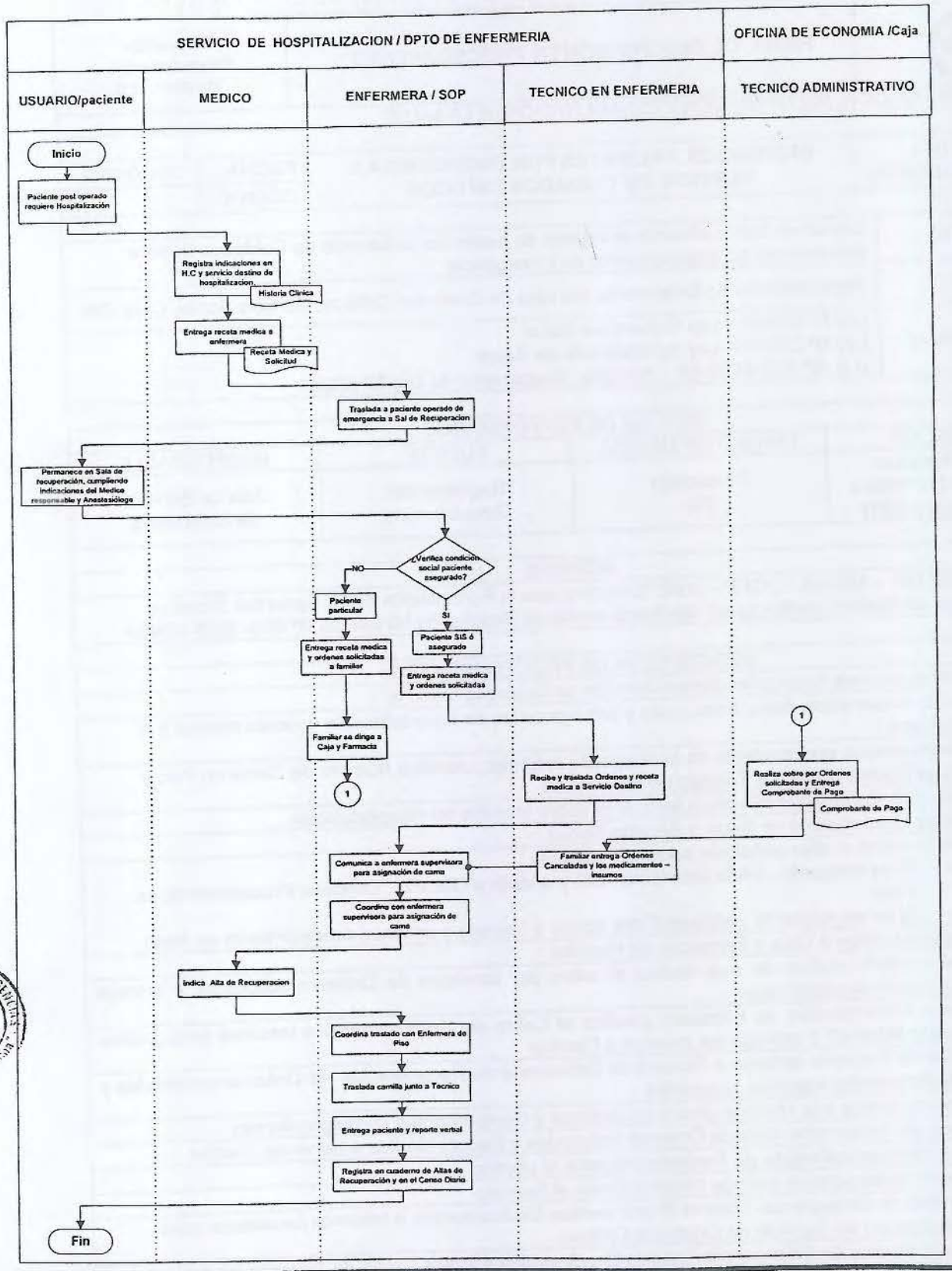
15	Enfermera de Sala de Operaciones - Responsable registra en Cuaderno de Altas de Recuperación y en el Censo Diario
FIN	Paciente post operado de emergencia hospitalizado

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Internamiento	Especialidad Quirúrgica de Emergencia	Diaria en cantidad dependiente a la demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Historia clínica de Hospitalización	Servicio de Hospitalización	Diaria en cantidad dependiente a la demanda	Manual

DEFINICIONES :	Consiste en la hospitalización del paciente intervenido quirúrgicamente de Emergencia con el fin de garantizar su rápida recuperación a través de la aplicación de medidas médico-terapéuticas y de cuidados de Enfermería en los Servicios de Hospitalización del HEJCU
REGISTROS :	Orden-Pedido de Sala de Operaciones, Historia Clínica, comprobante de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: HOSPITALIZACION DEL PACIENTE POST- OPERADO DE EMERGENCIA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	INGRESO DE PACIENTES POR EMERGENCIA A SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Lograr en forma eficiente el ingreso de pacientes al Servicio de Cuidados Críticos proveniente del Departamento de Emergencia
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Servicio de Cuidados Críticos, Servicio Social, Caja, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
¿Nº de ingresos realizados / Nº total a programado x 100?	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefe de Servicio de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere hospitalización en Servicio de Cuidados Críticos
1	Medico responsable llena, firma, sella y entrega orden de hospitalización y receta médica a la Enfermera
2	Enferma realiza cumplimiento de indicaciones médicas, coordina Número de Cama en Piso y entrega Receta Médica a Técnico de Enfermería
3	Técnico de Enfermería informa a familiares sobre trámites de Hospitalización
4	Familiar Responsable se dirige a Servicio Social
5	Servicio social evalúa condición social de paciente : - Si es indigente , inicia Inscripción SIS y orienta a Usuario . Continúa Procedimiento en Paso - Si no es indigente , entrega Ficha Social a Usuario y continúa procedimiento en Paso
6	Familiar se dirige a Caja y Farmacia del Hospital
7	Técnico administrativo de caja realiza el cobro por concepto de Ordenes solicitadas y entrega comprobante de dicho pago
8	Técnico Administrativo de Farmacia ¿realiza el Cobro de Medicamentos e Insumos consignados en receta Médica? Y entrega los mismos a Familiar
9	Familiar de Paciente entrega a Técnico de Enfermería de Recuperación las Órdenes canceladas y los Medicamentos-Insumos requeridos
10	Enfermera anexa a la Historia clínica las órdenes y Comprobantes correspondientes .
11	Técnico de Enfermería traslada Órdenes solicitadas y Receta Médica a Servicios Destino
12	Oficina de Hospitalización de Pacientes registra al usuario
13	Personal de estadística entrega historia clínica al Servicio
14	Enfermera de Emergencia-Trauma Shock verifica Medicamentos e Insumos necesarios para Hospitalización en Servicio de Cuidados Críticos
15	Personal Médico de Emergencia-Trauma Shock evalúa e indica Orden de Traslado de paciente
16	Personal de Enfermería supervisan traslado de paciente

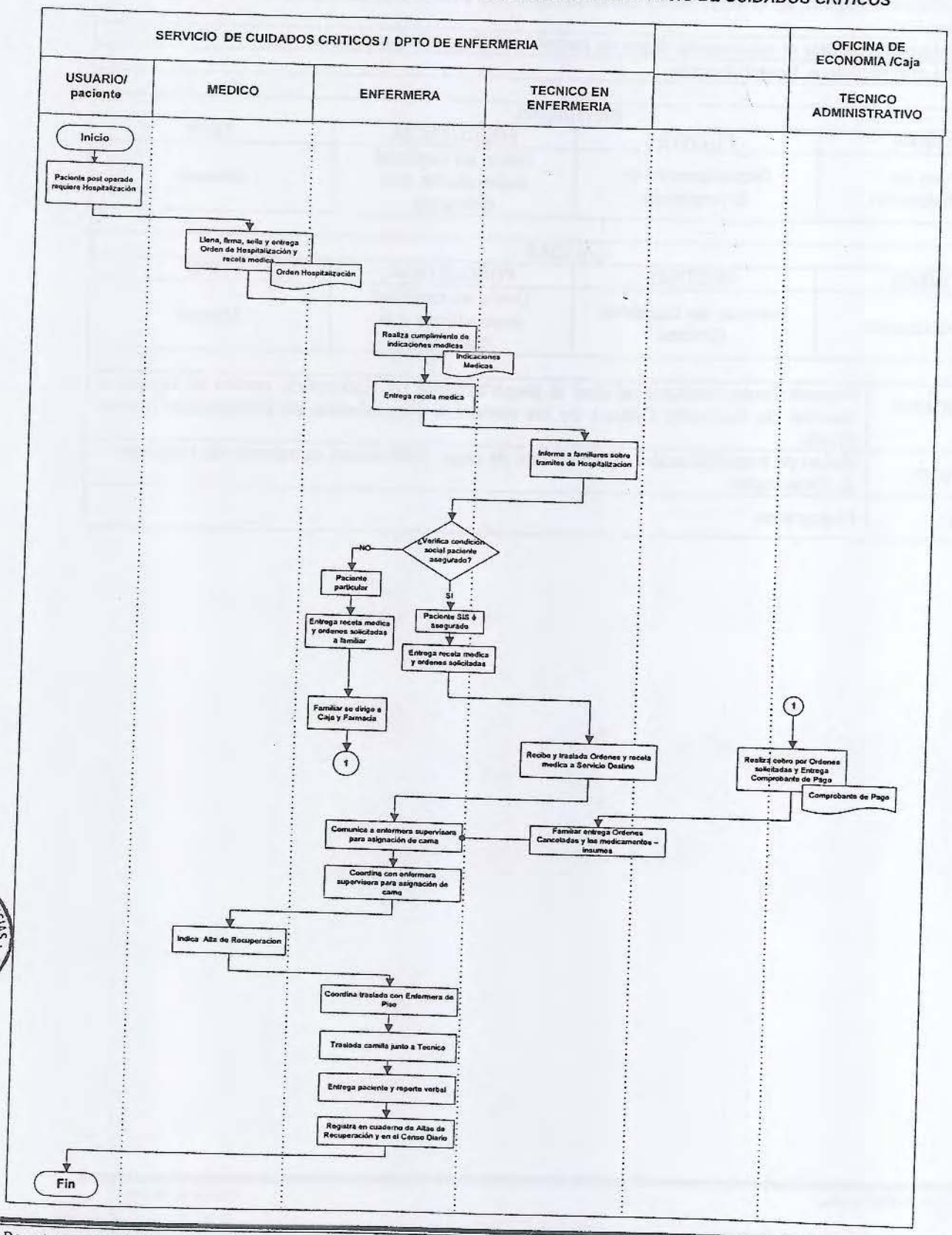
17	Personal de Cuidados Críticos recepciona y estabiliza Paciente
18	Enfermera recepciona historia, Comprobantes de Pago y verifica medicamentos e insumos solicitados
19	Enfermera registra en el Movimiento diario de pacientes y en el libro de Ingresos y Altas del Servicio
20	Enfermera reporta el movimiento diario de pacientes a Supervisora de área
FIN	Usuario accede a hospitalización

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de hospitalización	Departamento de Emergencia	Diaria en cantidad dependiente a la demanda	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Hospitalización	Servicio de Cuidados Críticos	Diaria en cantidad dependiente a la demanda	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Departamento de Enfermería realiza el ingreso a Servicio de Cuidados Críticos de los pacientes provenientes de Emergencia-Trauma Shock
REGISTROS :	Orden de hospitalización, comprobante de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: INGRESO DE PACIENTE POR EMERGENCIA A SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Reintegrar al paciente a su entorno social (hogar)
ALCANCE :	Servicios de Hospitalización
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de egresos efectivos / Nº altas solicitadas x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Hospitalización	Supervisora de Enfermería o Jefe del Servicio de Hospitalización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere Alta Hospitalaria
1	Médico determina el alta del paciente, realiza la papeleta de alta y la hoja de Epicrísis por duplicado
2	Enfermera revisa que esté conforme y realiza las anotaciones de Enfermería finales.
3	Enfermera y Técnico verifican la integridad de Historia (incluyendo exámenes auxiliares, ecografías y Electrocardiogramas, anexados y engrapados)
4	Enfermera entrega la relación de Pacientes de Alta al Departamento de Enfermería y al Servicio de Vigilancia, para su conocimiento y control respectivo .
5	Técnico de Enfermería verifica Día Administrativo : • Si es Día Domingo, entrega Historia Clínica en Caja, y Placas Radiográficas y Tomografías en Admisión. Continúa en Paso 8. • Si es Día de Lunes a Sábado . Continúa en Paso siguiente.
6	Técnico de Enfermería separa Placas Radiográficas y Tomografías : - Las Tomografías deben ser entregadas directamente y con cargo a los familiares. - Las Radiografías de pacientes traumatológicos van al servicio de traumatología, - Las Radiografías de pacientes SOAT van a su servicio. - Todas las demás placas Radiográficas van al Servicio de Rayos X.
7	Técnico de Enfermería verifica Horario y Día Administrativo : - Si es Horario Administrativo (Lunes a Viernes de 8 am hasta la 1:45 pm y los Sábados hasta las 12:30), entrega La Historia de Alta en el Servicio de Cuenta Pacientes - Si no es Horario Administrativo y es día de Lunes a Sábado, entrega en Contabilidad o Caja de acuerdo a la disponibilidad del Personal
8	Técnico de Enfermería entrega al Servicio de Traumatología las Historias Clínicas Traumatológicas con sus respectivas placas de Rx. y con cargo.

9	Persona de Contabilidad considera condición de deudor de Sangre : - Si el paciente no adeuda sangre, continúa en Paso 13 - Si el Paciente adeuda sangre y no la ha devuelto, continúa en Paso siguiente .
10	Personal de Contabilidad solicita firma de Compromiso de Devolución ante Jefe de Laboratorio, la Dirección o el Jefe de Guardia para que proceda el Alta
11	Familiar del paciente o Persona Responsable firma Compromiso de Devolución ante Personal detallado en Paso anterior
12	Familiar entrega Compromiso de Devolución firmado en Caja
13	Personal de Contabilidad entrega Papeleta de Alta
14	Familiar entrega Papeleta de Alta a Enfermera
15	Enfermera anota el alta (día, hora) en el libro de estadística de pacientes del servicio previo ticket cancelado.
16	Enfermera anota el alta en el censo diario.
17	Enfermera coordina con Nutrición para orientación de la Dieta del paciente
18	Enfermera informa y orienta al paciente sobre cuidados en su hogar y horario de administración de medicamentos
FIN	Usuario accede a Alta Hospitalaria

ENTRADAS

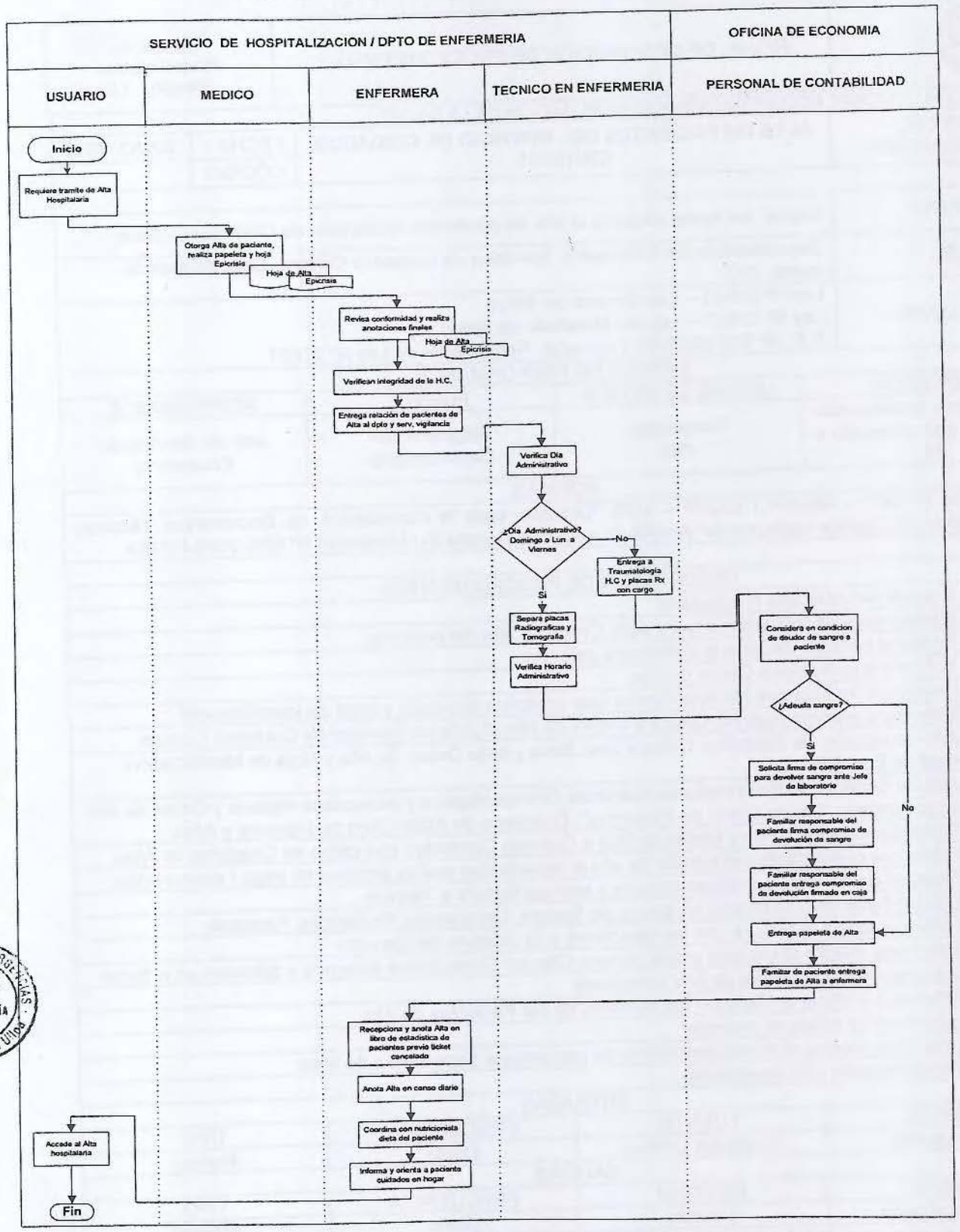
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Usuario requiere Alta Hospitalaria	Servicios de Hospitalización	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario accede a Alta Hospitalaria	Servicios de Hospitalización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Egreso del paciente del Hospital a su domicilio
REGISTROS :	Libros de Hospitalización , Historia clínica, Papeleta de alta y boleta de pago, ficha social, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: ALTA DE PACIENTE HOSPITALIZADO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ALTA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS**	FECHA :	JULIO- 2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente el alta de pacientes del servicio de Cuidados Críticos
ALCANCE :	Departamento de Enfermería, Servicios de Cuidados Críticos, Caja, Asistencia social, OEI
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de egresos realizados / Nº total a programado x 100	Porcentaje (%)	Registros del Departamento	Jefe de Servicio de Enfermería

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Usuario requiere alta hospitalaria
1	Medico responsable llena, firma y sella Orden de alta del paciente
2	Personal entrega Orden a la Enfermera Jefe
3	Enfermera recepciona Orden de alta
4	Enfermera verifica que Historia Clínica este completa (Epicrisis y Hoja de Identificación)
5	Enfermera entrega Historia Clinica y Orden de Alta al Jefe del Servicio de Cuidados Críticos
6	Jefe de servicio de Cuidados Críticos visa, firma y sella Orden de Alta y Hoja de Identificación, Hoja de Epicrisis
7	Jefe de Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos registra y recepciona Historia y Orden de Alta en el Formato "Censo Diario de Pacientes", Cuaderno de Altas, Libro de Ingresos y Altas
8	Técnico entrega Historia y Orden de Alta a Cuentas Corrientes con cargo en Cuaderno de Altas
9	Enfermera orienta sobre el trámite de alta al usuario que realiza proceso de pago / exoneración
10	Personal de cuentas corrientes elabora y entrega factura a Técnico
11	Técnico hace visar la factura en Banco de Sangre, Laboratorio, Radiología, Farmacia
12	Técnico entrega la factura con las visaciones a la Jefatura del Servicio
13	Enfermera orienta al Usuario sobre primera Cita por Consultorios externos y cuidados en el hogar
14	Enfermera verifica Boleta de Alta Cancelada
15	Enfermera informa al Vigilante los nombres de los Pacientes de Alta
16	Enfermera da salida al paciente
17	Enfermera reporta el movimiento diario de pacientes a Supervisora de área
FIN	Usuario accede alta hospitalaria

ENTRADAS

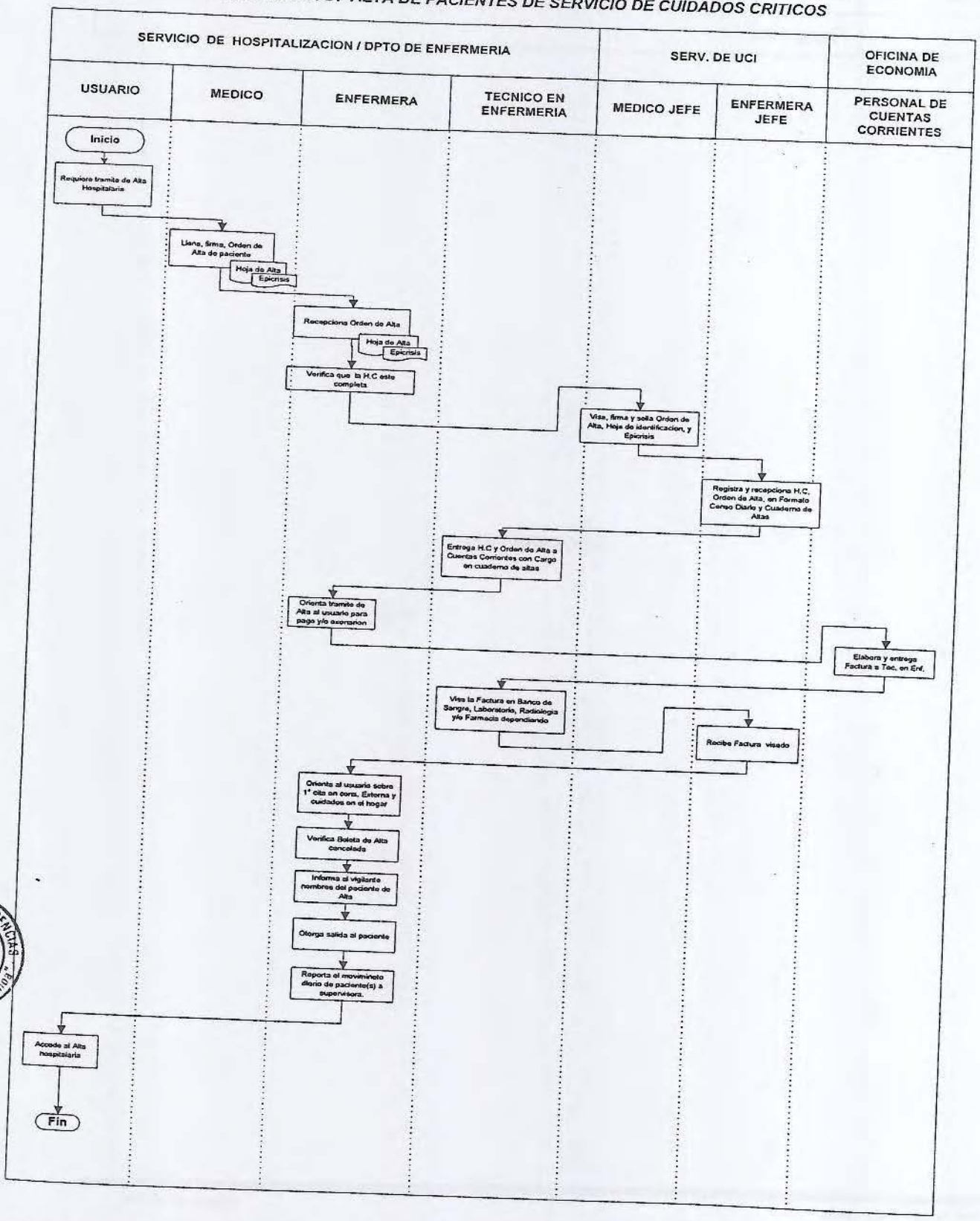
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Orden de Alta	Cuidados Críticos	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Alta Hospitalaria	Usuario	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Departamento de Enfermería permite el egreso de los pacientes hospitalizados en Cuidados Críticos
REGISTROS :	Orden de alta, comprobante de pago, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: ALTA DE PACIENTES DE SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procesos y Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO.	**COLOCACION Y RETIRO DE: GORRO, MASCARRILLA, LENTES PROTECTORES Y BOTAS**	FECHA	JULIO-2012
OBJETIVO :	- Los Gorros se utiliza para proteger el cabello de aerosoles que pueden impregnar el cabello y contaminar partes del cuerpo como rostro y manos así como ropas u otros objetos inanimados. - Las mascarillas y lentes protectores se usan con la finalidad de proteger mucosas de ojos, nariz y boca y prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire y cuya puerta de entrada o salidas puede ser el aparato respiratorio.		
ÁMBITO DE ALCANCE :	Servicio de Esterilización.		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

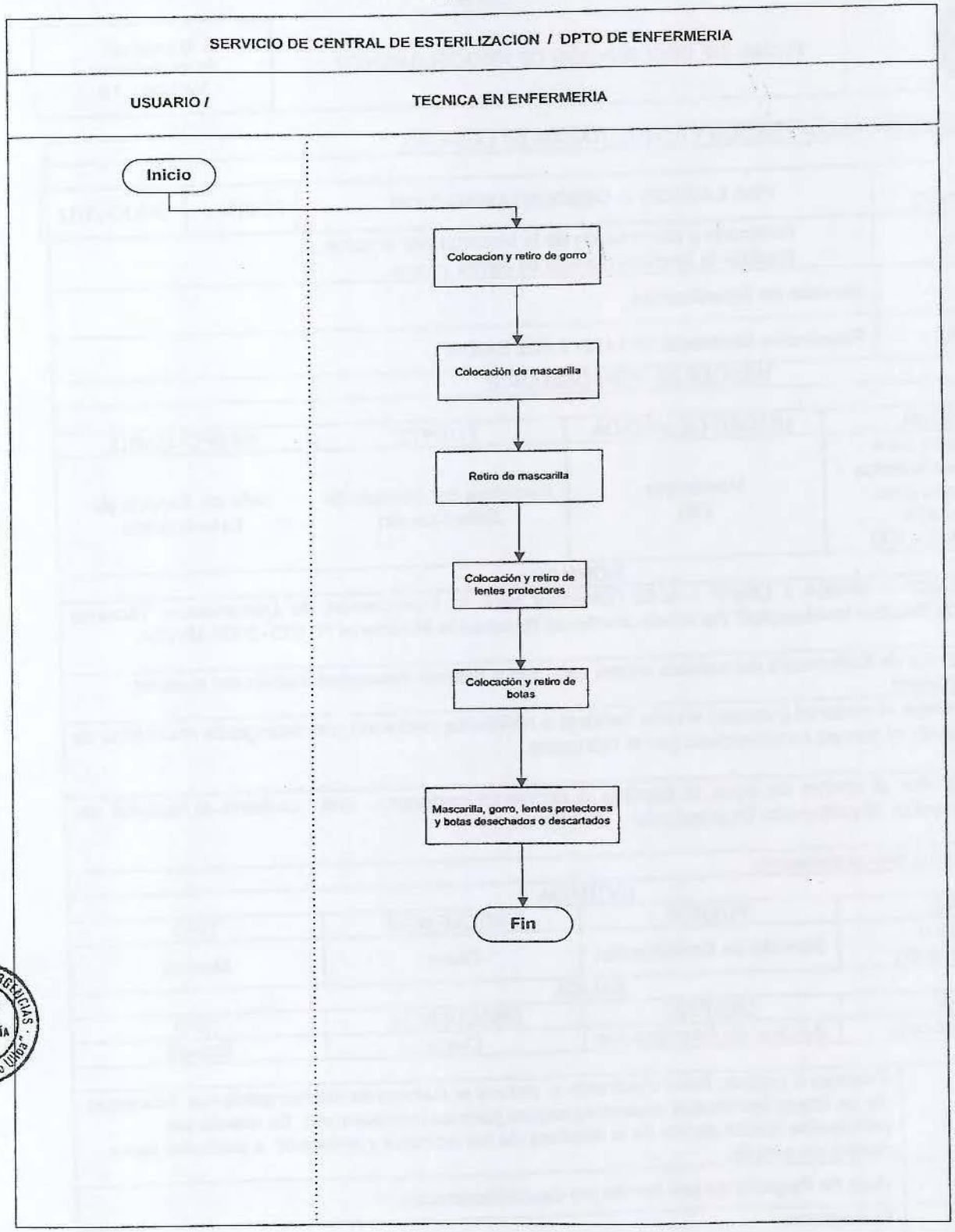
- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	TEF de Central de Esterilización identifica necesidad de colocarse gorro, mascarilla, lentes protectores y botas.
1	COLOCACION Y RETIRO DEL GORRO - Colocarse el gorro cubriendo completamente el cabello, de manera que no puedan caer pelos o partículas que puedan contaminar - Ajustar cómodamente - Lavarse las manos - Después de utilizados retirarlos y desecharlos. - Lavarse las manos
2	COLOCACION DE MASCARILLA - Colocarse la mascarilla cubriendo nariz y boca, luego amarrarla tomando solamente las tiras. - Moldear a la altura de la nariz para que quede cómoda y segura. - Lavarse las manos. PARA SU RETIRO - Desamarrar las tirar. - Eliminar la mascarilla. - Lavarse las manos después de eliminarla.
3	LENTES PROTECTORES Y BOTAS - Los lentes protectores deben ser amplios, ajustables al rostro y deben dar protección frontal y lateral. - Las botas deben cubrir el calzado y deben ser eliminados al término del uso - Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
FIN	Mascarilla, gorro, lentes protectores y botas descartado

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de Gorro Colocación de Mascarilla	Servicio de Esterilización	Diario	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Retiro de Gorro Retiro de Mascarilla	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.
REGISTROS :	Ninguno
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: **COLOCACIÓN Y RETIRO DE: GORRO, MASCARRILLA, LENTES PROTECTORES Y BOTAS**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**PRE LAVADO O DESCONTAMINACION**	FECHA :	JULIO-2012
OBJETIVOS	- Remoción y disminución de la biocarga por arrastre. - Realizar la limpieza manual en forma segura.		
AMBITO DE APLICACION	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de equipos para esterilización pre lavados / Nº de equipos para esterilización recepcionadas x 100.	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	Técnica de Enfermería del servicio origen procede a realizar descontaminación del material quirúrgico
1	Sumerge el material (remoja) en una bandeja o recipiente perforado con detergente enzimático de acuerdo al tiempo recomendado por el fabricante.
2	Pasa por el chorro de agua la bandeja o recipiente perforado que contiene el material sin manipular el contenido. Deja escurrir
FIN	Material descontaminado

ENTRADA

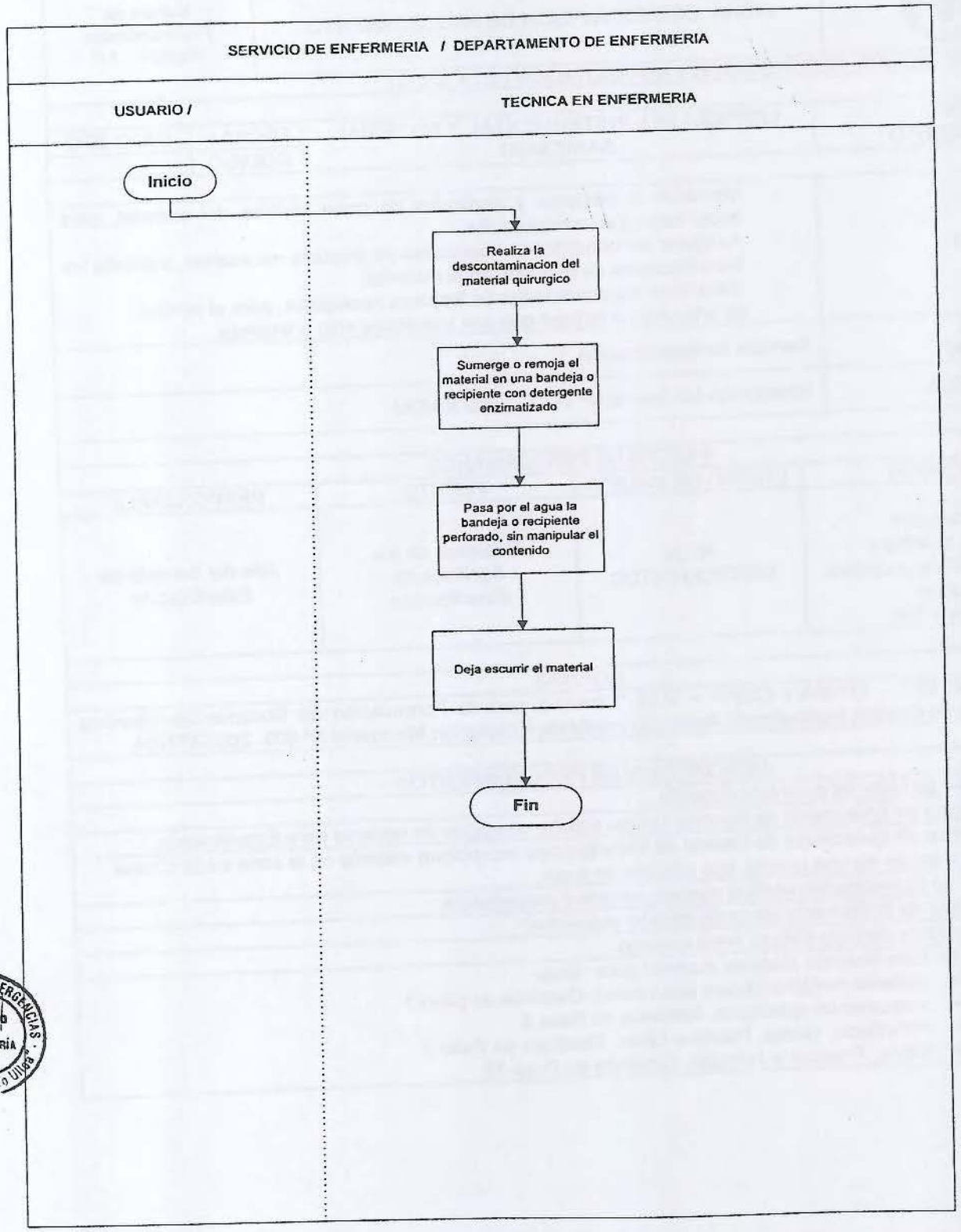
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Pre lavado o descontaminación	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material pre lavado	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Proceso o método físico destinado a reducir el numero de microorganismos (biocarga) de un objeto inanimado dejándolo seguro para su manipulación. Es una de las principales tareas dentro de la limpieza de los artículos y antecede a cualquier tarea dentro de este fin.
REGISTROS :	Hoja de Registro de pre lavado y/o descontaminación.
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: PRE LAVADO O DESCONTAMINACION



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL SANITARIO	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	
OBJETIVOS :	- Disminuir la biocarga y partículas de polvo visibles del material, para hacer segura su manipulación. - Asegurar las condiciones adecuadas de limpieza necesarias, evitando las incrustaciones de residuos en el material. - Garantizar las condiciones de limpieza necesarios, para el rehúso de artículos no críticos que son sometidos solo a limpieza.		
AMBITO DE APLICACIÓN	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de paquetes para esterilización lavados y lubricados / Nº de paquetes para esterilización recepcionadas x 100	Nº de INSTRUMENTOS.	Registros de los Servicios de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Envío de material para esterilización
1	Técnico de Enfermería de Servicio Origen solicita recepción de material para Esterilización
2	Técnico de Enfermería de Central de Esterilización recepciona material en la zona sucia o zona roja a través de una puerta, con ventana de paso
3	TEF de Esterilización verifica número, estado y procedencia.
4	Técnico de Enfermería anota en registro respectivo
5	Técnico de Servicio Origen firma el cargo
6	TEF de Esterilización clasifica material para lavar : ➢ Material metálico (Acero inoxidable). Continúa en paso 7 ➢ Instrumental quirúrgico. Continúa en Paso 8 ➢ Polietileno, Goma, Plástico, Látex. Continúa en Paso 9 ➢ Vidrio, Frascos y Jeringas. Continúa en Paso 10

7	Técnico de Enfermería realiza Lavado de Artículos de Material Metálico (cubetas, tambores, semilunas, lavatorios) : • Retira restos de cinta o tape. • Coloca los materiales en la poza con detergente enzimático, estableciendo el tiempo y la dilución de acuerdo a las indicaciones propias del producto. • Enjuaga con abundante agua, eliminando todo residuo de solución de detergente. • Realiza un último enjuague. • Realiza el escobillado si fuera necesario. • Seca los materiales con un paño limpio. • Continúa en Paso
8	Técnico de Enfermería realiza Lavado del Instrumental Quirúrgico (pinzas, tijeras, etc.): ❖ Revisa minuciosamente el instrumental recepcionado, de acuerdo a la descripción del mismo (Nº. De piezas, y estado de conservación). ❖ Abre las pinzas y las desarma si fuera posible. ❖ Coloca el instrumental dentro del recipiente en forma ordenada, comenzando por el instrumental más pesado al fondo del recipiente metálico o de plástico perforado. ❖ Coloca el instrumental en una bandeja perforada y la sumerge dentro de un lavatorio que contenga el detergente enzimático para su descontaminación. Dicho lavatorio estará ubicado en la poza de lavado. ❖ Lleva la bandeja bajo el chorro de agua para eliminar el máximo de la biocarga. ❖ Escobilla el instrumental, especialmente las cremalleras y los espacios internos de las pinzas. ❖ Enjuaga con abundante agua, eliminando todo residuo de la solución de detergente. ❖ Realiza un último enjuague. ❖ Seca los materiales con un paño limpio. ❖ Traslada el material a la zona limpia o azul para su preparación, mantenimiento y empaque.
9	Técnico de Enfermería realiza Lavado de Material de Polietileno, Goma, Plástico, Látex : ➢ Retira los restos adheridos a las superficies si los hubiera (por ej. Residuo de esparadrapo), con algodón impregnado de bencina pura. ➢ Sumerge en detergente enzimático. En el caso de ser tubulares, hace uso de una jeringa de 60cc. con punta de cono, o asepto jeringa para llenar todo el lumen con la solución. ➢ Retira y enjuaga con abundante agua (es ideal utilizar pistolas de agua a presión o caños especiales a presión en forma de cono con diferentes medidas o diámetros para lavar el lumen de sondas, alargadores, conectores, corrugados, etc.) ➢ Realiza el último enjuague con agua. ➢ Deja escurrir al medio ambiente (es ideal utilizar fluido de aire comprimido o cámaras secadoras de corrugados con aire filtrado). ➢ Continúa en Paso.
10	Técnico de Enfermería realiza el Lavado de Material de Vidrio, Frascos y Jeringas : o Sumerge el material en una solución con detergente enzimático. o Lava el interior del frasco con una escobilla (del tipo usado en los biberones) o hisopos, de acuerdo al tamaño requerido. o Enjuaga repetidas veces bajo el chorro de agua corriente. o Seca por fuera con un paño. (No secar con paños de género el interior para evitar o intromisión de cuerpos extraños, pelusas u otros). o Continúa en Paso

11	Técnico de Enfermería realiza Secado de Material: El secado manual debe realizarse con paño o aire comprimido. Para ello se deberá contar con un tubo para diferentes lúmenes.
12	Técnico de Enfermería realiza la Lubricación del Material: El lubricante deberá ser soluble en el agua. Es importante realizarlo después de la limpieza y antes de la esterilización como primer paso preventivo en los instrumentos ya que pueden presentar rigidez, dificultad en el manejo, manchas y otros eventos.
13	Técnico de Enfermería traslada material a zona azul
14	Técnico de Enfermería almacena-deposita material
15	Técnico de Enfermería registra Procedimiento realizado
FIN	Material limpio, lavado y lubricado

ENTRADAS

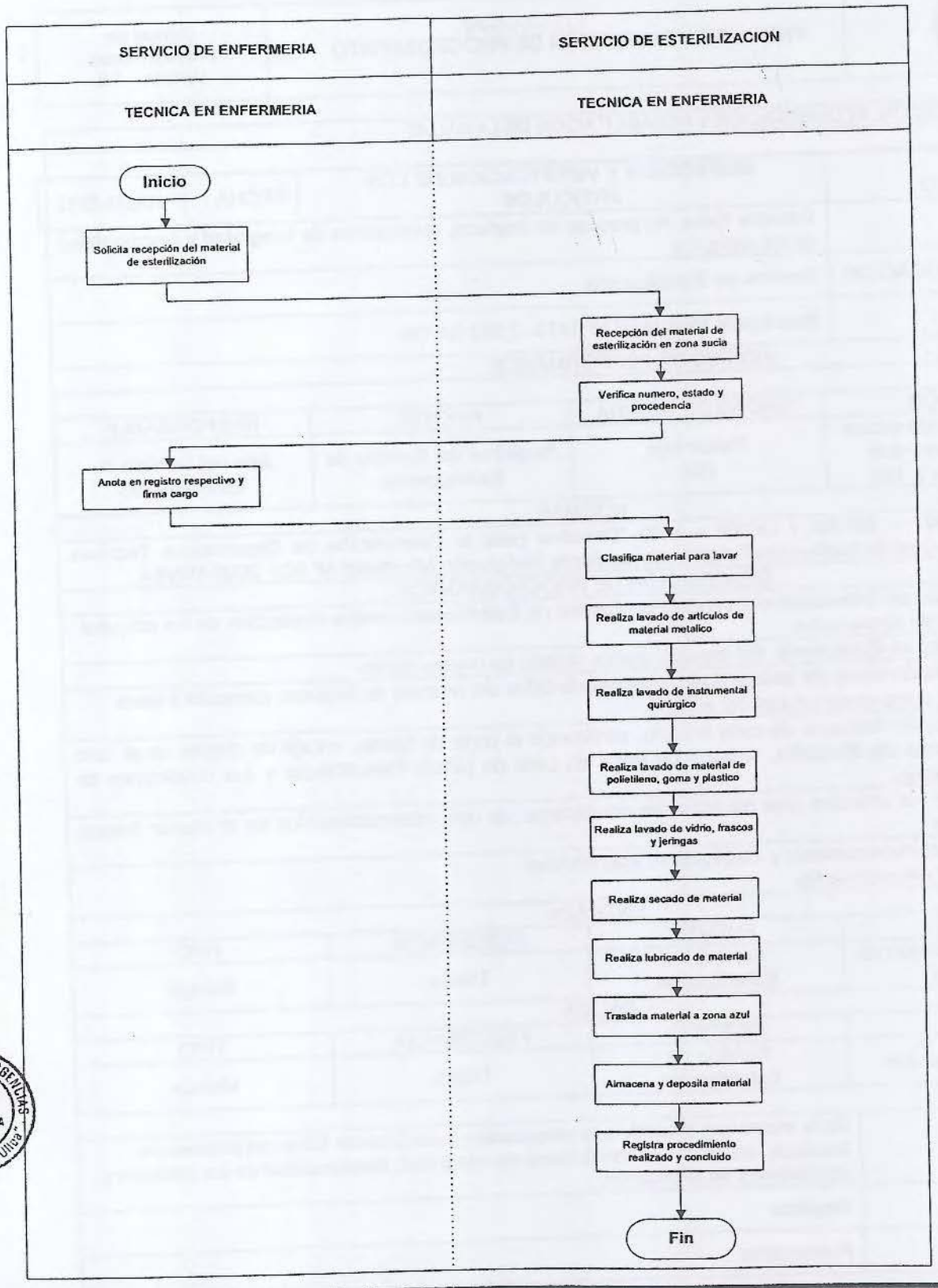
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Recepción de Material para esterilización	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material limpio, lavado y lubricado	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	La limpieza.- Es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, en superficies y en objetos, utilizando para ello el lavado manual o mecánico. Se disminuye la biocarga (numero de microorganismos) a través del arrastre mecánico. Usualmente se utiliza agua y detergente para este proceso. Se recomienda sin embargo, emplear detergente enzimático para garantizar la eficacia del proceso de limpieza.
REGISTROS :	Hoja de Registro de Limpieza del Instrumental y Material Sanitario
ANEXOS :	Fluxograma

PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL SANITARIO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**INSPECCION Y VERIFICACION DE LOS ARTICULOS**	FECHA :	JULIO-2012
OBJETIVO :	Detectar fallas del proceso de limpieza, condiciones de integridad y funcionalidad de los artículos.		
AMBITO DE APLICACION	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº. de instrumentos sucios / Nº. de instrumentos inspecionados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Técnico de Enfermería del servicio de Central de Esterilización realiza inspección de los artículos antes de empacarlos.
1	Técnico de Enfermería del servicio realiza lavado de manos clínico
2	Inspección visual de cada artículo, observando fallas del proceso de limpieza, corrosión y otros daños como quebraduras del artículo.
3	Inspección funcional de cada artículo, verificando el corte de tijeras, encaje de dientes en el caso de pinzas de disección, sistema de traba en caso de pinzas hemostáticas y sus condiciones de lubricación.
4	Retirar los artículos que no estén en condiciones de uso, reemplazándolos en el menor tiempo posible
5	Material inspeccionado y verificado su operatividad
6	Fin del procedimiento.

ENTRADA

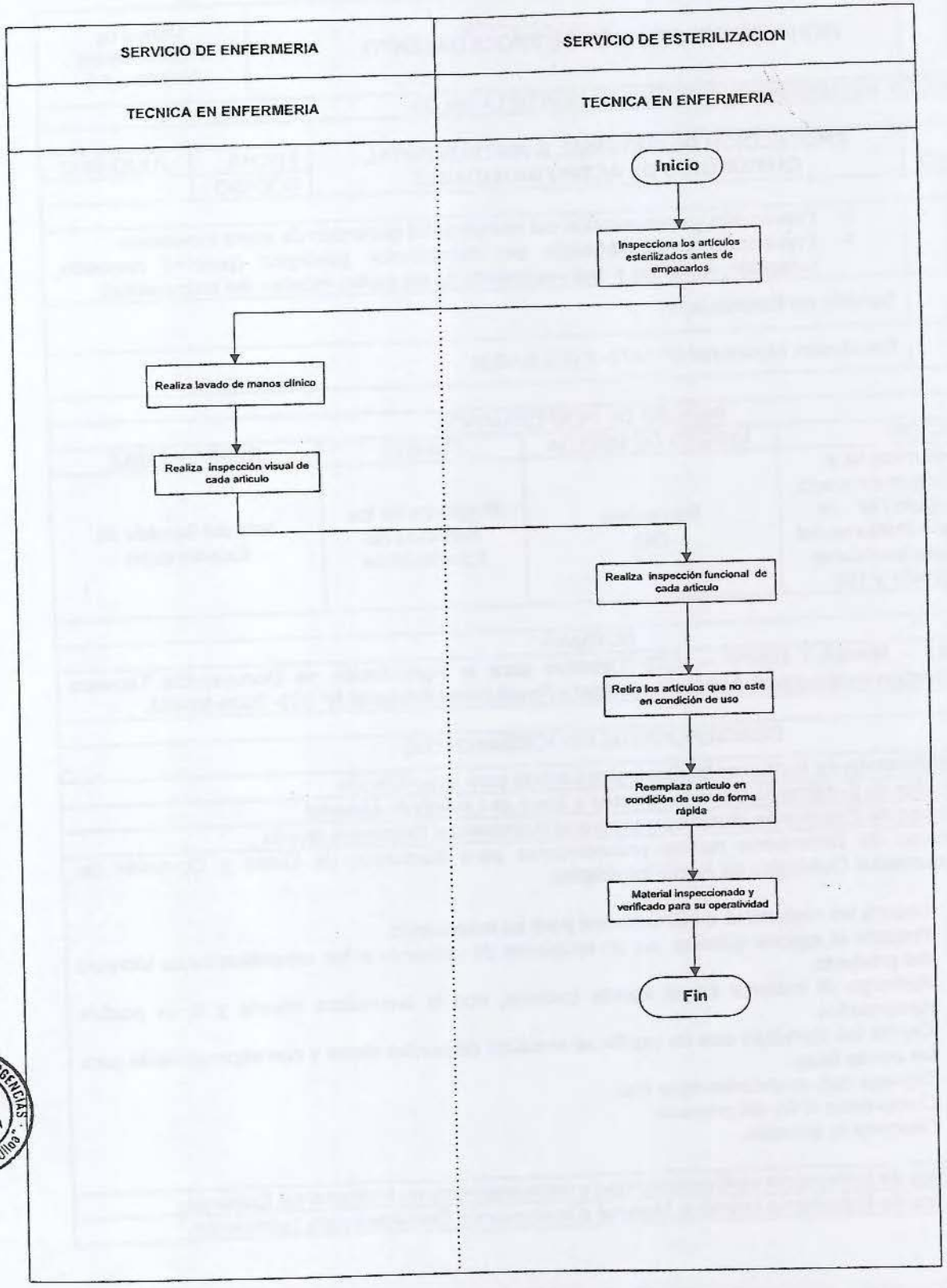
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Inspección y verificación de los artículos	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material inspeccionado	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la etapa que precede a la preparación para detectar fallas del proceso de limpieza, así como las condiciones de integridad, funcionalidad de los artículos y condiciones de lubricación.
REGISTROS :	Registro
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: INSPECCION Y VERIFICACION DE LOS ARTICULOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**PROTECCIÓN DE MATERIAL E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE ACERO INOXIDABLE**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	
OBJETIVO :	➢ Prevención y conservación del instrumental quirúrgico de acero inoxidable. ➢ Prevención y conservación del instrumental quirúrgico (prevenir corrosión, oxidación, manchas y endurecimiento de las partes móviles del instrumental).		
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de piezas de material e instrumental quirúrgico de acero inoxidable protegido / Nº de piezas de material e instrumental quirúrgico de acero inoxidable lavado almacenado x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Identificación de Instrumental Quirúrgico Lavado para esterilización
1	Técnico de Enfermería traslada material a Zona de Lavado de Material
2	Técnico de Enfermería identifica y separa el Instrumental Quirúrgico lavado
3	Técnico de Enfermería realiza procedimiento para Remoción de Óxido y Corrosión del Instrumental Quirúrgico de Acero Inoxidable: ➢ Separa los materiales o instrumentos para su tratamiento. ➢ Prepara el agente químico en un recipiente de acuerdo a las especificaciones técnicas del producto. ➢ Sumerge el material en el agente químico, con la cremallera abierta y si es posible desarmados. ➢ Cepilla las manchas con un cepillo no metálico de cerdas duras y con esponja verde para las zonas lisas. ➢ Enjuaga con abundante agua fría. ➢ Comprueba el fin del procedo ➢ Descarta la solución.
4	Técnico de Enfermería verifica integridad y funcionamiento de Instrumental Quirúrgico
5	Técnico de Enfermería identifica Material e Instrumental Quirúrgico para Lubricación

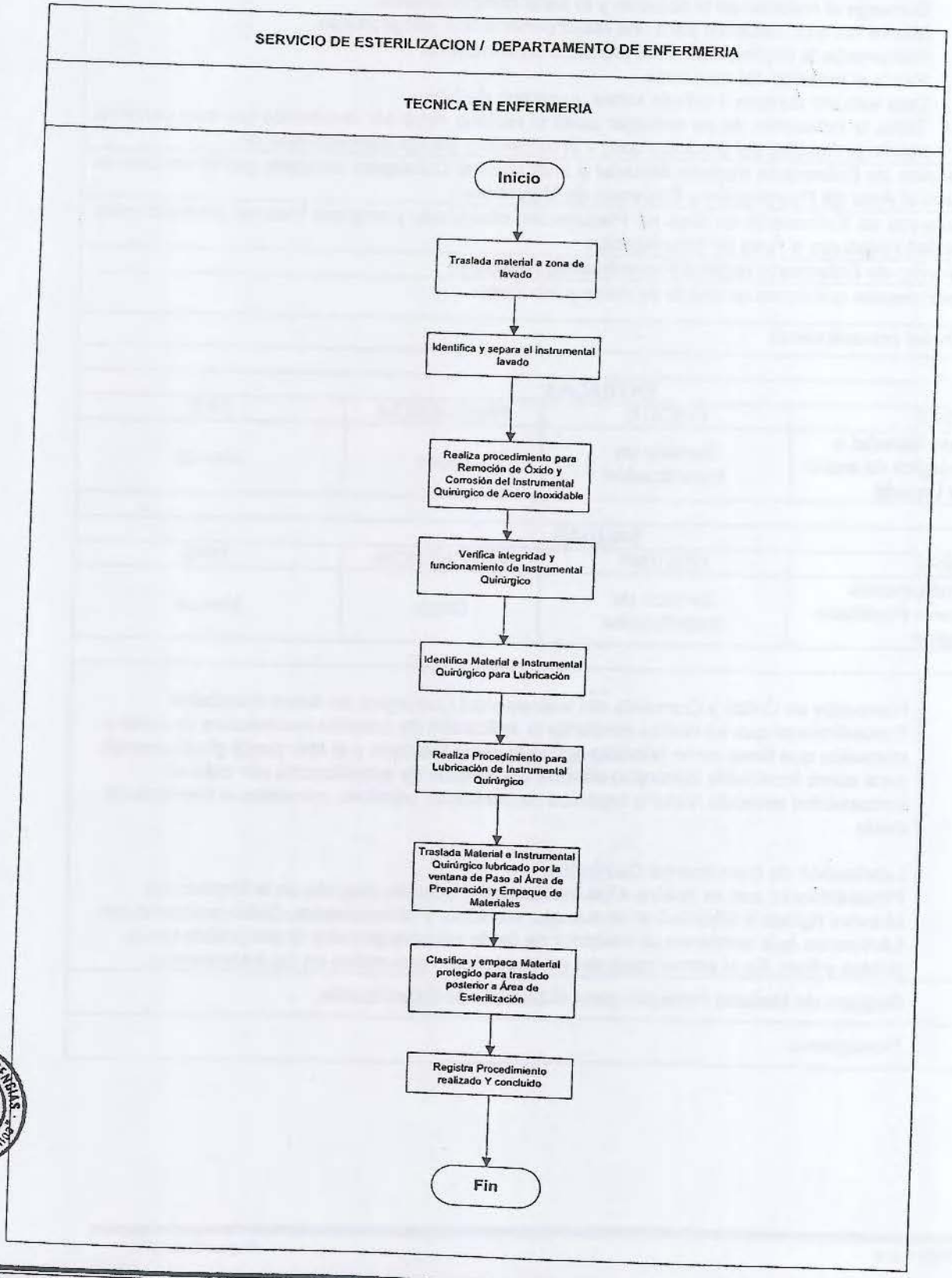
6	Técnico de Enfermería realiza Procedimiento para Lubricación de Instrumental Quirúrgico: ❖ Separa los materiales o instrumentos previamente limpios y secos para su tratamiento. ❖ Coloca el agente químico en un recipiente (viene lista para ser usada). ❖ Sumerge el material en la solución y lo baña completamente ❖ Mueve las articulaciones para una mejor penetración del producto. ❖ Comprueba la impregnación del producto en el material ❖ Retira el material del recipiente ❖ Deja escurrir durante 1 minuto sobre un campo de tela. ❖ Toma la indicación de no enjuagar pues el residuo debe ser mantenido (de esto deriva la acción protectora del producto contra la oxidación, siendo talmente inocuo).
7	Técnico de Enfermería traslada Material e Instrumental Quirúrgico lubricado por la ventana de Paso al Área de Preparación y Empaque de Materiales
8	Personal de Enfermería en Área de Preparación clasificada y empaca Material protegido para traslado posterior a Área de Esterilización
9	Técnico de Enfermería registra Procedimiento Realizado
10	Instrumental quirúrgico removido de óxido y lubricado
11	Fin del procedimiento

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Identificación de Material e Instrumental Quirúrgico de acero inoxidable Lavado	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material e Instrumental Quirúrgico de acero inoxidable Protegido	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Remoción de Óxido y Corrosión del Instrumental Quirúrgico de Acero Inoxidable Procedimiento que se realiza mediante la aplicación de solución removedora de óxido y corrosión que tiene como principio activo el acido fosfórico y el éter propil glicol especial para acero inoxidable quirúrgico cuando por efectos de esterilización por calor el instrumental acumula materia orgánica carbonizada, barnices, minerales o manchas de óxido. Lubricación de Instrumental Quirúrgico. Procedimiento que se realiza a los instrumentos cuando después de la limpieza se observa rigidez y dificultad en el manejo, manchas y otros eventos. Debe realizarse con lubricantes que contienen un inhibidor de óxido útil para prevenir la electrolisis de las puntas y filos. Es el primer paso del mantenimiento preventivo en los instrumentos.
REGISTROS :	Registro de Material Protegido para el Servicio de Esterilización
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: PROTECCIÓN DE MATERIAL E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE ACERO INOXIDABLE



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**EMPAQUE DE MATERIALES**	FECHA :	JULIO-2012

OBJETIVOS :	- Protección, identificación y mantenimiento de la esterilidad. - Facilitar el transporte, el manejo por el usuario, la apertura y Transferencia del material estéril (con técnica aséptica), permitiendo una utilización segura.
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

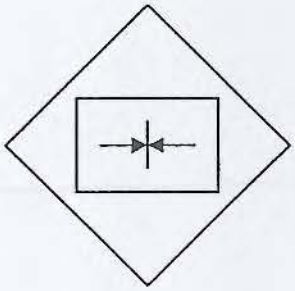
INDICES DE PERFORMANCE

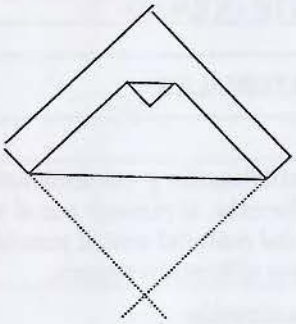
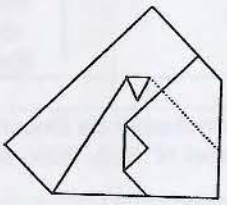
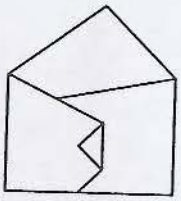
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº. de paquetes con tamaño adecuado / Nº. de paquetes inspecionados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

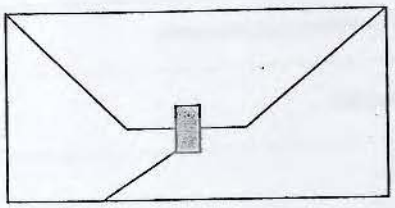
INICIO	TEF de Central de Esterilización procede a empacar el material:
1	Posiciona el material diagonalmente en el centro del empaque. Coloca el indicador o integrador químico interno en el centro del empaque.



2	Dobla la punta que da a la persona que esta preparando de tal manera que llegue al centro del paquete cubriendo el artículo. Luego realiza un doblez con la punta hacia fuera. 
3	Dobla los laterales hacia el centro del paquete en forma de sobre, siempre haciendo un doblez en la punta. Realiza el mismo procedimiento en el otro lado de modo que ambas cubran el artículo.  

HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa
V°B°
ENFERMERÍA

4 Completa el paquete levantando la cuarta y última punta hacia el centro del paquete. Coloca no menos de 5 cm de cinta de control.

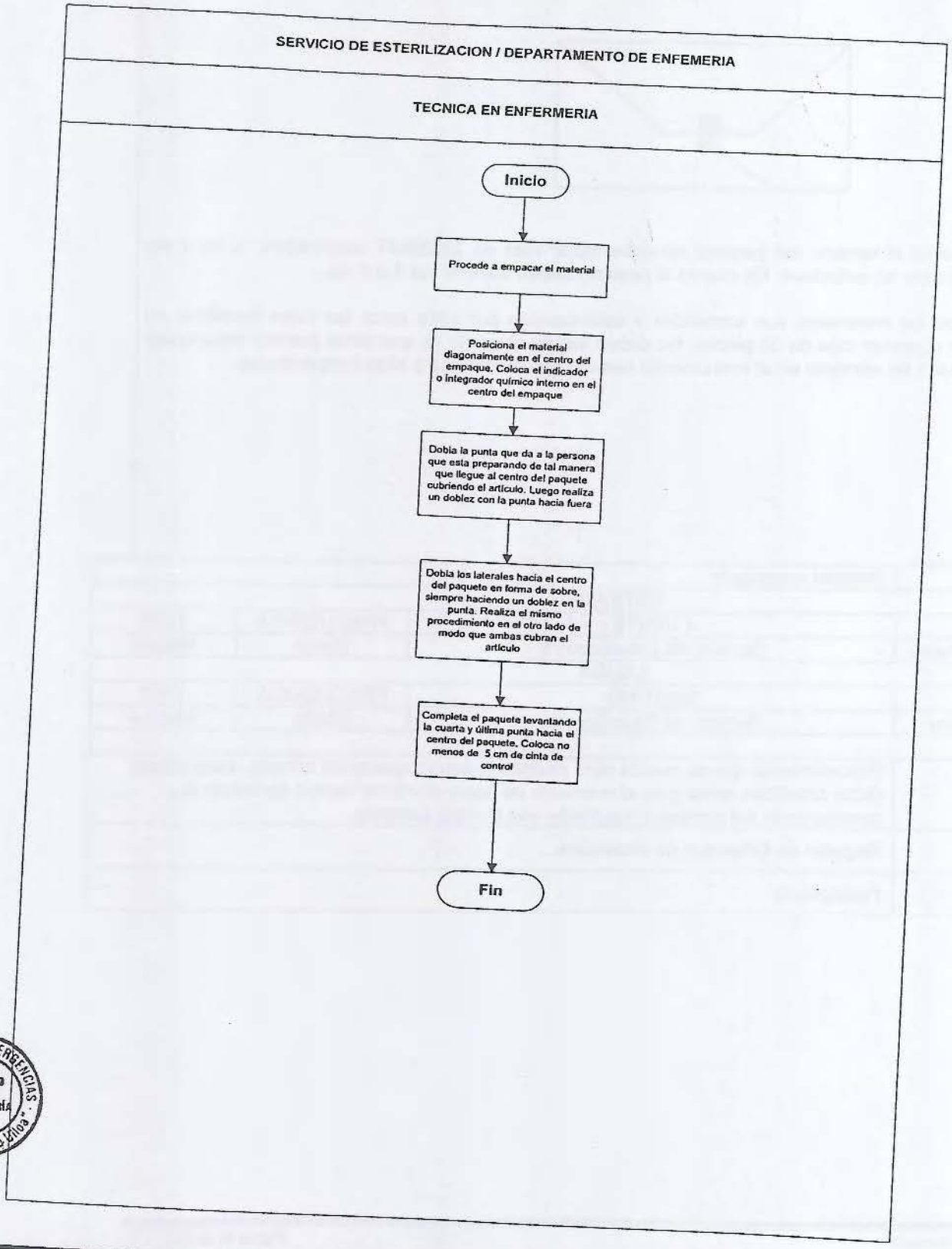


En cuanto al tamaño del paquete no debe medir más de 28x28x47 centímetros si va a ser esterilizado en autoclave. En cuanto al peso no deben superar los 4 a 5 Kg.

Cuando los materiales son sometidos a esterilización por calor seco, las cajas metálicas no deben contener más de 30 piezas. No deben ser de aluminio ya que estas pueden desprender partículas de aluminio en el instrumental cuando son sometidas a altas temperaturas.

FIN	Material empacado		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Empaque de materiales	Servicio de Esterilización	Diario	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Equipos empacados.	Servicio de Esterilización	Diario	Manual
DEFINICIONES	Procedimiento que se realiza para permitir la esterilización del artículo, asegurando dicha condición antes y en el momento de uso y al mismo tiempo favorecer la transferencia del contenido mediante una técnica aséptica.		
REGISTROS :	Registro de Empaque de Materiales.		
ANEXOS :	Fluxograma		

PROCEDIMIENTO: EMPAQUE DE MATERIALES



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**SELLADO E IDENTIFICACION DE PAQUETE**	FECHA	JULIO-2012
OBJETIVOS :	-Mantener después de la preparación, esterilización, almacenamiento, distribución, la esterilidad del. Contenido de los paquetes antes y en el momento del uso. -Permitir la identificación de la carga, almacenamiento, periodo de caducidad y posibilidades de rastrear los paquetes esterilizados en caso ocurran problemas de orden técnico con el equipamiento o evento infeccioso atribuido a la falla del proceso de esterilización.		
AMBITO DE APLICACIÓN :	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Paquetes mal sellados o con arrugas / paquetes inspeccionados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

NICIO	TEF de Central de esterilización identifica necesidad de sellado de paquete
1	Lavado de manos clínico.
2	Observa las condiciones de integridad del paquete en cuanto a arrugas o áreas quemadas.
3	Regula la selladora al nivel adecuado de temperatura para el sellado eficaz.
4	Realiza el sellado dando al empaque un margen mínimo de 3 cm. de los bordes que permitan una apertura del paquete en forma aséptica (manga mixta) y de 1 – 2 cm. si se trata de manga de polietileno.
5	Evalúa el proceso de empaque, para verificar lo siguiente: - Integridad del material de la capa externa - Integridad de los sellos - Identificación correcta - Viraje del indicador químico - Lectura de la fecha de vencimiento
6	Rotula el paquete identificando: - Contenido del paquete y número de piezas - Servicio al que corresponde - Fecha de esterilización - Caducidad - Persona responsable de su preparación - Iniciales del operador (responsable de la esterilización).
FIN	Paquete sellado e identificado

ENTRADA

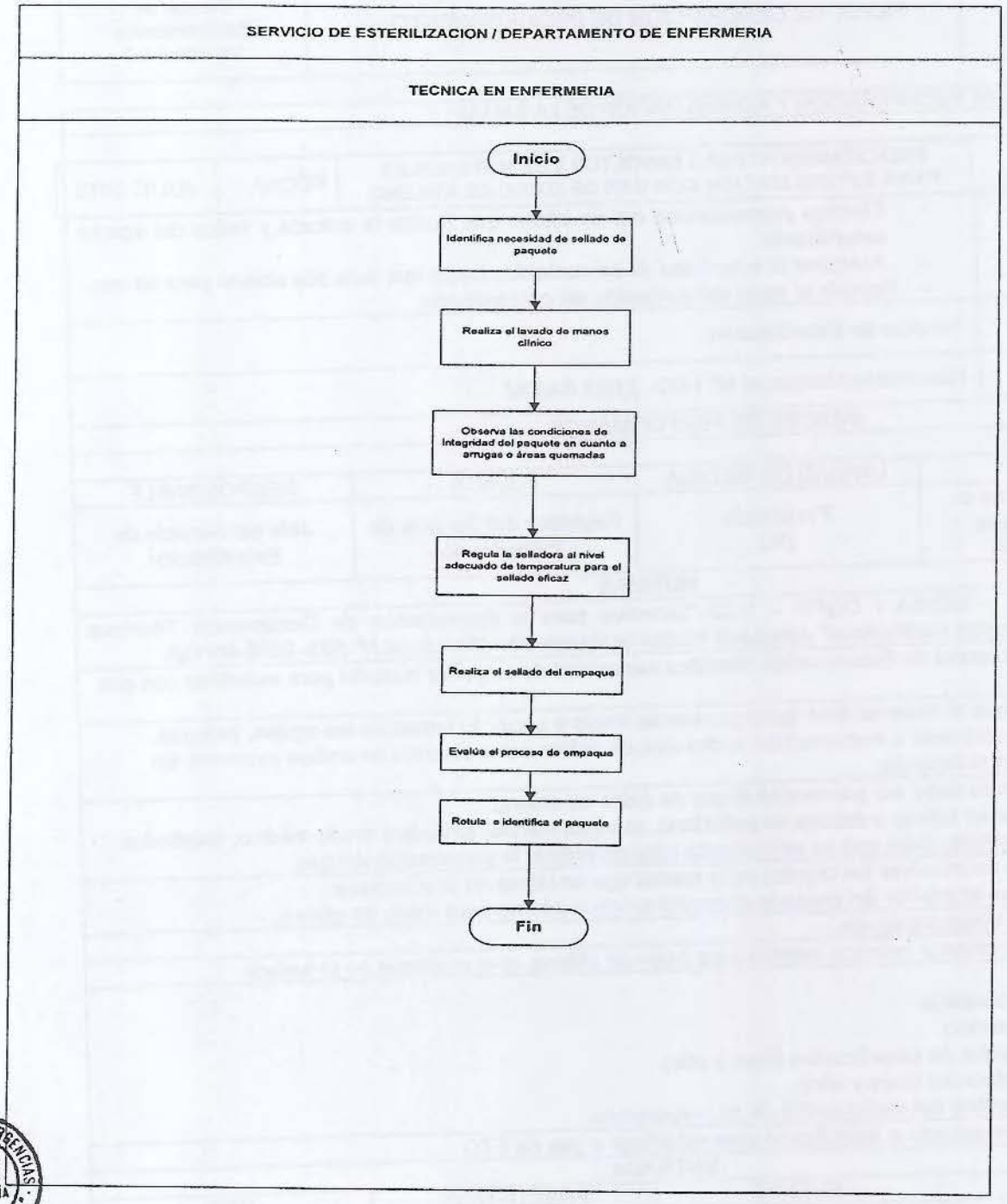
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Sellado e identificación de paquete	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paquetes sellados e	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

identificados.	
DEFINICIONES :	Sellado: Procedimiento que se realiza con la finalidad de garantizar el cierre hermético del paquete. Identificación del Paquete: Procedimiento que se realiza con la finalidad de rastrear los paquetes esterilizados en caso ocurran problemas de orden técnico con el equipamiento o algún evento adverso infeccioso atribuido a la falla del proceso de esterilización.
REGISTROS :	Registro de Sellado e Identificación de Paquete
ANEXOS :	Fluxograma

PROCEDIMIENTO: **SELLADO E IDENTIFICACION DE PAQUETE**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**PROCEDIMIENTO PARA ENVOLTURA DE MATERIALES PARA ESTERILIZACION CON GAS DE OXIDO DE ETILENO**	FECHA :	JULIO-2012
OBJETIVOS :	- Efectiva permeabilidad del envoltorio que facilite la entrada y salida del agente esterilizante. - Asegurar la esterilidad de su contenido hasta que éste sea abierto para su uso. - Permitir el retiro del contenido sin contaminarlo.		
AMBITO DE APLICACIÓN :	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Paquetes mal sellados o con arrugas / paquetes inspeccionados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	TEF de Central de Esterilización identifica necesidad de empacar material para esterilizar con gas de ETO
1	Verifica que el material esté quirúrgicamente limpio y seco. El lumen de las agujas, jeringas, sondas, catéteres e instrumentos endoscópicos deben estar abiertos en ambos extremos sin mandriles ni tapones.
2	La envoltura debe ser permeable al gas de óxido de etileno. Debe usarse bolsas o sobres de polietileno, mangas mixtas, empaque grado médico, diseñados especialmente, cuyo uso se recomienda para garantizar la penetración del gas.
3	La forma de envolver los objetos es la misma que se utiliza en el autoclave. Colocar en el interior del paquete el control químico interno para óxido de etileno.
4	Sellar la bolsa o paquete.
5	Colocar indicador químico externo para óxido de etileno, si el empaque no lo tuviera
6	Rotular: - Contenido. - Servicio. - Fecha de esterilización (mes y año). - Caducidad (mes y año). - Nombre del responsable de su preparación.
FIN	Material empacado e identificado para esterilizar a gas de ETO

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Sellado e identificación del paquete	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

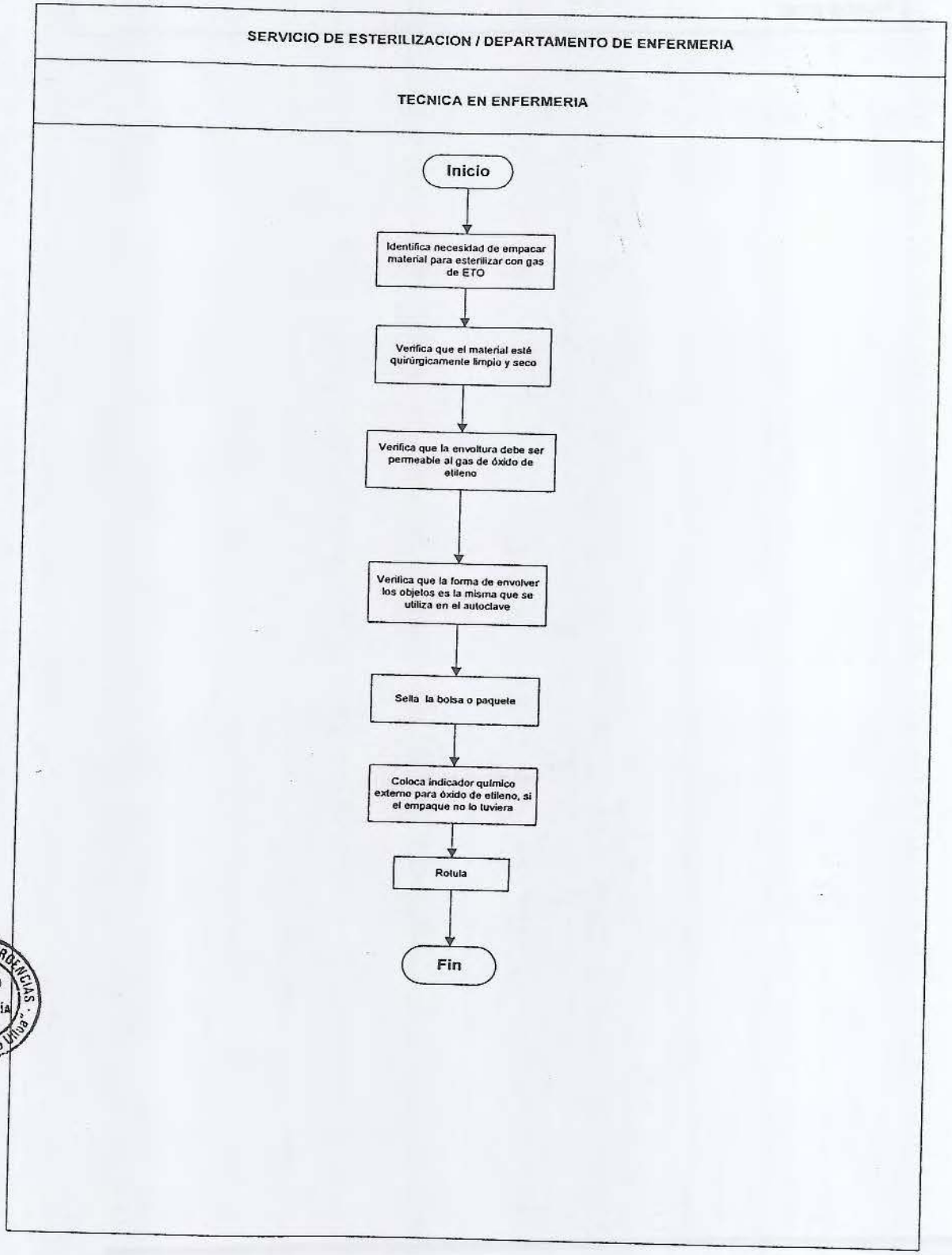
SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Equipos sellados e identificados.	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento que se realiza para permitir la esterilización del artículo, asegurando dicha condición antes y en el momento de uso al mismo tiempo favorecer la

	transferencia del contenido mediante una técnica aséptica.
REGISTROS :	Registro de procedimiento para envoltura de materiales para esterilización con gas de Oxido de Etileno
ANEXOS :	Fluxograma

PROCEDIMIENTO: **PARA ENVOLTURA DE MATERIALES PARA ESTERILIZACION CON GAS DE OXIDO DE ETILENO**



AL DE EMERGENCIAS
VºBº
ENFERMERÍA
Casimiro Ulloa

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**PROCEDIMIENTO PARA CORTADO, DOBLADO Y EMPAQUETADO DE GASA**	FECHA :	JULIO-2012
OBJETIVO :	Estandarizar la preparación de estos materiales.		
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	TEF de Central de Esterilización identifica necesidad de preparación de material de gasa
1	Desenrollar el paquete de gasa y extenderlo a lo largo de la mesa, teniendo en cuenta que los bordes coincidan entre sí y estén parejos.
2	Proceder a cortar teniendo en cuenta las siguientes medidas: - Mecha vaginal..... 1.10 m x 25 cm. – doble (05 dobleces y enrollado, al término del doblado la medida será de 0.5 x 100 cm, el empaque será unitario). - Mecha nasal..... 55 cm. x 6 cm. (05 dobleces y enrollado, al término del doblado la media será de 1.5 x 0.50 cms; el empaque será unitario). - Gasa estampilla..... 10 cm. x 10 cm. (07 dobleces, al término del doblado debe quedar con la mediad de 0.5 cm x 0.5 El empaque será de 03 unidades.)
FIN	Material de gasa cortado y doblado

ENTRADA

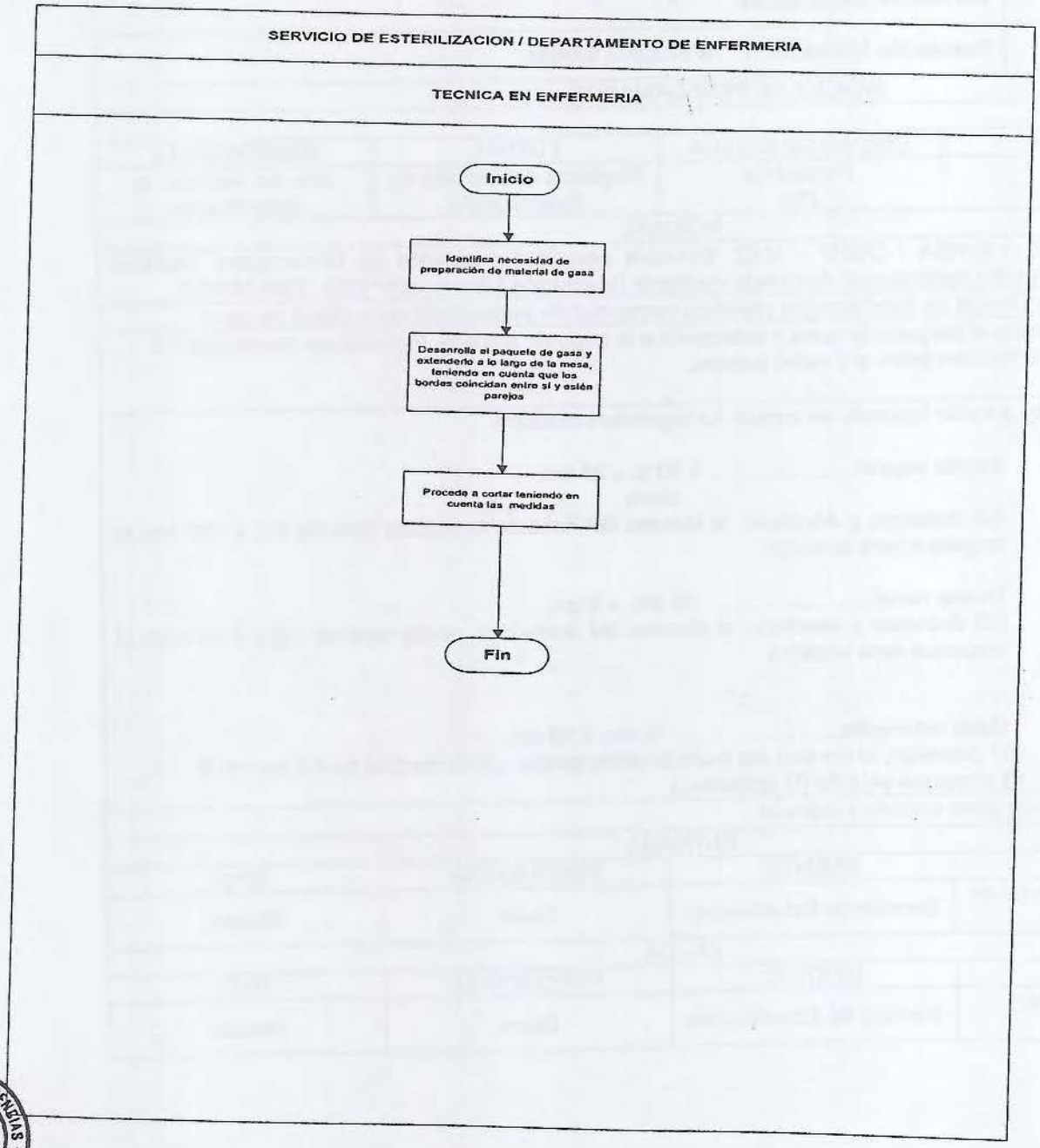
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Preparación de material de gasa	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Mechas y gasas preparadas.	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento que se realiza para garantizar las medidas y preparación de estos materiales.
REGISTROS :	Registro para Cortado Doblado y Empaque de Gasa.
ANEXOS:	Fluxograma

PROCEDIMIENTO: **PARA CORTADO, DOBLADO Y EMPAQUETADO DE GASA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (GLUTARALDEHIDO ACTIVADO AL 2%)**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVO :	Prevenir y controlar las enfermedades Infecciosas Intrahospitalarias
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	R.M.Nº 1462 -2,002 SA/DM.

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº Equipos desinfectados / Nº Equipos programados x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación para Desinfección de Alto Nivel
1	Enfermera emite indicación para Procedimiento de Desinfección
2	TEF adopta las medidas iniciales de Bioseguridad (Se coloca el mandil impermeable, mascarilla, lentes protectores y guantes.)
3	Procede a realizar la limpieza del material. (La limpieza manual o mecánica deberá realizarse observando cuidadosamente el artículo. Haciendo uso de escobillas apropiadas para la limpieza de los lúmenes).
4	Inspecciona y confirma que el material esté completamente limpio para proceder al secado.
5	Activa la solución y coloca en el recipiente con tapa que contenga bandeja perforada.
6	Rotula fecha de activación y expiración.
7	Realiza cambio de guantes.
8	Sumerge completamente el material en la solución desinfectante y aspira con una jeringa por todos los canales o lúmenes del artículo.
9	Tapa el contenedor para evitar exposición laboral
10	Registra hora de inicio y término del proceso.
11	Realiza cambio de guantes.
12	Saca la bandeja con el material
13	Dejar escurrir en forma aséptica.
14	Enjuaga el material con abundante agua estéril, teniendo sumo cuidado para evitar la contaminación.
15	Procede al secado utilizando gasas o campos estériles.
16	Coloca los artículos en campo estéril para su uso inmediato o almacena en un contenedor estéril.
17	Registra procedimiento realizado
FIN	Material desinfectado

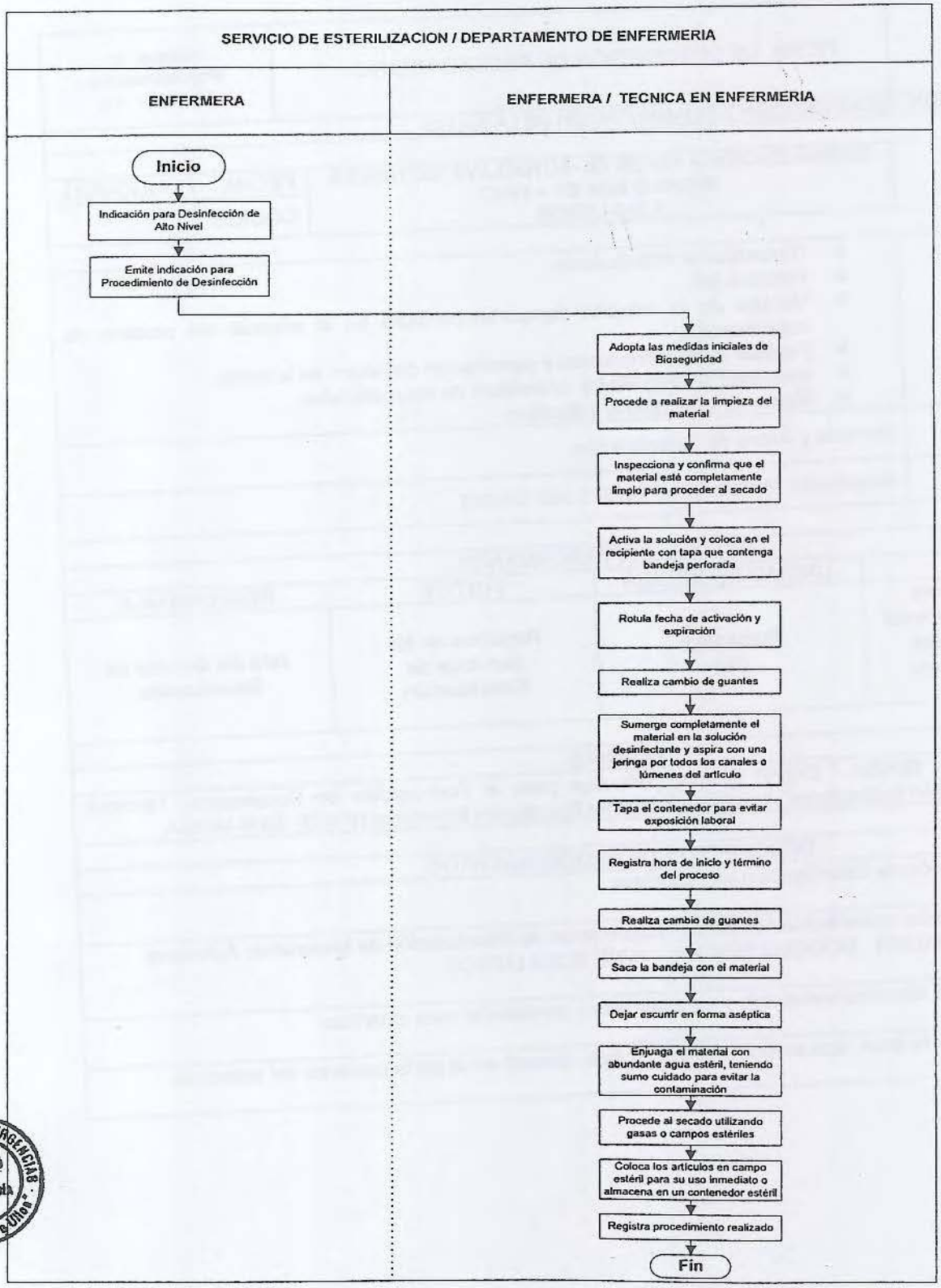
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación para Desinfección de Alto Nivel	Servicio y Áreas de Esterilización	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material Desinfectado	Servicio y Áreas de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL Es el proceso realizado con agentes químicos líquidos que eliminan a todos los microorganismos, excepto algunas esporas bacterianas, como ejemplos: el Orthopthaldehido, el glutaraldehido, el acido Peracético, el dióxido de cloro, el peroxido de hidrogeno y el formaldehído entre otros. Glutaraldehido AL 2% su acción es consecuencia de la alquilación de de componentes celulares alterando la síntesis proteica de los ácidos ADN Y ARN. Es bactericida, fungicida, virucida, micobactericida y esporicida.
REGISTROS :	Hoja de Registro de desinfección de Alto Nivel.
ANEXOS :	Fluxograma

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (GLUTARALDEHIDO ACTIVADO AL 2%)



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	ESTERILIZACIÓN A VAPOR EN AUTOCLAVE TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 LITROS	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	
OBJETIVOS :	➢ Garantizar la esterilización. ➢ Prevenir IIH ➢ Ventaja de la relación tiempo/temperatura en la eficacia del proceso de esterilización. ➢ Facilitar la libre circulación y penetración del vapor en la carga. ➢ Mantener la integridad y esterilidad de los materiales. ➢ Mantener operativo el autoclave		
AMBITO DE APLICACION :	Servicio y Áreas de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de paquetes esterilizados en Autoclave/ Número de paquetes recibidos en el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de Esterilización en Autoclave
1	Enfermera emite indicación para Procedimiento de Esterilización de Material en Autoclave TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 LITROS
2	Técnico identifica existencia y características de material para esterilizar
3	Prender la llave que se encuentra en la caja (pared) en la parte posterior del autoclave

4	Antes de prender el equipo verificar: • Si hay fluido eléctrico • Que el ablandador esté prendido y esté mostrando la hora actual • Que los 02 enchufes de ósmosis estén conectadas (permanentemente) • Que el tanque de presurización de agua osmótica tenga el peso suficiente (que no esté liviana) es de color celeste • Que los manómetros donde se encuentran los filtros marquen entre 25 a 30 PSI • Que la presión de aire del autoclave marque 80 PSI • Presión de agua: 25 - 50
5	Encender el equipo con la llave general del equipo: - OFF ---------- apagado - ON ---------- prendido
6	Verificar manómetro de presión de vapor (STEAM GENERADOR) que se encuentra en la parte frontal del equipo que la aguja marque entre 400 y 500 de la escala interna del manómetro Activar botón verde (prender / apagar) y esperar que la presión de la chaqueta (JACKET) marque 170 Kpa.
7	ANTES DE INICIAR LOS PROCESOS EN EL AUTOCLAVE (mañana): Realizar precalentamiento de la máquina SIN MATERIAL haciendo un proceso con el programa Nº 1
8	Realizar la prueba de BOWIE & DICK con el paquete de prueba, con el programa Nº : 11
9	Realizar control biológico con el programa Nº 05
10	Posterior a estas pruebas cargar la máquina, teniendo en cuenta lo siguiente: - Cargar material que sea homogéneo y que tenga medidas similares, caso contrario se utilizará el programa de esterilización para el paquete de mayor tamaño. - Solo se utilizarán cajas fenestradas y/o cajas con filtros (NO CAJAS CERRADAS) - Los paquetes que tienen bolsa mixta colocarlos con el papel en contacto con la parrilla. - Tener en cuenta que entre paquetes y/o cajas debe haber suficiente espacio que permita al vapor transitar libremente entre todos ellos. - El instrumental que normalmente viene en caja cerrada sacarlo de la caja y empacar en papel crepado (una envoltura) y bolsa mixta. Esterilizar por separado la caja (sin tapa). Después de esterilizado el material Colocarlo en su caja para almacenarlo (el que será utilizado como contenedor). - Evitar sobre cargar la máquina.
11	Cerrar la cámara presionando el botón negro que se encuentra en el panel (tecla de función derecha).
12	Elegir el programa de esterilización de acuerdo a descripción

13	Presionar la tecla START verde para iniciar el proceso CUANDO ES NECESARIO DETENER EL PROCESO PARA COLOCAR MATERIAL ADICIONAL: 1. Presionar STOP en cualquiera de las etapas del proceso, aparece mensaje MAN STOP y se prende la luz roja, esperar a que desaparezca la luz roja presionando tecla stop y se pueda abrir la puerta, Chamber en la escala interna marcará 100 Kpa. 2. colocar el material adicional 3. Cerrar la puerta 4. Iniciar nuevamente el proceso con la tecla START.
14	Esperar a que termine el proceso, verificando las etapas del proceso. Luego aparece el mensaje FIN DE CICLO en la tercera línea y LISTO en la primera línea parte derecha del panel de control (suena un pitillo que avisa que el proceso ha terminado).
14	Abrir la puerta con la tecla opción (derecha) y esperar 05 minutos para retirar el material esterilizado. CUANDO QUEREMOS PONER EN DESCANSO LA MAQUINA: 1. Presionar el botón de espera. 2. Para poner nuevamente en funcionamiento presionar nuevamente el mismo botón.
FIN	Material estéril.

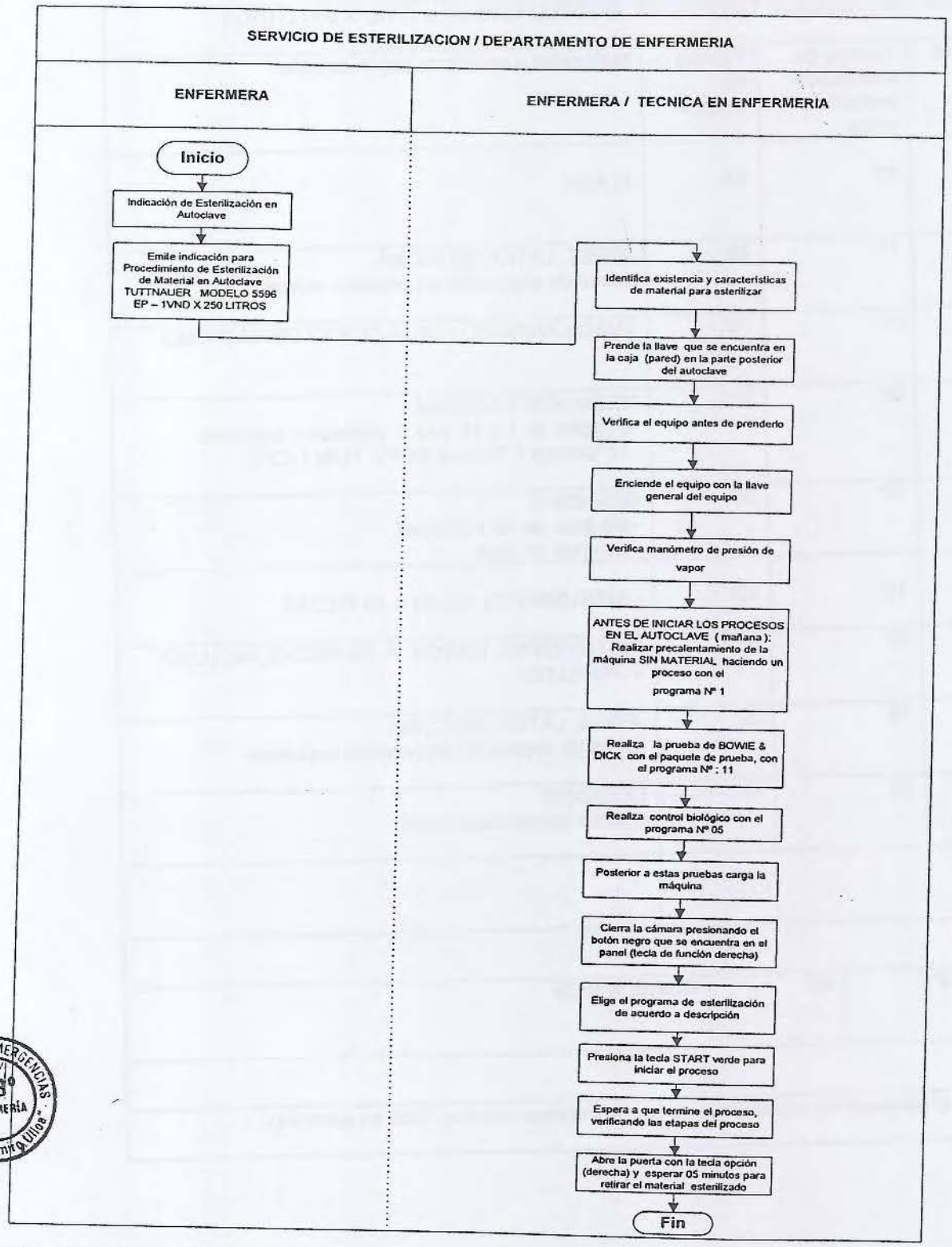
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de Esterilización en Autoclave Tuttnauer x 250 litros	Servicios de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material esterilizado	Servicios	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Esterilización es un proceso por medio del cual se logra la eliminación de todo microorganismo (incluyendo las esporas bacterianas) La esterilización a vapor es el procedimiento de esterilización más común (excepto para los materiales que no pueden resistir el calor y la humedad) creada por el proceso y al equipo que se utiliza se le denomina Autoclave. El mecanismo de acción del calor húmedo es por desnaturalización de las proteínas. La eficiencia del vapor como agente esterilizante depende de: la humedad, el calor, la penetración, mezcla de vapor y aire puro (y de oras impurezas que pudiera contener).
REGISTROS :	Registro de Esterilización a Vapor en Autoclave a Vapor EN AUTOCLAVE TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 LITROS
ANEXOS :	Fluxograma

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: **ESTERILIZACIÓN A VAPOR EN AUTOCLAVE TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 LITROS**



PROGRAMAS AUTOCLAVE TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 LITROS				
Nº	Temperatura	Tiempo de exposición (esterilización)	Tiempo de secado	Materiales a esterilizar según tamaño
1	134ºC	03'	01'	FLASH
2	121ºC	15'	35'	JEBES, LATEX, SILICONA. Jebes de aspiración en posición vertical
3	134ºC	03'	15'	TUBO LARINGEO / CAJA CIDEX / DERMATOMO
4	134ºC	08'	25'	MEDIANOS Y CHICOS: -Equipos de 1 a 15 pzs. / sabanas / mandiles Riñoneras / Fundas SOP / FMM / -CFG
5	134ºC	10'	30'	GRANDES: - equipos de 16 a 29 pzas. - equipos de ropa
6	134ºC	10'	45'	- INSRUMENTAL DE 30 A 50 PIEZAS
7	134ºC	10'	55'	INSTUMENTAL MAYOR A 50 PIEZAS, INCLUSO TORNILLOS
8	121ºC	15'	20'	JEBES, LATEX, SILICONA. Jebes de aspiración en posición horizontal
9	121ºC	20'	----------	LIQUIDOS 5 horas aproximadamente
10				
Programas de prueba				
11	134ºC	3.5'	02'	BOWIE & DICK
Prueba de vacío				
12	Solo lo usará el personal de mantenimiento (de la empresa mientras esté en garantía).			

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERÍA

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ESTERILIZACIÓN A VAPOR EN AUTOCLAVE FINN AQUA 446 - E Nº 1 y Nº 2**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVOS :	➢ Garantizar la esterilización. ➢ Prevenir IIH ➢ Ventaja de la relación tiempo/temperatura en la eficacia del proceso de esterilización. ➢ Facilitar la libre circulación y penetración del vapor en la carga. ➢ Mantener la integridad y esterilidad de los materiales. ➢ Mantener operativo el autoclave
AMBITO DE APLICACION :	Servicio y Áreas de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de paquetes esterilizados en Autoclave/ Número de paquetes recibidos en el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de Esterilización en Autoclave FINN AQUA 446 - E
1	Enfermera emite indicación para Procedimiento de Esterilización de Material en Autoclave FINN AQUA 446 - E
2	Técnico de Enfermería identifica existencia y características de Material para esterilizar
3	Técnico de Enfermería verifica Estado del Equipo Autoclave : ➢ Que haya entrada de fluido eléctrico al autoclave. ➢ Que haya agua en el tanque que está debajo del caldero. ➢ Nivel de agua del tubo visor. (Ver Procedimiento de Manejo y Monitorización del Autoclave 446 E Nº 1) ➢ Que la válvula de entrada de agua esté abierta. ➢ Tiempo que la máquina estuvo apagada. ➢ Que la puerta de la autoclave pueda abrirse. (Ver Procedimiento de Manejo y Monitorización del Autoclave)
4	Técnico realiza precalentamiento del autoclave en SOS
5	Técnico clasifica el Material en grupos acorde a la capacidad del Equipo
6	Técnico traslada Material a Esterilizar al Área de Esterilización

7	Técnico procede al encendido del equipo acorde al Tipo de Autoclave : A - Si es el Equipo Autoclave 446 E Nº 1. Prende la máquina haciendo girar hacia la derecha la llave que se encuentra en la parte frontal superior del autoclave y presiona el botón de selección: - La luz de ciclaje se enciende. - La luz de selección se enciende. B - Si es el Equipo Autoclave 446 E Nº 2 : Coloca en Nº 1 la llave del tablero chico y prende la máquina haciendo girar hacia la derecha la llave que se encuentra en la parte frontal superior del autoclave y presiona el botón de selección: - La luz de ciclaje se enciende. - La luz de selección se enciende.
8	Técnico verifica que el manómetro del caldero marque 2.8, abre la válvula de entrada de vapor (se encuentra junto al caldero) y selecciona el ciclo de acuerdo al material que se va a esterilizar presionando el botón de selección y considerando : <u>Temperatura y tiempo de esterilización:</u> Instrumentos y textiles : 134°C 30' Articulos de caucho/vidrio : 121°C 35'
9	Verifica que no haya presión en la cámara
10	Abre la puerta siguiendo las instrucciones adicionales
11	Verificar que la carga sea homogénea en relación al tiempo de esterilización.
12	Personal realiza la Carga de la máquina acorde a la normativa : - Los paquetes de ropa y equipo se colocan en posición vertical, con la abertura hacia arriba para favorecer la penetración del vapor. - Los frascos se colocan en posición horizontal y semiabiertos (cuando la tapa es de metal) para asegurar la penetración del vapor en su interior y la expulsión de aire que contienen. - Los paquetes de tubos de goma se colocan en posición vertical cuando están envueltos en sentido longitudinal o en espiral; los que están enrollados en sentido circular se colocan en posición horizontal para facilitar la penetración del vapor en el lumen de los tubos. - Los paquetes de jeringas, agujas o instrumentos individuales se colocan en posición de canto cuidando de no comprimirlos. - Los paquetes grandes se colocan en la parte superior de la cámara. - Los tambores deben ser colocados teniendo en cuenta que el vapor fluye de arriba hacia abajo y con los orificios abiertos. - Las cajas de metal que no tienen orificio de entrada y salida deben ser abiertos. - No sobrecargar la máquina ni comprimir los paquetes.
13	Cierra la puerta
14	Verifica el ciclo del proceso seleccionado e inicia el proceso presionando el botón <u>PRENDER</u>: - La luz de selección está encendida. - La luz de pasos secuenciales está encendida. - La luz de ciclaje muestra el proceso seleccionado.
15	Sigue el proceso desde las luces de pasos secuenciales. Si fuera necesario retener el proceso en una determinada fase, presiona el botón de <u>SELECCIÓN</u> (la luz del paso secuencial parpadea).
16	Monitoriza la evolución, mantenimiento y tiempo del procedimiento (Ver Procedimiento de Mantenimiento y monitorización del Autoclave 446 E)
17	Verifica que la luz de "completo" se ha encendido (luz verde)
18	Constata que se hayan cumplido los requisitos de la etapa de secado.
19	Entreabre la puerta para dejar escapar restos de vapor que puedan quedar en la cámara.
20	Espera que enfríe el material. (Promedio de 10 minutos)
21	Cierra las cajas antes de retirar de la máquina
22	Cierra los orificios de los tambores antes de retirar de la máquina.
23	Retira las canastillas de la máquina y los coloca en un Coche para su enfriamiento

Vº Bº ENFERMERIA

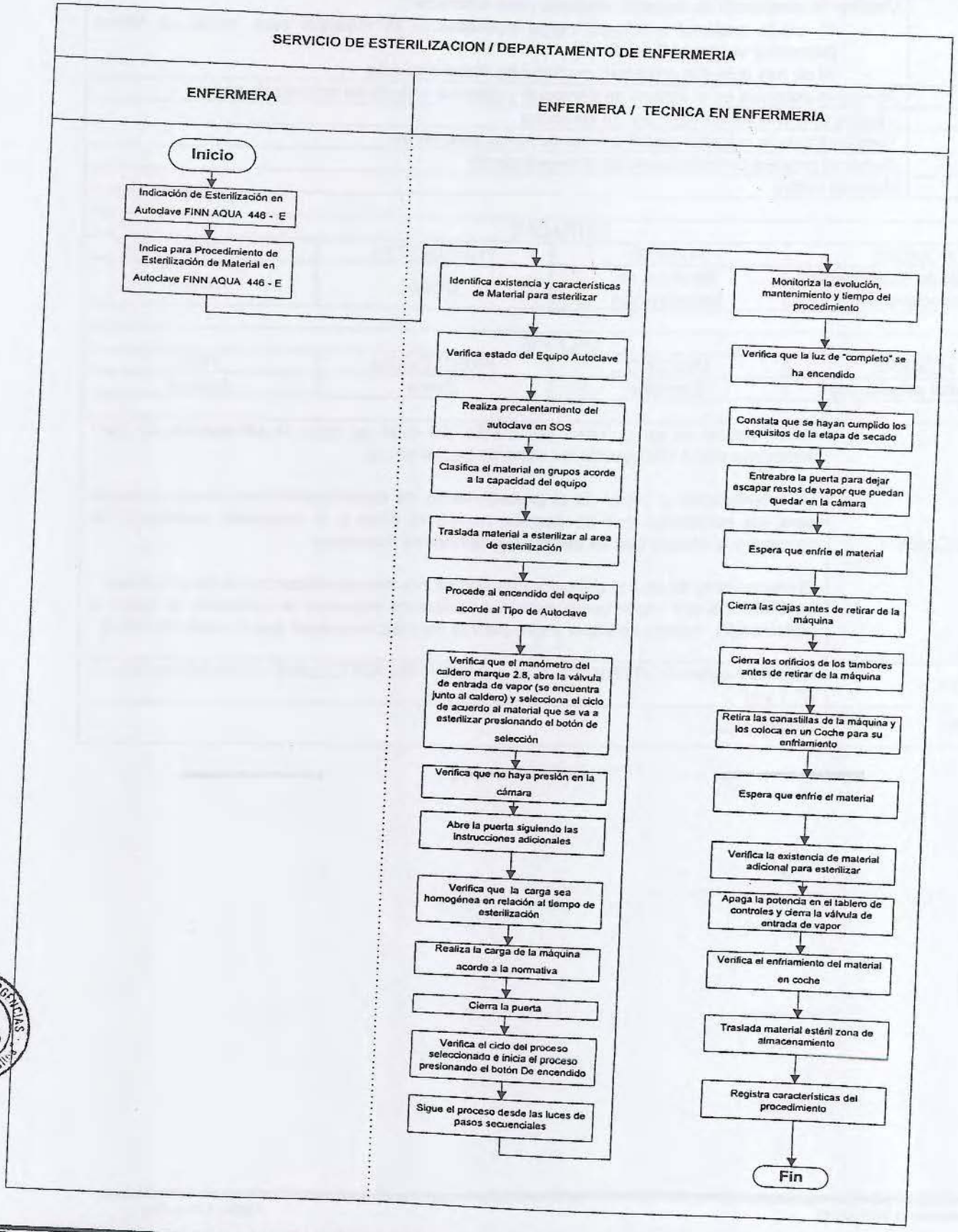
24	Espera que enfríe el material. (El tiempo dependerá del tamaño y características de la Carga)
25	Verificar la existencia de material adicional para esterilizar : • Si existe material adicional, carga nuevamente la máquina para iniciar un nuevo proceso y vuelve al Paso 8 • Si no hay material adicional, continúa en Paso siguiente
26	Apagar la potencia en el tablero de controles y cierra la válvula de entrada de vapor.
27	Verifica el enfriamiento del material en coche
28	Técnico traslada material estéril a Zona de Almacenamiento
29	Personal registra características del Procedimiento
FIN	Material estéril

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de Esterilización en Autoclave 446 E	Servicios de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material esterilizado	Servicios	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Esterilización es un proceso por medio del cual se logra la eliminación de todo microorganismo (incluyendo las esporas bacterianas) La esterilización a vapor es el procedimiento de esterilización más común (excepto para los materiales que no pueden resistir el calor y la humedad) creado por el proceso y al equipo que se utiliza se le denomina Autoclave El mecanismo de acción del calor húmedo es por desnaturalización de las proteínas. La eficiencia del vapor como agente esterilizante depende: la humedad, el calor, la penetración, mezcla de vapor y aire puro (y de oras impurezas que pudiera contener)
REGISTROS :	Hoja de Registro ESTERILIZACIÓN A VAPOR EN AUTOCLAVE FINN AQUA 446 - E Nº 1 y Nº 2
ANEXOS :	Fluxograma.

Hospital de Emergencias Vº Bº Enfermería Casimiro Ulloa


SERVICIO DE ESTERILIZACION / DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
ENFERMERA
ENFERMERA / TECNICA EN ENFERMERIA
Inicio
Indicación de Esterilización en Autoclave FINN AQUA 446 - E
Indica para Procedimiento de Esterilización de Material en Autoclave FINN AQUA 446 - E
Identifica existencia y características de Material para esterilizar
Verifica estado del Equipo Autoclave
Realiza precalentamiento del autoclave en SOS
Clasifica el material en grupos acorde a la capacidad del equipo
Traslada material a esterilizar al area de esterilización
Procede al encendido del equipo acorde al Tipo de Autoclave
Verifica que el manómetro del caldero marque 2.8, abre la válvula de entrada de vapor (se encuentra junto al caldero) y selecciona el ciclo de acuerdo al material que se va a esterilizar presionando el botón de selección
Verifica que no haya presión en la cámara
Abre la puerta siguiendo las instrucciones adicionales
Verifica que la carga sea homogénea en relación al tiempo de esterilización
Realiza la carga de la máquina acorde a la normativa
Cierra la puerta
Verifica el ciclo del proceso seleccionado e inicia el proceso presionando el botón De encendido
Sigue el proceso desde las luces de pasos secuenciales
Monitoriza la evolución, mantenimiento y tiempo del procedimiento
Verifica que la luz de "completo" se ha encendido
Constata que se hayan cumplido los requisitos de la etapa de secado
Entreabre la puerta para dejar escapar restos de vapor que puedan quedar en la cámara
Espera que enfríe el material
Cierra las cajas antes de retirar de la máquina
Cierra los orificios de los tambores antes de retirar de la máquina
Retira las canastillas de la máquina y los coloca en un Coche para su enfriamiento
Espera que enfríe el material
Verifica la existencia de material adicional para esterilizar
Apaga la potencia en el tablero de controles y cierra la válvula de entrada de vapor
Verifica el enfriamiento del material en coche
Traslada material estéril zona de almacenamiento
Registra características del procedimiento
Fin

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**MONITORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DEL AUTOCLAVE 446 E Nº 1 Y Nº 2**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVO :	Mantener operativo el autoclave.
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de procedimientos positivos para alteraciones / Nº de procedimientos realizados durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Programación de monitorización de Funcionamiento de Autoclave 446 E
1	Enfermera Técnico de Enfermería confirma la necesidad de Monitorización de Funcionamiento de Autoclave 446 E Nº 1 y Nº 2
2	Técnico de Enfermería inicia actividad de Evaluación o Monitorización del Proceso de Esterilización en Autoclave.
3	Técnico de Enfermería identifica el tipo de alteración en el funcionamiento : • Si el Autoclave está en funcionamiento pero existe la necesidad de apagarlo. Continúa en Paso 4 • Si el Autoclave ha quedado bloqueado por varias horas y no se ha podido abrir la puerta. Continúa en Paso • Si no identifica alteraciones durante todo el tiempo programado para la monitorización. Anota en registro y Fin de procedimiento.
4	(PROCEDIMIENTO A REALIZAR CUANDO EL AUTOCLAVE ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO Y ES NECESARIO APAGARLA.) Considera que en ningún momento se tocan las válvulas que están junto al caldero
5	Apaga el autoclave
6	Espera unos segundos
7	Enciende nuevamente el equipo (Comenzará a funcionar la bomba de vacío, los focos se prenderán en forma intermitente)
8	Confirma que la aguja de CHAMBER marque como mínimo –3
9	Confirma que la aguja suba a "0" (se apaga la bomba de vacío)
10	Verifica que el Tubo de Visor de Agua no esté lleno : • Si está lleno. Va al Paso 16 • Si está en nivel adecuado. Continúa en Paso siguiente (Paso 11)
11	Presiona SELECT (se apagan los otros focos).

12	Espera un minuto
13	Abre la puerta
14	Procede a programar.
15	Continúa vigilancia de monitorización. Vuelve al Paso 3
16	(PROCEDIMIENTO A REALIZAR EN CASO SE LLENE EL TUBO DE VISOR DE AGUA DEL AUTOCLAVE) Abre la palanca de la válvula de purga (se encuentra en la parte inferior)
17	Espera que el nivel de agua se encuentre en el límite normal
18	Cierra la válvula de purga
19	Vuelve a prender la máquina
20	Valora el estado de funcionamiento : • Si no evidencia normal funcionamiento. Llama al Servicio de Mantenimiento. Anota en Registro y Fin de Procedimiento. • Si no evidencia alteraciones y debe continuar Proceso de Esterilización , Vuelve al Paso 3
21	(PROCEDIMIENTO A REALIZAR CUANDO EL AUTOCLAVE HA QUEDADO BLOQUEADO POR VARIAS HORAS Y NO SE HA PODIDO ABRIR LA PUERTA) Enciende el equipo
22	Espera que el reloj del caldero marque 2.7-2.8 (las luces están prendidas en forma intermitente)
23	Levanta la palanca que se encuentra junto al caldero
24	Sube la palanca de la puerta (empieza a funcionar la bomba)
25	Confirma que la aguja de CHAMBER marque como mínimo –3
26	Confirma que la aguja suba a "0" (se apaga la bomba de vacío)
27	Verifica que el Tubo de Visor de Agua no esté lleno : Si está lleno. Va al Paso 16 Si está en nivel adecuado. Continúa en Paso siguiente (Paso 28)
28	Presiona SELECT (se apagan los otros focos).
29	Espera un minuto
30	Abre la puerta
31	Procede a programar.
32	Continúa vigilancia de monitorización. Vuelve al Paso 3
FIN	Monitorización registrada

ENTRADAS

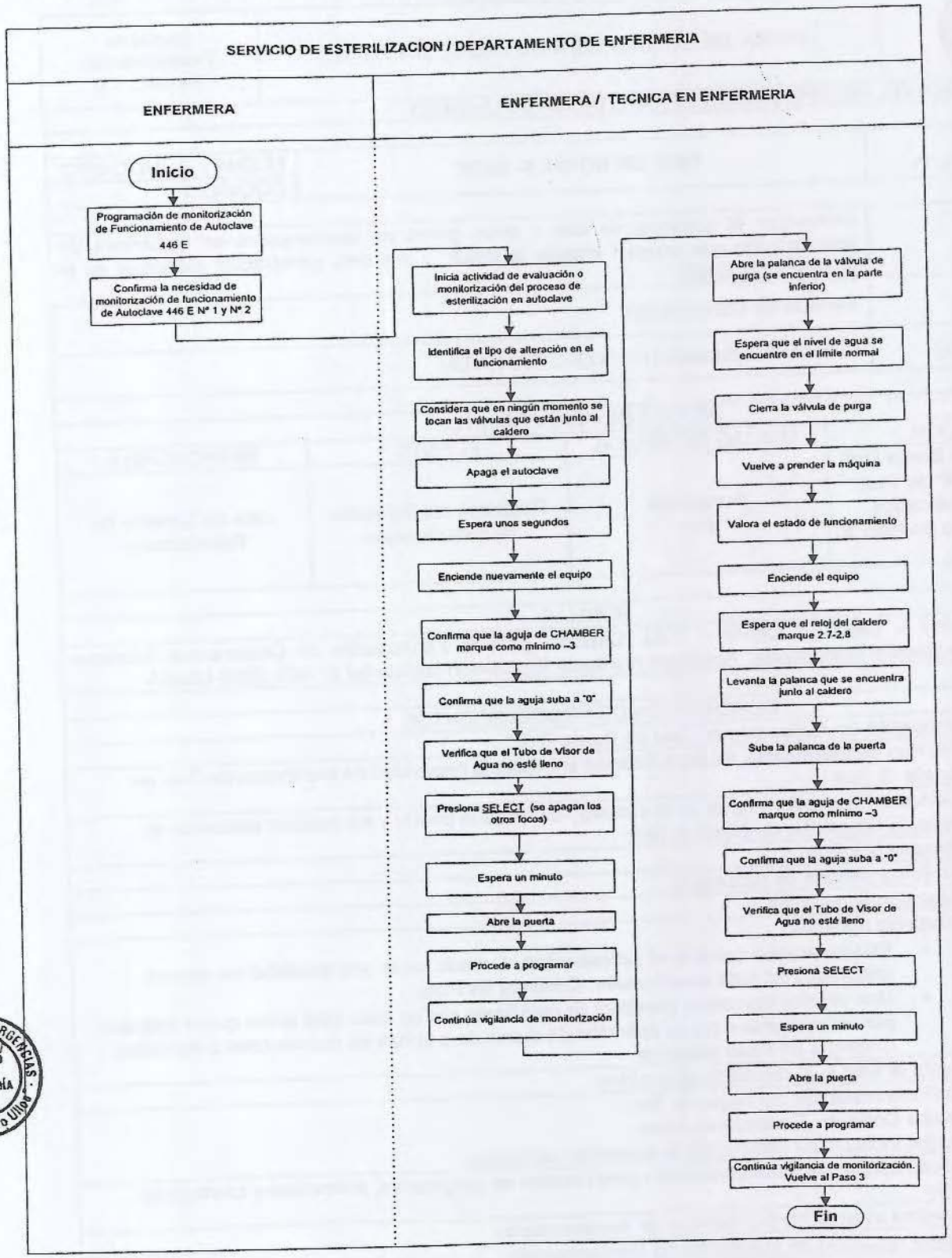
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de monitorización de Funcionamiento de Autoclave 446 E Nº 1	Servicio y Áreas de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Monitorización	Servicio y Áreas de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es el procedimiento mediante el cual verificamos el funcionamiento de las autoclaves, mediante los parámetros ya establecidos.
REGISTROS :	Hoja de Registro de MONITORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DEL AUTOCLAVE 446 E Nº 1 Y Nº 2
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: MONITORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DEL AUTOCLAVE 446 E N° 1 Y N° 2



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TEST DE BOWIE & DICK**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVO :	Demostrar la ausencia de aire u otros gases no condensados en la cámara de esterilización que puedan impedir la rápida y uniforme penetración del vapor en el interior de la carga.
AMBITO DE APLICACIÓN.:	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de Test Bowie Dick registrados / Nº de Test Bowie Dick indicados durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicios de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de realización de Test de Bowie Dick
1	Técnico de Enfermería de Esterilización identifica la necesidad de realización de Test de Bowie & Dick
2	Coloca en la parrilla inferior de la cámara, cerca de la puerta y en posición horizontal el paquete de prueba de Bowie & Dick
3	Procesa la carga.
4	Confirma término de procesado
5	Descarga la máquina
6	Interpreta resultado. • En una prueba correcta el indicador habrá virado hacia otra tonalidad de manera uniforme y en toda su extensión. Continúa en Paso • Una prueba incorrecta (positivo) se manifiesta por un color más tenue que el indicado por el fabricante o por la aparición de manchas o zonas de distinto color o densidad. Continúa en Paso siguiente
7	Repite el Test si el resultado es positivo
8	Confirma resultado del segundo Test : Prueba Correcta. Continúa en Paso Prueba Incorrecta : Interrumpe la operación del equipo
9	Solicita asistencia a mantenimiento para revisión de purgadores, solenoides y bombas de vacío
10	Coordina evaluación por Servicio de Mantenimiento
11	Espera resultado de evaluación de Mantenimiento
12	Confirma término de Revisión por Mantenimiento
13	Realiza nuevo Test de Bowie Dick para corroborar funcionamiento. Vuelve a Paso 2
14	Registra en el formato correspondiente

FIN	Prueba de Bowie & Dick registrada

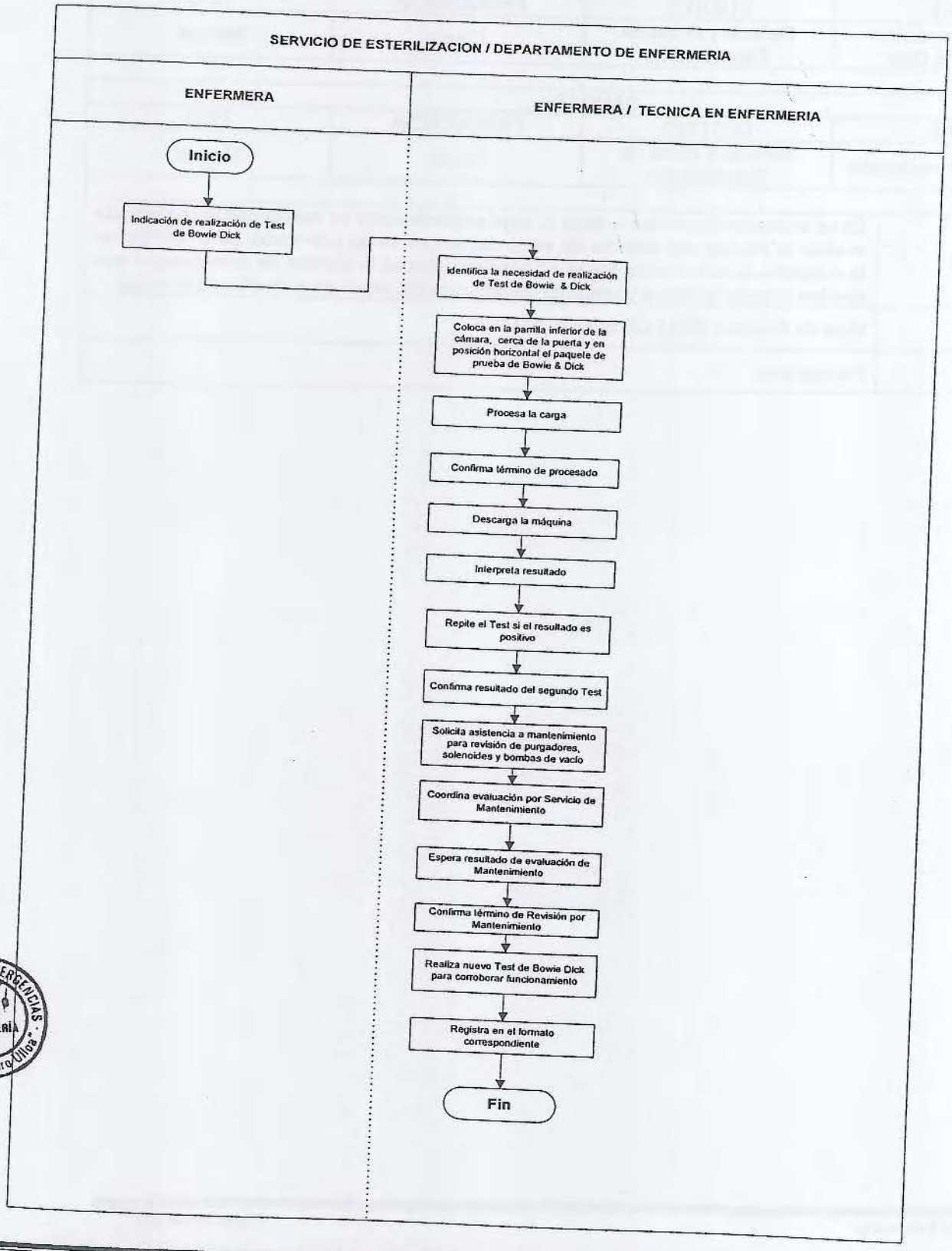
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación para realizar Test Bowie & Dick	Servicio y Áreas de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Test Bowie Dick registrado	Servicio y Áreas de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es un indicador especifico – clase II, cuyo procedimiento se realiza con la finalidad de evaluar la eficacia del sistema de vació del autoclave de pre- vació; para demostrar la ausencia de aire u otros gases no condensados en la cámara de esterilización que puedan impedir la rápida y uniforme penetración del vapor en el interior de la carga.
REGISTROS :	Hoja de Registro TEST DE BOWIE & DICK
ANEXOS :	Fluxograma.

Hospital de Emergencias Sé Casimiro Ulloa
V°B° Enfermería

PROCEDIMIENTO: TEST DE BOWIE & DICK



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**INTERVENCIÓN DE ABLANDAMIENTO DEL AUTOCLAVE FINN AQUA 446 E**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVOS :	➢ Regenerar la resina contenida en el ablandador. ➢ Evitar acumulación de caliche en la tubería de la máquina.
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de intervenciones registradas de Ablandamiento de Autoclave / Nº de Intervenciones de Ablandamiento programadas durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de Intervención de Ablandamiento del Autoclave FINN AGUA 446 E (inter diario)
1	Enfermera del Servicio de Esterilización indica realización de Intervención de Ablandamiento de Autoclave FINN AQUA 446 E
2	Técnico de Enfermería evalúa necesidad de realizar Procedimiento de Ablandamiento acorde a programación (Inter diario) : • Si identifica la necesidad de realizar Ablandamiento del Autoclave , continúa en Paso 3 • Si considera que no hay necesidad de Realizar Procedimiento de Ablandamiento . Continúa en Paso 18
3	Prepara material a utilizar: 03 kilos de sal, jabón líquido especial, tubo de ensayo, agua, balde, coche para transporte.
4	Cierra válvula principal de entrada de agua (No. 1)
5	Abre válvula de drenaje del ablandador (No. 2)
6	Observa salida del agua
7	Observa que ya no hay agua en el tanque ablandador
8	Visualiza la resina
9	Carga 03 Kg. de sal sin diluir
10	Cierra con la tapa el ablandador
11	Abre la válvula de entrada principal de agua (No. 1) y
12	Deja fluir el agua a través de la manguera por un tiempo de 45 minutos
13	Realiza la prueba correspondiente con el líquido especial del agua que fluye por la manguera y cerrar la llave No. 2.
14	Abre la válvula No. 3 del tanquecito de agua que se encuentra debajo del caldero durante 05 minutos.

15	Realiza la prueba correspondiente del agua del tanquecito
16	Cierra la válvula Nº 3
17	Comprueba la Integridad del Equipo. Vuelve a Paso 2
18	Registra el resultado de la Intervención de Ablandamiento del Autoclave
FIN	Intervención de Ablandamiento de Autoclave AGUA FINN 446 E registrada

ENTRADAS

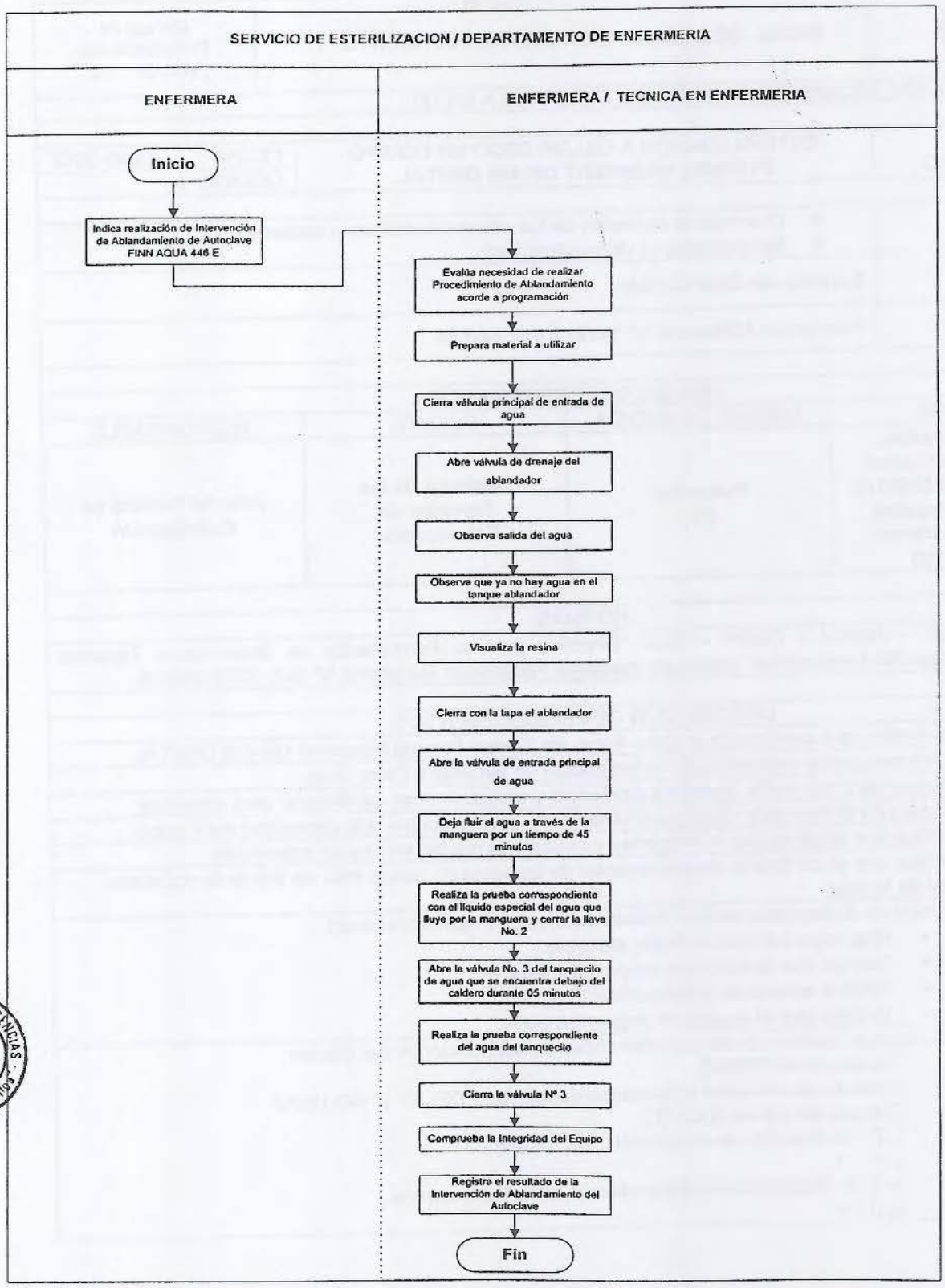
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de Intervención de Ablandamiento	Servicio de Esterilización	Según Programación	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Intervención de Ablandamiento Registrada	Servicio de Esterilización	Según Programación	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento que se realiza para obtener agua blanda (no causa depósitos de calcio) y de esta manera evitar que los conductos de la maquina se llenen de sarro y sales. Dicho procedimiento es imprescindible para el buen funcionamiento del autoclave
REGISTROS :	Hoja de Registro INTERVENCIÓN DE ABLANDAMIENTO DEL AUTOCLAVE FINN AQUA 446 E
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN DE ABLANDAMIENTO DEL AUTOCLAVE FINN AQUA 446 E



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ESTERILIZACIÓN A CALOR SECO EN EQUIPO PUPINEL MEMMERT UE 400 DIGITAL**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	
OBJETIVOS :	➢ Disminuir la corrosión de los objetos metálicos o cortantes. ➢ No erosionar el vidrio esmerilado.		
AMBITO DE APLICACION :	Servicios de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de paquetes esterilizados en Pupinel Memmert UE 400 DIGITAL / Número de paquetes recibidos en el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de esterilización a Calor Seco en Equipo Pupinel Memmert UE 400 DIGITAL
1	Enfermera emite indicación de Esterilización de Material a Calor Seco
2	Técnico de Enfermería identifica existencia y características de Material para esterilizar
3	Técnico de Enfermería clasifica el Material en grupos acorde a la capacidad del Equipo
4	Verifica que la carga sea homogénea y requiera el mismo tiempo de exposición.
5	Verifica que el contenido de instrumental de las cajas no ocupe más de 2/3 de la capacidad total de la caja.
6	Técnico de Enfermería verifica Estado del Equipo Pupinel Memmert : • Que haya entrada de fluido eléctrico. • Tiempo que la máquina estuvo apagada. • Verifica estado de funcionamiento • Verifica que el equipo se encuentre vacío
7	Considera el dominio de las características de las Funciones del Equipo : - Temperatura [TEMP] - Retardo de conexión o descanso del equipo [DELAY] : NO USAR - Tiempo de trabajo [HOLD] - L.P : 0 (Función de repetición : NO USAR) - L.P : 1 - S.P: 0 (Esterilización dependiendo de la Temperatura.) - S.P : 1

8	Enciende el equipo colocando el interruptor en la posición : 0 1 ⊕
9	Consigue con la perilla hacer que la señal luminosa se ubique en la función "TEMP " [ ] - TEMP
10	Presiona el pulsador plomo y gira la perilla hacia la izquierda o derecha hasta alcanzar la temperatura deseada
11	Suelta el pulsador
12	Girar la perilla hasta que el indicador luminoso se ubique en la función " HOLD " [ ] - HOLD
13	Presiona el pulsador plomo y gira la perilla hacia la izquierda o derecha hasta alcanzar el tiempo de trabajo deseado , considerando : RELACION TIEMPO / TEMPERATURA: - 180^0 C : 30 MINUTOS - 170^0 C : 01 HORA - 160^0 C : 02 HORAS - 150^{0}C : 02 HORAS Y 30 MINUTOS - 140^{0}C : 03 HORAS - 121^{0}C : 06 HORAS
14	Suelta nuevamente el pulsador
15	Verifica la existencia de conexión a programa informático : Si existe conexión, continúa en Paso Si no existe conexión continúa en Paso
16	Gira nuevamente la perilla hasta que se visualice en la pantalla la función " S P ".
17	Presiona el pulsador plomo y gira la perilla hacia la derecha hasta que se visualice: [S P 1]
18	Suelta nuevamente el pulsador
19	Verifica aumento de Temperatura hasta alcanzar un valor de 95% del Programado
20	Traslada Material a Esterilizar al Área de Esterilización
21	Abre la Puerta para iniciar Carga del Equipo

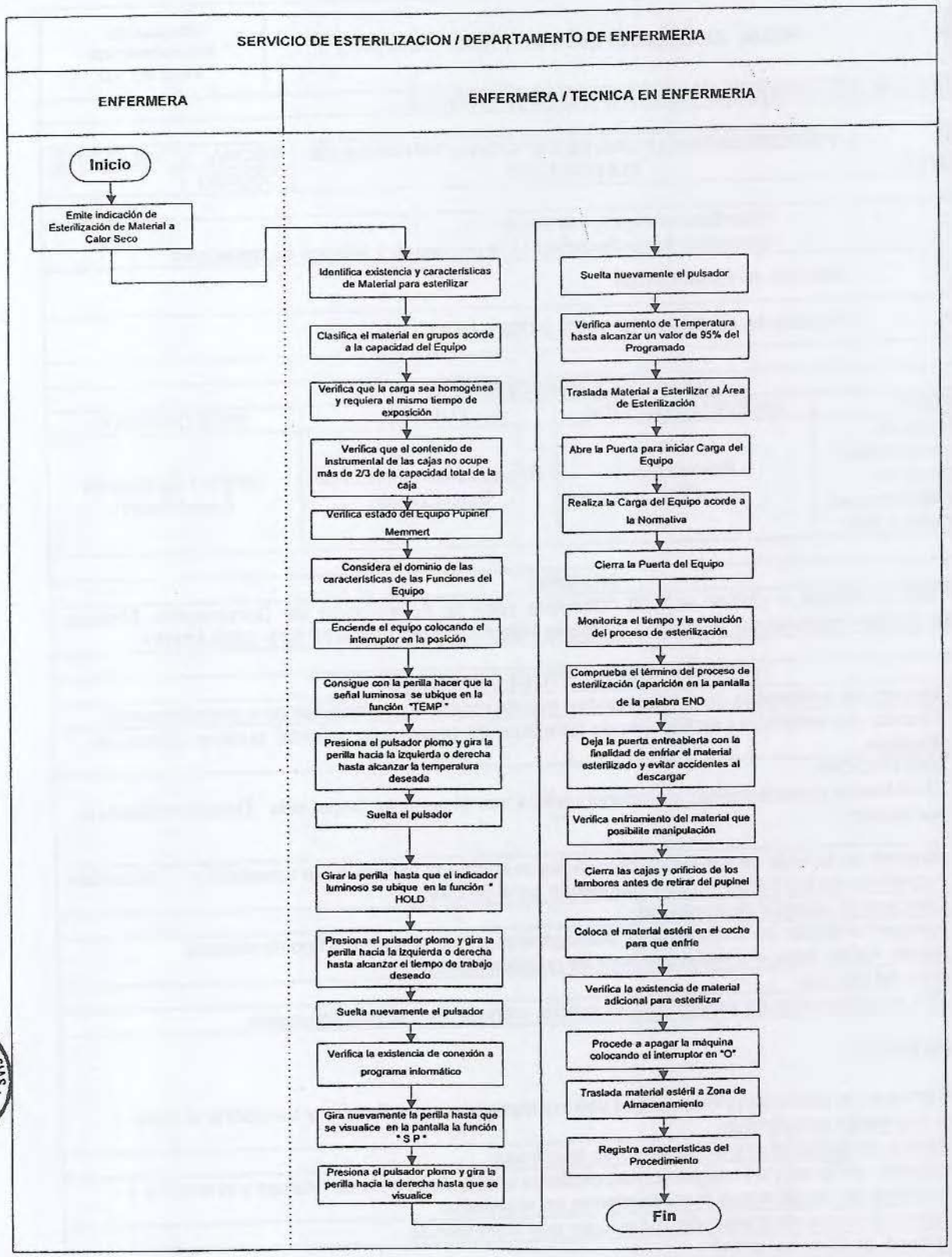
22	Personal realiza la Carga del Equipo acorde a la Normativa : • Las cajas y/o paquetes deben colocarse dejando espacios libres en todo el contorno. • No cargar las cajas unas encima de otras. • Colocar las cajas semiabiertas para facilitar que la temperatura sea homogénea. • Colocar las cajas más pesadas en la parrilla inferior y las de menor peso en la parrilla superior. • Colocar los tambores con los orificios abiertos. • Coloca el peso compartido en las bases y dejando espacio entre las paredes con el fin de que circule el aire.
23	Cierra la Puerta del Equipo
24	Personal monitoriza el tiempo y la evolución del proceso de esterilización
25	Comprueba el término del proceso de esterilización (aparición en la pantalla de la palabra " END " .
26	Deja la puerta entreabierta con la finalidad de enfriar el material esterilizado y evitar accidentes al descargar. (Tiempo aproximado de 45 minutos)
27	Verifica enfriamiento del material que posibilite manipulación
28	Cierra las cajas y orificios de los tambores antes de retirar del pupinel.
29	Coloca el material estéril en el coche para que enfríe .
30	Verifica la existencia de material adicional para esterilizar : • Si existe material adicional, carga nuevamente la máquina para iniciar un nuevo proceso y vuelve al Paso • Si no hay material adicional, continúa en Paso siguiente
31	Procede a apagar la máquina colocando el interruptor en "O"
32	Técnico traslada material estéril a Zona de Almacenamiento
33	Técnico registra características del Procedimiento
FIN	Registro de Material esterilizado en Equipo Pupinel Memmert – UE 400 DIGITAL

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de Esterilización al Calor Seco en Pupinel Memmert – UE 400 DIGITAL	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Material esterilizado en Equipo Pupinel Memmert – UE 400 DIGITAL	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento cuyo mecanismo de destrucción esporicida es por coagulación de las proteínas de los microorganismos. Su efectividad depende de: la difusión del calor, cantidad de calor disponible y niveles de pérdida de calor.
REGISTROS :	Hoja de Registro ESTERILIZACIÓN A CALOR SECO EN EQUIPO PUPINEL MEMMERT UE 400 DIGITAL
ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: ESTERILIZACIÓN A CALOR SECO EN EQUIPO PUPINEL MEMMERT UE 400 DIGITAL



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**PROCEDIMIENTO PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIALES**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVOS :	- Estandarizar el procedimiento. - Garantizar la conformidad en la recepción y entrega de materiales.
AMBITO DE APLICACIÓN. :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de órdenes de esterilización realizadas / Nº de órdenes de esterilización solicitadas en el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

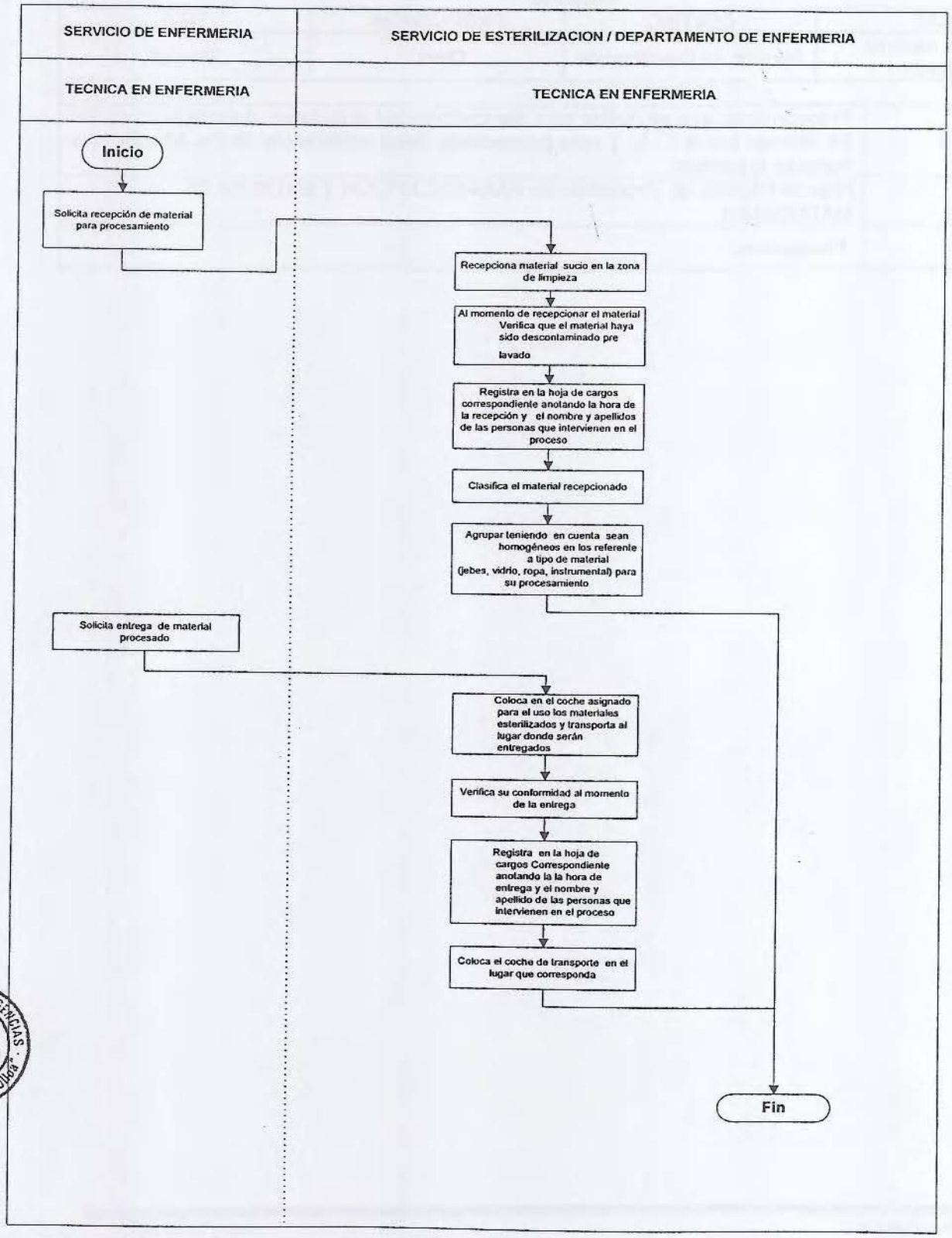
INICIO	Técnica de enfermería de servicio origen solicita recepción de material para procesamiento
1	Técnica de enfermería de Servicio de Esterilización recepciona material sucio en la zona de limpieza
2	RECEPCION: Al momento de recepcionar el material verifica que el material haya sido Descontaminado o pre lavado
3	Registra en la hoja de cargos correspondiente anotando la hora de la recepción y el nombre y apellidos de las personas que intervienen en el proceso.
4	Clasificar el material recepcionado
5	Agrupar teniendo en cuenta sean homogéneos en los referente a tipo de material (jebes, vidrio, ropa, instrumental) para su procesamiento
FIN	Material recibido
INICIO	TEF de enfermería de servicio origen solicita entrega de material procesado
1	ENTREGA : Coloca en el coche asignado para el uso los materiales esterilizados y transporta al lugar donde serán entregados.
2	Verifica su conformidad al momento de la entrega.
3	Registra en la hoja de cargos correspondiente anotando la hora de entrega y el nombre y apellidos de las personas que intervienen en el proceso
4	Coloca el coche de transporte en el lugar que corresponda.
FIN	Entrega de Material estéril

ENTRADAS

DE EMERGENCIAS V°B° ENFERMERÍA Casimiro Ulloa

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Recepción de material para esterilización	Servicio de Esterilización	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Entrega de material esterilizado	Servicio de Esterilización	Diario	Manual
DEFINICIONES :	Procedimiento que se realiza para dar conformidad al material durante la recepción y/o entrega por la C. E. y para proporcionar datos estadísticos de los artículos que ingresan al servicio.		
REGISTROS :	Hoja de Registro de Procedimiento PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIALES		
ANEXOS :	Fluxograma.		

PROCEDIMIENTO: PARA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIALES



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVOS :	- Estandarizar el procedimiento. - Garantizar la conformidad del proceso.
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de paquetes esterilizados según método / Nº de paquetes recibidos en el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de procedimiento de esterilización
1	Técnica de enfermería coloca los materiales a esterilizar en las canastillas o recipientes correspondientes de acuerdo al tipo de material, máquina esterilizadora a usar y al tiempo de esterilización.
2	Técnica de enfermería coloca en el coche correspondiente para su transporte.
3	Cargar el material.
4	Verificar parámetros de esterilización durante el proceso.
5	Terminado el proceso, descargar la máquina en el coche asignado para el uso y dejar enfriar el material.
6	Colocar en el lugar correspondiente por servicios.
7	Colocar los materiales en el lugar que corresponda.
FIN	Registro de material esterilizado según método

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de procedimiento de esterilización	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

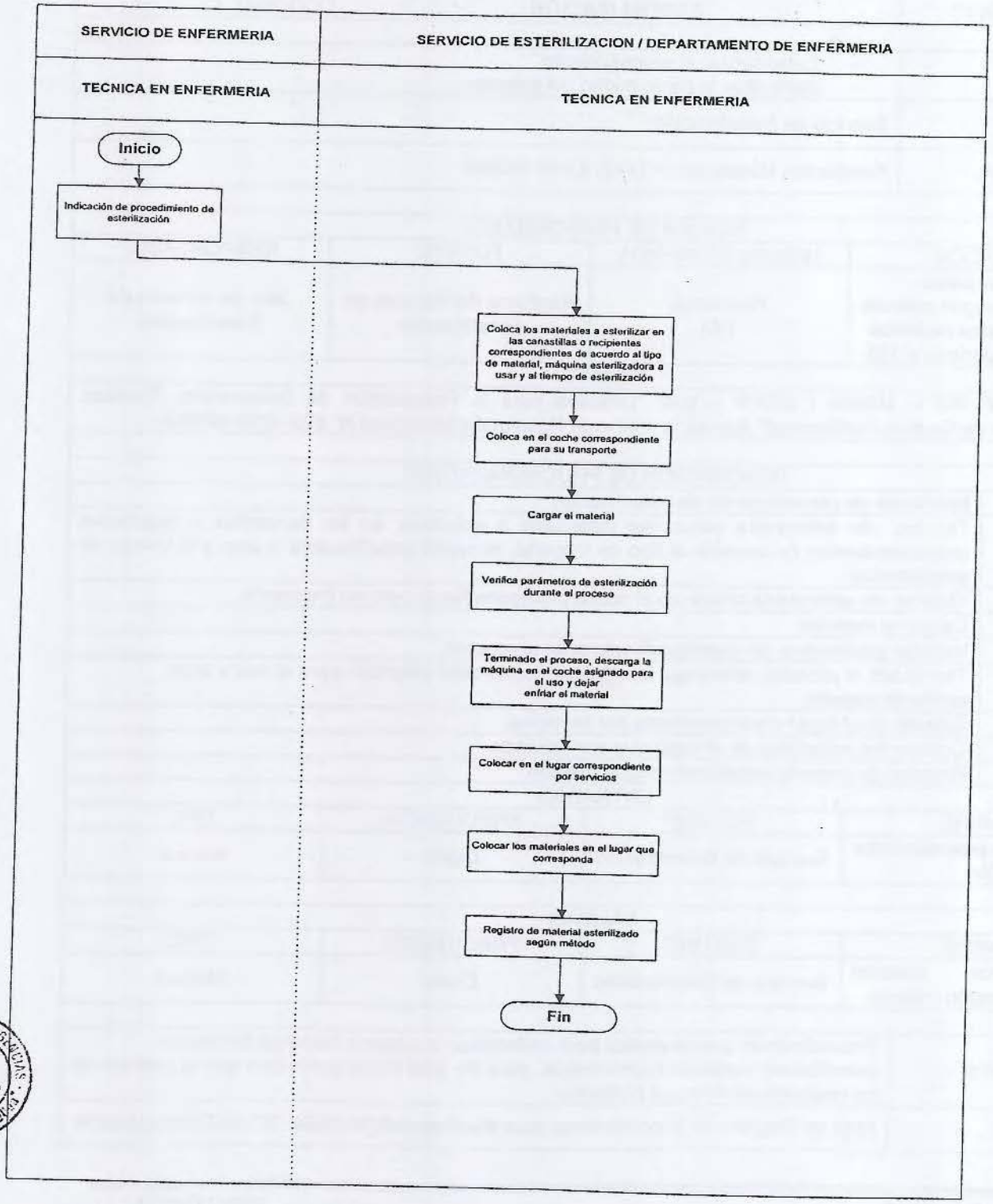
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de material esterilizado según método	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento que se realiza para uniformizar la carga y descarga del equipo esterilizador verificando parámetros, para de esta forma garantizar que el proceso se ha realizado conforme a protocolo.
REGISTROS :	Hoja de Registro de Procedimiento para Realizar el PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

ANEXOS :	Fluxograma.

PROCEDIMIENTO: **PARA REALIZAR EL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**INTERVENCIÓN DE SECADO EN EQUIPO SECADORA DE TUBOS CORRUGADOS E INSTRUMENTAL. MARCA BAUMER**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	
OBJETIVO :	➢ Secado de material hospitalario: corrugados y tubuladuras, vidrio, instrumental metálico y plástico. ➢ Evitar que el grado de humedad interfiera con el proceso de desinfección y/o esterilización.		
AMBITO DE APLICACIÓN :	Servicio de Esterilización		
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de intervenciones registradas de secado / Nº de Intervenciones de secado programadas durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

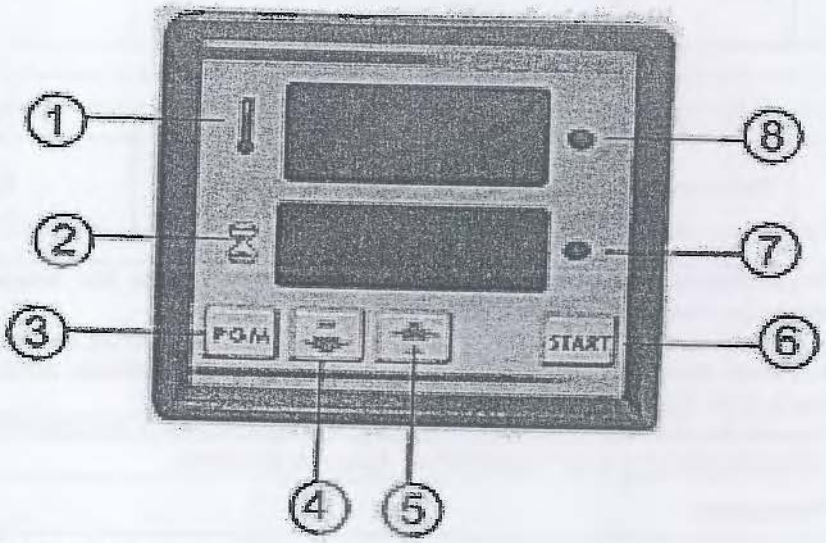
NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de Intervención de secado en Equipo secadora de corrugados y tubuladuras
1	Enfermera indica realización de Intervención de secado en Equipo secadora de corrugados y tubuladuras.
2	Técnica de Enfermería evalúa necesidad de realizar Procedimiento de secado: • Si identifica la necesidad de realizar secado de material , continúa en Paso 3 • Si considera que no hay necesidad de Realizar Procedimiento de secado. Continúa en Paso 16.
3	Verificar si la llave general se encuentra prendida (se encuentra adherida a la pared, en la parte superior, a la altura del lavadero en el ambiente de limpieza de materiales. Debe permanecer prendida).
4	Preparar material a secar
5	Dejar escurrir previamente el material

6	Cargar el material en el equipo: • Cargar material que sea homogéneo. • En caso se cargaran jebes, corrugados, instrumental, vidrios se programará el tiempo y la temperatura que corresponda a corrugados • Los instrumentales que tienen cremalleras, bisagras, se colocarán abiertas sobre las parrillas. • Los frasquitos chicos deben colocarse con la boca hacia arriba en una cubeta. • Los frascos para soluciones colocarlos con la boca hacia arriba y directamente sobre la parrilla. • Los frascos de drenaje colocarlos con la boca hacia arriba y directamente sobre la parrilla. • Las tapas de los frasquitos de soluciones deben colocarlos abiertos y destapados los que tienen la tapita transparente. • Si el espacio les quedara pequeño retirar las parrillas necesarias para colocar los frascos (queda a criterio del usuario). • Si los corrugados y tubuladuras fueran muy largas dejarlos colgados, no hay problema que choquen con la superficie ya que el equipo estará limpio y tiene FILTROS HEPA. • Hacer uso de la asepsia al cargar en material desinfectado (DAN)
7	Cerrar la puerta y verificar que la manija esté en posición horizontal
8	Colocar el botón ENCENDIDO / APAGADO en el símbolo encender "/"

9	Programar temperatura y tiempo en el comando PARTES DEL COMANDO (DISPLAY): 1. Pantalla que indica la temperatura presente en el censor o el valor programando para el ciclo. 2. Pantalla que indica el tiempo recorrido o programado para el ciclo. 3. Tecla de programación. 4. Tecla para disminuir los valores programables. 5. Tecla para aumentar los valores programables. 6. Tecla para iniciar el ciclo, activa el temporizador 7. Led indicador de temporizador activado 8. Led indicador del sistema de control de temperatura encendido.  PROGRAMACION DEL CICLO: 1. Presionar la tecla PGM (3) y programar temperatura deseada (máximo 80ºC). 2. Presionar por segunda vez PGM (3), se programa el tiempo del ciclo (máximo 99 minutos). 3. Presionar por tercera vez PGM (3), aparece el indicador del tiempo programado para el ciclo de enfriamiento (proceso continua funcionando con resistencias apagadas), mantener el valor de 0.05 (no es necesario usar la tercera vez) 4. Presionar por cuarta vez PGM (3) o después de 7 segundos sin presionar ninguna tecla, se sale de la programación y graba los valores en la memoria automática. RELACION TIEMPO / TEMPERATURA: • Corrugados : 70ºC ----------50 minutos • Jebes : 65ºC ----------45 minutos • Instrumental, metales : 65ºC ----------45 minutos • Frascos, vidrios : 65ºC ----------45 minutos El rango de temperatura puede variar 3ºC por encima de lo programado y 2ºC por debajo de lo programado, estabilizándose rápidamente al valor deseado.
10	Presionar la tecla START (6) para iniciar el ciclo.
11	El ciclo concluye con el tiempo en cero "0" indicado en la pantalla del mando y con la alarma sonora.

12	Presionar la tecla START y colocar botón de encendido/ apagado en el símbolo apagar.
13	Abrir la puerta.
14	Verificar que el material este seco
15	Proceder a descargar los instrumentales y /o tubos corrugados secos. Hacer uso de la asepsia al descargar material desinfectado (DAN)
16	Cerrar la puerta del equipo
17	Registrar el resultado de la Intervención de secado
FIN	Intervención de secado en Equipo Secadora de Corrugados y Tubuladuras registrada.

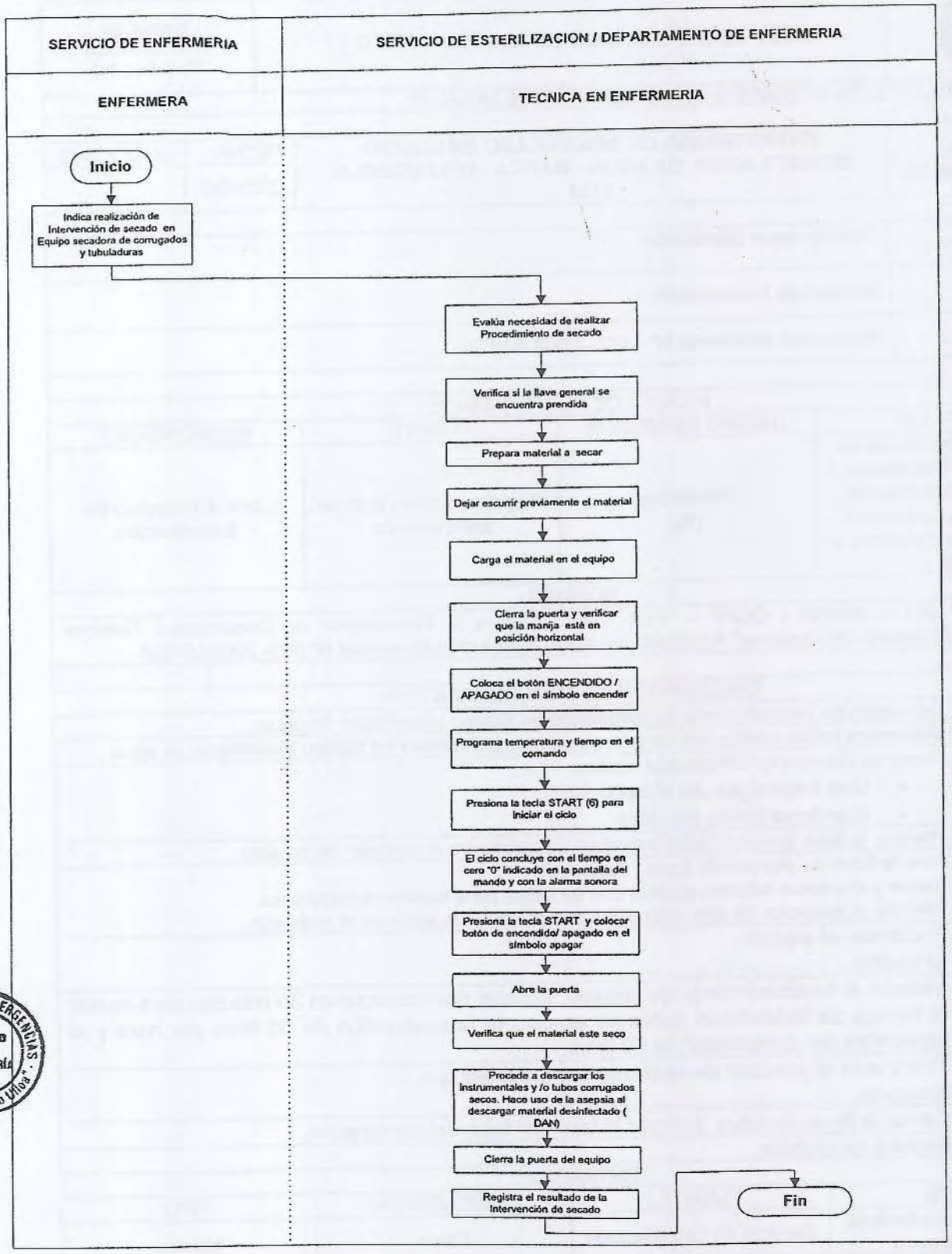
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de Intervención de secado en equipo secadora de tubos corrugados e instrumental.	Servicio de Esterilización	Según Programación	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material seco en equipo secadora de tubos corrugados e instrumental.	Servicio de Esterilización	Según Programación	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento automatizado de secado para artículos de uso hospitalario, que se realiza por medio de un equipo (secadora). El secado constituye parte fundamental durante el proceso de la limpieza ya que es necesario tener en cuenta el grado de humedad de los artículos debido a que podría interferir en los procesos de desinfección y/o esterilización.
REGISTROS :	Hoja de Registro de Intervención de SECADO EN EQUIPO SECADORA DE TUBOS CORRUGADOS E INSTRUMENTAL. MARCA BAUMER
ANEXOS :	Fluxograma.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS Vº Bº ENFERMERÍA Dra. Carmen Ulloa

PROCEDIMIENTO: **INTERVENCIÓN DE SECADO EN EQUIPO SECADORA DE TUBOS CORRUGADOS E INSTRUMENTAL. MARCA BAUMER**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	INTERVENCIÓN DE BIDESTILADO EN EQUIPO BIDESTILADOR DE AGUA - MARCA GFL/ MODELO 2128	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

OBJETIVOS :	Obtener agua bidestilada
AMBITO DE APLICACION :	Servicio de Esterilización
MARCO LEGAL :	Resolución Ministerial Nº 1472- 2,002 SA/DM

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Número de intervenciones registradas de bidestilado / Nº de Intervenciones de bidestilado programadas durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros del Servicio de Esterilización	Jefe del Servicio de Esterilización

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación de procedimiento de bidestilado en Equipo bidestilador de agua.
1	Enfermera indica realización de intervención de bidestilado en Equipo bidestilador de agua
2	Personal Técnico de Enfermería verifica: • Que haya agua en el caño • Que haya fluido eléctrico
3	Prende la llave general (dejar prendido- se encuentra al costado del equipo).
4	Abre la llave de ingreso de agua (llave azul) Cerrar y mantener cerrado la llave que se utiliza para lavado de materiales. Prender el extractor de aire para evitar condensado de agua en el ambiente.
5	Enciende el equipo: prendido..... I
6	Iniciado el funcionamiento del equipo, esperar que transcurran 30 minutos para contar el tiempo de bidestilado, teniendo en cuenta la producción de 08 litros por hora y la capacidad del contenedor de 50 litros.
7	Terminado el proceso de destilado apagar el equipo apagado..... 0
7	Cerrar la llave de agua y cerrar la tapa del tubo del contenedor.
FIN	Registro del proceso

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Indicación de procedimiento de bidestilado de agua	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

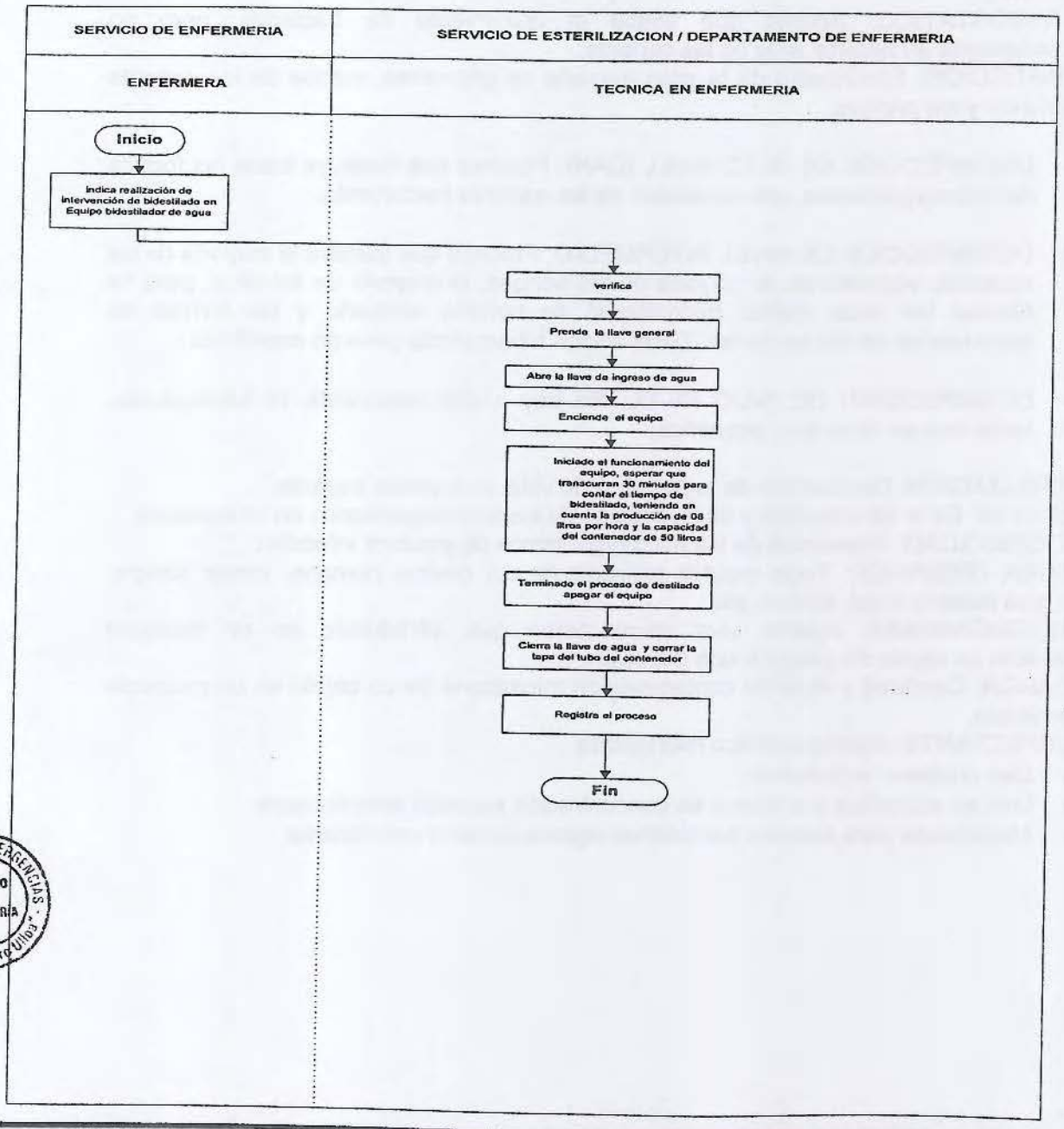
SALIDAS

HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa V°B° ENFERMERÍA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de procedimiento de bidestilado de agua	Servicio de Esterilización	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento que se realiza para obtener agua bidestilada, libre de bacterias y pirógenos con una muy baja conductividad.
REGISTROS :	Hoja de Registro de Procedimiento para Realizar el PROCESO DE BIDESTILADO DE AGUA
ANEXOS :	Fluxograma

PROCEDIMIENTO: **INTERVENCIÓN DE BIDESTILADO EN EQUIPO BIDESTILADOR DE AGUA - MARCA GFL/ MODELO 2128**



ANEXO 1

CONCEPTOS BASICOS

1. LIMPIEZA: Es la remoción de toda suciedad visible de cualquier superficie mediante la acción de agua y detergente.
2. DESCONTAMINACION: Disminución de la biocarga de los artículos contaminados a niveles seguros para el operador, antes de la desinfección y/o esterilización.
3. BACTERICIDA: Agente que mata bacterias, pero no necesariamente esporas bacterianas.
4. BACTERIOSTATICO: Agente que inhibe el crecimiento de bacterias, pero no necesariamente su muerte ni la de las esporas.
5. DESINFECCION: Eliminación de la gran mayoría de gérmenes, menos de las esporas bacterianas y los priones.

    - DESINFECCION DE ALTO NIVEL (DAN): Proceso que destruye todas las formas de microorganismos, con excepción de las esporas bacterianas.

    - DESINFECCION DE NIVEL INTERMEDIO: Proceso que inactiva la mayoría de las bacterias vegetativas, la mayoría de los hongos, la mayoría de los virus, pero no elimina los virus lípidos (hidrofílicos) de tamaño pequeño y las formas no esporuladas de las bacterias. Tiene acción tuberculicida pero no esporicida.

    - DESINFECCION DE BAJO NIVEL. No hay acción esporicida, ni tuberculicida, inefectiva en virus muy pequeños.

6. ESTERILIZACION: Destrucción de toda forma de vida, incluyendo esporas.
7. INFECCION: Es la introducción y multiplicación de los microorganismos en un huésped.
8. PATOGENICIDAD: Capacidad de los microorganismos de producir infección.
9. MATERIA ORGANICA: Todo residuo proveniente del cuerpo humano, como: sangre, orina, pus materia fecal, tejidos, etc.
10. MICROORGANISMO: Agente vivo microscópico que introducido en un huésped susceptible es capaz de producir una infección.
11. BIOCARGA: Cantidad y nivel de contaminación microbiana de un objeto en un momento determinado.
12. DESINFECTANTE: Agente químico microbicida
    - Uso cutáneo antiséptico
    - Uso en superficie y artículos en concentración especial desinfectante
    - Microbicida para esporas bacterianas agente químico esterilizante.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS
V°B° ENFERMERÍA
José Casimiro Ulloa

ANEXO 2

TIEMPO DE VALIDEZ DE MATERIAL PROCESADO (ESTERILIZADO)

TIPO DE EMPAQUE	TIEMPO	METODO DE ESTERILIZACIÓN	OBSERVACIONES
PAPEL KRAFT – DOBLE ESMPAQUE (60 GR. COLOR MARRON)	24 horas	Vapor (autoclave)	- Empaque integro
PAPEL GRADO MEDICO (CREPADO) DOBLE EMPAQUE	02 meses	Vapor (autoclave)	- Empaque integro
TEJIDO DE ALGODÓN (DOBLE EMPAQUE)	30 días	Vapor (autoclave)	- Empaque lavado después de cada uso - Empaque integro
EMPAQUE GRADO MEDICO (CREPADO) + BOLSA DE POLIETILENO	01 año	OXIDO DE ETILENO	- Sellado al calor - Empaque integro
EMPAQUE GRADO MEDICO (CREPADO) + MANGA MIXTA	06 meses	Vapor (Autoclave)	- Sellado al calor - Empaque integro
	01 año	Oxido de etileno	
EMPAQUE GRADO MEDICO O TEJIDO DE ALGODÓN DENTRO DE CAJA DE METAL	30 días	Vapor (Autoclave)	- Empaque integro

ANEXO 3

CLASIFICACION DE INSTRUMENTOS Y OBJETOS PARA SU PROCESAMIENTO Y USO CORRECTO EN LA ATENCION A PACIENTES

CLASIFICACION DE OBJETOS	EJEMPLOS	METODO	PROCEDIMIENTO
CRITICOS: Penetran en los tejidos, en el sistema vascular y en cavidades normalmente estériles.	Instrumental quirúrgico y de curación. Prótesis vasculares, esqueléticas y otros. Catéteres I.V. y angiografía. Catéteres urinarios jeringas, agujas, fórceps.	Esterilización en autoclave, pupinel; Óxido de etileno con equipo de esterilización y aireación. Usar antes del tiempo de expiración de almacenamiento. Controles químicos y biológicos según normas. Manutención y revisión permanente de los equipos.	Técnica estéril: Campo, guantes y paños estériles. Instrumentos y materiales estériles en paquetes individuales. Lavado de manos antes y después del procedimiento.
SEMI CRITICOS Entran en contacto con tejidos mucosos. Deben estar libres de bacterias vegetativas.	Equipos de asistencia respiratoria. Endoscopios, laparoscopios, broncoscopios, cánulas endotraqueales, sondas, tubos de aspiración: baja lenguas; termómetros rectales.	Esterilizar (si es posible) desinfección de alto nivel y nivel intermedio según el tipo de material.	Técnica aséptica. Lavado de manos antes y después del procedimiento. Separación de área aséptica y área contaminada.
NO CRITICOS Solamente entran en contacto con la piel sana.	Fonendoscopios, esfingomanòmetros y manguitos, así como objetos de uso del paciente; vasos, loza, cubiertos, chatas, urinales y ropa de cama.	Desinfección de mediano y bajo nivel. Normas de limpieza y desinfección en conocimiento y a la vista del personal que las ejecuta.	Desinfección concurrente (diaria) y terminal (al alta del paciente). Separación de objetos y materiales limpios de los sucios.

DE EMERGENCIAS V°B° ENFERMERIA Casimiro Ulloa

ANEXO 4

PRINCIPALES AGENTES DESINFECTANTES Y DE ACTIVIDAD GERMICIDA

DESINFECTANTE	TIEMPO DE CONTACTO Y ACTIVIDAD GERMICIDA			
	1 minuto	10 minutos	30 minutos	3 horas
ORTHOPTHAL DE HÌDO	B F M V	B F M V	B F M V S	
PERÒXIDO DE HIDRÒGENO 3%	I	I		
GLUTARALDEHÌDO ALCALINO 2%	B F M	B F M V	B F M V S	
HIPOCLORITO DE SODIO	B F M V	B F M V	B F M V	B F M V S
FENOLES	I	B		
AMONIO CUATERNARIO 7.5%	I	B		
AMONIO CUATERNARIO 0.4% + 23% HCL	B F M V	B F M V S		

I = INEFECTIVO, B = BACTERICIDA, F = FUNGICIDA, M = MICOBACTERICIDA, V = VIRUCIDA, S = ESPORICIDA
El criterio de eficacia fue de + - 3 Log 10 en las pruebas.
Fuente: Modificado por Best et al (9). Syded Sattar.

EMERGENCIAS
ENFERMERÍA

ANEXO 5

NIVELES DE ACCIÓN DE LOS DESINFECTANTES DE ACUERDO AL TIPO DE MICROORGANISMOS

NIVELES DE ACCIÓN	BACTERIAS			HONGOS	VIRUS	
	CÉLULAS VEGETATIVAS	TBC	ESPORAS		MEDIANO Y LIPIDICOS	PEQUEÑOS Y NO LIPIDICOS
ALTO	+	+	+	+	+	+
INTERMEDIO	+	+	- (1)	+	+	+ / -
BAJO	+	-	-	+ / -	+	+ / -

(+). Indica el efecto bactericida del desinfectante (capacidad de eliminar), solamente con tiempo adecuado de inmersión DAN. Además son capaces de eliminar un alto número de esporas bacterianas en test de laboratorio.

(-). Indica un pequeño o nulo efecto de eliminar.

(1). Algunos desinfectantes de nivel intermedio, pueden ser mico bactericidas y su acción virucida es limitada.

Fuente: Block SS. Editor. Disinfection, Sterilization and preservation. 1991.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS José Casimiro Ulloa
VºBº
ENFERMERÍA

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" ENFERMERÍA V°B°

ANEXO 6

AGENTES QUIMICOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA

AGENTE QUÍMICO	PREPARACIÓN	CANTIDAD SOLUC. PREPARADA	PORCENTAJE SOLUC. PREPARADA	DURACIÓN SOLUCION EN USO	TIEMPO DE EXPOSICIÓN	USOS
GLUTARALDEHIDO 2%		Galonera por 05 litros		30 días	10'	Desinfección de alto nivel
					01 Hora	Esterilización
YODOPOVIDONA ESPUMA 8.5 %		01 Litro				- Lavado zona operatoria
YODOPOVIDONA SOLUCIÓN 10%		01 Litro				- Antisepsia preoperatorio y delimitación de campo quirúrgico (Pincelado) - Antisepsia postoperatoria
CLORHEXIDINA AL 2 % A CIRCUITO CERRADO CON PEDAL		01 Litro				- Lavado de manos clínico (UCI – UCINT)
CLORHEXIDINA AL 4 % A CIRCUITO CERRADO CON PEDAL		01 Litro				- Lavado de manos Quirúrgico.
CLORHEXIDINA AL 2 %		01 Litro				- Lavado de manos clínico
ALCOHOL 70 °		01 Litro				- Antiséptico de piel y manos.
ALCOHOL GEL		01 Litro				- Antiséptico de piel y manos.
AGENTE QUÍMICO	PREPARACIÓN	CANTIDAD SOLUC. PREPARADA	PORCENTAJE SOLUC. PREPARADA	DURACIÓN SOLUC. PREPARADA	TIEMPO DE EXPOSICIÓN	USOS
	SOLUCIÓN MADRE	AGUA				

Bencina rectificada			01 Litro				- Antiséptico de piel y manos
detergente multienzimatico bacteriostático doble rendimiento	12 cc.	Completar a 04 litros	04 litros		48 Hs	05'	- Limpieza de instrumentos flexibles de fibra óptica. - Limpieza de material médico quirúrgico.
FORMOL AL 40%	250 cc.	750 cc.	01 litro	10%			- Conservación de muestras Anatomopatológicas (uso exclusivo de centro quirúrgico)
SURGI – STAIN	100 cc.	Agua Caliente (50° - 80°) 800 cc.	900 cc.			15' - 25'	- Remoción de manchas y oxidación del instrumental quirúrgico de "Acero Inoxidable"
PREMIX-SLIP			Solución viene preparada		07 días en recipiente limpio y tapado (Puede ser reutilizado)	5' - 10'	- Lubricación de instrumental quirúrgico
HIPOCLORITO DE SODIO AL 10%	100 cc.	900 cc.	01 litro	1%		10'	- Desinfección de derrame previa limpieza.
	50 cc.	950 cc.	01 litro	0.5%		10'	- Desinfección de materiales previa limpieza.
	10 cc.	990 cc.	01 litro	0.1%		10'	- Desinfección de áreas críticas previa limpieza.
	05 cc.	995 cc.	01 litro	0.05%		10'	- Desinfección de áreas no críticas.

PROGRAMAS Y TIEMPOS DE DURACION DE LOS PROCESOS EN AUTOCLAVE TUTTNAUER MODELO 5596 EP – 1VND X 250 LITROS

Programa.		T°	Pre- vacío	Calentamiento	Estérili zación	Desfogue	Secado	Tiempo total mínimo	Tiempo total máximo
01	Flash	134° C	7' – 8'	7' – 8'	03'	2'	01'	20'	22' Si esta frío el equipo hasta 28'
02 (posición vertical)	Jebes, latex, silicona	121°C	11' – 12'	10'	15'	2'	35'	73'	74'
03	Tubo Laríngeo, caja Cidex, Dermátomo.	134° C	7' – 8'	8'	03'	2'	15'	35'	36'
04	Paquetes medianos y Chicos.	134° C	10'	8' – 9'	08'	2'	25'	53'	54'
05	Paquetes grandes	134° C	11' – 12'	10' – 11'	10'	2'	30'	63'	65'
06	Paquetes extra grandes	134° C	11' – 12'	12' – 14'	10'	2'	45'	80'	84'
07	Paquetes extra grandes	134° C	11' – 12'	12' – 14'	10'	2'	55'	90'	93'
08 (posición horizontal)	Jebes, látex, silicona	121°C	11' – 12'	10'	15'	2'	20'	58'	59'
09	Frascos con agua	121°C	11' – 12'	12' – 14'	20'	3:15' aprox.	----------	5:00 Aprox.	
10									
11	Bowie & Dick	134° C	7' – 8'	7' – 8'	3.5'	2'	02'	21.5'	23.5'
12	PRUEBA DE VACIO								

ANEXO 8

INSTRUCCIONES DE USO DE LA MAQUINA SELLADORA CONTINUA MARCA HAWO – ALEMANIA

ESPECIFICACIONES GENERALES

La máquina HAWODENT 650D es una selladora continua, especialmente diseñada para el sellado de bolsas de esterilización (sobres de papel laminado).
No ha sido diseñado para el sellado de puro polietileno, PVC, poliamida y láminas de polipropileno.

PROCEDIMIENTO:

1. Conecte el cable de conexión con la máquina (ponga atención a la indicación de voltaje)
2. Encienda el calefactor presionando el interruptor de encendido en la posición "I". La luz de control se enciende con el interruptor y también con el controlador de temperatura.
3. Prefije ola temperatura requerida, ajustando el controlador de temperatura al valor deseado.
4. Tan pronto como la luz de control del controlador de temperatura comience a parpadear en breves periodos (luego de aprox. 5 minutos), la máquina ha llegado a la temperatura pre fijada y se encuentra lista para ser operada.
5. Ajuste el ancho deseado del sellado. Tras soltar el tornillo debajo de la bandeja de entrada de las bolsas de esterilización, esta puede ser graduada de 0 a 35 mm.
6. Encienda la correa transportadora, presionando el interruptor a la posición "I" . La luz de control se enciende con el interruptor.
7. Ponga el envase de esterilización sobre la bandeja de entrada de la máquina.
8. Retire el envase de esterilización por el lado de salida. Luego de un breve enfriado del sellado, revise su firmeza. Si la costura del sellado presenta marcas de permeabilidad mientras se abre el envase, la temperatura del sellado es demasiado baja y deberá ser aumentada.
9. Por otro lado, un exceso de temperatura de sellado se presenta por un leve cambio de color de café en el papel y por la disolución del laminado.
   De acuerdo al tipo de filme los valores de referencia de temperatura de sellado oscilan entre 120ºC y 220ºC. El ajuste óptimo deberá encontrarse mediante pruebas de sellado.
10. En caso de interrumpir la operación de sellado, apague la correa transportadora de envases. El calefactor puede permanecer encendido, de modo que la máquina siempre esté lista para ser operada.
11. Luego de terminar el trabajo de sellado, tanto la correa transportadora de envases como el calefactor deberá apagarse, presionando ambos interruptores a la opción "O".

NOTA: Si estuviera sellando y el empaque quedara atrapado en la faja transportadora, deberá apagarse la máquina e insertar la llave para retirar el paquete manualmente.

AL DE EMERGENCIAS
V°B°
ENFERMERÍA
Casimiro Ulloa

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	INGRESO DE PACIENTES POR EMERGENCIA URGENCIA A SALA DE OPERACIONES – CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO:	

PROPÓSITO :	Lograr en forma eficiente el ingreso de pacientes a Sala de Operaciones – Centro Quirúrgico provenientes del servicio de emergencia.
ALCANCE :	Servicio de Centro Quirúrgico, Servicio de Emergencia, Servicio de reposos.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de solicitudes de sala de operaciones de emergencia o urgencia	Nº de operaciones de emergência /urgencia	Registros del servicio Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico.

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Usuario requiere intervención quirúrgica emergencia/urgencia.
1	Médico responsable define necesidad de traslado del paciente para Intervención Quirúrgica : • Si el paciente amerita intervención de emergencia: -Enfermera de emergência comunica via telefonia a enfermera de quirofano. -Equipo Médico, Anestesiólogo, Cirujano y Personal de Enfermería realizan traslado inmediato de paciente a Centro Quirúrgico. Fin de procedimiento. • Si el paciente requiere Intervención Quirúrgica de Urgencia. Continúa en Paso siguiente.
2	Medico cirujano responsable llena, firma, sella, formato solicitud de Sala de Operaciones, Receta Médica, Solicitud de Exámenes Auxiliares Complementarios, Riesgo Quirúrgico y los entrega a la enfermera de emergencia
3	Enfermera de emergencia inicia cumplimiento de Indicaciones Pre-operatorias
4	Medico informa a familiares y paciente. Solicita Firma de Registro de Consentimiento Informado.
5	Familiares o Paciente comunican aceptación de Indicación quirúrgica. • Si rehúsan Intervención Quirúrgica. Firman alta voluntaria. Fin de Procedimiento. • Si aceptan Intervención Quirúrgica continúa en Paso 6.
6	Médico anestesiólogo comunica a Enfermera Tipo de Traslado del Paciente : - Si Estado clínico del paciente requiere Intervención de Urgencia inmediata, personal técnico de enfermería traslada al paciente con Paquete Quirúrgico Mínimo. Fin de Procedimiento. - Si Estado Clínico del Paciente posibilita Evaluación Prequirúrgica necesaria: Traslado del paciente con Paquete Quirúrgico Básico. Continúa en Paso 7.
7	Familiares o Responsables del Paciente realizan depósito de 200 soles en caja o médico Jefe de equipo firma Autorización de Ingreso a Sala de Operaciones.
8	Enfermera solicita firma de autorización de intervención a paciente y/o familiares responsables.
9	Enfermera entrega receta médica a familiar o personal de servicio social.
10	Técnico informa sobre trámites de hospitalización.

11	La enfermera de emergencia verifica que exámenes auxiliares, análisis, autorizaciones y pagos estén conformes.
12	Enfermera de servicio envía solicitud de sala de operaciones a Centro Quirúrgico
13	Enfermera de Centro Quirúrgico recepciona solicitud de sala de operaciones, coloca firma y hora de recepción.
14	Enfermera de Centro Quirúrgico comunica a anestesiólogo de emergencia solicitud recepcionada.
15	En coordinación con el anestesiólogo la enfermera de Centro quirúrgico solicita al paciente.
16	Personal de enfermería de emergencia traslada al paciente e insumos a Centro Quirúrgico
17	Enfermera de Centro Quirúrgico recepciona paciente realiza valoración de enfermería y verifica que riesgo quirúrgico, evaluación pre anestésica, consentimiento informado, autorizaciones y pagos estén completos firmados y sellados..
18	Técnica de enfermería de centro quirúrgico coloca vestuario adecuado a paciente y lo traslada a la camilla correspondiente.
19 FIN	Usuario ingresa a Sala de Operaciones

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Solicitud de Sala de Operaciones	Servicios de hospitalización y emergencia.	Diario	Manual

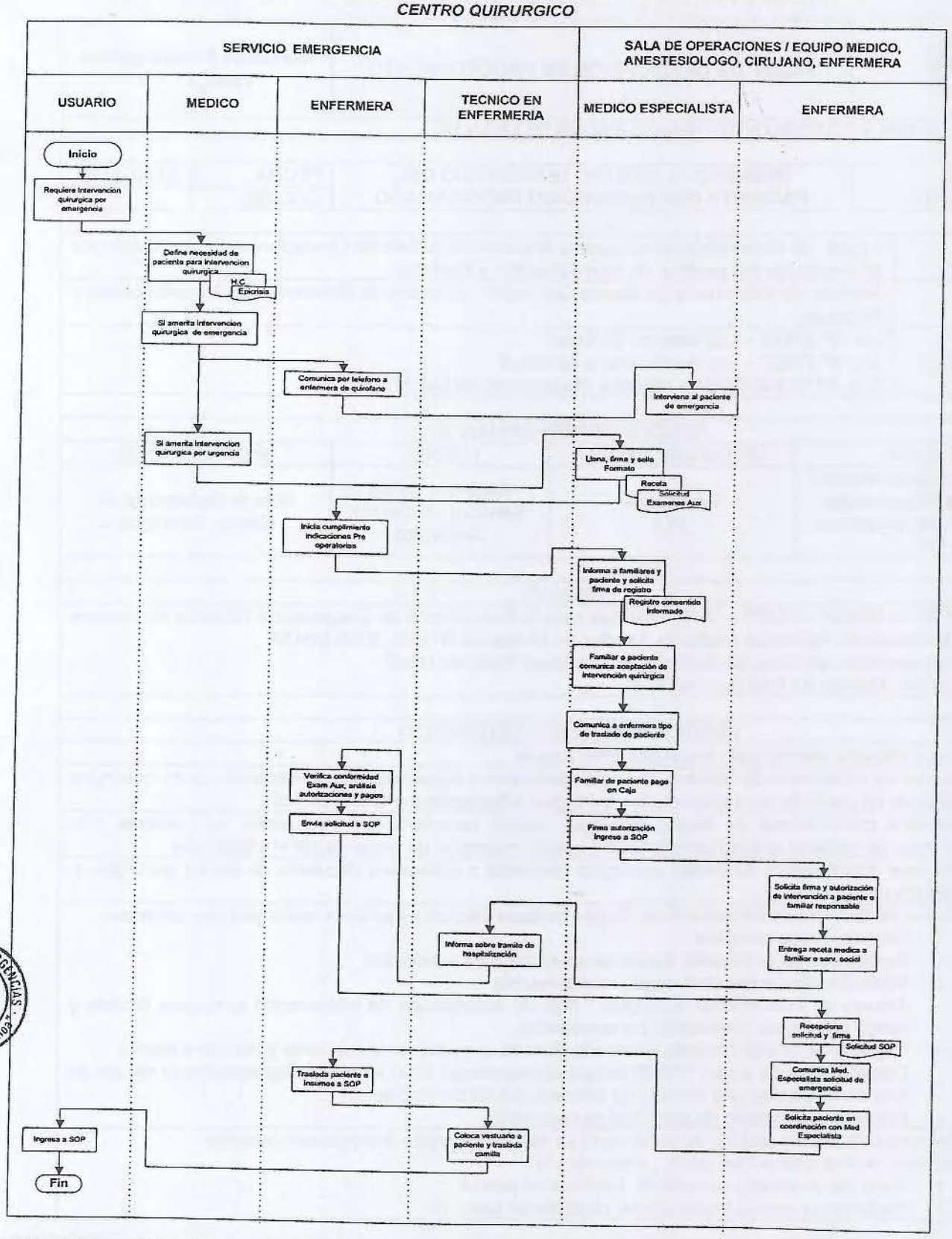
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Ingreso de paciente a Sala de Operaciones por emergencia / urgencia	Servicio Centro Quirúrgico	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante los pacientes de emergencia / urgencia que necesitan tratamiento quirúrgico son admitidos en Centro Quirúrgico
REGISTROS :	Formato solicitud e Sala de operaciones, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: INGRESO DE PACIENTES POR EMERGENCIA A SALA DE OPERACIONES – CENTRO QUIRURGICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**INGRESO AL CENTRO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE PRE QUIRÚRGICO PROGRAMADO**	FECHA :	JULIO -2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente el ingreso de pacientes a Sala de Operaciones–Centro Quirúrgico provenientes del servicio de hospitalización y Reposos.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Servicios de Enfermería en Hospitalización y Reposos.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de paciente programado / Nº pacientes programados intervenidos quirurgicamente x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Usuario requiere intervención quirúrgica programada.
1	Personal de enfermería de servicio de origen comunica a enfermera coordinadora de centro quirúrgico el traslado de paciente para intervención quirúrgica informando condición clínica
2	Enfermera coordinadora de centro quirúrgico evalúa características informadas del paciente y la existencia de material quirúrgico solicitado y acepta recepción de paciente por vía telefónica
3	Enfermera coordinadora de centro quirúrgico comunica a enfermera circulante de centro quirúrgico la recepción de paciente.
4	Personal de Enfermería de Servicio de Origen traslada Paciente y paquete quirúrgico que contiene : - Historia clínica completa - Resultados de exámenes auxiliares prequirúrgicos solicitados - Medicamentos e insumos según receta médica - Anexos de intervención quirúrgica : hoja de autorización de intervención quirúrgica firmada y riesgo quirúrgico, evaluación pre anestésica, - Registro de consentimiento informado firmado correctamente.(paciente y medico tratante) - Comprobante de pago(700.00 cirugía convencional; 1000.00 cirugía laparoscópica) de uso de sala de operaciones o formato de exoneración de servicio social - Formato de depósito de sangre(si es necesario)
5	Enfermera circulante y técnico de enfermería de centro quirúrgico recepcionan paciente. Enfermera realiza valoración inicial , discerniendo : ▪ Paciente en estado consciente. continúa en paso 6 ▪ Paciente en estado inconsciente. continúa en paso 19

6	Enfermera recepciona al paciente evaluando y valorando la situación del mismo en forma rápida : - Estado de conciencia-evidenciar limitaciones físicas – edad- contextura. - Aditamentos adicionales. (oxigeno, infusiones, inmovilizaciones de miembros, sondas etc. - Solicita apoyo de personal adicional si es necesario.
7	Personal de Enfermería procede a identificarse con el paciente
8	Enfermera explica al paciente en forma breve y fácil de comprender sobre el procedimiento al que será sometido.
9	Alinea la camilla de traslado con la camilla del paciente y traba los seguros, traspasa los dispositivos médicos que trae consigo, las soluciones E.V. tubos, drenajes- sondas, cuidando el nivel de inserción y niveles de gravedad.
10	Viste al paciente con la ropa adecuada
11	Personal de Enfermería se ubica en el lado opuesto de la camilla, para evitar que la camilla se desplace y el paciente se caiga.
12	Confirma grado de movilidad del paciente
13	Solicita al paciente su traslado ayudándolo en cada movimiento.
14	Cubre al paciente con una sabana del Centro Quirúrgico (respeto por la individualidad del paciente)
15	Levanta las barandas, destraba las ruedas e iniciar su traslado. Ubicándose la enfermera a la cabecera del paciente y la técnica de enfermería a los pies, el transporte será en forma segura y suave, para que el paciente perciba seguridad y confianza en el equipo de salud.
16	Traslada al paciente y los dispositivos conjuntos de manera segura y tendiendo a minimizar los movimientos bruscos en las zonas lesionadas.
17	Procede al traslado del paciente a la mesa de operaciones según lineamientos descritos. se seguirán con los mismos lineamientos.
18	Monitoriza condición clínica de paciente esperando recepción por Médico Anestesiólogo. Continúa en Paso 30
19	Enfermera recepciona al paciente evaluando y valorando la situación del mismo en forma rápida: - Estado de conciencia-Evidenciar limitaciones físicas – edad- contextura. - Aditamentos adicionales. (Oxigeno, infusiones, inmovilizaciones de miembros, sondas etc. - Solicitar apoyo de personal adicional ei fuera necesario
20	Alinea la camilla de traslado con la camilla del paciente y traba los seguros, traspasa los dispositivos médicos que trae consigo, las soluciones E.V. tubos, drenajes- sondas, cuidando el nivel de inserción y niveles de gravedad.
21	Viste al paciente con la ropa adecuada
22	Personal de Enfermería se ubica en el lado opuesto de la camilla, para evitar que la camilla se desplace y el paciente se caiga.
23	Confirma grado de movilidad del paciente
24	Personal de Enfermería se ubica en el lado opuesto de la camilla de traslado, al costado, a la cabecera y a los pies del paciente, coloca el transportador de paciente debajo de la sabana inferior, desliza suavemente la sabana con el paciente sobre el transportador , la persona que está en la cabecera debe tomar por los hombros y la nuca al paciente deslizándolo simultáneamente al resto del personal
25	Cubre al paciente con una sabana del Centro Quirúrgico (respeto por la individualidad del paciente)
26	Levanta las barandas, destraba las ruedas e iniciar su traslado. Ubicándose la enfermera a la cabecera del paciente y la técnica de enfermería a los pies, el transporte será en forma delicada y suave, para que el paciente perciba seguridad y confianza en el equipo de salud.
27	Traslada al paciente y los dispositivos conjuntos de manera segura y tendiendo a minimizar los movimientos bruscos en las zonas lesionadas.
28	Procede al traslado a la mesa de operaciones según lineamientos descritos.(paso 24)
29	Enfermera circulante monitoriza condición clínica de paciente esperando recepción por Médico Anestesiólogo.
30	Personal Técnico de Cirugía retira camilla de transporte
31	Médico Anestesiólogo asume instalación y monitorización de paciente
32	Usuario es instalado en Sala de Operaciones

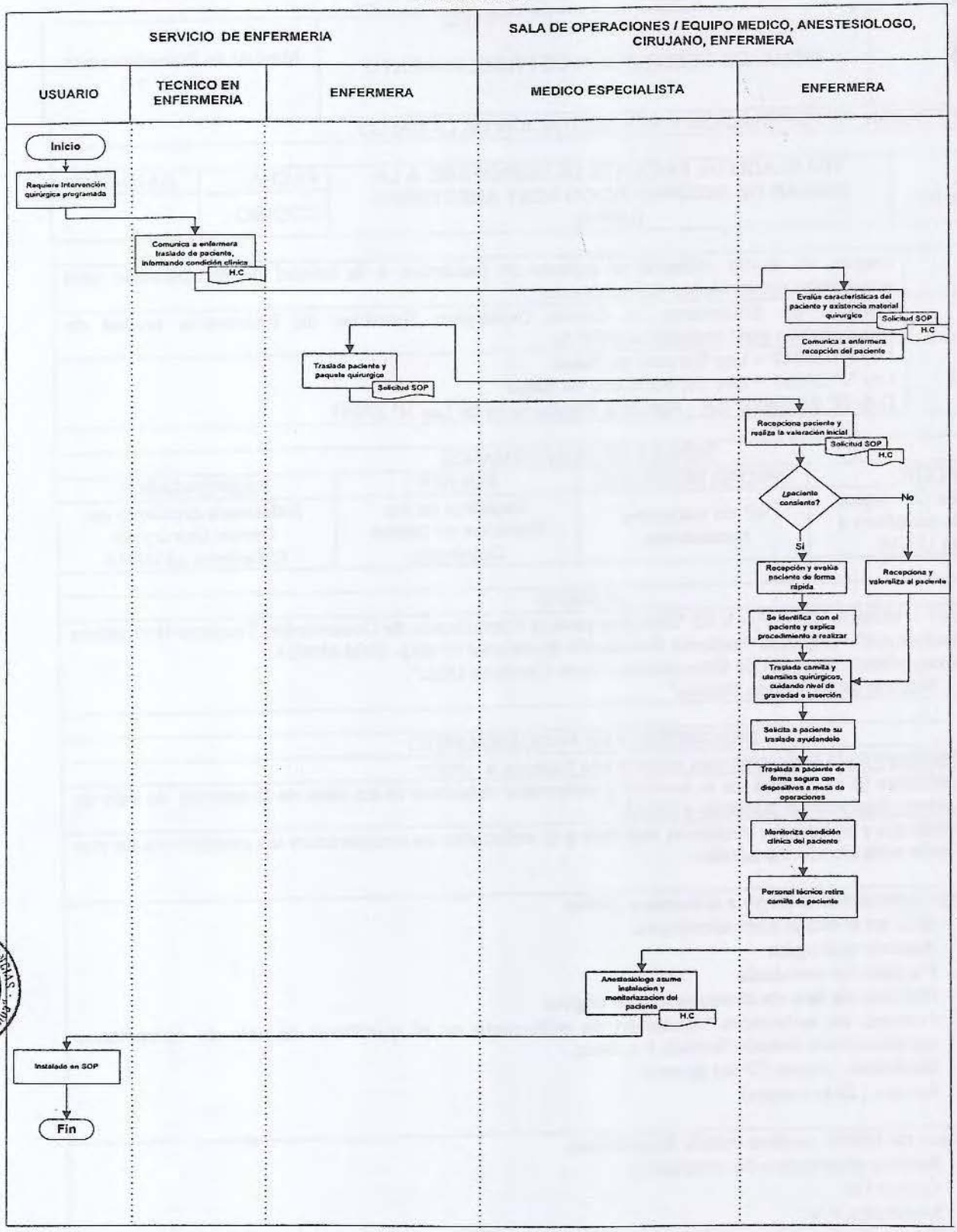
Fin del procedimiento

V°B° ENFERMERIA Casimiro Ulloa

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Ingreso de paciente programado a Sala de Operaciones	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario es instalado en Sala de Operaciones	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento por el que el personal de Enfermería de Centro Quirúrgico realiza la recepción del paciente programado, previo a la cirugía.
REGISTROS :	Solicitud de Sala de Operaciones, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: INGRESO AL CENTRO QUIRURGICO DEL PACIENTE PRE- QUIRURGICO PROGRAMADO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TRASLADO DE PACIENTE DE QUIROFANO A LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA (URPA)**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente el ingreso de pacientes a la unidad de recuperación post anestésica provenientes del quirófano.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Servicios de Enfermería unidad de recuperación post anestésica.(URPA)
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de pacientes Quirúrgico trasladados de quirófano a servicio de URPA	Nº de pacientes trasladados.	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Enfermera circulante de Centro Quirúrgico Enfermera de URPA

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad . Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" .
- RM217-2004 . "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Anestesiólogo da la indicación que usuario sea traslado a URPA
1	Anestesiólogo (a la cabeza de la camilla) y enfermera circulante (a los pies de la camilla) de sala de operaciones trasladan al paciente a URPA.
2	Anestesiólogo y enfermera circulante reportan a la enfermera de recuperación las condiciones en que el paciente esta siendo transferido
3	Enfermera circulante entrega a enfermera URPA: • H.C. en el orden correspondiente. • Reporte quirurgico • Formato de anestesia • Formato de lista de chequeo cirugia segura. • Formato de enfermera "Anotación de enfermería en el quirófano" de sala de operaciones correctamente llenado firmado y sellado. • Medicinas, placas.(Si las tuviera) • Kardex (Si lo tuviera)
	Enfermera de URPA verifica estado de paciente: • Realiza diagnostico de enfermería • Coloca O2 • Monitoriza F.V. • Transcribe los datos recolectados a la H.C • Registra ingreso de paciente en censo y cuaderno correspondiente

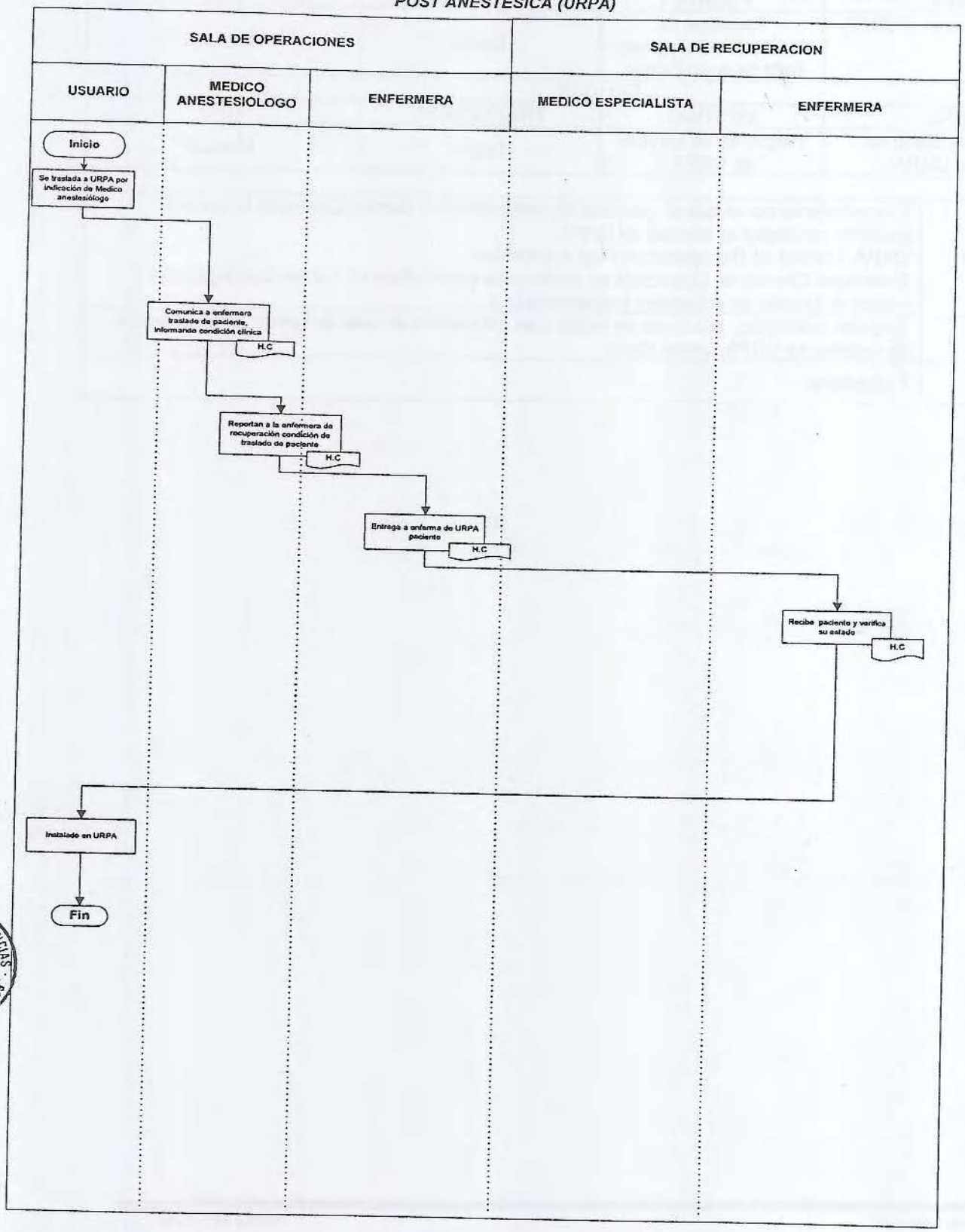
5	Usuario es instalado en URPA.
6	Fin del Procedimiento

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Ingreso de paciente a URPA	Registros de cuadernos de ingreso Sala de operaciones.	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario es instalado en servicio de URPA.	Registros de servicio de URPA.	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento por el que el personal de Enfermería de Centro Quirúrgico traslada al paciente quirúrgico al servicio de URPA. URPA. Unidad de Recuperación Post Anestésica Enfermera Circulante: Licenciada en enfermería especialista en Centro Quirúrgico que realiza la función de enfermera instrumentista II
REGISTROS :	Registro quirúrgico, cuaderno de registro de enfermería de sala de operaciones, cuaderno de registro de URPA, censo diario
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: TRASLADO DE PACIENTE DE QUIROFANO A LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA (URPA)



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TRASLADO DEL PACIENTE DE QUIROFANO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIN) UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente y segura la transferencia del paciente del Centro quirúrgico al servicio de UCIN / UCI.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Servicios de Enfermería unidad de cuidados intermedios.(UCIN).
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de pacientes transferidos de sala de operaciones a UCI - UCIN / Nº pacientes atendidos quirurgicamente x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Enfermera circulante de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" .
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Anestesiólogo da la indicación que usuario sea traslado a UCIN/UCIN.
1	Enfermera de Sala de operaciones comunica a enfermera de UCI/UCIN el traslado del paciente. Enfermera de UCI/UCIN acepta traslado.
2	Anestesiólogo y enfermera circulante transportan al paciente .al servicio de UCIN
3	Enfermera circulante entrega a enfermera de UCI /UCIN. • H.C. en el orden correspondiente. • Reporte quirúrgico • Formato de anestesia • Formato de lista de chequeo cirugia segura. • Formato de enfermera "Anotación de enfermería en el quirófano" de sala de operaciones correctamente llenado firmado y sellado. • Medicinas, placas.(Si las tuviera) • Kardex (Si lo tuviera)
4	Usuario es transferido a UCI/UCIN.
5	Fin del procedimiento

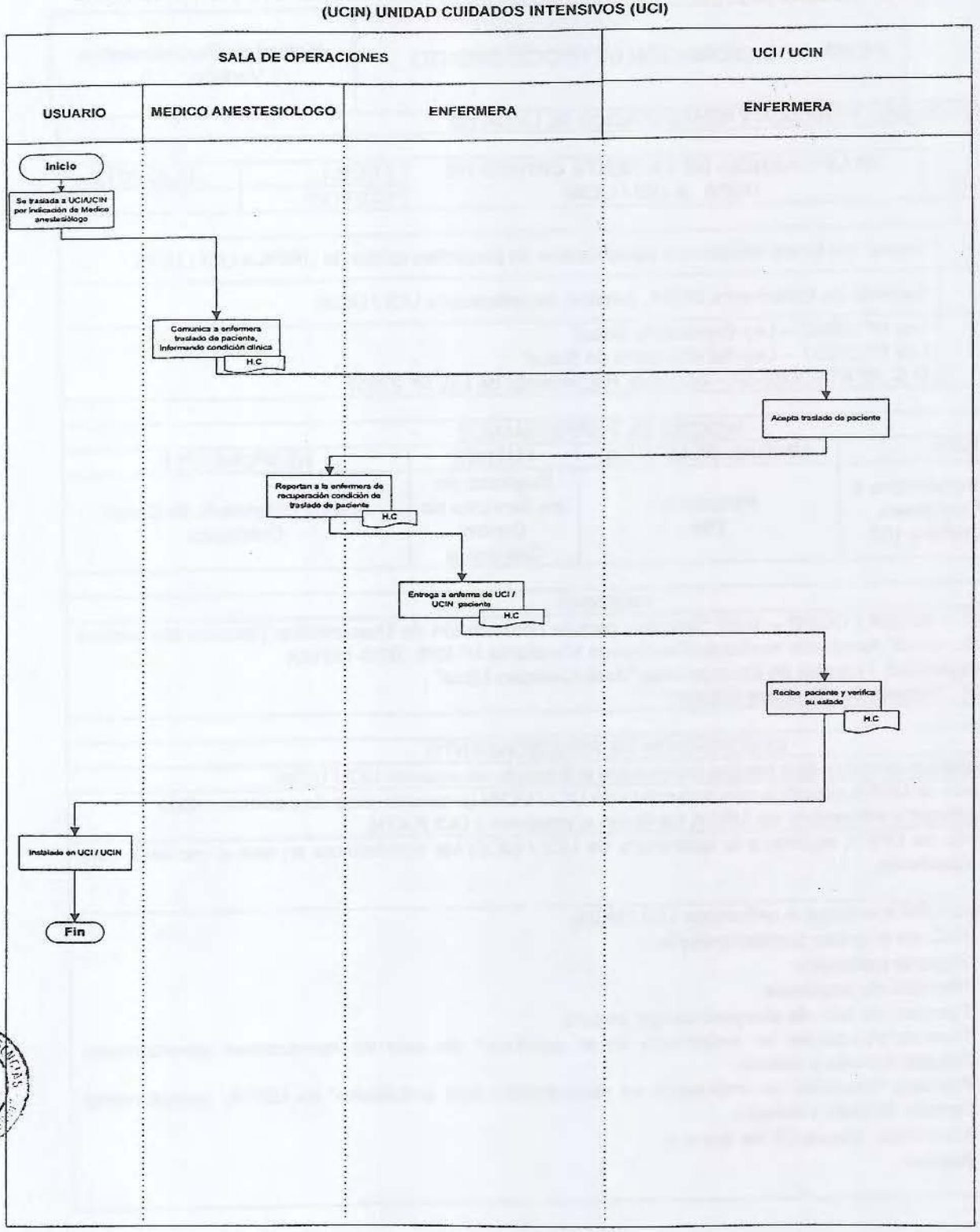
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Transferencia de paciente post quirúrgico a UCI / UCIN.	Registros de cuadernos Sala de operaciones.	Diario	Manual

	Registro en cuaderno de Anestesiología.		
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario es trasladado a UCI/UCIN.	Registros de cuadernos de Sala de operaciones.	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento por el que el personal de Enfermería de Centro Quirúrgico traslada a paciente a UCIN/UCI. URPA.-Unidas de Recuperación Post Anestésica.
REGISTROS :	Registro quirúrgico, cuaderno de registro de enfermería de sala de operaciones.
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **TRASLADO DEL PACIENTE DE QUIROFANO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIN) UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TRASFERENCIA DE PACIENTE CRITICO DE URPA A UCI / UCIN**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente la transferencia de pacientes critico de URPA a UCI / UCIN
ALCANCE :	Servicio de Enfermería URPA, Servicio de enfermería UCI / UCIN.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de pacientes transferidos a UCI/UCIN / Nº pacientes atendidos em URPA x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" .
- RM Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Anestesiólogo coordina con medico intensivista el traslado de usuario UCI / UCIN.
1	Enfermera de URPA coordina con enfermera de UCI / UCIN la transferencia de paciente critico Anestesiólogo y enfermera de URPA trasladan al paciente a UCI /UCIN.
2	Enfermera de URPA reporta a la enfermera de UCI / UCIN las condiciones en que el paciente esta siendo transferido
3	Enfermera URPA entrega a enfermera UCI / UCIN. • H.C. en el orden correspondiente. • Reporte quirurgico • Formato de anestesia • Formato de lista de chequeo cirugia segura. • Formato"Anotación de enfermería en el quirófano" de sala de operaciones correctamente llenado firmado y sellado. • Formato "Atención de enfermería en recuperación post anestésica" de URPA, correctamente llenado firmado y sellado. • Medicinas, placas.(Si las tuviera) • Kardex .

4	Si el paciente estuviera en maquina de respiración la Enfermera de URPA entregara a la enfermera de UCI/UCIN: 01 Juego de corrugados 01 Filtro Hepa 02 Sondas de aspiración (nº 16 ó 14) 02 Conexiones de aspiración. 02 Litros de agua estéril. 04 Paquetes de gasa 7.5 x 7.5
5	Usuario es trasladado a servicio UCI / UCIN
6	Fin del procedimiento

ENTRADAS

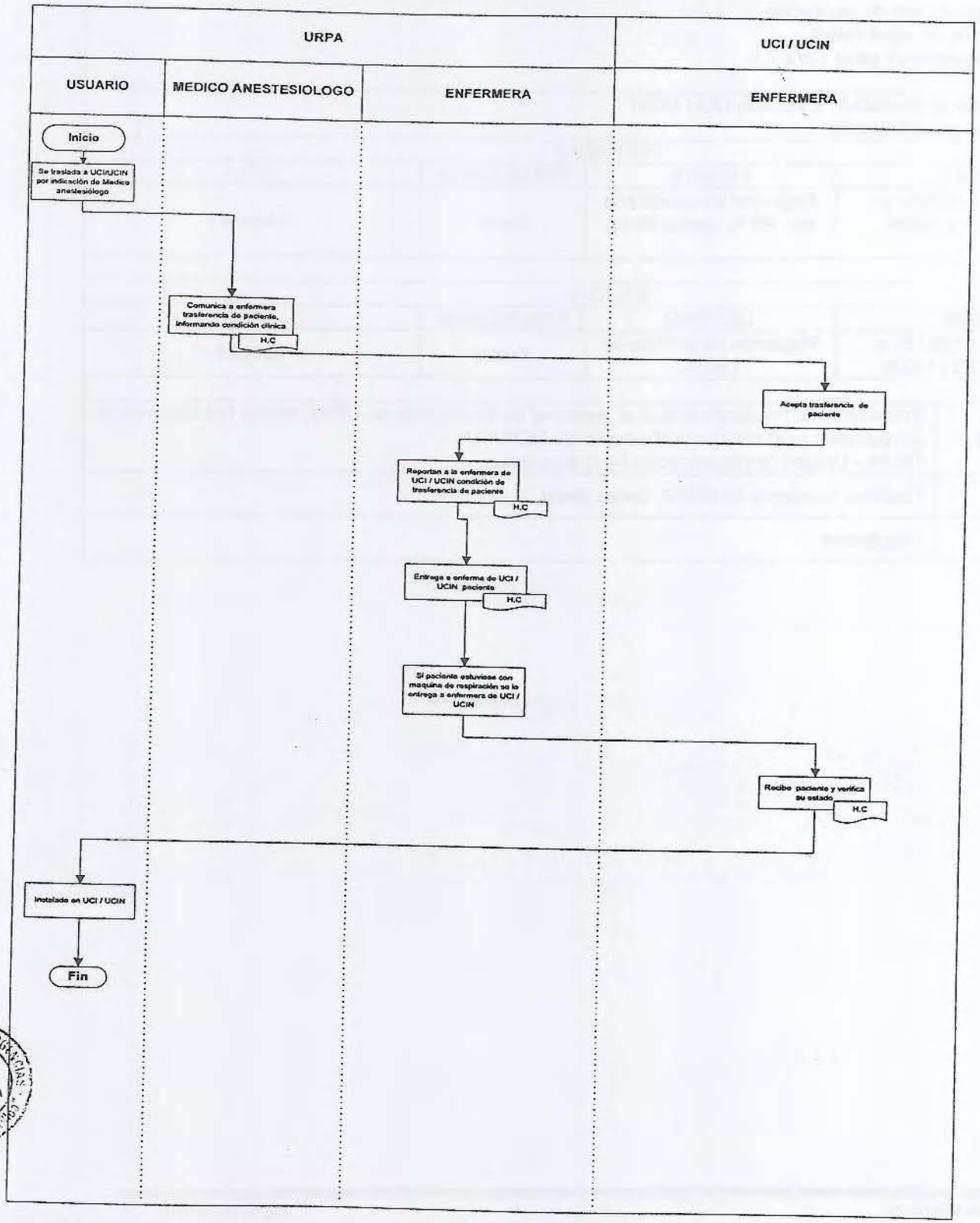
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Traslado de paciente a servicio de UCI /UCIN.	Registros de cuadernos de URPA, censo diario.	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario es transferido a servicio de UCI / UCIN.	Registros de servicio de URPA.	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el personal de Enfermería de URPA realiza la transferencia del paciente post anestesia al servicio de UCI/UCIN. URPA.- Unidad de recuperación Post anestésica.
REGISTROS :	Registro cuaderno de URPA, censo diario
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **TRASFERENCIA DE PACIENTE CRITICO DE URPA A UCI / UCIN**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**TRANSFERENCIA DE PACIENTE DE URPA A SERVICIOS DE HOSPITALIZACION**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr .en forma eficiente la transferencia de pacientes de URPA a servicio de hospitalización.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería URPA, Servicio de enfermería Hospitalización.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de pacientes tranferidos de URPA a servicios de hospitalizacion / Nº pacientes atendidos en URPA. x 100	Porcentaje (%)	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- RM Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Anestesiólogo da alta a paciente de URPA.
1	Enfermera de URPA coordina con enfermera de Hospitalización la transferencia de paciente
2	Enfermera da hospitalización con el personal técnico de enfermería traen camilla de trasporte al centro quirúrgico para trasportar al paciente
3	Enfermera de URPA reporta a la enfermera de Hospitalización las condiciones en que el paciente esta siendo transferido.
4	Enfermera URPA entrega a enfermera Hospitalizacion: • H.C. en el orden correspondiente. • Reporte quirurgico • Formato de anestesia • Formato de lista de chequeo cirugia segura. • Formato"Anotación de enfermería en el quirófano" de sala de operaciones correctamente llenado firmado y sellado. • Formato "Atención de enfermería en recuperación post anestésica" de URPA, correctamente llenado firmado y sellado. • Medicinas, placas.(Si las tuviera) • Kardex
5	Usuario es trasladado a servicio de hospitalización
6	Fin del procedimiento

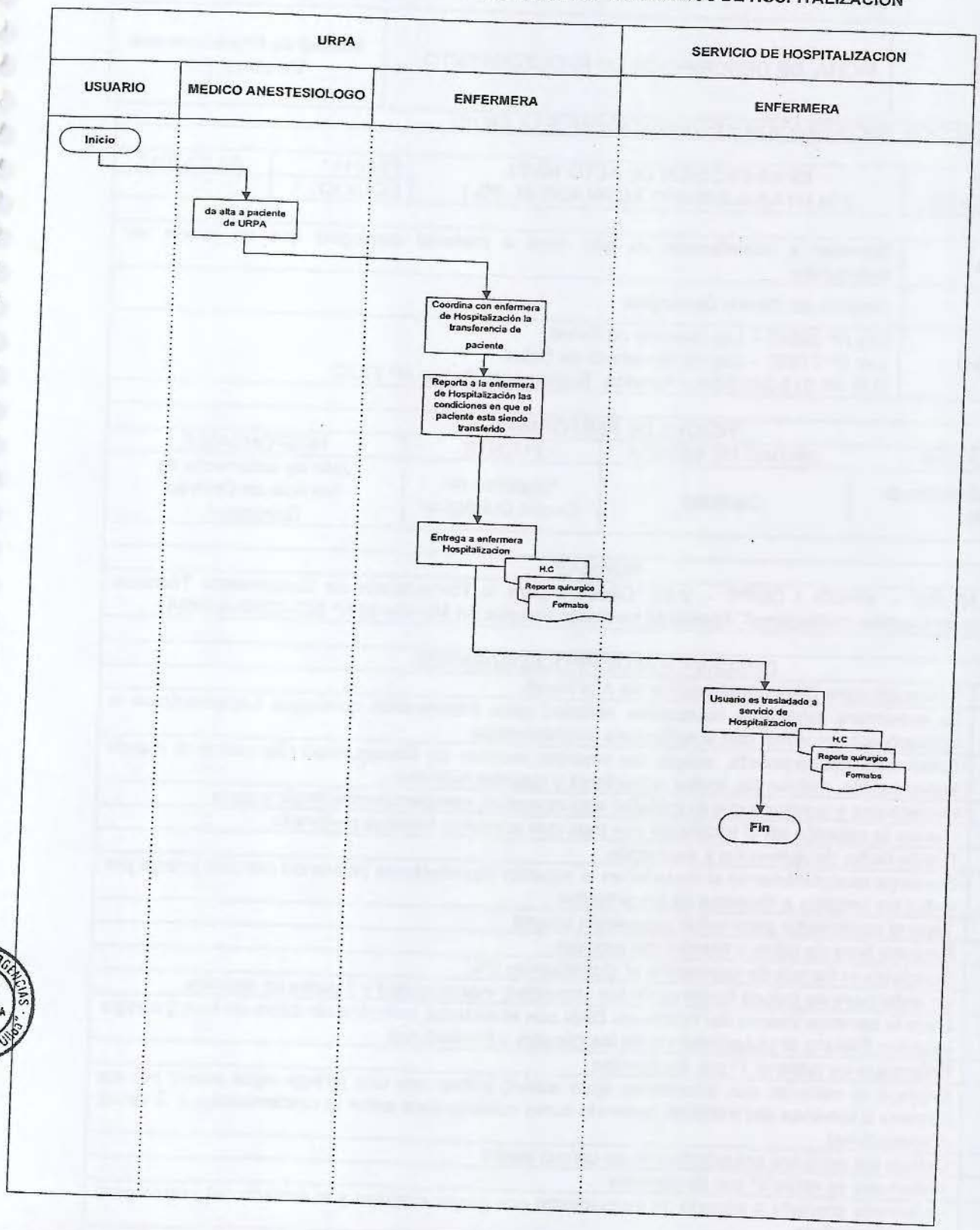
ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Transferencia de URPA a	Registros de cuadernos	Diario	Manual

servicio de hospitalización	de URPA, censo diario.		
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Usuario es transferido a servicio de hospitalización	Registros de servicio de URPA.	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento por el que el personal de Enfermería de URPA realiza la transferencia del paciente post anestesia a servicio de hospitalización. URPA.-Unidad de Recuperación Post Anestésica.
REGISTROS :	Registro cuaderno de URPA, censo diario
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **TRANSFERENCIA DE PACIENTE DE URPA A SERVICIOS DE HOSPITALIZACION**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (GLUTARALDEHIDO ACTIVADO AL 2%)**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Someter a desinfección de alto nivel a material quirúrgico que no puede ser autolavado.
ALCANCE :	Servicio de Centro Quirúrgico.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº. Procedimiento de DAN.	Cantidad	Registros de Centro Quirúrgico	Jefe de enfermería de Servicio de Centreo Quirúrgico.

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

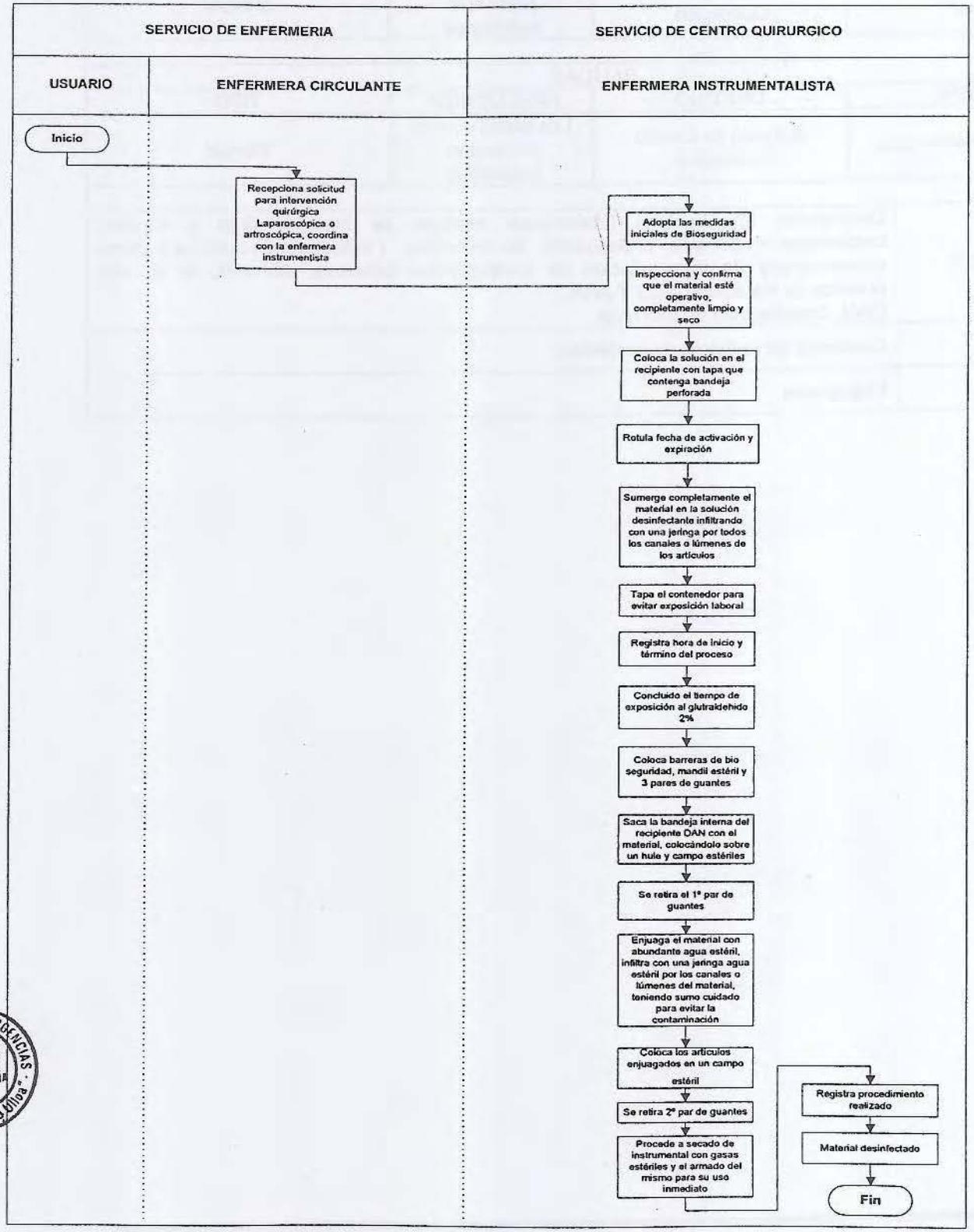
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Indicación para DAN (Desinfección de Alto Nivel).
1	La enfermera circulante recepciona solicitud para intervención quirúrgica Laparoscópica o artroscópica, coordina con la enfermera instrumentista.
2	Enfermera instrumentista, adopta las medidas iniciales de Bioseguridad (Se coloca el mandil impermeable, mascarilla, lentes protectores y guantes estériles
3	Inspecciona y confirma que el material esté operativo, completamente limpio y seco.
4	Coloca la solución en el recipiente con tapa que contenga bandeja perforada.
5	Rotula fecha de activación y expiración
6	Sumerge completamente el material en la solución desinfectante infiltrando con una jeringa por todos los canales o lúmenes de los artículos.
7	Tapa el contenedor para evitar exposición laboral
8	Registra hora de inicio y término del proceso.
9	Concluido el tiempo de exposición al glutraldehido 2%.
10	La enfermera se coloca barreras de bio seguridad, mandil estéril y 3 pares de guantes.
11	Saca la bandeja interna del recipiente DAN con el material, colocándolo sobre un hule y campo estériles.Elimina el glutaraldehido de las cánulas u tubuladuras.
12	Enfermera se retira el 1º par de guantes.
13	Enjuaga el material con abundante agua estéril, infiltra con una jeringa agua estéril por los canales o lúmenes del material, teniendo sumo cuidado para evitar la contaminación.(2 veces consecutivas)
14	Coloca los artículos enjuagados en un campo estéril
15	Enfermera se retira 2º par de guantes
16	Enfermera procede a secado de instrumental con gasas estériles y el armado del mismo para su uso inmediato.
17	Registra procedimiento realizado
18	Material desinfectado

19	Fin del procedimiento		
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Desinfección de Alto Nivel	Servicio de Centro Quirúrgico.	Las veces que se presenten solicitudes	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Material Desinfectado	Servicio de Centro Quirúrgico.	Las veces que se presenten solicitudes	Manual

DEFINICIONES :	Destrucción Mycobacteria tuberculosa, esporas de hongos, virus y esporas bacterianas en tiempos prolongados de inmersión (esterilización química) ,como consecuencia de la alquilación de componentes celulares, alterando la síntesis proteica de los ácidos ADN Y ARN. DAN: Desinfección de alto nivel.
REGISTROS :	Cuaderno de registros de pacientes.
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (GLUTARALDEHIDO ACTIVADO AL 2%



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCION DIARIA DE QUIRÓFANO POR TÉCNICO DE ENFERMERÍA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Controlar y prevenir las Infecciones Intrahospitalarias ➢ Mantener, áreas, equipos, muebles limpios y desinfectados haciéndolos seguros al manejo del operador.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de actividades de Descontaminación Diaria de Quirófano por Técnico de Enfermería	Cantidad	Registros de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007–MINSA/OGPP–V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- RM Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

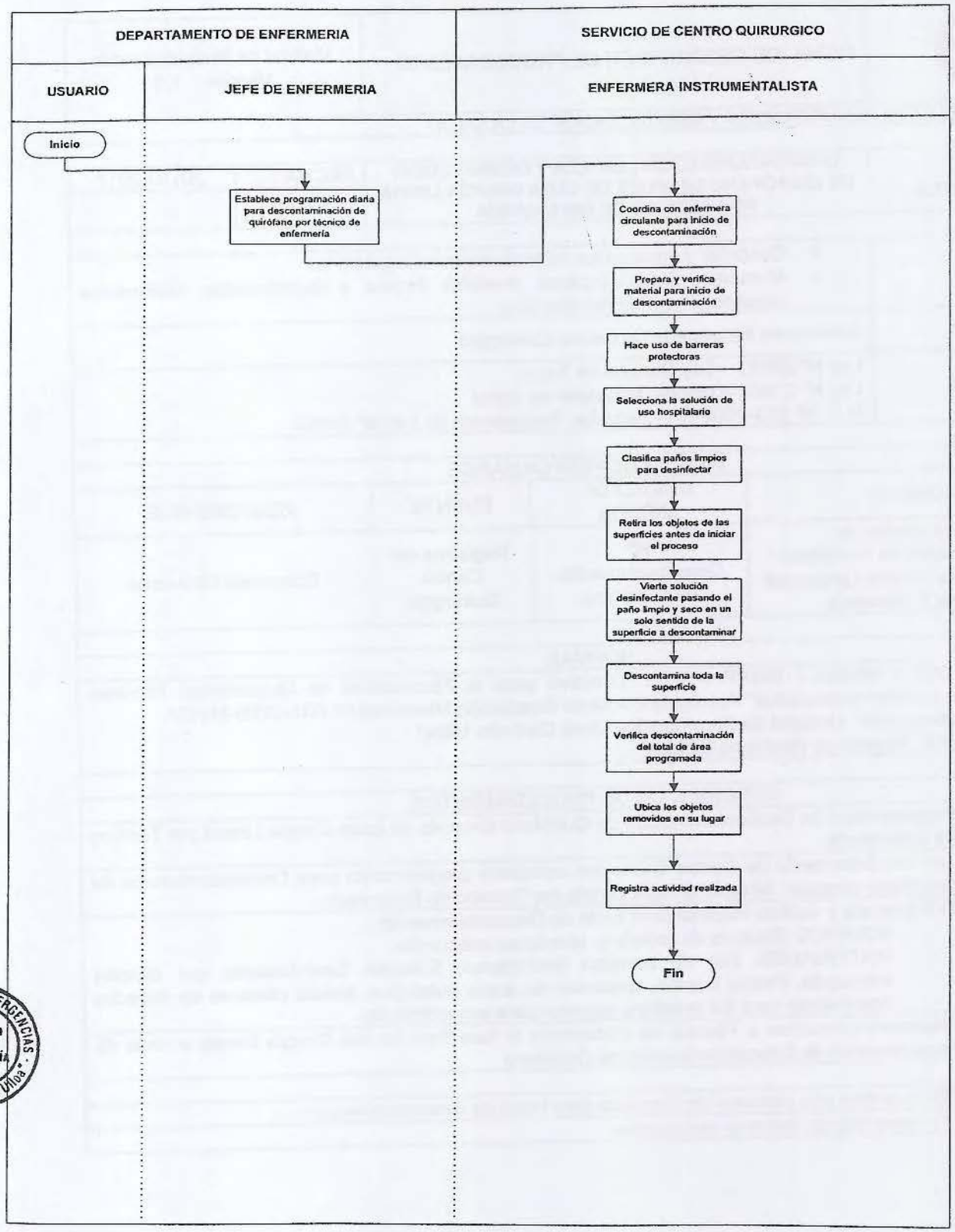
DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Programación de descontaminación diaria de quirófano por técnico de enfermería
1	Jefe de enfermería establece programación diaria para descontaminación de quirófano por técnico de enfermería
2	Técnico de enfermería coordina con enfermera circulante para inicio de descontaminación
3	Técnico de enfermería prepara y verifica material para inicio de descontaminación : - Equipos: equipos de grifería y lavaderos adecuados. - Materiales: set de barreras protectoras, solución desinfectante con dilución adecuada. paños limpios, lavatorios de acero quirúrgico, bolsas plásticas de desecho hospitalario para los residuos, guantes para procedimiento.
4	Técnico de enfermería hace uso de barreras protectoras.
5	Selecciona la solución de uso hospitalario
6	TEF clasifica paños limpios para desinfectar.
7	Retira los objetos de las superficies antes de iniciar el proceso.
8	Vierte solución desinfectante pasando el paño limpio y seco en un solo sentido de la superficie a descontaminar.
9	Descontamina toda la superficie : La descontaminación incluye las superficies de todos los mobiliarios del área, quirófano, equipos biomédicos tanto la parte anterior como posterior, contenedor de material médico, camillas, coches, anaqueles, etc.
10	Verifica descontaminación del total de área programada
11	Ubica los objetos removidos en su lugar.
12	TEF registra actividad realizada

13	Fin del procedimiento		
ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Descontaminación de Diaria de Quirófano por Técnico de Enfermería	Centro Quirúrgico	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Descontaminación Diaria de Quirófano por Técnico de Enfermería	Centro Quirúrgico	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento sistemático de limpieza y desinfección del Quirófano que se realiza en forma diaria por Técnico de Enfermería, dejando todas las superficies horizontales y verticales libres del acumulo de polvo y pelusillas ambientales, utilizando un desinfectante de tipo hospitalario
REGISTROS :	
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCION DIARIA DE QUIRÓFANO POR TÉCNICO DE ENFERMERÍA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	DESCONTAMINACIÓN LIMPIEZA Y DESINFECCION DE QUIRÓFANO DESPUÉS DE CADA CIRUGÍA LIMPIA POR TÉCNICO DE ENFERMERÍA	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Controlar y prevenir las Infecciones Intrahospitalarias ➢ Mantener, áreas, equipos, muebles limpios y desinfectados haciéndolos seguros al manejo del operador.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de actividades de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Limpia por Técnico de Enfermería	Nº Descontaminación de Quirófano	Registros de Centro Quirúrgico	Enfermera Circulante

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Programación de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Limpia por Técnico de Enfermería
1	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico establece programación para Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Limpia por Técnico de Enfermería
2	TEF prepara y verifica material para inicio de Descontaminación : - EQUIPOS: Equipos de grifería y lavaderos adecuados. - MATERIALES: Set de barreras protectoras, Solución Desinfectante con dilución adecuada. Paños limpios, lavatorios de acero quirúrgico, bolsas plásticas de desecho hospitalario para los residuos, guantes para procedimiento.
3	Enfermera comunica a Técnico de Enfermería la fase final de una Cirugía Limpia e inicio de Procedimiento de Descontaminación de Quirófano
4	
5	TEF coordina con personal de Limpieza para inicio de descontaminación
6	TEF hace uso de barreras protectoras.

7	Acude al quirófano con todo el material de trabajo en su respectivo coche de transporte: - Lavatorio pequeño. - Lavatorio grande para descontaminación de instrumental quirúrgico. (Con solución enzimática preparada según la especificación del fabricante en cantidad suficiente para el instrumental. - Bolsas rojas para la lencería quirúrgica sucia. - Paños limpios en cantidad suficiente. - Guantes de procedimientos en cantidad suficiente. - Campos limpios suficientes.
8	Aspira con solución enzimática la conexión del aspirador con la cánula
9	Deja unos minutos
10	Eliminar el contenido del frasco en una bolsa plástica roja dentro de un balde
11	Anuda la bolsa
12	Verifica que los elementos punzo cortantes estén separados del instrumental, si no fuera así los separa y coloca los elementos punzocortantes en el recipiente correspondiente a bioseguridad.
13	Abre la pinzas (excepto las de campo)
14	Coloca todas las pinzas en el lavatorio grande
15	Tapa el lavatorio con un campo limpio
16	Recoge todos los accesorios de anestesia y los colocar en el lavatorio chico
17	Tapa el lavatorio con un campo limpio
18	Coloca rotulo a la bolsa de ropa sucia: número de bolsa, el contenido detallado de ropa utilizando, fecha y firma.
19	Traslada el coche con los lavatorios y el aspirador a la Sala de lavado de material.
20	Verifica que el personal de limpieza recoja la ropa y limpie la sala.
21	Procede a realizar la desinfección de mesas, material y equipo biomédico según especificaciones establecidas.
22	Confirma que todas las superficies queden bien secas.
23	Ubica los objetos removidos en su lugar.
24	Traslada material correspondiente a zona de almacenamiento
25	Equipa y/o completa material quirúrgico necesario para la siguiente cirugía
26	Descontaminación de Quirófano posterior inmediata a Cirugía Limpia por Técnico de Enfermería realizada.
27	Fin del procedimiento.

ENTRADAS

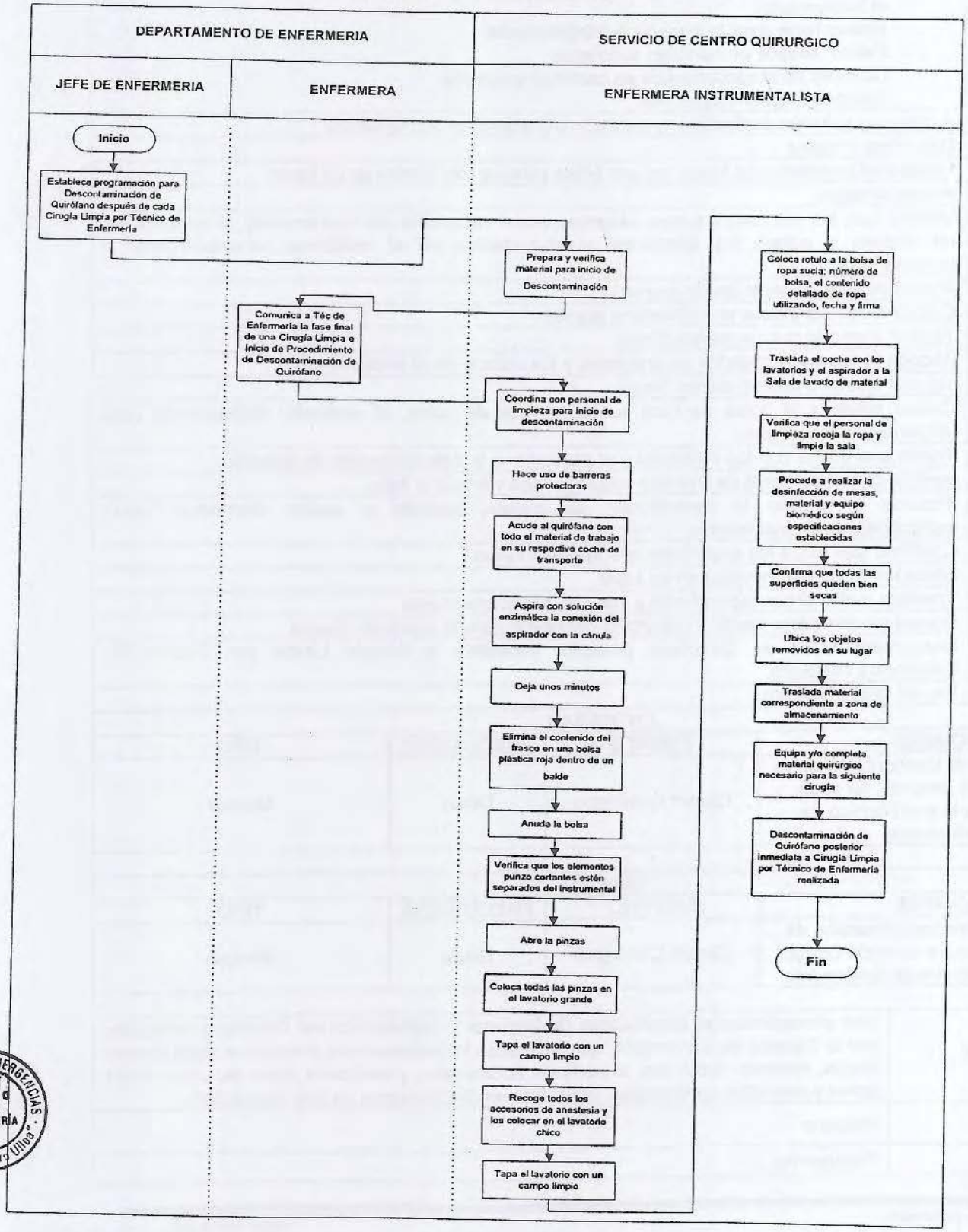
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Limpia por Técnico de Enfermería	Centro Quirúrgico	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Limpia por Técnico de Enfermería	Centro Quirúrgico	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Son procedimientos sistemáticos de limpieza y desinfección del Quirófano realizados por el Técnico de Enfermería, que se realiza inmediatamente posterior a cada Cirugía limpia, dejando todas las superficies horizontales y verticales libres del acumulo de polvo y pelusillas ambientales, utilizando un desinfectante de tipo hospitalario
REGISTROS :	Ninguno
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **DESCONTAMINACIÓN LIMPIEZA Y DESINFECCION DE QUIRÓFANO DESPUÉS DE CADA CIRUGÍA LIMPIA POR TÉCNICO DE ENFERMERÍA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**DESCONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO DESPUÉS DE CADA CIRUGÍA CONTAMINADA POR TÉCNICO DE ENFERMERÍA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO:	

PROPÓSITO :	➢ Controlar y prevenir las Infecciones Intrahospitalarias ➢ Mantener, áreas, equipos, muebles limpios y desinfectados haciéndolos seguros al manejo del operador.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de actividades de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía contaminada por Técnico de Enfermería / Nº de Cirugías realizadas durante el mismo período x 100	Porcentaje (%)	Registros de Centro Quirúrgico	Enfermera Circulante

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Programación de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Contaminada por Técnico de Enfermería
1	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico establece programación para Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Contaminada por Técnico de Enfermería
2	Enfermera Circulante comunica condición de Cirugía Contaminada para Descontaminación correspondiente a técnico de Enfermería
3	TEF prepara y verifica material para inicio de Descontaminación : - EQUIPOS: Equipos de grifería y lavaderos adecuados. - MATERIALES: Set de barreras protectoras, detergente común, Solución Desinfectante con dilución adecuada. Paños limpios, lavatorios, baldes, bolsas plásticas de desecho hospitalario para los residuos, escobillones, trapeadores exclusivos para cada uso, guantes de uso doméstico.
4	Enfermera comunica a Técnico de Enfermería la fase final de una Cirugía Contaminada e inicio de Procedimiento de Descontaminación de Quirófano
5	TEF coordina con Personal de Limpieza para inicio de Descontaminación
6	TEF hace uso de barreras protectoras.

7	Acude al quirófano con todo el material de trabajo en su respectivo coche de transporte: • 01 Lavatorio pequeño. • 02 Lavatorios grandes para descontaminación de instrumental quirúrgico. (Con solución enzimática preparada según la especificación del fabricante en cantidad suficiente para el instrumenta)l. • Bolsas rojas para la lencería quirúrgica sucia. • Paños limpios en cantidad suficiente. • Guantes de procedimientos en cantidad suficiente. • Campos limpios suficientes.
8	Aspira con solución hipoclorito de sodio al 10 % la conexión del aspirador con la cánula
9	Deja el tiempo necesario.
10	Eliminar el contenido del frasco en una bolsa plástica roja dentro de un balde
11	Anuda la bolsa
12	Verifica que los elementos punzo cortantes estén separados del instrumental, si no fuera así los separa y coloca los elementos punzocortantes en el recipiente correspondiente a bioseguridad.
13	Recoge todos el instrumental en el lavatorio grande con detergente enzimático, procede al pre-lavado del instrumental
14	Coloca este instrumental en el segundo lavatorio (grande) con detergente enzimático
15	Elimina el agua del primera lavatorio grande en balde con bolsa roja correspondiente
16	Tapa el segundo lavatorio con campo limpio
17	Coloca los accesorios de anestesia en el lavatorio chico con detergente enzimático realiza el pre lavado de accesorios de anestesia
18	Elimina el agua del pre lavado en balde con bolsa roja correspondiente
19	Vierte solución de hipoclorito de sodio al 10 % en cantidad suficiente en las bolsas de los baldes de gasa sucias, agua correspondiente al lavado de cavidad, y secreción o exudado corporal, bolsas de agua del pre lavado.
20	Anuda la bolsa
21	Indica al personal de limpieza que proceda el desecho según especificaciones establecidas
22	Coloca rotulo a la bolsa de ropa sucia: número de bolsa, el contenido detallado de ropa utilizando, fecha y firma.
23	Coloca un cartel especificando "CONTAMINADO".
24	Traslada el coche con los lavatorios y frascos de aspiración a la sala de lavado de material, para realizar el lavado según especificaciones establecidas.
25	Coordina que el personal de limpieza recoja la ropa y limpie la sala.
25	Verifica el término de la limpieza de Quirófano por Personal de Limpieza
27	Procede a realizar la desinfección de mesas, material y equipo biomédico según especificaciones establecidas.
28	Confirma que todas las superficies queden bien secas.
29	Ubica los objetos removidos en su lugar.
30	Traslada material correspondiente a zona de almacenamiento
31	Equipa y/o completa material quirúrgico necesario para la siguiente cirugía
32	Descontaminación de Quirófano posterior inmediata a Cirugía Contaminada por Técnico de Enfermería realizada.
33	Fin del procedimiento

ENTRADAS

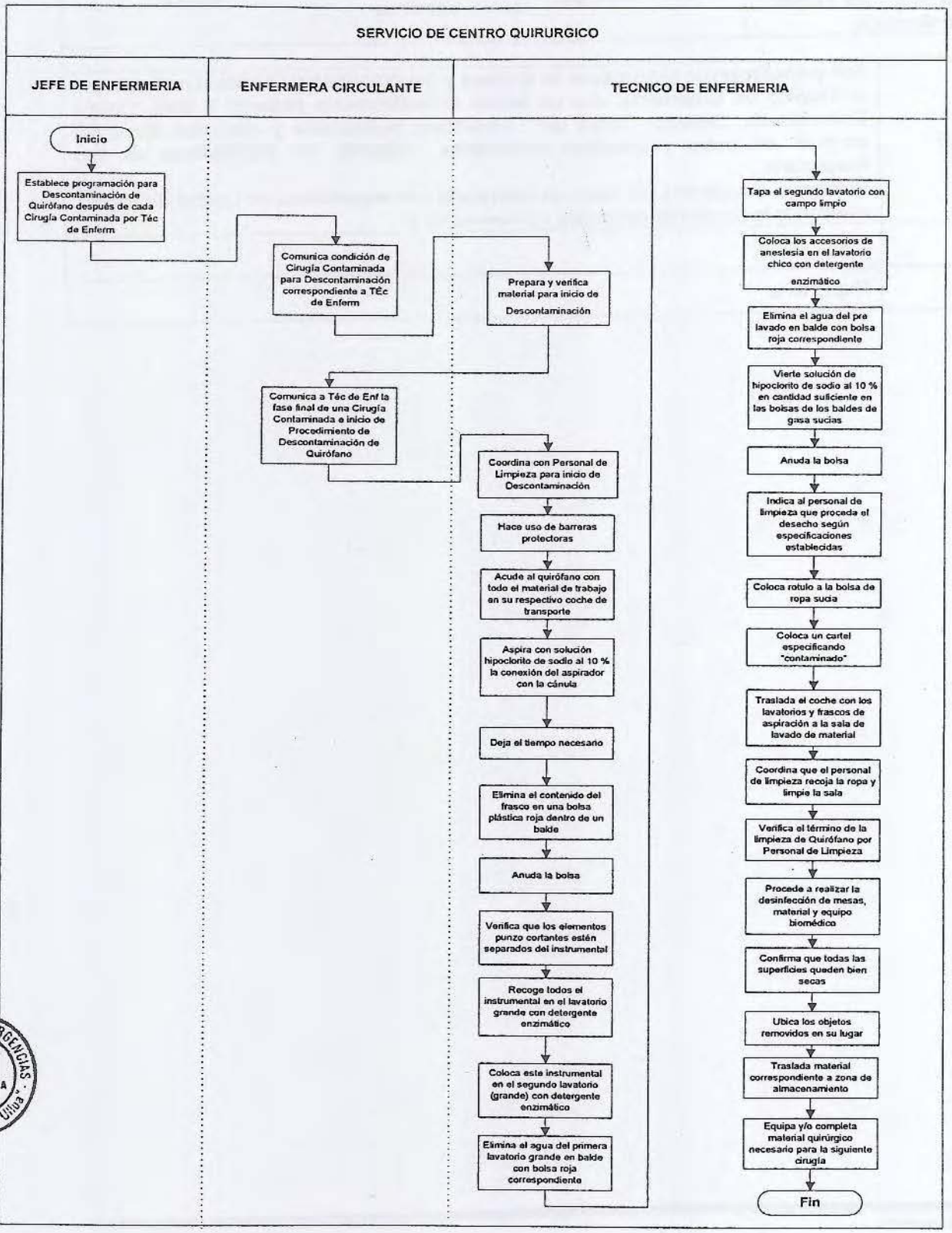
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Contaminada por Técnico de Enfermería	Centro Quirúrgico	Diario según demanda	Manual

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERÍA

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía Contaminada por Técnico de Enfermería	Centro Quirúrgico	Diario según demanda	Manual

DEFINICIONES :	Son procedimientos sistemáticos de limpieza y desinfección del Quirófano realizada por el Técnico de Enfermería, que se realiza inmediatamente posterior a cada Cirugía Contaminada. Dejando todas las superficies horizontales y verticales libres del acumulo de polvo y pelusillas ambientales, utilizando un desinfectante de tipo hospitalario Enfermera Circulante:Licenciada en enfermería con especialidad en Centro Quirúrgico, realizando la función de enfermera instrumentista II
REGISTROS :	Ninguno
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **DESCONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO DESPUÉS DE CADA CIRUGÍA CONTAMINADA POR TÉCNICO DE ENFERMERÍA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

JUNIO-2012	**DESCONTAMINACIÓN DIARIA DE DIARIA DE CENTRO QUIRURGICO POR PERSONAL DE LIMPIEZA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Controlar y prevenir las Infecciones Intrahospitalarias ➢ Mantener, áreas, equipos, muebles limpios y desinfectados haciéndolos seguros al manejo del operador.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico. Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de actividades de Descontaminación Diaria de Centro Quirurgico por Personal de Limpieza	Nº de Descontaminación Diaria de Centro Quirurgico por Personal de Limpieza	Registros de Centro Quirúrgico y Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos".

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

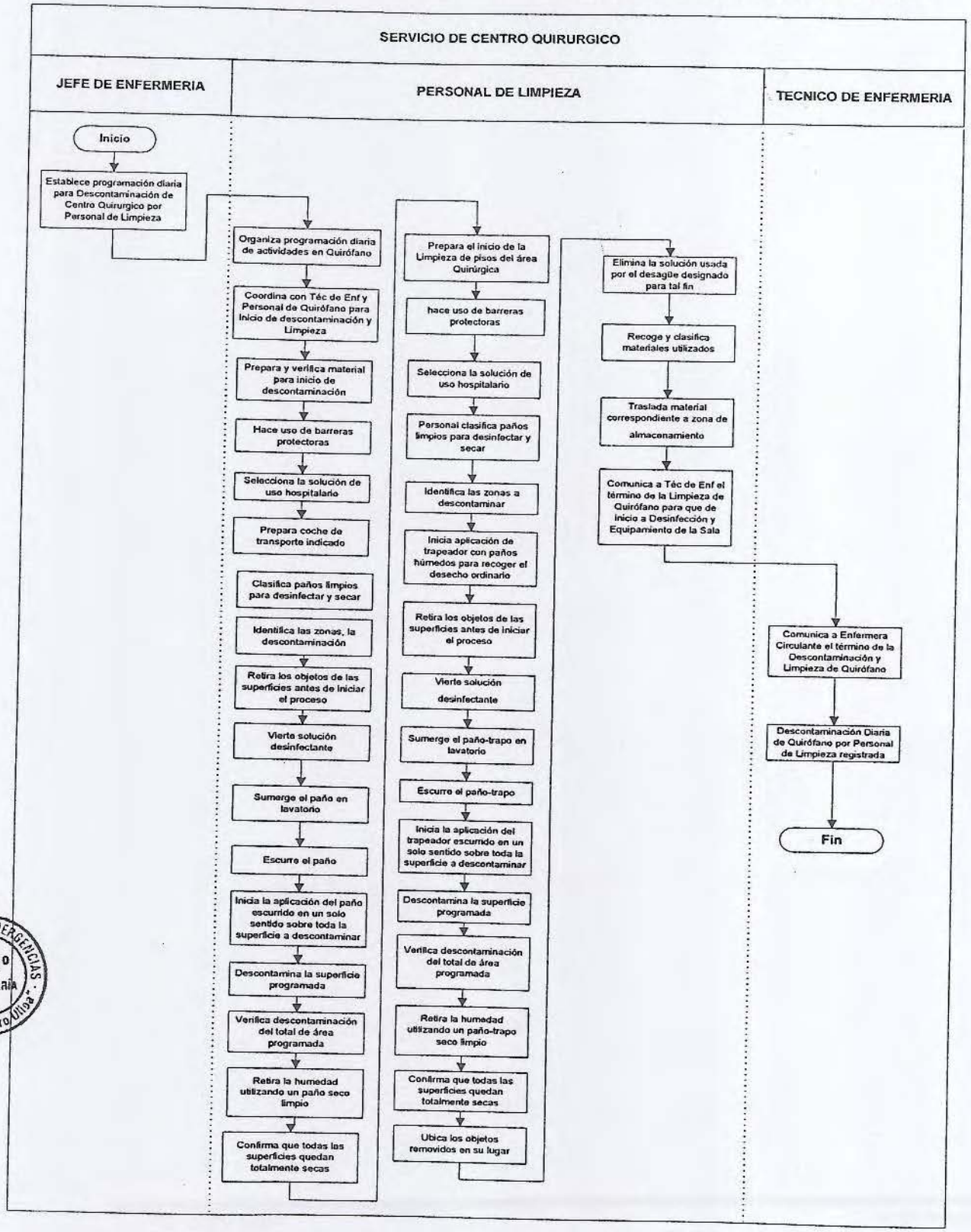
INICIO	Programación de Descontaminación Diaria de Centro Quirurgico por Personal de Limpieza
1	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico establece programación diaria para Descontaminación de Centro Quirurgico por Personal de Limpieza
2	Personal de Limpieza organiza programación diaria de actividades en Quirófano. Identificación de la hora, debe realizarse a primera hora de la mañana (07:00)
3	Personal de Limpieza coordina con Técnico de Enfermería y Personal de Quirófano para inicio de Descontaminación y Limpieza
4	Personal de limpieza prepara y verifica material para inicio de Descontaminación : - EQUIPOS: Equipos de grifería y lavaderos adecuados. - MATERIALES: Set de barreras protectoras, detergente común, Solución Desinfectante con dilución adecuada. Paños limpios, lavatorios, baldes, bolsas plásticas de desecho hospitalario para los residuos, escobillones, trapeadores exclusivos para cada uso, guantes de uso doméstico
5	Personal hace uso de barreras protectoras.
6	Selecciona la solución de uso hospitalario
7	Prepara Coche de transporte indicado.
8	Personal clasifica paños limpios para desinfectar y secar.
9	Identifica las zonas, la descontaminación incluye las mayólicas de las paredes, puertas lavamanos, vestuarios, baños, áreas de almacén, base y ruedas de las camillas, bases y ruedas de los coches de transporte

10	Retira los objetos de las superficies antes de iniciar el proceso.
11	Vierte solución desinfectante (Hipoclorito de Na al 5%) diluida en lavatorio
12	Sumerge el paño en lavatorio
13	Escurre el paño
14	Inicia la aplicación del paño escurrido en un solo sentido sobre toda la superficie a descontaminar.
15	Descontamina la superficie programada
16	Verifica descontaminación del total de área programada
17	Retira la humedad utilizando un paño seco limpio, siempre con movimientos en un solo sentido.
18	Confirma que todas las superficies quedan totalmente secas para así evitar el óxido y la formación de moho
19	Prepara el inicio de la Limpieza de pisos del área Quirúrgica
20	Personal hace uso de barreras protectoras.
21	Selecciona la solución de uso hospitalario
22	Personal clasifica paños limpios para desinfectar y secar.
23	Identifica las zonas a descontaminar
24	Inicia aplicación de trapeador con paños húmedos para recoger el desecho ordinario
25	Retira los objetos de las superficies antes de iniciar el proceso.
26	Vierte solución desinfectante (Hipoclorito de Na al 5%) diluida en lavatorio
27	Sumerge el paño-trapo en lavatorio
28	Escurre el paño-trapo
29	Inicia la aplicación del trapeador escurrido en un solo sentido sobre toda la superficie a descontaminar.
30	Descontamina la superficie programada
31	Verifica descontaminación del total de área programada
32	Retira la humedad utilizando un paño-trapo seco limpio , siempre con movimientos del trapeador en un solo sentido.
33	Confirma que todas las superficies quedan totalmente secas para así evitar el óxido y la formación de moho
34	Ubica los objetos removidos en su lugar.
35	Elimina la solución usada por el desagüe designado para tal fin
36	Recoge y clasifica materiales utilizados
37	Traslada material correspondiente a zona de almacenamiento de materiales de Limpieza en Centro Quirúrgico
38	Personal de Limpieza comunica a Técnico de Enfermería el término de la Limpieza de Quirófano para que de inicio a Desinfección y Equipamiento de la Sala
39	Técnico de Enfermería comunica a Enfermera Circulante el término de la Descontaminación y Limpieza de Quirófano
40	Descontaminación Diaria de Quirófano por Personal de Limpieza registrada
42	Fin del procedimiento

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de Descontaminación de Diaria de Quirófano por Personal de Limpieza	Centro Quirúrgico – Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Diario	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Descontaminación Diaria de Quirófano por Personal de Limpieza	Centro Quirúrgico – Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento sistemático de limpieza y desinfección del Quirófano que se realiza en forma diaria por Personal de Limpieza, dejando todas las superficies horizontales y verticales libres del acumulo de polvo y pelusillas ambientales, utilizando un desinfectante de tipo hospitalario

PROCEDIMIENTO: **DESCONTAMINACIÓN DIARIA DE DIARIA DE CENTRO QUIRURGICO POR PERSONAL DE LIMPIEZA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**DESCONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO DESPUÉS DE CADA CIRUGÍA POR PERSONAL DE LIMPIEZA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO	

PROPÓSITO :	➢ Controlar y prevenir las Infecciones Intrahospitalarias ➢ Mantener, áreas, equipos, muebles limpios y desinfectados haciéndolos seguros al manejo del operador.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico. Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de actividades de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía por Personal de Limpieza	Nº de actividades	Registros de Centro Quirúrgico y Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Enfermera Circulante

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Programación de Descontaminación de Quirófano por Personal de Limpieza después de cada Cirugía
1	Jefe de Enfermería establece programación para Descontaminación de Quirófano por Personal de Limpieza después de cada Cirugía
2	Personal de limpieza prepara diariamente y verifica material para inicio de Descontaminación : - EQUIPOS: Equipos de grifería y lavaderos adecuados. - MATERIALES: Set de barreras protectoras, detergente común, Solución Desinfectante con dilución adecuada. Paños limpios, lavatorios, baldes, bolsas plásticas de desecho hospitalario para los residuos, escobillones, trapeadores exclusivos para cada uso, guantes de uso doméstico.
3	Técnico de Enfermería comunica a Personal de Limpieza la fase final de una Cirugía e inicio de Procedimiento de Descontaminación de Quirófano
4	Personal de Limpieza coordina con Técnico de Enfermería y Personal de Quirófano para inicio de Descontaminación
5	Personal de Limpieza hace uso de barreras protectoras.
6	Personal de Limpieza acude al quirófano con todo el material de trabajo necesario
7	Técnico de Enfermería indica al personal de limpieza que proceda al desecho de las bolsas y material postquirúrgico correspondiente
8	Personal de Limpieza Retira del Quirófano las bolsas con la ropa sucia y rotulada
9	Personal de Limpieza Traslada las bolsas y las coloca con orden en el cuarto correspondiente

10	Personal de Limpieza Retira de Quirófano los baldes con líquidos y/o sólidos hacia el lavadero indicado para eliminación
11	Elimina-vierte los líquidos en el lavadero , dejando la parte sólida (gasas) dentro de las bolsas rojas.
12	Retira la basura común en las bolsas negras correspondientes.
13	Procede al inicio de la limpieza del piso retirando los equipos bio médicos (sin desconectar).
14	Identifica las zonas a descontaminar
15	Vierte solución desinfectante (Hipoclorito de Na al 5%) diluida en lavatorio
16	Sumerge el paño-trapo en lavatorio
17	Escurre el paño-trapo
18	Inicia la aplicación del trapeador escurrido en un solo sentido sobre toda la superficie a descontaminar.
19	Descontamina la superficie programada
20	Verifica descontaminación del total de área programada
21	Retira la humedad utilizando un paño-trapo seco limpio, siempre con movimientos del trapeador en un solo sentido.
22	Confirma que todas las superficies quedan totalmente secas para así evitar el óxido.
23	Procede seguidamente a la limpieza de los accesorios de los equipos biomédicos: mesa de operaciones , incluyendo colchonetas, bases, pedales etc., parte inferior de mesas , pedales y ruedas.
24	Vierte solución desinfectante (Hipoclorito de Na al 5%) diluida en lavatorio
25	Sumerge el paño en lavatorio
26	Escurre el paño
27	Inicia la aplicación del paño escurrido en un solo sentido sobre toda la superficie a descontaminar.
28	Descontamina y Limpia la superficie programada
29	Verifica descontaminación y limpieza del total de área programada
30	Retira la humedad utilizando un paño seco limpio, siempre con movimientos en un solo sentido.
31	Confirma que todas las superficies quedan totalmente secas para así evitar el óxido.
32	Coloca baldes limpios y desinfectados cada uno con su bolsa correspondiente.
33	Verifica que todo quede en su sitio.
34	Traslada material correspondiente a zona de almacenamiento
35	Personal de Limpieza comunica a Técnico de Enfermería el término de la Limpieza de Quirófano.
36	Técnico de Enfermería comunica a Enfermera Circulante el término de la Descontaminación y Limpieza de Quirófano
37	Fin del procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía por Personal de Limpieza	Centro Quirúrgico – Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Diario	Manual

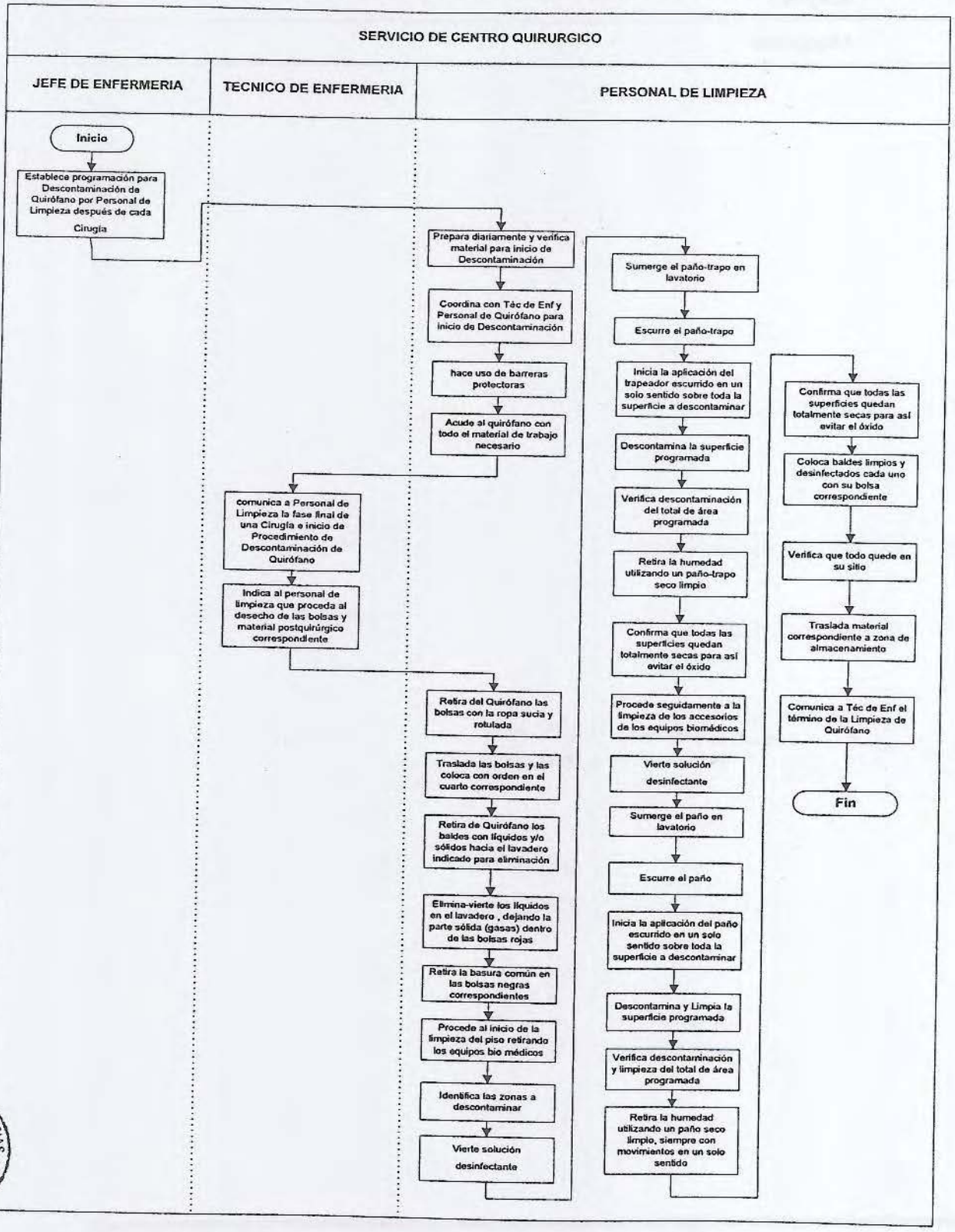
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Descontaminación de Quirófano después de cada Cirugía por Personal de Limpieza	Centro Quirúrgico – Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Son procedimientos sistemáticos de limpieza y desinfección del Quirófano realizada

	por el Personal de Limpieza, que se realiza inmediatamente posterior a cada Cirugía. Dejando todas las superficies horizontales y verticales libres del acumulo de polvo y pelusillas ambientales, utilizando un desinfectante de tipo hospitalario
REGISTROS :	Ninguno
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **DESCONTAMINACIÓN DE QUIRÓFANO DESPUÉS DE CADA CIRUGÍA POR PERSONAL DE LIMPIEZA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**DESCONTAMINACIÓNLIMPIEZA Y DESINFECION SEMANAL DE CENTRO QUIRÚRGICO POR PERSONAL DE LIMPIEZA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO:	

PROPÓSITO :	➢ Controlar y prevenir las Infecciones Intrahospitalarias ➢ Mantener, áreas, equipos, muebles limpios y desinfectados haciéndolos seguros al manejo del operador.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico, Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de actividades de Descontaminación Semanal de Centro Quirúrgico por Personal de Limpieza	Cantidad de descontaminación, limpieza y desinfección semanal de Centro Quirúrgico por Personal de Limpieza	Registros de Centro Quirúrgico y Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Programación de Descontaminación Semanal de Centro Quirúrgico por Personal de Limpieza
1.	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico establece programación para Descontaminación Limpieza y desinfección semanal de Centro Quirúrgico por personal de limpieza
2.	Personal de Limpieza coordina con enfermera coordinadora de Centro Quirúrgico para inicio de Descontaminación, limpieza y desinfección semanal.
3.	Personal prepara y verifica material para inicio de Descontaminación, limpieza y desinfección : - EQUIPOS: Equipos de grifería y lavaderos adecuados. - MATERIALES: Set de barreras protectoras, detergente común, Solución Desinfectante con dilución adecuada. Paños limpios, lavatorios, baldes, bolsas plásticas de desecho hospitalario para los residuos, escobillones, trapeadores exclusivos para cada uso, guantes de uso doméstico.
4.	Personal hace uso de barreras protectoras.
5.	Selecciona la solución de uso hospitalario
6.	Prepara coche de transporte indicado.
7.	Personal se abastece y clasifica paños limpios y secos en cantidad suficiente para desinfectar y secar.
8.	Identifica las áreas a procesar: Incluye los tres quirófanos, de los pasillos, vestidores, sala de accesorios, sala de material estéril y baños. (Paredes, techos y pisos).
9.	Retira los objetos de las superficies antes de iniciar el proceso o cubre los equipo biomédicos
10.	Prepara agua y detergente en lavatorio

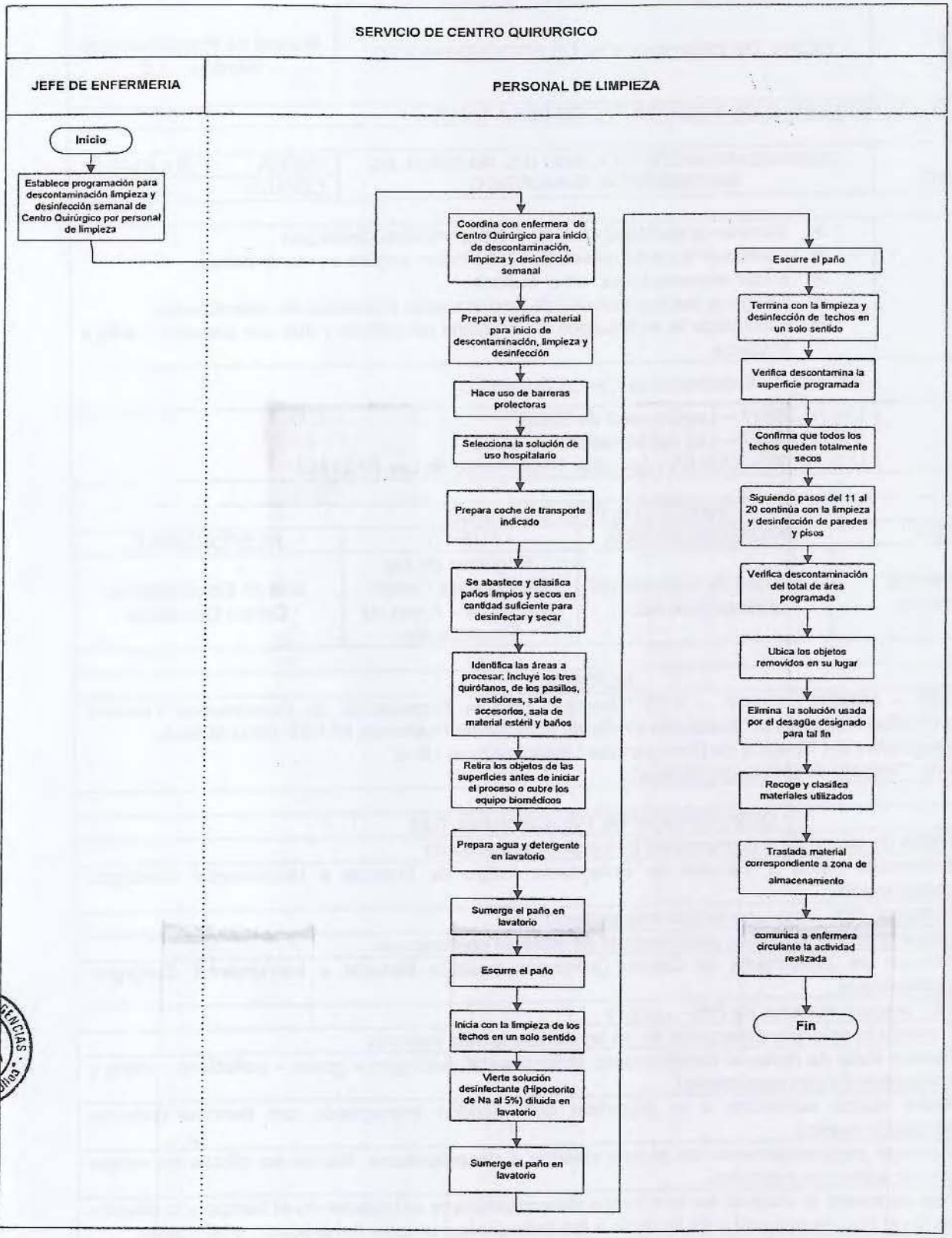
11.	Sumerge el paño en lavatorio
12.	Escurre el paño
13.	Inicia con la limpieza de los techos en un solo sentido
14.	Vierte solución desinfectante (Hipoclorito de Na al 5%) diluida en lavatorio
15.	Sumerge el paño en lavatorio
16.	Escurre el paño
17.	Termina con la limpieza y desinfección de techos en un solo sentido
18.	Verifica descontamina la superficie programada
19.	Confirma que todos los techos queden totalmente secos
20.	Siguiendo pasos del 11 al 20 continúa con la limpieza y desinfección de paredes y pisos
21.	Verifica descontaminación del total de área programada
22.	Ubica los objetos removidos en su lugar.
23.	Elimina la solución usada por el desagüe designado para tal fin
24.	Recoge y clasifica materiales utilizados
25.	Traslada material correspondiente a zona de almacenamiento de Material de Limpieza en Centro Quirúrgico
26.	Personal de Limpieza comunica a enfermera circulante la actividad realizada.
27.	Fin del procedimiento

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Programación de Descontaminación, limpieza y desinfección Semanal de Quirófano por Personal de Limpieza	Centro Quirúrgico – Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Semanal	Manual
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Descontaminación, limpieza y desinfección Semanal de Quirófano por Personal de Limpieza	Centro Quirúrgico – Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Semanal	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento sistemático de limpieza y desinfección de toda el área del Centro Quirúrgico que se realiza en forma semanal por Personal de Limpieza, dejando todas las superficies horizontales y verticales libres del acumulo de polvo y pelusillas ambientales, utilizando un desinfectante de tipo hospitalario

DE EMERGENCIAS VºBº ENFERMERÍA Casimiro Ulloa

PROCEDIMIENTO: **DESCONTAMINACIÓNLIMPIEZA Y DESINFECION SEMANAL DE CENTRO QUIRÚRGICO POR PERSONAL DE LIMPIEZA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	DESCONTAMINACIÓN Y LAVADO DEL MATERIAL DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Eliminar la suciedad de todo material medico Quirúrgico ➢ Disminuir la carga microbiana para hacer segura su manipulación. ➢ Evitar incrustaciones en el material. ➢ Asegurar las condiciones de limpieza para el proceso de esterilización. ➢ Garantizar la reutilización de artículos no críticos y que son sometidos solo a limpieza.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de instrumental descontaminado	Cantidad de instrumental descontaminado	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico – Áreas de Esterilización	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

INICIO	Retiro de Materiais e Instrumental Quirúrgico contaminado
1	Enfermera indica a Técnico de Enfermería Retiro de Material e Instrumental Quirúrgico contaminado
2	Personal TEF hace uso de barreras protectoras.
3	Utiliza el coche exclusivo para traslado de material contaminado.
4	Técnico de Enfermería de Centro Quirúrgico traslada Material e Instrumental Quirúrgico contaminado
5	TEF prepara material de Pre – Lavado
6	Traslada la solución detergente en un lavatorio a la sala indicada
7	Realiza Reto de material clasificándolo: (instrumental quirúrgico – goma – polietileno - vidrio y accesorios de uso respiratorio).
8	Retira restos adheridos a la superficie con algodón impregnado con bencina (cubetas tabulaciones etc.)
9	Sumerge progresivamente las pinzas abiertas o desarticuladas. Menos las pinzas de campo que se sumergen cerradas.
10	Deja expuesto el material en la solución descontaminarte estableciendo el tiempo y la dilución según el tipo de material y de acuerdo a las indicaciones propias del producto o fabricante.
11	Escurre la solución descontaminarte
12	Enjuaga con chorros de agua
13	Escurre

14	Vuelve a llenar con el detergente enzimático
15	Prepara material para Lavado
16	Procede al lavado manual acorde a características de material : - Para instrumental : utiliza escobilla, hisopos, cepillando las cremalleras y espacios internos de la pinzas, bajo corriente de agua pero evitando salpicar o aerosolinizar material contaminado. - Para material de vidro (jeringas) utiliza escobillas o hisopos. - Para el caso de tabulaciones (goma, látex – corrugadas) e inclusive cánulas de metal, utiliza jeringas con punta cónicas, inyectando con fuerza para ayudar a eliminar los residuos.
17	Enjuaga con abundante agua caliente 35º repetir por dos veces, eliminando todo residuo, utilizar corrientes de presión para las tubuladuras.
18	Extiende en un campo doble limpio para el escurrido y pre – secado.
19	Procede a realizar el Secado: Se hará de acuerdo al tipo de material paños o campos en buen estado, (que no dejen pelusas o residuos). Aire comprimido para las tubuladuras. En los vidrios dejar escurrir o secar en aire caliente, no utilizar paños para la parte interna.
20	Desinfecta el coche de transporte de material y deja limpio para el siguiente uso.
21	Técnico de Enfermería almacena Material e Instrumental Quirúrgico lavado y descontaminado
22	Fin del procedimiento

ENTRADAS

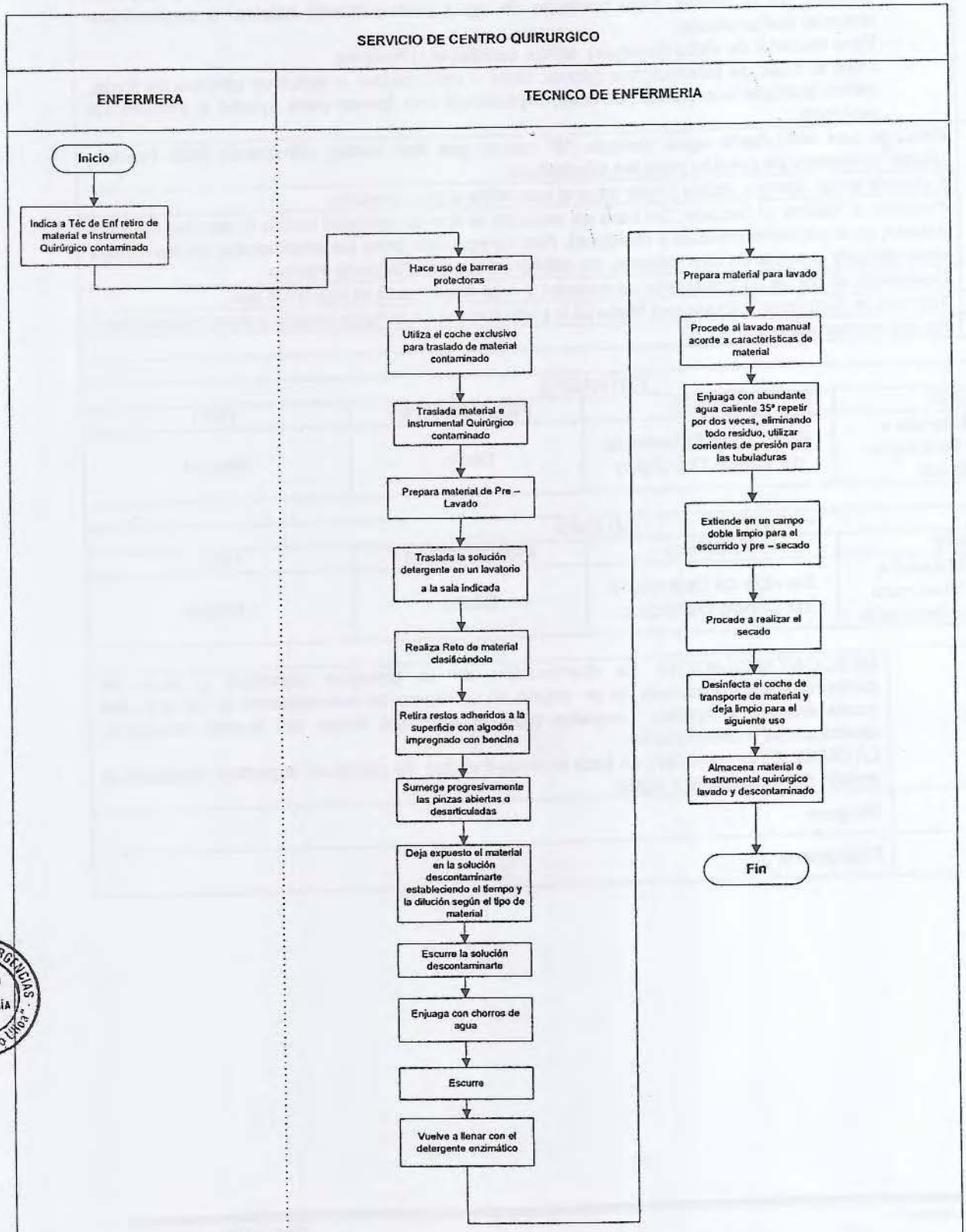
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Retiro de Materiais e Instrumental Quirúrgico contaminado	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico	Diario	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Material e Instrumental Quirúrgico lavado y descontaminado	Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico.	Diario	Manual

DEFINICIONES :	DESCONTAMINACION: La disminución de la biocarga (cantidad y nivel de contaminación microbiana de un objeto en un momento determinado) de los artículos contaminados a niveles seguros para el operador antes del lavado mecánico, desinfección o esterilización. LAVADO: Es la remoción de toda suciedad visible de cualquier superficie mediante la acción del detergente y agua.
REGISTROS :	Ninguno
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: DESCONTAMINACIÓN Y LAVADO DEL MATERIAL DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO



AL DE EMERGENCIAS
V°B°
ENFERMERÍA
Casimiro Ulloa

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**MANEJO Y ENVÍO DE PIEZA OPERATORIA PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Manejo adecuado de pieza anatomopatológica ➢ Evitar problemas medico legales.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Servicios de Enfermería en Hospitalización y Emergencia
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de entregas a Servicio por terceros de Piezas operatorias para Anatomía Patológica	Nº de muestras entregadas	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Médico Cirujano durante Intervención Quirúrgica indica inicio de manejo de pieza operatoria para Anatomía Patológica.
1	Enfermera instrumentista recepciona en una riñonera (reservada para el uso) la pieza o espécimen extraído por los cirujanos durante el acto operatorio.
2	Personal de Enfermería confirma clasificación de pieza operatoria como Muestra para Anatomía patológica.
3	Enfermera circulante e instrumentista coordinan para el retiro de la pieza operatoria del campo quirúrgico.
4	La enfermera circulante escribe en una etiqueta el siguiente rotulo: - Nombre de la pieza operatoria o espécimen. - Numero de la Historia clínica. - Nombre y edad del paciente. - Nombre del cirujano. - Fecha y Firma de la Enfermera
5	Técnico de Enfermería traslada Pieza Operatoria y rótulo a Cuarto de Lavado de Material
6	Técnico de enfermería coloca la muestra dentro de recipiente adecuado, con Formol al 10%, coloca la etiqueta preparada por la enfermera circulante.
7	TEF Coloca la muestra sitio determinado para almacenamiento temporal, anota en pizarra correspondiente los datos de la pieza.
	Enfermera circulante realiza el registro correspondiente en el cuaderno de anatomía patológica con todos los datos mencionados en el Paso 4

9	El cirujano registra en la hoja de orden de anatomía patológica todos los antecedentes encontrados en cuanto a la patología del paciente, diagnostico pre y post operatorio, solicitud del estudio anatomo patológico, firma y sello.
10	Enfermera Circulante verifica presencia de Orden de Anatomía Patológica y Almacenamiento de la Pieza Operatoria en Cuarto de Lavado de Material hasta entrega de la misma a Personal de Servicio tercerizado acorde a cronograma
11	Personal de Servicio tercerizado en horario estipulado (Lunes a Sábado . 12 m) solicita en Centro Quirúrgico la entrega de Piezas Operatorias para Anatomía Patológica
12	Técnico de Enfermería de Centro Quirúrgico entrega muestras para anatomía patológica a Personal de Servicio tercerizado adjuntando Orden y Pendientes correspondientes.
13	Personal de Servicio tercerizado firma y pone fecha de cargo de recepción correspondiente
15	Fin del procedimiento

ENTRADAS

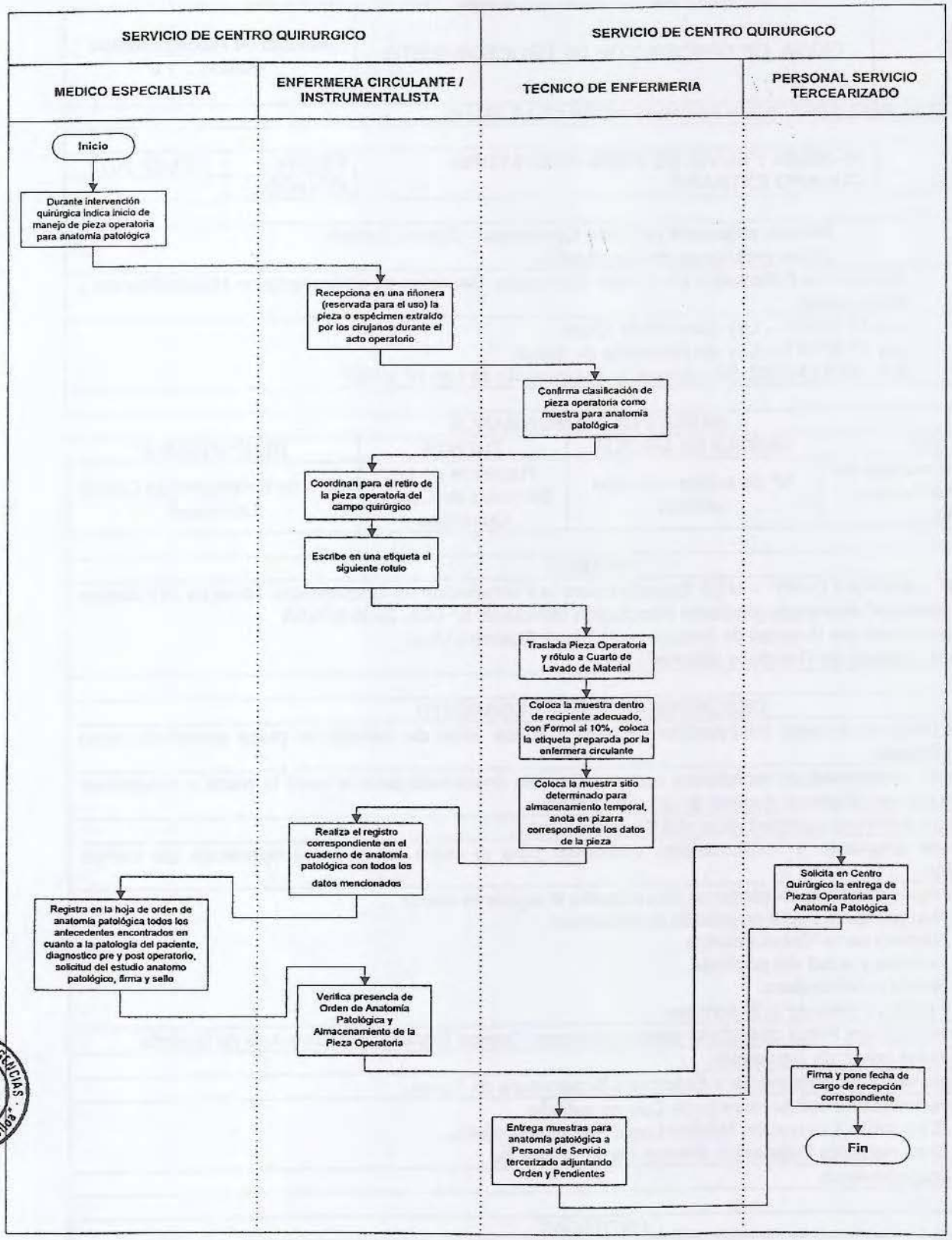
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Médico Cirujano durante Intervención Quirúrgica indica inicio de manejo de pieza operatoria para Anatomía Patológica	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Diario según Demanda	Manual

SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Pieza Operatoria entregada en Unidad Orgánica correspondiente	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Diario según demanda	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico realiza la técnica que se sigue en cuanto al tratamiento de piezas operatorias para Anatomía Patológica.
REGISTROS :	Orden y Cuaderno de Anatomía Patológica, comprobante de pago, cuadernos de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: MANEJO Y ENVÍO DE PIEZA OPERATORIA PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**MANEJO Y ENVÍO DE PIEZA OPERATORIA CUERPO EXTRAÑO**	FECHA :	JULIO- 2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Manejo adecuado de Pieza Operatoria – Cuerpo Extraño. ➢ Evitar problemas medico legales.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Servicios de Enfermería en Hospitalización y Emergencia
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de registros de manejo de pieza operatoria Cuerpo extraño	Nº de piezas – cuerpo extraño	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Médico Cirujano durante Intervención Quirúrgica indica inicio de manejo de pieza operatoria como Cuerpo Extraño
1	Enfermera instrumentista recepciona en una riñonera (reservada para el uso) la pieza o espécimen extraído por los cirujanos durante el acto operatorio
2	Enfermera confirma características del Cuerpo Extraño:
3	Enfermera circulante e instrumentista coordinan para el retiro de la pieza operatoria del campo quirúrgico.
4	La enfermera circulante describe en una etiqueta el siguiente rotulo: - Nombre de la pieza operatoria o espécimen. - Numero de la Historia clínica. - Nombre y edad del paciente. - Nombre del cirujano. - Fecha y Firma de la Enfermera
5	Enfermera entrega Pieza operatoria catalogada como Cuerpo Extraño al Médico Jefe de Guardia
6	Médico firma cargo de Recepción
7	Enfermera reporta verbalmente a Enfermera Supervisora de Turno
8	Médico responsable indica manejo de Cuerpo extraño. - Si necesita Evaluación Médico-Legal : Almacenamiento - Si no necesita Evaluación Médico Legal : Desecho
9	Fin del procedimiento

ENTRADAS

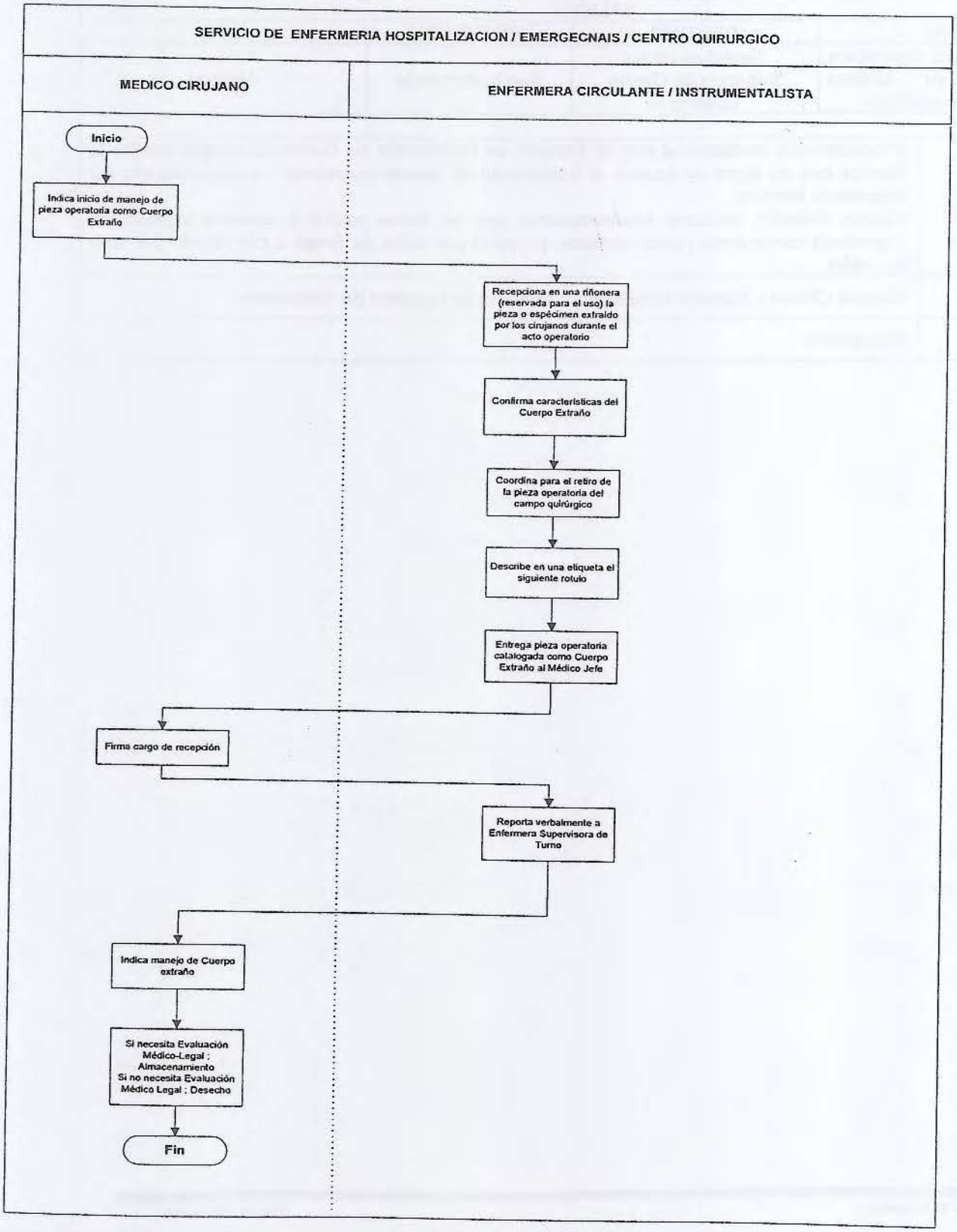
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Médico Cirujano durante	Registros de los	Según demanda	Manual

DE EMERGENCIAS
V°B°
ENFERMERÍA
Casimiro Ulloa"

Intervención Quirúrgica indica inicio de manejo de pieza operatoria	Servicios de Centro Quirúrgico		
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Pieza Operatoria recepcionada en Unidad Orgánica correspondiente	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Según demanda	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico realiza la técnica que se sigue en cuanto al tratamiento de piezas operatoria - cuerpo extraño del organismo humano. Cuerpo Extraño: Artículos indeterminados que en forma pasiva y agresiva ingresan al organismo como arma punzo cortante, proyectil por arma de fuego u otro objeto por auto agresión.
REGISTROS :	Historia Clínica – Reporte Operatorio, Cuaderno de registros de Enfermería
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: MANEJO Y ENVÍO DE PIEZA OPERATORIA CUERPO EXTRAÑO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**ELIMINACION DE DESECHO ANATOMO PATOLOGICO**	FECHA :	JULIO-2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	➢ Manejo adecuado de desecho anatomo patológico. ➢ Evitar problemas medico legales.
ALCANCE :	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico, Servicios de Enfermería en Hospitalización y Emergencia
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de entregas a de Piezas desecho anatomo patológicas al mortuorio	Nº de piezas entregadas.	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermería de Centro Quirúrgico

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- Manual de Bioseguridad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- R.M Nº 217-2004 "Manejo de Residuos Sólidos"

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Médico Cirujano durante Intervención Quirúrgica indica inicio de manejo de Eliminación de desecho de pieza anatomo patológico.
1	Enfermera instrumentista recepciona en un recipiente (reservada para el uso) la pieza o espécimen de desecho anatomo patológico extraído por los cirujanos durante el acto operatorio
2	Personal de Enfermería confirma clasificación de pieza operatoria como con desecho anatomo patológico.
3	Enfermera circulante e instrumentista coordinan para el retiro de la pieza operatoria del campo quirúrgico.
4	La enfermera circulante describe en una etiqueta el siguiente rotulo: - Nombre de la pieza operatoria o espécimen. - Numero de la Historia clínica. - Nombre y edad del paciente. - Nombre del cirujano. - Fecha y Firma de la Enfermera
5	El cirujano registra en formato de eliminación de desechos anatomo patológico por duplicado los datos del paciente y el nombre de la pieza, colocando firma y sello.
6	Técnico de Enfermería de Centro Quirúrgico entrega muestras para anatomía patológica a personal de vigilancia con las órdenes y hace firmar el cuaderno de recepción de la pieza
7	Fin del procedimiento

ENTRADAS

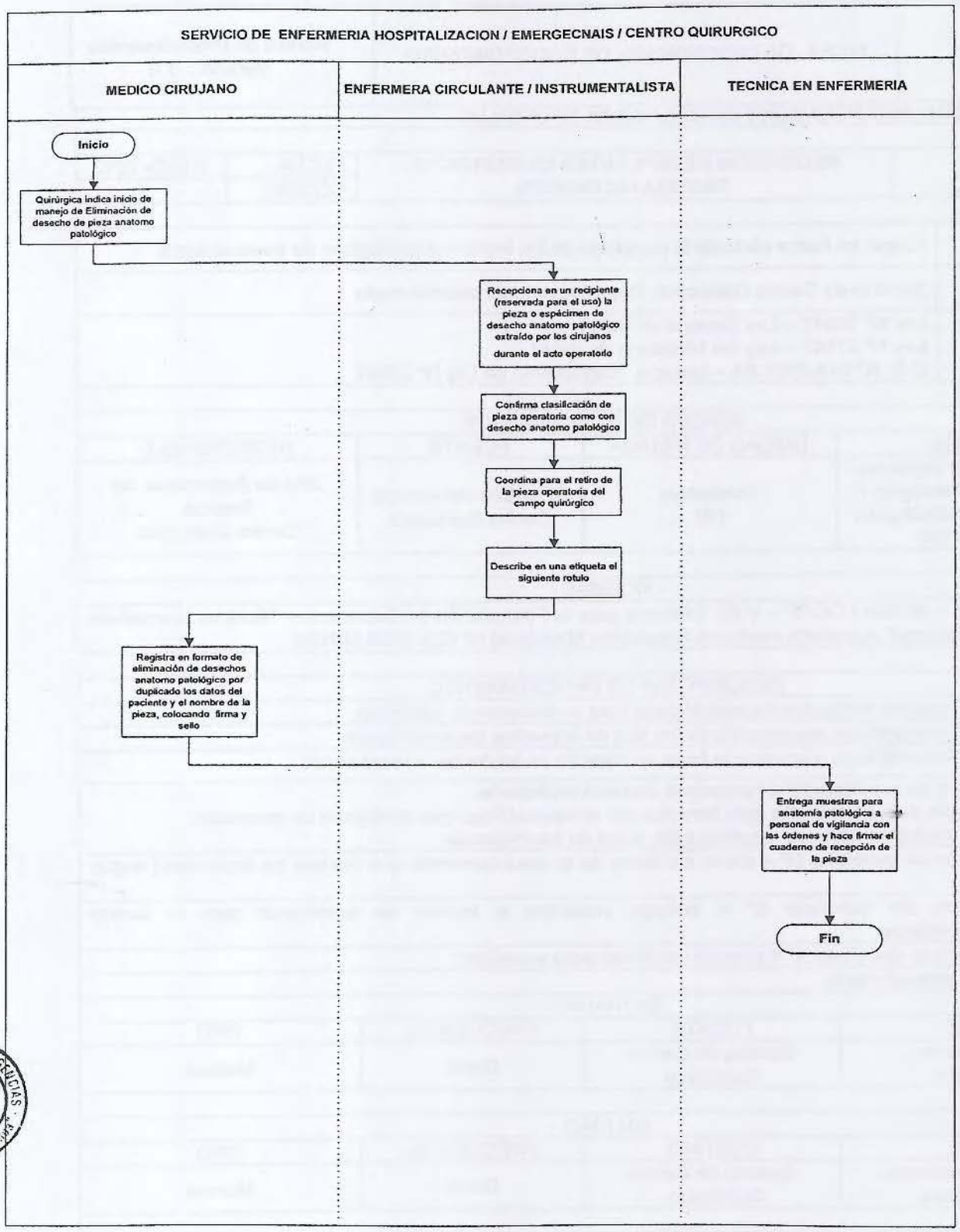
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Médico Cirujano durante Intervención Quirúrgica indica	Registros de los Servicios de Centro	Según Demanda	Manual

V°B° ENFERMERÍA

inicio de manejo de pieza operatoria para eliminación de pieza Anatomo Patológica	Quirúrgico		
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Registro de Pieza Operatoria entregada en Unidad Orgánica correspondiente	Registros de los Servicios de Centro Quirúrgico	Según demanda	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante el cual el Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico realiza la técnica que se sigue en cuanto al tratamiento de eliminación de pieza anatomo patológica.
REGISTROS :	Ninguno
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: ELIMINACION DE DESECHO ANATOMO PATOLOGICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO :	**RECEPCION DE IMPLANTES QUIRURGICOS TRAUMATOLOGICOS**	FECHA :	JULIO- 2012
		CÓDIGO :	

PROPÓSITO :	Lograr en forma eficiente la recepción de los implantes quirúrgicos de traumatología.
ALCANCE :	Servicio de Centro Quirúrgico, Departamento de traumatología.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de paquetes de implantes quirurgicos traumatológico / Nº pacientes traumatológicos operados x 100	Porcentaje (%)	Registros del servicio Centro Quirúrgico	Jefe de Enfermeras del Servicio Centro Quirúrgico.

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

INICIO	Usuario requiere implantes traumatológicos para su tratamiento quirúrgico.
1	Médico Traumatólogo responsable define tipo de implantes traumatológicos
2	Médico Traumatólogo responsable firma verificación de implantes a recepcionar
3	Enfermera de quirófano Nº 4 recepciona material verificando: Que la guía de los implantes este firmados por el traumatólogo que da el pase de recepción. Que los implantes estén de acuerdo a las guías de los implantes
4	Enfermera de quirófano Nº 4 anota los datos de la casa comercial que ingresa los implantes.(según formato)
5	Enfermera de quirófano Nº 4 entrega implantes a técnico de enfermería para el lavado correspondiente.
6	Enfermera de quirófano Nº 4 prepara implantes para esterilizar.
7	Fin del procedimiento

ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Firma de alta de recuperación.	Servicio de Centro Quirúrgico	Diario	Manual

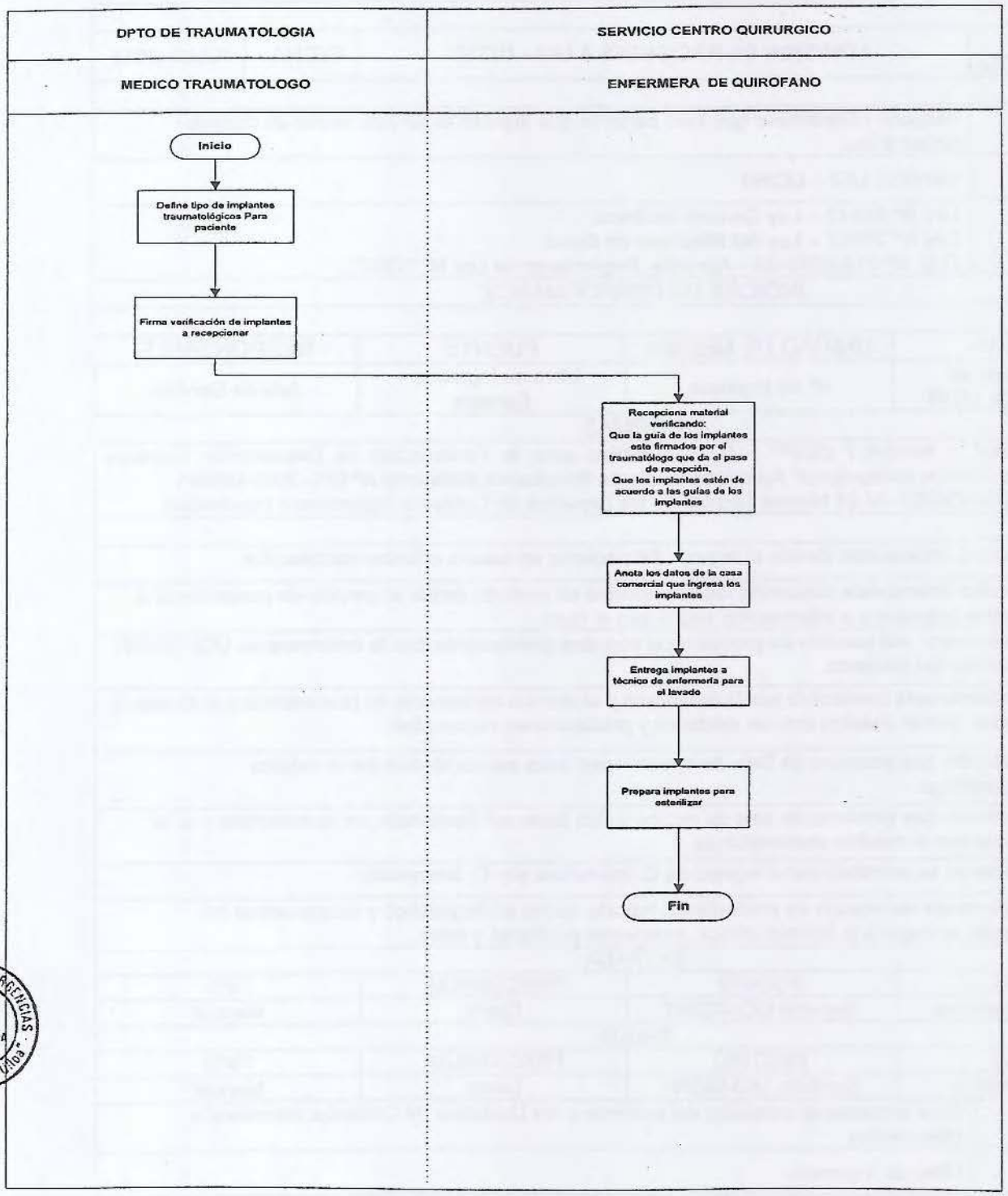
SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Recepción de implantes traumatológicos.	Servicio de Centro Quirúrgico.	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento mediante la enfermera de centro quirúrgico, recepción y prepara los implantes traumatológicos para que puedan ser usados en las cirugías.

REGISTROS :	Cuaderno de recepción y devolución de implantes
ANEXOS :	Flujograma

PROCEDIMIENTO: **RECEPCION DE IMPLANTES QUIRURGICOS TRAUMATOLOGICOS**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ADMISION DE PACIENTES A UCI - UCINT	FECHA :	JULIO- 2012

PROPÓSITO :	Asegurar y Garantizar que todo paciente que ingrese al servicio reciba un cuidado sistemático.
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Ingresos de pacientes a UCI- UCIN.	Nº de Ingresos.	Libro de Ingresos - Egresos	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA
- NT Nº 031 MINSA/DGSP –V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.

INICIO	
1	El Médico Intensivista decide el ingreso del paciente en base a criterios establecidos.
2	El médico intensivista determina las condiciones de traslado desde el servicio de procedencia a cuidados Intensivos o Intermedios según sea el caso.
3	La enfermera del servicio de procedencia coordina previamente con la enfermera de UCI –UCINT el traslado del paciente.
4	El paciente será trasladado por la enfermera y el técnico del servicio de procedencia y si el caso lo requiere por un médico con los cuidados y precauciones necesarias.
5	El paciente que proviene de Sala de operaciones debe ser conducido por el médico anestesiólogo.
6	El paciente que proviene de sala de recuperación debe ser trasladado por la enfermera y si lo requiere por el médico anestesiólogo.
7	El paciente es admitido por el equipo de C. intensivos y/o C. Intermedio
8	La enfermera del equipo de procedencia reporta sobre el diagnóstico y estado actual del paciente, entregará la historia clínica, exámenes auxiliares y otros.

ENTRADA

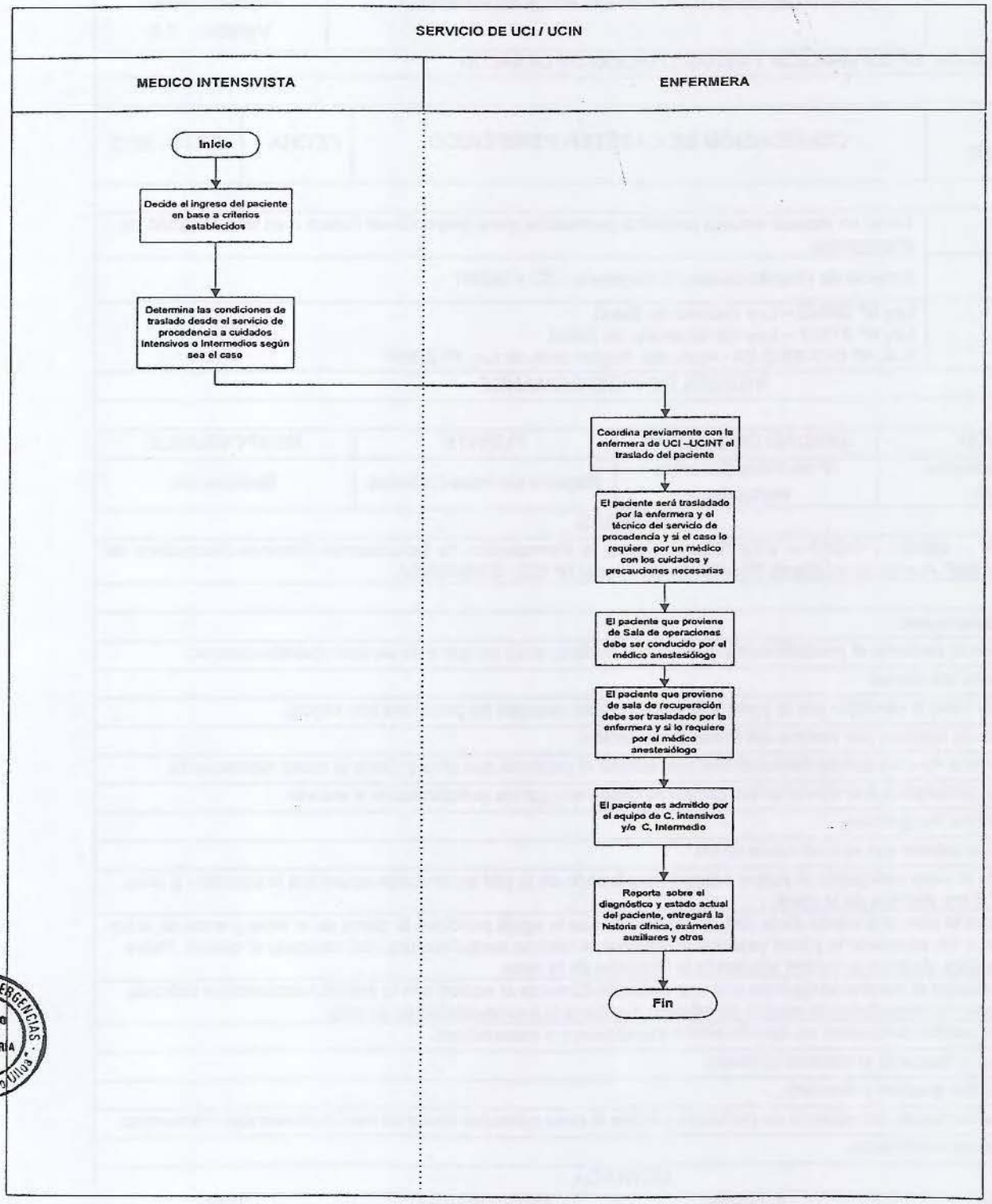
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Admisión de paciente	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente Admitido	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es el proceso de admisión del paciente a las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios
REGISTROS :	Libro de Ingresos.
ANEXOS :	1. Equipos: Equipo de Monitoreo, Ventilador mecánico etc. 2. Material: Mandil, mascarilla, guantes y gorro, H. Clínica, censo de pacientes.

PROCEDIMIENTO: **ADMISION DE PACIENTES A UCI - UCINT**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**COLOCACIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO**	FECHA :	JULIO- 2012

PROPÓSITO :	Tener un acceso venoso periférico permeable, para proporcionar fluidos o en una situación de emergencia.
ALCANCE :	Servicio de Hospitalización, Emergencia, UCI y UCINT.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de procedimientos realizados	Nº de Procedimientos realizados	Registro de Procedimientos	Enfermera/o

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

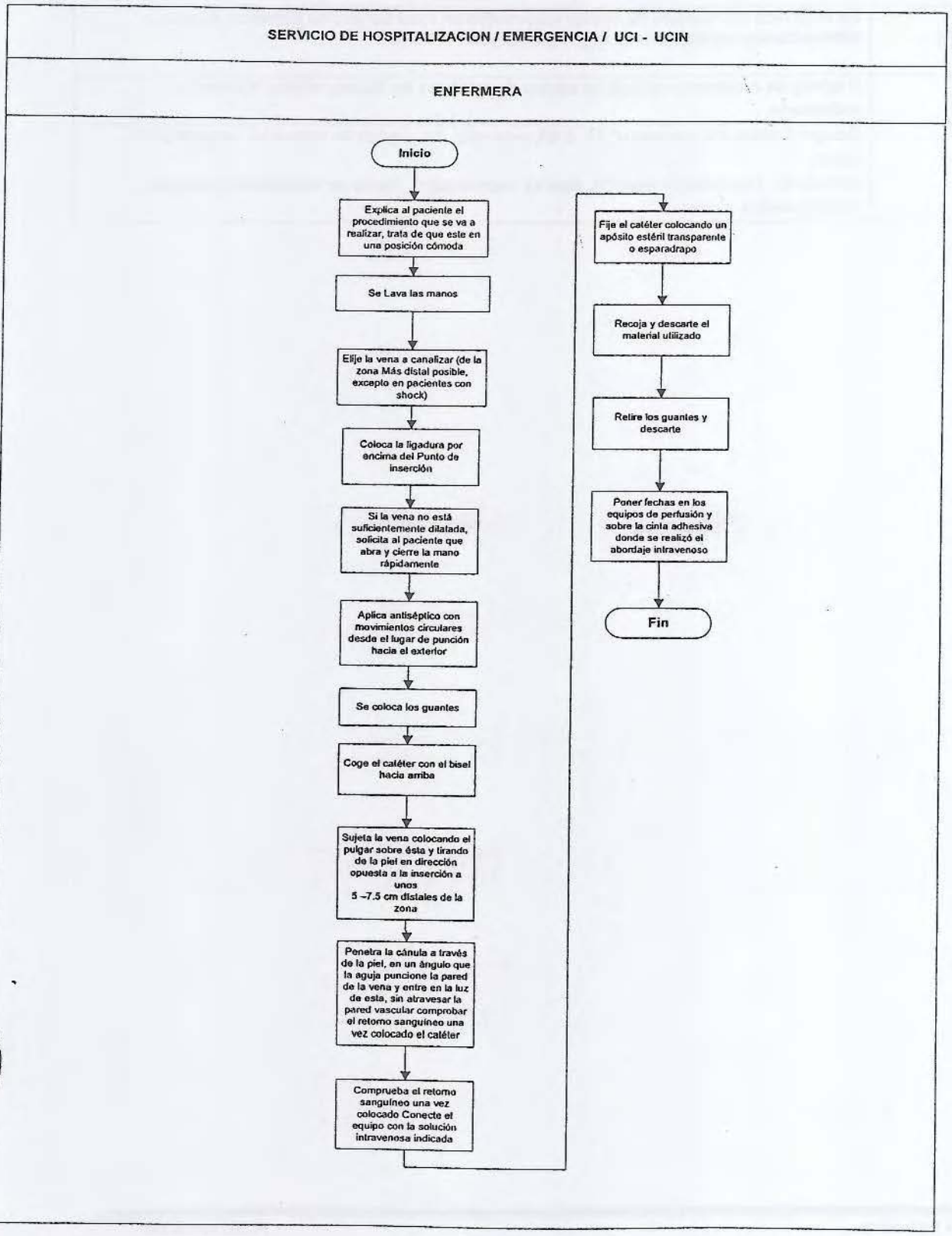
INICIO	La Enfermera:
1	Explica al paciente el procedimiento que se va a realizar, trata de que este en una posición cómoda.
2	Se Lava las manos
3	Elije la vena a canalizar (de la zona Más distal posible, excepto en pacientes con shock).
4	Coloca la ligadura por encima del Punto de inserción.
5	Si la vena no está suficientemente dilatada, solicita al paciente que abra y cierre la mano rápidamente.
6	Aplica antiséptico con movimientos circulares desde el lugar de punción hacia el exterior
7	Se coloca los guantes.
8	Coge el catéter con el bisel hacia arriba
9	Sujeta la vena colocando el pulgar sobre ésta y tirando de la piel en dirección opuesta a la inserción a unos 5 –7.5 cm dístales de la zona.
10	Penetra la cánula a través de la piel, en un ángulo que la aguja puncione la pared de la vena y entre en la luz de esta, sin atravesar la pared vascular comprobar el retorno sanguíneo una vez colocado el catéter. Retire la ligadura. Avance el catéter siguiendo la dirección de la vena.
11	Comprueba el retorno sanguíneo una vez colocado Conecte el equipo con la solución intravenosa indicada. La conexión inmediata del equipo de infusión mantiene la permeabilidad de la vena.
12	Fije el catéter colocando un apósito estéril transparente o esparadrapo.
13	Recoja y descarte el material utilizado.
14	Retire los guantes y descarte.
15	Poner fechas en los equipos de perfusión y sobre la cinta adhesiva donde se realizó el abordaje intravenoso
16	Fin del procedimiento

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de Catéter periférico	Servicio de Hospitalización	Cada 72 Horas y/o condicional.	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Pacientes con Catéter periférico.	Servicio de Hospitalización	Cada 72 Horas y/o condicional.	Manual
DEFINICIONES :	Es la técnica de inserción de catéter intravenoso en vaso sanguíneo periférico, para la administración del tratamiento según prescripción médica.		
REGISTROS :	Registro de enfermería en hoja de control de catéteres en Historia clínica, Kardex de enfermería.		
ANEXOS :	Equipo: Catéter intravenoso n° 18 ó 20, extensión dis, equipo de venoclisis, soporte porta suero. Materiales: Torundas de algodón, alcohol, esparadrapo, frasco de solución endovenosa, medicamentos a usar.		

PROCEDIMIENTO: COLOCACIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

ceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

OMBRE DEL OCEDIMIENTO	**SONDAJE NASOGASTRICO**	FECHA :	JULIO- 2012

ROPÓSITO :	Garantizar la alimentación enteral, administración de medicamentos. Realizar lavado gástrico.
CANCE :	Servicio de Hospitalización, Emergencia, UCI y UCINT.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N de sondajes	Nº de procedimientos realizados	Registro de procedimientos	Jefe de servicio

NORMAS

ectiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO

1

ANTES

La enfermera explica al paciente sobre el procedimiento a realizar.

El técnico de enfermería prepara el material y coloca al paciente en posición adecuada, posición de Fowler.

Se lava las manos antes de ejecutar el procedimiento.

Elige sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar.

Retira la prótesis , si las hubiere

Le dice al paciente que respire en forma alternada por cada uno de los orificios mientras bloquea el contralateral, para identificar alguna obstrucción nasal.

2

DURANTE

Mide de longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides) y señala la medida de la sonda.

Lubrica extremo distal de la sonda.

Introduce por el orificio nasal elegido, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, haciéndola progresar con un suave movimiento rotatorio.

Una vez pasada la resistencia de los cornetes, se habrá llegado a la orofaringe.

Le dice al paciente que se relaje, que incline la cabeza hacia delante (con este movimiento se

3	cierra la vía aérea) y que intente tragar saliva o un sorbito de agua. Verifica la colocación apropiada. Empuja suavemente pidiendo al paciente que realice movimientos de deglución. Continua introduciendo la sonda hasta llegar al estómago, cuando la marca de referencia quede a nivel de la nariz. Comprueba que la sonda se encuentra en el estómago: Aspira contenido gástrico, Insuflar 20-50 ml de aire, mientras se ausculta con el estetoscopio en epigastrio. DESPUES Fija la sonda de la forma mas segura, según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto de la sonda se puede clampar o colocar una bolsa colectora. Registra la técnica en la hoja de enfermería. Recoge el material utilizado. Realiza el cambio de sonda cada siete días.

NTRADA

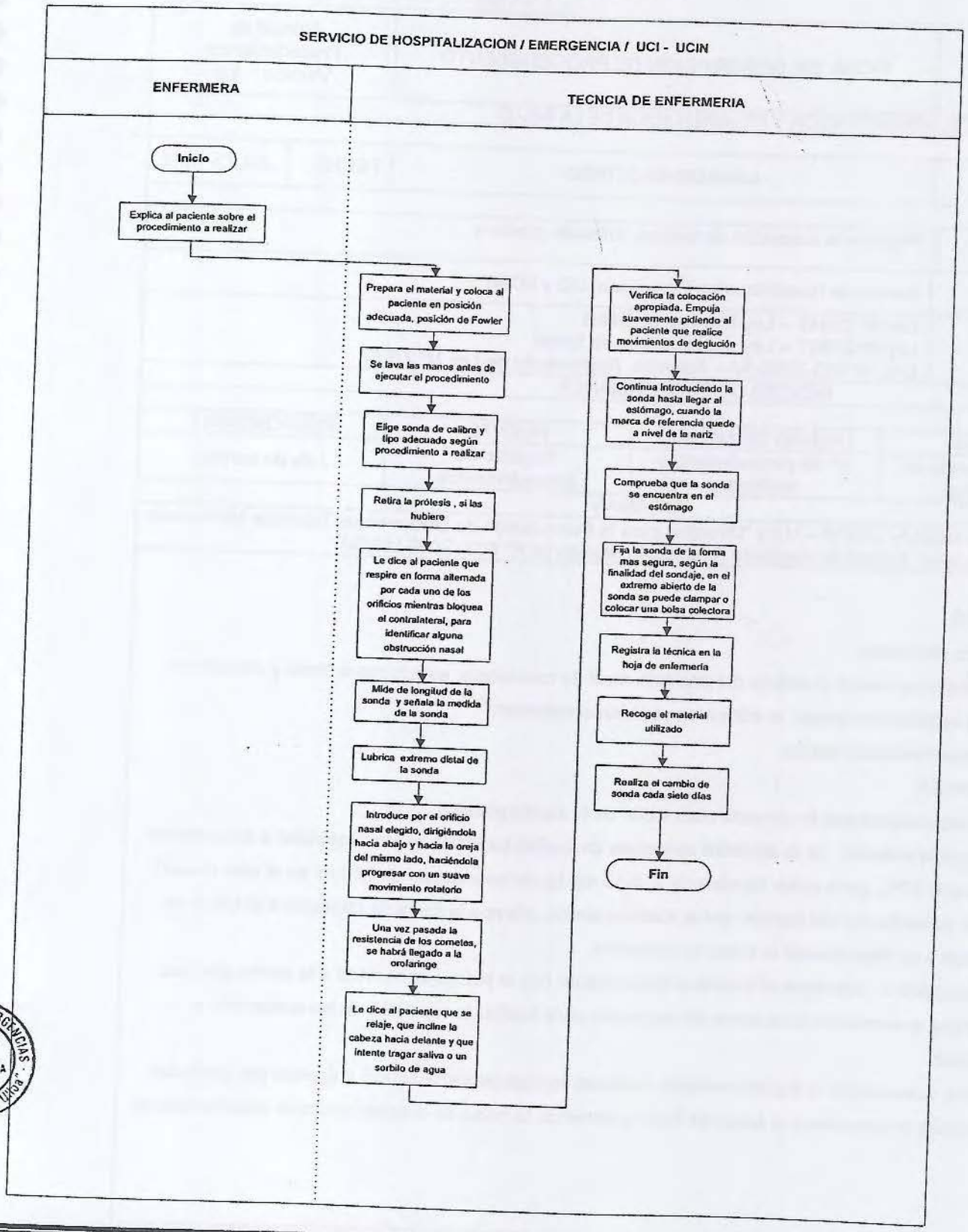
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Sondaje naso gástrico	Servicio UCI,UCINT	A demanda	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Sonda naso gástrica	Servicio: UCI,UCINT	A demanda	Manual

EFINICIONES :	Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estomago.
EGISTROS :	Libro de procedimientos
NEXOS :	EQUIPOS: Estetoscopio, jeringa asepto, riñonera, vaso con agua, equipo de aspiración.
	MATERIAL: Sonda nasogástrica, guantes, esparadrapo y gasas.

PROCEDIMIENTO: SONDAJE NASOGASTRICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

roceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

IOMBRE DEL ROCEDIMIENTO	LAVADO GASTRICO	FECHA :	JULIO- 2012
ROPÓSITO :	Prevenir la absorción de tóxicos, irritación gástrica.		
LCANCE :	Servicio de Hospitalización, Emergencia, UCI y UCINT.		
IARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de procedimientos de lavado gástrico	Nº de procedimientos realizados	Registro de procedimientos	Jefe de servicio

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO

ANTES:

Lavado de manos.

La enfermera valora el estado del paciente nivel de conciencia, estado respiratorio y circulatorio

Si el paciente está alerta, lo coloca en posición semifowler.

Controla funciones vitales.

DURANTE

Una vez comprobada la correcta colocación de la sonda gástrica.

Prepara la solución de la cantidad apropiada de líquido (solución salina isotónica) a temperatura templada 37°C, para evitar hipotermia (10-15 ml/ kg sin sobrepasar de 200 ml en el niño mayor).

Inicia la instilación del líquido por el sistema pasivo, clampa la rama de conexión a la bolsa de drenaje y se deja infundir la bolsa de irrigación.

Sistema activo: introduce el líquido á directamente con la jeringa conectada a la sonda gástrica.

Masajea suavemente en la zona del epigastrio para facilitar la remoción de las sustancias a eliminar.

Aspira suavemente el líquido instilado mediante jeringa (sistema activo) o drenaje por gravedad (cerrando la conexión a la bolsa de fluido y abriendo la bolsa de drenaje mediante sistema pasivo).

	Utiliza el método de sifón baja la sonda por debajo del nivel del estómago del niño y deja refluir a un recipiente. Tiene cuidado de que la cantidad de líquido drenado debe ser aproximadamente igual al líquido irrigado. Agrega otras soluciones especiales, según indicación medica como (carbón activado, catárticos, sustancias para el control del sangrado). Realice los ciclos precisos hasta que el drenaje este claro.
	DESPUES: Pinza la sonda, retira con rapidez y suavidad. Realiza anotaciones de enfermería (cantidad, olor, color, tipo y aspecto del lavado Gástrico). Registra en la historia clínica la técnica utilizada, tipo de sonda y balance de líquido irrigado-evacuado, incidencias surgidas durante el procedimiento.

.ENTRADA

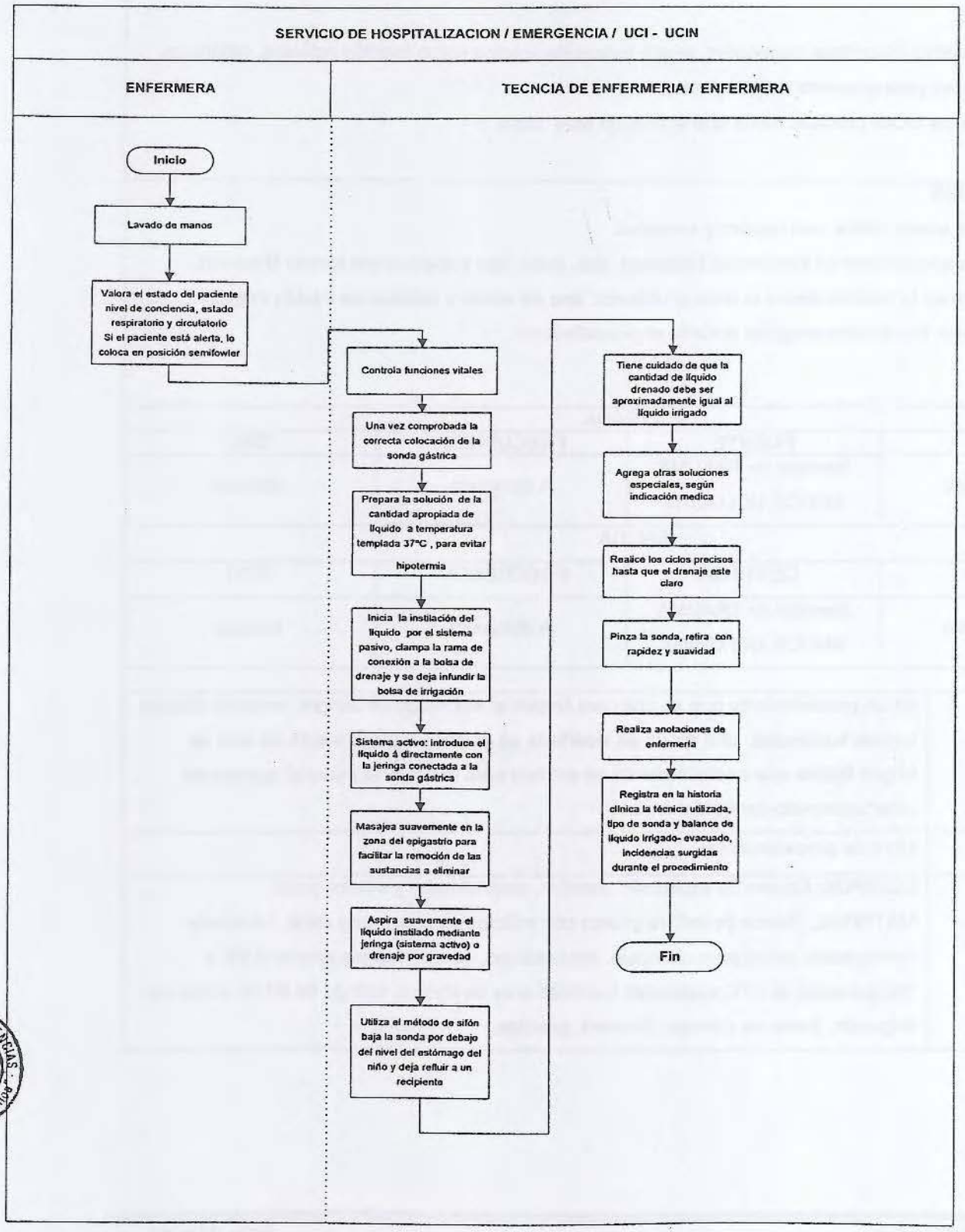
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Lavado gástrico	Servicio de TRAUMA SHOCK,UCI UCINT	A demanda	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Lavado gástrico	Servicio de TRAUMA SHOCK,UCI UCINT	A demanda	Manual

DEFINICIONES :	Es un procedimiento que se usa para limpiar el estómago de sangre, venenos tóxicos u otras sustancias, una sonda es insertada en el estomago y a través de este se irrigan fluidos que posteriormente se extraen para remover el material que pueda estar contenido dentro del órgano
REGISTROS :	Libro de procedimientos
ANEXOS :	EQUIPOS: Equipo de aspiración ,monitor, pulsioximetro y estetoscopio MATERIAL: Sonda de calibre grueso con orificios en el extremo distal, lubricante hidrosoluble, pinza para clampaje, esparadrapo, solución salina normal 0,9% a Temperatura de 37C,sustancias inactivad oras de tóxicos, jeringa de 50 ml. bolsa de irrigación. Bolsa de drenaje, riñonera, guantes.

PROCEDIMIENTO: LAVADO GASTRICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**CATETERISMO VESICAL**	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Facilita la evacuación de la orina. Control horario de diuresis y toma de muestra de orina estéril.		
ALCANCE :	Servicio de Hospitalización, Emergencia, UCI y UCINT.		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Cateterismos vesicales	N° de veces del procedimiento	Registros de Procedimientos	Enfermera / o

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	Explicar al paciente el procedimiento.
2	Colocar al paciente en posición supina con las rodillas flexionadas y separadas, pies apoyados sobre la cama.
3	Lavado meticuloso de las manos y calzado de guantes.
4	Realizar el aseo perineal de la siguiente manera:
	EN LA MUJER:
	Colocar la chata debajo de los glúteos.
	Con la ayuda de la pinza coger una torunda de gasa.
	Abrir los labios mayores y empezar a lavar con jabón líquido de arriba hacia abajo, nunca regresar la torunda que llegó a la zona anal nuevamente hacia arriba.
	Se enjuaga con agua a chorro y se seca con gasas estériles.
5	Hallar los puntos anatómicos de referencia, comprobar que se distinga el meato urinario en la mujer.
	EN EL HOMBRE:
	No se usa pinzas, el caso se realiza con las manos enguantadas desde el pene hacia el periné con jabón líquido.
	Bajar el prepucio y lavar el canal del glande meticulosamente.
	Enjuagar con agua estéril y secar con gasas estériles
6	Colocarse otros guantes estériles para llevar a cabo la Cateterización, colocando un campo estéril entre las piernas del paciente.
7	Abrir la sonda de tal manera que no se contamine y lubricar.
8	Con pinzas estériles o guantes estériles se toma la sonda y se introduce con suavidad en la uretra.
9	Sostenga el pene firmemente a unos 60º o 90º, cuando la sonda atraviesa el esfínter uretral debe ser constante y suave.
10	Inflar el globo de la sonda con 10 a 15 cc de agua estéril y conectar a la bolsa colectora de orina, y fijar la sonda con cinta adhesiva de tal manera que no quede estirado.

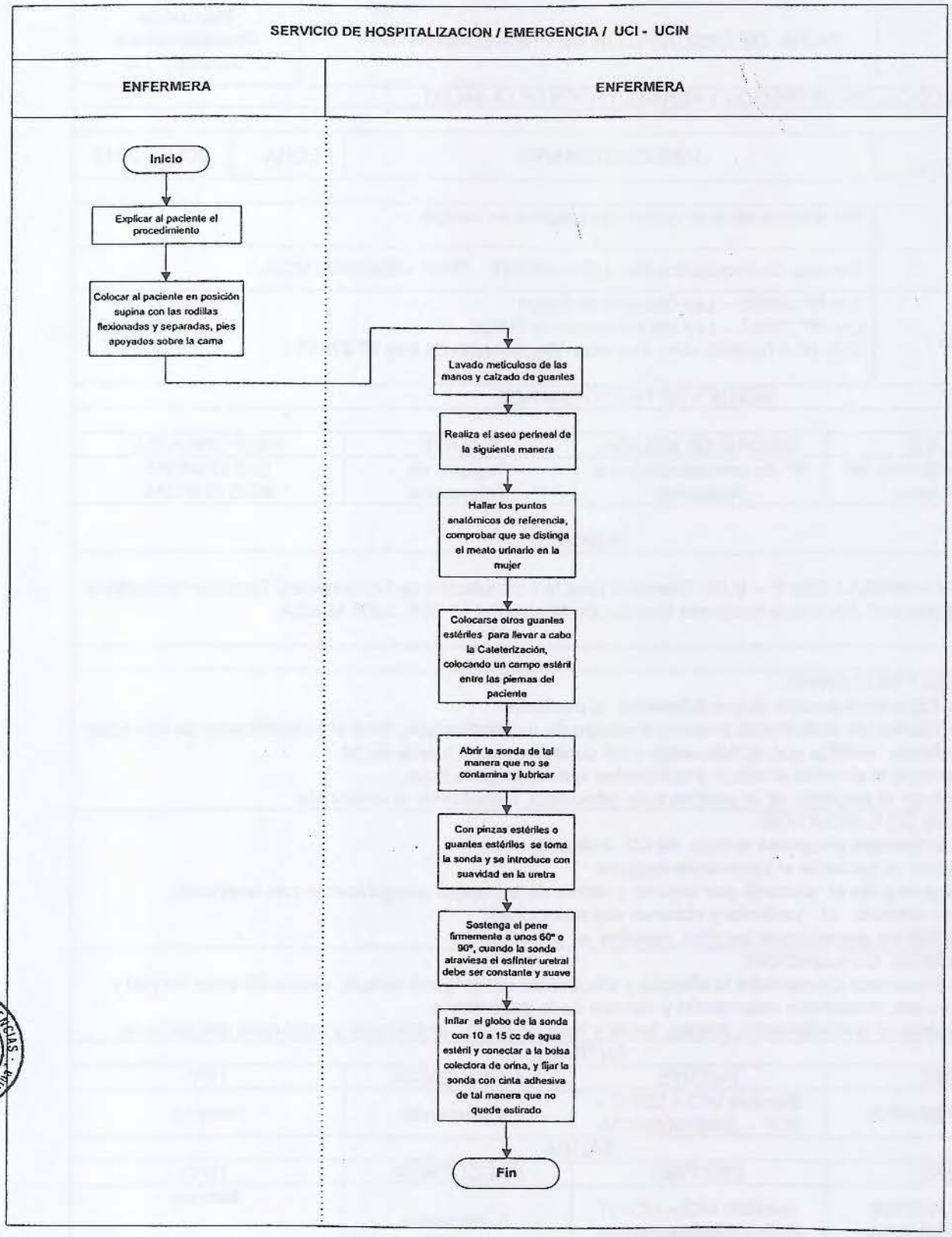
ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO

Cateterismo vesical	Servicio de Hospitalización.	Cada 7 días o necesidad.	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente con catéter urinario permeable.	Servicio de Hospitalización.	Cada 7 días o necesidad.	Manual

DEFINICIONES :	Es la colocación de una sonda o catéter en la vejiga, a través de la uretra. El sondeo o cateterizarían puede ser intermitente o continúo.
REGISTROS :	Notas de enfermería en la historia, hoja de control de catéteres.
ANEXOS :	Equipo: Cubeta, pinzas, chata. Materiales: Gasas, guantes, sonda nelaton o sonda Foley, lubricante, jeringa, bolsa colectora de orina.

PROCEDIMIENTO: CATETERISMO VESICAL



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	OXIGENOTERAPIA	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Reinstaurar el nivel optimo de oxigeno en sangre.		
ALCANCE :	Servicio de hospitalización UCI – UCINT - SOP - EMERGENCIA.		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de procedimientos de oxigenoterapia	Nº de procedimientos a realizarse	Registro de Enfermería	ENFERMERA ASISTENCIAL

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	FASE PRELIMINAR: La Enfermera explica el procedimiento al paciente. El Técnico de Enfermería prepara el equipo de oxigenoterapia, llena el humidificador de con agua destilada, verifica que el flujómetro esté conectado a la fuente de 02. Conecta el sistema a utilizar y comprobar que el oxígeno fluye. Coloca al paciente en la postura más adecuada, semi-fowler si es posible.
2	FASE DE EJECUCION: La Enfermera programa el flujo de O2 indicado. Coloca al paciente el sistema de oxigeno. Asegura y fija el sistema por encima y detrás de las orejas asegurándolo con suavidad. Deja cómodo al paciente y observa sus reacciones. Elimina las secreciones bucales, nasales si presentara.
3	FASE DE EVALUACION: La Enfermera Comprueba la eficacia y efectividad del oxígeno terapia, valorando color de piel y mucosas, frecuencia respiratoria y valores de la gasometría. Registra el procedimiento, motivo, fecha y hora de inicio, incidencias y respuesta del paciente.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
OXIGENOTERAPIA	Servicio UCI – ICINT – SOP - EMERGENCIA.	A demanda	Manual

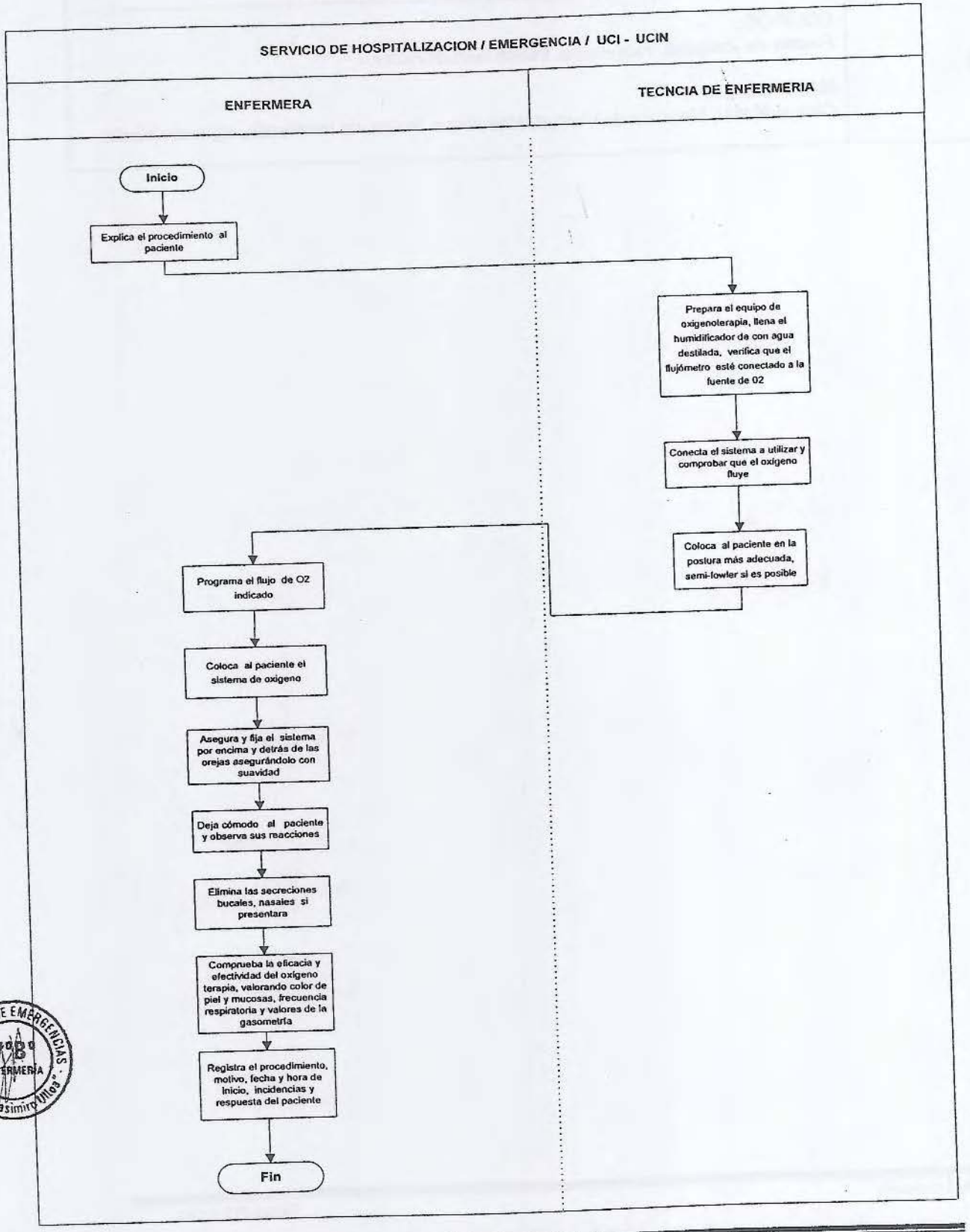
SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
PACIENTE RECIBE OXIGENOTERAPIA	Servicio UCI – UCINT SOP - EMERGENCIA.	A demanda	Manual

DEFINICIONES :	Es la administración de oxigeno a pacientes mediante el equipo adecuado para

	aumentar la capacidad respiratoria y prevenir lesiones por hipoxia.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, historia clínica, registro de Enfermería.
ANEXOS :	EQUIPOS: Fuente de oxigeno, Flujómetro, frasco humidificador. MATERIALES: Cánula Nasal, Mascara de Venturi, Mascara o Bolsa de reservorio, agua destilada.

PROCEDIMIENTO: OXIGENOTERAPIA



HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERÍA

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	NEBULIZACIONES	FECHA :	JULIO- 2012

PROPÓSITO :	Administración de medicamentos por Atomización
ALCANCE :	Servicio de hospitalización UCI – UCINT - SOP - EMERGENCIA.
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

ÍNDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Nebulizaciones	N° de Procedimientos	Registros de Procedimientos	Enfermera /o

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	FASE PRELIMINAR La Enfermera Explica el procedimiento al paciente FASE DE EJECUCION Prepara el equipo completo. Administra el tratamiento indicado. Observa al paciente mientras dure el tratamiento porque puede producir irritación de la mucosa oral y/o nasal. FASE DE EVALUACION: Comprueba la eficacia del tratamiento. Registra el procedimiento fecha y hora incidencias y respuesta al tratamiento.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Nebulizaciones	Servicio de Hospitalización	Según indicación médica	Manual

SALIDA

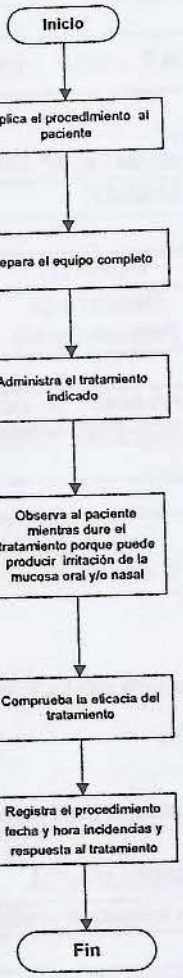
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Nebulizaciones	Servicio de Hospitalización	Según Indicación médica	Manual

DEFINICIONES :	Administración de medicamentos por Atomización.
REGISTROS :	Hoja de registros de Enfermería, Historia Clínica, Kardex, Hoja de control de Insumos
ANEXOS :	Equipo: Fuente de Oxígeno, conexiones. Material: Nebulizador, medicamentos, mascarilla, tubo en T.

PROCEDIMIENTO: NEBULIZACIONES

SERVICIO DE HOSPITALIZACION / EMERGENCIA / SOP / UCI - UCIN

ENFERMERA



HOSPITAL DE EMERGENCIAS VºBº ENFERMERÍA José Casimiro Ulloa

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL (MÉTODO ABIERTO)**	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Mediante la aplicación de la técnica de aspiración de secreciones se logrará un adecuado intercambio gaseoso manteniendo, las vías aéreas permeables, evitando así posibles infecciones nosocomiales.		
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Aspiración de secreciones.	Nº de Procedimientos realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	Preparación del material para el procedimiento (Técnico de Enfermería) Realiza el lavado de manos según norma. Usa métodos de barrera. Revisa el funcionamiento del sistema de aspiración. Prepara y presenta el material necesario a la enfermera. Coopera con la enfermera a lo largo de todo el procedimiento en la medida que lo solicite manteniendo la técnica aséptica en la manipulación del material.
2	Preparación del paciente: (Enfermera) Monitoriza al paciente: FC, FR y Sat.O_2. Explica el procedimiento al paciente solicitando su colaboración.

3	Realización del procedimiento (enfermera). Evalúa previamente Radiografía de tórax, ausculta ruidos en todos los campos pulmonares. Realiza el lavado de manos y usa barreras protectoras Verifica que la fijación del TET sea segura. Pre oxigena al paciente con FIO_2 100% al menos durante un minuto. Selecciona el número de sonda. Enciende el aspirador al vacio y selecciona la presión en 120 mmhg. Se Coloca los guantes estériles. Mantiene la mano dominante estéril y la otra limpia, conecta la sonda de aspiración al sistema de vacío. Introduce sin aspirar 35 cm. en TET y 10 cm. en traqueotomía. No avanza si hay resistencia. Aspira las secreciones y retira con movimientos suaves y de ligera rotación por un periodo de 10 a 15 segundos. Lava con abundante agua estéril la conexión de aspiración. Reinstala oxigenoterapia durante unos segundos antes de repetir la aspiración. Aspira orofaringe después de terminar la succión traqueal y nuevamente lavar con agua estéril la goma de aspiración. Transcurrido un minuto después de la aspiración, ajusta la FIO2 al valor inicial preestablecido. Protege la conexión y goma de aspiración con funda estéril, luego de la aspiración. Descarta la sonda y retira el material, apaga el aspirador al vacío. Observa al paciente, deja en posición cómoda y adecuada. Se lava las manos. Realiza anotaciones de enfermería, registra el procedimiento, calidad y cantidad de secreciones aspiradas.
4	Limpieza y Desinfección (Técnico de Enfermería) Limpia y desinfecta el contenedor al vacío cada 12 horas. Cambia el tubo de aspiración con cada paciente y descarta al término de 7 días.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Paciente con secreciones traqueo bronquiales	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

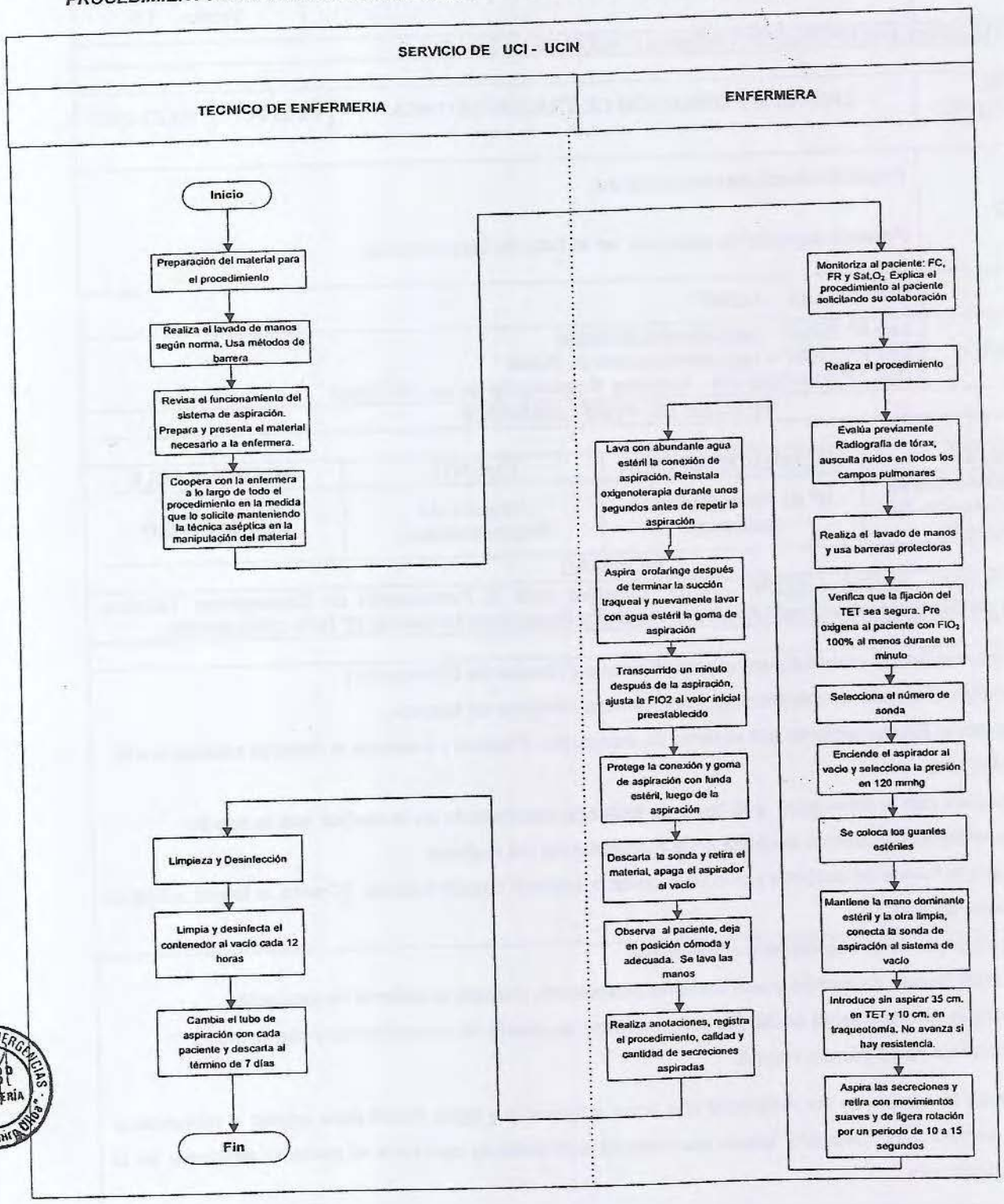
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente aspirado, libre de secreciones.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la extracción de las secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior, mediante la introducción de una sonda estéril a través del tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía del paciente, lo cual se realizará a través de un sistema de aspiración.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, notas de Enfermería.
ANEXOS :	1. Equipos: Fuente oxígeno, Aspirador de vacío, manómetro de vacío. Equipo de protección personal. Bolsa de resucitación con reservorio.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa" V°B° ENFERMERIA

	2. Material: Sondas de aspiración, Guantes, gasas, agua destilada. Documentos, Notas de Enfermería.

PROCEDIMIENTO: **ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL (MÉTODO ABIERTO)**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	LIMPIEZA Y CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA	FECHA :	JULIO -2012

PROPÓSITO :	Prevenir infecciones respiratorias. Prevenir tapones de mucosos en el tubo de traqueotomía.
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Limpieza y Curación de Traqueotomía.	Nº de Procedimientos realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

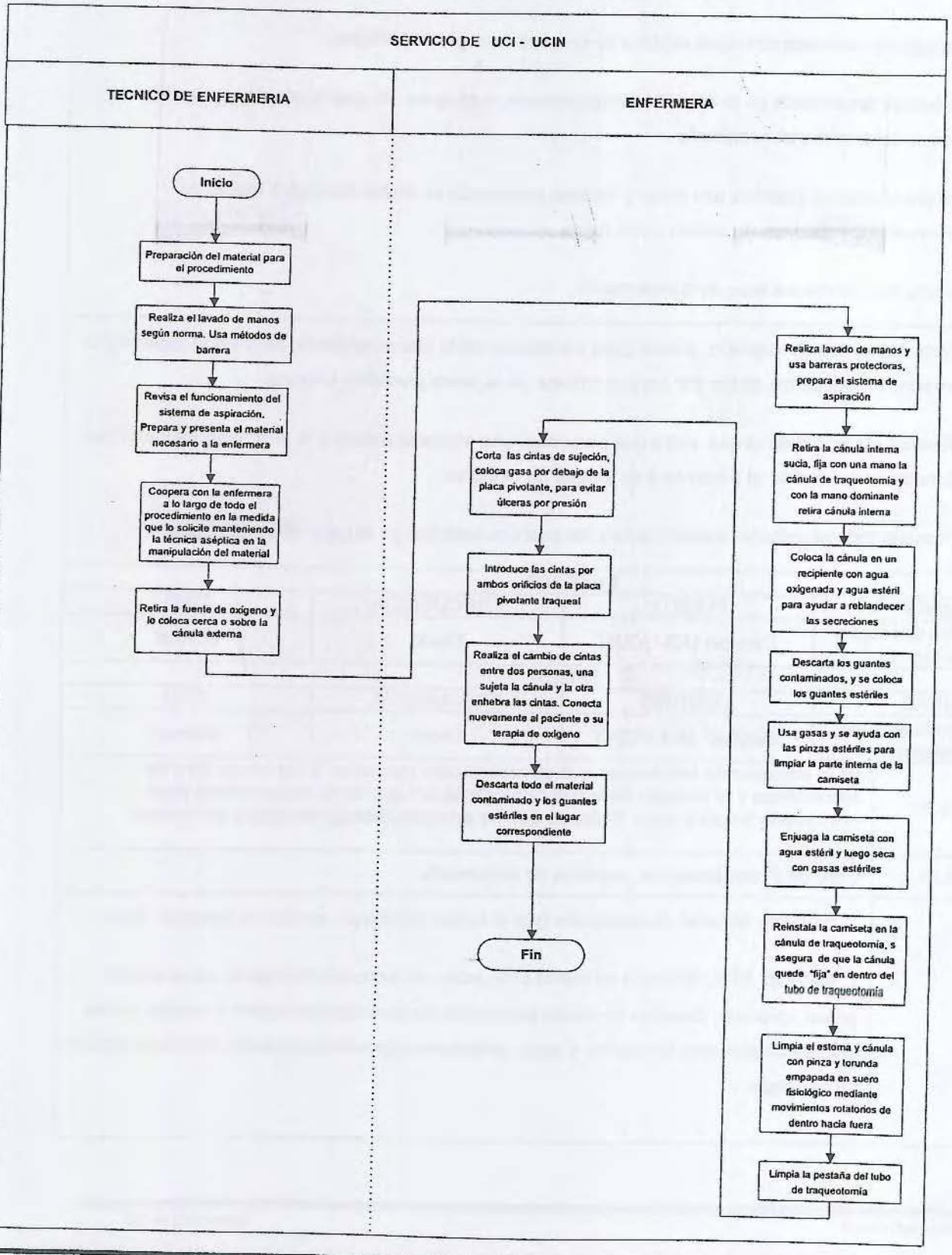
INICIO	
1	Preparación del material para el procedimiento (Técnico de Enfermería) Realiza el lavado de manos según norma. Usa métodos de barrera. Revisa el funcionamiento del sistema de aspiración. Prepara y presenta el material necesario a la enfermera. Coopera con la enfermera a lo largo de todo el procedimiento en la medida que lo solicite manteniendo la técnica aséptica en la manipulación del material. Retira la fuente de oxígeno y lo coloca cerca o sobre la cánula externa, (Coloca la fuente sobre un campo estéril).
2	Realización del procedimiento (Enfermera). Realiza lavado de manos y usa barreras protectoras, prepara el sistema de aspiración. Retira la cánula interna sucia, fija con una mano la cánula de traqueotomía y con la mano dominante retira cánula interna. Coloca la cánula en un recipiente con agua oxigenada y agua estéril para ayudar a reblandecer las secreciones. Descarta gasas y/o material contaminado que tiene el paciente alrededor de la traqueotomía.

3	Descarta los guantes contaminados, y se coloca los guantes estériles. Usa gasas y se ayuda con las pinzas estériles para limpiar la parte interna de la camiseta. Enjuaga la camiseta con agua estéril y luego seca con gasas estériles. Reinstala la camiseta en la cánula de traqueotomía, s asegura de que la cánula quede "fija" en dentro del tubo de traqueotomía. Limpia el estoma y cánula con pinza y torunda empapada en suero fisiológico mediante movimientos rotatorios de dentro hacia fuera. Limpia la pestaña del tubo de traqueotomía.
4	Corta las cintas de sujeción, coloca gasa por debajo de la placa pivotante, para evitar úlceras por presión. Introduce las cintas por ambos orificios de la placa pivotante traqueal. Realiza el cambio de cintas entre dos personas, una sujeta la cánula y la otra enhebra las cintas. Conecta nuevamente al paciente o su terapia de oxígeno. Descarta todo el material contaminado y los guantes estériles en el lugar correspondiente.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Traqueotomía con tapón mucoso	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Traqueostomía libre de secreciones.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es el conjunto de actividades que se realiza para mantener la vía aérea libre de secreciones y el cuidado de la piel circundante al lugar de la traqueotomía para mantenerla limpia y seca. Evitando que se acumule drenaje alrededor del estoma.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, registros de enfermería.
ANEXOS :	1. Equipos: Material de aspiración (por si fuera necesario), equipo de curación, tijera 2. Material: EPP, Solución de media proporción de peróxido hidrógeno, agua estéril, gasas, guantes, Solución de media proporción de peróxido hidrógeno – mezcle partes iguales de peróxido hidrógeno y agua, antisépticos (povidona yodada), cintas de fijación de la cánula.

PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE CVC	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Proporcionar una vía de acceso para administración de fármacos y soluciones intravenosas. Monitorizar y medir constantes como: PVC, presiones pulmonares, gasto cardíaco, etc.		
ALCANCE :	Servicio UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimiento en colocación de CVC	Nº de Procedimientos realizados.	Nº de Procedimientos realizados.	Nº de Procedimientos realizados.

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO

Durante la Instalación del CVC

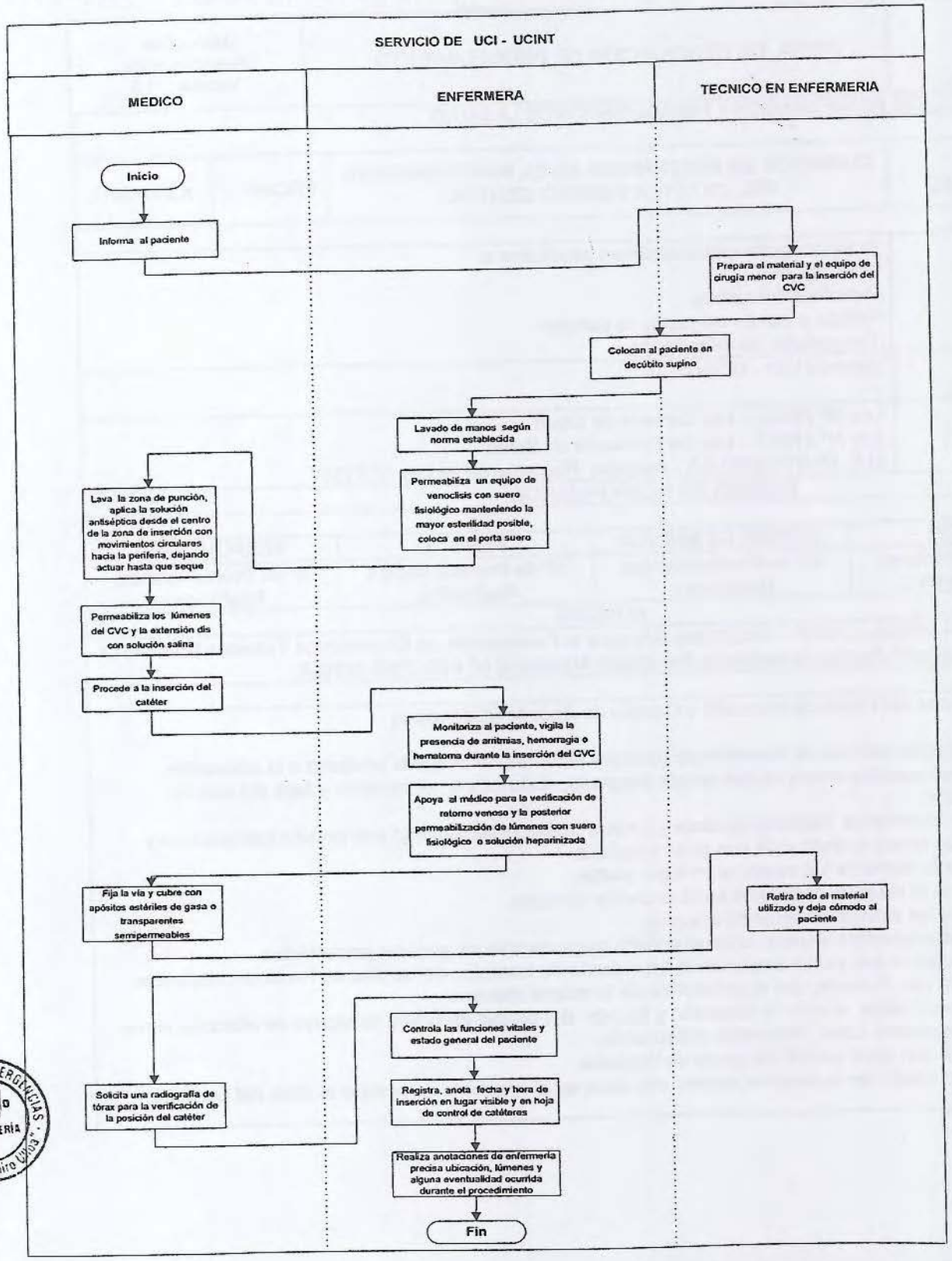
El médico informa al paciente.
El técnico de enfermería prepara el material y el equipo de cirugía menor para la inserción del CVC
La enfermera y el técnico de enfermería colocan al paciente en decúbito supino.
Lavado de manos según norma establecida.
La Enfermera permeabiliza un equipo de venoclisis con suero fisiológico manteniendo la mayor esterilidad posible, coloca en el porta suero.
El médico lava la zona de punción, aplica la solución antiséptica desde el centro de la zona de inserción con movimientos circulares hacia la periferia, dejando actuar hasta que seque.
Permeabiliza los lúmenes del CVC y la extensión dis con solución salina.
El médico procede a la inserción del catéter.
La Enfermera monitoriza al paciente, vigila la presencia de arritmias, hemorragia o hematoma durante la inserción del CVC.
Apoya al médico para la verificación de retorno venoso y la posterior permeabilización de lúmenes con suero fisiológico o solución heparinizada.
El médico fija la vía y cubre con apósitos estériles de gasa o transparentes semipermeables.
El técnico de Enfermería retira todo el material utilizado y deja cómodo al paciente.
El médico solicita una radiografía de tórax para la verificación de la posición del catéter.
La enfermera controla las funciones vitales y estado general del paciente.
Registra, anota fecha y hora de inserción en lugar visible y en hoja de control de catéteres.
Realiza anotaciones de enfermería precisa ubicación, lúmenes y alguna eventualidad ocurrida durante el procedimiento.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de Catéter	UCI -UCINT	Demanda	Manual

Venoso Central			
SALIDA			
DEFINICIONES :	El Cateterismo venoso central es la inserción de un catéter biocompatible en el espacio intravascular central o periférico con la finalidad de administrar soluciones, medicamentos, nutrición parenteral y realizar pruebas diagnósticas entre otros. Los cuidados de enfermería están en relación a la prevención de infección, trombosis, migración, desconexiones, mantener la permeabilidad del catéter, integridad de la piel entre otros.		
REGISTROS :	Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA.		
ANEXOS :	1. EQUIPOS Monitor, mesa de mayo, coche de curación, equipo de cirugía menor. 2. Material Mandilón estéril, guantes, mascarillas, gasas, jeringa de 10cc, aguja n° 23, aguja Nº 18, seda 3 /0, extensión dis, apósito transparente, Solución antiséptica: Povidona yodada, Clorhexidina acuosa 2%, Alcohol al 70%, heparina o solución heparinizada, Catéter venoso Central.		

PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL**	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Prevención de complicaciones asociadas a: Irritación local Deterioro del catéter Reflujo a través del punto de punción Transmisión de infecciones		
ALCANCE :	Servicio UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimiento en colocación de CVC	Nº de Procedimientos Realizados.	Nº de Procedimientos Realizados.	Nº de Procedimientos Realizados.

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
	Cuidados del Punto de Inserción y Cambio de Apósito (Enfermera) La curación del sitio de inserción se realizará no antes de 24 horas posterior a la colocación, excepto aquellos casos en que exista sangrado, diaforesis en el paciente y fuga del sitio de inserción. Posteriormente la curación es cada 72 horas cuando esté cubierto con apósito transparente y cada 24 horas cuando esté con gasa o apósito. Coloca la fecha de los cambios en lugar visible. Dispone el material necesario en el coche de curación. Se lava las manos de acuerdo a norma. Se coloca guantes limpios, retira el apósito luego cambia de guantes por estériles. Limpia con suero salino empezando en el punto de inserción del catéter en forma circular hasta unos 20 cm. Procede con el antiséptico de la misma manera. Observa y palpa el sitio de inserción y fijación del catéter en busca de signos de infección como enrojecimiento, calor, induración o secreción. Protege con gasa estéril las zonas de decúbito. Tiene cuidado de no mojar el catéter con agua en el momento de realizar el aseo del paciente.

	Cambio de set de administración de fluidos y conexiones (Enfermera) Aplica medidas estériles en el manejo de fluidos. Distribuye las luces de la siguiente forma: Luz distal: Preservar para la Nutrición parenteral. Luz media: Sueroterapia y drogas. Luz proximal: Medicación intermitente. Cambia los sistemas de suero cada 72 horas salvo que haya sospecha de infección. Rotula el sistema con la fecha. Manipula y desconecta, teniendo en cuenta hacerlo por debajo de la altura del corazón, para no dejar la vía aérea abierta con el consiguiente riesgo de embolia aérea. Evita mantener las soluciones de infusión más de 24 horas. Cambia los sistemas de la Nutrición Parenteral a las 72 horas del inicio de la perfusión. Rotula el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado. Cambia los sistemas de las emulsiones lipídicas a las 24 horas del inicio de la perfusión. Comprueba que la perfusión de la sangre se realiza en un periodo no superior a 4 horas. Lava la luz del catéter con solución salina cada vez que se administra una medicación o se suspende (siempre que no sea un fármaco vasoactivo). Conoce la compatibilidad de las soluciones que han de ser administradas por la misma luz del catéter.
	Tiene cuidado al retirar alguna droga, extrae con una jeringa el suero de la vía hasta que salga sangre y después lava con solución salina para impedir que se administre un bolo de dicho fármaco al torrente sanguíneo.
	Evita continuas desconexiones, por ejemplo, cambiando el sistema por cada medicación. Es preferible lavar el sistema ya existente y poner la misma medicación con el mismo sistema.
	Limpia el puerto de inyección con alcohol al 70% ó povidona yodada antes de pinchar. Tiene cuidado de no cambiar los tapones con más frecuencia de 72 horas según las recomendaciones del fabricante.
	Mantiene cerrado y sellado estricto de las luces que no se estén utilizando con monodosis de heparina 20 UI/ml, sellándolas periódicamente c/12 h. Mantiene las pinzas clampadas.
	El número de llaves de tres pasos y/o alargaderas será el mínimo posible. Minimiza el riesgo de infección limpiando con antiséptico el acceso del sistema y usa sólo equipo estéril.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
MANTENIMIENTO DEL CVC	UCI -UCINT	Diario	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
MANTENIMIENTO DEL CVC	UCI - UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la acción y la actitud de la enfermera para promover el bienestar del paciente, disminuyendo la entrada de microorganismos en los pacientes portadores de CVC.
REGISTROS :	Libro de procedimientos, Historia clínica, evolución de enfermería.
ANEXOS :	1. EQUIPOS: Coche de curación. 2. Material: Mesa auxiliar, Gasas estériles, Solución antiséptica, povidona yodada, clorhexidina acuosa al 2%, alcohol al 70%., Apósito estéril transparente semipermeable o de gasa, Solución de heparina según preparado comercial, Equipos de venoclisis, Bolsa y contenedor de residuos.

PROCEDIMIENTO: **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL**

SERVICIO DE UCI - UCINT

ENFERMERA

Inicio

La curación del sitio de inserción se realizará no antes de 24 horas posterior a la colocación.

Posteriormente la curación es cada 72 horas cuando esté cubierto con apósito transparente y cada 24 horas cuando esté con gasa o apósito

Coloca la fecha de los cambios en lugar visible

Dispone el material necesario en el coche de curación

Se lava las manos de acuerdo a norma

Se coloca guantes limpios, retira el apósito luego cambia de guantes por estériles

Limpia con suero salino empezando en el punto de inserción del catéter en forma circular hasta unos 20 cm

Procede con el antiséptico de la misma manera

Observa y palpa el sitio de inserción y fijación del catéter en busca de signos de infección como enrojecimiento, calor, induración o secreción

Protege con gasa estéril las zonas de decúbito

Tiene cuidado de no mojar el catéter con agua en el momento de realizar el aseo del paciente

Cambio de set de administración de fluidos y conexiones

Aplica medidas estériles en el manejo de fluidos

Distribuye las luces

Cambia los sistemas de suero cada 72 horas salvo que haya sospecha de infección

Rotula el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado

Cambia los sistemas de las emulsiones lipídicas a las 24 horas del inicio de la perfusión

Comprueba que la perfusión de la sangre se realiza en un periodo no superior a 4 horas

Lava la luz del catéter con solución salina cada vez que se administra una medicación o se suspende

Conoce la compatibilidad de las soluciones que han de ser administradas por la misma luz del catéter

Tiene cuidado al retirar alguna droga, extrae con una jeringa el suero de la vía hasta que salga sangre y después lava con solución salina

Evita continuas desconexiones, por ejemplo, cambiando el sistema por cada medicación

Limpia el puerto de inyección con alcohol al 70% ó povidona yodada antes de pinchar

Tiene cuidado de no cambiar los tapones con más frecuencia de 72 horas según las recomendaciones del fabricante

Mantiene cerrado y sellado estricto de las luces que no se estén utilizando con monodosis de heparina 20 UI/ml, sellándolas periódicamente c/12 h

El número de llaves de tres pasos y/o alargaderas será el mínimo posible

Minimiza el riesgo de infección limpiando con antiséptico el acceso del sistema y usa sólo equipo estéril

Fin

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Obtener representación gráfica de los cambios eléctricos que se produce en el miocardio		
ALCANCE :	Servicio de UCI y UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de tomas de electrocardiogramas	Nº de Electrocardiogramas realizados.	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

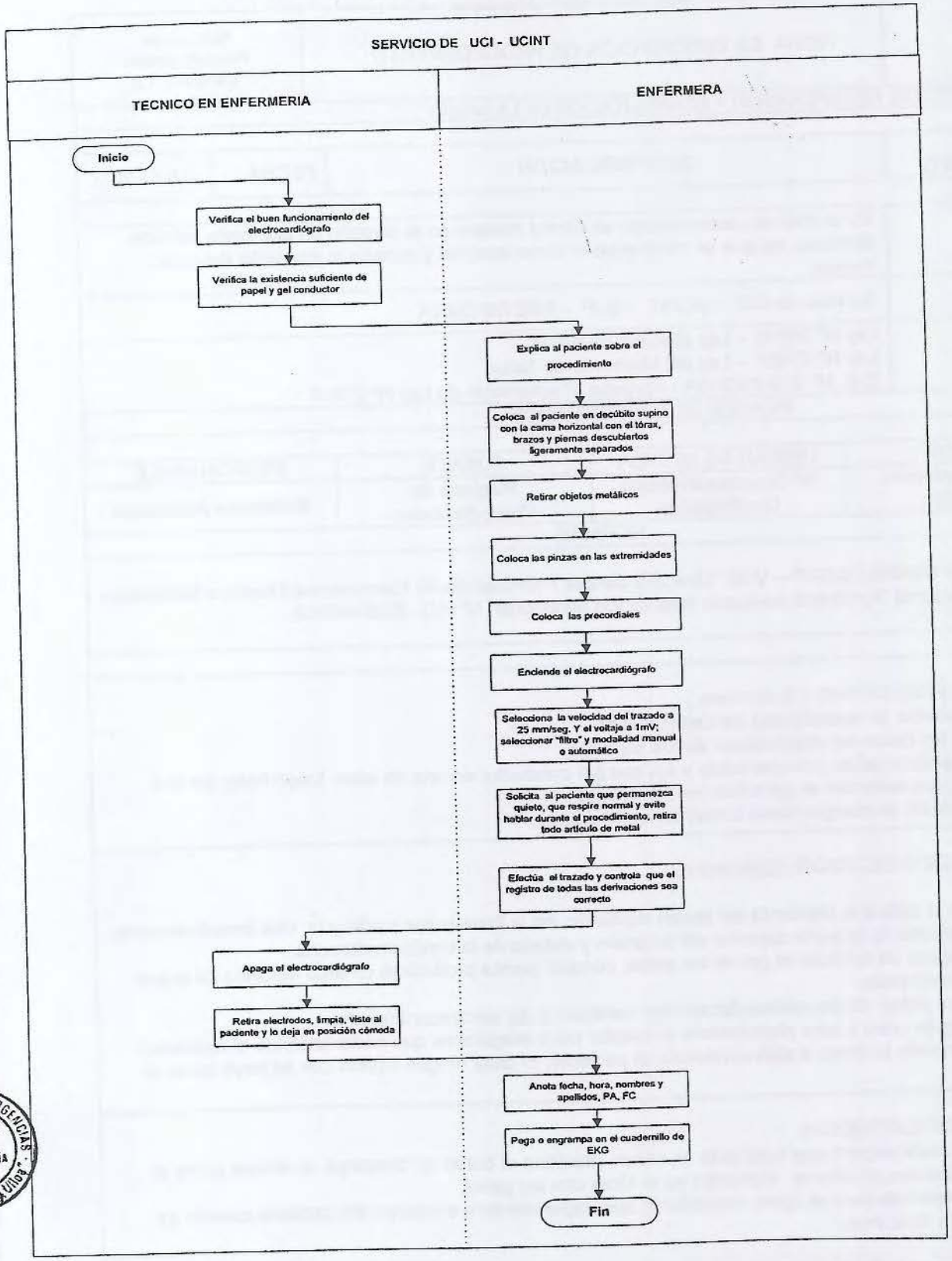
INICIO	
1	PREPARACIÓN DEL EQUIPO (Técnico de Enfermería) Verifica el buen funcionamiento del electrocardiógrafo. Verifica la existencia suficiente de papel y gel conductor.
2	PROCEDIMIENTO (Enfermera) ANTES Explica al paciente sobre el procedimiento Coloca al paciente en decúbito supino con la cama horizontal con el tórax, brazos y Piernas descubiertos ligeramente separados (cuidando la privacidad del paciente). Retirar objetos metálicos Coloca las pinzas en las extremidades: • Rojo brazo derecho (AVR) (R) • Amarillo brazo izquierdo (AVL) (L) • Verde pierna izquierda (AVF) (LL) • Negro pierna derecha (RF)
3	Coloca las precordiales: • V1. Cuarto espacio intercostal, línea para esternal derecha • V2 Cuarto espacio intercostal, línea para esternal izquierda • V3. Equidistante entre V1 y V4 • V4. Quinto espacio intercostal línea media clavicular • V5. Mismo nivel vertical que V4 línea anterior axilar • V6. Misma línea vertical V4 y V5 línea media axilar

4	DURANTE Enciende el electrocardiógrafo: Selecciona la velocidad del trazado a 25 mm/seg. Y el voltaje a 1mV; seleccionar "filtro" y modalidad manual o automático Solicita al paciente que permanezca quieto, que respire normal y evite hablar durante el procedimiento, retira todo artículo de metal. Efectúa el trazado y controla que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
5	FINALIZAR (Técnico de Enfermería) Apaga el electrocardiógrafo Retira electrodos, limpia, viste al paciente y lo deja en posición cómoda.
	FINALIZAR (Enfermera) Anota fecha, hora, nombres y apellidos, PA, FC. Pega o engrampa en el cuadernillo de EKG.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Toma de EKG	Servicio de UCI - UCINT	Demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Toma de EKG	Servicio de UCI - UCINT	Demanda	Manual

DEFINICIONES :	Es el registro grafico de las variaciones de potencial eléctrico de la actividad del corazón (fibras miocárdicas), en un tiempo determinado.
REGISTROS :	Libro de procedimientos
ANEXOS :	1. EQUIPOS Electrocardiógrafo 2. MATERIALES Gel, torundas de gasas, guantes.

PROCEDIMIENTO: TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	DESFIBRILACION	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Es un método para producir un contra choque en el corazón en una parte del ciclo cardiaco, en que se interrumpe el ritmo anormal y permite la aparición del ritmo normal.		
ALCANCE :	Servicio de UCI – UCINT - SOP - EMERGENCIA.		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de procedimientos Desfibrilación	Nº de procedimientos Desfibrilación	Registro de Procedimientos	Enfermera Asistencial

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional "Aprobada mediante Resolución Ministerial" Nº 603- 2006-MINSA

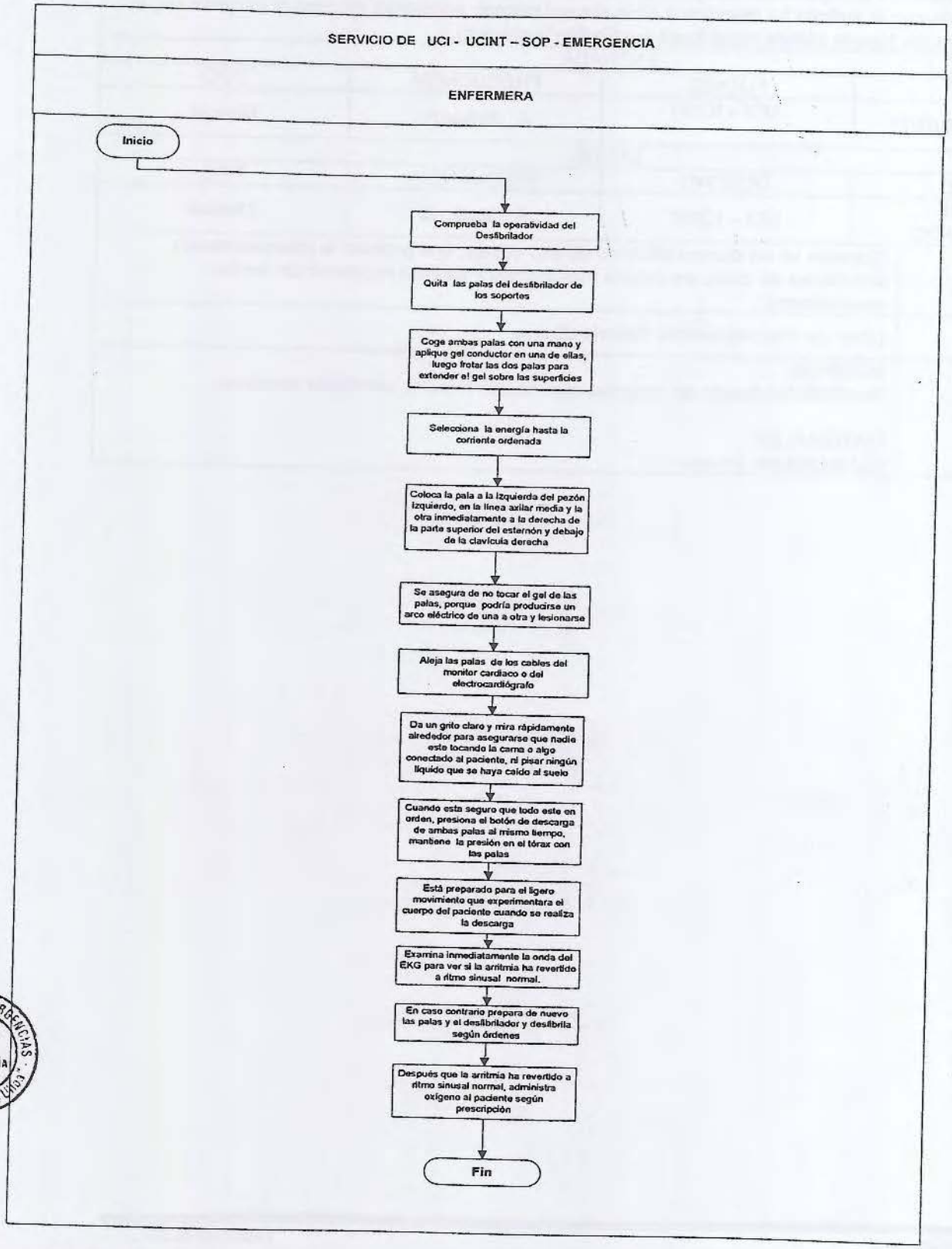
INICIO	
1	FASE PRELIMINAR: (Enfermera) Comprueba la operatividad del Desfibrilador. Quita las palas del desfibrilador de los soportes. Coge ambas palas con una mano y aplique gel conductor en una de ellas, luego frotar las dos palas para extender el gel sobre las superficies. Selecciona la energía hasta la corriente ordenada.
2	FASE DE EJECUCION: (Enfermera) Coloca la pala a la izquierda del pezón izquierdo, en la línea axilar media y la otra inmediatamente a la derecha de la parte superior del esternón y debajo de la clavícula derecha. Se asegura de no tocar el gel de las palas, porque podría producirse un arco eléctrico de una a otra y lesionarse. Aleja las palas de los cables del monitor cardiaco o del electrocardiógrafo. Da un grito claro y mira rápidamente alrededor para asegurarse que nadie (incluido el operador) este tocando la cama o algo conectado al paciente, ni pisar ningún líquido que se haya caído al suelo.
3	FASE DE EJECUCION: Cuando esta seguro que todo este en orden, presiona el botón de descarga de ambas palas al mismo tiempo, mantiene la presión en el tórax con las palas. Está preparado para el ligero movimiento que experimentara el cuerpo del paciente cuando se realiza la descarga.

4	Examina inmediatamente la onda del EKG para ver si la arritmia ha revertido a ritmo sinusal normal. En caso contrario prepara de nuevo las palas y el desfibrilador y desfibrila según órdenes (deberá incrementar la energía hasta 300 joule si es necesario.) Después que la arritmia ha revertido a ritmo sinusal normal, administra oxígeno al paciente según prescripción (desde cánula nasal hasta ventilación mecánica).

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
DESFIBRILACION	UCI – ICINT	A demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
PACIENTE DESFIBRILADO	UCI – ICINT	A demanda	Manual

DEFINICIONES :	Consiste en un choque eléctrico de alto voltaje, que provoca la despolarización simultánea de todas las células miocárdicas y permite recuperar los latidos espontáneos.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, historia clínica
ANEXOS :	EQUIPOS: Desfibrilador, fuente de oxigeno, resucitador manual, ventilador mecánico. MATERIALES: Gel conductor. Gasas.

PROCEDIMIENTO: DESFIBRILACION



L DE EMERGENCIAS
VºBº
ENFERMERÍA
Casimiro Ulloa

	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TROMBOLISIS	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Restablecer el flujo coronario de la arteria ocluida, limitar la isquemia miocárdica, reducir la disfunción ventricular y la mortalidad, mejorando el pronóstico del paciente.		
ALCANCE :	Servicio de UCI-UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de intervención de Enfermería en Trombolisis	Nº de Trombolisis Realizados.	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Pacientes de cualquier edad. Dolor precordial típico menos de 4 a 6 horas de evolución. Supra desnivel del segmento ST en más de 1 mm. en por lo menos dos derivaciones Bloqueo de rama izquierda.
2	CONTRADICCIONES ABSOLUTAS Antecedente de DCV hemorrágico Aneurisma disecante. Diátesis hemorrágica. Hemorragia digestiva en el mes precedente. Cirugía o traumatismo reciente (últimas 3 semanas).
3	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS Maniobras de resucitación cardiopulmonar prolongadas. Embarazo. Punción de vaso en sitio no compresible (vena subclavia). HTA no controlada (>180/100) Enfermedades sistémicas graves Cirugía menor < 7 días Cirugía mayor > 14 días o < 3 meses Alteración de la coagulación conocida que implique riesgo hemorrágico Pericarditis Tratamiento retiniano con láser reciente

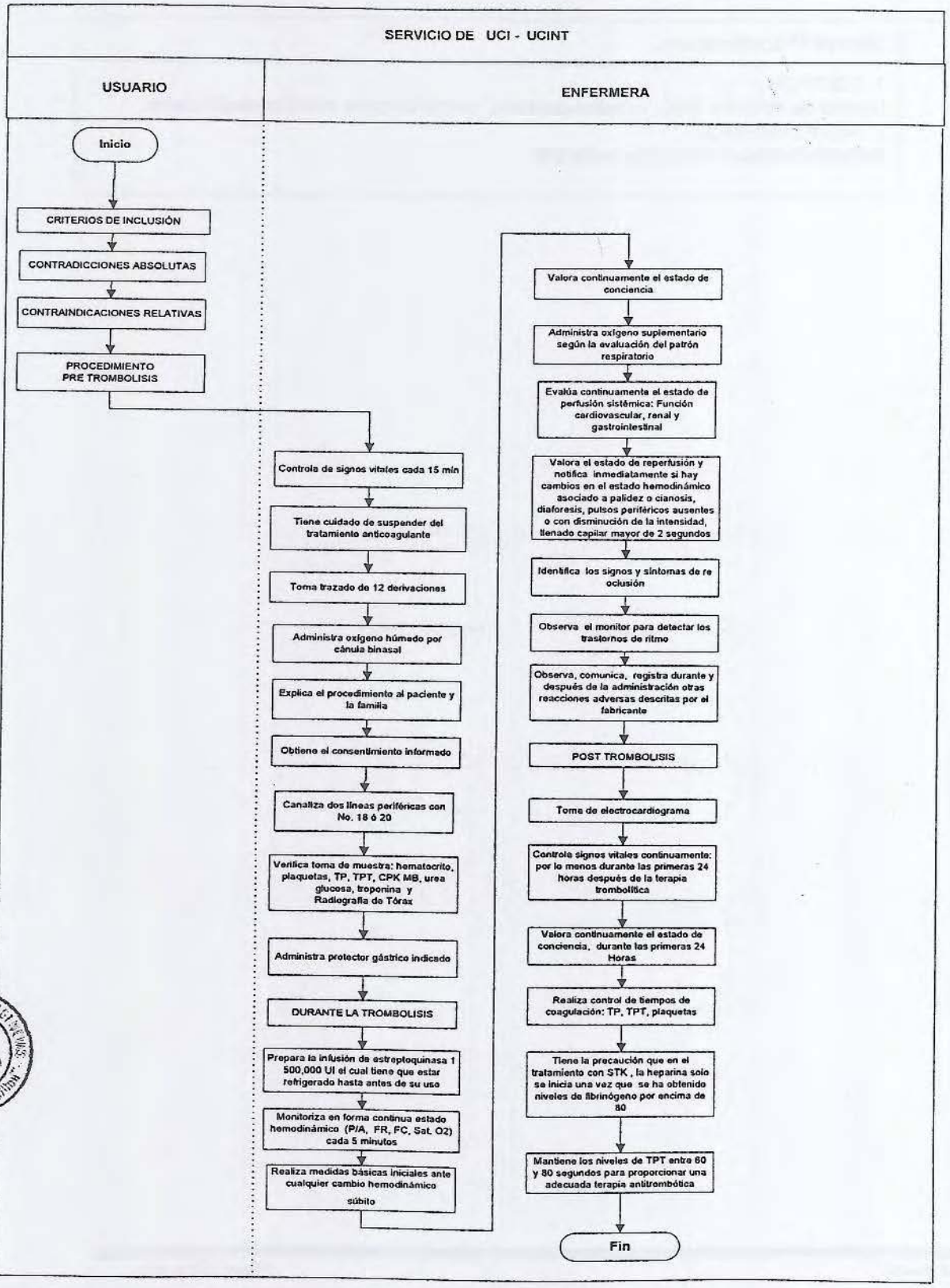
4	PROCEDIMIENTO PRE TROMBOLISIS: (Enfermera) Controla de signos vitales cada 15 mín. Tiene cuidado de suspender del tratamiento anticoagulante. Toma trazado de 12 derivaciones. Administra oxígeno húmedo por cánula binasal. Explica el procedimiento al paciente y la familia. Obtiene el consentimiento informado Canaliza dos líneas periféricas con No. 18 ó 20. Verifica toma de muestra: hematocrito, plaquetas, TP, TPT, CPK MB, urea glucosa, troponina y Radiografía de Tórax. Administra protector gástrico indicado
5	DURANTE LA TROMBOLISIS (Enfermera) *Prepara la infusión de estreptoquinasa 1 500,000 UI el cual tiene que estar refrigerado hasta antes de su uso.* Disuelve en 5 ml. de agua, la estreptoquinasa , introduce por las paredes, sin formar espuma, agita en forma rotatoria suave, y transfiere asépticamente su contenido a un frasco de cloruro de sodio 9% o dextrosa 5% de 100cc e inicia la dilución a 100 cc/h. Monitoriza en forma continua estado hemodinámico (P/A, FR, FC, Sat. O2) cada 5 minutos. *Toma ECG 12 derivaciones durante procedimiento.* Realiza medidas básicas iniciales ante cualquier cambio hemodinámico súbito (Administración de fluidos y/o inotrópicos). Mantiene PAM entre 70 y 80 mm Hg, Valora continuamente el estado de conciencia. Administra oxígeno suplementario según la evaluación del patrón respiratorio. Evalúa continuamente el estado de perfusión sistémica: Función cardiovascular, renal y gastrointestinal. Valora el estado de reperfusión y notifica inmediatamente si hay cambios en el estado hemodinámico asociado a palidez o cianosis, diaforesis, pulsos periféricos ausentes o con disminución de la intensidad, llenado capilar mayor de 2 segundos. Identifica los signos y síntomas de re oclusión: dolor, hipo perfusión; arritmias, falla respiratoria. Observa el monitor para detectar los trastornos de ritmo, tales como: extrasístoles ventriculares, taquicardia o fibrilación auricular Observa, comunica, registra durante y después de la administración otras reacciones adversas descritas por el fabricante: bronco espasmo, edema periorbitario, erupción cutánea, prurito, temblores, sangrados.
6	POST TROMBOLISIS (Enfermera) Toma de electrocardiograma: a la hora, 6 horas, luego diario hasta el quinto día. Controla signos vitales continuamente: por lo menos durante las primeras 24 horas después de la terapia trombolítica. Valora continuamente el estado de conciencia, durante las primeras 24 Horas Realiza control de tiempos de coagulación: TP, TPT, plaquetas, Tiene la precaución que en el tratamiento con STK , la heparina solo se inicia una vez que se ha obtenido niveles de fibrinógeno por encima de 80. Mantener los niveles de TPT entre 60 y 80 segundos para proporcionar una adecuada terapia antitrombótica.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Intervención de Enfermería en Trombolisis	Servicio de UCI - UCIT		Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO

Paciente Trombolizado	Servicio de UCI - UCIT		Maual
DEFINICIONES :	Es la terapia en la cual se administra un medicamento destinado a disolver un coágulo que ha obstruido un vaso u otra vía sistémica.		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.		
ANEXOS :	1. EQUIPOS Bomba de infusión, EKG, monitor cardiaco, coche de paro, monitor desfibrilador. 2. MEDICAMENTOS Estreptoquinasa, Cloruro de sodio 9%		

PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TROMBOLISIS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DE CATETER SWAN GANZ	FECHA :	JULIO-2012

PROPÓSITO :	Permite observar el comportamiento y cambios del paciente en una condición determinada. La observación de las tendencias en los parámetros observados en la evolución, ayuda a establecer pronóstico. Facilita la evaluación y corrección de las medidas terapéuticas implementadas. Según la condición del paciente y el nivel de monitorización, le avisa al clínico cualquier deterioro en la función medida
ALCANCE :	Unidad de Cuidados Intensivos
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº Cuidados de Enfermería de enfermería en Catéter Swan Ganz	Nº de Cateterismos Realizados	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	PREPARACION (Enfermera-Médico) Explica el procedimiento y su utilidad al paciente Prepara el material necesario para el cateterismo, Coloca a punto los sistemas de monitorización-amplificación y transducción. Monta los líquidos y sistemas para mantener el lavado del catéter y purgar los circuitos con líquido. El médico desinfecta la piel en la zona elegida para la punción Monta el campo estéril y el médico comprobará la integridad del catéter y balón. Conecta los tres conductos del catéter a sus correspondientes sistemas de monitorización y lavado. Purga el catéter con líquidos La enfermera calibra el transductor.
2	PROCEDIMIENTO Posteriormente el médico inserta el catéter, bajo anestesia local en la vena elegida y hace progresar, bajo control del ECG y de las presiones. Al penetrar el catéter en vena cava comienza a registrar curvas de presión de pequeña amplitud. La morfología de las diferentes curvas de presión en el monitor nos va a permitir saber en qué cavidad se encuentra el catéter La enfermera Infla el balón a los 30-40 cm de introducido el catéter, momento en el cual alcanza la aurícula derecha, al inflar el balón la corriente sanguínea lo impulsa y pasa con mayor facilidad al ventrículo.

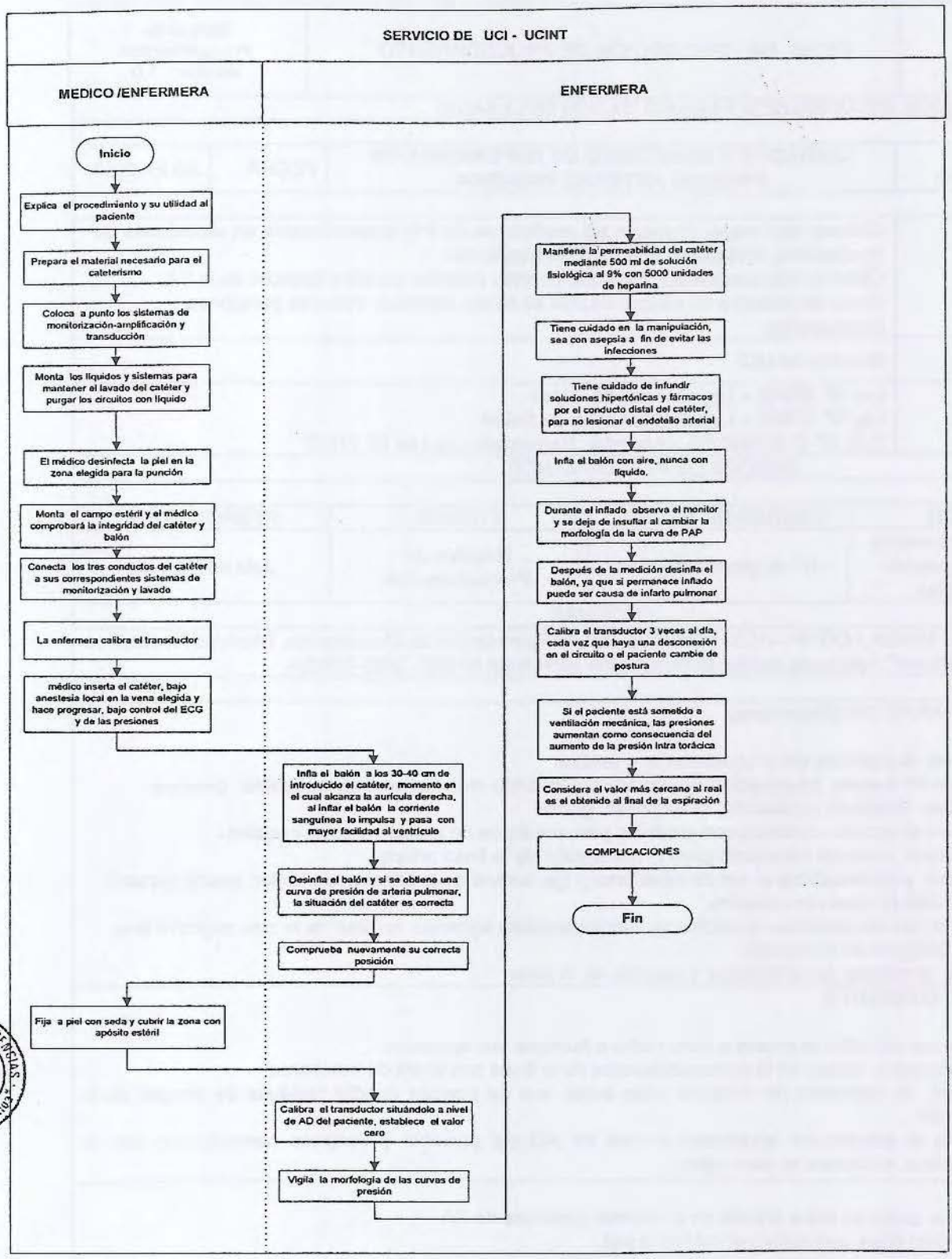
	El catéter seguirá avanzando y al entrar en arteria pulmonar la morfología de las curvas de presión vuelven a cambiar, la sistólica permanece igual y la diastólica asciende. Se continúa progresando hasta que el balón hace cuña en una de las ramas de la arteria pulmonar, obteniéndose entonces el trazado típico de la presión capilar pulmonar de pequeña amplitud. Al llegar este punto la enfermera desinfla el balón y si se obtiene una curva de presión de arteria pulmonar, la situación del catéter es correcta. Comprueba nuevamente su correcta posición. El médico fija a piel con seda y cubrir la zona con apósito estéril.
	CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA PERMANENCIA Calibra el transductor situándolo a nivel de AD del paciente, establece el valor cero Vigila la morfología de las curvas de presión. Su variación puede deberse a cambios en el estado del paciente; artefactos, transmisión del movimiento ventricular, sobre inflado del balón; escapes en las conexiones; burbujas de aire o restos de sangre en los sistemas, coágulos en el extremo distal del catéter; acodaduras, enclavamiento del catéter Mantiene la permeabilidad del catéter mediante 500 ml de solución fisiológica al 9% con 5000 unidades de heparina Tiene cuidado en la manipulación, sea con asepsia a fin de evitar las infecciones. Tiene cuidado de infundir soluciones hipertónicas y fármacos por el conducto distal del catéter, para no lesionar el endotelio arterial Infla el balón con aire, nunca con líquido. Durante el inflado observa el monitor y se deja de insuflar al cambiar la morfología de la curva de PAP. Después de la medición desinfla el balón, ya que si permanece inflado puede ser causa de infarto pulmonar. Calibra el transductor 3 veces al día, cada vez que haya una desconexión en el circuito o el paciente cambie de postura Si el paciente está sometido a ventilación mecánica, las presiones aumentan como consecuencia del aumento de la presión intra torácica. Considera el valor más cercano al real es el obtenido al final de la espiración.
3	COMPLICACIONES 1. Arritmias 2. Infección: tromboflebitis local, endocarditis 3. Formación de nudos en las cavidades cardíacas 4. Infarto pulmonar 5. Rotura del balón por sobre inflado 6. Perforación de arteria pulmonar 7. Embolia gaseosa

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de Enfermería en la colocación de Catéter Swan Ganz	Servicio de UCI	Demanda	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de Enfermería en la colocación de Cateter Swan Ganz	Servicio de UCI	Demanda	Manual

REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	1. EQUIPOS Monitor cardiaco con módulos de monitoreo invasivo, coche de paro, desfibrilador 2 MATERIALES Cateter Swan Ganz, set de monitoreo, coche de curación, bolsa perfusora, jeringas. 3. MEDICAMENTOS Cloruro de sodio 9%, heparina

PROCEDIMIENTO: CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DE CATETER SWAN GANZ



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS Y MONITOREO DE ENFERMERIA EN PRESION ARTERIAL INVASIVA	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Obtener con mayor precisión las mediciones de PA, especialmente en situaciones de hipotensión, arritmias o en casos de hipotermia. Obtener información continua que permite detectar cambios bruscos de la PA. Toma de muestra de sangre arterial en forma continua, evitando punciones innecesarias.		
ALCANCE :	Servicio de UCI		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión arterial invasiva.	Nº de procedimientos	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	PREPARACION (Enfermera) Informa al paciente del procedimiento a realizar Lavado de manos, preparación del Personal utilizando mandilones impermeables, guantes estériles, lentes de protección, mascarillas, gorro. Prepara el monitor cardiaco con módulos para medición de presión arterial invasiva. Prepara el material necesario para la instalación de la línea arterial. Prepara y permeabiliza el set de monitoreo y fija a nivel de la línea media axilar, cuarto espacio intercostal (a nivel del corazón). Cera el set de monitoreo y verifica su funcionamiento agitando levemente lo que originara una onda irregular en el monitor. Asiste al médico en la limpieza y asepsia de la zona.
2	PROCEDIMIENTO El médico canaliza la arteria a nivel radial o humeral con el catéter. La enfermera asiste en la permeabilización de la línea con el set de monitoreo. Infunde al momento de conectar para evitar que se puedan quedar residuos de sangre en la conexión. Calibra el transductor situándolo a nivel de AD del paciente y después comunicando con la atmósfera, establece el valor cero.
	Verifica onda de línea arterial en el monitor y valores de PA El médico fijará con sutura el catéter a piel. Cubre con un oposito transparente estéril. Valora retorno arterial Realizará la curación del catéter cada 72 horas o condicional.

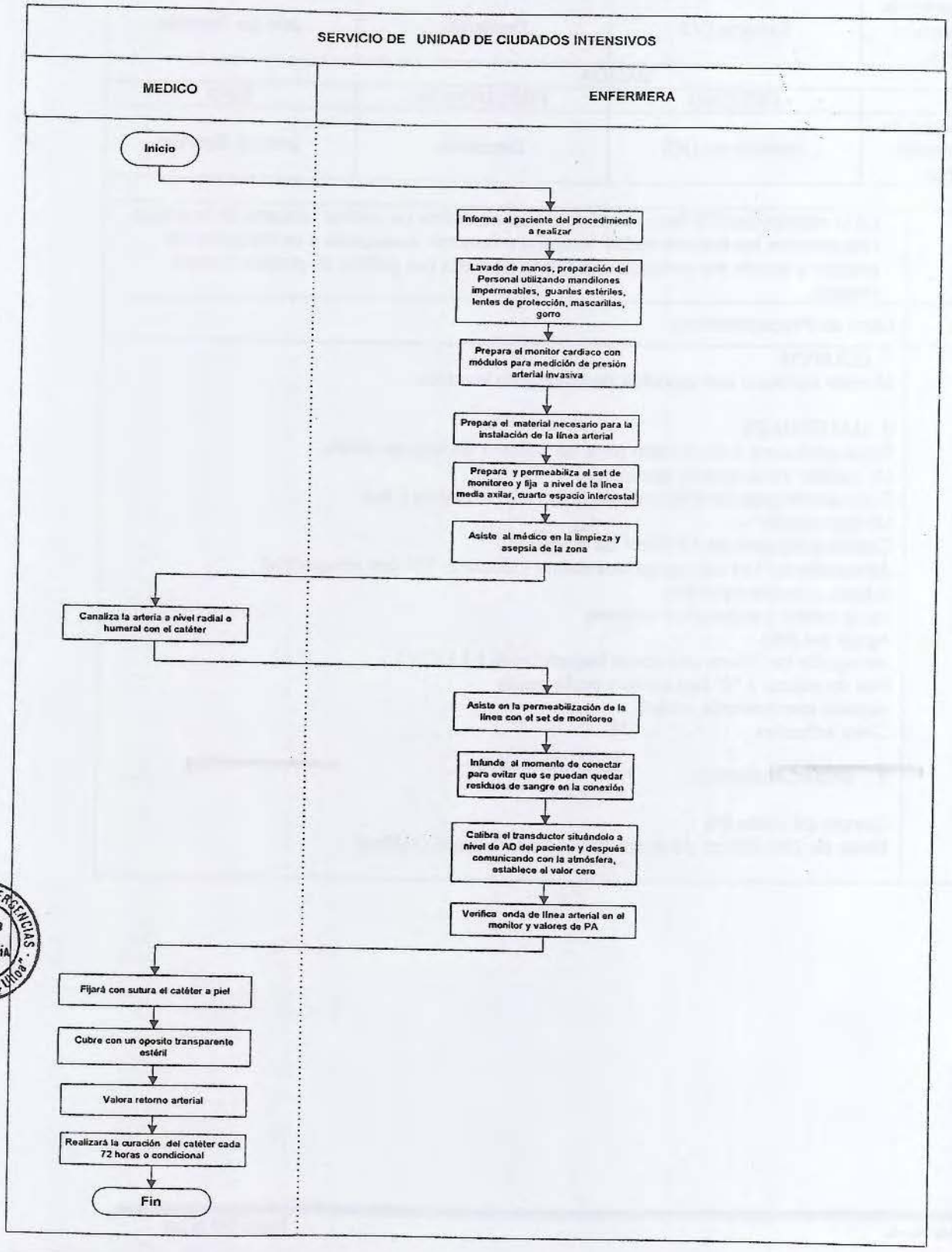
3	COMPLICACIONES. Hematomas, trombosis arterial, isquemia distal, pseudoaneurismas arteriales, fístulas A-V e infección.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión arterial invasiva.	Servicio UCI	Demanda	Jefe de Servicio

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión arterial invasiva.	Servicio de UCI	Demanda	Jefe de Servicio

DEFINICIONES :	Es la monitorización de la tensión arterial mediante un catéter ubicado en la arteria (usualmente las arterias radial humeral o femoral conectada a un traductor de presión y puede ser exhibida una forma de onda (un gráfico de presión versus tiempo).
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	1. EQUIPOS Monitor cardiaco con módulos de monitoreo invasivo. 2. MATERIALES Bolsa perfusora o de presión para un sistema de flujo de 3ml/h. Un catéter intravascular apropiado Tubo semirrígido para llenado de fluido con llaves de paso. Un transductor Tablilla protegida de 15-30cm de longitud. Jeringuilla de 1ml con aguja de insulina Lidocaína 1% (sin adrenalina) Gasas, guantes estériles. Agua estéril y antiséptico cutáneo Aguja del 18G Jeringuilla de 2-5cm con suero heparinizado (1 UI/ml) Hilo de sutura 3 "0" con aguja y porta-aguja Apósito transparente estéril. Cinta adhesiva 3. MEDICAMENTOS Cloruro de sodio 9% Bolsa de 250-500 ml de suero salino heparinizado (1UI/ml).

PROCEDIMIENTO: **CUIDADOS Y MONITOREO DE ENFERMERIA EN PRESION ARTERIAL INVASIVA**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RETO DE FLUIDOS	FECHA :	JULIO-2012

PROPÓSITO :	Mantener el medio intravascular y la hemodinamia
ALCANCE :	Servicio UCI - UCINT
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimiento en Reto de Fluidos	Nº de Procedimientos Realizados.	Nº de Procedimientos Realizados.	Jefe de servicio

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	La enfermera realiza el monitoreo de funciones vitales, PVC
2	Valora el estado de piel y mucosas, diuresis, BHE
3	Evalúa exámenes de laboratorio
4	Mantiene acceso periférico de grueso calibre
5	PVC < 8cm H2O 200cc 8 – 14 cm H2O 100cc ➢ 14 cm H2O 50cc
6	Observar la PVC a los 10 minutos
7	Si sube < 2cm H20 continua con el reto Si aumenta de 2 – 5 cm H2O espera 10 min. Si luego de la espera disminuye 2 cm H2O continua con el reto
8	Si no desciende espera otros 10 min, si hay disminución continua el reto; si se mantiene, reevalua al paciente.

ENTRADA

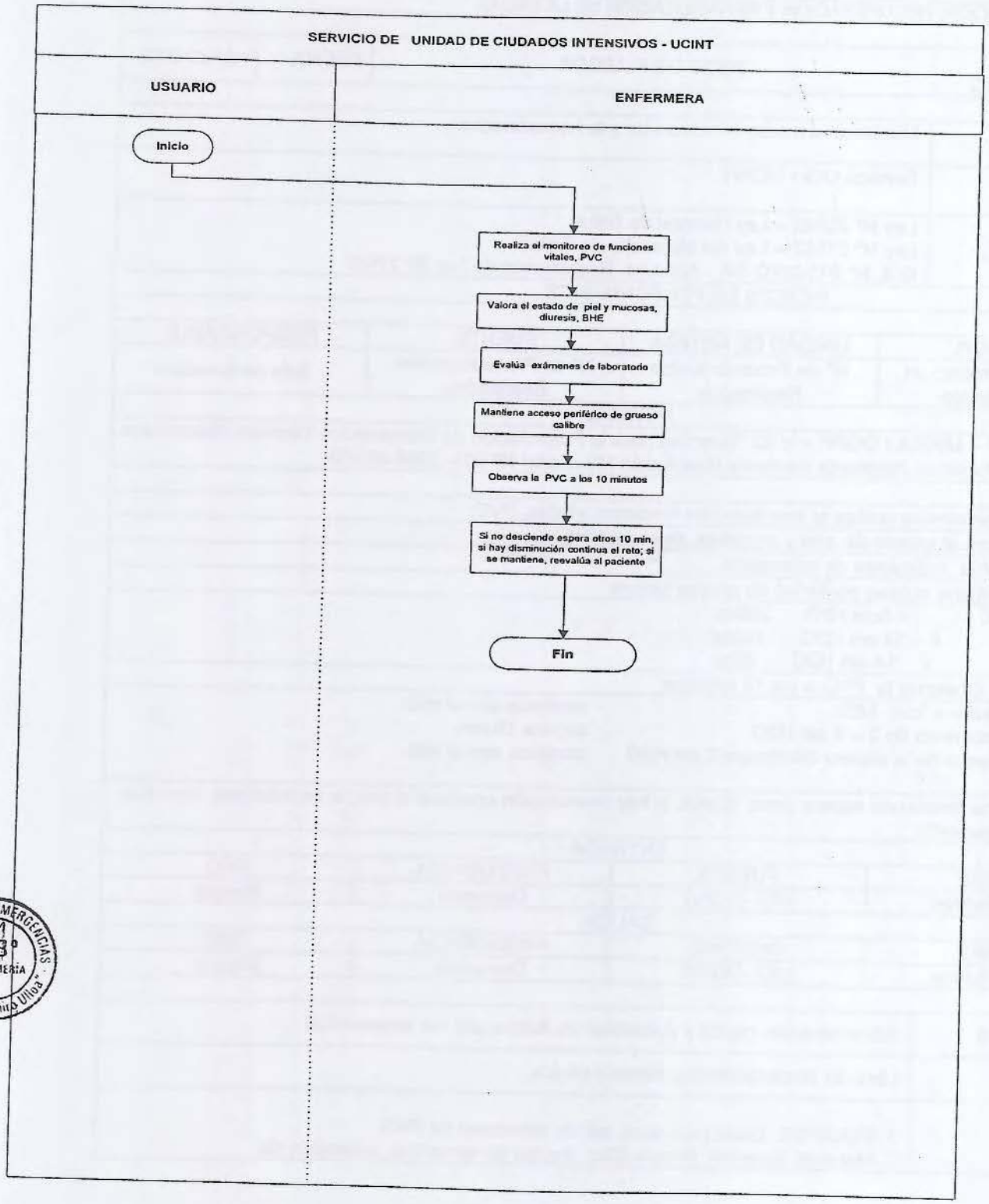
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Reto de fluidos	UCI -UCINT	Demanda	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Reto de fluidos	UCI -UCINT	Demanda	Manual

DEFINICIONES :	Administración rápida y cuidadosa de fluidos por vía endovenosa
REGISTROS :	Libro de procedimientos, Historia clínica.
ANEXOS :	1. EQUIPOS: Bolsa perfusora, set de monitoreo de PVC 2. Material: Guantes, jeringa 20cc, equipo de venoclisis, extensión dis

PROCEDIMIENTO: RETO DE FLUIDOS



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Drenar y liberar la cavidad pleural o mediastino de la presencia anómala de aire, sangre o líquido excesivo. Evitar el colapso pulmonar o el taponamiento cardiaco.		
ALCANCE :	Servicio de UCI – UCINT - SOP - EMERGENCIA.		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería pacientes con Drenaje Torácico.	Nº de procedimientos	Registro de Procedimientos	Enfermera Asistencial

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	FASE PRELIMINAR: DURANTE LA INSTALACION El médico explica el procedimiento al paciente El técnico de enfermería prepara el equipo Coloca al paciente en posición semifowler o lateral según sea el caso: Neumotórax: Segundo y/o tercer espacio intercostales (anterior) Hemotórax: Sexto o séptimo espacio intercostal (Posterior) a nivel de la línea media axilar Toracotomía: segundo o tercer espacio intercostal (anterior) y otro en la zona baja de la línea axilar (posterior)
2	FASE DE EJECUCION: (Enfermera) Controla de funciones vitales y temperatura Valora la cantidad, color y consistencia del material drenado Valora el límite de la movilidad de la extremidad superior drenado Valora el límite de la movilidad de la extremidad superior afectada Tiene cuidado de que el tubo quede firmemente fijado. El médico indica control Radiográfico. Deja al paciente en posición cómoda

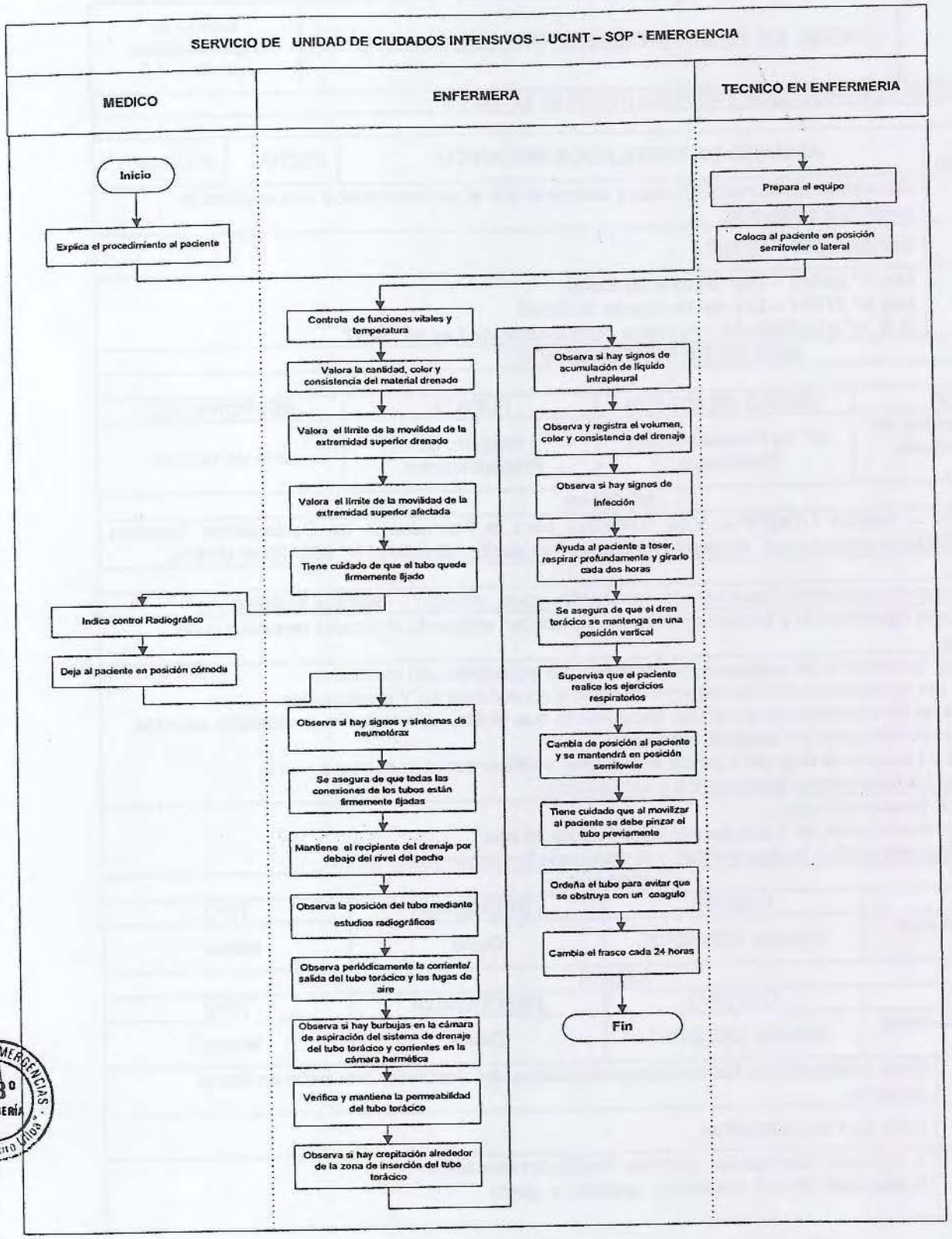
3	FASE DE MONITOREO (Enfermera) Observa si hay signos y síntomas de neumotórax. Se asegura de que todas las conexiones de los tubos están firmemente fijadas. Mantiene el recipiente del drenaje por debajo del nivel del pecho. Observa la posición del tubo mediante estudios radiográficos Observa periódicamente la corriente/salida del tubo torácico y las fugas de aire. Observa si hay burbujas en la cámara de aspiración del sistema de drenaje del tubo torácico y corrientes en la cámara hermética. Verifica y mantiene la permeabilidad del tubo torácico. Observa si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico. Observa si hay signos de acumulación de líquido intrapleural Observa y registra el volumen, color y consistencia del drenaje. Observa si hay signos de infección Ayuda al paciente a toser, respirar profundamente y girarlo cada dos horas. Se asegura de que el dren torácico se mantenga en una posición vertical. Supervisa que el paciente realice los ejercicios respiratorios. Cambia de posición al paciente y se mantendrá en posición semifowler. Tiene cuidado que al movilizar al paciente se debe pinzar el tubo previamente Ordeña el tubo para evitar que se obstruya con un coagulo Cambia el frasco cada 24 horas.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería pacientes con Drenaje Torácico.	UCI – ICINT	A demanda	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería pacientes con Drenaje Torácico.	UCI – ICINT	A demanda	Manual

DEFINICIONES :	El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo restaurando así, la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar; o bien, permitir el drenaje de la cavidad mediastínica que permita el correcto funcionamiento del corazón en los post-operados de cirugía torácica o cardiaca. Por tanto, las situaciones que con la técnica se pretenden evitar son: el colapso pulmonar o el taponamiento cardíaco
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, historia clínica
ANEXOS :	EQUIPOS: Coche de Curaciones, equipo de cirugía menor, equipo de drenaje, monitor cardiaco.. MATERIALES: Registros de Enfermería, historia clínica.

PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**ARMADO DE VENTILADOR MECANICO**	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Garantizar un correcto armado y asegurar que el paciente reciba una ventilación mecánica adecuada.		
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Armado de Ventilador mecánico.	Nº de Procedimientos Realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	El técnico de enfermería hace uso de mascarilla, gorro, mandilón, guantes estériles.
2	Verifica la operatividad y funcionamiento del ventilador, utilizando el circuito respiratorio de prueba.
3	Realiza la apertura del empaque que contiene los accesorios del ventilador. Arma las tubuladuras con las trampas de agua y conexiones en Y respiratorios. Coloca el filtro inspiratorio en el VM, asegurando que el filtro se encuentre en posición correcta. Coloca el diafragma en la salida espiratoria. Instala el sensor de flujo en la salida espiratoria verificar posición correcta. Coloca las tubuladoras inspiratorias y espiratorias.
4	Realiza prueba de fugas. Protege la conexión en Y con guante estéril hasta su uso. La enfermera verifica la operatividad y el adecuado funcionamiento del VM.

ENTRADA

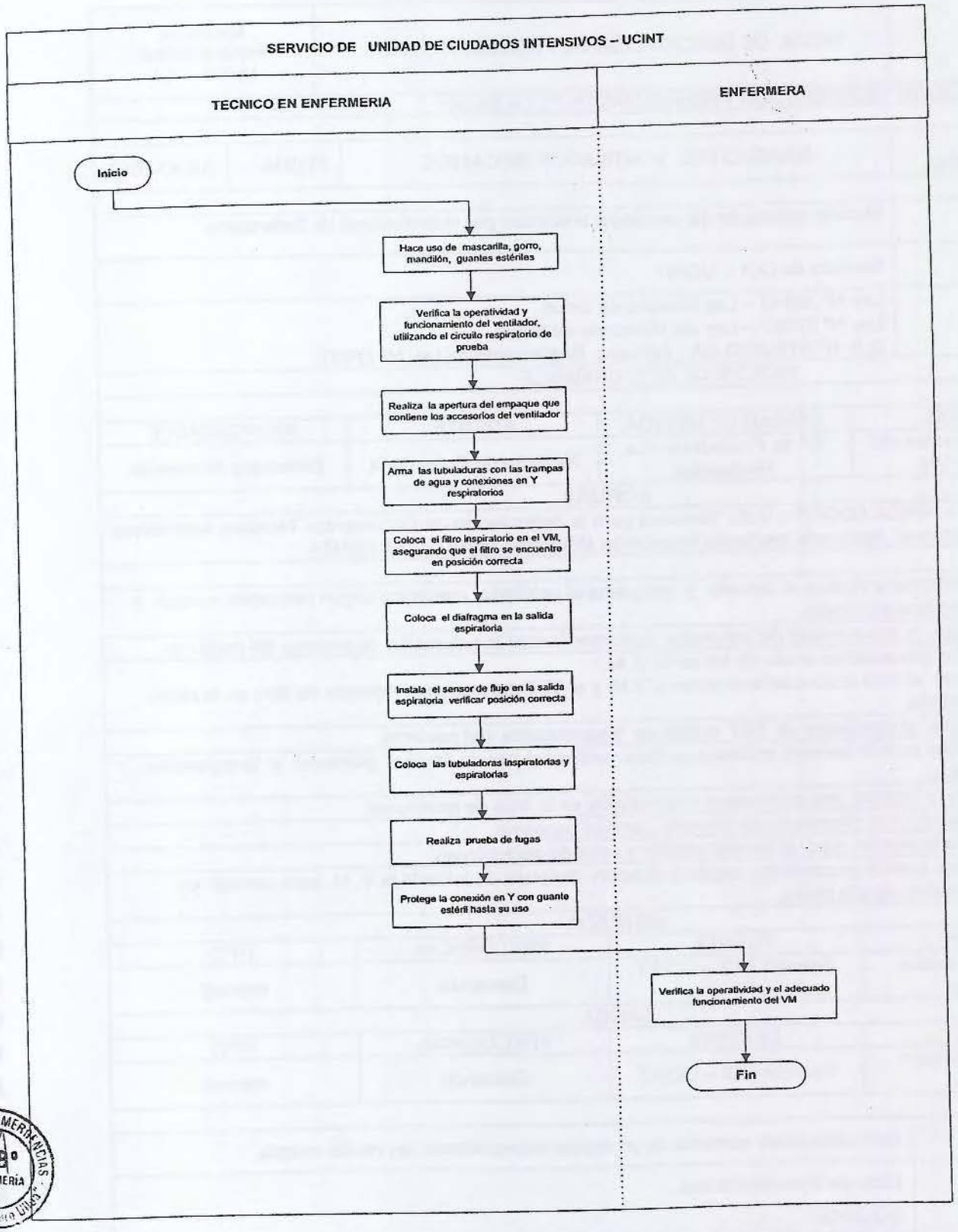
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Armado de Ventilador Mecánico.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Ventilador correctamente armado.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la instalación de los circuitos y accesorios del ventilador mecánico en forma correcta.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	1. Equipos: Corrugados estériles, Ventilador mecánico. 2. Material: Mandil, mascarilla, guantes y gorro.

PROCEDIMIENTO: ARMADO DE VENTILADOR MECANICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**MANEJO DEL VENTILADOR MECANICO**	FECHA :	JULIO-2012

PROPÓSITO :	Manejo adecuado del ventilador mecánico por el profesional de Enfermería.
ALCANCE :	Servicio de UCI - UCINT
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de procedimientos del manejo de VM	Nº de Procedimientos Realizados	Registro de Enfermería	Enfermera Asistencial.

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	La enfermera verifica el armado y programa el ventilador mecánico según indicación médica y prueba con el pulmón.
2	Verifica la operatividad del saturador, para monitorizar la saturación de oxigeno del paciente.
3	Control gasométrico antes de iniciar la V. M. Colocar el filtro antibacteriano entre el V.M. y el TET del paciente. Además de filtro en la rama espiratoria.
4	Conecta el ventilador al TET o tubo de traqueotomía del paciente.
5	Ausculta ambos campos pulmonares para verificar el pasaje de aire pulmonar y la expansión torácica.
6	Valora y registra los parámetros respiratorios en la hoja de monitoreo.
7	Esta alerta a la presencia de cianosis , bronco espasmo
8	Evalúa la presión pico, el llenado capilar y color de secreciones.
9	Realiza control gasométrico según indicación, después de iniciada la V. M. para corregir los parámetros ventila torios.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Manejo del Ventilador Mecánico	Servicio UCI – UCINT	Demanda	manual

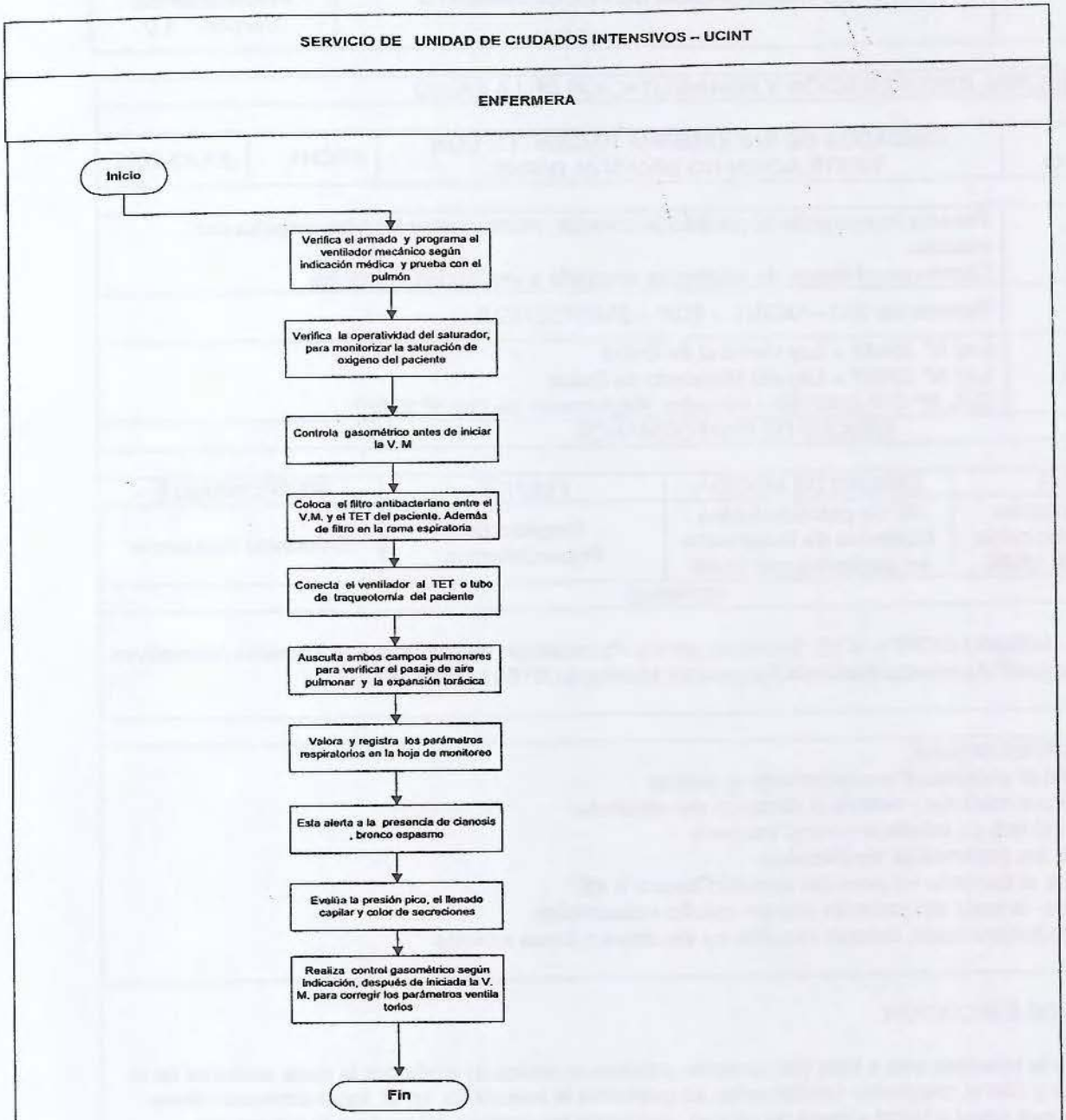
SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Manejo de Ventilador Mecánico	Servicio UCI – UCINT	Demanda	manual

DEFINICIONES :	Es la utilización correcta de un equipo especializado en ventilo terapia.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	EQUIPO: Ventilador Mecánico, Fuente de 02. Equipo de protección mandil, guantes y mascarilla.

	MATERIALES: Pulmón de prueba y accesorios del ventilador mecánico.

PROCEDIMIENTO: **MANEJO DE VENTILADOR MECANICO**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTES CON VENTILACION NO INVASIVA (VMNI)**	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Permite incrementar la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas. Disminuye el riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica.		
ALCANCE :	Servicio de UCI – UCINT - SOP - EMERGENCIA.		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	Registro de Procedimientos	Enfermera Asistencial

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	FASE PRELIMINAR: Informa al paciente el procedimiento a realizar Prepara el material y realiza el chequeo del ventilador Elige el tipo de interface para el paciente Ajusta los parámetros ventilatorios Coloca al paciente en posición decúbito supino a 45° Protege la nariz del paciente con un apósito hidrocoloide Hidrata las mucosas, colocar vaselina en los labios y fosas nasales
2	FASE DE EJECUCION: Coloca la interfase una a lado del paciente, primero se coloca el arnés por la parte posterior de la cabeza y con el respirador funcionando, se posiciona la mascarilla en el lugar correspondiente según sea nasal o facial y después se van ajustando las correas del arnés a la cabeza del paciente hasta que quede la mascarilla bien acoplada. Monitoriza las constantes vitales, saturación de oxigeno y EKG Controla signos y síntomas de dificultad respiratoria (cianosis distal, disminución del nivel de conciencia, como valores anormales de funciones vitales) Valora signos de distensión abdominal. Valora la presencia de molestias pectorales e intolerancia

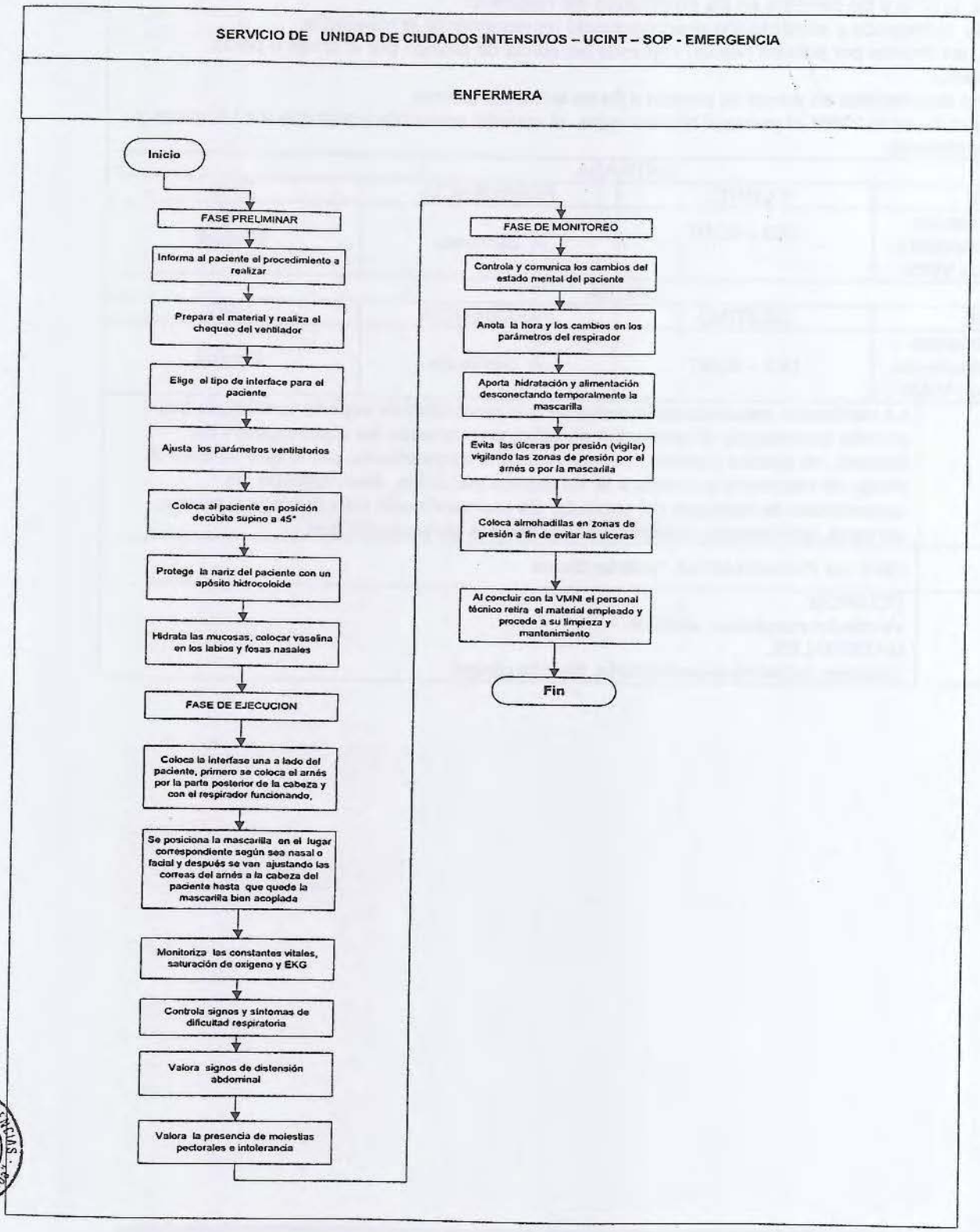
3	FASE DE MONITOREO Controla y comunicar los cambios del estado mental del paciente (inquietud, confusión y agitación). Anota la hora y los cambios en los parámetros del respirador Aporta hidratación y alimentación desconectando temporalmente la mascarilla Evita las úlceras por presión (vigilar) vigilando las zonas de presión por el arnés o por la mascarilla Coloca almohadillas en zonas de presión a fin de evitar las ulceras Al concluir con la VMNI el personal técnico retira el material empleado y procede a su limpieza y mantenimiento

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	UCI – ICINT	A demanda	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	UCI – ICINT	A demanda	Manual

DEFINICIONES :	La ventilación mecánica no invasiva es una modalidad de soporte ventilatorio que permite incrementar la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas, no precisa intubación endotraqueal ni traqueotomía, por lo que se evita el riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica, disminuyendo las necesidades de sedación del paciente. Es una ventilación más fisiológica, menos agresiva, permitiendo en algunas situaciones la alimentación oral.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, historia clínica
ANEXOS :	EQUIPOS: Ventilador mecánico, monitor. MATERIALES: Interface, registros de enfermería, historia clínica.

PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTES CON VENTILACION NO INVASIVA (VMNI)



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	LIMPIEZA DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Lograr la disminución de la biocarga de los circuitos respiratorios a niveles seguros para el operador antes de la desinfección.		
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Limpieza de los circuitos respiratorios.	Nº de Procedimientos realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	Preparación del Personal: El técnico de enfermería Utiliza mandilones impermeables, guantes, lentes de protección, mascarillas, gorro.
2	Realización del Pre Lavado: Sumerge los circuitos respiratorios y accesorios en detergente enzimático activado por espacio de 20 minutos. Retira el material sin manipularlo ni enjuagarlo.(Este detergente será descartado según normas).
3	Realización de Lavado: Sumerge el material en detergente enzimático por 20 minutos, asegurando que el material se encuentre totalmente sumergido Realiza la limpieza manual utilizando escobillas u otros accesorios. La limpieza del Filtro Inspiratorio se realiza con paño húmedo en solución enzimática. El Sensor de Flujo y válvula Espiratoria se sumergen en detergente enzimático en un recipiente aparte. Teniendo cuidado con no sumergir la Fibra Óptica.
4	Enjuague: Realiza el enjuague con abundante agua a chorro.
5	Secado del Material Deja escurrir al medio ambiente y si es posible utilizar fluido de aire comprimido. También se puede utilizar cámaras secadoras de corrugados con aire filtrado.

ENTRADA

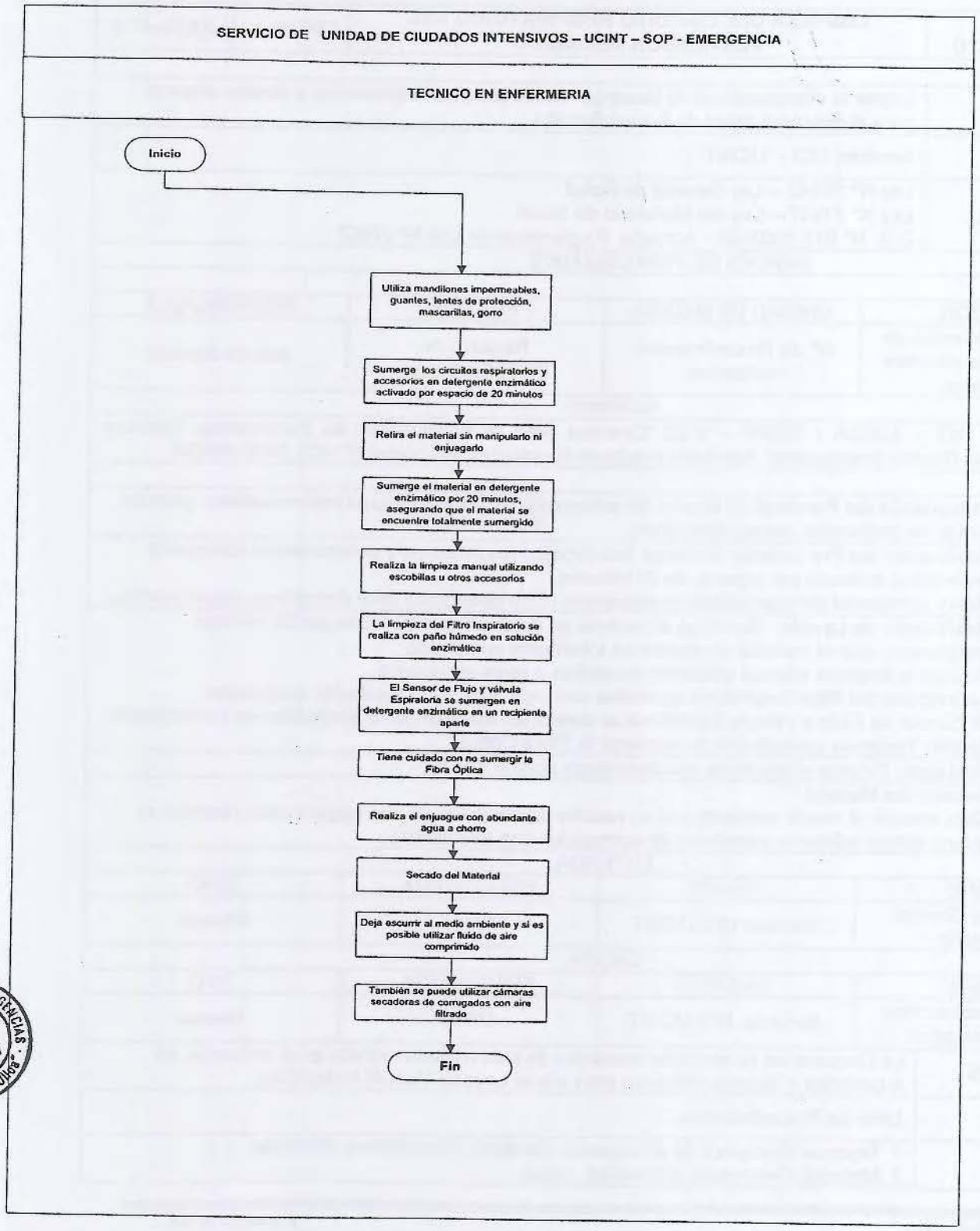
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Limpieza del Circuito Respiratorio.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Circuitos Respiratorios descontaminados	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	La Limpieza es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, en superficies y objetos utilizando para ello el Lavado Manual o Mecánico.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	1. Equipos: Secadora de corrugados, Lavatorio, Recipientes, Escobilla. 2. Material: Detergente enzimático, agua.

PROCEDIMIENTO: **LIMPIEZA DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO**



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**DESINFECCION ALTO NIVEL DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO**	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Lograr la eliminación de todo microorganismo bacteriano (incluyendo las esporas) a través de los diferentes métodos.		
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Desinfección de los circuitos respiratorios.	Nº de Procedimientos realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	Preparación del Personal.- El técnico de enfermería utiliza mandilones impermeables, guantes, lentes de protección, mascarillas, gorro.
2	Desinfección.- Sumerge por espacio de 1 hora los circuitos respiratorios en la solución de glutaraldehido al 2% el que se encuentra en un recipiente con tapa y bandeja perforada. El sensor de flujo y válvula espiratoria serán desinfectado en un recipiente aparte teniendo cuidado que no se moje la fibra óptica.
3	Enguaje.- Retira *el material esterilizado* y sumergirlo en un recipiente que contenga agua estéril por dos veces. Teniendo sumo cuidado para evitar una posible contaminación
4	Secado.- Usa gasas ò campos estériles los circuitos estarán colocados en campo estéril para su uso inmediato ó almacenado en un protector ó contenedor estéril.
5	Si el material va a ser esterilizado en oxido de etileno, después de su limpieza y secado: Procede al empaque correspondiente (en central de esterilización). Rotula el recipiente que contiene el glutaraldehido con fecha y nombre del personal responsable de la preparación de la solución.

ENTRADA

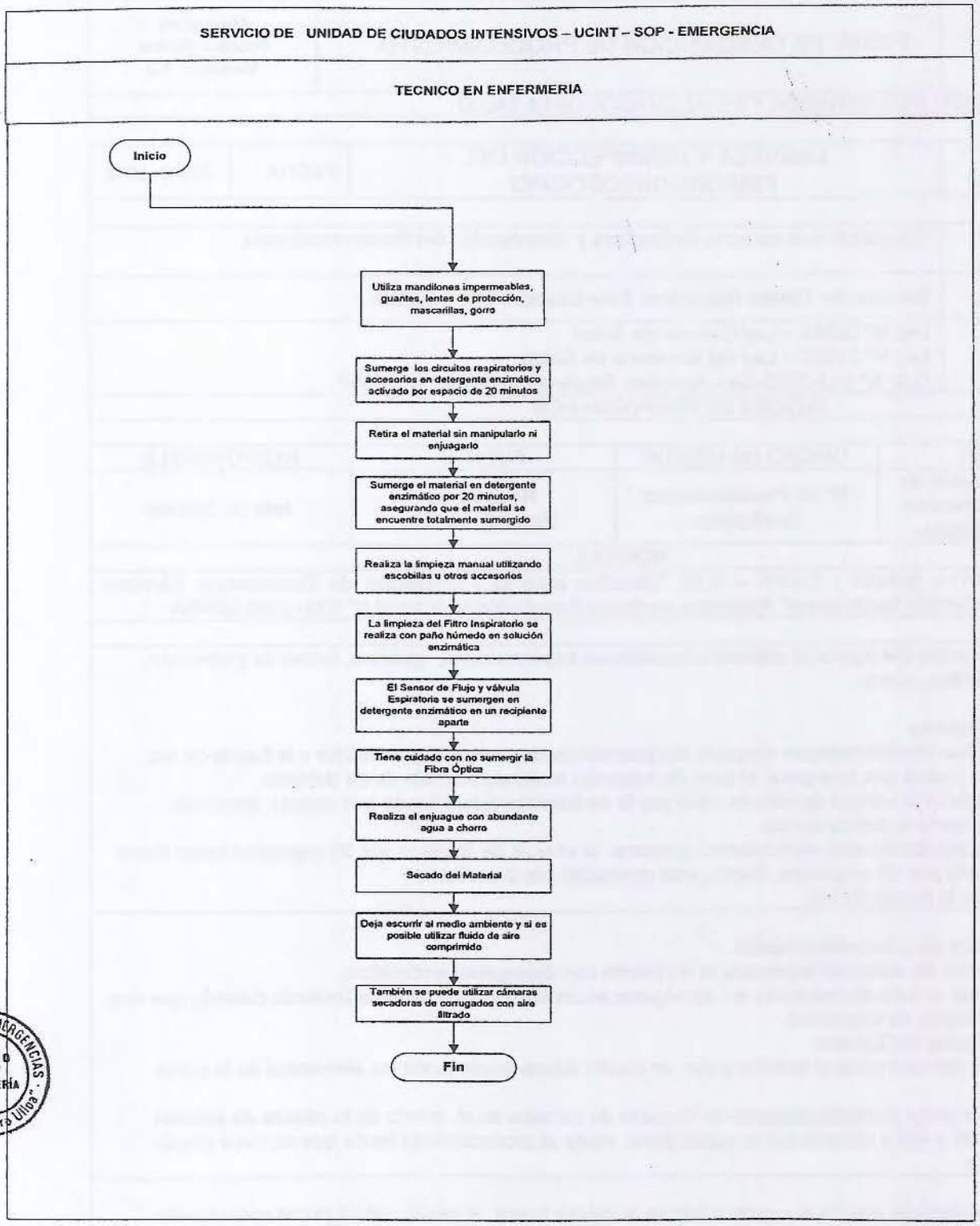
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Desinfección Alto Nivel de Circuito Respiratorio.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Circuitos Respiratorios con	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DAN			
DEFINICIONES :	La Esterilización es la eliminación o destrucción completa de todas las formas de vida microbiana, incluyendo las esporas.		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.		
ANEXOS :	1. Equipos: Secadora de circuitos o fuente de aire comprimido. Equipo de bioseguridad. 2. Material: 2 Contenedores con bandeja perforada, solución de Glutaraldehido al 2%, agua estéril.		

PROCEDIMIENTO: DESINFECCION DE ALTO NIVEL DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL FIBROBRONCOSCOPIO**	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Garantizar una correcta de limpieza y desinfección del fibrobroncoscopio.		
ALCANCE :	Servicio de Centro Quirúrgico, Esterilización, UCI y UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Limpieza y Desinfección del Fibrobroncoscopio	Nº de Procedimientos Realizados.	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	Preparación del Personal utilizando mandilones impermeables, guantes, lentes de protección, mascarillas, gorro. Pre Limpieza El médico inmediatamente después del procedimiento, apaga el procesador y la fuente de luz. Limpia y seca con una gasa el tubo de inserción teniendo cuidado de no doblarlo. Reemplaza la válvula de aire de agua por la de limpieza (identificada con tarjeta), encienda nuevamente la fuente de luz. Con la bomba de aire nivel máximo presiona la válvula de limpieza por 30 segundos luego libera la válvula por 10 segundos. Repita esta operación por 2 veces. Apague la fuente de luz.
2	Limpieza y/o Descontaminación. El técnico de enfermería prepara el recipiente con detergente enzimático. Sumerge el tubo de inserción en detergente enzimático por 20 minutos teniendo cuidado que esté con el tapón de seguridad. Realización del Lavado Limpia con una gasa el exterior y con un cepillo suave limpie todos los elementos de la punta distal. Luego inserta el cepillo especial de limpieza de canales en el puerto de la válvula de succión pasando a 45º y retirarlo por la punta distal, repita el procedimiento hasta que no haya ningún residuo.
	Posteriormente inserta el cepillo a 90º de la misma forma, el cepillo saldrá por el conector de succión simple y repita el procedimiento hasta que no haya ningún residuo. Enjuaga con agua clara, teniendo cuidado irrigar los canales mediante una jeringa de 20 cc. El cabezal del fibrobroncoscopio no sumergible lo limpia solo con detergente enzimático. Las pinzas de biopsia lo limpia con detergente enzimático y luego se desinfectan en autoclave.

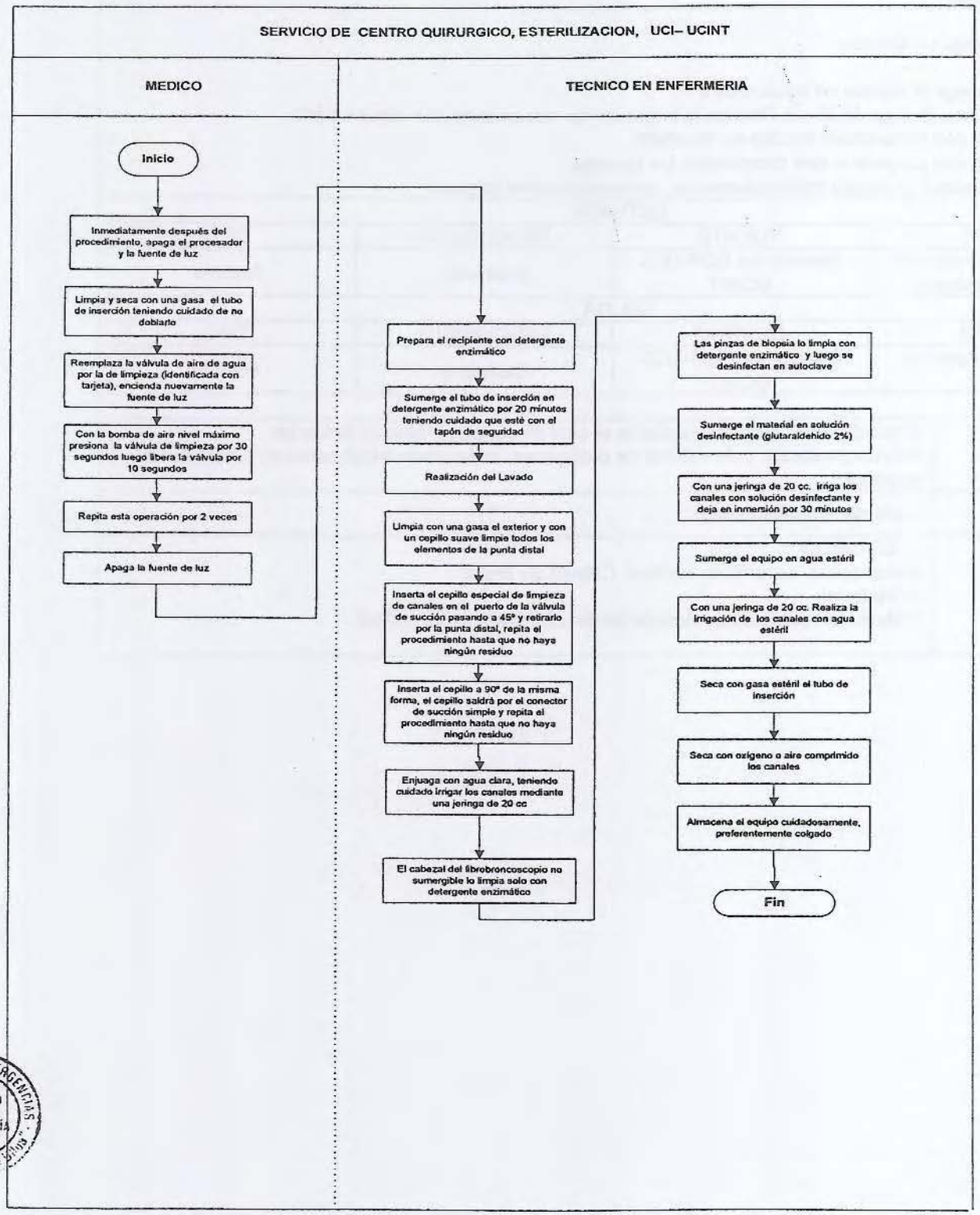
V°B° ENFERMERIA

4	Desinfección Alto Nivel Sumerge el material en solución desinfectante (glutaraldehido 2%). Con una jeringa de 20 cc. irriga los canales con solución desinfectante y deja en inmersión por 30 minutos.
5	Enjuague y Secado Sumerge el equipo en agua estéril. Con una jeringa de 20 cc. Realiza la irrigación de los canales con agua estéril. Seca con gasa estéril el tubo de inserción. Seca con oxígeno o aire comprimido los canales. Almacena el equipo cuidadosamente, preferentemente colgado.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Limpieza y Desinfección del Fibrobroncospio.	Servicio de SOP-UCI-UCINT	Demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Fibrobroncoscopio con DAN	Servicio de SOP-UCI-UCINT	Demanda	Manual

DEFINICIONES :	Procedimiento químico mediante el cual se consigue destruir todos los microorganismos potencialmente patógenos, incluyendo micobacterium tuberculosis y esporas.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	1. EQUIPOS Recipientes, escobillas, cepillos, Cubeta de Metal 2. Material Detergente enzimático, desinfectante alto nivel, agua estéril.

PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL FIBROBRONCOSCOPIO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión: 1.0

ɔceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

,OMBRE DEL ?OCEDIMIENTO	**MONITOREO DE PRESION INTRAABDOMINAL**	FECHA :	JULIO- 2012

ROPÓSITO :	Evitar alteraciones agudas en los órganos contenidos en la cavidad abdominal
' CANCE :	Servicios de UCI,UCINT
IARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
]º de tomas de Presión Intra abdominal	Nº de procedimientos realizados	Registro de procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

ectiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos ' Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603- 2006-MINSA

NICIO	
1	FASE PRELIMINAR Realiza el sondaje vesical con todas las medidas de asepsia, antisepsia. Coloca la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino. Lavado de manos
2	FASE DE EJECUCION Localiza el punto cero de la regla de medición, situada al nivel de la sínfisis del pubis Adapta a la sonda vesical una llave de tres vías; una rama de ésta se conecta al sistema de drenaje urinario y otra al sistema de medición de presión que puede ser hidráulico (varilla de PVC) o electrónico. Verifica que la vejiga se encuentre completamente evacuada se administra 1-2cc de solución salina fisiológica al 0,9%/Kg de peso, dejando cerrado la luz de salida de la sonda vesical. Verifica que si el transductor de presión es hidráulico (regla de medición de la PVC) deja pasar la solución salina fisiológica necesaria para que el tramo de la escala quede libre de burbujas de aire. Luego la sonda vesical se comunica con la escala de medición y el menisco de agua-orina comienza a descender hasta alcanzar el valor de la presión Intra abdominal. Registra el valor cuando observa una pequeña oscilación con la respiración Verifique Presionando bajo el vientre y observa un ascenso del menisco con aumento de los valores de dicha presión. El resultado de la presión Intra abdominal se recoge en cm de agua y se convierte en mm de Hg (1 mm Hg equivale a 1.36 H_2O).

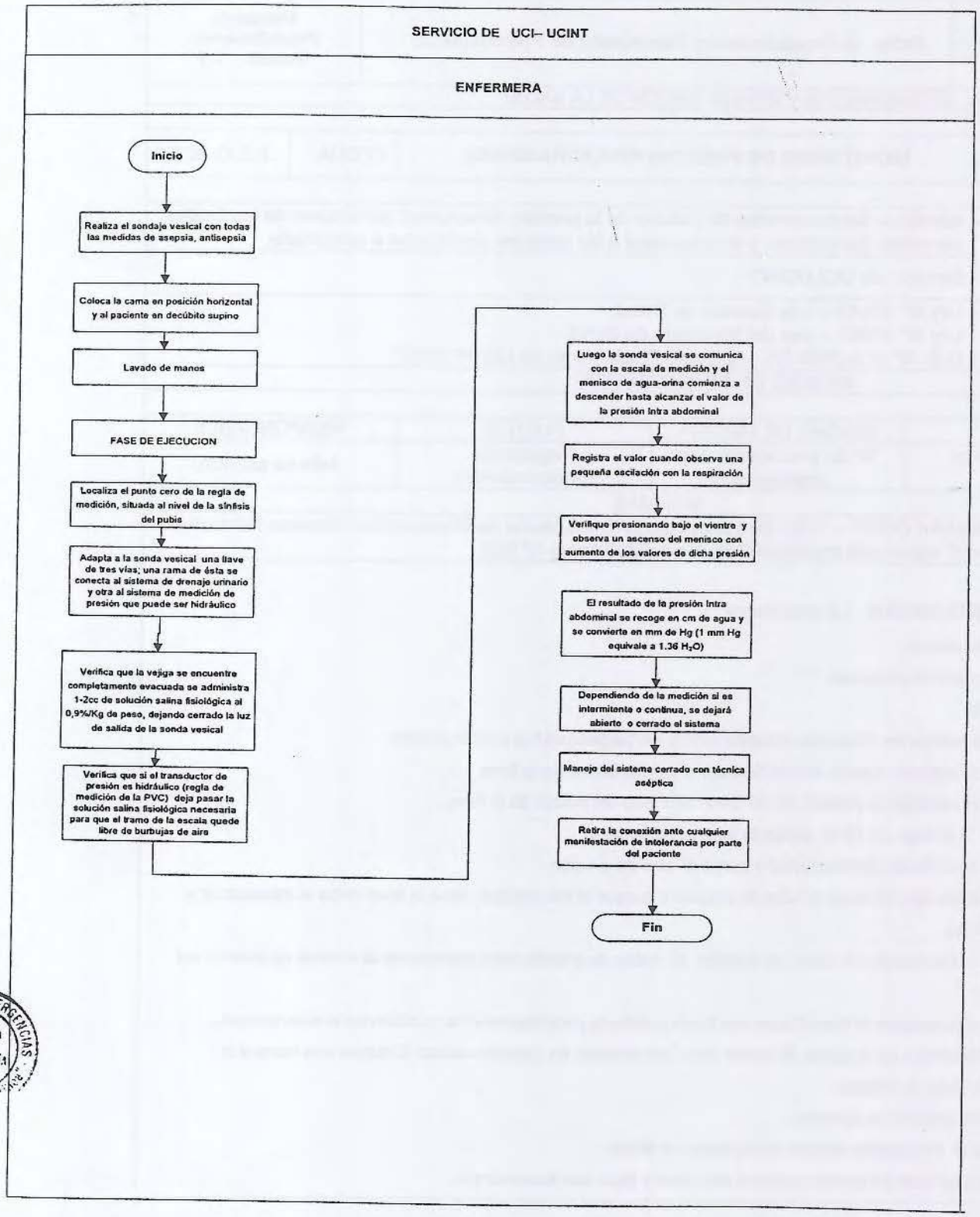
	Dependiendo de la medición si es intermitente o continua, se dejará abierto o cerrado el sistema. DESPUES Manejo del sistema cerrado con técnica aséptica Retira la conexión ante cualquier manifestación de intolerancia por parte del paciente (dolor alteraciones hemodinámicas).

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Monitoreo de presión Intra abdominal	Servicio de UCI,UCINT	A demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Presión Intra abdominal	Servicio de UCI,UCINT	A demanda	Manual

DEFINICIONES :	Es un procedimiento en la cual se registra la presión Intra abdominal resultado de la tensión presente dentro del espacio anatómico abdominal.
REGISTROS :	Libro de procedimientos
	EQUIPOS: Sonda vesical, adaptador universal, sistema y escala de medición hidráulica MATERIAL: Agua estéril bidestilada, suero salino fisiológico, jeringas, bolsa de orina, llave de tres vías, gasas guantes estériles, desinfectantes.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS CLINICAS
Vº Bº
ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO: MONITOREO DE PRESION INTRAABDOMINAL



	Ficha de Procedimientos Descripción de Procedimiento	Manual de Procedimientos Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	**MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA**	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Identificar las tendencias de cambio de la presión intracraneal por encima de los límites normales fisiológicos, y su respuesta a las medidas destinadas a controlarla.		
ALCANCE :	Servicio de UCI,UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley Nº 26842 – Ley General de Salud Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. Nº 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley Nº 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de tomas de presión intracraneana.	Nº de procedimientos realizados	Registro de procedimientos	Jefe de servicio

NORMAS

Directiva Nº 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 603

	FASE PRELIMINAR : La enfermera
1	Lavado de manos Prepara material necesario DURANTE Llena una jeringa de 10 ml con solución estéril no bacteriostática para inyección Conecta el extremo abierto del transductor al puerto lateral de la llave Conecta el sistema de presión de 30 cm al otro lado del puerto de la llave. Conecta la jeringa de 10 ml al puerto vertical de la llave. Cierra la llave hacia el transductor y purge el tubo de presión
2	Cierra la llave que va hacia el tubo de presión y purgue el transductor. Abra la llave hacia el transductor y hacia el tubo. Conecta el transductor al cable de presión. El cable de presión debe conectarse al modulo de presión del monitor. Fija con esparadrapo el transductor una toalla enrollada para mantener la posición en el nivel correcto. Eleva la cabecera de la cama. El cuello debe mantenerse en posición neutra. Coloque una barrera de protección bajo la cabeza. Registra la presión de apertura. Mantiene el transductor a nivel del foramen de Monro Cubre el lugar con un parche ocular o con gasa y fíjelo con esparadrapo.

DE EMERGENCIAS V°B° ENFERMERÍA Casimiro Ulloa

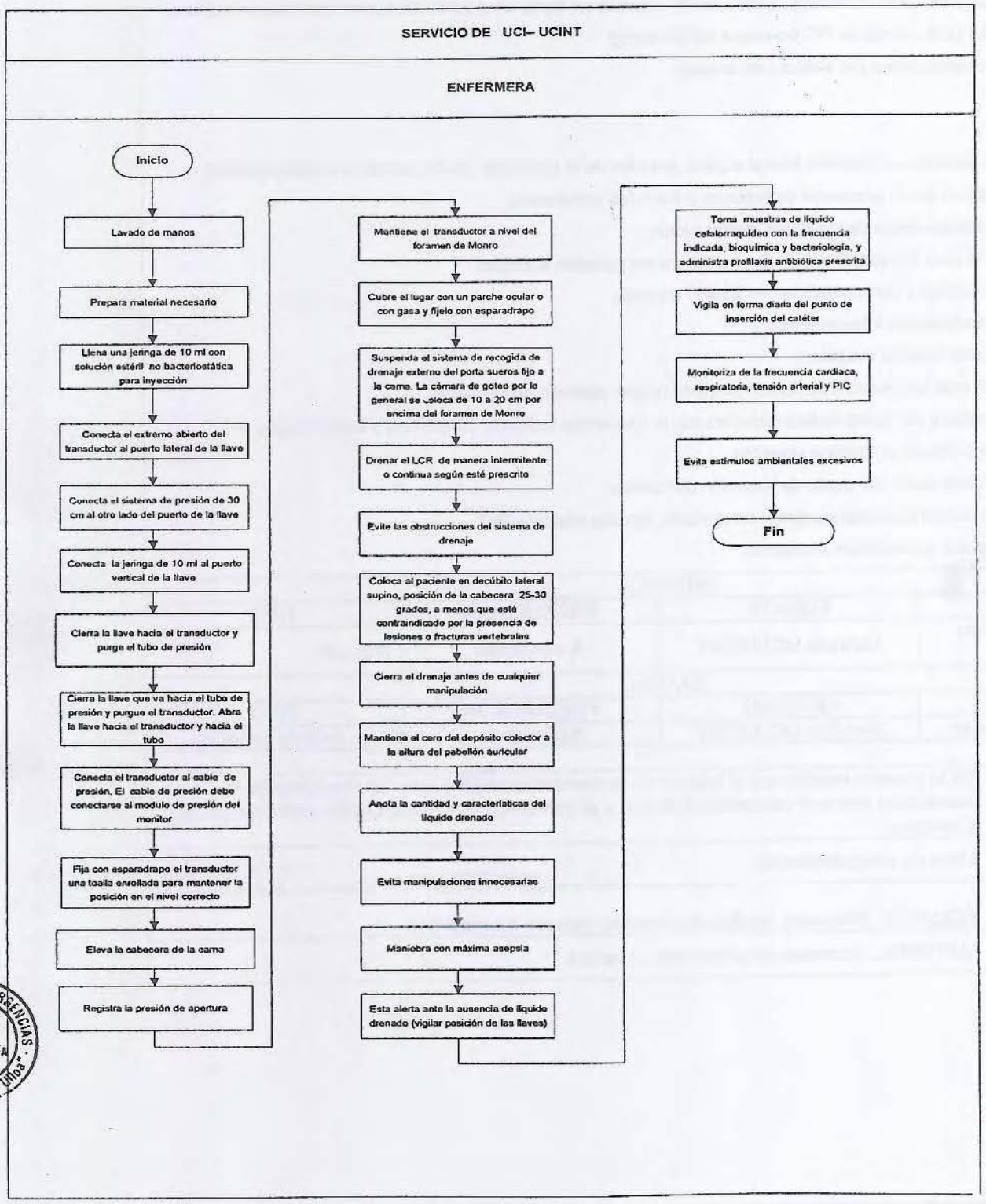
3	Suspenda el sistema de recogida de drenaje externo del porta sueros fijo a la cama. La cámara de goteo por lo general se coloca de 10 a 20 cm por encima del foramen de Monro. Drenar el LCR de manera intermitente o continua según esté prescrito. Con el drenaje intermitente el sistema se abre hacia el drenaje cuando la PIC alcanza un cierto nivel (el medico por lo general prescribe el drenaje del LCR cuando la PIC es mayor de 20mmHg). Evite las obstrucciones del sistema de drenaje DESPUES. Coloca al paciente en decúbito lateral supino, posición de la cabecera 25-30 grados, a menos que esté contraindicado por la presencia de lesiones o fracturas vertebrales. Cierra el drenaje antes de cualquier manipulación. Mantiene el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular. Anota la cantidad y características del líquido drenado. Evita manipulaciones innecesarias. Maniobra con máxima asepsia. Esta alerta ante la ausencia de líquido drenado (vigilar posición de las llaves). Toma muestras de líquido cefalorraquídeo con la frecuencia indicada, bioquímica y bacteriología, y administra profilaxis antibiótica prescrita. Vigila en forma diaria del punto de inserción del catéter. Monitoriza de la frecuencia cardiaca, respiratoria, tensión arterial y PIC. Evita estímulos ambientales excesivos.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Monitoreo de presión intracraneana	Servicio UCI,UCINT	A demanda	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Presión intracraneana	Servicio UCI,UCINT	A demanda	Jefe de servicio

FINICIONES :	Es la presión medida en el interior de la cavidad craneal y que es resultado de la interacción entre el contenido (cráneo) y el contenido (encéfalo, líquido cefalorraquídeo y sangre).
GISTROS :	Libro de procedimientos
EXOS :	EQUIPOS: Riñonera, equipo de drenaje, sistema de medición.
	MATERIAL: barreras de protección, guantes.

PROCEDIMIENTO: MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA



VºBº ENFERMERÍA