

*Donde a*

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 346 -2014-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 29 de mayo del 2014

**Visto;** la Nota Informativa N° 060-DENF-HVLH-2014 emitida por la Jefa del Departamento de Enfermería y la Nota Informativa N° 123-OEPE-HVLH-2014, emitido por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera.

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842 – Ley General de Salud, establece; que la protección de la salud es de interés público; por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, garantizando condiciones adecuadas de coberturas de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, de fecha 11 de Julio de 2011, se aprueban las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que tiene por objetivo establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de Descentralización;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, incisos d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", siendo entre ellas, las Guías Técnicas que pueden ser del campo administrativo o del campo asistencial, tal como lo señala en el numeral 6.1.3 Guía Técnica;

Que, mediante Nota Informativa N° 123-OEPE-HVLH-2014, emitido por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, indica que el Documento Técnico: "**Guías de Procedimientos Especiales Asistenciales de Enfermería**"; ha sido evaluado y está adecuado, conforme al numeral 6.1.4 de las Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobados con Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, por tanto deben ser aprobados mediante el correspondiente acto de administración;



Que, el "Manual de Guías de Procedimiento Especiales Asistenciales de Enfermería", es un Documento técnico normativo cuya finalidad es la de unificar criterios y sistematizar conceptos relacionados al cuidado del paciente con patología psiquiátrica y conductas de riesgo, aplicable en los diferentes servicios de hospitalización y emergencia, la cual integra las funciones del personal de enfermería, a fin de mejorar la calidad técnica y la calidez humana durante la atención al paciente en concordancia a las políticas institucionales.

Con el visto bueno de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Jefa del Departamento de Enfermería y con el visado de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Victor Larco Herrera"; y,

De conformidad con las atribuciones señaladas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

### SE RESUELVE

**Artículo 1°.-** Aprobar el Documento Técnico Normativo denominado "GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA" del Hospital Víctor Larco Herrera, que a veinticuatro (34) folios, forman parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.-** Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal de Internet del Hospital "Victor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"

Med. Cristina Eguiguren Li  
Directora General  
C.M.P. 17899 - R.N.E. 8270

CAEL/MYRV.

Distribución:

- Unidades Orgánicas del HVLH
- Interesados
- Archivo

# DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



## GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA

Mayo 2014

## INDICE

### PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES ESPECIALES

- Guía de Atención al paciente Suicida
- Guía de Atención con Agitación psicomotriz
- Guía de atención al paciente con cuadro ansioso
- Guía de atención al paciente con síndrome convulsivo
- Guía de atención al paciente con Tratamiento neuroléptico
- Guía de atención para la valoración inicial de enfermería
- Guía de Atención de RCP básico
- Guía de Atención en paciente con atragantamiento
- Guía de atención al paciente con terapia electro convulsiva



## INTRODUCCION

La Guía de Procedimientos de Cuidados especiales de Enfermería, es un documento técnico normativo cuya finalidad es la de unificar criterios y sistematizar conceptos relacionados al cuidado del paciente con patología psiquiátrica y conductas de riesgo, aplicable en los diferentes servicios de hospitalización y emergencia, integrando las funciones del personal de enfermería, como la de elevar la calidad técnica y la calidez humana durante la atención al paciente de acorde a la filosofía, Misión y políticas institucionales.

El Departamento de enfermería, es el ente encargado de proporcionar herramientas válidas que vayan de acorde con el avance de la ciencia y la innovación de los procedimientos en salud basada en evidencias, que permita optimizar el trabajo enfermero, como el de servir de guía durante el proceso de inducción al personal profesional y Técnico de enfermería que ingresan a la institución. Por tanto le corresponde el compromiso de actualizar periódicamente el manual de procedimientos asistenciales.

El Presente manual ha sido elaborado por el comité conformado por:

Mg. Teresa Vargas Palomino.

Enf. Esp. Carmen Colán Armas

### **Colaboradoras**

Enf. Esp. Luz Uscata Quispe.

Enf. Esp. Zita Cjahuá Huanachi.

Mg. Teresa Vilchez Tovar.

### **Revisión General**

Mg. Florencia Alendez Peralta



El presente manual tiene como objetivo:

- Homogenizar y controlar los procedimientos de enfermería.
- Facilitar la coordinación de actividades.
- Facilitar las labores de Auditoría.
- Ayudar a la inducción de personal.

## FINALIDAD

Aumentar la eficiencia de los enfermeros, con el fin de orientarlo sistemáticamente en el desempeño de sus acciones, aplicando los principios técnicos normativos vigentes.

## AMBITO DE APLICACIÓN

El manual alcanza a todos los servicios de hospitalización y emergencia.



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	001
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir para controlar riesgo suicida en los pacientes		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p>La persona que amenaza su vida ha de ser considerada, siempre y sin excepciones, como alguien que siente que tiene un serio problema, a quien hay que tratar del modo más adecuado y ayudar en la medida de lo posible.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-La enfermera inicia tratamiento farmacológico indicado en la historia clínica por el médico.</li> <li>2.- Evalúa el entorno, y el potencial riesgo suicida</li> <li>3.-Informa al personal Técnico sobre el riesgo y la intencionalidad, a fin de garantizar la vigilancia permanente.</li> <li>4.- Acción inmediata y continua que asegure la integridad física del sujeto a través de la retirada de objetos de riesgo auto líticos, y de la observación del paciente.</li> <li>5.- Registro en Kardex en la Historia clínica sobre la conducta del paciente.</li> <li>6.-Escucha activa cada 6 horas y con interés en el paciente, a la vez que facilita la libre expresión de emociones para detectar posibles ideas suicidas o la evolución de las mismas.</li> <li>7.- Reforzar las conductas adaptativas para resolver los problemas</li> <li>8.- Informa oportunamente cualquier hallazgo importante al médico de turno y registrar en la Historia clínica dichos hallazgos.</li> </ol>			

**9.- Realizarse siempre las interrogantes:**

- a) ¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder confiar en que no realizara intentos suicidas?;
- b) ¿Existe riesgo inmediato de suicidio?
- c) ¿Se deben seguir tomando medidas de vigilancia del paciente?
- d) ¿Se requiere la reevaluación médica?

**PRECAUCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CONDUCTA SUICIDA**

- Observar y entrevistar todos los días al paciente a fin de identificar cualquier conducta de riesgo
- No desestimar el riesgo a pesar que el paciente muestre conducta manipuladora.
- Mostrar calma y seguridad ante el paciente.
- No tratarlo de convencer de lo inadecuado de su conducta.
- Evitar comentarios reprobatorios o moralizadores.
- Manejar, si la situación lo permite el humor.
- Atender cualquier expresión de la paciente, así mismo sus gestos, su expresión, tono de voz.
- Permanecer cerca al paciente.

Integrarlo a actividades sin forzarlo. Puede ser contraproducente. A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. Verificar que estos sean retirados.

No debe haber medicamentos al alcance del paciente

**CONDICIONES LEGALES**

La contención farmacológica y contención física debe estar debidamente registrada en la Historia clínica por indicación médica.

**ENTRADAS** Paciente con ideación suicida

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención Departamento de enfermería	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.

**SALIDAS** Paciente estable sin riesgo

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Guía de Atención al Paciente con conducta suicida	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.

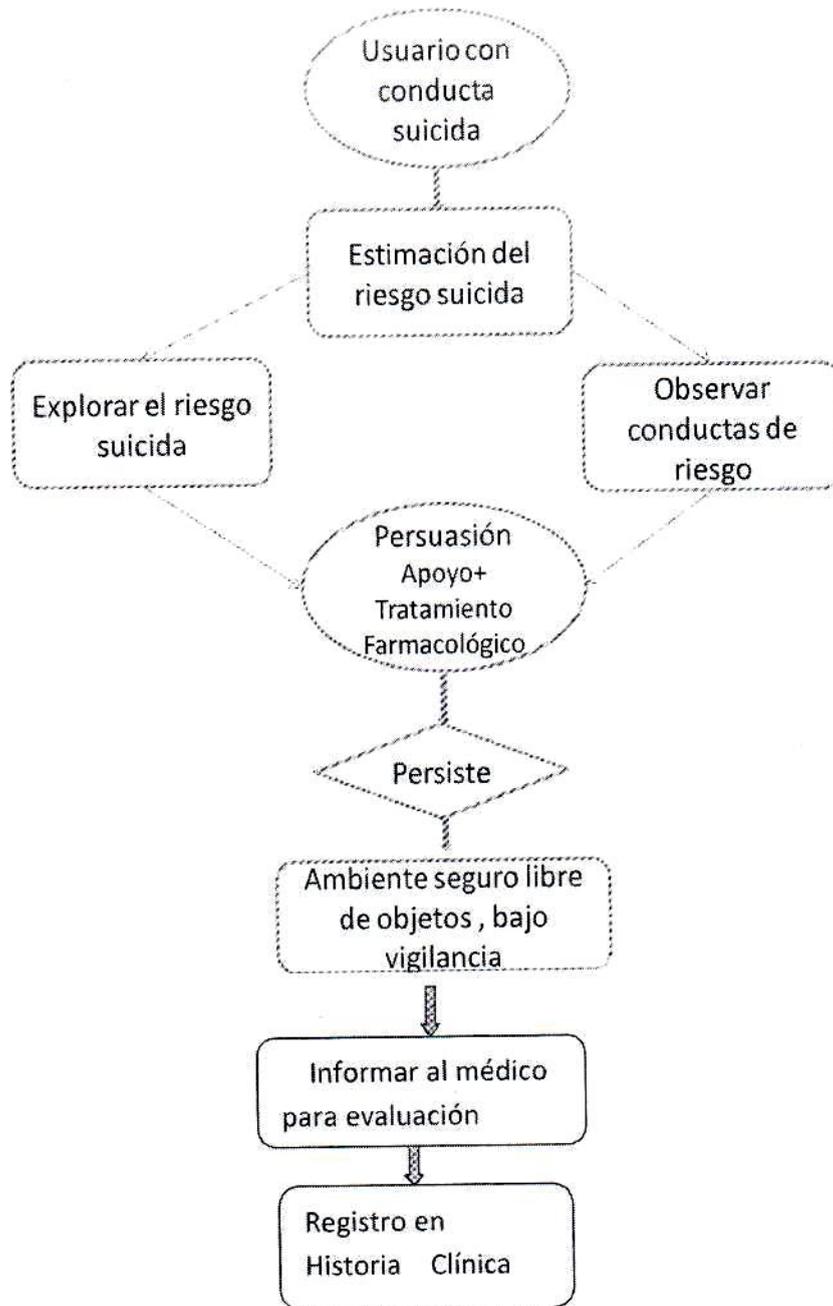
**DEFINICIONES** : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo de la del paciente con comportamiento suicida. El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

**REGISTROS** : Formato de la Guía de Atención

**ANEXOS** : ALGORITMO

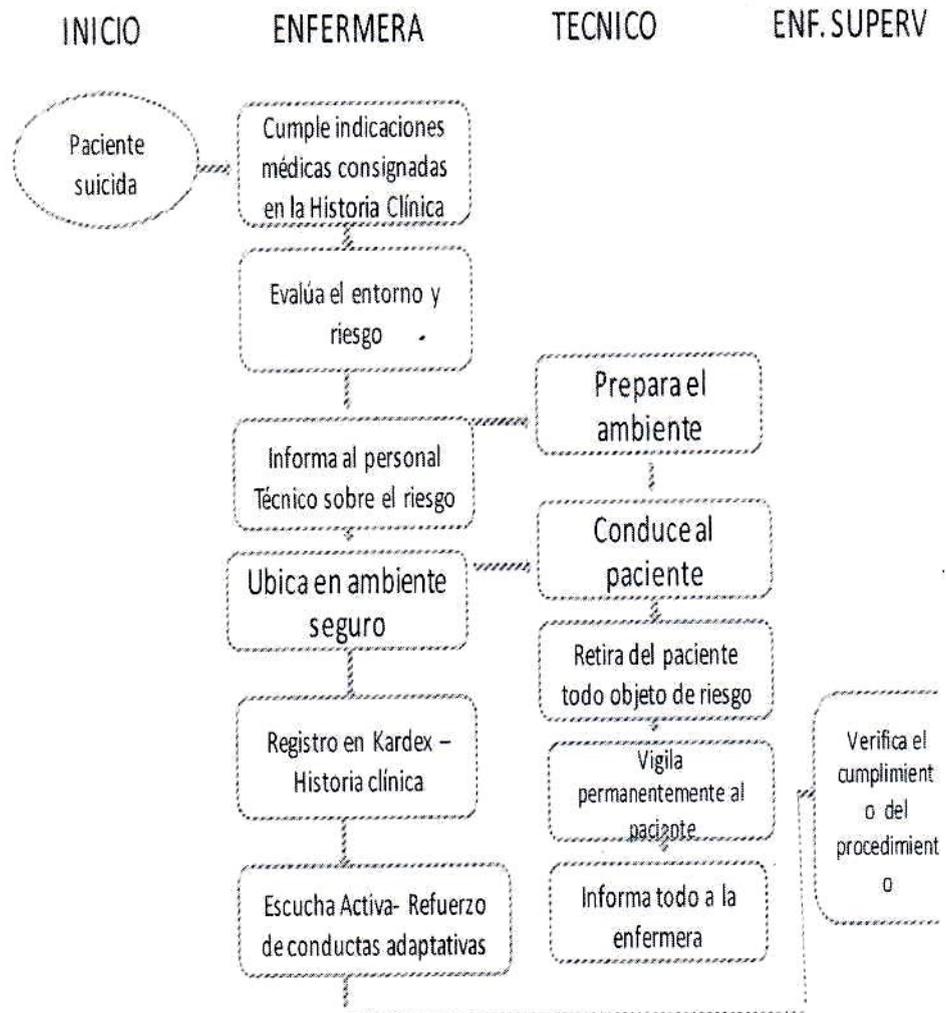


*[Handwritten signature]*



Handwritten signature or initials.

## FLUJOGRAMA DE PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	002
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir para controlar episodios de violencia inmanejable, minimizar los riesgos de autolesionarse, garantizar la seguridad del paciente, y del personal que lo rodea, evitar mayor deterioro de las instalaciones		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p><b>Quando el paciente presenta Agitación psicomotriz inmediatamente debe acercarse al paciente la enfermera y el personal técnico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inmediatamente se debe informar del suceso al médico del servicio y/o médico de guardia, Según el horario de ocurrencia de la agitación psicomotriz.</li> <li>2. En caso de no estar el médico de servicio informar al médico de guardia.</li> <li>3. La enfermera inicia la contención emocional a través de la persuasión, el personal técnico permanece alerta y cerca del paciente.</li> <li>4. La enfermera establece en el momento contacto con el paciente.</li> <li>5. Se Identifica con el paciente, aún sea conocido</li> <li>6. Persistir en usar métodos de persuasión.</li> </ol> <p><b>Contención emocional</b>  Mantener distancia prudente. – Lenguaje verbal y no verbal de serenidad y seguridad.</p>			



Usar tono y actitud firme pero amable, el paciente no debe sentirse amenazado, permitirle que hable ser empático, primero escuchar, tranquilizar, persuadir y estimular la confianza del Paciente, evitar responder a provocaciones, no confrontarlo, no mostrar enojos.

7. Mientras va hablando con el paciente se la va conduciendo a un lugar seguro, el personal técnico permanece cerca al paciente en actitud tranquila pero firme.  
En caso de no ceder a la contención emocional se inicia con la Contención farmacológica según indicación médica.
8. El médico indicará el fármaco - En caso de no estar el médico revisa en la Historia Clínica las indicaciones médicas.
9. La enfermera prepara el fármaco indicado.
10. Establece contacto con el paciente y utiliza técnicas de persuasión.
11. El personal técnico apoya en las técnicas de persuasión y permanece al lado del paciente
12. En la medida que la conciencia del paciente lo permita se le debe informar sobre el Procedimiento.

**Si no responde seguir guía de contención mecánica.**

**CONDICIONES LEGALES**

No usar contención farmacológica si no está registrada en la Historia clínica.  
Toda indicación médica, debe ser debidamente registrada en la historia clínica.

**ENTRADAS** Paciente con agitación psicomotriz

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención Departamento de enfermería	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.

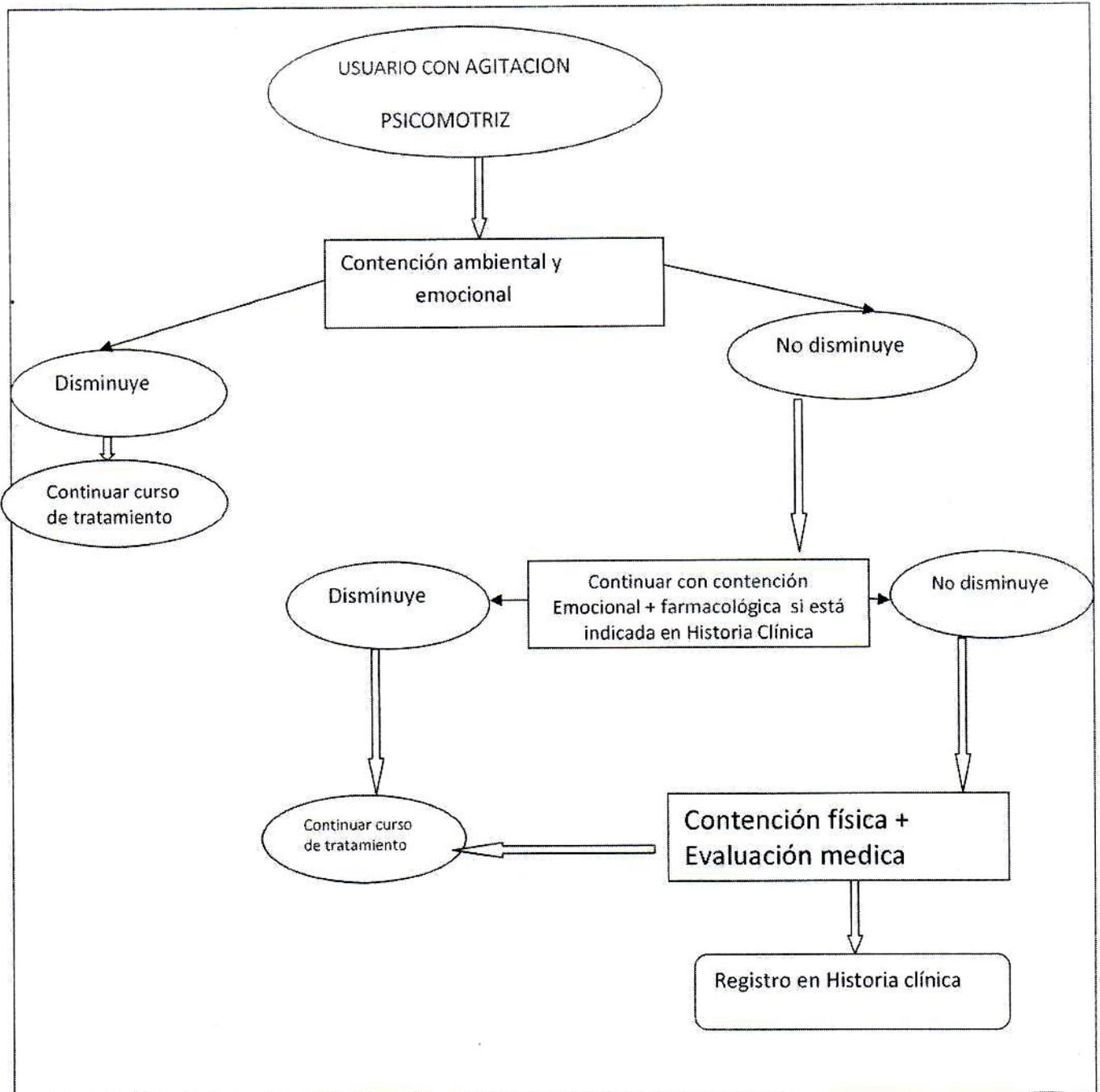
**SALIDAS** Paciente tranquilo y seguro

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Guía de Atención al Paciente con Agitación psicomotriz	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.

**DEFINICIONES** : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo de la agitación psicomotriz la cual se define como un estado de marcada excitación mental acompañado de un aumento inadecuado de la actividad motora<sup>1</sup>, en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. Representan un grave problema para el propio paciente (autoagresión), para los familiares, personal sanitario y el entorno en general, tanto personas (heteroagresión) como bienes.

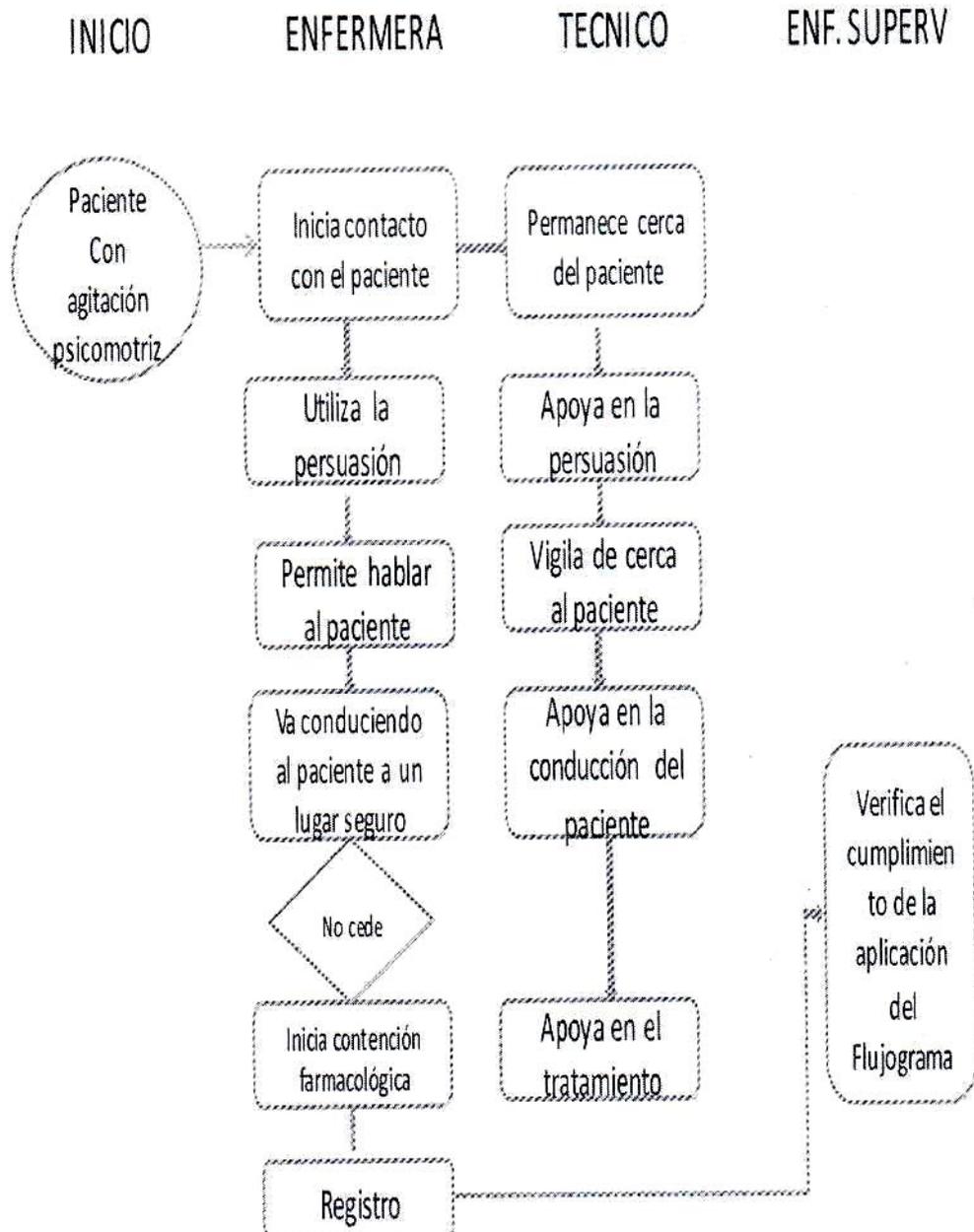
**REGISTROS** : Formato de la guía de Atención

**ANEXOS ALGORITMO**



*[Handwritten signature]*

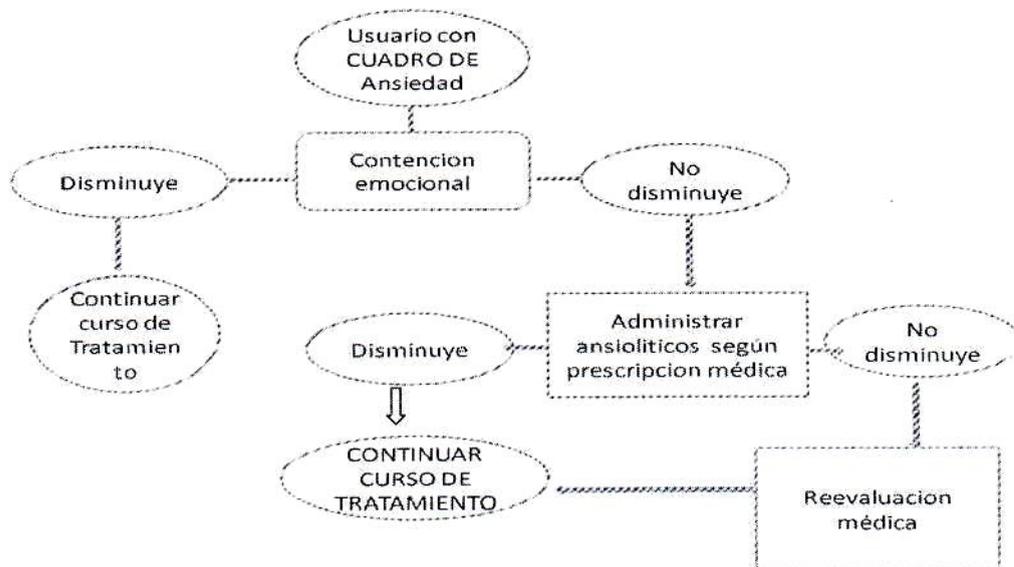
## FLUJOGRAMA DE PACIENTE CON AGITACION PSICOMOTRIZ



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CUADRO ANSIOSO</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	003
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir para controlar y revertir episodios de ansiedad en los pacientes		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p>Quando el paciente presenta Ansiedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Se debe informar del suceso al médico del servicio/ o médico de guardia.</li> <li>2.-En caso de no encontrarse el médico, la enfermera a través de la entrevista valora la causa generadora de ansiedad en el paciente (ansiedad leve). <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identifica signos y síntomas cognitivos-motor- vegetativo-conductual.</li> <li>-Estado de conciencia- aumento o disminución de P/A, actitud.</li> </ul> </li> <li>3.-Identifica su capacidad de afronte y adaptativa frente a la situación.</li> <li>4.- En caso de ansiedad moderada o severa, realiza intervención de contención emocional: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Escucha activa</li> <li>-Ubicarlo en un lugar seguro</li> </ul> </li> </ol> <p>Si continúa la ansiedad</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.- Administrar tratamiento indicado por el médico.</li> <li>6.- Registro en Kardex e Historia clínica sobre la conducta y evolución del paciente</li> <li>7.-Compañía y vigilancia cercana</li> <li>8.- Si continua la Ansiedad ,Hacer reevaluar por el médico de guardia</li> </ol>			

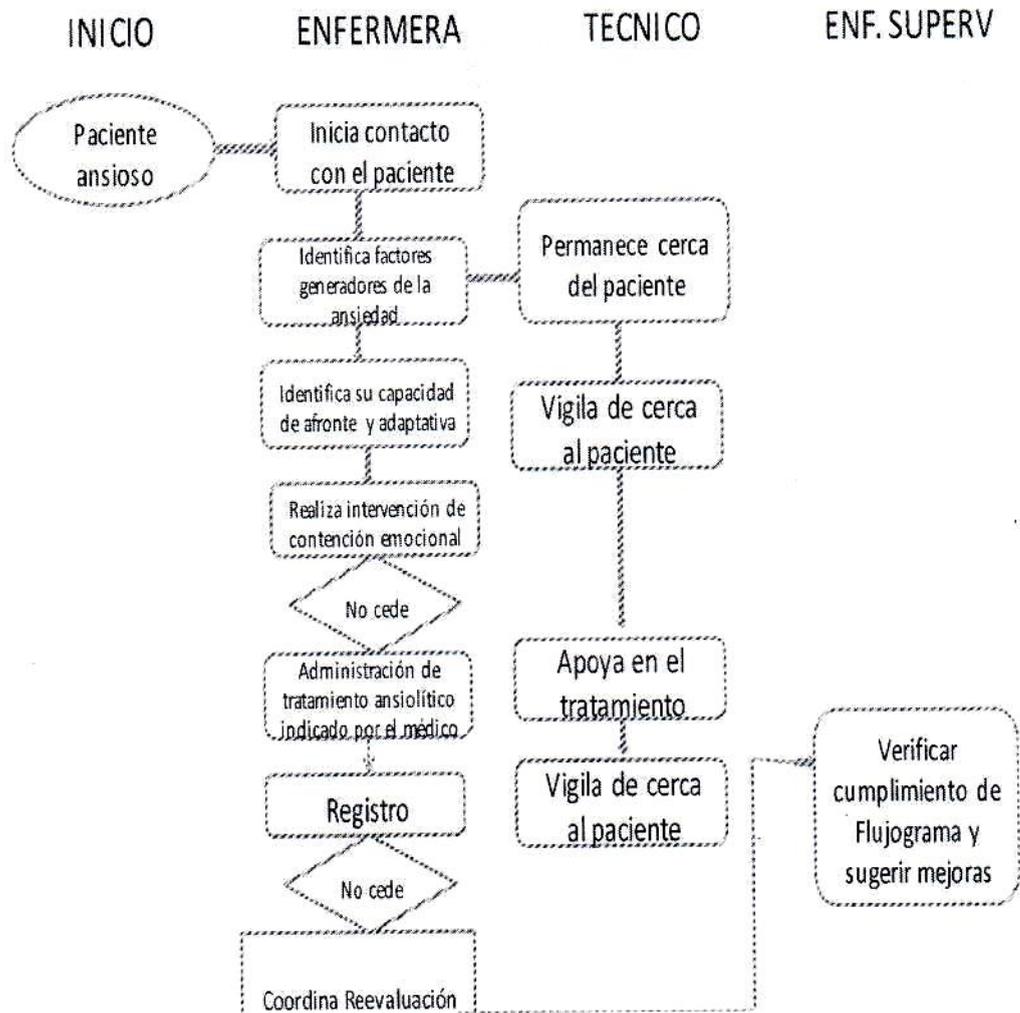
<b>CONDICIONES LEGALES</b>			
Toda indicación médica, debe ser debidamente registrada en la historia clínica.			
<b>CONSIDERACIONES ESPECIFICAS</b>			
Trato empático- comprensivo			
Animarlo a que verbalice lo que siente			
No minimizar los síntomas, escuchar al paciente			
<b>ENTRADAS</b> : Paciente con cuadro de ansiedad			
<b>NOMBRE</b>	<b>FUENTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>TIPO</b>
Elaboración de Guía de Atención Departamento de enfermería	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.
<b>SALIDAS:</b> Paciente tranquilo			
<b>NOMBRE</b>	<b>DESTINO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
Guía de Atención al Paciente con Ansiedad	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.
<b>DEFINICIONES</b> : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo y control de la ansiedad de los pacientes con diversa patología psiquiátrica			
<b>REGISTROS</b> : Formato de la guía de Atención			

**Anexos Algoritmo**



*[Handwritten signature]*

## FLUJOGRAMA DE PACIENTE CUADRO DE ANSIEDAD



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	004
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir para evitar complicaciones derivadas del síndrome convulsivo		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p>1.-Se debe informar inmediatamente del suceso al médico clínico y/o psiquiatra.</p> <p>2.-En caso de no estar el médico ver indicaciones en la Historia clínica</p> <p>Si la crisis es parcial ( Focal )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Control de funciones vitales</li> <li>Observar nivel de conciencia.</li> <li>Observar signos motores</li> <li>Verificar que área el cuerpo es la afectada</li> <li>Verificar si hay ausencias con o sin movimientos repetitivos,</li> <li>Giro forzado de los ojos.</li> <li>Nauseas, mareos, Sudoración, Pupilas dilatadas.</li> <li>Confusión</li> <li>En caso de tener sensación de desmayo o pérdida de la conciencia ( crisis Compleja )</li> <li>La enfermera debe recostar a la paciente para evitar caídas y complicaciones</li> <li>El personal técnico debe permanecer al lado del paciente</li> <li>Registrar en historia clínica episodio en la paciente, características, duración</li> </ol> <p>Si la crisis es Convulsiva Tónico clónica</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se debe informar inmediatamente del suceso al médico clínico y/o psiquiatra.</li> <li>En caso de no estar el médico, informar al médico de guardia.</li> <li>La Enfermera observa el nivel de conciencia.</li> </ol>			



4. Observa signos motores.
5. Verifica que área del cuerpo es la afectada.
6. Giro forzado de los ojos.
7. Náuseas, mareos, sudoración, pupilas dilatadas, confusión.
- En caso de presentar el paciente sensación de desmayo o pérdida de la conciencia**
- 8.- La enfermera verifica que el paciente este colocado en decúbito dorsal en un lugar plano
  - Indica al técnico de enfermería alcanzar protectores bucales,
  - Permanecer al lado del paciente realizando rápidamente :
    - Soltar prendas ajustadas, retirar prótesis (de haberlas), proteger zona clavicular.  
(Recomendar firmeza mas no fuerza extrema para evitar fracturas.
    - Se indica al personal técnico dejar extremidades libres durante el tiempo que duren las convulsiones
- 9.-La enfermera Permeabiliza vías aéreas (Hiperextender la cabeza hacia atrás y elevar el mentón manteniéndolo en posición decúbito lateral.
- 10.-Colocar protector bucal.
- 11.-La enfermera Administra según indicación médica el tratamiento parenteral en forma lenta, observando reacción y signos de riesgo en el paciente.
- 12.- Al término de la convulsión la enfermera y el técnico colocan al paciente en decúbito lateral, para favorecer drenaje de secreciones.
- 13.-El técnico de enfermería permanecerá al lado del paciente hasta que recupere conciencia total, para prevenir caídas.
- 14.-La enfermera registra características, duración del episodio, y respuesta al tratamiento.
- 15.-Si existe signos de complicaciones ( cianosis, paro respiratorio ) o persisten convulsiones:
- 16.-Permeabilizar vía parenteral y transferirlo a servicio especializado UCE, previa indicación médica en la historia clínica.

**CONDICIONES LEGALES**

Toda indicación médica, debe ser debidamente registrada en la historia clínica.  
Comunicar inmediatamente al médico de guardia

**ENTRADAS: Paciente con Síndrome convulsivo**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.
Departamento de enfermería			

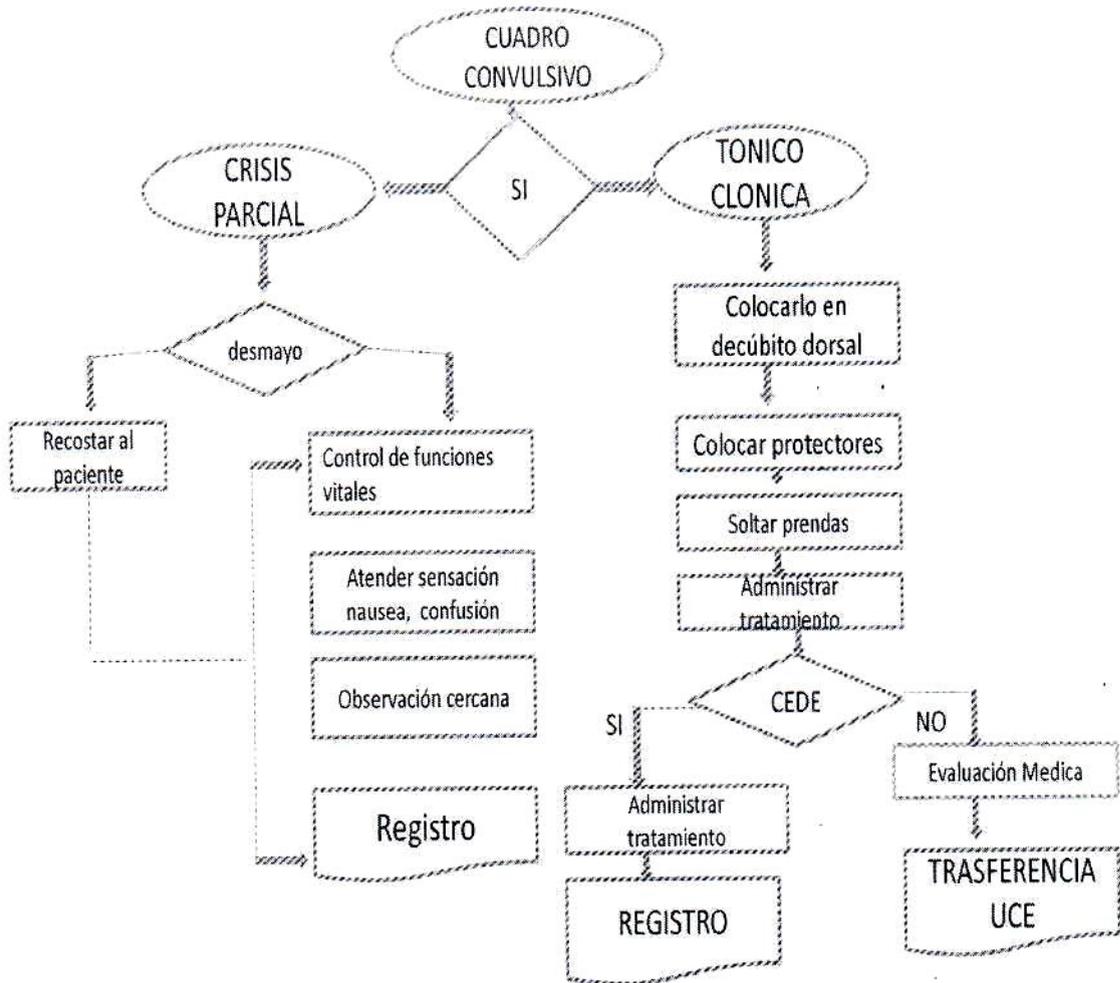
**SALIDAS Paciente estabilizado**

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	
Guía de Atención al Paciente con síndrome convulsivo	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.

**DEFINICIONES** : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo y prevención de las complicaciones derivadas de un síndrome convulsivo

**REGISTROS** : Formato de la guía de Atención





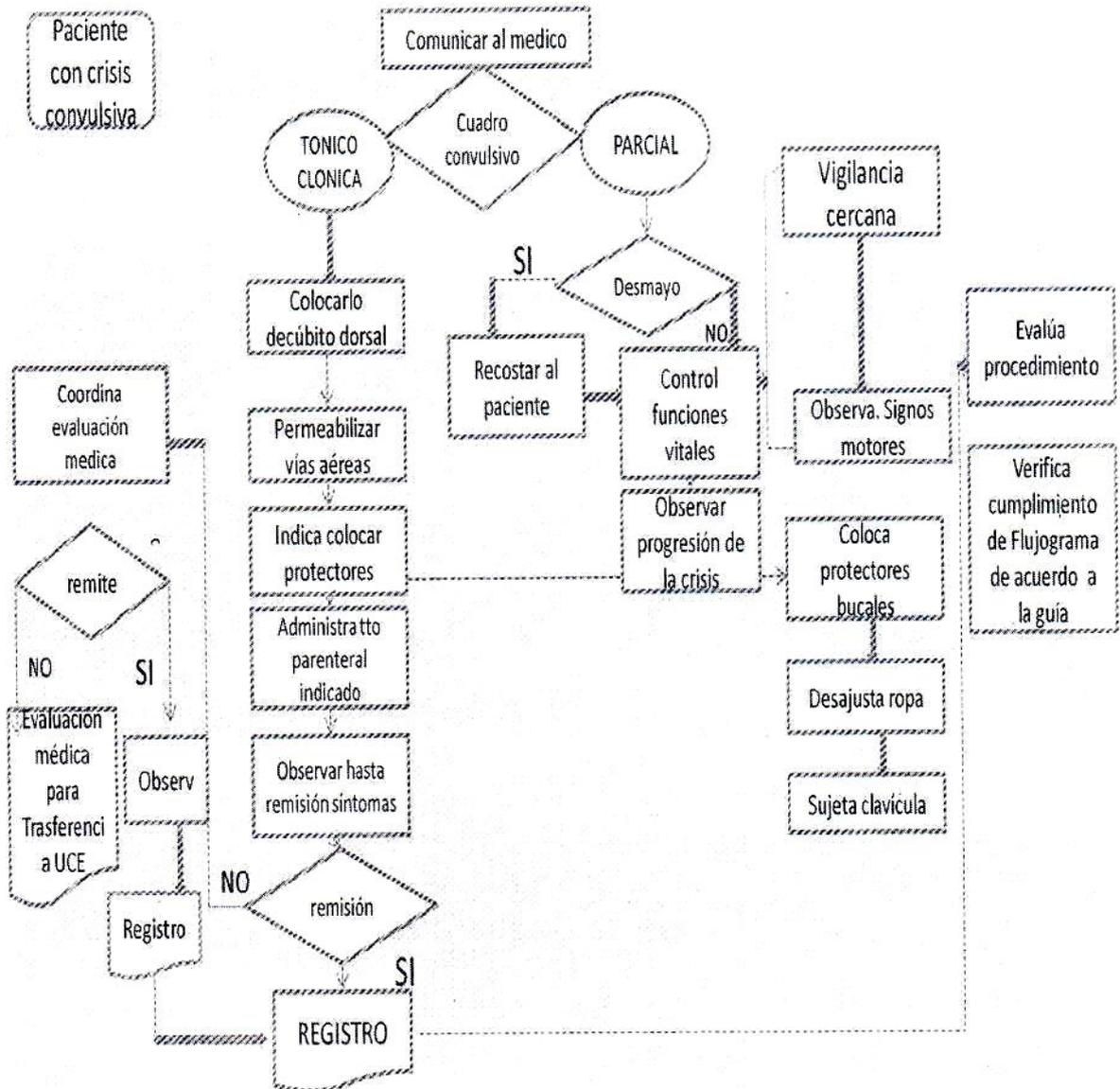
## FLUJOGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE CON SINDROME CONVULSIVO

INICIO

ENFERMERA

TECNICO

SUPERVISORA



*[Handwritten signature]*

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	005
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir durante el proceso de tratamiento con neurolépticos al paciente.		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
La Enfermera debe:			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar diariamente en el Kardex las indicaciones médicas.</li> <li>2. Preparación y administración de medicamentos.</li> <li>3. No entregar al paciente la pastilla, y dejarlo q lo tome solo. Observar que la tome. (asegurar que no lo esconda).</li> <li>4. Hablar con el paciente mientras se le administra el tratamiento para que sienta el acto terapéutico.</li> <li>5. Preguntar sobre signos de constipación.</li> <li>6. Verificar signos extra piramidales (Temblores finos, Contractura de cuello, Oculogiros, Protrusión de lengua, Caminar robótico, Sialorrea, Akaticia)</li> <li>7. Verificar signos de constipación.</li> <li>8. Verificar que el paciente ingiera líquidos.</li> <li>9. Verificar dieta en los pacientes.</li> <li>10. El técnico de enfermería anota las evacuaciones del paciente y lo informa diariamente a la Enfermera de turno.</li> <li>11. El técnico de enfermería proporcionará líquidos al paciente en los turnos de mañana, tarde y noche.</li> </ol>			

12. La enfermera realiza el Registro diario en historia clínica, de actitud del paciente frente al tratamiento, de algún signo secundario o colateral presentado por la ingesta de los mismos. En caso de presentar algún signo descrito en el ítem 6-7

- Comunicar a médico tratante
- Solicitar oportunamente evaluación con médico clínico.
- Administrar tratamiento indicado.

13. El técnico de enfermería proporcionará líquidos al paciente en los turnos de mañana, tarde y noche

14. La enfermera realiza el Registro diario en historia clínica, de actitud del paciente frente al tratamiento, de algún signo secundario o colateral presentado por la ingesta de los mismos. En caso de presentar algún signo descrito en el ítem 6-7

- Comunicar a médico tratante
- Solicitar oportunamente evaluación con médico clínico.

Administrar tratamiento indicado

#### CONDICIONES LEGALES

Toda indicación médica, debe ser debidamente registrada en la historia clínica.

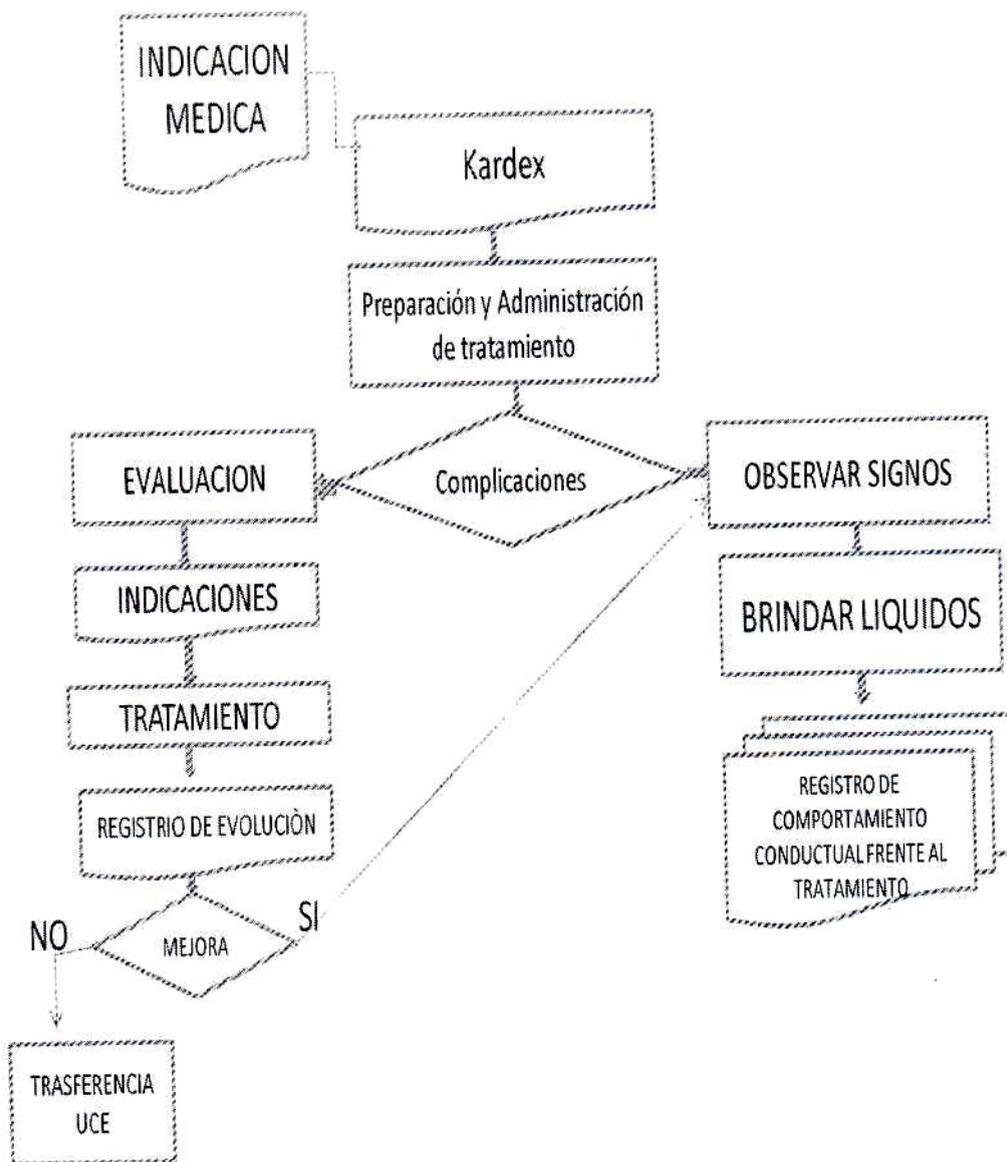
Consideraciones específicas

1. Trato empático- comprensivo
2. Cada paciente debe tener su vaso
3. No se debe dar la medicina oral, mediante la formación de cola a los pacientes.
4. Este debe ser administrado en los horarios indicados por el médico en la historia clínica.

En caso de no haber evacuado dos días el paciente debe ser reportado inmediatamente a su médico tratante y evaluado por médico clínico

ENTRADAS			
Paciente con tratamiento neuroléptico			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.
Departamento de enfermería			
SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	
Guía de Atención al Paciente con Tratamiento Neuroléptico	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.
<b>DEFINICIONES</b> : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo y control de los pacientes durante el proceso de tratamiento neuroléptico afin de evitar complicaciones			
<b>REGISTROS</b> : Formato de la guía de Atención			

**ANEXOS : FLUJOGRAMA**



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE LA VALORACION INICIAL DEL PACIENTE</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	006
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir para identificar necesidades de atención en del paciente a fin de priorizar el cuidado de Enfermería		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p>La enfermera recibe al paciente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valora y describe el nivel de conciencia y actividad motora</li> <li>2. Inicia la entrevista para generar clima de confianza</li> <li>3. Realizar examen físico completo del paciente (describe hallazgos físicos, heridas, hematomas, pediculosis, micosis etc.)</li> <li>4. Describe su actitud, capacidad de autodominio, expresión afectiva, lenguaje y pensamiento.</li> <li>5. Indica al técnico de enfermería baño y ubicación en ambiente designado</li> <li>6. El personal técnico entrega todas las pertenencias del paciente a la familia</li> <li>7. La enfermera entrevista a la familia e informa las condiciones generales de la estadía del</li> </ol>			

- paciente, lo que necesita y los compromisos de asistencia, cumplimiento del plan terapéutico y visita al paciente.
8. El personal recepciona del familiar los útiles de aseo y ropa del paciente. Lo registra.
  9. La enfermera registra en Historia clínica los datos objetivos, subjetivos del paciente a la hora de su ingreso. Resalta algún hallazgo físico o conductual relevante ( lesiones, o otros)
  10. La enfermera elabora el plan de atención de enfermería
  11. Personal Técnico apoya durante el tratamiento al paciente.
  12. El personal técnico permanece cerca y vigila permanentemente al paciente

**CONDICIONES LEGALES**

Toda indicación médica, debe ser debidamente registrada en la historia clínica.  
 El no dejar por escrito y en forma oportuna el cómo ingresa el paciente en cuanto a su salud física y mental, puede tener implicancias legales.

**Consideraciones específicas**

Trato empático- comprensivo

No forzar al paciente a verbalizar si presenta conducta negativa.

Si el paciente está muy alterado, administrar tratamiento indicado antes del baño.

ENTRADAS <b>Paciente con Patología psiquiátrica descompensada</b>			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención  Departamento de enfermería	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.
SALIDAS <b>Paciente en su unidad tranquilo</b>			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Guía de Atención al Paciente con Agitación psicomotriz	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.
<b>DEFINICIONES</b>	: Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado identificar signos, síntomas, conductas de riesgo en el paciente, para planificar la atención de enfermería.		
<b>REGISTROS</b>	: Formato de la guía de Atención		

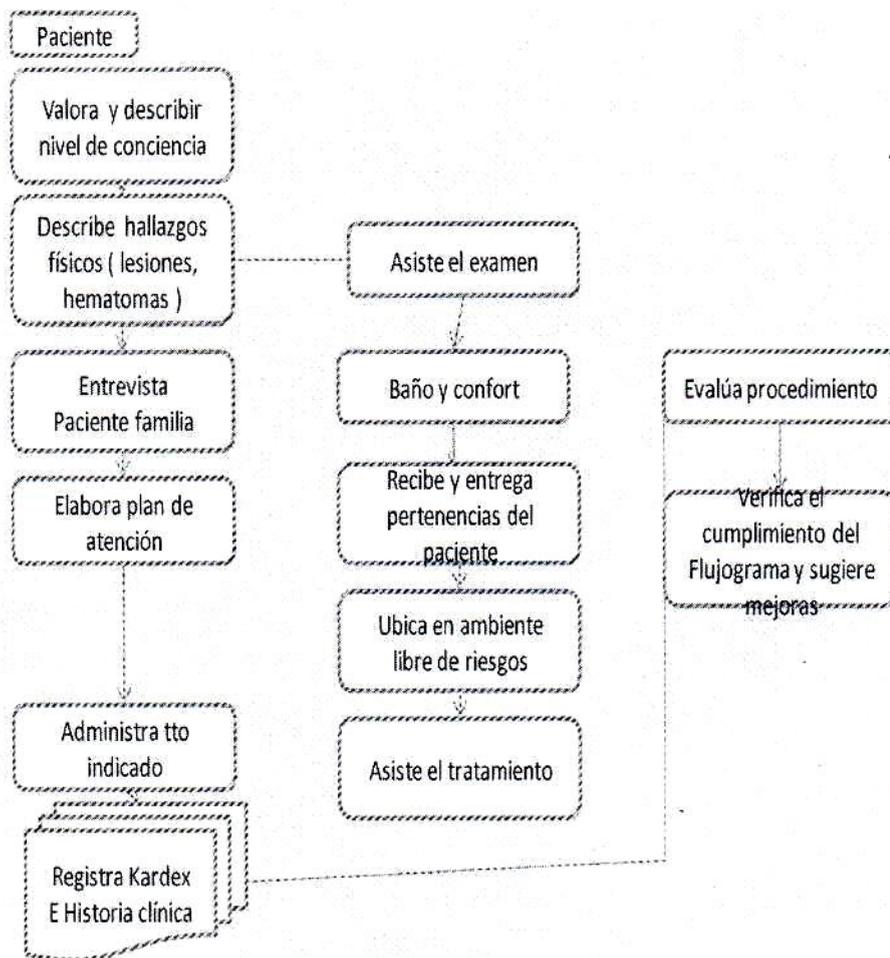


ANEXOS : FLUJOGRAMA DE ATENCION AL PACIENTE DURANTE LA VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA

**ENFERMERA**

**TECNICO**

**SUPERVISORA**



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RCP BÁSICO</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	007
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir durante el proceso de RCP Básico en un paciente		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p>La Enfermera debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar ausencia de pulso-frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y estado de conciencia.</li> <li>2. Definido el estado de paro cardio-respiratorio, indicar que se comunique de inmediato al medico clínico de turno.</li> <li>3. Iniciar el RCP básico de inmediato en tanto llegue el médico.</li> <li>4. Realizar los pasos en forma rápida, segura y secuencial.</li> <li>5. Activar el sistema SEM (Sistema de emergencias medicas) indicando a un personal técnico que llame urgentemente al equipo de Uce; el enfermero debe permanecer al lado del paciente realizando la maniobra de resucitación.RCP Básico.</li> </ol>			

La Enfermera debe:

1. Permeabilizar vías respiratorias, hiperextender la cabeza hacia atrás y levantar el mentón. ( Tracción mandibular)
  2. Verificar que no hayan objetos extraños en cavidad bucal ni orofaríngeo.
  3. Realizar la respiración de rescate, 2 respiraciones boca a boca.  
 Iniciar compresión torácica: 30 compresiones y 2 respiraciones no deben ser muy fuertes, para mantener la sangre circulando por el mayor tiempo posible, Se debe contar en un ritmo de uno y dos y tres... etc., por el tiempo que sea necesario y hasta que llegue la ayuda médica.  
 Se debe comprimir fuerte el pecho y dejar que el tórax vuelva a su punto original. Los brazos de quien brinda la RCP deben estar bien estirados y las manos una sobre la otra, agarradas con los dedos entrelazados, entre las dos tetillas ( 30 Compresiones por 2 insuflaciones )
  4. Luego de cinco ciclos de maniobras evaluar si se ha restablecido el pulso, sino continuar con la maniobra hasta que llegue el equipo de especialistas.
  5. El enfermero dejara el procedimiento, cuando llegue el médico quien asume la dirección
  6. Del mismo ó cuando el paciente respire de forma espontánea.
- De no reanimarse el paciente**
7. Indicar al técnico para que llame la ambulancia.
  8. El enfermero registrará en la H.C. hora de inicio del evento y procedimientos realizados
  9. Con el paciente.
- Fin del procedimiento.

**CONDICIONES LEGALES:** Una vez se determine ausencia de pulso, latidos cardiacos y frecuencia respiratoria, el paciente debe ser inmediatamente atendido, e iniciar el RCP básico sin parar, hasta la llegada del médico.

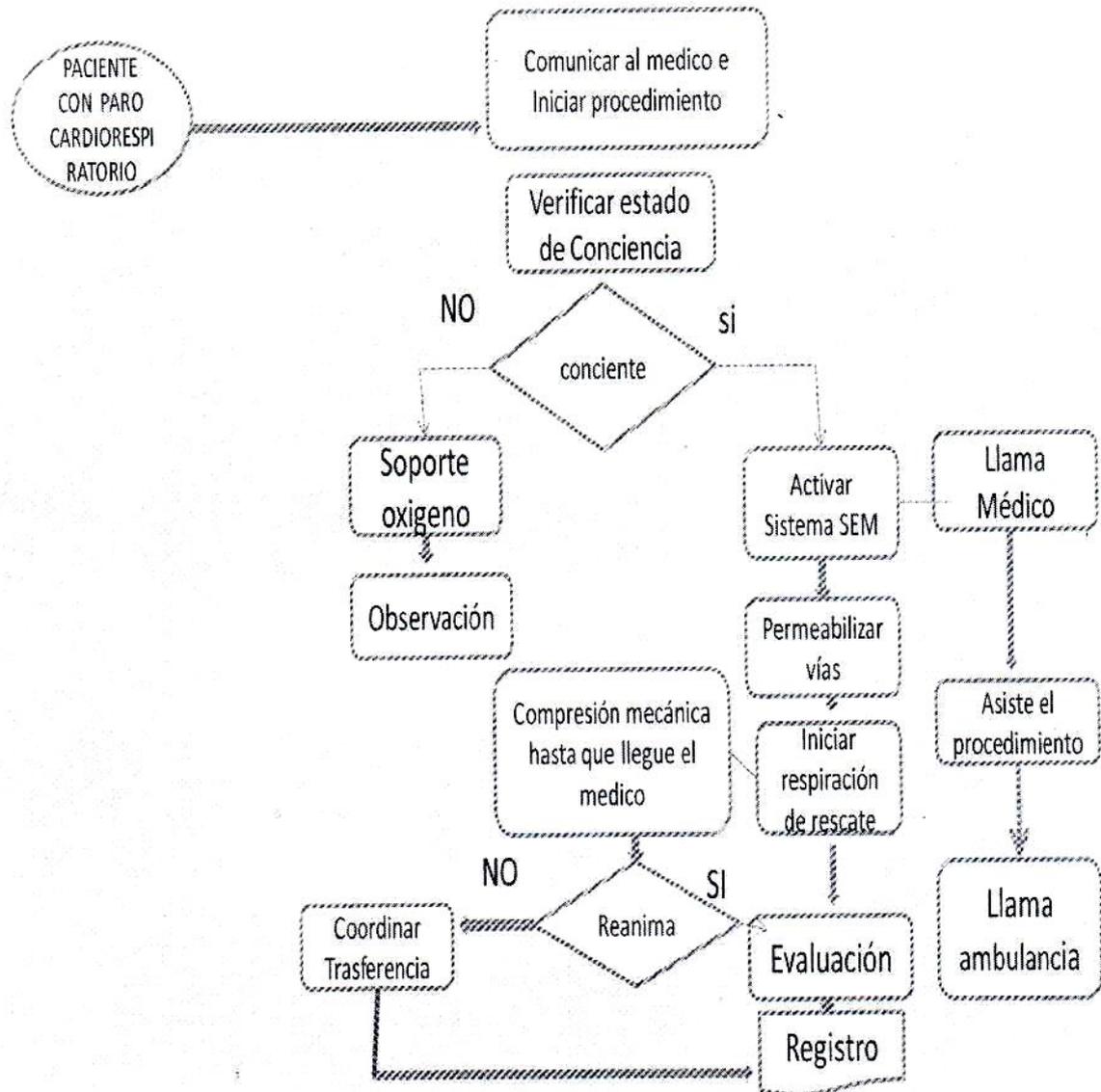
ENTRADAS      maniobra de RCP Básico en un Paciente			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.
Departamento de enfermería			
SALIDAS      Paciente con respiración espontanea			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	
Guía de Atención de enfermería en RCP Básico	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.
DEFINICIONES      : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo y control de la maniobra de RCP Básico en un paciente durante un paro cardio respiratorio			
REGISTROS      : Formato de la guía de Atención			



*[Handwritten signature]*

FLUJOGRAMA DE RCP BASICO

INICIO	ENFERMERA	TECNICO DE ENFERMERIA
--------	-----------	-----------------------



<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ATRAGANTAMIENTO</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	008
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir durante el atragantamiento de un paciente		
<b>ALCANCE :</b>	Emergencia – Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p>La Enfermera debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Debe mantener la calma, y pedir calma a los demás.</li> <li>2. Tranquilizar al paciente, hablarle para darle confianza</li> <li>3. Realizar la maniobra de Heimlich en forma rápida, segura y secuencial.</li> <li>4. Para realizar la acción en adultos, La enfermera con el sujeto de pie se debe abrazar al mismo por la espalda con los dos brazos. En esta posición se presiona con una mano cerrada y la otra recubriendo la primera.</li> <li>5. Se debe apoyar el puño con el pulgar sobre el abdomen y presionar hacia el centro del estómago, justo por encima del ombligo y bajo las costillas de la persona.</li> <li>6. Brindar apoyo a la paciente.</li> <li>7. Dejarla en observación en un lugar seguro para que descanse.</li> <li>8. Registro en la Historia clínica</li> </ol> <p>Fin del procedimiento</p>			

### CONDICIONES LEGALES

La maniobra debe ser iniciada inmediatamente al atragantamiento del paciente  
Puede ser iniciado por el personal profesional o técnico de enfermería entrenado.  
Todo el personal profesional y técnico de enfermería debe estar capacitado en maniobra de Heimlich

#### ENTRADAS Paciente con atragantamiento

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Elaboración de Guía de Atención	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.
Departamento de enfermería			

#### SALIDAS Paciente con respiración espontánea

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Guía de Atención de enfermería en paciente con atragantamiento	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.

**DEFINICIONES** : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo y control de la maniobra de Heimlich en un paciente con atragantamiento.

**REGISTROS** : Formato de la guía de Atención

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>GUIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON TERAPIA ELECTROCONVULSIVA</b>	<b>FECHA</b>	MAYO 2014
		<b>CODIGO</b>	009
<b>PROPÓSITO :</b>	Determinar las acciones a seguir durante la terapia de Electroplexia		
<b>ALCANCE :</b>	Servicios de Hospitalización		
<b>MARCO LEGAL :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669. Y su reglamento de la Ley D.S N° 004-2002.SA.</li> <li>• Ley N° 26842-Ley General de Salud</li> <li>• Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud</li> <li>• Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA Directiva para la Formulación de documentos técnicos normativos de Gestión Institucional y sus modificatorias: R.M.N°809-2006 R.M N°205-2009 R.M N°317-2009.</li> <li>• Resolución Ministerial N° 317-2009-MINSA, Modificatoria de la Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> </ul>		
<b>ÍNDICES DE PERFORMANCE</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE INDICADOR</b>
Una guía de Atención	Una guía de Atención	Departamento de Enfermería	Departamento de Enfermería
<b>NORMAS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución Ministerial N°132-2005-MINSA Reglamento de Organización y funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> <li>• Resolución Directoral N° 282-DG-HVLH-07 Manual de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.</li> </ul>			
<b>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</b>			
<p><b>La Enfermera debe:</b></p> <p><b>Antes del procedimiento</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplir con indicaciones médicas en cuanto a preparación del paciente 12 horas antes del procedimiento.</li> <li>2. Consultar con médico de guardia sobre indicaciones médicas y / o suspensión de anticonvulsivante .</li> <li>3. Verificar que el paciente este en ayunas</li> <li>4. Verificar que el paciente esté con el cabello limpio y seco</li> <li>5. Proceder con el tratamiento oral según indicaciones medicas.</li> <li>6. Verificar que la paciente no tenga uñas pintadas, prótesis dentales, anteojos, prendas</li> </ol>			

- ajustadas.
7. Indicar al personal técnico de enfermería que conduzca al baño para evacuación.
  8. Control y registro de funciones vitales.
  9. Verificar que el equipo esté completo.
  10. Trasladar al paciente a UCE (Área de Electroplexia).

**Durante el procedimiento**

11. Dar tranquilidad y seguridad al paciente.
12. Colocar al paciente en la camilla
13. Colaborar con el procedimiento.

**Después del Procedimiento**

14. Observar y valorar el despertar del paciente
15. Control de funciones vitales-valorar estado de conciencia
16. Dejar descansar por 1 hora
17. Administrar tto. V. o de la mañana.
18. Verificar ingesta de líquidos y alimentos
19. Registro de enfermería en historia clínica y kardex.

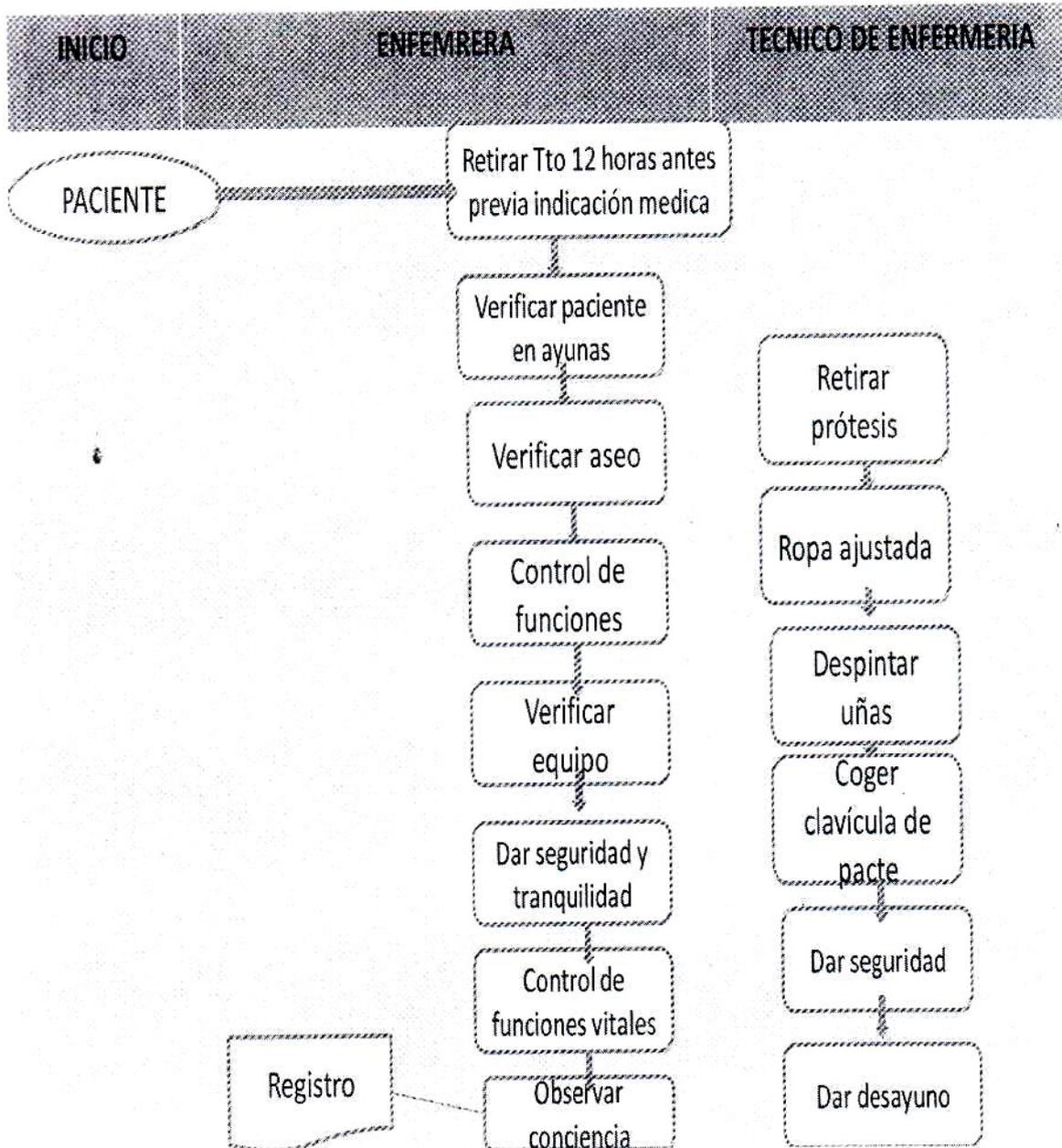
**CONDICIONES LEGALES**

Toda indicación debe estar registrada en la historia clínica  
 Se debe contar con el consentimiento informado del paciente

ENTRADAS Paciente con Tratamiento de Electroplexia				
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO	
Elaboración de Guía de Atención Departamento de enfermería	Departamento de enfermería	Revisión cada 2 años	Mecanizada.	
SALIDAS Paciente con respiración espontanea y conciente				
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA		
Guía de Atención de enfermería en paciente con atragantamiento	Planificación Emergencia Servicios de Hospitalización	Cada 2 años.	Mecanizada.	
DEFINICIONES : Es un instrumento de trabajo del Departamento orientado al manejo y cuidado del paciente con tratamiento de Electroplexia				
REGISTROS : Formato de la guía de Atención				



## FLUJOGRAMA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRATAMIENTO DE ELECTROPLEXIA



## BIBLIOGRAFIA

1. **Calcedo Barba, A.** "Derechos de los pacientes en la práctica clínica". Edit. Entheus. 2005.
2. **Cañas de Paz, F.** "Urgencias Psiquiátricas". Monografías de Salud Mental. CAM. 1995.
3. **Díaz González, R.; Hidalgo, I.** "Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas". Edit Mosby. 1999.
4. **«Electroconvulsive therapy discussion hosted at the MGH.**
5. **Fernandez, R.** "La contención". Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
6. **Kaplan & Sadock's.** "Sinopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J.; Sadock, V.A. 2003.
7. **Morrison M.** Fundamentos de enfermería en salud mental. Madrid: Mosby, 1999.
8. **NICE.** Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004 December 2004.
9. **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.** Proyecto de Programa docente de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. Madrid: SEMES; [citado 10 may 2010]. Disponible en: [http://www.semes.org/images/stories/pdf/formacion\\_formacion\\_continuada.pdf](http://www.semes.org/images/stories/pdf/formacion_formacion_continuada.pdf)