



Nº 204 -2023-DG-INSN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 19 de Agosto del 2023

Visto, el expediente con Registro 13487-2023, que contiene el Memorando Nº 1464-2023-DE-INSN, con el cual solicita la Actualización de la Guía de Procedimiento: "Cuidados y Registro de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica";

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, los literales c) y d) del Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, contemplan dentro de sus funciones el implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, y asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, con Memorando Nº 280-2023-E.J.C.Q.-INSN, la enfermera jefa de Centro Quirúrgico solicita al Departamento de Enfermería la Actualización de la Guía de Procedimiento: "Cuidado y Registro de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica";

Que, con Memorando Nº 1464-2023-DE-INSN, la Jefa del Departamento de Enfermería solicita a la Oficina de Gestión de la Calidad la Actualización de la Guía de Procedimiento: "Cuidado y Registro de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica";

Que, con Memorando Nº 1084-DA-INSN-2023 la Dirección Adjunta emite opinión favorable para que se actualice la Guía de Procedimiento: "Cuidados y Registro de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica";

Que, con Memorando Nº 428-2023-DG/INSN la Dirección General aprueba la Actualización de la Guía de Procedimiento: "Cuidados y Registro de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica"; y autoriza la elaboración de la resolución correspondiente;

Con la Visación de la Dirección Adjunta, Asesoría Jurídica, la Oficina de Gestión de la Calidad y Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA;





SE RESUELVE:

Artículo primero. – Actualizar la Guía de Procedimiento: "Cuidado y Registro de Enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica", consta de 21 páginas, elaborado por el Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Artículo segundo. - Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

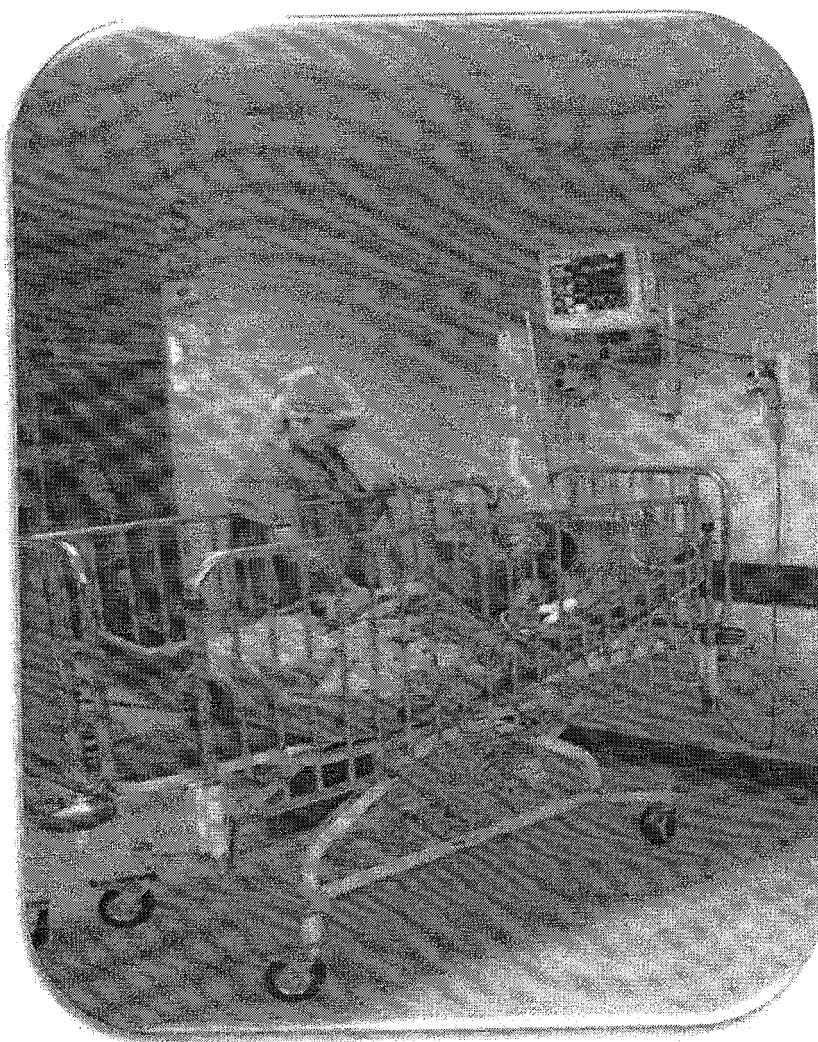
M.C. JAIME AMADEO TASAYCO MUÑOZ
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 18572 - R.N.E. 034554

JATM/REK

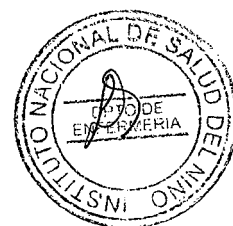
- () DG
- () DA
- () DE
- () OEI
- () OAJ
- () OGC

GUIA DE PROCEDIMIENTO:

**CUIDADO Y REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POST ANESTÉSICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO.**

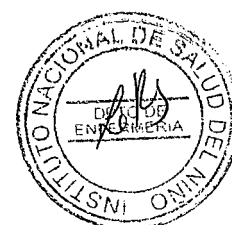


AGOSTO 2023



ÍNDICE

I	FINALIDAD	04
II	OBJETIVO	04
	2.1 OBJETIVO GENERAL	04
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	04
III	ÁMBITO DE APLICACIÓN	04
IV	NOMBRE DE PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	04
V	CONSIDERACIONES GENERALES	04
	5.1 POBLACIÓN OBJETIVO	04
	5.2 PERSONAL QUE INTERVIENE	04
	5.3 DEFINICIONES OPERATIVAS U OPERACIONALES	05
VI	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	06
	6.1 MATERIAL NECESARIO	06
	6.2 EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	06
VII	RECOMENDACIONES	10
VIII	ANEXOS	
IX	BIBLIOGRAFÍA	21



Mg. POMA ASMAT LUZ ANGELICA
Jefe del Departamento de Enfermería

ELABORADO POR:

Lic. Esp. RIVERA RAMOS VICTORIA
Lic. Esp. CASMA RAMIREZ CINTHIA
Mg. ANCHANTE SARAVIA MIRIAM

COLABORADORES:

Lic. Esp. AGUIRRE TUCTO ISAINÉ
Lic. Esp. ALMORA CHUQUIHUACCHA NELLY
Lic. Esp. MEGO CABREJOS LISBEL
Lic. Esp. RETAMOZO CHÁVEZ BEATRIZ
Lic. Esp. ROJAS ALIAGA MYSOLINE
Lic. Esp. VELIZ NORIEGA MIRIAM

REVISADO:

Lic. PEÑA VILLARREYES ERICKA TARSILA
Departamento de enfermería

Lic. MALDONADO NOEL RUTH
Oficina de gestión de la calidad



**GUIA DE PROCEDIMIENTO: CUIDADO Y REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA DEL INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD DEL NIÑO**

I. FINALIDAD

La presente guía tiene como finalidad contribuir con un documento técnico de apoyo que oriente el cuidado de enfermería en forma segura y oportuna al paciente pediátrico post operado inmediato, durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post anestésica del Instituto Nacional de Salud del Niño.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar los cuidados de enfermería en la recepción y monitoreo del paciente pediátrico post quirúrgico en la unidad de recuperación Post Anestésica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantizar la seguridad del paciente pediátrico post quirúrgico en el período pos anestésico.
- Valorar, identificar y notificar signos de alarma presentes en el período post anestésico del paciente pediátrico post quirúrgico.
- Registrar de manera clara y precisa el cuidado de enfermería, basado en el proceso de atención de enfermería durante su estancia en URPA.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía se aplicará en las Unidades de Recuperación Post Anestésica del Instituto Nacional de Salud Del Niño

IV. NOMBRE DE PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Cuidado y registros de enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica en la Instituto Nacional de Salud del Niño

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 POBLACIÓN OBJETIVO

Aplicación de la presente guía a todos los pacientes neonatos, pediátricos y adolescentes Post Operados inmediatos que ingresen a la Unidad de Recuperación Post Anestésica de Centro Quirúrgico del INSN.

5.2 PERSONAL QUE INTERVIENE

- Licenciada (o) en Enfermería
- Técnica en Enfermería



5.3 DEFINICIONES OPERATIVAS

REPORTE DE ENFERMERÍA: Es la información actual de la situación real, potencial del estado de salud del paciente y de su entorno, Los aspectos técnicos administrativos durante las horas que ha sido atendido. Lo realiza la enfermera que inicio la atención a la enfermera que continuará con la atención. Es un informe que se realiza a través de la comunicación verbal al finalizar la atención del paciente en URPA, consiste en la exposición sobre todos los acontecimientos sucedidos durante la atención del paciente. (1)

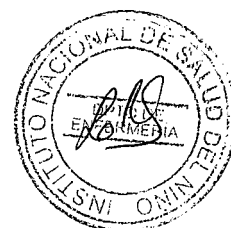
RECEPCIÓN DE PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA): Recibir al paciente procedente de quirófano se mantiene la continuidad de cuidados, así como prevenir, detectar y tratar de forma temprana posibles complicaciones. Proceso en el cual la enfermera brinda atención integral al ingreso del paciente post operado inmediato en el momento que ingresa a la URPA, mediante una valoración integral, vigilancia continua para la identificación oportuna de complicaciones y su tratamiento adecuado. (2)

MONITOREO DE FUNCIONES VITALES: Es una actividad que permite valorar las funciones que se realiza al paciente que ingresa a la unidad de recuperación post-anestesia, procedente del quirófano En esta etapa los cuidados de enfermería se caracterizan por su vigilancia continua, tiene como propósito identificar la importancia de los signos vitales ya que estos son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmón) que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones postoperatorias. La enfermera de URPA registra el monitoreo de SO₂, PA, FR, FC. T. (1)

FRECUENCIA RESPIRATORIA: El control de la FR se recomienda realizarlo cuando la persona está en reposo y sin que tenga conciencia de que le estamos controlando la FR; (para que de esta forma su respiración sea natural). La valoración de la FR consiste en contar el número de respiraciones durante un minuto (1 minuto) visualizando las veces que se eleva el tórax. La frecuencia respiratoria puede aumentar con la fiebre y en otras condiciones médicas. La enfermera deberá evaluar permeabilidad de vías aéreas, características de la respiración, el color y la temperatura de la piel para comprobar si el intercambio de oxígeno es el adecuado. (3)

SATURACIÓN DE OXÍGENO: Al medir la saturación de oxígeno estamos midiendo la cantidad de oxígeno que se encuentra combinado con la hemoglobina, es por eso que esta medida es relativa y no absoluta ya que no indica la cantidad de oxígeno en sangre que llega a los tejidos, sino, qué relación hay entre la cantidad de hemoglobina presente y la cantidad de hemoglobina combinada con oxígeno (oxihemoglobina). La oxihemoglobina está relacionada con la coloración roja de la sangre, siendo esta más fuerte cuando más oxihemoglobina contiene la sangre y más tenue cuando menos oxihemoglobina hay presente. (4)

FRECUENCIA CARDIACA: Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardiaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. (5)



PRESIÓN ARTERIAL: Es una medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales en su impulso a través de las arterias. Debido a que la sangre se mueve en forma de ondas, existen dos tipos de medidas de la presión sistólica, que es la presión de la sangre debido a la contracción de los ventrículos, es la presión máxima; y la presión diastólica, que es la presión que queda cuando, los ventrículos se relajan; esta es la presión mínima. (5)

TEMPERATURA: Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Si, por el contrario, la temperatura cae por debajo del nivel normal se activan mecanismo como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos. (5)

COMPLICACIONES

Respiratorias:

- Obstrucción o espasmo de vía aérea: La extensión del cuello, la apertura de la boca o la protrusión de la mandíbula pueden ser suficientes para corregir el problema.
- CRUP: En los casos leves, puede ser suficiente el empleo de nebulizaciones con epinefrina diluida en 3 a 5 ml de solución salino normal y administrado por nebulización entre 5 a 10 minutos según indicación médica
- Hipoxemia o hipoventilación provocada por el dolor o la depresión farmacológica. (1).

Cardio-circulatorias:

- Hipotensión por fallo cardíaco o secundario a hipovolemia peri operatoria o pérdidas sanguíneas no repuestas.
- Arritmias.
- Hipertensión por dolor o Hipoxemia o Hipervolemia. (1)

Dolor, náuseas y vómitos: son las complicaciones quirúrgicas más comunes que ocasionan el retraso en el alta del paciente de la Unidad de Recuperación Post anestésica. (1)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 MATERIAL NECESARIO

- Monitor multiparámetros
- Riñonera
- Estetoscopio
- Fuente de oxígeno y vacío
- Formatos de atención: Hoja de anestesia, formato de enfermería.

6.2 EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

PREPARACIÓN DEL AMBIENTE PREVIO AL INGRESO DEL PACIENTE

- Recibe el reporte de enfermería del turno saliente, si se encuentra un paciente en la unidad se verifican las condiciones del paciente.
- Revisa el programa quirúrgico para prever los insumos y requerimientos según los procedimientos quirúrgicos a realizar.



- Verificar el funcionamiento y operatividad de: las salidas de oxígeno, puntos de vacío y equipos biomédicos.
- Programar la configuración del monitor multiparámetros de acuerdo a la edad del paciente.
- Comunicar al médico anestesiólogo de turno si existe algún evento que pueda poner en riesgo la atención del paciente.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE:

- Bajar las barandas de la camilla para verificar las condiciones del ingreso del paciente post operado según el reporte verbal y escrito de la enfermera instrumentista II, quien reportará en el siguiente orden: Identificación del paciente, diagnóstico médico, procedimiento quirúrgico, hallazgo operatorio, estado preoperatorio, antecedentes, alergias, resultados de laboratorio importantes, administración de antibiótico profiláctico Información de complicaciones y/o acontecimientos no habituales de la cirugía.
- Verificar la localización de: catéteres endovenosos, herida operatoria, drenaje, integridad de la piel priorizando la zona de colocación de la placa de retorno, si hay muestras obtenidas en el intra operatorio (cultivo, cito químico, anatomía patológica, otros).
- Registra los datos obtenidos de la valoración de ingreso del paciente en el formato de registros de enfermería de la Unidad de Recuperación Post Anestésica (ver Anexo N°3).
- Participa en el reporte del médico anestesiólogo tomando en cuenta la siguiente información: Tipo de anestesia, medicamentos administrados, Hemoderivados administrados y Balance hídrico quirúrgico.
- Valorar al paciente en forma permanente y simultánea, teniendo en cuenta los criterios de prioridad post anestésica:

A. Cuidados en la Ventilación / Oxigenación:

1. Mantener la cabecera en ángulo de 30° con hiperextensión del cuello del paciente, en caso de tener tubo oro-faríngeo vigilar hasta que el paciente lo expulse espontáneamente.
2. Verifica la permeabilidad de la vía aérea.
3. Administra oxígeno según necesidad del paciente y/o indicación médica, realiza cambio de sistema de administración de oxígeno con reevaluación del anestesiólogo.
4. Verifica y asegura la adecuada posición del sensor de saturación de oxígeno,
5. Monitoriza la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria, registrando la característica de la función respiratoria, teniendo en cuenta la profundidad, amplitud y ritmo de las respiraciones, coloración de mucosas y zonas distales, presencia de ruidos anormales y/o alteraciones.
6. Evalúa la necesidad de aspirar secreciones de vía aérea.
7. Identifica signos de alarma y comunica al médico anestesiólogo de turno.
8. Administra medicamentos según indicación médica.



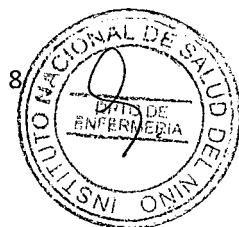
9. Realiza el registro de Enfermería en el formato correspondiente. (ver Anexo N°3).

B. Cuidados en el estado hemodinámico:

1. Participa en la monitorización y registra los valores de los signos vitales, a los 5, 15 y 30 minutos de ingreso, posteriormente 2 veces cada 30 minutos, luego cada hora según la condición del paciente, hasta ser dado de alta de URPA. (ver Anexo N°1)
2. Verifica la correcta posición de los electrodos del EKG, Sensor de Saturación y el brazalete de la presión arterial no invasiva; identificar signos de alarma y comunicar al anestesiólogo.
3. Monitoriza la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
4. Valorar y registra las condiciones de la herida operatoria.
5. Verificar permeabilidad de los accesos venosos periféricos y centrales.
6. Administra solución de hidratación según indicación médica.
7. Administra hemoderivados según indicación médica, tener en cuenta el control de signos vitales antes y después del procedimiento.
8. Valora y registra los ingresos y egresos, así como las pérdidas sanguíneas.
9. Realiza el registro de Enfermería en los formatos correspondientes. (ver Anexo N°3)

C. Cuidados en el tratamiento del dolor:

1. Identifica manifestaciones clínicas y fisiológicas de dolor.
 2. Administrar analgesia según indicación médica.
 3. Valora y registra permanentemente el dolor según la Escala correspondiente a la edad del paciente.
 4. Realiza el registro de Enfermería en los formatos correspondientes. (ver Anexo N°3).
 5. Si el paciente tiene infusión de analgesia por bomba elastomérica monitorizar la zona de inserción identificando signos de infiltración y/o presencia de dolor.
- Identifica signos de sangrado: delimitar marcando directamente el área que esté impregnado de sangre, en caso de observar que incrementa el área de sangrado, solicitar evaluación y cambio de gasa u apósito de la herida operatoria al médico al cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico.
 - Paciente portador de Drenajes: se verifica y registra la ubicación, permeabilidad; así mismo la cantidad y características del exudado secretado.
 - Valora y registra si el paciente cuenta con sonda detallando: tipo de sonda, permeabilidad, fijación, cantidad y aspectos de los líquidos secretados.
 - Si tiene vendajes, Férulas de inmovilización y/o escayolas: registrar el tipo, color y temperatura de la piel en la zona distal y posición correcta del paciente.
 - Registra los cuidados brindados y eventos presentados con el paciente en el formato: "Registro de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica. (ver Anexo N°3).
 - Si el paciente procede del servicio de emergencia, se coordinará con la enfermera coordinadora del servicio de la especialidad para el censo respectivo



- Cuando el médico anestesiólogo indica el alta de la Unidad de Recuperación Post anestésica, se verifica la condición del paciente en el aspecto ventilatorio/respiratorio, hemodinámico y manejo del dolor.
- Proceder a iniciar el proceso de alta del paciente en la Unidad de recuperación post anestésica, según sea su condición de ingreso; hospitalizado o ambulatorio.

6.3. REPORTE DE ENFERMERÍA

- En el cambio de turno y/o relevo del personal, la enfermera responsable del paciente en la unidad de recuperación post anestésica realiza el reporte verbal y por escrito a la enfermera del turno entrante teniendo en cuenta el siguiente orden: Identificación del paciente, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, hallazgo operatorio, estado preoperatorio, antecedentes, alergias, administración de fármacos, balance hídrico, órdenes y resultados de laboratorio pendientes o realizados, así como exámenes auxiliares pendientes o realizados en la unidad.
- La enfermera entrante al turno verifica las condiciones de la zona operatoria o intervenida, la localización de catéteres endovenosos, drenaje, integridad de la piel presencia de sondas y/o drenajes; constatando el funcionamiento y operatividad del dispositivo médico, en caso de presentar exudados describir las características de este; en caso de ser portador de férula de inmovilización y/o escayolas: registrar el tipo, color, llenado capilar y temperatura de la piel en la zona distal y posición correcta en la cama.
- Cuando el paciente es derivado a hospitalización el reporte de enfermería se realiza en forma verbal; solicita y verifica que la enfermera del servicio de procedencia revise al paciente, para el posterior registro en el formato: Lista de Chequeo de Cirugía Segura de Enfermería, según Manual de Procesos y Procedimientos de la Atención Quirúrgico RD N°873 del INSN (6).
- Reportará eventos y/o acontecimientos no habituales durante la estancia en la unidad.

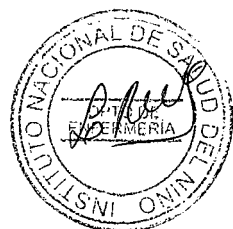
6.4. ALTA DE URPA:

CRITERIOS DE ALTA DE LA URPA

- Signos vitales estables
- Ausencia de signos de dificultad respiratoria
- Estado de alerta y orientación, teniendo en cuenta el tipo de cirugía
- Ausencia de vómitos o náuseas mínimas.
- Analgesia adecuada.
- Puntaje en la escala de dolor EVA y/o FLACC menor de 2 (ver anexo 2)
- Capacidad de deglutir, toser, hablar.
- Recuperación de la actividad motora y sensitiva

TRANSFERENCIA A HOSPITALIZACION

- Cuando el Anestesiólogo de turno indica el alta de URPA, la enfermera responsable del paciente coordina la transferencia del paciente con la Enfermera de hospitalización según la especialidad, registra la hora de coordinación.
- Realiza el reporte y la entrega del paciente según el orden del formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura de Enfermería según Manual de



Procesos y Procedimientos de la Atención Quirúrgico RD N°873 del INSN (6).

ORIENTACION E INFORMACION-PACIENTE AMBULATORIO.

- Orienta al padre y/o apoderado sobre el trámite de alta del paciente ambulatorio, según sea su condición: Beneficiario del SIS o Pagante.
- Orienta e informa al familiar sobre dieta, tratamiento, próxima cita y cuidado en casa según indicación médica.
- El Padre y/o apoderado debe firmar en la historia clínica-Registro de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica. conformidad de alta del paciente.
- Realiza el Registro en el formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura de Enfermería, según Manual de Procesos y Procedimientos de la Atención Quirúrgico RD N°873 del INSN (6).

6.5. ACTIVIDADES DEL TECNICO EN ENFERMERIA:

- Realiza la limpieza y desinfección de superficies, equipos biomédicos, camillas y mobiliario, según la Guía Técnica: Procedimiento de Enfermería "Limpieza y Desinfección de la Unidad del Paciente", RD N° 225-2021-DG-INSN. (7)
- Implementa con material e insumos para protección personal y de bioseguridad el coche de soluciones y coche de curaciones Según Manual de Bioseguridad de INSN (8).
- Participa y apoya en la recepción del paciente.
- Dispone de accesorios para la comodidad, confort y seguridad del paciente.
- Apoya en las necesidades básicas del paciente durante su estancia en la unidad, bajo supervisión de la licenciada de enfermería a cargo.
- Verifica y mantiene las medidas de seguridad para evitar el riesgo de caída.
- Coloca el letrero de identificación del paciente en la parte visible de la camilla.
- Asiste en los procedimientos que se realice al paciente.
- Cumple con las medidas de bioseguridad
- Verifica el inventario de los equipos según corresponda.

VII RECOMENDACIONES

- ✓ Cumplir con lo estipulado en el instructivo del formato: "Registro de enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica INSN, así también tomar como referencia las indicaciones médicas, procedimientos e intervenciones realizadas en el cuidado del paciente. (Anexo N° 3)
- ✓ Fomentar un ambiente terapéutico favorable en la pronta recuperación del paciente quirúrgico pediátrico

VIII. ANEXOS:

- 1.- Valores normales de signos vitales.
- 2.- Escalas del dolor: FLACC - EVA
- 3.- Formato Registro de enfermería en la Unidad de Recuperación post anestésica (Lado A) y (Lado B)
- 4.- Ficha de notificación de incidentes y eventos adversos.

ANEXO N°1.

VALORES NORMALES DE SIGNOS VITALES

1. Frecuencia Respiratoria

Grupo	Edad	Respiraciones por minuto
Recién Nacido	Nacimiento - 6 semanas	40 - 45
Infante	de 7 semanas a 1 año	20 - 30
Lactante Mayor	1 a 2 años	20 - 30
Preescolar	2 a 6 años	20 - 30
Escolar	6 a 13 años	12 - 20
Adolescente	13 a 16 años	12 - 20
Adulto	16 mas	12 - 20

2. Frecuencia Cardíaca

Grupo	Edad	Respiraciones por minuto
Recién Nacido	Nacimiento - 6 semanas	120 - 140
Infante	de 7 semanas a 1 año	100 - 130
Lactante Mayor	1 a 2 años	100 - 130
Preescolar	2 a 6 años	80 - 120
Escolar	6 a 13 años	80 - 100
Adolescente	13 a 16 años	70 - 80
Adulto	16 a mas	60 - 80

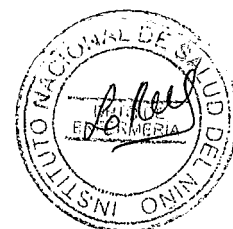
3. Tensión Arterial.

Grupo	Edad	Respiraciones por minuto
Recién Nacido	Nacimiento - 6 semanas	70 - 100 / 50-68
Infante	de 7 semanas a 1 año	84-106 / 56-70
Lactante Mayor	1 a 2 años	98-106 / 58-70
Preescolar	2 a 6 años	99-112 / 64-70
Escolar	6 a 13 años	104-124 / 64-86
Adolescente	13 a 16 años	118-132 / 70-82
Adulto	16 a mas	110-140 / 70-90

4. Temperatura.

Grupo	Edad	Respiraciones por minuto
Recién Nacido	Nacimiento - 6 semanas	38
Infante	de 7 semanas a 1 año	37.5 a 37.8
Lactante Mayor	1 a 2 años	37.5 a 37.8
Preescolar	2 a 6 años	37.5 a 37.8
Escolar	6 a 13 años	37 a 37.5
Adolescente	13 a 16 años	37
Adulto	16 a mas	

FUENTE: Medina Mnemotecnias. <http://medicinamnemotecnias.blogspot.com/2016/10/tablas-de-signos-vitales-por-edades.html> (9)



ANEXO N°2 ESCALAS DE DOLOR

ESCALA DE FLACC

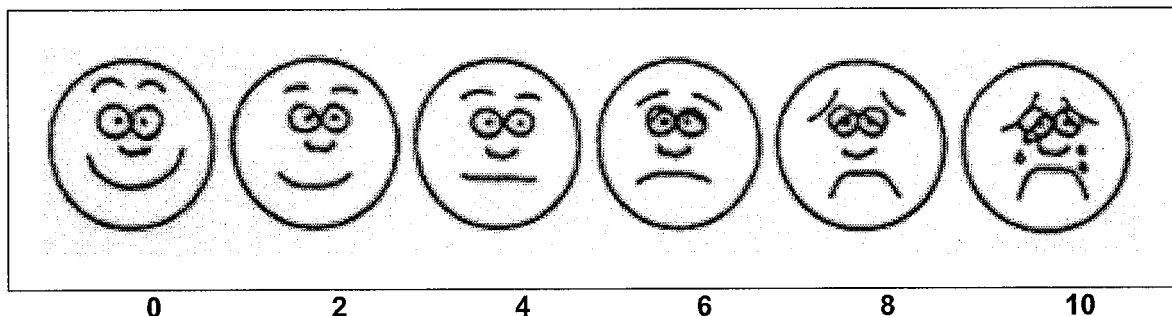
(1 mes – 3 años y en pacientes No colaboradores)

	0	1	2
CARA	Cara Relajada, expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula la tensa
PIERNAS	Relajada	Inquietas	Golpea con los pies
ACTIVIDAD	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiéndose las piernas	Rígido
LLANTO	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
CAPACIDAD DE CONSUELO	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultar para consolarlo.

0 : NO DOLOR	1-2 DOLOR LEVE	3-5 DOLOR MODERADO
6 -7 DOLOR INTENSO	9-10 DOLOR MAXIMO, DOLOR INMAGINABLE	

FUENTE: Wong 2003 (10)

LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) WONG-BAKER FACES®



	0	2-3	4-6	7-8	9-10
PUNTAJE	NO DOLOR	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	DOLOR INTENSO	DOLOR MAXIMO INMAGINABLE

FUENTE: Wong 2003 (10)

REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA (LADO A)



Tipo de paciente: Ambulatorio() Hospitalizado() Emergencia() Tipo de seguro: _____

		VALORACION DE ENFERMERIA																																																																				
A	Datos subjetivos: N.A.()																																																																					
	Datos objetivos:																																																																					
	E. CONCIENCIA	OXIGENACION/ RESPIRACION	PIEL Y MUCOSAS	ZONA OPERATORIA / INTERVENIDA																																																																		
	Despierto	Espontánea	Normal																																																																			
	Somnolencia	TOF	Pálida																																																																			
	Dormido	CBN:	Ictérica																																																																			
	Agitado	M. Reservorio:	Cianótica																																																																			
	Irritable	Polipnea() Disnea()	Mucosa: Hidratada() Seca()																																																																			
	Obs.	Aleteo Nasal	LESIONES DE PIEL																																																																			
	POSICION	Sibilancia	Flebitis																																																																			
Decúb. Dorsal	Roncantes	Infiltración																																																																				
Decúb. Lateral D - I	Ninguno	Quemaduras																																																																				
Decúb. Ventral	Otro:	Hematoma																																																																				
DISPOSITIVOS Y/O DRENAJES		Lesión por adhesivos		MONITOREO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>PA</th> <th>T°</th> <th>Sat O₂</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							Hora	FC	FR	PA	T°	Sat O ₂																																																						
Hora	FC	FR	PA								T°	Sat O ₂																																																										
SNG () SOG ()	S.V() S.F() Talla V.()	Zonas de presión																																																																				
Colostomia	D. Torácico	Otro:																																																																				
Otro:		Ninguna																																																																				
Obs.		Obs.																																																																				
ACCESOS INVASIVOS		EVALUACION DEL DOLOR																																																																				
CVP:() CVC:() PICC:() Otro:		HORA	FLACC	EVA																																																																		
Ubicación:																																																																						
Infundiendo :																																																																						
Obs.																																																																						
B	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA																																																																					
	Patrón respiratorio ineffectivo R/C : () Hiperventilación () Ansiedad () Deterioro neurológico () Laringoespasmo () Broncoespasmo																																																																					
	Limpieza ineffectiva de vías respiratorias R/C: () S. retenidas () Espasmo () Mucosidad excesiva () Cuerpo extraño - tapón TOI																																																																					
	Dolor Agudo R/C: () Injurias tisulares () Intervención quirúrgica																																																																					
	Riesgo a hipotermia R/C: () Uso de anestésicos () Entorno frío () Edad																																																																					
	Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos R/C: () Sangrado () Vómitos () Drenaje excesivo () Ayuno prolongado																																																																					
	Nauseas R/C: () Distensión gástrica () Uso de anestésicos () Ansiedad () D																																																																					
	Ansiedad R/C: () Cambio de entorno () Separación de los padres																																																																					
	Riesgo a sangrado R/C: () Cirugía () Coagulopatía																																																																					
	Riesgo de caídas R/C: () Edad menor a 5 años () Uso de anestésicos																																																																					
C	PLANIFICACION																																																																					
	Función respiratoria normal		Ansiedad controlada																																																																			
	Vía aérea permeable		Sin riesgo de desequilibrio de líquidos																																																																			
	Paciente con dolor controlado		Paciente sin riesgo de sangrado																																																																			
	Paciente regula temperatura		Paciente sin riesgo de caídas																																																																			

Leyenda de imagen niño

AZUL: 1. CVP 2. CVC 3. IA 4. PICC
 5. PORT 6. SNG 7. SV/SF 8. OSTOMA

G. Otro:
 ROJO: SEÑALIZAR ZONA OPERATORIA / INTERVENIDA

**REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST
ANESTESICA – INSN (LADO B)**



**REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST
ANESTESICA - INSN**

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	
I	

EVALUACION: PACIENTE PERMANECE EN URPA () / PACIENTE DE ALTA DE URPA ()	
DERIVADO A: Hospitalización() Casa() Permanece en URPA ()	Brazalete Institucional: SI () NO ()
Hora coordinación con Enfermera del servicio:	Hora de alta URPA:
E	

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	HORA	BALANCE DE URPA				FIRMA Y SELLO - ENFERMERA
		INGRESO		EGRESO		
		EV		DIURESIS		
		VO		VOMITO		
Ex. Auxiliar:		TOTAL:		TOTAL:		

SOLO LLENAR EN CASO DE PACIENTE AMBULATORIO	
ORIENTACION E INFORMACION A PADRES / APODERADOS DE PACIENTES AMBULATORIOS DE ALTA A CASA	
Se brinda orientación para el trámite administrativo de alta.	
Se brinda información para que pueda reconocer los signos de alarma como: fiebre, sangrado, dolor intenso, vómitos	
Información en relación al reinicio de la vía oral, según indicaciones médicas.	
Se orienta en relación al tratamiento farmacológico, teniendo énfasis en: la dosis, horario y días de tratamiento según indicación médica.	
Se orienta sobre los cuidados en el hogar, según el tipo de cirugía realizada e indicaciones del cirujano	
Orientación sobre los pasos a seguir para su próxima cita.	
OBSERVACIONES:	

FIRMA Y SELLO ENFERMERA

FIRMA PADRE/APODERADO



INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE LA HOJA REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA – INSN

CONSIDERACIONES GENERALES:

- ✓ El formato será aplicado a todos los pacientes post operados inmediatos que ingresen a la Unidad de Recuperación Post anestésica en el INSN.
- ✓ El llenado del formato se realizará con los lapiceros de color azul y rojo, según corresponda y según normatividad vigente.
- ✓ El llenado se realizará con letra legible, sin borrones, ni enmendaduras
- ✓ Para registrar alguna opción realizarlo con un ASPA (X) en los casilleros según corresponda.

I. DATOS DE FILIACION: Los ítems a marcar se realizarán con un X

1. Apellidos y nombres: Colocar los nombres y apellidos completos; referencia Ficha de identificación del paciente – HOJA 1 de la historia clínica.
2. Fecha: Colocar la fecha actual.
3. H. de ingreso: se consignará la hora de ingreso a URPA.
4. Diagnóstico operatorio: colocar el diagnóstico pre quirúrgico.
5. N° de Historia Clínica: Colocar el número registrado en la hoja 1
6. Sexo: Marcar con un aspa M (si es masculino) o F (femenino)
7. Edad: Seguidamente del número consignar la letra A para años y M para meses.
8. Intervención Quirúrgica: Colocar la intervención quirúrgica realizada.
9. Tipo de anestesia: se consignará el tipo de anestesia administrada en el intraoperatorio.
10. Peso: Colocar el peso registrado en la hoja de anestesiología
11. Evento intraoperatorio: Marcar con un aspa en las opciones SI () NO(), según corresponda; teniendo en cuenta la notificación de evento realizada en quirófano.
12. Especialidad QX: registra la especialidad según el procedimiento quirúrgico realizado.
13. **Alergia:** Registrar en mayúscula y en color rojo: El tipo de alergia, de no ser así se colocará **NO** (Este ítem se escribe con lapicero color rojo).
14. Paciente: Marcar con un aspa la condición del paciente: Ambulatorio / Hospitalizado / Emergencia.
15. Tipo de seguro: colocar el tipo de seguro con que cuenta el paciente.

II. VALORACION DE ENFERMERIA: Los ítems a marcar se realizarán con un X

1. **S – Datos Subjetivos** = La evaluación se realiza al ingreso a URPA, se está considerando NA (no aplica) debido a que el estado de conciencia del paciente está alterado por encontrarse aún bajo efectos de anestesia.
2. **O – Datos Objetivos** = Datos Objetivos, todos aquellos datos clínicos o físicos que se identifiquen al realizar la valoración de Enfermería. En caso de ser en cambio de turno y/o se requiera continuar el mismo formato hasta el alta del paciente, se



continuará utilizando el color correspondiente al turno (Azul en turno Diurno y Rojo en turno Nocturno).

3. **ESTADO DE CONCIENCIA:** Se marcará con un aspa en uno de los casilleros, según el estado de conciencia del paciente, siendo las opciones: Despierto, Somnolencia, Dormido, Agitado o irritable; en el ítem Obs. Se considerará alguna condición adicional que no esté descrito en las opciones; en caso de no haber observaciones colocar un guión ()
4. **OXIGENACION/ RESPIRACION:** Se marcará con un aspa (X) en el casillero correspondiente a las características de la respiración del paciente (espontánea), si ingresa con Tubo oro faríngeo, Máscara reservorio, Cánula Binasal, si presentará polipnea, disnea, aleteo nasal, estridor, roncales, sibilantes. En el casillero otros, se considera otro dispositivo que no esté considerado; y en caso de utilizar algún apoyo de oxígeno se consignará la cantidad de litros de oxígeno. Se marcará en el casillero de ninguno cuando el paciente NO presenta algún tipo de alteración en la respiración.
5. **POSICIÓN:** Marcar con un aspa en el casillero correspondiente la posición en el que ingresa el paciente a URPA, siendo las opciones: Decúbito Dorsal, Decúbito Lateral, Decúbito Ventral.
6. **PIEL Y MUCOSAS:** Marcar con un aspa una de las opciones
Normal, Pálida, Ictérica, fría, cianótica / Mucosas: Húmedas o secas.
7. **ZONA OPERATORIA/ INTERVENIDA:**
Se describe la ubicación de la zona operatoria, área y/o región intervenida; así también se detallará las condiciones de la gasa, vendaje y/u otro que cumpla las funciones de protección y/o aislamiento de la herida operatoria; considerar si hay uso de férula y vendajes, uso de yeso, drenes, entre otros.
 - En el servicio de quemados se considerará el área y el porcentaje de afectación según diagrama de paciente quemado, manteniendo los colores asignados por la especialidad para la zona dadora y receptora respectivamente.
 - Para describir la característica de la gasa de protección y/o aislamiento de la herida operatoria se considerará como limpia, secas y/o húmedas
8. **LESIONES DE LA PIEL:** Marcar con un aspa si el paciente presenta alguna lesión, teniendo como opciones: Flebitis, Infiltración, Quemaduras, Equimosis, Hematoma, lesión por adhesivos, Zonas de presión; El ítem Ninguna se marca cuando no presente lesiones; en el casillero otros se escribirá alguna otra característica identificada.
9. **DISPOSITIVOS Y/O DRENAJES:** Marcar con un aspa en el casillero correspondiente si el paciente ingresa con SNG= sonda nasogástrica, SOG= sonda Oro gástrica, Gastrostomía, Ileostomía, Colostomía, Sonda Vesical, talla vesical, Dren torácico, Dren Abdominal.
 - **Otros:** Registrar si el paciente tiene algún otro tipo de drenaje o dispositivo que no esté como opción para marcar.
 - **Obs.** Se registrará las características identificadas en relación al dispositivo registrado.



10. ACCESOS INVASIVOS: Se marcará el tipo de acceso IV que es portador el paciente post operado, **Ubicación:** Se registra la ubicación y operatividad del mismo (permeable o no permeable).

- **Infundiendo:** Registrar el tipo de solución que se está infundiendo y volumen pendiente a pasar.

- **Obs.-** Registrar alguna particularidad en relación a los accesos invasivos.

11. EVALUACION DEL DOLOR: Se registra la calificación de la valoración del dolor del paciente tomando en cuenta las escalas de EVA o FLACC según corresponda, registrando la hora en cada valoración.

12. MONITOREO: El registro de los signos vitales se realiza al ingreso a URPA, luego 3 veces consecutivas, con intervalo de 15 minutos; los registros posteriores dependerán de la evolución del paciente y/o el procedimiento quirúrgico, Si presenta alguna alteración se comunica inmediatamente al médico anestesiólogo a cargo.

- **Hora.** - Se registra la hora de ingreso a URPA y los 3 controles posteriores con intervalo de 15 minutos cada uno, quedando casilleros adicionales para algún otro control posterior.

- **FC** = Registra los valores de la frecuencia cardiaca, según los horarios establecidos.

- **FR** = Registra los valores de la frecuencia respiratoria, según los horarios establecidos.

- **PA** = Registra los valores de la Presión Arterial, según los horarios establecidos.

- **T°** = Registra los valores de la Temperatura, identificando el tipo de temperatura tomada: digital, axilar, rectal según los horarios establecidos.

- **Sat. O2** = Corresponde al registro de los valores de la Saturación de Oxígeno, según los horarios establecidos.

13. LEYENDA DE FIGURA DE NIÑO:

Se observa 02 imágenes de niño, una vista frontal y otra posterior, en el cual se colocará el número correspondiente al dispositivo y ubicación según corresponda de: accesos invasivos, dispositivos, drenajes y otros que cuente el paciente. Utilizando numeración descrita en la leyenda. (Lapicero color azul)

- Se registrará con X de color rojo la zona o área quirúrgica.

III. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

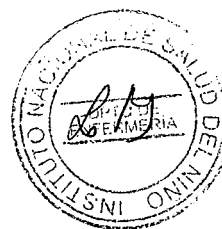
Con un aspa se marcará el diagnóstico de enfermería según corresponda al paciente, teniendo en cuenta considerar mínimo una opción como factor relacionado.

Se pueden consignar más de 01 diagnóstico de enfermería.

En las casillas en blanco se podrá escribir otro diagnóstico no considerado entre las 09 opciones planteadas.

IV. P = PLANIFICACION

Marcar con un aspa una de las opciones planteadas, así también en los casilleros en blanco se considerará otra opción de diagnóstico de enfermería que no esté considerada.



HOJA LADO B

V. I = INTERVENCION

- Realizar el registro de las intervenciones y cuidados de enfermería brindados al paciente post operado inmediato, signos de alarma identificados, características relevantes de la zona operatoria, procedimientos realizados, evaluación del dolor, administración de medicamentos entre otros; tener en cuenta el consignar los horarios de cada intervención.
- Cuando se presente alteración de uno o más de uno de los criterios de valoración respiratoria y/o hemodinámica, realizar el registro del monitoreo e intervenciones realizadas, en forma secuencial, clara y precisa.
- De ser necesario continuar con el registro en el turno siguiente, este realizarlo con el color de lapicero según corresponda el turno.

VI. EVALUACION DE ALTA DE URPA

- *Registrar a donde es derivado el paciente:* marcando una de las opciones: hospitalización / alta a casa / *Permanece en URPA.*
- *Brazalete institucional:* registrar *Sí o No* (no equivale a otro tipo de etiqueta de identificación)
- *Hora de coordinación con enfermera del servicio:* se registrará hora de coordinación / en caso el paciente sea ambulatorio se colocará —
- *Hora de Alta de URPA:* se registrará la hora de transferencia del paciente a hospitalización / Alta a casa en paciente ambulatorio.
- En las líneas en blanco se registrará las condiciones en las que el paciente sale de alta de la Unidad de Recuperación Post Anestésica.
- De ser necesario continuar con el registro en el turno siguiente, este realizarlo con el color de lapicero según corresponda el turno

VII. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN URPA

- Registrar los medicamentos administrados durante la estancia en URPA, considerando el nombre del medicamento, la dosis, vía de administración y la hora de administración; para el registro mantener los colores de lapicero según el Kardex de Enfermería.
- Ex. Auxiliar: registrar tipo y hora del examen realizado.
- Si no se administra ningún medicamento se realiza una línea oblicua en todo el casillero

VIII. BALANCE DE INGRESOS Y EGRESOS

- Se colocará el volumen total del ingreso, considerando las soluciones administradas por la vía endovenosa, tratamiento intravenoso. (vía oral en algún caso que se haya realizado)
- Se considerada como egreso los volúmenes de la diuresis, vómitos y/ o drenajes
- En caso de Sangrado o administración de Hemoderivados no se considerará dentro de este balance, se realizará y se reportará en forma independiente.



IX. SELLO Y FIRMA – ENFERMERA

La enfermera responsable del paciente colocará su sello y firma correspondiente, teniendo en cuenta la claridad del sello.

SOLO LLENAR EN CASO EL PACIENTE SEA AMBULATORIO:

X. ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN A PADRES, APODERADOS DE PACIENTES AMBULATORIOS DE ALTA

- *ORIENTACION PARA EL TRAMITE DE ALTA.* - Se colocará un aspa en el casillero correspondiente al ítem, posterior a haber orientado, Informado y entregado los documentos para que realice el trámite administrativo para el alta del niño.
- *IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA EN CASA.* - Se registrará con un aspa, posterior a la educación brindada al padre / apoderado sobre la identificación de los signos de alarma en casa: Fiebre, dolor Agudo, Sangrado, entre los de mayor riesgo.
- *REINICIO DE LA VIA ORAL.* - Se colocará el aspa en el casillero asignado posterior a brindar la educación del padre / apoderado en relación al reinicio de la alimentación según sea el tipo y horario del alimento.
- *TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN CASA.* - Se colocará un aspa posterior a haber explicado de forma detallada la administración de medicamentos en casa, recalando horario y dosis, según el tipo de tratamiento que tenga indicado por el médico tratante.
- *CUIDADOS GENERALES EN EL HOGAR.* - Se colocará un aspa posterior a haber realizado la orientación en relación a la higiene en el hogar, reposo, actividades cotidianas, entre otros, según las indicaciones del cirujano y el tipo de cirugía.
- *ORIENTACION PARA LA PROXIMA CITA.* - Se colocará un aspa posterior a haber explicado los pasos a seguir para que pueda tramitar / solicitar su próxima cita, según fecha indicada por médico tratante.
- *Observaciones.* - En este ítem se registrará alguna información adicional según sea el caso.

El padre / apoderado deberá de firmar, colocar número de DNI y su huella digital al final de la hoja, dando conformidad de la orientación e información brindada.



ANEXO N°4

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS			
N° DE FICHA		FECHA DE NOTIFICACIÓN	
SERVICIO / UNIDAD / ÁREA			
A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
N° DE HISTORIA CLÍNICA			
SEXO DEL PACIENTE		EDAD DEL PACIENTE	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
B. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO			
FECHA DEL EVENTO		HORA DEL EVENTO	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL EVENTO Y ACCIONES INMEDIATAS			
C. CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO / INCIDENTE A NOTIFICAR (Marcar con una "X" según corresponda)			
INCIDENTE ¹	☐	EVENTO ADVERSO ²	☐
EVENTO CENTINELA ³ ☐			
1) Es una circunstancia que PODRÍA HABER CAUSADO DAÑO innecesario a un paciente			
2) Daño involuntario al paciente por un acto de comisión u omisión*, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente			
3) Evento Centinela: Es un Evento Adverso que causó la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función			
D. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS			

EVENTOS ADVERSOS GENERALES (Pueden suceder en cualquier servicio)
Caida del Paciente con Daño
Error en la identificación del Paciente
Extravasación de la vía endovenosa
Error en la medicación (prescripción, dispensación y administración)
Fiebre asociada a catéter venoso periférico
Neumonía Intrahospitalaria (IAHS)
Úlcera por presión
Fuga de Paciente
Erupción del Pañal

EVENTOS ADVERSOS QUIRÚRGICOS
Caluga en el lugar equivocado
Lesión de un órgano durante intervención quirúrgica
Objeto de cuerpo extraño durante operación
Dehiscencia de Herida Operatoria
Hemorragia intra y/o post-operatoria

EVENTOS ADVERSOS ANESTÉSICOS
Hipotensión arterial
Alteración del ritmo o actividad cardíaca
Cefalea post-punción de duramadre
Muerte súbita de paciente no esperada
Sarínoplasma post-extubación

Fuente: N° 005-IGSS/V.01: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela"



BIBLIOGRAFIA

1. INSNSB Guía de Procedimiento de Atención de Enfermería en la Unidad de Recuperación Post Anestésica INSNSB. Mayo 2022. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/044-GUIA%20DE%20PROCEDIMIENTO%20DE%20ATENCION%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20RECUPERACION%20POST%20ANESTESICA.pdf>
2. García R, Sánchez M, RECEPCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE PROCEDENTE DE QUIRÓFANO (REANIMACIÓN) Y/O PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, Internet 2012 Consultado el 2022. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711016.pdf>
3. Plazas L. Técnica para Frecuencia Respiratoria. Abril 2022. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/frecuencia-respiratoria/>
4. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía. Setiembre 2010, Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d2_pulsioximetria.pdf
5. Pérez L. Signos Vitales, Disponible en: 2020 <https://tomi.digital/es/16015/semana-6>
6. Manual de Procesos y Procedimientos de la Atención Quirúrgico, Año 2012 RD N° 873-2012-DG-INSN. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/RD%20873-2012_0%20MANUAL%20DE%20PROC%20CQ%202012.pdf
7. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía Técnica: Procedimiento de Enfermería "Limpieza y Desinfección de la Unidad del Paciente" Año 2021 RD N° 225-2021-DG-INSN, Disponible en: http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/disposiciones-emitidas/R.D.N%C2%B0225-2021-INSN.DG_.pdf
8. Instituto Nacional de Salud del Niño. Manual de Bioseguridad INSN 2014
9. Tablas de Signos Vitales, Medina Mnemotecnias, Disponible en 2022: <http://medicinamnemotecnias.blogspot.com/2016/10/tablas-de-signos-vitales-por-edades.html>
10. Wong D. Valoración del dolor. En Mosby – Doyma, editor. Enfermería Pediátrica, II Tomo. 4ta ed. Madrid – España; 2003. Pág. 557-61
11. Instituto Nacional de Salud del Niño. Manual de Organización y funciones del departamento de enfermería. RD N° 522-DG-INSN-2011