



# Resolución Directoral

Iquitos, 04 de octubre del 2024

Visto el Memorando N° 862-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01, de fecha 04 de octubre del 2024, mediante el cual se autoriza proyectar la Resolución Directoral que aprueba los **"FORMATOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS"** del Hospital Iquitos "César Garayar García";

## CONSIDERANDO:

Que, en los artículos I y II, del Título Preliminar de la Ley 26842 - Ley General de la Salud, establecen que "la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", la cual tiene como finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios de los servicios de salud, a través de un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, así como a proteger los intereses legales de los usuarios, del personal de la salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS del sector Salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", señalando que los objetivos específicos son establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud; así como, brindar a las instancias proponentes de la regulación del Ministerio de Salud, una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas, estableciendo en el numeral 5.4 como tipos de documentos normativos: la Norma Técnica de Salud, Directiva, Guía Técnica y Documento Técnico;

Que, mediante el Oficio N° 048-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.12., de fecha 17 de setiembre del 2024, la Coordinadora del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, solicita a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "César Garayar García", la revisión y aprobación de los Formatos de Registros de Enfermería del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos;

Que, mediante el Oficio N° 184-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30, de fecha 18 de setiembre del 2024, la Jefatura del Departamento de Enfermería, solicita al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", la aprobación mediante acto resolutivo los Formatos de Registros de Enfermería del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos;

Que, mediante el Oficio N° 216-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02 con fecha 25 de setiembre del 2024, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite las Observaciones de los Formatos de Registros de Enfermería del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "César Garayar García", para su modificación y/o





# Resolución Directoral

Iquitos, 04 de octubre del 2024

corrección de dichos Formatos de acuerdo al Informe Nº 010-2024-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN;

Que, mediante el Oficio Nº 192-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30, con fecha 03 de octubre del 2024, la Jefatura del Departamento de Enfermería, remite al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", la subsanación de las Observaciones de los Formatos de Registros de Enfermería del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, para su aprobación y Emisión de la Resolución Directoral correspondiente;

Estando a lo informado por la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Iquitos "César Garayar García";

Con el visto bueno de la Dirección Adjunta, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Organización y la Unidad de Asesoría Legal del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"; y

En uso de las atribuciones y facultades conferidas a la Dirección Ejecutiva del Hospital Iquitos "César Garayar García", mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº 066-2024-GRL-GR, de fecha 08 de enero del 2024;

## SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º.- APROBAR** los "FORMATOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS" del Hospital Iquitos "César Garayar García", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTICULO 2º.- ENCARGAR** a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Iquitos "César Garayar García" para que proceda a la difusión, implementación, supervisión, seguimiento y el debido cumplimiento de los "FORMATOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS" del Hospital Iquitos "César Garayar García".

**ARTICULO 3º.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES  
Director Ejecutivo (e)  
C.M.P. Nº 030408



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HAI  
GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - INGRESO  
Formato I**



DATOS GENERALES	
Nombre y Apellido: .....	Edad : ..... Sexo: ..... HCL: ..... N° Cama: ...
Fecha de ingreso al servicio: ..... Hora:..... Seguro: SIS ( ) N° .....	Otros: ..... GD:.....
Procedencia: Emergencia ( ) SOP ( ) GO ( ) Cirugía ( ) Medicina ( ) Otro: .....	
DX. Medico: .....	Motivo de Ingreso: Cuidados especiales ( ), Monitoreo ( )
Fecha Valoración:..... Hora: .....	Turnos: : Dia( ) Noche ( ) Peso:..... Kg Talla: .....cm
Signos Vitales: P/A:.....mmhg. PAM:.....mmhg. FC:.....x' FR:.....x' T°:.....°C, SpO <sub>2</sub> :.....%	
VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES	

**PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD**

Estado General de Salud: .....

**Antecedentes de enfermedad**

HTA ( ) DM ( ) Gastritis ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( )  
Otros: ..... Sin problemas importantes ( )

**ALERGIAS:** SI ( ) NO ( ) Fármacos ( ) Alimentos ( )

Signos y síntomas: .....

¿Toma algún medicamento en casa? SI ( ) NO ( )

Especificar: .....

Estado de Higiene: Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

**PATRÓN DE RELACIONES ROL (ASPECTO SOCIAL)**

Ocupación: .....

¿Con quién vive?

Solo ( ) Con su familia ( ) Otros: .....

Fuentes de apoyo: Familia ( ) otros( ) .....

**PATRÓN DE VALORES – CREENCIA**

Religión: .....

Restricciones Religiosas: .....

¿Solicita visita de líder espiritual?: SI ( ) NO ( )

Comentarios adicionales: .....

**PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO  
TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS**

Estado Emocional:

Positivo ( ) Negativo ( ) temeroso ( ) llanto ( )

Irritable ( ) hiperactivo ( )

Preocupaciones principales/Comentarios adicionales: .....

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

Sueño: Normal ( ) Insomnio ( )

Especificar/comentarios adicionales: .....

**PATRÓN COGNITIVO- PERCEPTIVO**

ESTADO COGNITIVO (ALEC) :

Alerta ( ) letargo ( ) Estuporoso ( ) Comatoso ( )

Especificar/Comentarios Adicionales: .....

**ESTADO DE MENTAL:**

Orientación: Espacio ( ) Tiempo ( ) Persona ( )

Pensamiento: Coherente ( ) Incoherente ( )

Especificar/comentarios adicionales: .....

**ESTADO PERCEPTIVO:**

Presencia de anomalías en:

Audición:.....

Visión:.....

Habla/lenguaje:.....

Especificar/comentarios adicionales: .....

**Dolor/molestias:**

.....

Especificar/Comentarios adicionales: .....

EVA: ..... Escala de Glasgow:.....

Pupilas: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )  
Reactivas ( ) No reactivas ( )

Tamaño de pupilas:.....

**PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO**

**ACTIVIDAD FÍSICA**

Fuerza muscular: Conservada ( ) Disminuida ( )

Flacidez ( ) Contracturas ( ) Fracturas ( )

Especificar /Coment. Adicionales:.....

**MOVILIDAD EN CAMA:** Sin limitaciones ( )

ligeramente limitada ( ) Muy limitada ( ) completamente inmóvil ( )

Agitación psicomotriz: SI ( ) NO ( )

Comentarios adicionales: .....

**PRESENCIA DE LESIONES POR PRESIÓN:** SI ( ) NO ( )

Grado de lesión: I II III, IV

Características:.....

**RIESGO DE CAÍDAS:** Escala de J.H. Downton

R. Bajo- 0 ( ) R. Moderado 1-2 ( ) R. Alto +3 ( )

**CONTENCIÓN MECÁNICA:** SI ( ) NO ( )

Especificar:.....

**ACTIVIDAD RESPIRATORIA**

FR: Normal ( ) Aumentada ( ) Disminuida ( )

Respiración: Normal ( ) Superficial ( ) Profunda ( )

Aleteo nasal ( ) Uso de músculos accesorios ( )

Ritmo respiratorio: Normal ( ) Alterada ( )

Ruidos respiratorios: .....

Reflejo de la tos: Eficaz ( ) Débil ( ) Ausente ( )

Secrec. Orofaringeas: Escaso( ) Poco ( ) Abundante ( )

Características: .....

Secreciones Orotraqueales: Escaso ( ) Poco ( )

Abundante ( )

Características: .....

O<sub>2</sub> suplementario: SI ( ) NO ( )

Dispositivo: ..... l/min/..... FIO<sub>2</sub>: .....

TET: SI ( ) NO ( )

Nº.: ..... Nivel: .....Cuff: inflado ( ) desinflado ( )

Ventilación Mecánica Invasiva: SI ( ) NO ( )

Modo: ..... PEEP: .....

Comentarios Adicionales:.....

Traqueotomía: No ( ) si ( )

Cuff: inflado ( ) desinflado ( )

Comentarios Adicionales:.....

Especificar: .....

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

PAM: Normal ( ) Alto ( ) Bajo ( )

FC: Normal ( ) Aumenta ( ) Disminuida ( )

llenado capilar: .....



Pulso periférico: Normal ( ) Aumentada ( )  
 Disminuido ( ) Ausente ( )  
 Comentarios Adicionales:.....  
 Edema: SI ( ) NO ( )  
 Localización:

.....  
 +(0-0.65cm) ++(0.65-1.25cm) +++(1.25-2.50cm)  
 Anasarca ( )

**Riego periférico:**

MI I ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( )  
 MID ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( )  
 MSI ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( )  
 MSD ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( )

**Presencia de líneas invasivas:**

**Cateter periférico:**

Lugar	F. Cambio	Estado / condicion

**Línea Arterial:** SI ( ) NO ( )

**Cateter de alto flujo:** SI ( ) NO ( )

**Cateter Venoso Central:** SI ( ) NO ( )

Descripcion:.....

Otros:.....

**PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO**

**Piel:** T°: Normal ( ) Baja ( ) Alta ( )

Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubor( )

Cianosis ( ) Diaforesis ( ) Ictérico ( ) Escamosa ( )

Hidratación: Turgente ( ) poco Turgente ( ) seca ( )

Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( )

Especificar / Comentarios Adicionales: .....

**Cuero cabelludo:** Integra ( ) lesiones ( )

Especificar:.....

**Ojos:** Hidratada ( ) Hundidos ( ) Edema ( )

**Mucosa oral:** Intacta ( ) Hidratada ( )

Lesiones ( ) sequedad ( ) palidez ( )

**Higiene Bucal:** Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

**Lengua:** Hidratada ( ) seca ( ) lesiones ( )

Especificar / Comentarios Adicionales: .....

**Cavidad bucal:**

Dentadura: Completa ( ) Incompleta ( ) Ausente ( )

Prótesis ( )

Comentarios adicionales: .....

**Presencia de flebitis:** SI ( ) NO ( )

Escala de Maddox:

Puntaje: 0- 1-2-3-4-5

**Presencia de lesiones por presión:** SI ( ) NO ( )

Grado de lesión: I II III, IV

Características:.....

**Escala de Braden:**

Riesgo Alto ( ) Moderado ( ) Bajo ( ) Sin riesgo ( )

**Alimentación:** VO ( ) NET ( ) NPT ( ) / NPO ( )

**Tolerancia alimenticia:** Normal ( ) Disminuida ( )

Intolerancia ( )

**Sed:** Normal ( ) Aumentada ( ) Disminuida ( ) Intolerancia ( )

**Deglución:** Normal ( ) Dificultad para Deglutir ( )

No Deglute ( )

**Nauseas:** SI ( ) NO ( ) Vómitos SI ( ) NO ( )

Comentarios adicionales: .....

**SNG / SOG:** SI ( ) NO ( ) Alimentación ( ) Drenaje ( )

**Permeabilidad de la sonda:** SI ( ) NO ( )

Fecha de cambio: .....

Residuo gástrico: SI ( ) NO ( )

Comentarios Adicionales:.....

**Abdomen:** Blando /Depresible ( ) poco Depresible ( )

Distendido ( ) Doloroso ( ) Timpánico ( ) Voluminoso ( )

Comentarios Adicionales:.....

**Ruidos Hidroaéreos:** Normales ( ) Aumentados ( )

Disminuidos ( ) Ausentes ( )

Presencia de Herida quirúrgica: SI ( ) NO ( )

Drenajes: SI ( ) NO ( )

Especificar/comentarios adicionales: .....

**Perfusión /Infusión**

Vía Periférica: .....

Vía Central:.....

**PATRÓN DE ELIMINACIÓN**

**Hábitos Intestinales:**

Deposiciones Normal ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( )

Incontinencia ( )

**Hábitos vesicales:**

Cantidad: Normal ( ) Poco ( ) Abundante ( ) Escaso ( )

Color: Normal ( ) Clara ( ) Colúrica ( ) Hematúrica ( )

Especificar:/Comentarios adicionales: .....

**Sistema de ayuda:**

Sondaje ( ) Pañal ( ) Colector ( )

Fecha de cambio de sonda: .....

Comentarios adicionales: .....

**PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN**

**Secreciones anormales en genitales:** SI ( ) NO ( )

Especificar: .....

**Otros Hallazgos:**

**COMENTARIOS ADICIONALES.**

Eventos Adversos: .....

FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERA (O)





GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA - EVOLUCION - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS.

**DATOS GENERALES - Formato II**

Nombres y Apellidos: ..... Edad: ..... Sexo: ..... HCL: ..... N° cama: .....  
 Fecha de Ingreso al servicio: ..... H.Ingreso : ..... Seguro: SIS ( ) N° ..... Otros: ..... GD: .....  
 DX. Medico: .....  
 Fecha de Valoración: ..... Dia ( ) Hora: ..... Noche ( ) Hora: ..... Peso: ..... Kg, Estancia en el servicio: .....  
 Signos Vitales: Día: P/A: ..... mmHg. PAM: ..... mmHg. FC: ..... x' FR: ..... x' T°: ..... SpO<sub>2</sub>: ..... %  
 Noche : P/A: ..... mmHg. PAM: ..... mmHg. FC: ..... x' FR: ..... x' T°: ..... SpO<sub>2</sub>: ..... %

**VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES**

		D	N			D	N
PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTIVO	<b>PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD</b> ESTADO GENERAL DE SALUD .....						
	Alergias: .....						
	<b>Estado de Higiene</b> Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>PATRÓN DE ROL RELACIONES (ASPECTO SOCIAL)</b> Fuentes de apoyo: Familia ( ) otros ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS</b> ¿Solicita visita de líder espiritual?: SI ( ) NO ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b> TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS Estado Emocional: Positivo ( ) Negativo ( ) temeroso ( ) llanto ( ) Irritable ( ) hiperactivo ( ) Preocupaciones principales: .....						
	<b>PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO</b> Sueño: Normal ( ) Insomnio ( ) Comentarios Adicionales: .....						
	Medicación con sedantes: SI ( ) NO ( ) Escala RASS: .....						
	<b>Estado Cognitivo (ALEC):</b> Alerta ( ) letargo ( ) Estuporoso ( ) Comatoso ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>Estado de Mental:</b> Orientación: Espacio ( ) Tiempo ( ) Persona ( ) Pensamiento: Coherente ( ) Incoherente ( ) Comentarios adicionales: .....						
<b>Estado Perceptivo:</b> Presencia de anomalías en: Audición: ..... / ..... Visión: ..... / ..... Habla/lenguaje: ..... / ..... Comentarios adicionales: .....							
<b>Dolor/molestias:</b> Especificar/Comentarios adicionales: .....							
<b>EVA:</b> ..... / ..... Pupilas: Reactivas ( ) No reactivas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Tamaño de pupilas: ..... / ..... <b>Escala de Glasgow:</b> ..... Comentarios adicionales: .....							
	<b>PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO</b>						
	<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b> Fuerza muscular: Conservada ( ) Disminuida ( ) Flacidez ( ) contracturas ( ) fracturas ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>Movilidad en cama:</b> Sin limitaciones ( ) ligeramente limitada ( ) Muy limitada ( ) completamente Inmóvil ( ) <b>Agitación psicomotriz:</b> SI ( ) NO ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>Riesgo de caídas:</b> Escala de J.H. Downton R. Bajo = 0 ( ) R. Moderado 1-2 ( ) R. Alto +3 ( ) <b>Contención mecánica:</b> SI ( ) NO ( ) Especificar: .....						
	<b>ACTIVIDAD RESPIRATORIA</b> FR: Normal ( ) Aumentada ( ) Disminuida ( ) <b>Respiración:</b> Normal ( ) Superficial ( ) Profunda ( ) aleteo nasal (uso de músculos accesorios) (Retracción tórax ( ) <b>Ritmo respiratorio:</b> Normal ( ) Alterada ( ) <b>Ruidos respiratorios:</b> Normal ( ) Roncus ( ) sibilantes ( ) crepitantes ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>Reflejo de la tos:</b> Eficaz ( ) Débil ( ) Ausente ( ) <b>Secreciones por TOT:</b> Escaso ( ) Poco ( ) Abundante ( ) Características: ..... / ..... <b>Secrec. Orofaríngeas:</b> Escaso ( ) poco ( ) Abundante ( ) Características: ..... / ..... <b>Secrec. Nasal:</b> SI ( ) NO ( ) características: .....						
	<b>O2 suplementario:</b> SI ( ) NO ( ) Dispositivo: ..... l/min/ ..... FiO <sub>2</sub> : ..... <b>TET:</b> SI ( ) NO ( ) Número: ..... Nivel: .....						
	<b>Ventilación Mecánica Invasiva:</b> SI ( ) NO ( ) Modo: ..... PEEP: ..... <b>Traqueotomía:</b> No ( ) si ( ) <b>Cuff:</b> Inflado ( ) Desinflado ( ) Especificar: .....						
	<b>ACTIVIDAD CIRCULATORIA</b> <b>PAM:</b> Normal ( ) Alta ( ) Baja ( ) <b>FC:</b> Normal ( ) Disminuida ( ) Aumentada ( ) <b>llenado capilar:</b> < 2seg. ( ) > 2seg. ( ) <b>Pulso periférico:</b> Normal ( ) Aumentada ( ) Disminuido ( ) ausente ( ) Comentarios adicionales: .....						
	<b>Edema:</b> SI ( ) NO ( ) <b>Localización:</b> ..... +(0-0.65cm) ++(0.65-1.25cm) +++(1.25-2.50cm) Anasarca ( ) <b>Riego periférico:</b> MI ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( ) MID ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( ) MSI ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( ) MSD ( ) Tibia ( ) Fría ( ) Caliente ( ) Comentarios adicionales: .....						











Diagnósticos	Turnos		Resultados Esperados	Indicadores	P. inicial D N	P. Diana D N	Intervención	Turnos		Actividades	Ejecución		P. final D N		Puntuación de Cambios / indicadores					
	D	N						D	N		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
5. Deterioro de la integridad de la mucosa oral R/C. Deshidratación Higiene oral inadecuado			Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Hidratación Lesiones de la mucosa Tejido cicatricial			Restablecimiento de la salud bucal			Realizar higiene oral Aplicar soluciones antibacterianas Aplicar lubricantes Mantener hidratación oral					DIURNO ( ) Hidratación ( ) Lesiones de la mucosa ( ) Tejido cicatricial	NOCTURNO ( ) Hidratación ( ) Lesiones de la mucosa ( ) Tejido cicatricial				
6. Riesgo de lesión por presión en el adulto Como se evidencia por: Presión sobre prominencias óseas Disminución de la movilidad física			Control del riesgo: Lesión por presión	Identifica limitaciones de movilidad Cambia de posiciones al menos cada 2 horas			Prevención de lesión por presión Vigilancia de la piel			-Realizar cambios de posición -Mantener la ropa de cama limpia y seca, sin arrugas. -Mantener Hidratado la piel -Vigilar prominencias óseas Aplicar protector en las zonas Utilizar colchones especiales					( ) Identifica limitación de la movilidad ( ) Cambio de posiciones	( ) Identifica limitación de la movilidad ( ) Cambio de posiciones				
7. Deterioro de la integridad cutánea R/C Condic asociadas a: Alteración de la piel			Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	Perfusión tisular Integridad de la piel			Vigilancia de la piel Cuidados de las Heridas			Proporcionar cuidados de piel Monitorizar las características de las heridas Vigilar las prominencias óseas Aplicar crema adecuada en la piel o lesión según correspon Vigilar signos y síntomas asociados a flebitis					( ) Perfusión tisular ( ) Integridad de la piel	( ) Perfusión tisular ( ) Integridad de la piel				
8. Lesión por presión en adultos R/C Presión sobre prominencias óseas			Curación de la herida por segunda intención	-Granulación Disminución de la herida -Secreción purulenta			Cuidados de la lesión o ulcera por presión			Monitorizar las características de la lesión Aplicar pomada según corresponda Cambiar de posición cada 2 hrs					( ) Granulación ( ) Disminución de la herida ( ) Secreción purulenta	( ) Granulación ( ) Disminución de la herida ( ) Secreción purulenta				
9. Riesgo de caídas en el adulto como se evidencia por: Disfunción cognitiva Confusión agitada Disminución de la fuerza en las extremidades inf.			Control del riesgo: caídas	Identifica factores del riesgo para evitar caídas			Prevención de caídas Sujeción física			-Mantener las barandas de la cama elevadas -Activar el seguro de la cama, -Evaluar la necesidad de la sujeción Realizar sujeción física o contención mecánica					( ) Identifica factores del riesgo para evitar caídas ( ) Identifica factores del riesgo para evitar caídas	( ) Identifica factores del riesgo para evitar caídas				
10. Riesgo de infección de la herida quirúrgica Como se evidencia por: Condiciones Asociado a procedimientos QX.			Curación de la herida: por primera intención	Bordes de la herida Secreción sero-sanguinolenta del drenaje			Cuidados del sitio de incisión Cuidados de las heridas Vigilancia de la piel Cuidados del drenaje			Evaluar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica Realizar cuidado del sitio de incisión según corresponda Monitorizar las características de las Heridas Evaluar el proceso de curación Vigilar signos y síntomas de infección Monitorizar la cantidad, color y consistencia del drenaje					( ) Bordes de la herida ( ) Secreción serosanguinolenta del drenaje	( ) Bordes de la herida ( ) Secreción serosanguinolenta del drenaje				



Diagnósticos	Turnos		Resultados Esperados	Indicadores	P. Inicial		P. Diana		Intervención	Turnos		Actividades	Ejecución		Puntuación de Cambios / Indicadores	
	D	N			D	N	D	N		D	N		D	N	DIURNO	NOCTURNO
11. Riesgo de Infección Como se evidencia por: Condiciones Asociado a: procedimientos invasivos a largo plazo			Control del riesgo: proceso infeccioso	Identifica factores de riesgo de infección  Identifica signos y síntomas de la infección					Protección contra las infecciones Monitorización de signos vitales Vigilancia de la piel Cuidados de las Heridas Manejo de un dispositivo de acceso venoso central Cuidados del catéter urinario Cuidados de la sonda nasogastrica Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía		Aplicar medidas de bioseguridad. Monitorizar Tº, FC. Mantener en buen estado las vías invasivas: Mantener la permeable el catéter urinario Cambiar sonda vesical según protocolo Cambiar SNG según protocolo Realizar cuidados alrededor de la SNG, Aspirar tráquea, cavidad bucal y nasofaríngea Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 grados Monitorizar la presión del balón del tubo endotraqueal. Monitorizar la profundidad del T ET Mantener. la cinta del tubo limpia y seca Realizar higiene oral estricta, Administra medicamentos Monitorizar los signos de un efecto excesivo de la medicación Monitorizar la entrada y salida de líquidos Favorecer la diálisis según corresponda			( ) Identifica factores de riesgo de infección  ( ) Identifica signos y síntomas de la infección	( ) Identifica factores de riesgo de infección  ( ) Identifica signos y síntomas de la infección	
12. Exceso de volumen de líquidos R/C Compromiso de los mecanismos reguladores			Severidad de la sobre carga de líquidos	Edema peri orbital Edema generalizado Disminución de la diuresis				Manejo de la hipervolemia  Monitorización de líquidos			Realizar higiene oral estricta, Administra medicamentos Monitorizar los signos de un efecto excesivo de la medicación Monitorizar la entrada y salida de líquidos Favorecer la diálisis según corresponda			( ) Edema peri orbital ( ) Edema generalizado ( ) Disminución de la diuresis	( ) Edema peri orbital ( ) Edema peri orbital Edema generalizado	
13. Riesgo a desequilibrio de volumen de líquidos R/C -Condic. asociadas a; Pérdida activa de volumen de líquidos. -Régimen terapéutico			Equilibrio hídrico	-Hidratación cutánea -Humedad de la membrana mucosa -Cantidad de la orina				Manejo de líquidos  Monitorización de líquidos			Vigilar el estado de hidratación Favorecer la ingesta oral. Administrar terapia I.v según prescripción Identificar factores de riesgo Observar color y cantidad de la orina Realizar el registro preciso de entradas y salidas de líquidos Monitorizar el balance hídrico			( ) Hidratación cutánea ( ) Humedad de la membrana mucosa ( ) Cantidad de la orina	( ) Disminución de la diuresis ( ) Hidratación cutánea ( ) Humedad de la membrana mucosa ( ) Cantidad de la orina	



Diagnósticos	Turnos		Resultados Esperados	Indicadores	P. inicial		Intervención	Turnos		Actividades	Ejecución		P. final		Puntuación de Cambios / Indicadores	
	D	N			D	N		D	N		D	N	DIURNO	NOCTURNO	D	N
<b>14. Disminución del gasto cardiaco R/C</b> -Situaciones de salud comprometida -Condiciones asociado a: la contractibilidad			Efectividad de la Bomba	Presión arterial media Pulsos periféricos Edema			Monitorización de signos vitales  Regulación hemodinámica			Monitorizar la P/A, PAM, FC, T° y estado respiratorio Administrar medicamentos prescripción Monitorizar los efectos de la medicación Mantener el equilibrio de líquidos, Evaluar fluidoterapia			( ) Presión arterial Media ( ) Pulsos periféricos ( ) Edema	( ) Presión arterial media ( ) Pulsos periféricos ( ) Edema		
<b>15. Deterioro del intercambio de gases R/C</b> Limpieza ineficaz de vías aéreas Patrón respiratorio ineficaz			Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Presión parcial de O2 en sangre arterial (PaO2) Saturación de O2 Cianosis			Manejo de la vía aérea  Oxigenoterapia  Monitorización respiratoria			Auscultar sonidos respiratorios Mantener permeabilidad de vía aéreas Iniciar o controlar la eficacia de la oxigenoterapia Monitorizar niveles de SP02 Auscultar. para ver si hay crepitos o roncós			( ) PaO2 ( ) Saturación de O2 ( ) Cianosis	( ) PaO2 ( ) Saturación de O2 ( ) Cianosis		
<b>16. Patrón respiratorio ineficaz R/C</b> Ansiedad Fatiga Condiciones asociado a: Enfermedad crítica			Estado respiratorio: Ventilación	Frecuencia respiratoria Profundidad de la respiración Uso de músculos accesorios			Monitorización de signos vitales  Ayuda a la ventilación Oxigenoterapia  Administración de la medicación inhalatoria			Monitorizar estado respiratorio Mantener vía aérea permeable Auscultar los ruidos respiratori. Iniciar oxigenoterapia y. Controlar la eficacia Observar si hay fatiga muscular respiratoria Adm. broncodilatadores prescritos			( ) Frecuencia respiratoria ( ) Profundidad de la respiración ( ) Uso de músculos accesorios	( ) Frecuencia respiratoria ( ) Profundidad de la respiración ( ) Uso de músculos accesorios		
<b>17. Deterioro de la ventilación espontanea R/C</b> Fatiga de los músculos accesorios de la ventilación			Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	Saturación de oxígeno  Perfusión periférica  Presión parcial al final positiva			Manejo de vías aéreas aérea  Intubación y estabilización de la vía aérea  Manejo de la ventilación mecánica: invasiva  Destete de la ventilación mecánica			Identificar Pact. requiere TOT. Aspirar la boca y la orofaringe Preparar el V. Mecánico. Asistir al médico en inserción del TOT. Aspirar secreciones por TOT Instalar la conexión VM al pact Adm. la medicación prescrita. Controlar la sincronía paciente / Ventilador Mecánico Monitorizar y registrar los parámetros del VM Realizar evaluaciones constantes para identificar los criterios del destete etc. Preparar pact. para el destete Iniciar el destete con periodos de pruebas			( ) Saturación de oxígeno ( ) Perfusión periférica ( ) Presión parcial al final positiva	( ) Saturación de oxígeno ( ) Perfusión periférica ( ) Presión parcial al final positiva		



Diagnósticos	Turnos		Resultados Esperados	Indicadores	P. inicial		P. Diana		Intervención	Turnos		Actividades	Ejecución		P. final		Puntuación de Cambios / indicadores					
	D	N			D	N	D	N		D	N		D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
18. Respuesta ventilatorio disfuncional al destete en adulto R/C - Secreción excesiva de vías aéreas - Toz ineficaz - Malnutrición			Respuesta del destete de la ventilación mecánica adulto	FR espontanea Fracción inspiratoria de oxígeno Saturación de oxígeno					Monitorización de signos vitales Mejora de la tos Monitorización respiratoria	D	N	Adm. los medic. prescritos. Monitorizar el estado respirat enseñar al pact. ejercicios respiratorios Indicar que tosa al final de la espiración Vigilar las caract. de la respiración	D	N	( ) FR espontanea ( ) Fracción inspiratoria de oxígeno ( ) Saturación de oxígeno	( ) FR espontanea ( ) Fracción inspiratoria de oxígeno ( ) Saturación de oxígeno						
19. Ansiedad R/C Situaciones desconocidas Necesidades no satisfechas			Nivel de ansiedad	Inquietud Nerviosismo					Disminución de la ansiedad Apoyo emocional	D	N	Explicarle los procedimientos Permanecer con el pact. para promover seguridad. Ayudar al paciente para expresar sus sentimientos que le preocupen	D	N	( ) Inquietud ( ) Nerviosismo	( ) Inquietud ( ) Nerviosismo						
20. Sufrimiento espiritual R/C Condiciones asociadas a: Enfermedad critica			Salud espiritual	Satisfacción espiritual					Facilitar las visitas Apoyo espiritual Cuidados en la agonia	D	N	Favorecer las visitas Proporcionar privacidad para actividades espirituales Concertar visitas de un consejero espiritual Identificar la prioridad del cuidado del paciente.	D	N	( ) Salud espiritual	( ) Salud espiritual						
1. Problema de Colaboración: Infección			Severidad de Infección	Fiebre Inestabilidad de la temperatura					Tratamiento de la hipotermia Control de infecciones Terapia endovenosa	D	N	Monitorizar la Temperatura Aplicar medios físicos Adm. antipiréticos prescrito, Garantizar una manipulación aséptica de las vías invasivas Administrar ATB. Prescrito. Documentar la terapia	D	N	( ) Fiebre ( ) Inestabilidad de la temperatura	( ) Fiebre ( ) Inestabilidad de la temperatura						
2. Problema de Colaboración: Hiper glucemia			Severidad Hiper glucemia	Sequedad bucal Glicemia elevada					Manejo de la hiperglucemia	D	N	Monitorizar el nivel de glicemia Adm. insulina . Prescrito. Potenciar la ingesta de líquidos Administrar. líquidos I.V presc.	D	N	( ) Sequedad bucal ( ) Glicemia elevada	( ) Sequedad bucal ( ) Glicemia elevada						
3. Problema de Colaboración: Hipertensión Arterial			Severidad de Hipertensión	Cefaleas Aumento de la presión arterial					Manejo de la Hipertensión Precauciones contra la convulsión	D	N	Monitorizar P/A Adm. medicamento prescrito Mantener la baranda de la cama elevada	D	N	( ) Cefaleas ( ) Aumento de la presión arterial	( ) Cefaleas ( ) Aumento de la presión arterial						

Firma y sello de la Enfermer@

Firma y sello de la Enfermer@



**BALANCE HÍDRICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO-HOSPITAL APOYO IQUITOS CESAR GARAYAR GARCÍA**

Nombres y Apellidos: ..... Edad: ..... Sexo: ..... HCL: ..... Seguro: SIS ( ) : N° ..... Otros: ..... N° Cama: ..... Peso: ..... Kg Fecha: .....

HORA	7	8	9	10	11	12	Sub total	13	14	15	16	17	18	Sub total	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	Total 12 hrs	Total 24 hrs
	INGRESO																											
EGRESO																												
TOTAL																												
BALANCE TOTAL															DU: BALANCE ACUMULADO:													

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA (O)

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA (O)





**GOBIERNO REGIONAL DE LORETO**  
**GERENCIA REGIONAL DE SALUD - LORETO**  
**HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"**  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,  
y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

MEMORANDO N° 862-2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01

**PARA :** **C.P.C. Gabriela PEREZ PADILLA**  
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico

**ASUNTO :** PROYECCIÓN DE RESOLUCIÓN

**REFERENCIAS:** Oficio N° 192-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30


**FECHA :** Iquitos, 04 de octubre del 2024

En atención a los documentos de la referencia sírvase proyectar la Resolución Directoral; a fin de Aprobar los **"FORMATOS DE REGISTROS DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS"** del Hospital Iquitos "César Garayar García".

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

  
M.C. CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES  
Director Ejecutivo (e)  
C.M.P. N° 030488

C.c.  
- Oficina de Planeamiento Estratégico  
- Archivo  
CACG/NUBG/CLCR/GPP/GM/DDeC/wcpm

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Iquitos, 03 de Octubre del 2024.

OFICIO N° 192-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

M.C:

Carlos Alberto Coral Gonzales

Director Ejecutivo del Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia”

Presente.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO	
DIRECCION REGIONAL DE SALUD	
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"	
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	
<b>SECRETARIA</b>	
FECHA: 03 OCT 2024	HORA: 10:20 am
CURSO POR:	
FIRMA:	<i>[Signature]</i> 421

Asunto: Remito Observaciones Levantas de los Formato de Registros de Enfermería Dpto. Emergencias y Cuidados Críticos.

.Ref.: Oficio N°216-2024-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.02.

Con un cordial saludo, me dirijo a usted, para hacerle llegar las observaciones levantadas de los **“Formatos de Registros de Enfermería de los Formatos de Registros de Enfermería del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos**, para su aprobación y RD. del Departamento de Emergencia. Por lo que agradeceré coordinar con el departamento en mención. Lo que informo para su conocimiento y demás fines.

Adjunto ejemplar de cada formato.

Esperando su pronta atención, me despido de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO  
Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia"

*[Signature]*  
Lic. Epi. Esp. TERESA C. MONTAÑAN LLERENA  
CER N° 22509 RES N° 019734  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO	
DIRECCION REGIONAL DE SALUD	
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"	
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	
Derivado de:	
Unidad:	
Unidad de:	
Unidad de:	
Unidad de Organización:	
Secretaria:	<input checked="" type="checkbox"/>
Fecha:	Atencion Pul 03/10

Cc.:

- Planeamiento Estrategico ✓
  - Archivo
- TCMLL/megd.

*[Signature]*  
Racinezae.  
03.10.24

“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO”

Iquitos, 25 de setiembre del 2024

OFICIO N° 216 - 2024-GRL-GRS-L-HICGG/30.17.01.02

Señora:  
**Lic. Enf. Esp. Teresa C. MONTALVAN LLERENA**  
 Jefa del Departamento de Enfermería



Presente.-

**Asunto : Remito Observaciones del Formato de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos**

Referencia: INFORME N° 010-2024-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN

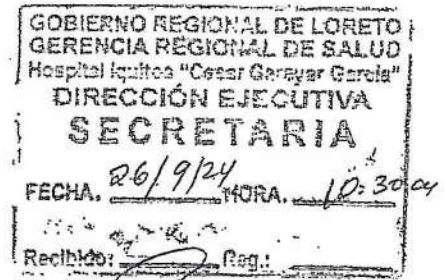
Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y en atención al documento de la referencia; habiéndose realizado la revisión del Formato de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Iquitos "César Garayar García", se encontró varias observaciones; por lo que se le recomienda modificar y/o corregir los puntos citados en dicho Informe adjunto, para su respectiva Aprobación y Emisión de la Resolución Directoral del documento en el asunto mencionado.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



**GOBIERNO REGIONAL DE LORETO**  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA"**  
  
**C.R. GABRIELA PEREZ PADILLA**  
 Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico



Cc:  
 - Dirección Ejecutiva  
 - Unidad de Organización  
 Archivo  
 GPP/GRE/wcpm



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

### INFORME Nº 010-2024-WCPM-ÁREA DE RACIONALIZACIÓN

**A :** C.P.C. Glanina Montalvo Jiménez  
Jefe de la Unidad de Organización de la Oficina de Planeamiento Estratégico

**DE :** Lic.Educ. Wálter Cristian Pacheco Murrieta  
Jefe del Área de Racionalización de la Unidad de Organización

**ASUNTO :** Observaciones del Formato de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos

**REFERENCIA :** OFICIO Nº 184-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

**FECHA :** Iquitos, 25 de setiembre del 2024

Por medio del presente, me dirijo a usted para saludarla cordialmente y, asimismo, informarle con respecto al Formato de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Iquitos "César Garayar García", de las cuáles se encontró algunas observaciones:

1. Con Oficio Nº 184-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30 de fecha de recepción 19/09/2024 por el Área de Racionalización de la Unidad de Organización, la Jefatura del Departamento de Enfermería, remite al Director Ejecutivo del Hospital Iquitos "César Garayar García", el Formato de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos para su revisión y aprobación mediante acto resolutivo.
2. Posteriormente el Área de Racionalización de la Unidad de Organización, realizó la respectiva revisión del Formato de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos:
  - 2.1. Cambiar el tamaño de fuente (más grande) en el Título del Formato de la Hoja de Monitorización de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
  - 2.2. Debe estar visado con la firma correspondiente del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y del Departamento de Enfermería en todos los Formatos de Registros de Enfermería (incluir 3 juegos por cada formato originales).



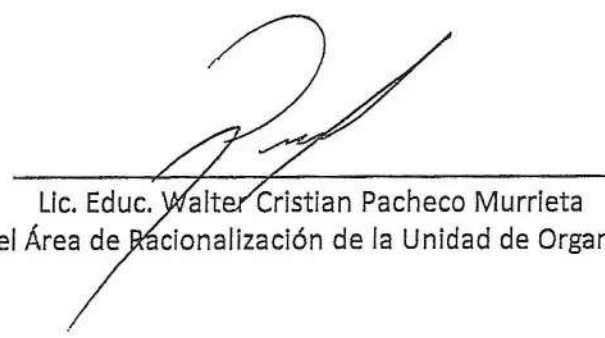
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**RECOMENDACIONES:**

Por lo expuesto con lo anterioridad, se recomienda **MODIFICAR Y/O CORREGIR**, los puntos mencionados para su respectiva aprobación y emisión de resolución directoral de los Formatos de Registros de Enfermería del Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Iquitos "César Garayar García".

Es todo en cuanto tengo que informar a usted, para los fines que estime conveniente.

Atentamente,

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Educ. Walter Cristian Pacheco Murrieta  
Jefe del Área de Racionalización de la Unidad de Organización

Cc:  
\*Archivo  
/wcpm

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Iquitos, 18 de setiembre del 2024.

OFICIO N° 184-2024-GRL-GRSL-HICGG/30.17.01.30

M.C:

Carlos Alberto Coral Gonzales

Director Ejecutivo del Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia”

Presente.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO  
SECRETARIA  
9 SEP 2024 HORA 10:46 am  
RECIBIDO POR [Firma]  
FIRMA [Firma]

Asunto: Remito Formato de Registros de Enfermería Dpto. Emergencias y Cuidados Críticos.

.Ref.: Oficio N°048-2024-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.12.

Con un cordial saludo, me dirijo a usted, para hacerle llegar los “Formatos de Registros de Enfermería de los Formatos de Registros de Enfermería del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos, para su aprobación y RD. del Departamento de Emergencia. Por lo que agradeceré coordinar con el departamento en mención. Lo que informo para su conocimiento y demás fines. Adjunto 1 ejemplar de cada formato.

Esperando su pronta atención, me despido de usted.

Atentamente,

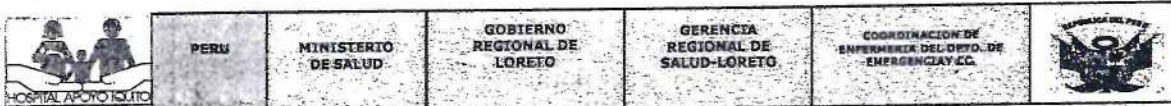
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO  
Hospital Iquitos "Cesar Garayar Garcia"  
LIC. EN ENFERMERIA ROSA LILIA VILLERENA  
C.R. N° 20000100 N° 015734  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"  
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO  
Destinado a:  
Unidad de Planeamiento Estratégico   
Unidad de Presupuesto   
Unidad de Políticas de Inversión   
Unidad de Organización   
Secretaría   
Fecha 18/09/24 [Firma]

Cc.:

- Planeamiento Estratégico
- Archivo
- TCMLL/megd.

Rosmelizac...  
19.09.24  
11.2



"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Iquitos, 17 de setiembre del 2024

**OFICIO N° 048-2024-GRL-GRS-HICGG/30.17.01.12.**

Señora  
Lic. Enf. Teresa Consuelo Montalvan Llerena  
Jefe del Departamento de Enfermeria  
Presente. -



Asunto: Remite Formatos de Registros de Enfermeria del Dpto. de Emergencias y Unidades Criticas-UCI.

Por el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente y, a la vez alcanzarle los Formatos de Registros de Enfermeria del Dpto. de Emergencias y Unidades Criticas-UCI, para su revisión, opinión, aprobación y posterior emisión de la Resolución Directoral, que son los siguientes:

- Kardex de Enfermera unidad de Cuidados Intensivos Adulto
- Guia de Valoración de Enfermeria (Formato -I)
- Guia de Valoración de Enfermeria-Evolución-Unidad de Cuidados Intensivoa Adultos (Formato -II)
- Hoja de Monitorización de Enfermeria de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto
- Balance Hidrico de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Hospitañ Apoyo Iquitos
- Plan de Cuidado de Enfermeria en Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto Hospitañ Apoyo Iquitos

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO  
Hospital Iquitos "César Caceres Garcia"  
  
Lic. Ed. Esp. JACQUELYNE PINEDO TELLO  
CEP N° 23461 REE N° 25445  
Coordinadora del Departamento  
Emergencia UCI

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LORETO  
Hospital Iquitos "César Caceres Garcia"  
  
Lic. Enf. Esp. Keila Molano Perea  
CEP. 34969 REE: 8635  
Coordinadora de UCI

c.c.  
Archivo.  
tams.