



Resolución Directoral

Lima, 27 de enero de 2026

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 46334-2025, que contiene, entre otros documentos, el proyecto de documento normativo, denominado "Guía Técnica: Guía de Procedimientos de Enfermería en Aspiración de Secreciones Nasofaríngea y Orofaringea en Pediatría", del Servicio de Enfermería de Pediatría, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que, la protección de la salud es de interés público; y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; señalando en el primer párrafo del artículo VI, del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, y modificatorias, refiere que, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio de 2021, se aprobó el Documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3. del citado Documento Normativo, define la Guía Técnica como: "El documento normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica";

Que, el artículo 89°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, señala que, el Departamento de Enfermería, es el órgano encargado de ejecutar las acciones y procedimientos de enfermería que aseguren

la atención integral e individualizada del paciente, de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico, proyectando sus acciones a la familia y a la comunidad; y tiene como una de sus funciones: *"f) Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz"*;

Que, conforme al numeral 4.2.12 del numeral 4.2. del numeral IV, de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, es función del Comité Institucional de Historias Clínicas: *"Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto con los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica"*;

Que, la Directiva Sanitaria N° 001-HNDM/OGC/2023, Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales, aprobada mediante Resolución Directoral N° 152-2023/D/HNDM, de fecha 10 de julio de 2023, tiene como objetivo estandarizar el proceso para la elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional "Dos de Mayo"; y, tiene como finalidad, contribuir a garantizar que los usuarios reciban atención de calidad, avalada por Guías de Procedimientos Asistenciales, elaboradas de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados, que respondan a las prioridades sanitarias nacionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y, el uso de recursos en el Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, el proyecto de documento normativo "Guía Técnica: Guía de Procedimientos de Enfermería en Aspiración de Secreciones Nasofaríngea y Orofaringea en Pediatría", tiene como finalidad *"contribuir con la disminución de la morbilidad del paciente pediátrico, con necesidad de aspiración de secreciones nasofaríngeas, monitorizando la calidad del procedimiento en la permeabilidad de la vía aérea superior. Este procedimiento se sintetiza con la evaluación funcional del sistema respiratorio del paciente"*;

Que, mediante Informe N° 156-2025-D.E/HNDM, de fecha 30 de octubre de 2025, la Jefa del Departamento de Enfermería, presenta el sustento técnico para la aprobación del proyecto del documento normativo "Guía Técnica: Guía de Procedimientos de Enfermería en Aspiración de Secreciones Nasofaríngea y Orofaringea en Pacientes Pediátricos", del Servicio de Enfermería de Pediatría, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, con la Nota Informativa N° 210-2025-HNDM/OGC, de fecha 13 de noviembre de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, señala que el Servicio de Enfermería de Pediatría, del Departamento de Enfermería, ha elaborado en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, la mencionada guía, en cumplimiento de la normativa vigente, por lo que emite su opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 023-2025-P-CIHC-HNDM, de fecha 17 de diciembre de 2025, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas, remite el Acta N° 034-2025-CIHC-HNDM, de fecha 27 de noviembre de 2025, expedido por el Comité Institucional de Historias Clínicas, a través del cual acuerdan por unanimidad brindar opinión favorable para la incorporación en la historia clínica de los formatos denominados: "Consentimiento Informado Hospitalización - Departamento Pediatría y Denegación o Revocatoria Consentimiento Informado Hospitalización - Pediatría", los mismos que serán aprobados a través del presente acto resolutivo, para su incorporación en la historia clínica;

Con las visaciones, del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa del Departamento de Enfermería, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 057-2026/MINSA, de fecha 17 de enero de 2026, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";



Resolución Directoral

Lima, 27 de enero de 2026

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la “Guía Técnica: Guía de Procedimientos de Enfermería en Aspiración de Secreciones Nasofaríngea y Orofaringea en Pediatría”, del Servicio de Enfermería de Pediatría, del Departamento de Enfermería, del Hospital Nacional “Dos de Mayo”, la misma que consta de veinte (20) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Jefatura del Departamento de Enfermería, difunda, monitoree y supervise el cabal cumplimiento de la Guía aprobada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Aprobar los formatos denominados: “Consentimiento Informado Hospitalización – Departamento Pediatría y Denegación o Revocatoria Consentimiento Informado Hospitalización - Pediátrica”.

Artículo 4°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadísticas e Informática realice la impresión y distribución de los formatos aprobados a través del artículo tercero de la presente resolución.

Artículo 5°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta los formatos aprobados en el artículo tercero de la presente resolución, en formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

Artículo 6°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

DR. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO

Director General

CMP. N° 16688 - RNE. 11414

CGMS/RVTC/amdcyd

C.c.:
- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- Ofic. de Control Institucional.
- Departamento de Enfermería.
- Ofic. de Gestión de la Calidad.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Ofic. Estadística e Informática.
- Archivo.

HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

GUIA TECNICA: GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA EN ASPIRACIÓN DE SECRECIONES NASOFARÍNGEAS OROFARÍNGEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Departamento de Enfermería

2025

Mg. Edith Violeta Porras Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera jefe de Pediatría-HNDM

Jack R. Cuervo Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUISAYON
Jefa de Enfermería de Neonatología y Pediatría
CEP: 10815 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp. 33368

DIRECTIVO

Dr. Víctor GONZALES PEREZ

Directora General del Hospital Nacional Dos de Mayo

Ing. Luis CERRO OLIVARES

Director Administrativo del Hospital Nacional Dos de Mayo

Dra. Glicería LAVADO DE LA FLOR

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

Lic. Enf. Yuli Luisa CRUZ PALOMINO
Jefe de Departamento de Enfermería

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Servicio de Enfermería Pediátrica

JEFATURA

Lic. Enf. Yuli Luisa CRUZ PALOMINO
Jefe del Departamento de Enfermería

EQUIPO ELABORADOR

Lic. Enf. Doris COZ BUSTAMANTE
Enfermera Especialista en Pediatría y Oncología

Lic. Enf. Sonia FARFAN RAMOS
Enfermera Especialista en Pediatría y Oncología

Lic. Enf. Edith REATEGUI RAMÍREZ
Enfermera Especialista En Pediatría.

Lic. Enf. Angelica MANCILLA PALOMINO
Lic. Especialista en Pediatría.

EQUIPO DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Lic. Enf. Edith Violeta PARIONA AGUILAR

Jefa de la Unidad Orgánica: Servicio de Enfermería de Pediatría.

Mg. En Gestión y Servicios de la Salud.

Lic. Enf. Jack COTERA RUIZ.

Enfermero Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos.

Enfermero jefe de UCI Pediátrica.

Lic. Enf. Doris COZ BUSTAMANTE

Enfermera especialista en Pediatría.

Enfermera jefa de San Camilo-Hospitalización

Lic. Enf. Lilliana MEDRANO MUSAYON.

Enfermera Especialista en Neonatología.

Enfermera jefa de Neonatología.



Mg. Edith Violeta Pariona Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Jack R. Cotera Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILLIANA MEDRANO MUSAYON
JEFA ENF. SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS CRITICOS
CEP: 10615 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

ÍNDICE

	Pág
I. Finalidad.....	1
II. Objetivo.....	1
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.	1
IV. Nombre del procedimiento a estandarizar.....	1
V. Consideraciones generales.....	2
5.1. Acrónimos, siglas y abreviaturas.....	2
5.2. Definiciones operativas.....	2
5.3. Conceptos básicos.....	2
5.4. Requerimientos básicos.....	2
5.5. Consentimiento informado.....	5
VI. Consideraciones específicas.....	5
6.1. Indicaciones.....	5
6.2. Contraindicaciones.....	5
6.3. Descripción detallada del procedimiento.....	5
6.4. Complicaciones:.....	9
VIII. Anexos.....	10
IX. Bibliografía:	20



Mg. Edith Violeta Pariona Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Jack R. Cotera Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEFE ENF. SERVICIOS DE NEUMATOLOGÍA Y CUADROS CRÍTICOS
CEP: 10615 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

Titulo:

GUIA TECNICA:**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN ASPIRACIÓN DE SECRECIONES NASOFARÍNGEAS OROFARÍNGEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS****I. FINALIDAD.**

Contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad del paciente pediátrico, con necesidad de aspiración de secreciones naso-orofaríngeas, monitorizando la calidad del procedimiento en la permeabilidad de la vía aérea superior. Este procedimiento se sintetiza con la evaluación funcional del sistema respiratorio del paciente.

II. OBJETIVO.**2.1. OBJETIVO GENERAL**

Unificar procedimientos con el equipo de profesionales en la atención del paciente pediátrico para mantener la permeabilidad de la vía aérea, contribuyendo en el cuidado integral del paciente y evitando complicaciones en diferentes sistemas.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Estandarizar las técnicas de aspiración nasofaríngea y orofaríngea, optimizando la seguridad y el confort del paciente pediátrico durante el procedimiento.
- Proporcionar una guía clara y concisa para los profesionales de enfermería, garantizando la aplicación uniforme y efectiva de las técnicas de aspiración en el departamento de pediatría.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

la presente guía de procedimientos está dirigida a los profesionales de enfermería que laboran en las diferentes áreas del servicio de enfermería de pediatría: neonatología, emergencia de pediatría, uci pediátrica y hospitalización de pediatría.

POBLACION OBJETIVO:

esta guía es aplicable a todos los pacientes neonatos y pediátricos hospitalizados que requieran aspiración de secreciones nasofaríngeas y orofaríngeas, independientemente de su condición o patología

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Mg. Edith Walea-Pariona Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Lic. R. Colera Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Doris
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSA YON
JEFA EN SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y UCI PEDIATRICAS
CEP: 10615 RNE: 2604

4.1. NOMBRE:

Guía de Procedimientos de enfermería en aspiración de secreciones nasofaríngea y oro faríngeo en pacientes hospitalizados.

4.2. CODIGO CPMS: Código de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud APROBADO SEGUN RM 860-2021/MINSA:

- **Código: 31720.01**

Denominación: Aspiración de secreciones.

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

- **RN:** recién nacido
- **SNG:** sonda nasogástrica.
- **MINSA:** Ministerio de Salud
- **NPO:** nada por vía oral.

5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS:

5.2.1. La aspiración orofaríngea: es un procedimiento para limpiar la boca y faringe de un niño de secreciones que no puede eliminar por sí mismo, como mucosidad o saliva, usando una sonda de succión para mantener la vía aérea despejada y prevenir complicaciones como infecciones.

5.2.2. Aspiración nasofaríngea: es un procedimiento que se realiza para eliminar secreciones de la cavidad nasal, la faringe y la garganta mediante la inserción de un catéter de succión flexible y suave a través de las fosas nasales.

5.3. CONCEPTOS BÁSICOS.

5.3.1. Presión del aspirador en niños: La presión del aspirador en Pediatría debe ajustarse según la edad del paciente para evitar lesiones, con un rango general de 50 – 80 mmHg para neonatos, 80 – 100 mmHg para lactantes, y 100 – 120 mmHg para niños y adolescentes

5.3.2. Sonda de aspiración: es un dispositivo medico usado principalmente para eliminar secreciones de un solo uso.

5.3.3. Bronquiolititis: es una infección viral común que afecta a niños pequeños, principalmente en menores de 2 años, causando hinchazón y acumulación de moco en las vías aéreas más pequeñas.

5.4. REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

5.4.1. RECURSOS HUMANOS

Mg. Edith Vileta Párron Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Jack R. Contreras Ruiz
Jefe de UCI Pediatría
Enf. CEP: 41003

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEFA ENF. SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS CRITICOS
CEP: 10615 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz. Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

- Un (01) Lic. Enfermera/o
- Un (01) Técnico en Enfermería.

5.4.2. RECURSOS MATERIALES

a) Material Médico no Fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
• Riñonera	Unidad	01
• Lentes de protección ocular	Unidad	02
• Lapicero rojo	Unidad	01
• Lapicero azul	Unidad	01
• Registros de enfermería.	Formato	01

b) Material médico fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Sondas de aspiración	Nº 8, 10, 12	01
• Guantes descartables estériles 7 ½	Unidad	02
• Guantes descartables no estériles	Unidad	04
• Respirador N95	Unidad	02
• Gorro	Unidad	02
• Mandil descartable	Unidad	02
• Gasas estériles 5x5 cm Pqte x 5 unidades	Pqte	02
• Jeringa 1 y 5 cc	Unidad	01
• Agua destilada.	Unidad	01
• Transfix	Unidad	01
• Apósito transparente	Unidad	01

c) Medicamentos y dispositivos médicos

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
-------------	------------------	----------

• Tubo de aspiración no conductivo	Unidad	01 diario
• CINA 9%	Unidad	01
• Agua estéril 1 L / Agua destilada 1 L	Unidad	01
• Bolsa de aspiración descartable de 1.5 L.	Unidad	01 diario

d) Equipos

• Equipos Biomédicos:

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
• Estetoscopio	Unidad	01
• Pulsioxímetro	Unidad	01
• Aspirador de secreciones	Unidad	01
• Canister 1.5 L.	Unidad	01
• Estetoscopio	Unidad	01

• Instrumental:

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
• Riñonera	Unidad	01
• Tachos de desechos	Unidad	02

• Equipos de Computo
No aplica.

• Mobiliario

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
• Mesa de mayo	Unidad	01
• Cunas	Unidad	01
• Dispensador de papel toalla	Unidad	01
• Dispensador de jabón	Unidad	01



Mg. Edith Villegas Portillo Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Lic. R. Cordero Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEFE ENF. SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y PUERPERARIOS
CEP: 10615 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

5.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

De acuerdo con la condición del paciente, se informará al paciente o familiar en forma verbal sobre el procedimiento a ejecutar; beneficios, riesgos y posibles complicaciones. La administración de medicamentos se encuentra propuesto e indicado en el consentimiento Informado para la hospitalización, aprobado con R.D. N° 0005-2021/D/HNDM. En casos de emergencia donde el paciente no pueda dar su consentimiento y no haya familiares presentes, el procedimiento se realizará siguiendo el juicio clínico del profesional de enfermería, documentando la situación en la Historia Clínica.

**VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.** Según las indicaciones del médico tratante.**6.1. INDICACIONES.****6.1.1. INDICACIONES ABSOLUTAS:**

- Crepitantes a la auscultación.
- Evidencia de secreciones en boca y nariz.
- Presencia de signos como aleteo nasal, retracciones intercostales y otros.
- Pacientes con debilidad muscular, alteración del estado de conciencia o condiciones neurológicas que comprometan su capacidad para manejar las secreciones.
- Sospecha o confirmación de obstrucción por secreciones, cuerpos extraños u otras causas.
- Cuando se requieren analizar las secreciones para identificar agentes infecciosos o realizar estudios citológicos.
- Antes de ciertos procedimientos como la intubación endotraqueal o la administración de ventilación mecánica no invasiva, para asegurar una vía aérea limpia.

6.1.2. INDICACIONES RELATIVAS.

- Caída de la saturación.

6.2. CONTRAINDICACIONES

- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).

6.3. DESCRIPCION DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.**6.3.1. REQUISITOS**

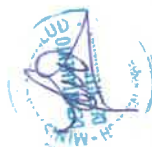
- Indicación médica escrita en hoja Terapéutica.

6.3.2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

En general, el procedimiento de aspiración nasofaríngea y orofaríngea en prematuros y neonatos sigue los mismos pasos que en pacientes pediátricos mayores, pero con las siguientes consideraciones especiales: Presión de aspiración, calibre de la sonda, duración de la aspiración, posicionamiento y lubricación.

N°	Detalle de la actividad	Fundamento	Responsable	Duración
1	Verificar la identidad del paciente	Asegurar que el procedimiento se realice en el paciente correcto.	Lic. Enfermería	1 minuto
2	Informar y educar a la madre sobre el procedimiento a realizarse.	Explicar el procedimiento en forma clara, con lenguaje sencillo para mejor entendimiento de la madre.	Lic. Enfermería	1 minuto
N°	Detalle de la actividad	Fundamento	Responsable	Duración
3	Realizarse el lavado de manos según norma técnica.	Eliminación de microorganismos patógenos (bacterias, virus, hongos y parásitos) que se encuentran en las manos y que pueden causar infecciones.	Lic. Enfermería	1 minuto
4	Preparar el material necesario a usar.	Asegurar la eficacia y la higiene del proceso.	Lic. Enfermería	2 minutos
5	Colocarse los EPP.	Radica en la creación de una barrera entre el individuo y los agentes patógenos o peligros ambientales, minimizando el riesgo de exposición y contagio.	Lic. Enfermería	1 minuto
6	Controlar la saturación.	Es una herramienta fundamental para evaluar la oxigenación del paciente, detectar tempranamente la hipoxemia.	Lic. Enfermería	3 minutos

7	Conectar el equipo de aspiración y regular la presión: Ajustar la presión del aspirador según grupo etario: Prematuros y Neonatos utilizar la presión más baja posible (50-80 mmHg) y monitorizar continuamente al paciente. Pediátricos con la presión adecuada (80 – 100mmHg).	Radica en asegurar una aspiración efectiva y segura. Minimizar el riesgo de trauma y efectos adversos en pacientes vulnerables.	Lic. Enfermería Tec. Enfermería	2 minutos
8	Verificar calibre de la sonda de acuerdo con la edad del paciente. Utilizar sondas de menor calibre (5,6 Fr) para prematuros y neonatos.	La selección del calibre de la sonda según la edad del paciente es esencial para minimizar el riesgo de complicaciones, asegurar la eficacia del procedimiento y maximizar el bienestar del paciente. Anexo No 6. Adaptar el tamaño de la sonda a las vías aéreas pequeñas y delicadas de prematuros y neonatos	Lic. Enfermería	2 minutos
Nº	Detalle de la actividad	Fundamento	Responsable	Duración
9	Colocar en la posición adecuada: Posición Semi Fowler con la cabeza ladeada (aspiración oral). Semi Fowler en hiperextensión de 70° (aspiración nasal). En prematuros y neonatos, evitar la hiperextensión del cuello. Utilizar una	La posición semi-Fowler se utiliza para optimizar la función respiratoria, facilitar el drenaje, mejorar la función cardiovascular, prevenir la aspiración y aumentar el confort del paciente. Prevenir la obstrucción de las vías aéreas y optimizar la oxigenación en prematuros y neonatos.	Lic. Enfermería Tec. Enfermería	1 minuto



Mg. Edith Violeta Perriazo Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Jack R. Cotera Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEFE ENF. SERVICIOS DE REANIMACIÓN Y CUIDADOS CRÍTICOS
CEP: 10615 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Doris
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

	posición que facilite la respiración y el drenaje de secreciones, como la posición de olfateo modificada			
10	Realizar la aspiración con suavidad: Sumergir la sonda en agua estéril o solución salina para lubricar. Insertar la sonda sin aspirar durante la inspiración. Aspirar de forma intermitente, realizando movimientos rotatorios suaves. En Prematuros y neonatos, limitar la duración de cada aspiración a un máximo de 5 segundos, permitiendo periodos de recuperación más largos entre cada intento.	Minimizar el riesgo de hipoxia y trauma en pacientes vulnerables	Lic. Enfermería	1 minuto
11	Limpia la sonda con una gasa estéril y aspirar suero fisiológico estéril.	Son pasos cruciales para garantizar la esterilidad de la sonda y prevenir infecciones durante el procedimiento.	Lic. Enfermería	1 minuto

N°	Detalle de la actividad	Fundamento	Responsable	Duración
----	-------------------------	------------	-------------	----------

Mg. Edith Violeza Portner-Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEFENF SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y PUERPERIO
CEP: 10815 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

12	Realizar las aspiraciones las veces que sea necesario, evaluando continuamente el estado del paciente.	La aspiración intermitente con pausas de al menos 10 segundos y el control manual de la presión de succión son técnicas fundamentales para asegurar una aspiración eficaz y segura, evitando la hipoxia, el trauma tisular y otras complicaciones.	Lic. Enfermería	20 segundos
13	Descartar sonda y guantes en el contenedor rojo.	Es garantizar la eliminación segura de desechos biológicos o contaminados, prevenir la propagación de infecciones y cumplir con las normativas sanitarias para mantener un entorno de atención médica seguro y saludable.	Lic. Enfermería	2 minutos
14	Registrar el procedimiento (hora, fecha y motivo de la aspiración, y características).	Facilita la comunicación, el seguimiento y la toma de decisiones clínicas informadas.	Lic. Enfermería	2 minutos
Tiempo aproximado total				21 minutos

6.4. COMPLICACIONES:

Complicaciones	Acciones que realizar
1) Laceración de los cornetes. Fuente: Shulman, J., & Landau, T. (2019). Complications of Nasopharyngeal Suctioning. Journal of Pediatric Nursing, 44, e1 -e5.	Comunicar a su médico y suspender las aspiraciones.
2) Disminución de la capacidad residual funcional. Fuente: Choong, K., Fortenberry, J.D., Cornfield, D. N., & Brogdon. G. (2015)16(1) 19-33.	Continuar con indicaciones médicas.

Complicaciones	Acciones que realizar
3) Incremento de la colonización bacteriana de la vía aérea baja. Fuente: Russell, C. L.; & Umscheid, C. A. (2011). Strategies to Prevent Healthcare-Associated Pneumonia. Infection Control & Hospital Epidemiology, 32(6), 539-547.	Trabajar en equipo y seguir las pautas establecidas para garantizar una atención de calidad y prevenir complicaciones relacionadas con la colonización bacteriana de la vía aérea baja.
4) Bradicardia/Desaturación. Fuente: Morrow, B.M., Futter, M.J., Argent, A.C. (2016). Seminars in Respiratory and critical Care Medicine, 37(2), 269-277.	Detener la aspiración inmediatamente. Administrar oxígeno al 100% con bolsa de resucitación. Monitorizar signos vitales y notificar al médico.
5) Lesión de la mucosa nasal/oral. Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la bronquiolitis aguda en el niño.	Utilizar lubricante en la sonda. Ajustar la presión de aspiración. Considerar el uso de sondas de menor calibre.

VII. RECOMENDACIONES:

El equipo elaborador de la presente guía, tras revisar las últimas actualizaciones sobre el procedimiento y en conjunto con la experiencia obtenida sugiere seguir las siguientes recomendaciones durante la aplicación del procedimiento:

- Auscultar los pulmones para verificar la desaparición o disminución de los ruidos agregados.
- Al finalizar el procedimiento apoyar con la bolsa de resucitación manual al paciente hasta que recupere una SaO₂ aceptable.
- Luego instalar el dispositivo de oxígeno.
- Se utilizará una sonda por cada aspiración.
- La aspiración no durará más de 10 segundos, en caso de hipoxia no más de 5 segundos.
- Utilizar una sonda por cada aspiración.

VIII. ANEXOS:

- **ANEXO N°01:** Flujiograma de procedimiento de aspiración de secreciones naso faríngeas y orofaríngeas en Pediatría.

- **ANEXO N°02:** Formato de Consentimiento Informado aprobado con RD N°05-2021-D-HNDM
- **ANEXO N°03:** Distancia de ingreso del catéter de succión nasofaríngea y orofaringe.
- **ANEXO N°04:** Diferencia de la zona de aspiración: aspiración nasal, nasofaríngeo y orofaríngea
- **ANEXO N°05:** Formato de adherencia / Lista de chequeo de guía para la aspiración de secreciones oro y nasofaríngeas
- **ANEXO N°06:** Número de sonda de aspiración según grupo etario
- **ANEXO N°07:** Presión del aspirador según grupo etario
- **ANEXO N° 08:** Declaración de conflicto de intereses



.....
Mg. Edith Victoria Porfoma Aguilar
 Esp. Pediatría Reg. 242
 Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

.....
Jack R. Cortés Ruiz
 Lic. Enf. CEP: 41003
 Jefe de UCI Pediatría

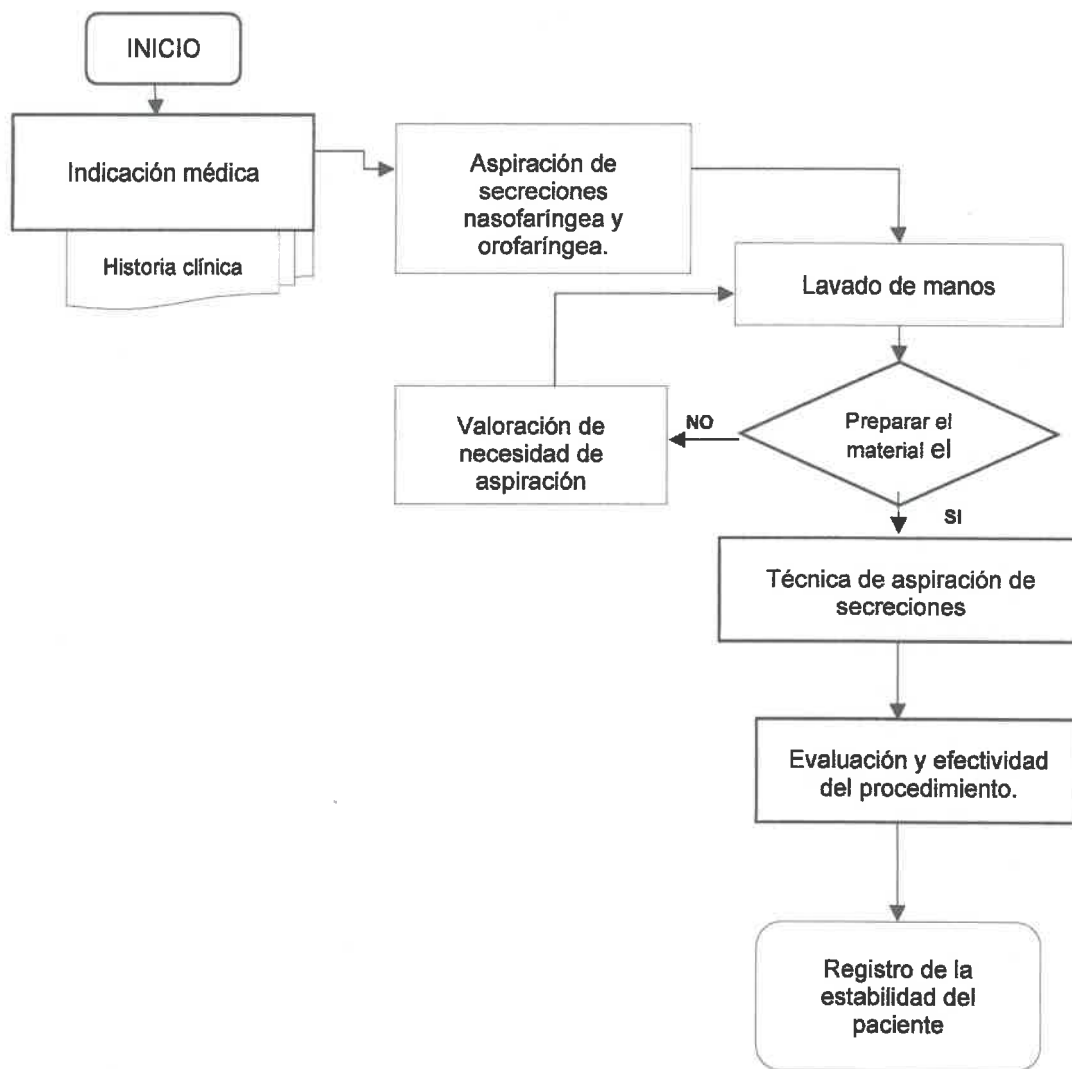
MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
 JEFE ENF. SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS
 CEP: 10615 RNE: 2604

.....
Dr. Coz Bustamante Dons
 CEP: 21397
 Reg. Esp: 33368

ANEXO N°01

FLUJOGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE ASPIRACION DE SECRECIONES NASOFARINGEAS Y OROFARINGEAS EN PEDIATRIA



Mg. Edith Viqueza Portales Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

J. C. C. Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEF. ENF. SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS CRITICOS
CEP: 10815 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

ANEXO N° 02:FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
APROBADO CON RD N°05-2021-D-HNDM

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Dos de Mayo	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACIÓN - DEPARTAMENTO PEDIATRÍA
---	-------------	----------------------------	--------------------------------------	--

Fecha:/...../20.....; Hora: : Hs	N° de Historia Clínica:
Nombres y Apellidos del Paciente:	
de días () meses () años () de edad	Identificado con DNI/CE/ otro N°

Instrucciones: El encabezado debe ser llenado por el personal de salud y la parte inferior por el paciente o apoderado.

Yo

de años de edad, Identificado con DNI/CE/ otro N°

En mi calidad de: padre () madre () , APODERADO () parentesco:

en pleno uso de mis facultades mentales, señalo que he sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud, y en cumplimiento de la Ley N° 28842, Ley General de Salud, modificada por Ley N° 29414, y el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a) me ha brindado información respecto al internamiento en las salas de Hospitalización Pediatría del Hospital Nacional "Dos de Mayo", y he comprendido lo siguiente:

- Declaro que he sido informado/a de la naturaleza de la enfermedad de mi menor hijo/apoderado y de sus eventuales complicaciones.
- El internamiento (hospitalización) de mi menor hijo/apoderado es necesario para que se realicen estudios y/o reciba el tratamiento especializado correspondiente, a sus enfermedades de acuerdo a la indicación médica.
- Autorizo que se le realicen procedimientos simples, para la administración de medicamentos (vía oral, intravenosa, intramuscular, subcutáneo, intraocular u otro), colocación de catéter venoso periférico, aplicación de enemas, colocación de sonda nasogástrica, curación de heridas, higiene y aseo, cuidados de la piel, u otras relacionadas con su confort.
- En caso de procedimientos de mayor complejidad se me consultara a fin de dar autorización correspondiente.
- Declaro, que no oculto ninguna información sobre su salud que pudiera afectar negativamente los estudios y tratamiento, más aún si es una enfermedad contagiosa.
- Me han explicado que aún el mejor estudio y tratamiento no pueden asegurar la ausencia de complicaciones y/o la recuperación integral de su salud, y aun los procedimientos médicos simples pueden producir complicaciones como: inflamación en los sitios de punción, alergias, lesiones en la piel y tejidos, dolor local en las zona de aplicación de los medicamentos y/o retiro accidental de dispositivos médicos a lo que me informarán como familiar responsable/apoderado, y se le darán los cuidados inmediatos y necesarios según el caso.
- La evolución de la enfermedad puede requerir actuar en forma inmediata, y realizar los procedimientos necesarios para su protección y recuperación, incluyendo tratamientos o traslados a otro Servicio/Unidad Especializada, lo que se me informará como familiar responsable/apoderado tan pronto sea posible.
- Se me ha informado que, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se encuentra prohibido grabar videos, audio o hacer grabaciones audiovisuales, excepto por razones médicas, docencia y previa autorización.
- Se me ha informado que en el servicio donde se encuentra internado mi menor hijo/apoderado tiene un horario de visitas, el cual me comprometo a respetar; el mismo que puede variar por riesgo sanitario o por disposición del Jefe del Servicio.
- El hospital no se responsabiliza por el deterioro o pérdida de objetos de valor, equipos celulares, radios u otros equipos eléctricos que hayan sido autorizados previamente, al momento de su internamiento. Acepto mi responsabilidad por su mal uso y los daños (incluidos daños a la salud) que estos pudieran causar a mi menor hijo/apoderado.
- Autorizo al Hospital el uso de los datos personales de mi menor hijo/apoderado, para su identificación y para que se le proporcione los servicios médicos solicitados.

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Dos de Mayo	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION - DEPARTAMENTO PEDIATRIA
---	-------------	----------------------------	--------------------------------------	--

Declaro que otorgo el presente consentimiento informado en forma libre y considerando los riesgos y consecuencias que se deriven de ellas y de su tratamiento, así como de las alternativas terapéuticas involucradas.

Por lo tanto SI (...), NO (...) ACEPTO proceder con la Hospitalización de mi menor hijo.

Lima, de del 20.....

 Firma de la Madre () /Padre () /Representante legal ()		Firma y Sello del Médico Informante
Nombres y apellidos:		
DNI/CE/ otroN°.....		Nombre y Apellidos: CMP:RNE:.....
Teléfono:		
Parentesco:		

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION – PEDIATRICA	
Fecha:/...../20..... Hora: : Hs	N° de Historia Clínica:

Yo.....

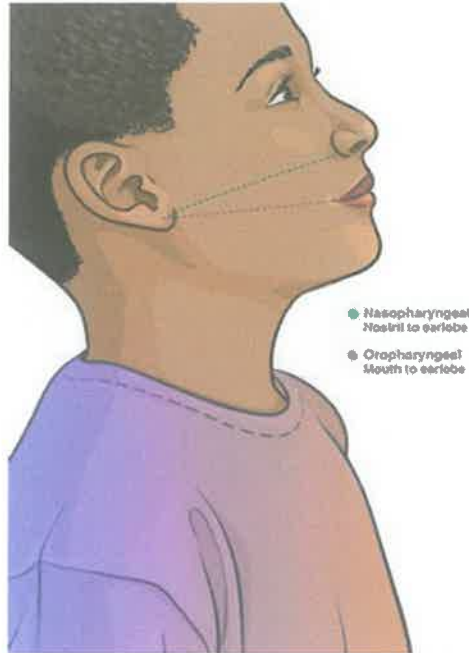
de..... años, Identificado con DNI/CE/ otro.....N°.....

En mi calidad de: madre (), padre (), APODERADO () parentesco:.....

Que, a pesar de toda la información entregada por equipo médico tratante y los riesgos que el alta exigida implica, manifiesto en forma libre mi denegación()/revocación() haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Nacional Dos de Mayo.

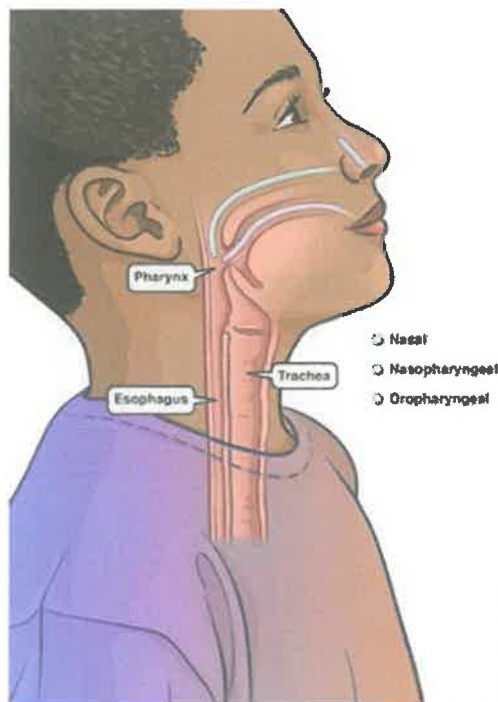
 Firma de la Madre /Padre /Representante legal		Firma y Sello del Médico Informante
Nombres y apellidos :		
DNI/CE/ otroN°.....		Nombre y Apellidos: CMP:RNE:.....
.....		

**ANEXO N° 03:
DISTANCIA DE INGRESO DEL CATÉTER DE SUCCIÓN NASOFARÍNGEO Y OROFARÍNGEO**



© AboutKidsHealth.ca

**ANEXO N°04:
DIFERENCIA DE LA ZONA DE ASPIRACIÓN: ASPIRACIÓN NASAL, NASOFARÍNGEO Y OROFARÍNGEA**



© AboutKidsHealth.ca

ANEXO: 05

FORMATO DE ADHERENCIA / LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA ASPIRACION DE SECRECIONES ORO Y NASOFRAINGEAS



Servicio de Enfermería Pediatría

FORMATO DE ADHERENCIA LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA PARA LA ASPIRACION DE SECRECIONES ORO Y NASOFRAINGEAS

Paciente:..... HC N°:

Servicio: Lic. Responsable:.....

Personal que supervisa: Fecha y Hora:/...../..... ; ... :

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Verificar la identidad del paciente			
2. Informar y educar a la madre sobre el procedimiento a realizarse.			
3. Realizarse el lavado de manos según norma técnica.			
4. Preparar el material necesario a usar.			
5. Se coloca los EPP			
6. Controla la saturación del paciente.			
7. Regula la presión del equipo de acuerdo con la edad del paciente			
8. Usa el calibre de la sonda según edad del paciente.			
9. Coloca en posición adecuada al paciente.			
10. Realiza la aspiración con suavidad.			
11. Limpia la sonda con una gasa estéril y aspira suero fisiológico.			
12. Realiza las aspiraciones que sea necesario previa evaluación del paciente			
13. Descarta el material contaminado en el contenedor que corresponde.			
14. Registra el procedimiento (hora, fecha, motivo, características de las secreciones).			
TOTAL			
% DE CUMPLIMIENTO			

CALIFICACION ACEPTABLE:

- Aceptable: 90-100% del puntaje máximo esperado
- Por mejorar: 60-89% del puntaje máximo esperado
- Inaceptable: < 60 del puntaje máximo esperado

Porcentaje de cumplimiento en aspiración de secreciones nasofaríngea y orofaríngea en pacientes hospitalizados.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR

Formula de calculo	N° de pautas de supervisión con 100% de cumplimiento x 100/total de pautas de supervisión aplicadas
Umbral de cumplimiento	90%
Evaluación	semestral
Sistema de evaluación	Se aplicarán mínimo 20 pautas de supervisión en forma aleatoria

Firma y sello del Personal que supervisa

Mg. Edith Vialta Porroña Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera Jefe de Pediatría-HNDM

Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JERARQUÍA SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS CRÍTICOS
CEP: 10615 RNE: 2604

HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

ANEXO: 06
NUMERO DE SONDA DE ASPIRACION SEGÚN GRUPO ETARIO

EDAD DEL PACIENTE	FRENCH
Neonato, prematuro	5-6
Lactante	8
preescolar	10
Edad escolar	12
Adolescente/ adulto	14

Recuperado de: <http://www areasaludplasecia.es/wasp/pdfs/7/711081.pdf>

ANEXO: 07
PRESION DEL ASPIRADOR SEGÚN GRUPO ETARIO

Grupo etáreo	Fijos	Portátiles
Adultos	120 - 150mmHg	10 - 15mmHg
Adolescentes	100 - 120mmHg	5 - 10mmHg
Niños	80 - 100mmHg	
Neonatos	50 - 80 mmHg	2 - 5mmHg

Ejercer presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer tejidos

Recuperado de: https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_2.htm

ANEXO: 08

DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES

El equipo de trabajo, desarrollador de la presente Guía de Procedimiento DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

1. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
2. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
3. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
4. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
5. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.

.....
Mg. Editor Violeta Perriera-Aguilar
Esp. Pediatría Reg. 242
Enfermera jefe de Pediatría-HNDM

.....
Jairo R. Colera Ruiz
Lic. Enf. CEP: 41003
Jefe de UCI Pediatría

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
.....
LIC. ENF. LILIANA MEDRANO MUSAYON
JEFA ENF. SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA Y TOCÓLOGOS
CEP: 10616 RNE: 2604

.....
HOSP. NACIONAL DOS DE MAYO
Lic. Coz Bustamante Dons
CEP: 21397
Reg. Esp: 33368

IX. BIBLIOGRAFIA:

1. SickKids Staff. How to perform nasopharyngeal and oropharyngeal suctioning. 2020 Feb. Disponible en:
<https://www.aboutkidshealth.ca/article?contentid=3857&language=english>
2. Meyer P, Rousseau H, Maillet Jm; Thierry S, Sy O, Vicaut E, es al.
Evaluación de la succión nasotraqueal ciega y el lavado mini-broncoalveolar no broncoscópico en pacientes críticamente enfermos con neumonía infecciosa: un estudio preliminar. Respir Care 2014,59 (3):345-352.
Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/content/59/3/345>
3. Zhang T, Black S, Hao C, Ding Y, Ji W, Chen R, Lin Y, Eskola J, Shinefield H, Knoll MD, Zhao G. The blind.
Nasotracheal aspiration method is not a useful tool for pathogen detection of pneumonia in children. PLoS One. 2010 De 29;5(12): e15885. PMID:21209964; PMCID: PMC3012105.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21209964/>
4. Pode D, Manny J. A simplified method for repeated nasotracheal suction. Surg Gynecol Obstet. 1984.
Aug; 159(2): 173-4. PMD: 6463830. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6463830/>
5. Bennion K, RRT. ARC Clinical Practice Guideline Nasotracheal Suctionng. Revision 2004. Primary Children's Medical Center, Salt Lake City; Utah. Original Publication: Respi Care 1992:37(8):1176-1179.
Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/content/respcare/49/9/1080.full.pdf>
6. Aspiración Orofaríngea, Aspiración Nasofaríngea, Aspiración Traqueal. 2011. BuenasTareas.com.
Disponible en: <https://blog.sscor.com/neonatal-suction-catheter-complications>
7. Neonatal Suction Catheter Complications. Disponible en :
<https://blog.sscor.com/neonatal-suction-catheter-complications>
8. Técnica de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal. Disponible en :
<https://www.fundasamin.org.ar/archivos/T%C3%A9cnica%20de%20aspiraci%C3%B3n%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Hospital Nacional
Dos de Mayo****CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACIÓN -
DEPARTAMENTO PEDIATRÍA**

Fecha:/...../20..... Hora: Hs N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

de días () meses () años () de edad Identificado con DNI/CE/ otro N°

Instrucciones: El encabezado debe ser llenado por el personal de salud y la parte inferior por el paciente o apoderado.

Yo de años de edad, Identificado con DNI/CE/ otro N°

En mi calidad de: padre () madre () APODERADO () parentesco:

en pleno uso de mis facultades mentales, señalo que he sido informado sobre mis derechos como persona usuaria de los servicios de salud, y en cumplimiento de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificada por Ley N° 29414, y el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a) me ha brindado información respecto al internamiento en las salas de Hospitalización Pediatría del Hospital Nacional "Dos de Mayo", y he comprendido lo siguiente:

- Declaro que he sido informado/a de la naturaleza de la enfermedad de mi menor hijo/apoderado y de sus eventuales complicaciones.
- El internamiento (hospitalización) de mi menor hijo/apoderado es necesario para que se le realicen estudios y/o reciba el tratamiento especializado correspondiente, a sus enfermedades de acuerdo a la indicación médica.
- Autorizo que se le realicen procedimientos simples, para la administración de medicamentos (vía oral, intravenosa, intramuscular, subcutáneo, intraocular u otro), colocación de catéter venoso periférico, aplicación de enemas, colocación de sonda nasogástrica, curación de heridas, higiene y aseo, cuidados de la piel, u otras relacionadas con su confort.
- En caso de procedimientos de mayor complejidad se me consultara a fin de dar autorización correspondiente.
- Declaro, que no oculto ninguna información sobre su salud que pudiera afectar negativamente los estudios y tratamiento, más aún si es una enfermedad contagiosa.
- Me han explicado que aún el mejor estudio y tratamiento no pueden asegurar la ausencia de complicaciones y/o la recuperación integral de su salud, y aun los procedimientos médicos simples pueden producir complicaciones como: inflamación en los sitios de punción, alergias, lesiones en la piel y tejidos, dolor local en las zona de aplicación de los medicamentos y/o retiro accidental de dispositivos médicos a lo que me informarán como familiar responsable/apoderado, y se le darán los cuidados inmediatos y necesarios según el caso.
- La evolución de la enfermedad puede requerir actuar en forma inmediata, y realizar los procedimientos necesarios para su protección y recuperación, incluyendo tratamientos o traslados a otro Servicio/Unidad Especializada, lo que se me informará como familiar responsable/apoderado tan pronto sea posible.
- Se me ha informado que, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se encuentra prohibido grabar videos, audio o hacer grabaciones audiovisuales, excepto por razones médicas, docencia y previa autorización.
- Se me ha informado que en el servicio donde se encuentra internado mi menor hijo/apoderado tiene un horario de visitas, el cual me comprometo a respetar; el mismo que puede variar por riesgo sanitario o por disposición del Jefe del Servicio.
- El hospital no se responsabiliza por el deterioro o pérdida de objetos de valor, equipos celulares, radios u otros equipos eléctricos que hayan sido autorizados previamente, al momento de su internamiento. Acepto mi responsabilidad por su mal uso y los daños (incluidos daños a la salud) que estos pudieran causar a mi menor hijo/apoderado.
- Autorizo al Hospital el uso de los datos personales de mi menor hijo/apoderado, para su identificación y para que se le proporcione los servicios médicos solicitados.



PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITALIZACION -
DEPARTAMENTO PEDIATRIA

Declaro que otorgo el presente consentimiento informado en forma libre y considerando los riesgos y consecuencias que se deriven de ellas y de su tratamiento, así como de las alternativas terapéuticas involucradas.

Por lo tanto SI (...), NO (...) ACEPTO proceder con la Hospitalización de mi menor hijo.

Lima, de del 20.....

 Huella digital	
Firma de la Madre () / Padre () / Representante legal ()	
Nombres y apellidos:	
.....	
DN/CE/ otro N°	
Teléfono:	Nombre y Apellidos:
Parentesco:	
	CMP: RNE:

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOSPITALIZACION - PEDIATRICA

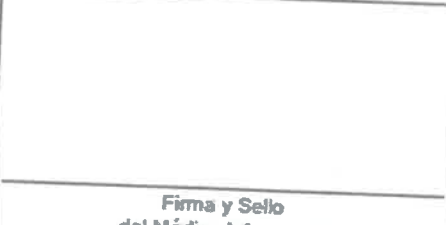
Fecha: / / 20.....; Hora: : Hs N° de Historia Clínica:

Yo,

de años, Identificado con DN/CE/ otro N°

En mi calidad de: madre (), padre (), APODERADO () parentesco:

Que, a pesar de toda la información entregada por equipo médico tratante y los riesgos que el alta exigida implica, manifiesto en forma libre mi denegación()/revocación()
....., haciéndome responsable de las consecuencias que puedan
derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Nacional Dos de Mayo.

 Huella digital	
Firma de la Madre / Padre / Representante legal	
Nombres y apellidos :	Nombre y Apellidos:
.....	
DN/CE/ otro N°	CMP: RNE: