**ANVERSO**

**Datos de identificación**

Se registraran con tinta azul de manera indistinta sin importar el turno en el que se halla ingresado.

**Nombre:** Se registrara comenzando por apellidos

**Fecha de Nacimiento:** Se registrara comenzando por año-mes-día

**Edad:** Se registrara en años para usuarios adultos y en años y, meses para pediátricos

**Género:** Se registrara masculino o femenino

**Estado Civil:** Se registrara el estado civil de los usuarios con tinta azul

**Grupo sanguíneo y Factor Rh:** Se registrara con tinta azul con letras mayúsculas

**Número de Cama.** Se registrara en tinta azul indistinto al turno

**Peso al ingreso, ayer y actual:** Se registrara el peso de ingreso de los usuarios y el del día anterior, así como el actual que se obtendrá al pesar todos los días a la misma hora y bajo las mismas condiciones a los usuarios, con tinta de color azul.

**Talla:** Se registrara en centímetros con tinta de color azul**.**

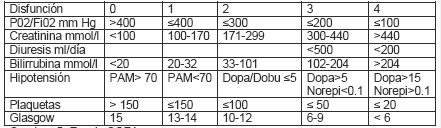
**SCT:** De igual manera que los datos mencionados anteriormente la superficie corporal total será llenada con tinta azul de manera indistinta al turno, expresándose en metros cuadrados y se obtendrá de la siguiente manera**.**

**Pacientes mayores de 10 kilos PESOX4X7/PESO+90**

**Pacientes menores de 10 kilos PESOX4+9/100**

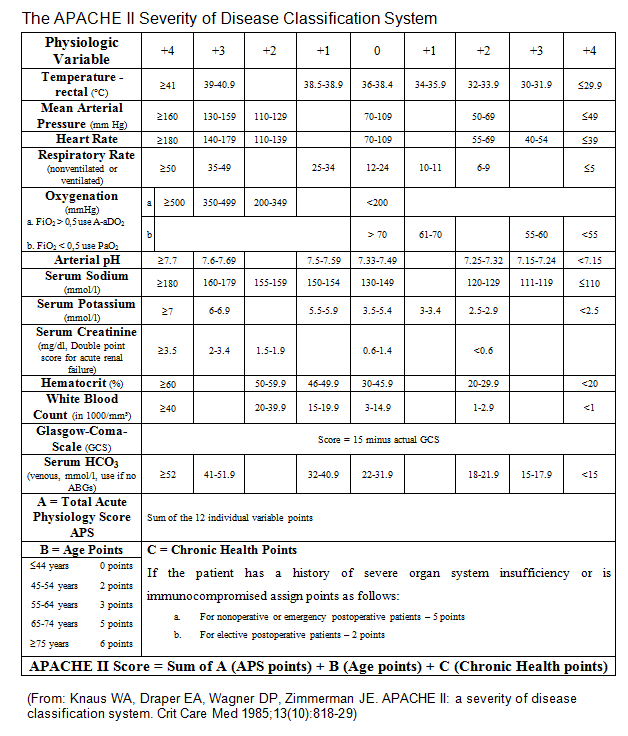
**SCQ:** La superficie corporal quemada será obtenida mediante la regla de los 9 para los adultos y en pediátricos será obtenida mediante una regla de 3 en base a la superficie corporal total en metros cuadrados**.**

**SOFA:** Valor de Escala de falla orgánica aguda será registrado en color azul

****

**APACHE: Valor de Escala de evaluación de estado de salud agudo y crónico será registrado en color azul.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Elaboró: | Autorizó: |
| Puesto | SUPERVISORA DE ENFERMERIA | SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA |
| Firma |  |  |

****

**Calorimetría:** Sera obtenida por personal de Nutrición Clínica si lo permitieran las condiciones del paciente y se registrara en color azul

**B.A**: El balance acumulado será registrado en tinta color rojo y será realizado al fin de la guardia nocturna atraves de los balances totales de 24 horas del día anterior y el actual.

**EJEMPLO**:

**NOMBRE** Pérez Pérez José **FECHA NAC2008-10-08 EDAD 411/12 GENEROMasculinoESTADO CIVILSoltero GRUPO Y RHO+ CAMA: 1505REGISTRON-265271/2013SERVICIO: AgudosDiagnostico: Quemadura por Fuego DirectoDías de Estancia: 2 FECHA: 10-09-2013PESO INGRESO: 27.2kgPESO AYER: 27kgPESO ACTUAL: 26kgTALLA110 cmsSCT0.97 m2SCQ:60%SOFA:6APACHE:10CALORIMETRIA2000 KcalB.A+5100**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alergias**  Se registrarán los medicamentos o alimentos que el paciente refiera ser alérgico. Tinta color rojo    **Comorbilidad**  Se marcará con un x la enfermedad que refiera el paciente, en caso de no encontrarse en la hoja deberá registrarlo en la parte superior de comorbilidad con tinta color azul, así como el trauma asociado presente si corresponde.  **Toxoide Tetanico**: Se registrara la fecha de aplicación de 1ª o 2ª dosis según corresponda al esquema utilizado.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ALERGIAS** | | | | | | **Penicilina y Huevo** | | | | | | **Tórax Inestable** | | | | | | **COMORBILIDAD** | | | | | | HAS | DM | NEF | I ♥ | IR | | **TOXOIDE TETANICO** | | |  |  | |

**CULTIVOS** Se registrara la fecha de toma de cultivos en las

ultimas 72 hrs

y se registrara con tinta de color rojo

**HEMOCULTIVOS CATETER 10 09 2013**

**Se Registrara en color azul el tipo de catéter, lumen, sitio y día de colocación con tinta color azul**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CATETER** | **LUMEN** | **SITIO** | **DIA** |
| **7FR** | **TRILUMEN** | **YUGULAR DERECHO** | **25 09 2013** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

.

**PARAMETROS HEMODINAMICOS**

**FC**: La frecuencia cardiaca será registrada en parámetro numérico arábigo con tinta de color del turno

**FR:** La frecuencia respiratoria será registrada en tinta de color del turno con número arábigo

**Temperatura:** Sera registrada en color rojo en grados centígrados y con números arábigos

**TENSIÓN ARTERIAL:** Sera registrada en tinta de color del turno

**PAM:** La presión arterial media será registrada en tinta de color del turno y en caso de no ser registrada con el monitor puede obtenerse con la fórmula 2 DIASTOLICA+SISTOLICA/3

**PVC:** La presión venosa Central se registrara con color de la tinta correspondiente al turno

**SATURACIÓN:** La saturación parcial de oxigeno de registrara con color correspondiente al turno y expresada en porcentaje

**CO2E:** La saturación Final del CO2 será expresada con tinta correspondiente al turno y expresada en mmHg

**P. abdom**: El perímetro abdominal se registrara con tinta de color del turno y expresada en cms

**PIA.** L a presión intrabdominal será registrada con tinta de color del turno y expresada en mmHg

**PCP:** En caso de contar con catéter de flotación se obtendrán parámetros hemodinámicos invasivos y se registraran con tinta de color del turno como la presión capilar pulmonar, índice cardiaco, contenido de oxígeno, contenido venoso de oxígeno, contenido arterial de oxigeno e índice de extracción de oxígeno.

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | | 8 | | 15 | | 22 | |
| **FC** | | 113 | | 113 | | 113 | |
| **FR** | | 25 | | 25 | | 25 | |
| **TEMPERATURA** | | 37 | | 37 | | 37 | |
| **TENSIÓN ARTERIAL** | | 110/70 | | 110/70 | | 110/70 | |
| **PAM** | **PVC** | 83 | 6 | 83 | 6 | 83 | 6 |
| **SAT O2%** | | 99% | | 99% | | 99% | |
| **COE2** | | 35mmHg | | 35mmHg | | 35mmHg | |
| **P.ABDOM** | **PIA** | 80 cms | 12 mmHg | 80 cms | 12 mmHg | 80 cms | 12 mmHg |
| **PCP** | **IC** | 21 | 4 | 21 | 4 | 21 | 4 |
| **DO2** | **VO2** | 20 | 55 | 20 | 55 | 20 | 55 |
| **DaVo2** | **IEO2** | 30 | 25 | **30** | 25 | 30 | 25 |

**PARAMETROS RESPIRATORIOS**

En el presente apartado se realizara el registro de las vías, modos y parámetros respiratorios de las diferentes tecnologías ventilatorias con las que cuente el usuario, esto será por hora y con la tinta de color del turno correspondiente.

Se utilizaran los siguientes códigos para las vías:

**ML:** Mascarilla Laríngea

**COT:** Cánula orotraqueal

**CNT:** Cánula nasotraqueal

**MF:** Mascarilla facial

**MV:** Mascarilla Venturi

**MR:** Mascarilla reservorio

**PN:** Puntas Nasales

**NEB:** Nebulizador

Para los modos dependerá de la vía, en caso de uso de ventilación mecánica invasiva será lo siguiente registrándose con tinta correspondiente al color del turno:

**A:** Asistido

**C:** Controlado

**AC:** Asistocontrolado

**SIMV:** Ventilación mecánica sincronizada intermitente

**CPAP:** Ventilación con presión de distensión alveolar continuada

Para los casos de tecnologías no invasivas los modos deberán registrarse en litros por minuto y con color correspondiente a la tinta del turno.

Para el tipo ventilatorio **VENT** el registro será exclusivo para ventilación mecánica y se registrara con tinta de color correspondiente al turno, si es ciclado por:

**P**: Presión

**V:** Volumen

**FIO2%** Sera expresada en porcentaje con tinta de color del turno y dependerá del tipo de tecnología utilizada**.**

**VC:** Volumen corriente será expresado solo para ventilación mecánica y será registrado con el color de tinta correspondiente al turno.

**PIM:** Presión inspiratoria máxima, será solo para ventilación mecánica y con color de tinta correspondiente al turno**.**

**PEEP**: Presión positiva al final de la espiración, será solo para ventilación mecánica y se registrara con el color de tinta correspondiente al turno.

**TI:** Tiempo Inspiratorio, será solo para ventilación mecánica y será registrada con el color de tinta correspondiente al turno.

**I:E:** Relación inspiración:Espiración será solo para ventilación mecánica y se registrara con el color correspondiente de tinta para cada turno.

**Frec:** Frecuencia respiratoria, será solo para ventilación mecánica, registrándose con el color de tinta correspondiente al turno.

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | | **8** | | **15** | | **24** | |
| **VIA** | **MODO** | **COT** | **AC** | **MR** | **10L** | **PN** | **4L** |
| **VENT** | **FIO2** | **P** | **40%** |  | **100%** |  | **36%** |
| **VC** | **PIM** | **500ML** | **35** |  |  |  |  |
| **PEEP** | **TI** | **5** | **15** |  |  |  |  |
| **I:E** | **FREC** | **1:2** | **24** |  |  |  |  |

**PARAMETROS GASOMETRICOS**

Se registraran los valores obtenidos en la toma de gasometrías según la hora realizada, y serán con color de tinta correspondiente al turno.

**A-V-C:** A: Gasometría arterial, V: Gasometría Venosa, C: Gasometría Capilar

**Sat:** Saturación

**PH:** Potencial de Hidrogeno

**PO2:** Presión de Oxigeno

**E-B:** Exceso de base

**HCO3:** Bicarbonato

**LACTATO:** Acido Láctico

**TCO2:** Contenido Total de Oxigeno

**KIRBY:** Índice obtenido del cociente de PaO2/FIO (No aplicable en gasometría venosa)

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | | **8** | | **15** | | **24** | |
| **A-V-C** | **SAT** | **A** | **95%** | **V** | **65%** | **A** | **90%** |
| **PH** | **PO2** | **7.6** | **90** | **7.5** | **70** | **7.4** | **80** |
| **E-B** | **HCO3** | **-4** | **32** | **-2** | **34** | **-4** | **28** |
| **LACTATO** | **TCO2** | **4** | **24** | **5** | **18** | **2** | **24** |
| **KIRBY** | | **280** | |  | | **280** | |

**PARAMETROS NEUROLOGICOS**

Serán registrados por hora y con tinta correspondiente al color del turno.

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Respuesta ocular** | **Respuesta verbal** | **Respuesta motora** |
| **Espontanea 4** | **Orientada 5** | **Obedece ordenes 6** |
| **Al habla 3** | **Confusa 4** | **Localiza el dolor 5** |
| **Al dolor 2** | **Inapropiada 3** | **Flexora 4** |
| **Ninguna 1** | **Incomprensible 2** | **Decorticación 3** |
|  | **Ninguno 1** | **Extensora 2** |
|  |  | **Flacidez 1** |

**13 a 15** puntos muestran normalidad y un estado de conciencia apropiado

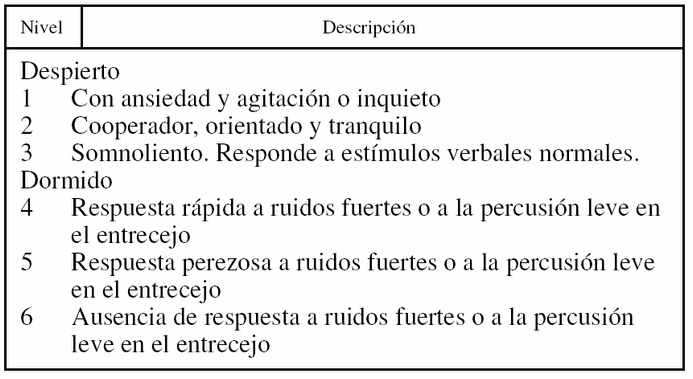
**9-12** alteración moderada del estado de conciencia

**3-8** se considera estado de coma

**DIAMETRO PUPILAR**

Se registrara en mm para cada una con I, si es isocorica o A, anisocorica .

**ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY**

****

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | | | **8** | | **15** | | **24** | |
| **APERTURA OCULAR** | | | **4** | | **4** | | **4** | |
| **RESPUESTA VERBAL** | | | **5** | | **5** | | **5** | |
| **RESPUESTA MOTORA** | | | **6** | | **6** | | **6** | |
| **PUPILA DERECHA** | **I** | **A** | **4** | **A** | **4** | **A** | **4** | **A** |
| **PUPILA IZQUIERDA** | **I** | **A** | **2** | **A** | **2** | **A** | **2** | **A** |
| **RAMSAY** | | | **6** | | **6** | | **6** | |

**REGISTRO DE LABORATORIOS**

Se registraran en la hora obtenida y con el color correspondiente al turno y serán básicamente:

**Hb:** Hemoglobina

**Hto:** Hematocrito

**Leu:** Leucocitos

**Plaq:** Plaquetas

**TP:** Tiempo de protrombina

**TPT:** Tiempo de Parcial de Tromboplastina

**Na:** Sodio

**K:** Potasio

**Ca.** Calcio

**Gluc: Glucosa**

**UR**: Urea

**CR:** Creatinina

Existen espacios en blanco para agregar parámetros de laboratorio extras y se registraran de igual, manera con tinta de color del turno**.**

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | | **8** | | **15** | | **24** | |
| **HB** | **HTO** | **10** | **34** | **8** | **20** | **9** | **18** |
| **LEU** | **PLAQ** | **5.5** | **150** | **8.5** | **100** | **12.5** | **80** |
| **TP** | **TPT** | **12** | **34** | **10** | **30** | **8** | **30** |
| **Na** | **K** | **135** | **5** | **137** | **5** | **138** | **5** |
| **Ca** | **GLUC** | **10** | **133** | **8** | **128** | **8** | **110** |
| **UREA** | **Cr** | **30** | **.5** | **20** | **.4** | **20** | **.4** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**REGISTRO DE MEDICAMENTOS**

En la columna de medicamentos se deberá escribir el nombre del medicamento, la vía de administración y horario con tinta de color azul indistinto al turno. Para el caso de los antibióticos se deberá escribir el nombre, dosis, la vía con tinta de color rojo indistinto al turno.

La dosis se registrará en el horario correspondiente y se circulará una vez que se haya ministrado con tinta correspondiente al color del turno

EJEMPLO:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | **8** | **15** | **22** |
| **OMEPRAZOL 40 MG I.V C/24** | **40 mg** |  |  |
| **PARACETAMOL 250 MG I.V C/6** |  | **250 mg** |  |
| **CIPROFLOXACINO 500 MG I.V C/24** |  |  | **500 mg** |

**REGISTRO DE INGRESOS**

Se registraran en esta columna con color azul indistinto al turno, tanto soluciones intravenosas en infusión continua, como cargas de solución por hora, reposiciones de electrolitos en infusión y hemoderivados, así como medicamentos administrados de 1 a 3 horas de infusión, se registrara una I con color de la tinta correspondiente al turno según el horario en que haya sido administrada y posteriormente la cantidad a pasar en ml por hora con color de tinta correspondiente al turno.

En caso de administración de hemoderivados en la columna de soluciones deberá registrarse tipo de hemoderivado número del mismo, y dosis a administrar.

También en esta misma columna se registraran con color azul de manera indistinta al turno alimentación enteral, ingresos enterales, dilución de medicamentos.

En la parte inferior se realizara una suma por hora para registrar el ingreso horario y el ingreso acumulado, lo cual se realizara con la tinta correspondiente al color del turno, y al final de cada turno se registrara el ingreso parcial de la misma manera con la tinta correspondiente de color del turno.

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horario** | **8** | **9** | **10** | **15** | **16** | **17** | **22** | **23** | **24** |
| **Sol. Salina 0.9% 1000 ml+1 amp de MVI+1 gr de Vitamina C+1 amp de amp de selefusin+ 1 amp de Trsefusin+ 1 amp de KCL P24 hrs** | **I** | **42** | **42** | **42** | **42** | **42** | **42** | **42** | **42** |
| **Meropenem 1gr en 200 ml para 3 hrs** |  |  |  | **I** | **66.6** | **66.6** | **66.6** |  |  |
| **Paquete globular 234561000 200 ml para 3 hrs** |  |  |  |  | **I** | **66.6** | **66.6** | **66.6** |  |
| **Dilución de medicamentos** | **50** | **70** |  |  | **80** | **100** |  |  | **70** |
| **Sol. Salina 0.9% 100 ml +60 meq KCL+20 meq KPO4 para 3 hrs** |  |  |  |  |  | **I** | **46.6** | **46.6** | **46.6** |
| **Sol Hartmann 1000 ml + 12.5 gr de Albumina P/24 hrs** | **I** | **43** | **43** | **43** | **43** | **43** | **43** | **43** | **43** |
| **Plasma 16000134 150 ml para 2 horas** |  |  | **I** | **75** | **75** |  |  |  |  |
| **INGRESO HORARIO** | **50** | **155** | **85** | **160** | **306.6** | **318.2** | **354.8** | **288.2** | **221.6** |
| **INGRESO ACUMULADO** | **50** | **205** | **290** | **450** | **756.6** | **1074.8** | **1128** | **1416.2** | **1637.8** |
| **INGRESO PARCIAL DEL TURNO** | **290** | | | **1074.8** | | | **1637.8** | | |

**REGISTRO DE EGRESOS**

Se registraran con tinta de color correspondiente al turno los egresos horarios registrados, así como al final de cada hora el egreso horario total y egreso acumulado, al final del turno nocturno registraran el balance de ingresos total y egresos junto con el balance total de los mismos de 24 horas y lo registraran con la tinta correspondiente a su turno.

Se calculara los mililitros por kilogramo de peso por hora de diuresis del paciente con la formula ml horarios/kg/1 hr,

Se realizara el cálculo de pérdidas insensibles como sigue

Adultos 0.75 ml por kilogramo de peso por hora sin fiebre y 1 ml por kilogramo de peso por hora de fiebre

Niños 600xasc/24

3750x%sctq o zona residual/24

Se sumaran ambos resultados y darán las perdidas insensibles por hora, en caso de fiebre se aumentara el 10% al resultado final por hora de fiebre.

ASC= > de 10 kg a PESOX4+7/PESO +90 y en < de 10 kg PESOX4+9/100

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horario** | **8** | **9** | **10** | **15** | **16** | **17** | | **22** | **23** | **24** |
| **PERDIDAS INSENSIBLES** | **47** | **47** | **47** | **47** | **47** | **47** | | **47** | **47** | **47** |
| **DRENAJE** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | **10** | | **10** | **10** | **10** |
| **EVACUACIÓN** | **80** |  |  |  |  | **50** | |  |  | **100** |
| **SANGRADO** | **100** |  |  |  | **30** |  | |  | **10** |  |
| **S. NASOGASTRICA** | **10** | **30** | **20** | **50** | **20** | **30** | | **20** | **20** | **20** |
| **VOMITO** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| **DIURESIS** | **10** | **20** | **30** | **40** | **50** | **60** | | **70** | **50** | **30** |
| **ML/KG/HR** | **2** | **4** | **6** | **8** | **10** | **11** | | **14** | **10** | **6** |
| **EGRESO HORARIO** | **247** | **107** | **109** | **111** | **157** | **167** | | **157** | **167** | **207** |
| **EGRESO ACUMULADO** | **247** | **364** | **473** | **584** | **741** | | **908** | **1065** | **1232** | **1439** |
| **EGRESO PARCIAL** | **473** | | | **908** | | | | **1439** | | |
| **BALANCE DE 24 HRS** | **INGRESOS TOTALES** | | | **EGRESOS TOTALES** | | | | **BALANCE DE 24 HRS** | | |
| **1637.8** | | | **1439** | | | | **+198.8** | | |

**REVERSO**

**VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

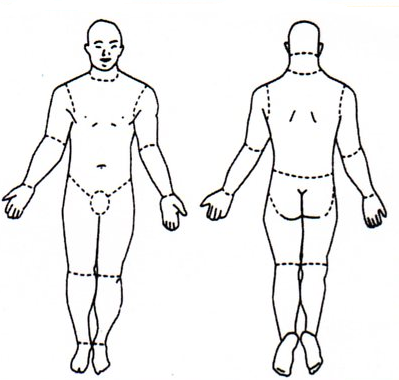
**Valoración de Enfermería**

La valoración de enfermería se realizará aplicando el modelo de Adaptación propuesto por Sor Callista Roy.

En cada uno de los puntos a valorar de los 4 modos de adaptación se marcara con una **x** si el paciente presenta un signo o síntoma correspondiente al modo fisiológico, de auto concepto, rol o interpersonal en el cuadro que así lo indique. Esto se llevara a cabo con tinta de color correspondiente al turno.

Dentro de la valoración del modo de adaptación fisiológico, en el apartado correspondiente a la integridad de la piel se marcaran las características presentes en la misma, marcando según el código de la tabla, la letra correspondiente en el esquema y destacando el medicamento utilizado, según área anatómica cómo se maneja en el esquema de LUND Y BROWDER, en el rubro indicado; como se muestra a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **Integridad de la Piel** | |
| **1=SULFADIAZINA DE PLATA** | **A= INJERTO MAYADO** |
| **2=ACETATO DE MAFENIDA** | **B= INJERTO** |
| **3=GLUCONATO DE CLORHEXIDINA** | **C= HOMOINJERTO** |
| **4=OTRO: Solución Dakins** | **D= AREA DONADORA** |
| **1= Antebrazo Derecho,** | **E= AREA SANGRANTE** |
| **Muslos.** | **F=AREA CRUENTA** |
| **2=Piernas** | **G= ULCERA POR PRESION** |
| **3= Cabeza, Brazos** | **H= DRENAJE** |
| **Tórax anterior y posterior** | **I= ESCARA** |
| **Manos, glúteos, genitales** | **J= QUEMADURA DE 2º GRADO** |
| **Pantorrillas y pies** | **K = QUEMADURA TERCER GRADO** |
|  | **L= EXPOSICIÓN DE HUESO** |
|  | **M= EXPOSICIÓN DE TENDON** |
|  | **N=ESCAROTOMIA** |
|  | **O= FASCIOTOMIA** |

****

En el mismo modo de adaptación se observa la valoración de **oxigenación y circulación**, en donde deberá marcarse si presenta cianosis, disfonía, vibrizas quemadas, esputo carbonaceo, estridor laríngeo, taquipnea, accesorio respiratorios, broncoespasmo, edema del tracto respiratorio, presencia de pulsos periféricos, tiempo de llenado capilar en segundos, todo ello con una x con color correspondiente de tinta al turno, además en el área de alteraciones del ritmo cardiaco, utilizándose las siguientes abreviaturas:

**T**aquicardia **V**entricular**: TV**

**F**ibrilación **V**entricular**: F.V**

**F**ibrilación **A**uricular**: F.A**

**T**aquicardia **S**upra **V**entricular**: TSV**

**De igual manera con tinta correspondiente al color del turno**

Cambios posteriores durante el turno, deberán de registrarse en el área de observaciones.

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modo de Adaptación Fisiológica** | | | |
| **Oxigenación y Circulación** | | | |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| Cianosis |  | **X** |  |
| Disfonía |  | **X** |  |
| Vi brizas Quemadas | x | x |  |
| Esputo Carbonaceo |  |  |  |
| Estridor laríngeo |  |  |  |
| Taquipnea |  |  |  |
| Accesorios respiratorios |  |  |  |
| Broncoespasmo |  |  |  |
| Edema del tracto respiratorio | **X** | **X** | **X** |
| Presencia de pulsos periféricos |  |  |  |
| Llenado capilar distal | 2 | 3 | 3 |
| Trastornos del ritmo cardiaco | **TV** | **FA** | **TSV** |

**ELIMINACIÓN**

Se registrara con una x del color correspondiente a la tinta del turno el signo o síntoma detectado

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| **MICCION ESPONTANEA** | **x** | **x** | **X** |
| **RETENCION URINARIA** |  |  |  |
| **OLIGURIA** | **x** | **x** | **X** |
| **HEMATURIA** |  |  |  |
| **ANURIA** |  |  |  |
| **HEMOCROMOGENURIA** |  |  |  |
| **EVACUACION ESPONTANEA** |  | **X** |  |
| **ESTREÑIMIENTO** |  |  |  |
| **OTROS** |  |  |  |

**NUTRICION**

Se registrara con una x del color correspondiente a la tinta del turno el signo o síntoma detectado

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| **PRECENCIA DE PERISTALSIS** | **x** | **x** | **X** |
| **DISMINUCIÓN DEL TONO MUSCULAR** |  |  |  |
| **ALIMENTACIÓN ENTERAL** | **x** | **x** | **X** |
| **NUTRICIPON PARENTERAL TOTAL** |  |  |  |
| **OTROS** |  |  |  |

**PROTECCION**

Se registrara con una x del color correspondiente a la tinta del turno el signo o síntoma detectado

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| **NECROSIS TISULAR** | **x** | **x** | **X** |
| **SECRECION PURULENTA** |  | **X** |  |
| **HIPERGRANULACION** |  |  |  |
| **ERITEMA** |  |  | **X** |
| **INFLAMACION** |  |  |  |
| **OLOR FETIDO** | **X** |  |  |
| **OTROS** |  |  |  |

**ACTIVIDAD Y REPOSO**

Se registrara con una x del color correspondiente a la tinta del turno el signo o síntoma detectado

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| **ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS** |  |  |  |
| **ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS** | **x** | **x** | **X** |
| **MOVILIZACIÓN ACTIVA** |  |  |  |
| **MOVILIZACIÓN ACTIVO/ASISTIDA** |  |  |  |
| **TRASLACION** |  |  |  |
| **ACT RECREATIVAS** |  |  |  |
| **AMBULACION** |  |  |  |
| **ADINAMIA** |  |  |  |
| **INMOVILIZACIÓN PRESCRITA** | **x** | **x** | **x** |
| **OTROS** |  |  |  |

**SENTIDOS**

Se registrara con una x del color correspondiente a la tinta del turno el signo o síntoma detectado

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| **AUDICION** | **x** | **x** | **x** |
| **VISION** | **x** | **x** | **x** |
| **OLFATO** |  |  |  |
| **TACTO** |  |  |  |
| **GUSTO** |  |  |  |

**Modo de Adaptación del Autoconcepto**

Se refiere a las creencias y a los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física, personal y moral. En las cuales deberán de evaluarse la presencia de sus características en la casilla indicada, marcando con una **x** si es que aplica al paciente con color de tinta correspondiente al turno.

**EJEMPLO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Manejo de Adaptación del Autoconcepto** | | | |
| **TURNO** | **M** | **V** | **N** |
| **Identidad Física** | | | |
| Adaptación a Cambios en el Ambiente Físico | **X** | **X** | **X** |
| Presenta Estrategias para Logara el Autoconcepto |  | **X** |  |
| **Identidad Personal** | | | |
| Verbaliza Confianza en sí Mismo |  | **X** |  |
| Presenta un Sistema de Valores Propios |  |  |  |
| **Identidad Moral y Ética** | | | |
| Conflictos Culturales | **X** |  |  |
| Información Contradictoria en Toma de Decisiones | **X** |  |  |

**INDICADORES DE CALIDAD**

**Acceso Vascular**

**Valoración**

- Fecha de instalación.

- Días consecutivos, se registrará el número de día consecutivo, considerando el día de la instalación como día 0.

- En los factores de riesgo se marcará con una **x** en el cuadro correspondiente, si presenta o no el factor de riesgo

Las anotaciones se elaborarán con tinta de color negro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de instalación: 12 mayo 2009 | | |
| Días consecutivos: 1 | | |
| **Factores de riesgo** | **SI** | **NO** |
| Eritema |  | **X** |
| Tumefacción |  | **X** |
| Sensibilidad |  | **X** |
| Fiebre |  | **X** |

**Intervenciones**

- En este apartado registrará las intervenciones realizadas de acuerdo al indicador de calidad. Marcará con una **x**  en el cuadro que corresponde para cada turno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intervenciones** | | | |
| Mantener | **M** | **V** | **N** |
| Circuito cerrado | **x** | **x** | **x** |
| Circuito permeable | **x** | **x** | **x** |
| Instrucción al paciente | **x** | **x** | **x** |
| Cambio de circuito |  |  |  |
| Escala de Maddox | **x** | **x** | **x** |

**Sonda vesical instalada**

- **Fecha de instalación**.

- **Días consecutivos**, se registrará el número de día consecutivo, considerando el día de la instalación como día 0.

- **Materia**l: registrará el tipo de material de la sonda instalada

. **Extensión:** Anotará la medida de la sonda instalada.

- **Globo**: registrará la cantidad de mililitros que se utilizaron para inflar el globo.

- **En los factores de riesgo** se marcará con una **x** en el cuadro correspondiente, si presenta o no el factor de riesgo

Las anotaciones se elaborarán con tinta de color azul.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de instalación: 12 mayo 2009 | | |
| Días consecutivos: 1 | Material Silicón | |
| Calibre 14 Fr | Globo 5cc | |
| **Factores de riesgo** | **SI** | **NO** |
| Pico febril |  | **X** |
| Dolor suprapúbico |  | **X** |
| Región periuretral con: | | |
| Secreción |  | **X** |
| Prurito |  | **X** |
| Eritema |  | **X** |

**Intervenciones**

- En este apartado registrará las intervenciones realizadas de acuerdo al indicador de calidad. Marcará con una **x**  en el cuadro que corresponde para cada turno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intervenciones** | | | |
| Mantener | **M** | **V** | **N** |
| Circuito cerrado | **x** | **x** | **x** |
| Circuito permeable | **x** | **x** | **x** |
| Zona periuretral s/ secreción | **x** | **x** | **x** |
| Instruir cuidados de sonda |  |  |  |
| Características de la orina | **x** | **x** | **x** |

**Prevención de Caídas**

Se registrara con una **x con tinta azul** la presencia de factores de riesgo para sufrir caídas en un paciente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prevención de Caídas** | | |
| **Factores de Riesgo** | **Si** | **No** |
| Paciente senil | **X** |  |
| Alteración del equilibrio | **X** |  |
| Alteración de marcha | **X** |  |
| Posoperatorio | **X** |  |
| Ayuno Prolongado | **X** |  |
| Hipotensión ortostática |  | **X** |
| Reposo Prolongado |  | **X** |
| Otros: | | |

**Intervenciones**

- En este apartado registrará las intervenciones realizadas de acuerdo al indicador de calidad. Marcará con una **x**  en el cuadro que corresponde con tinta para cada turno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intervenciones** | | | |
|  | **M** | **V** | **N** |
| Visitas Frecuentes | **X** | **X** | **X** |
| Uso de barandales | **X** | **X** | **X** |
| Informar riesgos y medidas preventivas | **X** | **X** | **X** |
|
| Uso de recursos para prevenir caídas | **X** | **X** | **X** |

**Prevención de Ulceras por Presión**

Se registrara con una **x con tinta azul** la presencia de factores de riesgo en el paciente para presentar ulceras por presión.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prevención de Úlceras por Presión | | |
| **Factores de Riesgo** | **Si** | **No** |
| Paciente senil | **X** |  |
| Desnutrición | **X** |  |
| Obesidad | **X** |  |
| Piel Húmeda | **X** |  |
| Deficiencia Motora | **X** |  |
| Incontinencia urinaria |  | **X** |
| Incontinencia fecal |  | **X** |
| Inmovilidad |  | **X** |

**Intervenciones**

- En este apartado registrará las intervenciones realizadas de acuerdo al indicador de calidad. Marcará con una **x**  en el cuadro que corresponde con tinta para cada turno.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intervenciones** | | | |
| MANTENER: | **M** | **V** | **N** |
| Piel limpia, seca, lubricada | x | x | X |
| Liberar zonas de presión | x | x | X |
| Usar recursos para prevenir UPP | x | x | X |
| Limpios pañal, bata y  ropa de cama | x | x | x |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO** | 19 | 20 | 21 | 22 |
| **Dolor (EVA)** | **5/10** |  |  | **5/10** |
| **Glucosa Capilar** | **110** | **112** | **120** | **123** |
| **Rehabilitación** | **x** | **x** | **x** | **x** |

**EVA**: Se registrará el resultado de la escala visual análoga en la columna correspondiente con tinta del color del turno.

**Glucosa Capilar**: Se registrara con tinta de color del turno.

**Rehabilitación**: Se registrara con una x y con tinta de color del turno según el horario en donde haya sido recibida.

**Dieta**

En el espacio asignado para dieta se deberá escribir la prescripción de la misma, con tinta de color del turno. En los siguientes espacios se anotara el tipo y cantidad de alimentos consumidos por los pacientes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIETA**  Hipocalórica, hiperproteíca de 2000 kcal | Pan Atole  Queso, Carne, Verduras | Consomé Pollo  Pan Manzana | Atole Galletas  Yogurt |

**Observaciones.**

En este apartado se registrará una nota de enfermería de los eventos ocurridos durante el turno, con tinta correspondiente al mismo.

14:00Hrs. Paciente comienza a presentar deterioro en el estado de conciencia, se hipotensa y presenta una taquicardia ventricular sostenida con repercusión hemodinámica y sin presencia de pulso, se realizan maniobras de resucitación avanzada con desfibrilación, en 2 ocasiones con 200 joules consiguiendo revertir la arritmia, paciente queda en ritmo sinusal y hermodinámicamente inestable, por lo que se inicia apoyo de aminas.

**Nombre y firma**

La enfermera responsable de los pacientes escribirá su nombre y apellidos completo y colocará su firma en el espacio correspondiente, con tinta correspondiente al turno.

**PLAN DE CUIDADOS**

Se localizará la etiqueta diagnóstica y el primer parámetro como resultado sugerido NOC y previo análisis de la estandarización en cuidados de enfermería se conocerán las acciones a implementar según las intervenciones deseadas, con la posibilidad de realizar las que no se encuentren en el mismo, al tratarse de Planes de Cuidados en Enfermería Estandarizados susceptibles al cambio, es decir con la posibilidad de individualizarse, y una vez elegidas estas se registrará en el cuadro correspondiente al turno con una **x con el color de tinta correspondiente al turno.**.

EJEMPLO:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETIQUETA DIAGNOSTICA** | **RESULTADOS ESPERADOS** | **INDICADORES** | **VALORES** | | | | | | **ESCALA** | **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA** | **M** | **V** | **N** | **ESCALAS** |
| **PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ** | **ESTADO RESPIRATORIO:**  **PERMEABILIDAD DE LAS VIAS RESPIRATORIAS** | **FRECUENCIA RESPIRATORIA** | **3** | **3** | **3** | **3** | **3** | **3** | **1** | **MANEJO DE LA VIA AEREA** | **x** | **x** | **X** | **1.DESVIACION GRAVE DEL RANGO**  **2.DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGO**  **3. DESVIACION MODERADA DEL RANGO**  **4. DESVIACION LEVE DEL RANGO**  **5. SIN DEVIACIÓN DEL RANGO** |
| **RITMO RESPIRATORIO** | **3** | **3** | **3** | **3** | **3** | **3** | **MONITOREO DE LA VIA AEREA** | **x** | **x** | **x** |

**Diagnósticos de Enfermería propuestos**

En este aportado se podrán registrar aquellos diagnósticos que no se encuentran en la hoja de enfermería,

**FORMATO PARA IMPRIMIR**

