

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

ENFERMERIA DEL ADULTO

CATEDRATICO: GORDILLO LOPEZ BEATRIZ

ALUMNA: DANIA MARTHITA FLORES ABELAR

---

SEXTO CUATRIMESTRE GRUPO "B"

COMITAN DE DOMINGES CHIAPAS A 22/05/2020

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona familia o comunidad, inmediatamente después de su realización, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados

Tipos de datos:

**SUBJETIVOS:** nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa. (SINTOMAS)

**OBJETIVOS:** estos datos comprenden como las medidas de lo signos vitales, (diarrea, PA, T, P, etc.)



Objetivos

- Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente.

- Dejar constancia de los problemas presentados por el paciente y los cuidados de enfermería

Brindados ● Colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente.

- Servir como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal. Estudios de investigación.

- Unificar criterios para la elaboración de notas de enfermería y llevar registro de todos los procedimientos, intervenciones o situaciones presentadas durante el turno.



Notas de ingreso

- Fecha y hora

- Sexo, edad, procedencia

- Como llega el paciente

- Quien lo conduce

- Tipo de ingreso

- Quien lo remite, porque lo remiten

- Diagnósticos

- Estado de conciencia

- Estado de ánimo

## REGISTROS E INFORMES DE ENFERMERIA

Un registro importante constituye los informes de enfermería que son las anotaciones sobre la evolución del paciente.



Características del informe:



**Objetivo:** Se elabora en base a lo observado y ejecutado con el paciente.



**Preciso:** Explicar claramente la información que se quiere dar.



**Claro:** Utilizar letra clara, buena construcción gramatical.



**Concreto:** No debe ser tan corto porque desvirtúa su propósito.



**Organizado:** Que registre datos más importantes en la evolución del paciente.

Importancia de la elaboración del informe

Alcance: desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización hasta el egreso del mismo.

- Podemos valorar la evolución de la enfermedad del paciente.

- Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.

- Se puede identificar las necesidades del paciente.

## Notas de recibo de turno

- Fecha y hora
- Nombre, Edad
- Recibo paciente
  - Posición
- Diagnóstico de ingreso
- Estado de conciencia
- Estado de ánimo
- Estado higiénico y nutricional
- Descripción céfalo-caudal
- Líquidos endovenosos
  - Signos vitales
  - Firma

8. Equipos de monitoria y/o soporte que tiene en funcionamiento.

- 9. Procedimientos pendientes.

OBJETIVO: Unificar criterios para la elaboración de notas de enfermería y llevar registro de todos los procedimientos, intervenciones o situaciones presentadas durante el turno.

## Notas de entrega de turno

- Fecha y hora
- Nombre, Edad
- Posición
- Diagnóstico de base
- Estado de conciencia
- Alimentación: tolerancia a la dieta
- Equipos con los que queda el paciente

## Notas de egreso

- Fecha y hora
- Nombre, Edad
- Diagnostico
- Servicio del que egresa
- Medico quien ordena egreso
- Estado de conciencia y orientación
- En compañía de quién?
- Ordenes medicas
  - Educación
  - Signos vitales
  - Firma

## Notas de enfermería del traslado del paciente dentro del hospital

- 1. Servicio al que se traslada
- 2. Sexo, edad y diagnósticos
- 3. Personal de salud que efectúa el traslado
  - 4. Condiciones generales, estado de conciencia, condición física, forma de transporte, entre otros.
  - 5. Familiar y/o responsable
- 6. Nombre del médico que da al orden de traslado.
- 7. Documentos que se entregan en medio físico, tarjetas de medicamentos, medicamentos y dispositivos médicos, resultados de ayudas diagnósticas.

**OXIMETRÍA**

Basicamente es la interpretación de la coloración sanguínea que depende de la saturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub>).

Las técnicas oximétricas son tanto invasivas como no invasivas y se pueden dividir en:

- 1) Espectrofotometría que analiza la hemoglobina in vitro.
- 2) Oximetría de pulso (SpO<sub>2</sub>) para medición no invasiva de la saturación.
- 3) Oximetría fibróptica para medición invasiva de la saturación oxihemoglobina in vitro.

Revista mexicana de anestesiología; Vol. 33  
Suplemento 1, abril-junio 2010

Su sitio online de consulta para profesionales en salud @GuiaDenfermeria www.guiadenfermeria.org

Ilustración de una enfermera en un laboratorio.

Exactitud ● Es esencial que las anotaciones en los registros sean exactas y correctas. Las anotaciones exactas consisten en hechos u observaciones exactas, en lugar de opiniones o interpretaciones de una observación. Por ejemplo: Es más exacto decir que el paciente