

UNIVERSIDAD DEL SUR

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

MATERIA: "PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II "

TAREA:

"REGISTRO DE ENFERMERÍA"

DOCENTE: EVELIN TORRES BERMUDEZ

ALUMNO: CARRASCO GONZÁLEZ SALOMÉ

GRADO: 7º GRUPO: "A"

TAPACHULA, CHIAPAS

SABADO 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2021



HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Son Hechos
no palabras

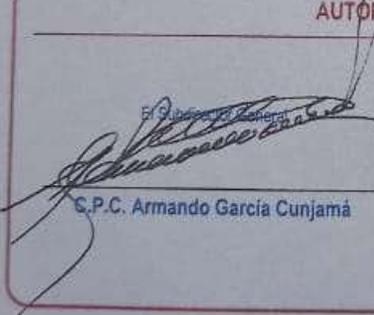
NOMBRE DEL DOCUMENTO

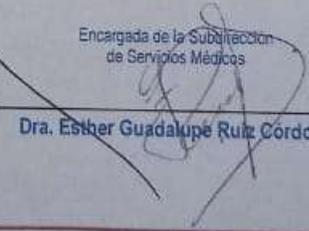
FORMATO HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

SÍNTESIS DEL DOCUMENTO

Contiene el formato Hoja de Registros Clínicos de Enfermería, así como su especificación y descripción, el cual deberá ser implementado en las unidades hospitalarias del Instituto; para obtener la información necesaria que permita brindar una atención de calidad integral.

AUTORIZACIONES


C.P.C. Armando García Cunjamá


Encargada de la Subdirección
de Servicios Médicos

Dra. Esther Guadalupe Ruiz Córdova

FECHA DE AUTORIZACIÓN

DÍA	MES	AÑO
05	Septiembre	2011



ESPECIFICACIÓN DEL FORMATO

Nombre:	Hoja de Registros Clínicos de Enfermería.
Clave:	SSM-HC-42.
Objetivo:	Servir como medio para el registro de signos vitales, curva térmica, control de líquidos, transfusiones, procedimientos invasivos, plan de cuidados, evaluación y finalmente un diagnóstico de enfermería, obteniendo la información necesaria que permita brindar una atención de calidad integral.
Tamaño:	Carta.
Medio de Elaboración:	Manual.
Elabora y Controla:	Área de Enfermería.

[Handwritten signatures and initials]



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO DE CHIAPAS

Son Mechos
no palabras

HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Nombre: Morale Ruiz Estefani
 N.P.C.: MORE 96120921 Edad: 28
 Peso: 98 Talla: _____ Sexo: F
 Servicio: _____ Cama: 8 Fono: _____
 Dr. Médico: _____

Sábado 05 de septiembre del 2021

Fecha	D. Hosp.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7		
170	41																										
180	42																										
190	39																										
200	38																										
210	37																										
220	36																										
230	35																										

Tensión Arterial	150/110	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100	140/100
F. Respiratoria	18	20	17	18	19	20	20	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

Perímetro																											
Glucosa																											
Dieta																											
LIQUIDOS PARENTERALES Y HEMODERIVADOS		Líquidos claros. T6 200 c.c.										Dieta blanda Pan, Fruta, abeto. 2000 50ml Osgu										AHNO 1:22 hrs.					
TOTAL		600 ml										250 ml										0.					

INGRESOS		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
VIA ORAL			250ml		250ml	100ml					100			100												
SONDA																										
M.V.D.																										
M.I.V.																										
SOL. PARENT.																										
ELEM. SANGUINEOS																										
OTROS																										

EGRESOS		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
UREG																										
EVACUACIONES			100ml																							
VOMITO				50ml							50ml															
SUCCION																										
DRENAJES																										
SANGRADO																										
PERD. INGENIBLES																										

BALANCE POR TURNO																										
BALANCE DE 24 HRS																										
EST. LAB																										
EST. PROG																										
DRUGA. PROG																										

[Handwritten signatures and notes]

VALORACIÓN DE ENFERMERIA		M	V	N
ESTADO DE CONCIENCIA	CONCIENTE			
	INCÓNCIENTE		1	
	SEDADO/RELAJADO			
VITALIDAD	PUNILER			
	SEMIPUNILER	9		6
	OTROS			
ESTADO NEUTRO Y BIEN	ALTO RESUSO			
	MEDIANO RESUSO	9		7
	BAJO RESUSO			
INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE	ASP. SECRETIONES			
	UXE BRONQUIAL			
	DURACION	11:20		
	TRACQUEOSTOMIA			
	COLOSTOMIA			
INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE INTERFERENCIAS DE	UNE			
	PALMO PERCUSION			
	PLANTAS NASALES O MASC			
	VENTILADOR MECANICO			
HIGIENE	BAND. REGADERA	11		
	BAND. PARDAL			
BENEFICIO Y CUIDADO	EJERC. FISIOLOGICO			
	INSOMNIO			
AUTODETERMINACION	COOPERADOR	8		
	DEPRIMIDO			
COMUNICACION	OTROS			
	HABLA CLARO			
	HABLA CONFUSO			
	PROB. AUDITIVOS			
	APASICO			
OTROS				
TERAPIA COGNITIVA				
OTROS				
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS				
TIPO	P	C	F. INST.	F. DURAC.
BONDA NASOGASTRICA			F. INST.	DAL
BONDA OROGASTRICA			F. INST.	DAL
E. POLEY		F. INST.	S. FLUACION ESPEC.	
SEG. PROT. EC.		VES. BAFIADES	S/	NO
RELIGION				
GRADO DEPENDENCIA			PD	D
RESPONSABLES				
	MATUTINO	VESP.	NOCTURNO	
JF				

Cefotaxima Amp. 1g IV c/12hrs.
Paracetamol Tab 500mg VO c/8hrs.

MEDICAMENTOS

SIGNOS Y SINTOMAS

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

INTERFERENCIAS DE ENFERMERIA

EVALUACION



DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

1/5

COLUMNA O RENGLÓN

SE ANOTARÁ

- | COLUMNA O RENGLÓN | SE ANOTARÁ |
|------------------------------|--|
| (1) Nombre | El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente. |
| (2) R.F.C | El Registro Federal de Contribuyentes que será el número de afiliación en la Institución. |
| (3) Edad | En adultos, adolescentes, escolares y preescolares anotar años cumplidos, en lactantes años y meses cumplidos, y en recién nacidos días. Separados por una diagonal. |
| (4) Peso | El peso del paciente indicando con las abreviaturas: kg. los kilogramos y gr. los gramos. |
| (5) Talla | Con número arábigo la estatura del paciente, especificando metros y centímetros. |
| (6) Sexo | Con la inicial "F" si es femenino, "M" si es masculino, en recién nacido se especifica si es hombre o mujer completo. |
| (7) Servicio | El nombre del servicio al que corresponde el paciente, en caso de cambio a otro servicio encerrar con paréntesis el nombre del servicio anterior y anotar el nuevo enseguida. |
| (8) Cama | El número de la cama asignada, en caso de cambio de ésta, encerrar con paréntesis el número anterior y registrar el nuevo. |
| (9) Fecha de Ingreso | La fecha de ingreso del paciente al hospital, al inicio de nueva hoja registrar la fecha de ingreso. |
| (10) Diagnóstico Médico | El diagnóstico principal, registrado por el médico en la hoja de ingreso al servicio, y actualizar por día de acuerdo a las notas médicas de evolución del paciente. |
| (11) Fecha | El día, mes y año con tinta de color azul al iniciar el llenado de la hoja; en las columnas siguientes solo el día. |
| (12) Días de Hospitalización | Los días de hospitalización con número arábigo, con tinta de color rojo y en forma progresiva. Los pacientes que ingresan después de las 24 hrs. se repetirá el (0) al siguiente día. |
| (13) Frecuencia Cardíaca | Con la tinta de color azul y marcar un punto en el sitio que coincida las cifras obtenidas en relación a la hora que se realizó la toma y unir con líneas los puntos correspondientes para conformar la gráfica. |
| (14) Temperatura corporal | Con la tinta de color rojo y marcar un punto en el sitio que coincida las cifras obtenidas en relación a la hora que se realizó la toma y unir con líneas los puntos correspondientes para conformar la gráfica. |
| (15) Tensión arterial | En la diagonal superior la presión sistólica y en la diagonal inferior la presión diastólica, con relación a la hora que se realizó la toma, utilizando la tinta correspondiente a cada turno. |



DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

2/5

COLUMNA O RENGLÓN	SE ANOTARÁ
(16) Frecuencia respiratoria	Con el número arábigo la cifra obtenida por minuto en la toma de la frecuencia respiratoria, con relación a la hora en que se realizó la toma, utilizando el color de la tinta correspondiente a cada turno.
(17) Saturación de oxígeno	Con el número arábigo la cifra obtenida según la oximetría de pulso, con relación a la hora en que se realizó la toma, utilizando el color de tinta correspondiente a cada turno.
(18) Perímetro	El número obtenido en centímetros y la inicial correspondiente al perímetro medido (A) abdominal.
(19) Glucometría	La cifra obtenida de los niveles de glucosa mediante muestra capilar.
(20) Dieta	La dieta correspondiente al turno, cuando se trate de ayuno, anotar las iniciales AHNO.
(21) Líquidos parenterales y hemoderivados	El tipo de solución, cantidad administrada, hora de inicio y término, y/o suspensión de éstos utilizando abreviaturas, así mismos; los elementos sanguíneos y la cantidad pendiente por pasar, se registra con la letra R= utilizando el color de tinta correspondiente al turno. Glucosa=Gluc., Cloruro de sodio= Cl. Sd., Mixta= Mx., Hartman= Htm., Paquete Globular= PG., Plasma Fresco= PF., Concentrados Plaquetarios= C.P.
(22) Total	El total de soluciones parenterales y hemoderivados.
(23) Ingresos	La suma total de las cantidades administradas durante el turno, con respecto a las siguientes vías: oral, sondas, medicamentos, soluciones parenterales y hemoderivados.
(24) Egresos	La suma total de las cantidades eliminadas durante el turno expresado en milímetros, anotar características utilizando abreviaturas, según el código correspondiente: Uresis: HM (hematuria), OB (obscura), BD (blanca y densa), AM (amarilla). Olor: NF (no fétido), F (fétido). Cantidad: Expresada en mililitros.
(25) Pérdidas insensibles	Sin fiebre: Peso corporal x 0.5 x horas trabajadas. Con fiebre: Peso corporal x 0.7 x horas con fiebre:
(26) Balance por turno	El resultado de la suma de los ingresos menos la suma de los egresos. Balance Positivo: si los ingresos son mayores que los egresos. Balance Negativo: si los egresos son mayores que los ingresos.
(27) Balance de 24 horas	El resultado de la suma de los ingresos, menos la suma de los egresos de todos los turnos.
(28) Estudios de laboratorio	Las abreviaturas de los estudios solicitados y registrar cuando éste se haya realizado con el signo convencional de palomita.



DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

3/5

COLUMNA O RENGLÓN	SE ANOTARÁ
(29) Estudios programados	El nombre del estudio realizado y/o programado según el turno correspondiente y señalar con signo convencional de palomita cuando ya se haya realizado.
(30) Cirugía programada	El nombre de la intervención quirúrgica realizada y/o programada y señalar con el signo convencional de palomita cuando se haya realizado, con el color de la tinta correspondiente.
(31) Interconsultas	El nombre de la especialidad a la que se solicita la interconsulta y señalar con el signo convencional de palomita cuando se haya realizado con el color de la tinta correspondiente.
(32) Valoración de enfermería	En este rubro todas las valoraciones de enfermería realizadas al paciente con respecto a estado de conciencia, posición, escala de Norton, cuidados especiales, etc.
(33) Estado de conciencia	En este espacio el horario en que se realiza esta valoración, con tinta correspondiente al turno.
(34) Posición	La hora en que se realiza cada cambio postural con tinta correspondiente al turno.
(35) Escala de Norton y Braden	La obtención de estos datos (indicador de prevención de úlceras por presión y decúbito). Seleccionar un criterio a evaluar de cada una de las columnas, posteriormente sumar los resultados de manera horizontal, clasificando de acuerdo al total del índice de riesgo.
(36) Intervenciones de colaboración	En este espacio los cuidados más específicos que se realizan a las personas, registrando la hora en que se realiza el procedimiento, anotando las características relevantes de estos cuidados.
(37) Intervenciones de oxigenación	La hora en que se proporciona la intervención de oxigenoterapia, especificando si amerita micronebulizaciones, palmo percusión, etc.
(38) Higiene	La hora en que se realiza el procedimiento y el tipo de baño, si es en regadera o parcial (baño de esponja o aseo de genitales).
(39) Reposo y sueño	En este rubro se valora y registra la hora de sueño fisiológico, insomnio.
(40) Autoestima	La hora del estado emocional de la persona, si ha cursado el turno como cooperador, deprimido u otros.
(41) Comunicación	En este espacio se registrará con el color de tinta correspondiente, si la persona mantiene buena comunicación (clara, confusa, afásica, tiene problemas auditivos, si habla otro idioma y especificar cual).
(42) Terapia ocupacional	Si la persona realiza alguna actividad, mencionar que tipo y registrar el horario de acuerdo a la tinta correspondiente.



DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

4/5

COLUMNA O RENGLÓN	SE ANOTARÁ
(43) Procedimientos invasivos	La hora en que se valora a la persona, especificar con una "X" si el catéter es periférico (P) o central (C) y anotar la fecha de instalación y fecha de curación. No olvidar anotar la fecha de instalación en cada inicio de hoja de registro clínico.
(44) Sonda nasogástrica y/o orogástrica.	La fecha, hora de instalación y calibre.
(45) Sonda vesical	La fecha y hora de instalación, anotar sitio de fijación de acuerdo al sexo. Mujeres: en la cara interna del muslo. Hombres: en la cara antero-superior del muslo. La fijación podrá ser diferente sólo en aquellos casos en los que se tenga indicación médica específica como en cirugías correctivas por malformaciones, cáncer de uretra, cirugía plástica u otro.
(46) Seguridad y protección	Si la cama de la persona se encuentra con barandales para su seguridad y protección, marcando con "X" según sea el caso (si o no).
(47) Religión	El tipo de religión que profesa la persona.
(48) Grado de dependencia	Con una "X" el grado de dependencia que presenta las personas: I= Independiente, PD= Parcialmente dependiente, D= Dependiente.
(49) Medicamentos	El nombre, presentación, dosis, vía de administración, frecuencia y horario de aplicación, circulando con tinta de color correspondiente al turno, la hora en que se aplicó el medicamento. Tratándose de antibióticos, efectuar el registro de prescripción con tinta roja. Para el control de número de días de aplicación de antibiótico o de algún otro medicamento específico anotar inicio (I), cuando se administre por primera vez y el número de días subsecuentes encerrarlo en un círculo (1), contando como un día al concluir las 24 horas de administrado y así en forma progresiva. La dosis inicial del medicamento se administra en el momento en que se indique y posteriormente ajustar al horario de medicamentos ya establecidos.
(50) Signos y síntomas	Por turno los signos y síntomas valorados en la persona, anotando el horario en que se presentan. Marcar el signo convencional de palomita si continúa presentando la misma sintomatología en los siguientes turnos y registrando la hora con el color de tinta correspondiente. En base a los signos y síntomas que la persona presente se realizarán los diagnósticos de enfermería.



DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

5/5

COLUMNA O RENGLÓN

SE ANOTARÁ

- | | | |
|------|------------------------------|--|
| (51) | Diagnósticos de enfermería | Se evaluará la correcta identificación y elaboración de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los siguientes criterios:

A) Diagnóstico real: clínicamente válido deberá redactarse, problema, relacionado con, manifestado por. Ejemplo: deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad manifestado por presencia de úlceras o escaras.

B) Diagnóstico de alto riesgo y el potencial deberá redactarse, problema, relacionado con. Ejemplo: Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la falta de movilidad. |
| (52) | Intervenciones de enfermería | Los procedimientos de enfermería que se realizan en el espacio correspondiente de cada turno, registrando el signo convencional (%) cuando son las actividades seguidas en las mismas condiciones y anotar los horarios. |
| (53) | Evaluación | Registrar el logro de los objetivos y resultados de las intervenciones de enfermería mediante la evolución de la persona. |
| (54) | Responsables | Al terminar el turno se registrarán los nombres de las enfermeras responsables en orden jerárquico. En la siguiente forma, anotará la primera inicial de su nombre seguido por su primer apellido. |

Nota: Todas las anotaciones realizadas en la hoja de enfermería deberán registrarse de acuerdo al color de tinta correspondiente a cada turno.

[Handwritten signatures and initials]



VALIDÓ

Dra. Esther Guadalupe Ruiz Córdova
Encargada de la Subdirección de Servicios Médicos

Dr. Febronio López Tovilla
Jefe del Departamento de Atención Médica

REVISÓ

Ing. Javier Valdez Flores
Jefe de la Unidad de Planeación

Lic. Esther García Balbuena
Jefa del Departamento de Organización y Sistemas

COLABORÓ EN LA ELABORACIÓN

LEO. María Cristina Sandoval Erosa
Jefa de Enfermeras del Hospital de Especialidades "Vida Mejor"

C. Julio César Ramos López
Analista del Departamento de Organización y Sistemas