

## Resolución Directoral

Chancay, 16 de julio del 2024.

### VISTO:

El Expediente No 3341447 que contiene el INFORME No 088-2024-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA, suscrito por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud, emite el Informe Técnico Favorable de la "Guía Técnica de Llenado de los Registros de Enfermería del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López". Solicitando se apruebe mediante Acto Resolutivo;

### CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley No 26842, Ley General de Salud establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Asimismo, la información en salud es de interés público, Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley;

Que, mediante Resolución Ministerial No 519-2006-MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad de Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y teniendo como objetivo, establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientándolo a obtener resultados para mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial W 826-2021/MINSA, aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinales Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud, estableciendo el punto 5.4 que los documentos que se emitan tendrán la siguiente denominación según el caso: Normativa Técnica de Salud, Directiva, Guías Técnicas o Manuales' / Documentos Técnicos; por lo que, en el numeral 6,1.2, señala que debe entenderse la Directiva como el Documento Normativo con el que se establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de una NTS, Las Directivas. pueden ser de aplicación en todo el sector salud, si por la naturaleza de su contenido así se requiere. debiendo ser expresamente señalado en el Ámbito de Aplicación de las mismas. Por la naturaleza de su contenido, las Directivas se denominan: 1) Directivas Administrativas, cuando están dirigidas a temas del ámbito administrativo. 2) Directivas Sanitarias, cuando están dirigidas a temas del ámbito sanitario;

Estando a lo expuesto, y con el visto bueno de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López";

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Chancay y SBS, aprobada con Ordenanza Regional N°008-2014-CR-LR Y Resolución Directoral N° 038-2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG.

**SE RESUELVE:**



**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** a partir de la fecha de expedición de la presente resolución La "Guía Técnica de Mantenimiento de los Registros de Enfermería del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López", el cual forma parte de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR** a la Jefa del Departamento de Enfermería, la difusión, monitoreo, supervisión y cumplimiento de la Guía aprobada por la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3°.- DEJAR SIN EFECTO**, cualquier acto resolutivo que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución.



**ARTÍCULO 4°.- DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación en el Portal de Transparencia la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"

DR. MIRKO ERASMO MOLINA MOROTE  
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS  
CMP 41634 RNE 43562

Transcrita:

- Dirección Ejecutiva
- Dirección Administrativa
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Departamento de Enfermería
- Comunicaciones.
- Archivo



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ"**



**DEPARTAMENTO  
DE ENFERMERIA**

**GUÍA TÉCNICA DE LLENADO  
DE REGISTROS DE  
ENFERMERÍA**

**Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas**

**2024**









**Colaboradores:**

- **Dra. Giannina Lissette Melgarejo Solís**
- **Lic. Juan Enrique Flores Celedonio**
- **Lic. Miriam Guadalupe Valenzuela Guerra**
- **Lic. Cristhian Bieler García Grimaldo**
- **Lic. Norma Beatriz Ipince Antunez**
- **Dra. Mayra Grisell García Silva**
- **Mg. Emma Janet Dámaso Bazán**

Año de Elaboración: 2024



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*



Director Ejecutivo: **Dr. Mirko Erasmo Molina Morote**

**Equipo de Gestión 2022-2024**

Jefa de Departamento de Enfermería: **Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas**

**Supervisoras de enfermería:**

Dra. Mayra Grisell García Silva  
Mg. Emma Janet Dámaso Bazán  
Mg. Dina Teresa Ayala Crisóstomo  
Lic. Lidia Lucila Lázaro Marco  
Lic. Lucia Esperanza Castillo Morales  
Mg. Rocío del Pilar Toledo Lucho

**Jefes de servicio de enfermería:**

**Mg Gilda Vanessa Páez Trujillo.** (Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico)  
**Lic. María Esther Osorio Álvarez** (Servicio de Enfermería en Emergencias y Cuidados Críticos)  
**Lic. América Visitación Sorozábal de la Cruz** (Servicio de Enfermería en hospitalización Medicina)  
**Mg. Dilcia Ruth Blanco Fitzcarrald** (Servicio de Enfermería en Cirugía)  
**Lic. Angella Rossana Farromeque Pareja** (Servicio de UCIN e Intermedios Neonatales)  
**Lic. Maritza Zulema Rodríguez Ramírez** (Servicio de Enfermería en Pediatría)  
**Lic. Miriam Susana Torres Farromeque** (Servicio de Enfermería en Ginecología)  
**Lic. Gianina Sota Champi** (Servicio de Enfermería en Consultorios Externos)

**Coordinadores de Programas Presupuestales y Estrategias Sanitarias**

**Lic. Magally Basilia Vitate Macedo** (Coordinadora de Etapa de Vida Niño)  
**Lic. Samaniego Torres, Evelyn Thelma** (Coordinadora Presupuestal 016 TBC/VIH)  
**Lic. Huamán Rosales, Magaly Mirella** (Coordinadora Presupuestal 017 Daños No transmisibles).  
**Lic. Durand La Madrid, Melva Magaly** (responsable de Etapa de Vida Adulto mayor)  
**Lic. Abanto Quispe, Ana María** (Coordinadora de Metaxénicas y Zoonóticas)  
**Lic. Quispe Baldeón, Arnold Luigi** (Coordinador de Enfermedades raras y Huérfanas)



Jefa de Dpto. **Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas**



## i. INTRODUCCIÓN

El Departamento de Enfermería conocedor de la importancia que tiene el generar las evidencias del trabajo enfermero, y documentar sus herramientas de gestión del cuidado que proporciona a cada persona en el ámbito hospitalario, contribuye a través del presente documento en la optimización de los procesos y la mejora de cuidado que se brinda, dejando evidencia del trabajo profesional y científico, por ello a continuación presentamos la **GUÍA TÉCNICA DE LLENADO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**, teniendo en cuenta los objetivos de seguridad de pacientes, calidad de atención y cuidados, especificando los procedimientos, las actividades, sus interrelaciones u otras intervenciones, así como, los responsables de su ejecución, y los puntos de control, utilizando los planes de cuidado ya implementados en cada servicio y que se aplicaran de manera individualizada, ayudando a cada persona hospitalizada de manera independiente como ser humano único en sus características y/o necesidades.

La presente guía tiene como finalidad actualizar los formatos de enfermería, y el adecuado registro de dichos formatos, basado en la homogenización del trabajo enfermero en los servicios asistenciales, lo que repercutirá en el cuidado que se brinda y por ende responder a los criterios técnicos establecidos en la auditoría de salud.

## ii. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Actualizar los formatos de enfermería y estandarizar los criterios de llenado de los registros de enfermería en el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

## iii. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.







## DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo No 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo No 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud-PEAS.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial No 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial No 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V. 02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"
- Resolución Ministerial N.º 214-2018-MINSA, del 13 de marzo de 2018 que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- Resolución N° 322-09-CN/CEP de fecha 14 de enero del 2009 del Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Ley N.º 27669 16 de febrero de 2002 Ley del Trabajo de la Enfermera (o) peruano.
- NTS N° 029 MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 826 – 2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas



## Contenido

i. INTRODUCCIÓN.....	5
ii. OBJETIVO DEL DOCUMENTO.....	5
iii. BASE LEGAL.....	5
I. GUIA TECNICA DE LLENADO DEL REGISTRO: HOJA DE BALANCE HÍDRICO DE ENFERMERÍA ....	11
1.1 FINALIDAD:.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	11
1.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:.....	11
1.5 CONSIDERACIONES GENERALES .....	11
1.5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:.....	11
1.6 CONSIDERACIONES ESPECIFICAS.....	13
1.6.1 RESPONSABLES .....	13
1.6.2 INDICACIONES.....	13
1.6.3 CONTRAINDICACIONES - .....	13
1.6.4 REQUISITOS – .....	13
1.6.5 COMPLICACIONES – .....	13
1.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	14
1.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA .....	14
1.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL BALANCE HÍDRICO.....	14
1.7 RECOMENDACIONES:.....	15
1.8 ANEXOS .....	15
1.8.1 FLUJOGRAMA DEL REGISTRO DEL BALANCE HIDRICO.....	16
1.8.2 FLUJOGRAMA DEL REGISTRO DE BALANCE HIDRICO DE LA UCIN E INTERMEDIOS NEONATALES .....	17
1.8.3 FORMATO DE BALANCE HÍDRICO .....	18
1.8.4 BALANCE HIDRICO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES .....	19
1.9 BIBLIOGRAFIA.....	20
II. GUIA DE LLENADO DEL REGISTRO: HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA .....	21
2.1 FINALIDAD:.....	21
2.2 OBJETIVOS.....	21
2.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	21
2.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: .....	21



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





<b>2.5 CONSIDERACIONES GENERALES</b> .....	21
2.5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:.....	21
<b>2.6 CONSIDERACIONES ESPECIFICAS</b> .....	22
2.6.1. RESPONSABLES .....	22
2.6.2 INDICACIONES.....	22
2.6.3. CONTRAINDICACIONES -.....	22
2.6.4 REQUISITOS –.....	22
2.6.5 COMPLICACIONES –.....	22
2.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	22
2.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA .....	23
2.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	24
<b>2.7 RECOMENDACIONES:</b> .....	24
<b>2.8 ANEXOS</b> .....	24
2.8.1 FLUJOGRAMA DEL REGISTRO DE LA HOJA DE GRAFICA .....	25
2.8.2 FORMATO DE HOJA DE GRAFICA.....	26
<b>2.9 WEBGRAFIA</b> .....	27
<b>III. GUIA DE LLENADO DEL REGISTRO: KÁRDEX DE ENFERMERÍA</b> .....	28
<b>3.1 FINALIDAD:</b> .....	28
<b>3.2 OBJETIVO</b> .....	28
3.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	28
3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	28
<b>3.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN</b> .....	28
<b>3.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:</b> .....	28
<b>3.5 CONSIDERACIONES GENERALES</b> .....	28
3.5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:.....	28
<b>3.6 CONSIDERACIONES ESPECIFICAS</b> .....	30
3.6.1. RESPONSABLES .....	30
3.6.2 INDICACIONES.....	30
3.6.3. CONTRAINDICACIONES –.....	30
3.6.4 REQUISITOS –.....	30
3.6.5 COMPLICACIONES –.....	30
<b>3.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES</b> .....	30
3.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA .....	31
3.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LLENADO DEL KARDEX:.....	32
<b>3.7 RECOMENDACIONES:</b> .....	33







3.8 ANEXOS .....	33
3.8.1 Flujograma del kárdex de enfermería .....	34
3.8.2 Flujograma del kárdex de enfermería del servicio de cirugía .....	35
3.8.3 Flujograma del kárdex de enfermería del servicio de atención inmediata – alojamiento conjunto.....	36
3.8.4 Formato de kárdex de enfermería.....	37
3.8.5 kárdex de enfermería hospitalización de cirugía.....	39
3.8.6 Kárdex de enfermería de atención inmediata – alojamiento conjunto.....	41
3.8.7 Kárdex de enfermería del servicio de Ginecología.....	42
3.9 BIBLIOGRAFIA .....	43
IV NOTAS DE ENFERMERÍA .....	44
4.1 FINALIDAD .....	48
4.2 OBJETIVO.....	48
4.2.1 OBJETIVO GENERAL .....	48
4.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	48
4.3 AMBITO DE APLICACIÓN.....	48
4.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:.....	48
4.5 CONSIDERACIONES GENERALES .....	48
4.5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:.....	48
4.5.2 COMPONENTES TECNICO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA: .....	49
4.6 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS .....	50
4.6.1. RESPONSABLES.....	50
4.6.2 INDICACIONES.....	50
4.6.3 CONTRAINDICACIONES – .....	50
4.6.4 REQUISITOS – .....	50
4.6.5 COMPLICACIONES – .....	50
4.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	50
4.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERIA .....	51
4.6.8. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:.....	53
4.7 RECOMENDACIONES .....	55
4.8 ANEXOS .....	55
4.8.1 FLUJOGRAMA DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA.....	56
4.8.2 FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA.....	57
4.8.3 FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGIA.....	58
4.8.4 FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO Y PEDIATRIA.....	60



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



4.8.5 Flujograma De Notas De Enfermería Del Servicio Centro Quirúrgico ..... 61

4.8.6 Nota de evolución de enfermería en el servicio de medicina ..... 62

4.8.7 Nota de evolución de enfermería servicio de medicina (formato 2) ..... 64

4.8.8 Nota de evolución de enfermería en el servicio de Pediatría ..... 66

4.8.9 Nota de evolución de enfermería servicio de pediatría y neonatología Formato 2 ..... 68

4.8.10 Nota de evolución de enfermería: Atención inmediata ..... 70

4.8.11 Nota de evolución de enfermería Alojamiento conjunto..... 72

4.8.11 Nota de evolución de enfermería Servicio NEO UCI – Intermedios Neonatales..... 74

4.8.12 Nota de evolución de enfermería en Centro Quirúrgico..... 76

4.8.13 Nota de evolución de enfermería en Ginecología..... 78

4.8.14 Nota de evolución de enfermería en Emergencias y Cuidados Críticos..... 80

4.8.15 Notas de evolucion de enfermeria en cuidados criticos ..... 82

4.8.16 Nota de evolución de enfermería en Consultorios externos ..... 86

4.9 BIBLIOGRAFÍA ..... 88

V FORMATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION Y CUIDADOS DE PACIENTES..... 90



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





# I. GUIA TECNICA DE LLENADO DEL REGISTRO: HOJA DE BALANCE HÍDRICO DE ENFERMERÍA

## 1.1 FINALIDAD:

Estandarizar y unificar los criterios técnicos en los licenciados(as) en enfermería para realizar los registros y calcular el balance hídrico de los pacientes de diferentes grupos etarios durante su estancia Hospitalaria, en los diferentes servicios asistenciales del Hospital del Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Registrar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente, durante un tiempo determinado, para contribuir al mantenimiento del equilibrio hídrico electrolítico y planear en forma exacta, el aporte hídrico que reemplace las pérdidas basales, previas y actuales del organismo.

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir la importancia del balance hídrico en el proceso de cuidados de enfermería.
- ✓ Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos del paciente para prevenir complicaciones.
- ✓ Contextualizar el balance hídrico dentro del proceso de cuidados de enfermería mediante las herramientas NANDA, NOC y NIC.

## 1.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La GUIA DE LLENADO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA: BALANCE HÍDRICO se aplicará en todos los servicios de medicina, cirugía, ginecología, pediatría área de observación del servicio de Emergencias y Cuidados Críticos UCIN e intermedios neonatales del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

## 1.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía de llenado del registro de enfermería: hoja de balance hídrico enfermería

## 1.5 CONSIDERACIONES GENERALES

### 1.5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

*a. Definición del procedimiento Balance hídrico:*

Es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos como de las pérdidas, enmarcando esta comparación en un periodo de tiempo determinado (habitualmente 24 horas), lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilitar mantener el equilibrio del medio interno del paciente.

**Balance hídrico Estricto (BHE)**, es la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente en un tiempo determinado en horas.







b. *Conceptos básicos –*

**Enfermera:** Profesionales de salud que brindan cuidados integrales al paciente Hospitalizado.

**Paciente:** Son las personas que necesitan cuidados integrales y monitoreo de ingresos y egresos, durante la Hospitalización.

**Ingresos:** Proceden de líquidos ingeridos vía oral y/o procedente de los sólidos. El paciente Hospitalizado, recibe aportes de líquidos por vía enteral y/o parenteral, por lo que el total de posibles aportes será:

**Vía oral/enteral:** Líquidos procedentes de la dieta a través de la ingesta

**Solución Endovenosas:** Sueroterapia, nutrición parenteral (NPT),

**Medicinas:** Perfusiones de drogas vaso activas, perfusiones analgésicas, antibióticos u otros.

**Sangre y/o hemoderivados:** sangre, plasma, y otros

**Agua de oxidación:** Resultante del metabolismo celular; que NO es aplicable en Neonatología por ser cantidades ínfimas y no tener relevancia en los ingresos, debido al peso menor de 5kg.

**Egresos:** Son todas las formas por la cual un paciente pierde líquidos.

**Diuresis:** Pérdidas por orina: La diuresis habitual oscila entre 40 a 80 ml/hora, lo que se traduce en unos 1 500 ml diarios.

**Deposición:** Pérdida por heces.

**Vómitos:** Es la expulsión del contenido del estómago a través de la boca.

**Otros Egresos:** se refiere a egresos por Drenajes no cuantificados en los ítems anteriores (regurgitación, Drenajes, u otros).

**Pérdidas insensibles:** Son las que no se pueden regular con exactitud y tienen sus causas en fenómenos de convección y evaporación; Pérdidas cutáneas, pérdidas pulmonares y pérdidas insensibles

**BALANCE HÍDRICO POSITIVO:** Se presentan cuando los ingresos son mayores que los egresos o los egresos son menores que los ingresos. Ejemplo: 2000 ml-1500 ml= 500 ml (Si orina menos cantidad de la que se ingiere).

**BALANCE HÍDRICO NEGATIVO:** Se presenta cuando hay una disminución de los ingresos o un exceso de los egresos. Por ejemplo: 1700-2 000=-300 ml (Se orina más cantidad de la que se ingiere) o en menores, por ejemplo: 400- 250=-150 ml (Se orina más cantidad de la que se ingiere).

**Unidad de Cuidados intensivos neonatales (UCIN):** es una unidad especial en el hospital para los recién nacidos antes de término, muy prematuros o tienen alguna afección médica grave y necesitarán cuidados especiales después del nacimiento.

**FÓRMULAS:**

**DEBITO URINARIO:** El débito urinario es la cantidad de orina que eliminan los riñones en relación con una sustancia medida en un tiempo determinado. Se mide en mililitros por día (ml/Kg/día) o mililitros por hora (ml /Kg/ hr). En un adulto sano, el débito urinario debe ser de 0.5 ml/ Kg / h. El débito urinario se utiliza para evaluar la salud o las condiciones en las que se encuentra el aparato urinario de la persona independientemente de su edad.

$$D.U. = \text{Diur. Tot.} / n^{\circ} \text{ hr.} / \text{Kg. Peso}$$

$$D.U.N. = 0,5 - 1 \text{ ml.}$$





AGUA DE OXIDACIÓN: formula que se utiliza en pacientes adultos de preferencia:

$$P \times 0,2 \times N^{\circ} \text{ Horas}$$

PERDIDAS INSENSIBLES: Es decir son pérdidas de líquidos sin sentir, con el sudor, la respiración (vapor y agua).

ADULTOS:	$P \times 0,5 \times N^{\circ} \text{ Horas}$
MENORES DE 10 Kg:	$P \times 33 \times N^{\circ} \text{ HORAS}/24$

NIÑOS MAY. DE 10 Kg:	S.C. x 400 x N° Hrs./24
	SC= $P \times 4 + 7 / P + 90$

### 1.6 CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

#### 1.6.1 RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Licenciada (o) especialista

#### 1.6.2 INDICACIONES

**Absolutas: -**

- ✓ En estado crítico por enfermedad aguda.
- ✓ Con enfermedades crónicas.
- ✓ Con Drenajes masivos.
- ✓ Trastornos de la alimentación.
- ✓ Con pérdidas excesivas de líquidos.
- ✓ Con aumentos de los requerimientos líquidos.
- ✓ Con sondaje o lavado vesical.
- ✓ Con retención de líquidos.
- ✓ Con problemas de contingencia.
- ✓ Con pérdida de la actividad, movilidad física (discapacitados que no pueden acceder o ingerir líquidos).

**Relativas:**

- ✓ Paciente con restricción dietética.
- ✓ Pacientes que tienen suspendida la vía oral

#### 1.6.3 CONTRAINDICACIONES -

No aplica.

#### 1.6.4 REQUISITOS -

Consentimiento informado: **No aplica.**

#### 1.6.5 COMPLICACIONES -

No aplica.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





### 1.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

a. Recursos humanos

- Lic. Enfermera (o) especialista.
- Lic. Enfermera (o).
- Técnico(a) de enfermería.

b. Materiales

b.1. Material médico no fungible

- Jarra, medidora o recipiente milimétrico (orina).
- Recipiente de vidrio para leche (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) e intermedios Neonatales)
- Jeringas 10 ml. (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) e intermedios Neonatales)
- Pañales recién nacido (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) e intermedios Neonatales)
- Bolsas colectoras pediátricas (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) e intermedios Neonatales)
- Balanza.

b.2. Material médico fungible

- Par de guantes de procedimiento.

b.3. Otros

- 01 lapicero azul o rojo según turno
- 01 calculadora.
- Hoja de balance hídrico (formato)

c. infraestructura y equipamiento –

Ambiente adecuado para la atención del paciente.

### 1.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

En el formato de balance hídrico considerado en la Hoja de Monitoreo y Balance hídrico se deberán registrar todos los datos posibles, un registro adecuado será la principal herramienta para poder controlar un correcto registro de ingresos y egresos en el paciente Hospitalizado.

- Considerar en las anotaciones de evolución de enfermería y formato, los ingresos y egresos del paciente.

### 1.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL BALANCE HÍDRICO

1. Verificar en la historia clínica indicación médica, el nombre del paciente y diagnóstico.
2. Brindar apoyo emocional y preparación psicológica al paciente en caso de que se encuentre lúcido y familiares con el objetivo de disminuir las preocupaciones y obtener mayor colaboración en el cumplimiento del Balance Hídrico Estricto (BHE).
3. Lavado de manos
4. Colocar en la cabecera o al pie de la cama un letrero que menciones el control de balance hídrico.
5. Verificar la ingesta de líquidos del enfermo cada 24 horas teniendo en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos (agua, sumo, leche y/o el agua de la medicación y los líquidos por vía parenteral)
6. Verificar la cantidad de líquidos eliminados cada 24 horas: El total de diuresis, vómitos, deposiciones líquidas, drenajes.







7. Vigilar atentamente el goteo de la venoclisis y mantenerla de acuerdo con lo indicado.
8. Valorar el estado de la piel y mucosas, color de orina y la aparición de edemas.
9. Realizar un estricto control del balance hídrico registrando los datos de ingresos y egresos en 24 horas
10. Coordinar con el personal técnico el control y registro de egresos e ingresos como la dieta y líquidos proporcionado por ellos.
11. Contabilizar todos los líquidos ingresados
12. Contabilizar todos los líquidos egresados.
13. Restar los ingresos y egresos.
14. Contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir al cerrar el balance hídrico.
15. Comunicar al médico cualquier alteración / cambio en el procedimiento.
16. El médico toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.
17. Lic. en enfermería corrobora los cambios en la indicación médica.
18. Registrar en las anotaciones de enfermería la fecha, hora de inicio y finalización del control del balance hídrico, firma y sello.

#### 1.6.8.A DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE UCIN E INTERMEDIOS NEONATALES

1. Verificar en la historia clínica indicación médica, el nombre del recién nacido y diagnóstico.
2. Brindar apoyo emocional y preparación psicológica a la madre con el objetivo de disminuir las preocupaciones y obtener mayor colaboración en el cumplimiento del BHE.
3. Lavado de manos
4. Verificar la ingesta de líquidos del recién nacido cada 24 horas teniendo en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos (leche y/o el agua de la medicación y los líquidos por vía parenteral)
5. Verificar la cantidad de líquidos eliminados cada 24 horas: El total de diuresis, vómitos, deposiciones líquidas, Drenajes, regurgitación)
6. Vigilar atentamente el goteo de la infusión de líquidos parenterales y mantenerla de acuerdo con lo indicado.
7. Valorar el estado de la piel y mucosas, color de orina y la aparición de edemas.
8. Realizar un estricto control del balance hídrico registrando los datos de ingresos y egresos en 24 horas
9. Coordinar con el personal técnico el control y registro de egresos e ingresos como la leche proporcionada por ellos.
10. Contabilizar todos los líquidos ingresados
11. Contabilizar todos los líquidos egresados.
12. Restar los ingresos y egresos.
13. Contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir al cerrar el balance hídrico.
14. Comunicar al médico cualquier alteración / cambio en el procedimiento.
15. El médico toma conocimiento, evalúa al paciente y deja indicaciones.
16. Lic. en enfermería corrobora los cambios en la indicación médica.
17. Registrar la fecha, hora de inicio y finalización del control del balance hídrico, firma y sello.

#### 1.7 RECOMENDACIONES:

Sensibilizar a las enfermeras sobre la magnitud del problema que se genera con un mal manejo del balance hídrico.

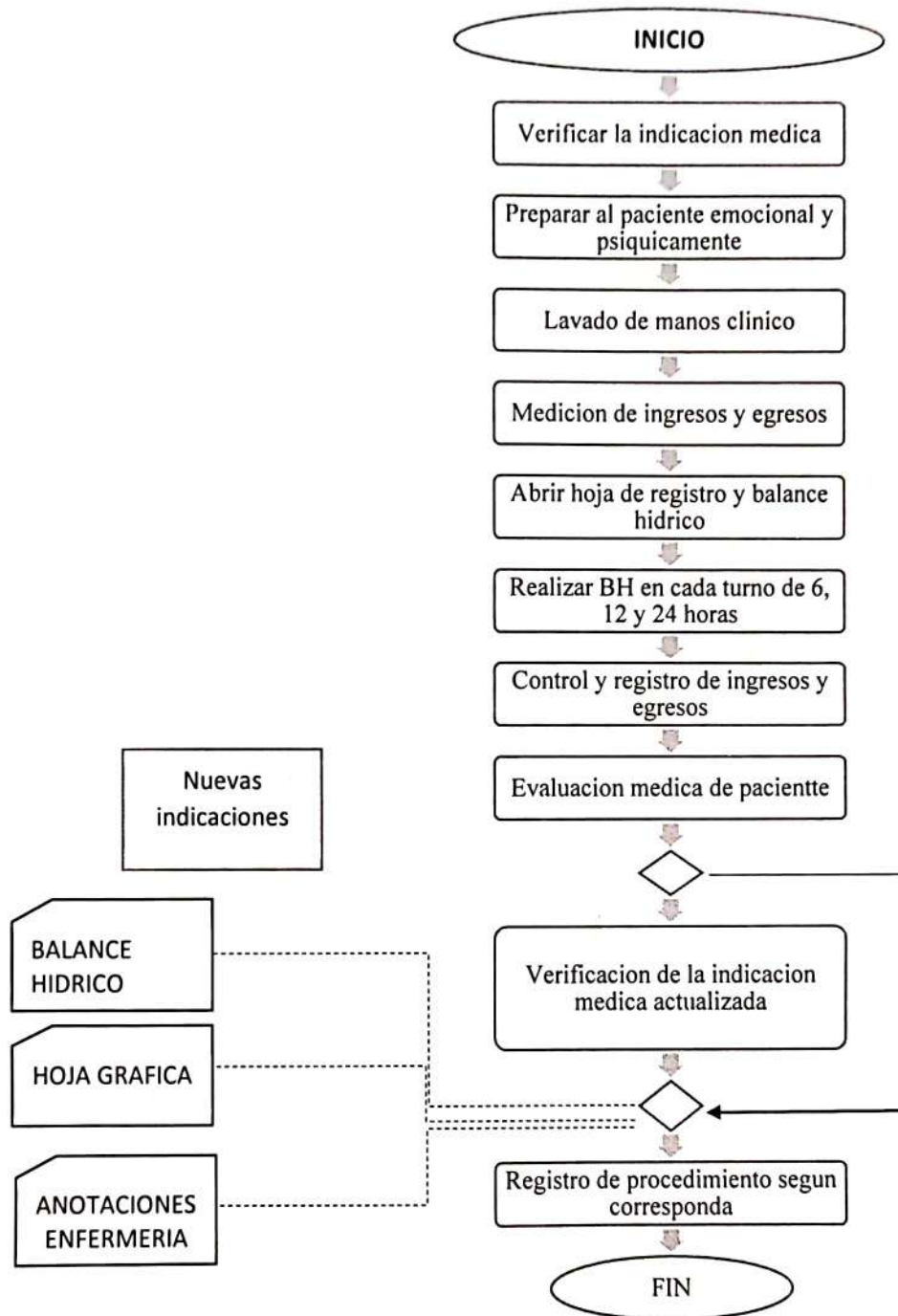
Socializar y aplicar la presente guía a todos los profesionales en el servicio que labora para un manejo adecuado del balance hídrico.

#### 1.8 ANEXOS



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas

### 1.8.1 FLUJOGRAMA DEL REGISTRO DEL BALANCE HIDRICO

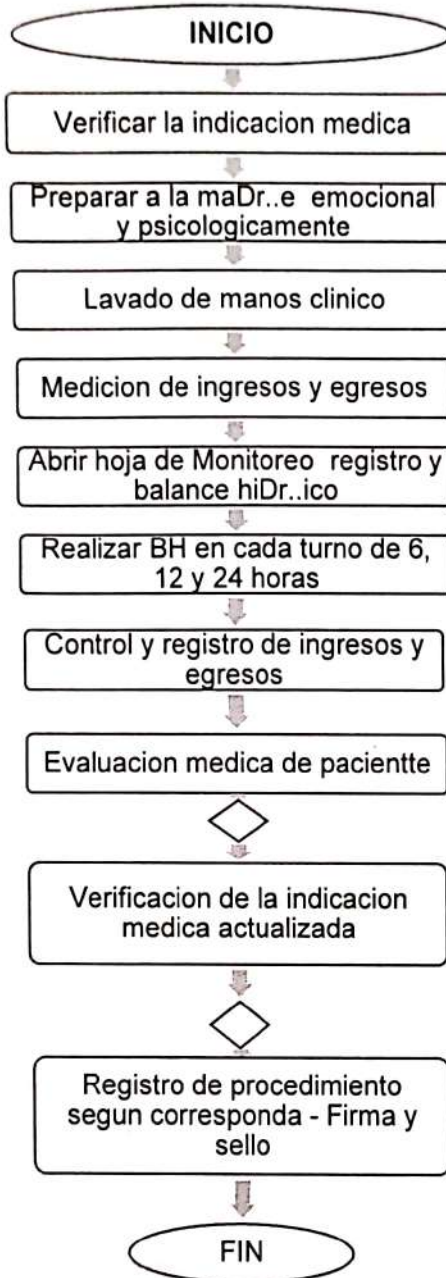


Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





1.8.2 FLUJOGRAMA DEL REGISTRO DE BALANCE HIDRICO DE LA UCIN E INTERMEDIOS NEONATALES.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



1.8.3 FORMATO DE BALANCE HÍDRICO

HOSPITAL DE CHANCAY DR. HIGALGO ATOCHE LOPEZ

FECHA:		PESO:			
TURNO	7 a 1	1 a 7	7 a 7	TOTAL EN 24 HORAS	DEBITO URINARIO
I N G R E S O S	V.O. /ENTERAL				M/T
	SOLUCION ENDOVENOSAS				N
	MEDICINAS				
	SANGRE Y/O HEMODERIVADOS				
	AGUA DE OXIDACION				
	TOTAL DE INGRESOS				
	E G R E S O S	DIURESIS			
DEPOSICION					
VOMITOS					
OTROS EGRESOS					M=
PERDIDAS INSENSIBLES					T=
TOTAL EGRESOS					N=
FIRMA Y SELLO					
M	T			N	
FECHA:		PESO:			
TURNO	7 a 1	1 a 7	7 a 7	TOTAL EN 24 HORAS	DEBITO URINARIO
I N G R E S O S	V.O. /ENTERAL				M/T
	SOLUCION ENDOVENOSAS				N
	MEDICINAS				
	SANGRE Y/O HEMODERIVADOS				
	AGUA DE OXIDACION				
	TOTAL DE INGRESOS				
	E G R E S O S	DIURESIS			
DEPOSICION					
VOMITOS					
OTROS EGRESOS					M=
PERDIDAS INSENSIBLES					T=
TOTAL EGRESOS					N=
FIRMA Y SELLO					
M	T			N	
F O R M U L A	DEBITO URINARIO	AGUA DE OXIDACION:	PERDIDAS INSENSIBLES:		
	D.U. = Diur. Tot. / n° hr./ Kg. Peso D.U.N. = 0,5 - 2 ml.	ADULTOS: P x 0,2 x N° Horas	ADULTOS: P x 0,5 x N° Horas	MENORES DE 10 Kg: P x 33 x N° HORAS/24	NIÑOS MAY. DE 10 Kg: P.I. = S.C. x 400 x N° Hrs./24 SC= P x 4 +7/ P + 90
Por cada Grado de T° mayor a lo normal se aumentara 0,5 a P.I.					
APELLIDOS Y NOMBRES: _____					
EDAD: _____		PESO: _____		SERVICIO: _____	
N° H. C. / DNI: _____		TIPO DE SEGURO: _____		N° CAMA: _____	
				N° DE SEGURO _____	

**BALANCE HIDRICO**



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





1.8.4 BALANCE HIDRICO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

HOJA DE MONITOREO Y BALANCE HIDRICO DE ENFERMERIA. SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES - INTERMEDIOS NEONATALES

N° CAMA \_\_\_\_\_ TIPO Y N° DE SEGURO \_\_\_\_\_ N° CTA \_\_\_\_\_ P.ABD \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DIAS HOSPIT. \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

FECHA	PARAMETROS VENTILADOS				INGRESOS				EGRESOS				HGT	DESCRUCION																																																							
	TEST S.A	SO2	P/A	FR	FC	FR	P/A	SO2	VO/VE	EV	NPT	TRANS SANG			TTO	DIURESIS	Deposicion	Vomitos	OTROS EGRESOS	PI																																																	
TOTAL EN 24 H																																																																					
BALANCE TOTAL EN 24 H																																																																					
I= _____ E= _____																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">SIGNOS</th> <th colspan="4">0 PUNTOS</th> <th colspan="4">1 PUNTO</th> <th colspan="4">2 PUNTOS</th> </tr> <tr> <th>MOV. TORACO - ABD</th> <th>TRABAJ INTERCOSTAL</th> <th>RETRACCION ABDOMENAL</th> <th>ALIENTO NASAL</th> <th>Sincronizado</th> <th>Ausente</th> <th>Sin retracción</th> <th>Ausente</th> <th>Mundamiento de tórax y abd.</th> <th>Apnea visible</th> <th>Apneas visible</th> <th>Minima</th> <th>Audible con estetoscopio</th> <th>Discordancia</th> <th>Marcada</th> <th>Marcada</th> <th>Marcada</th> <th>Audible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>																		SIGNOS				0 PUNTOS				1 PUNTO				2 PUNTOS				MOV. TORACO - ABD	TRABAJ INTERCOSTAL	RETRACCION ABDOMENAL	ALIENTO NASAL	Sincronizado	Ausente	Sin retracción	Ausente	Mundamiento de tórax y abd.	Apnea visible	Apneas visible	Minima	Audible con estetoscopio	Discordancia	Marcada	Marcada	Marcada	Audible																		
SIGNOS				0 PUNTOS				1 PUNTO				2 PUNTOS																																																									
MOV. TORACO - ABD	TRABAJ INTERCOSTAL	RETRACCION ABDOMENAL	ALIENTO NASAL	Sincronizado	Ausente	Sin retracción	Ausente	Mundamiento de tórax y abd.	Apnea visible	Apneas visible	Minima	Audible con estetoscopio	Discordancia	Marcada	Marcada	Marcada	Audible																																																				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">FIRMA DE ENFERMERA</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> <td style="width: 25%;">CONSUMO DE O2</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">FIRMA DE ENFERMERA</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> <td style="width: 25%;">CONSUMO DE AIRE</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> </table>																		FIRMA DE ENFERMERA	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	CONSUMO DE O2	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	FIRMA DE ENFERMERA	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	CONSUMO DE AIRE	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
FIRMA DE ENFERMERA	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	CONSUMO DE O2	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																																																		
FIRMA DE ENFERMERA	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	CONSUMO DE AIRE	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																																																		

FIRMA DE ENFERMERA  
MT

Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



### 1.9 BIBLIOGRAFIA

1. Manejo de líquidos y Electrolitos en el Recién Nacido Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, México: secretaria de Salud, 2010.
2. Fanaroff A, Martin R. Neonatal Perinatal Medicine: diseases of the fetus and infant. Vol 1: Fluid, Electrolytes, and Acid-Base Homeostasis. 2015. Ed Elsevier Saunders. Pag 613.
3. Fluid and Electrolytes. En: Gomella TL (ed): Neonatology, 7 th ed. McGraw Hill, 2013
4. Hernández-Cortes E. Complicaciones de la anestesia pediátrica. Complicaciones de la hipoglucemia-hiperglucemia en el neonato. Editorial Prado 2014
5. Líquidos y Electrolitos. Normas y Procedimientos De Neonatología, México: Instituto Nacional de Perinatología, 2015.
6. Thakre R, Murki S. Protocols in Neonatology. Fluid and Electrolyte Therapy in Neonates. 2016. Ed Jaypee Brothers Medical Publishers.
7. Agarwal R, Deorari A, Paul V. Protocols in Neonatology. Management of Fluids and Electrolytes. 2017. CBS Publishers and Distributors Pvt Ltd.
8. Edu.pe. fuente internet Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/120.500.12672115152/1asencio\\_lj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/120.500.12672115152/1asencio_lj.pdf?sequence=1&isAllowed=y).







## II. GUIA DE LLENADO DEL REGISTRO: HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA

### 2.1 FINALIDAD:

Estandarizar y unificar los criterios técnicos en los licenciados(as) en enfermería para realizar los registros en la Hoja de Grafica de pacientes durante su estancia Hospitalaria, en los diferentes servicios asistenciales del **Hospital del Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”**.

### 2.2 OBJETIVOS

#### 2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer responsabilidad del personal de enfermería y proporcionar una guía para las actividades diarias de enfermería en los servicios asistenciales disponiendo de un sistema de trabajo organizado para desarrollar el proceso de enfermería.

#### 2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Registrar con precisión los signos vitales en la hoja de gráfica usando el color de lapicero adecuado
2. Identificar los factores que afectan el equilibrio hídrico del paciente.
3. Facilitar la comunicación entre el Equipo de Enfermería y otras disciplinas.
4. Servir de guía a cada miembro del equipo de Enfermería sobre la condición del paciente

### 2.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La guía técnica se aplicará en los servicios de Hospitalización medicina, cirugía, ginecología, pediatría, UCIN e intermedios neonatales del **Hospital de Chancay y SBS “Dr. Hidalgo Atoche López”**.

### 2.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía De Llenado Del Registro: Hoja Gráfica De Signos Vitales De Enfermería

### 2.5 CONSIDERACIONES GENERALES

#### 2.5.I. DEFINICIONES OPERATIVAS:

##### a. Definición de la Hoja de Grafica:

Es un documento clínico de uso exclusivo para el paciente, donde el personal de enfermería representa las constantes vitales facilitando la comunicación dentro del equipo de salud. Representa la relación que estos datos u observaciones tienen entre si y aporta información rápida y precisa sobre la evolución del paciente.

##### b. Conceptos básicos –

**Enfermera:** Profesionales de salud que brindan cuidados integrales al paciente Hospitalizado.

**Paciente:** Son las personas que necesitan cuidados integrales durante la Hospitalización.





**Hoja de Grafica:** Es un instrumento que permite al personal de enfermería documentar las constantes vitales como parte de los cuidados individualizados que se proporciona al usuario. al usuario, favoreciendo la comunicación efectiva en el equipo de salud.

## 2.6 CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

### 2.6.1. RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Licenciada (o) especialista
- Técnico en enfermería

### 2.6.2 INDICACIONES

Todos los pacientes que se encuentran en los servicios de Hospitalización

### 2.6.3. CONTRAINDICACIONES -

No aplica.

### 2.6.4 REQUISITOS –

Consentimiento informado: No aplica.

### 2.6.5 COMPLICACIONES –

No aplica.

### 2.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

#### a. Recursos humanos

- Lic. Enfermera (o) especialista.
- Lic. Enfermera (o).
- Técnico(a) de enfermería.

#### b. Materiales

- ✓ Formatos de Hoja de grafica
- ✓ Historia clínica del paciente.
- ✓ Lapiceros rojo y azul.
- ✓ Mandil, mascarilla lentes de protección para protegerse durante la valoración de las constantes vitales
- ✓ Regla
- ✓ Jabón líquido,
- ✓ Papel toalla.
- ✓ Alcohol gel.

#### c. infraestructura y equipamiento –

Ambiente adecuado para la atención del paciente.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





2.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

En el formato de Hoja de Grafica se deberán registrar todos los datos, considerados en el formato

**Datos identificativos:** En este apartado se registran los datos de filiación del paciente y los referentes al servicio y la unidad de Hospitalización. Los aspectos que suelen registrarse son:

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombre	Servicio/piso/unidad	Nº CAMA
Nº Historia Clínica / DN		TIPO DE SEGURO: M DE SEGURO		

AÑO: _____	MES: _____	F.I.: _____
DIA DEL MES		
DIAS DE ESTANCIA		

**Representación gráfica:** en este apartado se cuenta con una cuadrícula donde se registran las constantes

vitales. Está se encuentra graduada en intervalos para representar los valores de cada constante y dispone así mismo de escalas de referencia para estas bajo las siglas R, TA, P y T (respiración, tensión arterial, pulso, temperatura y saturación O2).

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PULSO	TEMP	M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N M T N																				
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	150	41																					
	140	40																					
	130	39																					
	120	38																					
	110	37																					
	100	36																					
RESP	80	35																					
	80	PA																					
	80	25																					
	40	20																					
	30	15																					
	20	10																					
	10	5																					
	0	0																					
	SATURACION O2																						

**Registros varios:** se registran edad, peso, talla, total de egresos, grupo y factor, grupo y factor día de post operado

EDAD									
PEBO									
TALLA									
TOTAL EGRESOS									
GRUPO y FACTOR	SEXO: (M) (F)								



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



POST OPERADO										
DIA MENSTRUACION										

### 2.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Registrar los datos de **identificación** del paciente solicitados en la hoja de gráfica
2. Realizar la representación gráfica de las constantes vitales
3. Graficar la presión arterial con lapicero azul según turno correspondiente
4. Graficar el pulso con lapicero rojo en caso de ser el primer registro iniciar con semicírculo a partir de 60.
5. Registrar la temperatura con lapicero azul.
6. Graficar la frecuencia respiratoria con lapicero azul, en caso de iniciarse el registro hacerlo con semicírculo desde 20
7. Realizar los Registros varios requeridos en el formato
8. Lavado de manos

### 2.7 RECOMENDACIONES:

Sensibilizar a las enfermeras sobre la magnitud del problema que genera un deficiente registro De las funciones vitales.  
 Socializar y aplicar la presente guía a todos los profesionales de enfermería en el servicio que labora para un manejo adecuado de la hoja de gráfica.

### 2.8 ANEXOS

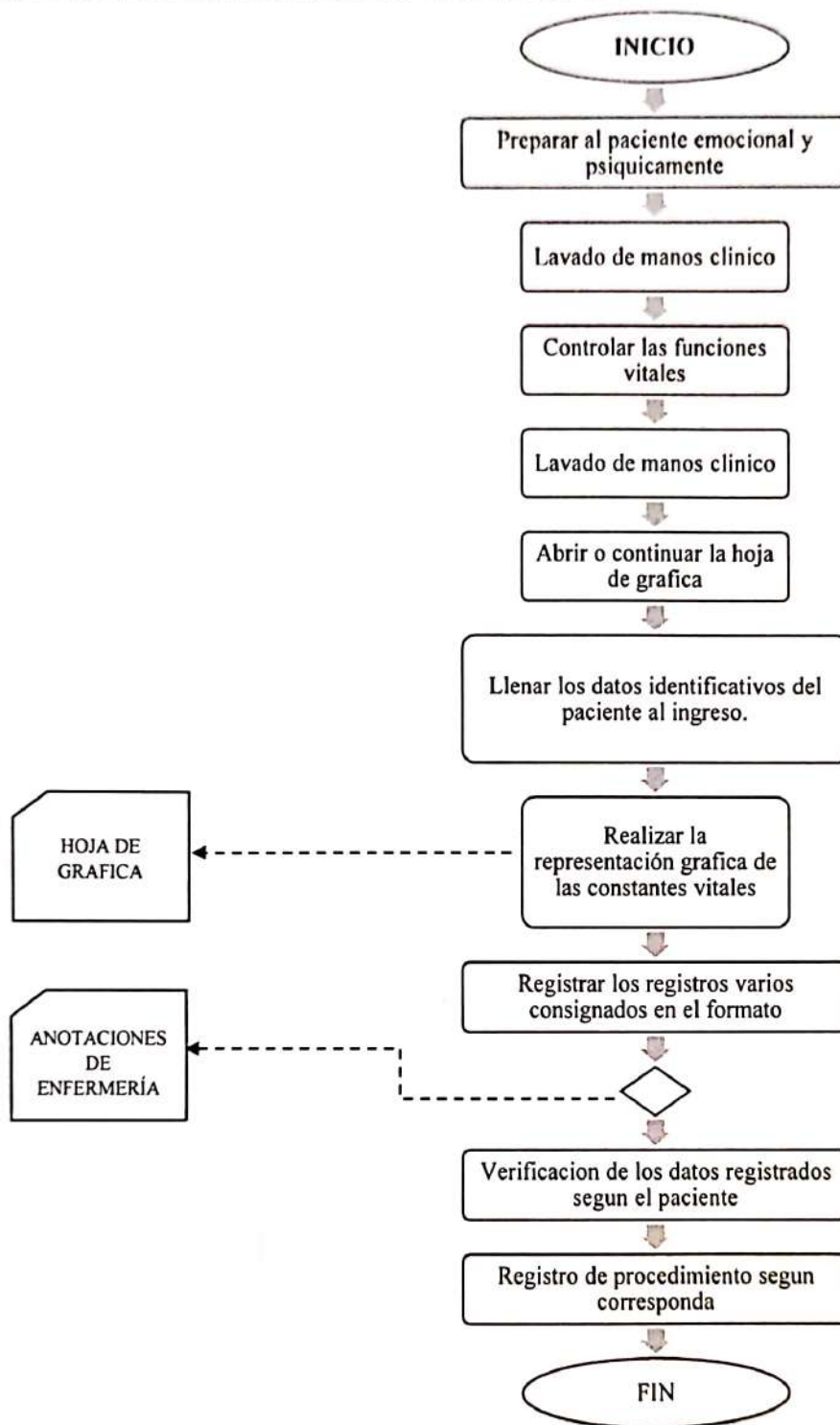


Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





### 2.8.1 FLUJOGRAMA DEL REGISTRO DE LA HOJA DE GRAFICA



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas







## 2.9 WEBGRAFIA

1. Gov.co (fuente internet)  
<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-039%20Protocolo%20Manejo%20Kárdex%20y%20cuidados%20de%20Enfermería.pdf>
2. Edu.pe. (fuente internet)  
<https://www.incn.gob.pe/transparencia/app/resolution/download/4938/1>
3. www.gob.pe (fuente internet)  
Hospital Cayetano Heredia: 4789103-rd-n-159-2018-hch-dg.pdf (www.gob.pe)
4. hrcusco.gob.pe (fuente internet)  
[https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/MAPRO\\_TRAUMAT\\_TRABAJO\\_ENFERMERÍA.pdf](https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/MAPRO_TRAUMAT_TRABAJO_ENFERMERÍA.pdf)
5. <https://educareperu> (fuente internet)  
<https://educareperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/04/hoja-grafica-Hospital.pdf>



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*

### III. GUIA DE LLENADO DEL REGISTRO: KÁRDEX DE ENFERMERÍA

#### 3.1 FINALIDAD:

Estandarizar y unificar los criterios técnicos en los licenciados(as) en enfermería para realizar los registros en el Kárdex de pacientes durante su estancia Hospitalaria, en los diferentes servicios asistenciales del Hospital del Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

#### 3.2 OBJETIVO

##### 3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer responsabilidad del personal de enfermería y proporcionar una guía para las actividades diarias de enfermería en los servicios asistenciales disponiendo de un sistema de trabajo organizado para desarrollar el proceso de enfermería.

##### 3.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir el objetivo de la atención al paciente según el diagnóstico de Enfermería
2. Planificar las acciones de Enfermería.
3. Facilitar la comunicación entre el Equipo de Enfermería y otras disciplinas.
4. Servir de guía a cada miembro del equipo de Enfermería en las actividades y tareas a realizar durante su horario de trabajo
5. Distribuir el trabajo de Enfermería de acuerdo con las prioridades de la atención del paciente.
6. Contextualizar el kárdex dentro del proceso de cuidados de enfermería mediante las herramientas NANDA, NOC y NIC.

#### 3.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La guía técnica se aplicará en los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, ginecología, Pediatría, Alojamiento Conjunto, Centro Quirúrgico, UCIN e Intermedios neonatales y Servicio de Emergencias y Cuidados Críticos del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

#### 3.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía Técnica de Llenado del Registro: Kárdex de Enfermería

#### 3.5 CONSIDERACIONES GENERALES

##### 3.5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

###### a. Kárdex:

Es un documento clínico de uso exclusivo para el paciente, donde el personal de enfermería planifica, ejecuta y controla las actividades de Enfermería facilitando la comunicación dentro del equipo de salud.

El propósito del Kárdex es disponer de un sistema de trabajo organizado para desarrollar el proceso de enfermería, por ello en este formato se reúne los datos más importantes del



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





Proceso de atención de Enfermería, proporcionando una guía del cuidado individualizado del paciente.

**Enfermera:** Profesionales de salud que brindan cuidados integrales al paciente Hospitalizado y registran información en el kárdex.

**Paciente:** Son las personas que necesitan cuidados integrales durante la Hospitalización.

**Definición del llenado del Kárdex:** es el registro al profesional de enfermería en el formato del kárdex, permitiendo disponer de un recurso donde se consolidan los datos más esenciales del Proceso de Enfermería, a su vez un cuidado individualizado al usuario, favoreciendo la comunicación efectiva en el equipo de salud y facilitando una metodología del trabajo de enfermería.

*b. Otros conceptos básicos –*

**Neonato** (kárdex de enfermería de Atención inmediata – alojamiento conjunto): Es un recién nacido que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto vaginal o abdominal (cesárea).

**Alojamiento Conjunto** (kárdex de enfermería de Atención inmediata – alojamiento conjunto): ubicado en el servicio de obstetricia y ginecobstetricia, constituye un espacio vital para continuar los cuidados de la madre y el RN. Se promueven acciones para contribuir a la sobrevivencia, neurodesarrollo, crecimiento y calidad de vida con intervenciones eficaces y prioritarias como el apego, contacto piel con piel con la madre, cuidados del cordón umbilical, lactancia materna exclusiva, enseñanza y cuidados del desarrollo y de signos de peligro. Es destinada para la madre y el RN de bajo riesgo. Deben ingresar después del nacimiento y permanecer hasta el egreso, por al menos 24 horas. No deben ingresar RN que estén recibiendo algún tratamiento.

**Servicio de neonatología** (kárdex de enfermería de Atención inmediata – alojamiento conjunto): La unidad clínica que garantiza la cobertura asistencial de los recién nacidos sanos y/o con afecciones, así como la asistencia al nacimiento y la reanimación en la sala de partos y quirófano.

**Área para la atención inmediata y reanimación neonatal** (kárdex de enfermería de Atención inmediata – alojamiento conjunto): Es un espacio o área para la atención del parto. Dispone de adecuada climatización, cuenta con los requerimientos básicos para la atención del RN, asepsia ocular, equipo para somatometría e identificación, suministro de oxígeno humidificado y neopuff, sistema de aspiración controlada, cervocuna., balanza, bolsas de reanimación, laringoscopios, saturometro, estetoscopio neonatal.

*c. Componentes del Kárdex.*

**Datos biográficos como:**

- Nombres y Apellidos completo
- Tipo y número de seguro
- Numero de Historia Clínica, número de cuenta - Numero de cama
- Edad, Peso, talla, Fecha y hora de ingreso del paciente al servicio
- Diagnostico Medico, Diagnóstico de enfermería
- Grado de dependencia, Registro de alergias medicamentosas
- Escala de Braden, escala de Downton: (bajo riesgo- mediano riesgo-alto riesgo)
- Número telefónico del familiar y número de DNI/ CNV del paciente.
- Apgar, Capurro,



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*



d. Contenido del Registro del Kárdex.

- Fecha por día de indicación.
- Hora de administración del medicamento.
- Registro de exámenes de laboratorio.
- Registro de dieta indicada.
- Registro de medicación utilizando los diez correctos.
- Registro de sistema de O2, consumo de oxígeno medicinal por día y Fio2.
- Registro de exámenes de ayuda al diagnóstico.
- Registro de interconsultas Registro de pruebas especiales.
- Registro de material y recetas completas previo a la cirugía (Kardex de Cirugía)
- Registro de firma y sello del enfermero (a) quien realiza y actualiza el Kárdex.

### 3.6 CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

#### 3.6.1. RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Licenciada (o) especialista

#### 3.6.2 INDICACIONES

**Absolutas: -**

- ✓ A todos los pacientes que se encuentran con indicación de hospitalización u hospitalizados en el Hospital de Chancay
- ✓ A todos los pacientes que ingresan al servicio
- ✓ Actualización del Kárdex según necesidad del paciente e indicación médica.

#### 3.6.3. CONTRAINDICACIONES –

No aplica.

#### 3.6.4 REQUISITOS –

Consentimiento informado: No aplica.

#### 3.6.5 COMPLICACIONES –

No aplica.

#### 3.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

a. Recursos humanos

- Lic. Enfermera (o) especialista.
- Lic. Enfermera (o).
- Técnico en enfermería

b. Materiales

- ✓ Formatos de kárdex
- ✓ Porta kárdex
- ✓ Historia clínica del paciente.
- ✓ Lapiceros rojo y azul.
- ✓ Mandil, mascarilla lentes de protección para protegerse en la visita médica
- ✓ Jabón líquido,
- ✓ Papel toalla.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





- ✓ Alcohol gel.

c. *infraestructura y equipamiento* –

Ambiente adecuado para la atención del paciente.

### 3.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

#### a. EL FORMATO DEL KÁRDEX

Trata de una ficha individual por paciente y lo confeccionará la enfermera responsable de la atención directa. El kárdex contiene información relacionada con el plan de cuidados continuados y actualizados del paciente, permitiendo que sea consultado todas las veces que sea necesario, por la practicidad que implica y la disponibilidad. En el formato de Kárdex se deberán registrar todos los datos considerados en este.

#### b. OTROS DATOS PARA INGRESAR:

1. **APGAR:** Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento.
2. **CAPURRO:** Es test de Capurro es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.
3. **HORA DE INGRESO DEL PACIENTE:** Una vez ingrese el paciente al área de Hospitalización, posterior a la ubicación en la habitación se toma un formato en blanco de Kárdex se ingresa los datos que indica.
4. **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Posterior al recibo de turno, teniendo en cuenta la condición del paciente, la valoración cefalocaudal y las ordenes medicas generadas, establecer el plan de cuidados de enfermería, priorizando las actividades de mayor impacto sobre la valoración por dominio más alterados del paciente de manera holística (bienestar, confort y seguridad del paciente) considerando al paciente como un ser biopsicosocial. La generación del plan de cuidado de enfermería debe contener:
  - ✓ Diagnóstico de enfermería enfocado en la valoración de los XIII Dominios y en los potencialmente alterados.
  - ✓ Listado de cuidados para mejorar y/o mitigar la condición alterada.
  - ✓ Fecha o tiempo de ejecución del cuidado y número de repeticiones de la actividad propuesta. Es importante resaltar que el plan de cuidados de enfermería y la gestión de los mismos debe quedar consignado en nota de enfermería de la historia clínica del paciente, permitiendo continuidad.
5. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONA:** identificación personal: Edad, N° de cama asignado, condición de aseguramiento y numero, Fecha y hora de ingreso al servicio (dd/mm/aa) Peso y Talla, N° Historia clínica, DNI
6. **DIAGNOSTICOS:** Leer y buscar en la historia clínica los diagnósticos establecidos por el especialista o médico tratante y transcribirlos evitando usar siglas, es necesario colocar todos los diagnósticos, y el diagnostico de enfermería según valoración de la enfermera de turno (según la NANDA).
7. **CIRUGIA:** identificar post operatorio de que es y si es pre quirúrgico identificar pre operatorio de, colocando la fecha de elaboración o en su defecto la fecha de programación.





8. **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** El Kárdex contiene un espacio para consignar la información relacionada con seguridad del paciente, para ello es necesario haber hecho una valoración cefalocaudal al paciente y **ESPECIFICAR**
  - ✓ El riesgo de caídas según la escala de valoración de caídas de Dawton
  - ✓ Especificar el riesgo de LPP según la escala de Braden
  - ✓ Integridad cutánea: presencia de flebitis
  - ✓ Especificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, insumo o dispositivo médico y describa en el espacio el alérgeno.
9. **DIETA:** Indagar con el paciente si tiene algún tipo de restricción o preferencia en la dieta y verificar en orden medica el tipo de dieta que le ha sido ordenada y describa en el espacio destinado.
10. **CURACIONES:** escribir si el paciente tiene indicación de curaciones, frecuencia, horario de curación.
11. **DISPOSITIVOS INVASIVOS:** Identificar los dispositivos invasivos que tiene el paciente como venopunciones, sondas, catéteres, cánulas, tubos, drenes, u otros describiendo en el espacio el tipo de dispositivo, ubicación, teniendo precaución de describir la fecha de inserción, a fin de llevar un control de días de inserción y fecha de cambio según protocolo.
12. **REGISTRO DE SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA:** consumo de oxígeno medicinal por día y Fio2(por metros cúbicos usar la formula), la cual se reportará en la receta médica para su facturación del consumo de oxígeno.
13. **ORDEN MEDICAS:** Revisar las indicaciones médicas, la indicación de líquidos para administración o infusión, transfusiones, escribirlos siempre considerando la fecha, hora, tipo de liquido (dextrosa, solución salina, paquetes globulares, plasma, plaquetas, u otros).
14. **TRATAMIENTO:** colocar en el espacio de tratamiento los medicamentos ordenados con fecha de inicio, nombre del medicamento y presentación, dosis, vía, frecuencia y horario establecido por el servicio. Es importante tomar esta información de las ordenes medicas actualizadas del paciente, en caso de dudas comunicarse con el especialista o médico tratante.
15. **EXAMENES DE LABORATORIO:** Registrar la fecha de orden y el examen de laboratorio ordenado, en caso de haberse realizado colocar fecha de realización y/o pendiente, una vez este el reporte no borrar del Kárdex.
16. **ESTUDIOS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES:** Registrar la fecha de orden y el estudio o procedimiento ordenado, en caso de haberse realizado colocar fecha de realización y pendiente reporte, una vez llegue el reporte NO borrar del Kárdex colocar chef
17. **INTERCONSULTAS:** Registrar las interconsultas, colocando la fecha de solicitud y considerar si este se encuentra pendiente.
18. **TERAPIAS:** Registrar si el paciente tiene ordenadas terapia respiratoria o terapia física, especificando la frecuencia y los elementos, insumos o medicamentos con los que se le ordenó
19. **FIRMA Y SELLO:** Enfermero (a) quien apertura y actualiza el Kárdex es responsable del firmar y sellar.



### 3.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE LLENADO DEL KARDEX:

De acuerdo con el servicio, área o unidad donde se encuentre Hospitalizado el paciente hará uso del **formato del kárdex** según las particularidades y características de manejo de sus pacientes. Por ello





la diferencia entre el kárdex de Cirugía, con la de emergencia, alojamiento conjunto, medicina, u otros.

1. Lavado de manos
2. Verificar en la historia clínica la indicación médica, el nombre del paciente y diagnóstico.
3. Llenar los datos que exigen realización inmediata como son los **datos identificativos** del paciente en la parte superior del Kárdex.
4. Actualizar las órdenes médicas de la historia clínica en el kárdex incluye el registro de la prescripción del medicamento en la sección correspondiente, dosis indicada y la vía que se va a utilizar.
5. Ingresar y/o actualizar diariamente las prescripciones médicas relacionadas a procedimientos del plan terapéutico instaurado en cada paciente en el formato del Kárdex.
6. Escribir las indicaciones médicas teniendo en cuenta los correctos y evitando las abreviaturas
7. Registrar cambios en las indicaciones médicas y suspender medicamentos según corresponda.
8. Escribir las intervenciones de enfermería en la sección asignada para ello
9. Describir en la sección de cuidados especiales el cuidado específico que requiere el paciente, según diagnóstico de enfermería (NANDA).
10. Registrar en la sección de ayuda al diagnóstico médico los exámenes auxiliares solicitados
11. Marcar con un signo convencional sobre la indicación si esta fue efectuada (/), rechazada (O) o suspendida (//).
12. Registrar procedimientos y exámenes pendientes
13. Firma, sello y colegiatura de la enfermera de turno

### 3.7 RECOMENDACIONES:

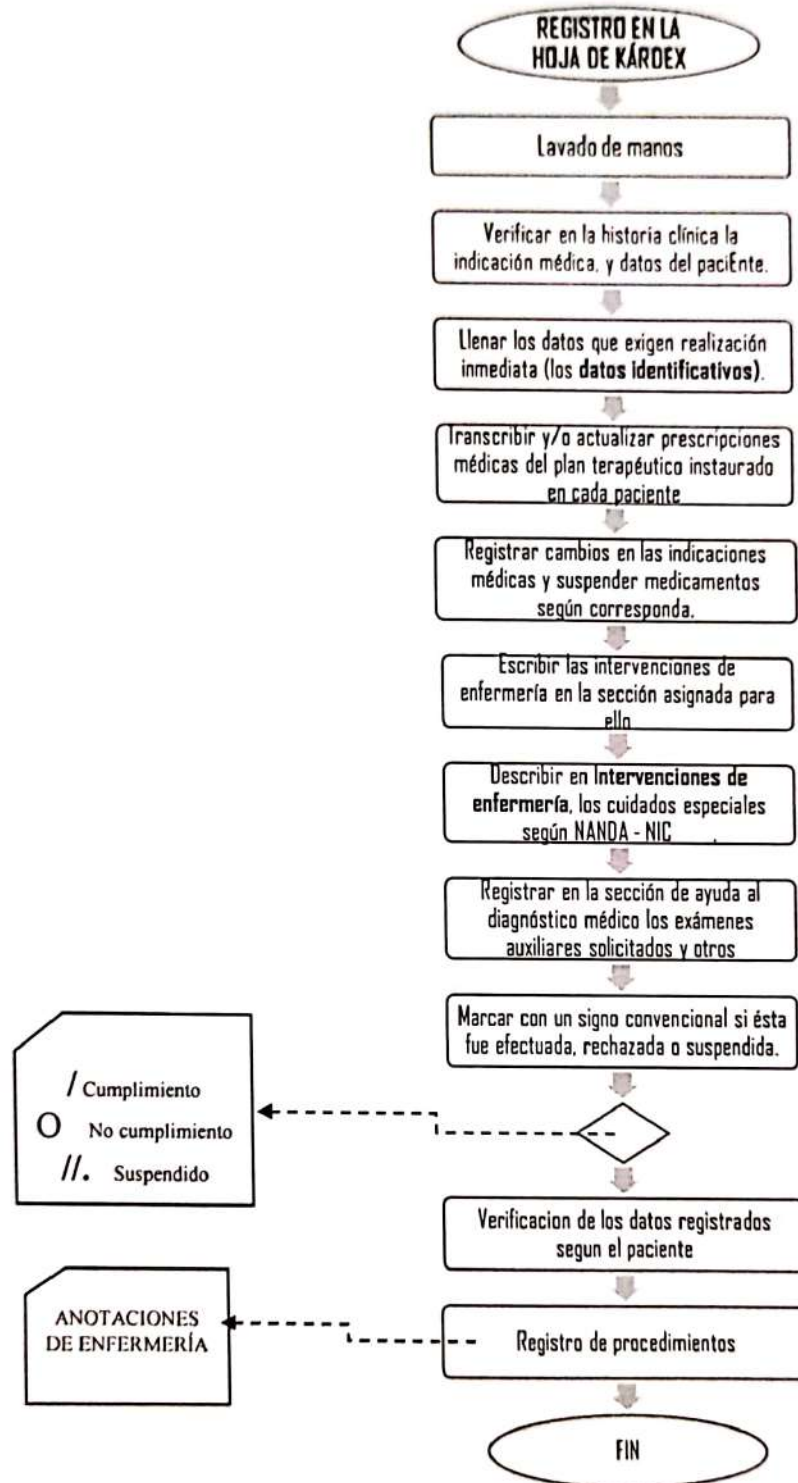
- ✓ El profesional de enfermería debe realizar y supervisar la actualización diaria del kárdex que coincida con la evolución y órdenes medicas de la historia clínica.
- ✓ Es responsabilidad del jefe de turno supervisar al personal de enfermería que cumplan con las funciones asignadas y que coincida con todos los registros que se encuentran en el kárdex
- ✓ Chequear la medicación inmediatamente después de su administración.
- ✓ Mantener el Kárdex legible, sin errores y con pulcritud.
- ✓ Conservar el Kárdex en buen estado, ya que es un documento legal único para cada paciente.
- ✓ Sensibilizar a las enfermeras sobre la magnitud del problema que genera con un deficiente manejo del Kárdex.
- ✓ Socializar y aplicar la presente guía a todos los profesionales en el servicio que labora para un manejo adecuado del kárdex.
- ✓ Llenar los datos del paciente en la parte superior del Kárdex.
- ✓ Transcribir diariamente las prescripciones médicas del plan terapéutico instaurado en cada paciente.
- ✓ Evitar abreviaturas al transcribir los medicamentos.
- ✓ Mantener el Kárdex legible y sin errores.
- ✓ Conservar el Kárdex en buen estado, ya que es un documento legal único para cada paciente.

### 3.8 ANEXOS

- 3.8.1 Flujograma del kárdex de enfermería
- 3.8.2 Flujograma del kárdex de enfermería del servicio de cirugía
- 3.8.3 Flujograma del kárdex de enfermería del servicio de Alojamiento Conjunto

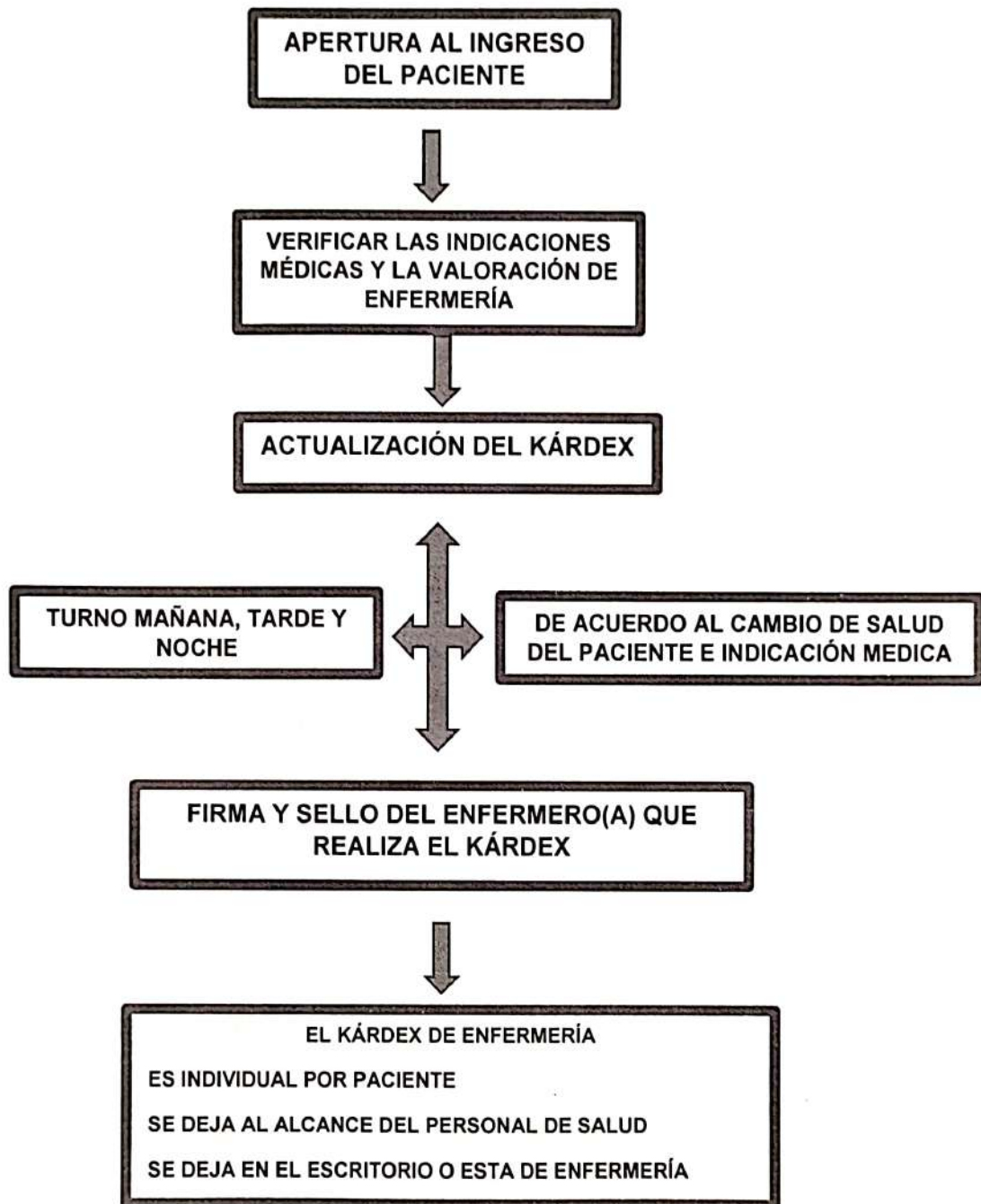


### 3.8.1 Flujoograma del kárdex de enfermería

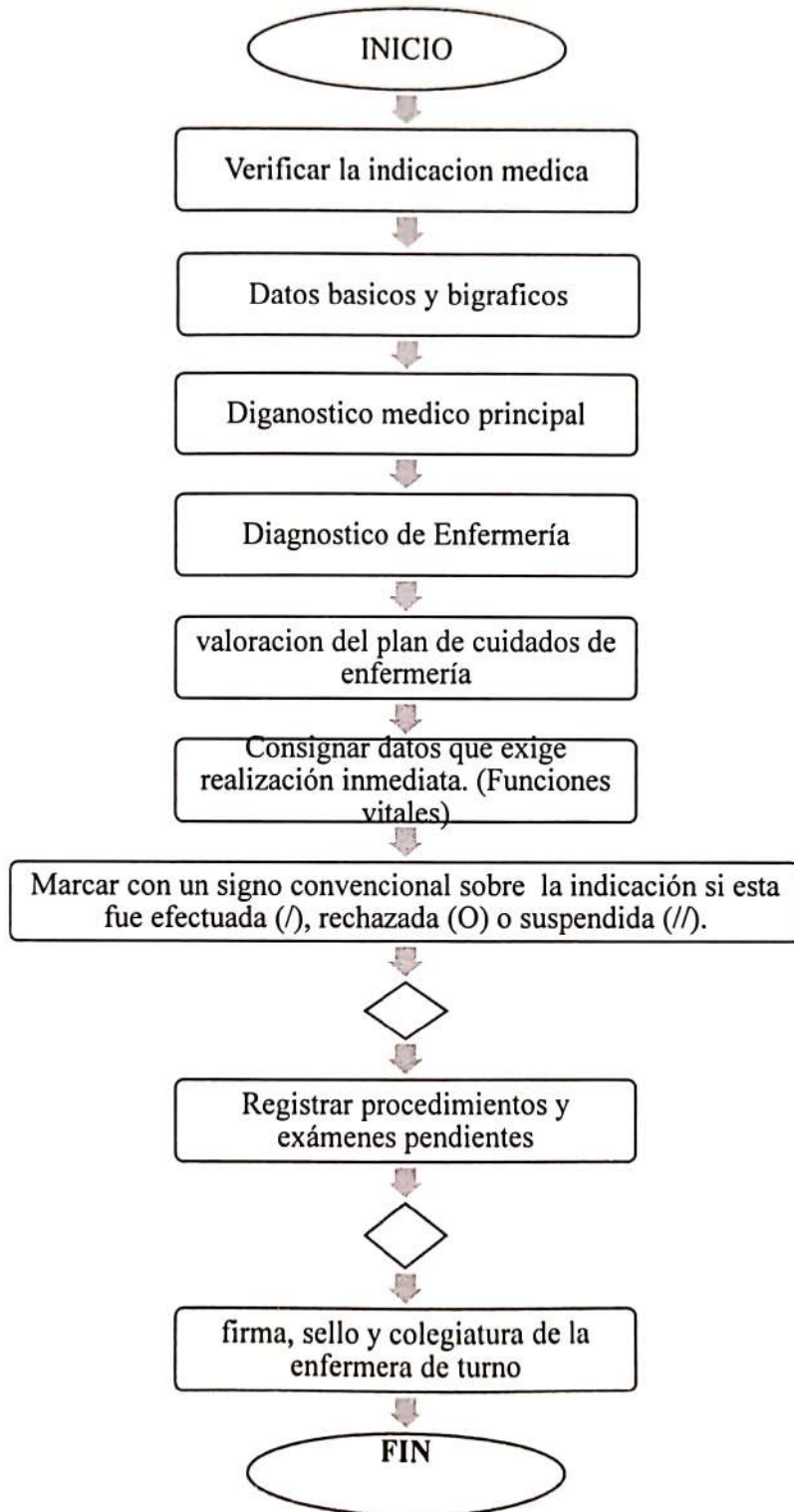




### 3.8.2 Flujograma del kárdex de enfermería del servicio de cirugía



### 3.8.3 Flujograma del kárdex de enfermería del servicio de atención inmediata – alojamiento conjunto.













3.8.5 kárdex de enfermería hospitalización de cirugía

KARDEX DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA-ESPECIALIZADA

N.A. \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ N°HC \_\_\_\_\_ N° CUENTA \_\_\_\_\_
DX.MD \_\_\_\_\_ N° CAMA \_\_\_\_\_ F.I \_\_\_\_\_ Hr \_\_\_\_\_ N° DNI/CNV \_\_\_\_\_
DX.ENF \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ TIPO-SEG.: SIS ( ) SOAT ( ) DEMAN ( ) N° \_\_\_\_\_
ALERGIA-MEDICAMENTO: (NO) (SI) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_ ESC. DAWNTON: BAJO RIESGO ( ) MEDIANO RIESGO ( ) ALTO RIESGO ( )
PROCEDENCIA: EMG ( ) CON.EXT: ( ) UCI ( ) OBS ( ) SOP ( ) OTROS \_\_\_\_\_ EVENTO ADVERSO: (NO) (SI) \_\_\_\_\_ FLEBITIS: NO ( ) SI ( )
ESPECIALIDAD CX ( ) TX ( ) URO ( ) OTO ( ) OTROS \_\_\_\_\_ GRADO DEPEN II III LPP: NO ( ) SI ( ) G°: I II III IV N° TELEF:FAM \_\_\_\_\_

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA AL INGRESO DEL PACIENTE DE CIRUGIA
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA
VIGILANCIA DE DIETA
MONITOREO DE FUNCIONES VITALES
ADMINIST DE MEDICAMENTOS ORALES
ADMINIST DE MEDICAMENTOS PARENTERAL
MONITOREO DE HERIDAS
CONTROL DE HGT
TOMA DE ECG
COLOCACION Y CUIDADO DE SNG
COLOCACION Y CUIDADO DE Sonda VESICAL
COLOCACION Y CUIDADOS DE VIA E V
PREPARACION DE P.X. QX
COLOCACION Y CUIDADOS DE OXIGENOTERAPIA
FECHA DE INSERCIÓN
COLOCACION DE ABOCATH
COLOCACION DE Sonda NGT
COLOCACION DE Sonda FOLEY-IRRIGACION
COLOCACION DE C.V.C
COLOCACION DE DREN
OTROS (ESPECIFICAR)
INDICACIONES
FECHA
DIETA: Post operado dia:
NPO (SI) (NO)
SISTEMA DE O2
FIO2
CONSUMO DE OXIGENO MEDICINAL POR DIA
PRUEBAS ESPECIALES
FECHA Y HORA DE CITA
INTERCONSULTAS
EXAMENES RADIOLOGICOS
EXAMENES DE LABORATORIOS
Material de osteosintesis (si) (no)
Receta de anestesia (si) (no)
Receta de cirugía (si) (no)
Receta de traumatología (si) (no)
Receta de urología (si) (no)
Receta de otorrino (si) (no)
SELLO Y FIRMA DE LIC: ENF TURNO



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



KARDEX DE ENFERMERIA HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA-ESPECIALIZADA

N.A. \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ N°HC \_\_\_\_\_ N° CUENTA \_\_\_\_\_  
 DX.MD \_\_\_\_\_ N° CAMA \_\_\_\_\_ F.I \_\_\_\_\_ Hr \_\_\_\_\_ N° DNVCNV \_\_\_\_\_  
 DX.ENF \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ TIPO-SEG.: SIS ( ) SOAT ( ) DEMAN ( ) N° \_\_\_\_\_  
 ALERGIA-MEDICAMENTO: (NO) (SI) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_ ESC. DAWNTON: BAJO RIESGO ( ) MEDIANO RIEGO ( ) ALTO RIESGO ( )  
 PROCEDENCIA: EMG ( ) CON EXT: ( ) UCI ( ) OBS ( ) BOP ( ) OTROS \_\_\_\_\_ EVENTO ADVERSO: (NO) (SI) \_\_\_\_\_ FLEBITIS: NO ( ) SI ( )  
 ESPECIALIDAD CX ( ) TX ( ) URO ( ) OTO ( ) OTROS \_\_\_\_\_ GRADO DE PEN II III LPP: NO ( ) SI ( ) G°: I II III IV N° TELEF.FAM \_\_\_\_\_

INDICACIONES	FECHA								
	D	A	C	D	A	C	D	A	C
Post operado día									
DIETA:	D	A	C	D	A	C	D	A	C
NPO (SI) (NO)									
SISTEMA DE O2									
FIO2									
CONSUMO DE OXIGENO MEDICINAL									
PRUEBAS ESPECIALES									
FECHA Y HORA DE CITA									
INTERCONSULTAS									
EXAMENES RADIOLOGICOS									
EXAMENES DE LABORATORIOS									
Material de osteosíntesis (si) (no)	SELLO Y FIRMA DE LIC ENF TURNO			SELLO Y FIRMA DE LIC ENF TURNO			SELLO Y FIRMA DE LIC ENF TURNO		
Receta de anestesia (si) (no)									
Receta de cirugía (si) (no)									
Receta de traumatología (si) (no)									
Receta de urología (si) (no)									
Receta de otorino (si) (no)									



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





3.8.6 Kárdex de enfermería de atención inmediata – alojamiento conjunto.

KARDEX DE ENFERMERIA: ATENCION INMEDIATA - ALOJAMIENTO CONJUNTO

APELLIDOS \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA NAC \_\_\_\_\_  
 PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ APGAR \_\_\_\_\_ CAPURRO \_\_\_\_\_ N° DE CAMA \_\_\_\_\_  
 H.C. N° \_\_\_\_\_ CNV: \_\_\_\_\_ TIPO Y N° DE SEGURO SIS (A) (SALUD) ( ) (DEMANDA) ( ) \_\_\_\_\_  
 DX MEDICO \_\_\_\_\_  
 DX ENFERMERIA \_\_\_\_\_  
 ALERGIA A MEDICAMENTOS (SI) (NO) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_ GRADO DE DEPENDENCIA: I, II, III, IV.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL INGRESO										
INTERVENCIONES										
VIGILANCIA DE LM					COLOCACION Y CUIDADOS DE VIA EV					
VALORACION DE FUNCIONES VITALES					LAVADO GASTRICO					
PROFILAXIS OCULAR					COLOCACION CUIDADOS DE OXIGENOTERAPIA					
FITOMENADIONA 11MG ( ) 0.5MG ( )					TAMIZADO METABOLICO					
CURACION DEL CU					G P			GRUPO Y F RH MADRE		
CONTROL DE HEMOGLUCOTEST								GRUPO Y F RH BEBE		
ASPIRACION DE SECRECIONES					SUPLEMENTACION					
COLOCACION CUIDADOS DE SOG					OTROS PROCEDIMIENTOS					
INDICACIONES	FECHA									
OBSERVACIONES		M	T	N	M	T	N	M	T	N
PROCEDIMIENTOS		M	T	N	M	T	N	M	T	N
TA										
FC										
FR										
SO2										
PESO/PC										
DIURESIS										
DEPOSICION										
INTERCONSULTAS										
EXAMENES RADIOLOGICOS										
EXAMENES DE LABORATORIO										
FIRMA DE ENFERMERO (O)										
DE TURNO										
		SELLO FIRMA DE ENF TURNO		SELLO FIRMA DE ENF TURNO		SELLO FIRMA DE ENF TURNO				



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







### 3.9 BIBLIOGRAFIA

1. (PDF) Kardex enfermera II | Yuritzzy cambar - Academia.edu (Internet) revisado el 20/04/2024.  
[\(PDF\) Kardex enfermeria II | yulezzy cambar - Academia.edu](#)
2. Instructivo Diligenciamiento Del Kardex | Descargar gratis PDF | Historial médico | Enfermería (scribd.com). revisado el 18/04/2024.  
[Instructivo Diligenciamiento Del Kardex | Descargar gratis PDF | Historial médico | Enfermería \(scribd.com\)](#)
3. [Manual\\_de\\_Manejo\\_de\\_Kardex\\_1.pdf \(cdemipyperoc.org\)](#), 2021.  
[Manual de Manejo de Kardex 1.pdf \(cdemipyperoc.org\)](#)
4. Cubas I, Valero E. Evaluación de la calidad del llenado de los Registros de Enfermería en los Servicios de medicina de un Instituto Especializado. 2018. Breña, Lima-Perú.
5. Torres M, Zarate G, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. 2011 (citado el 3 de mayo del 2018). 8(1):17-24. Disponible en: [www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467](http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467)
6. López J, Saavedra C, Moreno M, Flores S. Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de Enfermería. 2018.
7. Calero y Gonzales. El registro de enfermería como parte del cuidado. 2014
8. Gutierrez J, Esquen O, Gomez E. Nivel de Cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé. <http://www.revistascientificas.upeu.edu.pe>





## IV NOTAS DE ENFERMERÍA

El presente apartado consta de varias secciones donde las notas de evolución de enfermería están diferenciadas de acuerdo a cada servicio asistencial donde se brinda la atención y/o cuidado, siendo esta diferenciación en la hoja de valoración de acuerdo a las características de las patologías, grupo etario, sexo u otro dato de significancia para brindar cuidados holísticos y personalizados a cada uno de los pacientes de nuestra institución. Otro aspecto de importancia a tener en cuenta es la información general que se encuentra diferenciada de acuerdo al servicio donde se atenderá al paciente.

Para facilitar el proceso de organización de las notas, es recomendable utilizar el método **SOAPIE**: Es un método para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del usuario, así como las intervenciones, observaciones y evaluación de realizan la enfermera (o).

**c. Valoración** significa Evaluación. En enfermería el termino se utiliza para describir la evaluación inicial y continuada del estado de salud de la persona, familia o comunidad. La valoración sistemática y premeditada es un proceso intencionado, basado en un plan para recoger y organizar la información. La recolección de la información se organiza de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico de enfermería.

- **Datos subjetivos:** Se le denomina como “síntomas o datos ocultos” que solo resultan supuestos para el paciente y lo puede puntualizar o explicar. Es la recogida metódica, continua, organizada, validada del registro de los datos obtenidos en la valoración por la enfermera.
- **Datos objetivos:** Estos pueden ser vistos, escuchados, palpados u olidos, ya que para percibirlos se deben usar los cinco órganos de los sentidos, se identifican con la observación y la exploración física, el profesional de enfermería obtiene datos objetivos para validar los datos subjetivos y completar la fase de valoración del PAE.

**d. Dominio.** Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ello se trata de dar unidad al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio.

Cada dominio está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona.

Para la elaboración del nivel más general de la Taxonomía, se utilizaron los patrones funcionales de salud como base del desarrollo, pasando a denominarse DOMINIOS.

Para elaboración del nivel más concreto de la taxonomía, se definieron dentro de cada dominio las clases correspondientes.

*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*







- La Taxonomía II de la NANDA consta de 13 Dominios y 46 clases.

**Dominio 1: Promoción de la salud.**

Clase 1. Toma de conciencia de la salud.

Clase 2. Gestión de la salud.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1. Ingestión.

Clase 2. Digestión.

Clase 3. Absorción.

Clase 4. Metabolismo.

Clase 5. Hidratación.

**Dominio 3: Eliminación e intercambio.**

Clase 1. Función urinaria.

Clase 2. Función gastrointestinal.

Clase 3. Función tegumentaria.

Clase 4. Función respiratoria.

**Dominio 4: Actividad/reposo.**

Clase 1. Sueño/reposo.

Clase 2. Actividad/ejercicio.

Clase 3. Equilibrio de la energía.

Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Clase 5. Autocuidado.

**Dominio 5: Percepción/cognición.**

Clase 1. Atención.

Clase 2. Orientación.

Clase 3. Sensación/percepción.

Clase 4. Cognición.

Clase 5. Comunicación.

**Dominio 6: Auto percepción.**

Clase 1. Autoconcepto.

Clase 2. Autoestima:

**Dominio 7: Rol/relaciones.**

Clase 1. Roles de cuidador.

Clase 2. Relaciones familiares,

Clase 3. Desempeño del rol.





**Dominio 8: Sexualidad.**

Clase 1. Identidad sexual.

Clase 2. Función sexual.

Clase 3. Reproducción.

**Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.**

Clase 1. Respuestas postraumáticas.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento.

Clase 3. Estrés neurocomportamental.

**Dominio 10: Principios vitales.**

Clase 1. Valores.

Clase 2. Creencias.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones.

**Dominio 11: Seguridad/protección.**

Clase 1. Infección.

Clase 2. Lesión física.

Clase 3. Violencia.

Clase 4. Peligros del entorno.

Clase 5. Procesos defensivos.

Clase 6. Termorregulación.

**Dominio 12: Confort.**

Clase 1. Confort físico.

Clase 2. Confort del entorno.

**e. Clase.** Representa el nivel más concreto de la clasificación: La clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los Conceptos diagnósticos. Definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos Conceptos.

**f. Diagnóstico de Enfermería.** Una vez realizada la Anamnesis por Dominios debe identificar factores de riesgo y factores protectores propios de los dominios valorados.

**g. Planeación.** En esta fase de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*





**h. Ejecución.** Es la etapa de la ejecución del plan o las diferentes actividades planeadas; pero influye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada paciente tratada.

**i. Evaluación.** La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud / problema / diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

**Clasificación De Las Intervenciones Enfermeras (NIC)** bajo este concepto se compila las intervenciones de enfermería en concordancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

**Clasificación De Resultados De Enfermería (NOC)**, incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*



## GUÍA DE LLENADO DEL REGISTRO DE ENFERMERIA: NOTAS DE ENFERMERÍA

### 4.1 FINALIDAD

Estandarizar y unificar los criterios técnicos en los licenciados(as) en enfermería para realizar el registro adecuado de las NOTAS DE ENFERMERÍA durante la estancia Hospitalaria del paciente, independientemente del servicio donde este se encuentre; en nuestra institución el Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López

### 4.2 OBJETIVO

#### 4.2.1 OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una guía para las actividades diarias de enfermería en los servicios asistenciales disponiendo de un sistema de trabajo organizado para desarrollar el proceso de enfermería en las Notas de Enfermería

#### 4.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Consignar los datos respecto al paciente en forma real, completa, secuencial, legible y oportuna.
- Consignar de manera escrita los cambios efectuados en el estado del paciente.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Servir como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal.
- Dejar constancia de los problemas presentados por las personas y cuidados de enfermería brindados.

### 4.3 AMBITO DE APLICACIÓN

La guía técnica se aplicará en los servicios de Hospitalización de Medicina, Cirugía, ginecología, Pediatría, Alojamiento Conjunto, Neonatología, Centro Quirúrgico, UCIN e Intermedios neonatales y Servicio de Emergencias y Cuidados Críticos del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

### 4.4 NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Guía de llenado del registro de enfermería: NOTAS DE ENFERMERÍA.

### 4.5 CONSIDERACIONES GENERALES

#### 4.5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS:

a. *Definición de Notas de Enfermería:*

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos. - Contiene el proceso de atención de enfermería determinado por la enfermera, basado en los problemas reales y/o potenciales de salud que tiene la persona o familia, para luego planificar e intervenir de acuerdo a las necesidades o problemas del paciente.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





b. *Enfermera:*

Profesionales de salud que brindan cuidados integrales al paciente basado en el Proceso de enfermería

c. *Paciente:*

Son las personas que requieren de la atención y cuidados integrales durante su estancia hospitalaria; dichos cuidados deben ser registrados minuciosamente, considerando la hora de las intervenciones y/o actividades y las respuestas del paciente a estas.

d. *Calidad en las Notas de Enfermería:*

Son aquellos atributos que debe presentar el registro de enfermería, luego de su llenado, teniendo en cuenta el proceso de atención que enfermería. Se encuentra enmarcado en la norma técnica de auditoria de la Calidad de atención en salud del Ministerio de Salud, basado en los principios de Ética, mejora continua de calidad, actitud, enfoque basado en hecho, independencia y Confidencialidad.

#### 4.5.2 COMPONENTES TECNICO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA:

*USO DE LA TINTA:*

Las notas de enfermería se realizan con tinta azul en Turno de día y en el turno nocturno será de tinta roja, de forma que el registro sea permanente y pueden identificarse los cambios. Las anotaciones han de ser legibles y sin borrones.

*EXACTITUD:*

Es esencial que las notas sean precisas, basadas en hechos u observaciones, en lugar de opiniones o interpretaciones, con una escritura correcta para la exactitud del registro. Si no se está segura de cómo se escribe una palabra debería consultar al diccionario.

*INTEGRIDAD:*

La información que se registre ha de ser completa y útil para el equipo de salud que interviene en la asistencia sanitaria. Una anotación completa asegura el cuidado continuado del paciente. Por ejemplo, una nota de enfermería completa para una persona que ha vomitado (comprende la hora, la cantidad, el color y el olor del Vómito, y cualquier otro dato sobre las circunstancias del paciente que influyen en el evento).

*EL CONTENIDO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DEBE CUMPLIR LOS ASPECTOS SIGUIENTES:*

- Observaciones hechas en el momento de admisión de la persona.
- Condición general de la persona tomando en cuenta su estado físico, emocional.
- Reacción a medicamentos y tratamiento.
- Condición de higiene y cuidados prestados.
- Observaciones objetivas y subjetivas.
- Efectividad de ciertos cuidados, medicamentos, tratamiento y procedimientos.
- Enseñanzas impartidas, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.
- Evaluación de la planificación.

*LAS NOTAS DE LA ENFERMERA REGISTRAN LOS SIGUIENTES TIPOS DE INFORMACION:*

- Valoración de la persona por el distinto personal (Palidez, enrojecimiento de la cara, o la presencia de orina oscura o turbia).
- Intervenciones de enfermería independiente, como cuidados especiales de la piel o formación del paciente, ejecutadas por iniciativas de la enfermera.



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*



- b. *Enfermera:*  
Profesionales de salud que brindan cuidados integrales al paciente basado en el Proceso de enfermería
- c. *Paciente:*  
Son las personas que requieren de la atención y cuidados integrales durante su estancia hospitalaria; dichos cuidados deben ser registrados minuciosamente, considerando la hora de las intervenciones y/o actividades y las respuestas del paciente a estas.
- d. *Calidad en las Notas de Enfermería:*  
Son aquellos atributos que debe presentar el registro de enfermería, luego de su llenado, teniendo en cuenta el proceso de atención que enfermería. Se encuentra enmarcado en la norma técnica de auditoria de la Calidad de atención en salud del Ministerio de Salud, basado en los principios de Ética, mejora continua de calidad, actitud, enfoque basado en hecho, independencia y Confidencialidad.

#### 4.5.2 COMPONENTES TECNICO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA:

##### USO DE LA TINTA:

Las notas de enfermería se realizan con tinta azul en Turno de día y en el turno nocturno será de tinta roja, de forma que el registro sea permanente y pueden identificarse los cambios. Las anotaciones han de ser legibles y sin borrones.

##### EXACTITUD:

Es esencial que las notas sean precisas, basadas en hechos u observaciones, en lugar de opiniones o interpretaciones, con una escritura correcta para la exactitud del registro. Si no se está segura de cómo se escribe una palabra debería consultar al diccionario.

##### INTEGRIDAD:

La información que se registre ha de ser completa y útil para el equipo de salud que interviene en la asistencia sanitaria. Una anotación completa asegura el cuidado continuado del paciente. Por ejemplo, una nota de enfermería completa para una persona que ha vomitado (comprende la hora, la cantidad, el color y el olor del Vómito, y cualquier otro dato sobre las circunstancias del paciente que influyen en el evento).

##### EL CONTENIDO DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA DEBE CUMPLIR LOS ASPECTOS SIGUIENTES:

- Observaciones hechas en el momento de admisión de la persona.
- Condición general de la persona tomando en cuenta su estado físico, emocional.
- Reacción a medicamentos y tratamiento.
- Condición de higiene y cuidados prestados.
- Observaciones objetivas y subjetivas.
- Efectividad de ciertos cuidados, medicamentos, tratamiento y procedimientos.
- Enseñanzas impartidas, apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.
- Evaluación de la planificación.

##### LAS NOTAS DE LA ENFERMERA REGISTRAN LOS SIGUIENTES TIPOS DE INFORMACION:

- Valoración de la persona por el distinto personal (Palidez, enrojecimiento de la cara, o la presencia de orina oscura o turbia).
- Intervenciones de enfermería independiente, como cuidados especiales de la piel o formación del paciente, ejecutadas por iniciativas de la enfermera.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





## DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



- Intervenciones de enfermería dependiente, como medicamentos, tratamientos prescritos por un médico o procedimientos.
- Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería Hospitalaria.
- Acciones realizadas por el medico (por ejemplo el acortamiento de un tubo de Drenaje posoperatorio).
- Visitas de los miembros del equipo de salud, (consulta del médico, fisioterapeuta, trabajadora social).

### 4.6 CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

#### 4.6.1. RESPONSABLES

- Licenciada (o) en enfermería.
- Licenciada (o) especialista.

#### 4.6.2 INDICACIONES

**Absolutas: -**

- ✓ A todos los pacientes que se encuentran hospitalizados, o son atendidos en el Hospital de Chancay
- ✓ A todos los pacientes que ingresan al servicio
- ✓ En los diferentes turnos (mañana, tarde, y noches)

#### 4.6.3 CONTRAINDICACIONES –

No aplica.

#### 4.6.4 REQUISITOS –

Consentimiento informado: No aplica.

#### 4.6.5 COMPLICACIONES –

No aplica.

#### 4.6.6 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

*a. Recursos humanos*

- ✓ Lic. Enfermera (o) especialista.
- ✓ Lic. Enfermera (o).
- ✓ Internas de enfermería.

*b. Materiales*

- ✓ **útiles de escritorio**  
Formato de Notas de enfermería según el servicio donde se encuentre hospitalizado el paciente  
Lapicero según turno (azul y rojo)  
Sello de la enfermera
- ✓ **Material médico fungible o no fungible**  
Tensiómetro



*Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas*



Estetoscopio  
Termómetro  
Pulsioxímetro  
Algodón  
Alcohol  
Bajalengua  
Jabón, alcohol gel

c. *infraestructura y equipamiento* –

Ambiente adecuado para la valoración del paciente, o la unidad del paciente

#### 4.6.7 CONSIDERACIONES DE ENFERMERIA

1. El Colegio de Enfermeros del Perú en su reglamento nos dice que los registros de enfermería (notas de enfermería) constituyen la evidencia de la intervención profesional de la evolución del paciente, el planeamiento del cuidado y la continuidad de la prestación, además son fuente de datos para la evaluación del cuidado y en el proceso de la mejora continua e investigación.
2. El registro de las notas debe hacerse como mínimo una vez por turno y siempre que se realice un procedimiento y/o actividad con el paciente.
3. Escribir solo en color azul (día), rojo (noche) y letra legible.
4. Utilizar solo las abreviaturas aprobadas.
5. No utilizar enmendaduras, sticker, ni correctores.
6. Todo procedimiento realizado debe ser registrado inmediatamente por la enfermera, precisando hora, fecha, nombre y firma.
7. Los registros deben ser precisos, objetivos, claros y suficientes.
8. Identificar correctamente todas las hojas con: nombres y apellidos, número de historia clínica, nombre del servicio, número de cama, edad, sexo, número de cuenta, tipo de seguro, alergia a medicamentos u otro de importancia.
9. Las palabras o frases erróneas se cruzan con una línea horizontal y a continuación se hace la aclaración necesaria. Además, se debe colocar Anotación incorrecta y firma.
10. Cada nota de evolución debe refrendarse con el nombre completo y firma del profesional.
11. El profesional de Enfermería se caracteriza por acogerse a la secuencia del Plan de atención de Enfermería (PAE), en ellas el Enfermero(a) debe consignar, además de los ítems generales:
  - ❖ El resultado de la evaluación cefalocaudal del paciente.
  - ❖ Los diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes, derivados del estado de salud del paciente. Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
  - ❖ En las notas de egreso o alta, el profesional de Enfermería debe describir en que condiciones salió el paciente
12. Que datos debe registrar:
  - **Cualquier cambio de conducta:**
    - Indicaciones de emociones fuertes, como ansiedad o miedo.
    - Cambios importantes en el estado de ánimo.
    - Un cambio en el nivel de conciencia.
  - **Cualquier cambio en el funcionamiento físico como:**
    - Pérdida de equilibrio.
    - Pérdida de fuerza.
    - Dificultad auditiva o visual.
  - **Cualquier signo o síntoma físico:**







- Sea grave ej.: dolor intenso.
- Un aumento de la temperatura corporal.
- Pérdida de peso gradual.
- Incapacidad para orinar tras cirugía.
- **Cualquier intervención de enfermería proporcionada como:**
  - Medicaciones administradas
  - Tratamientos
  - Educación
- **Importancia de las notas de enfermería:**
  - Poder evaluar la evolución de la enfermedad de la persona
  - Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal
  - Se puede identificar las necesidades de la persona
- **Las notas de enfermería orientadas al problema:**
  - Consideran el modelo SOAPIE, ya que es un método ordenado para brindar el informe e interpretación de los problemas y necesidades detectados en el paciente, incluyendo las intervenciones observaciones y evaluaciones que realiza enfermería.

### 13. Otros aspectos a considerar

#### ➤ VALOR LEGAL.

Las notas de enfermería constituyen un documento legal que protege el cuidado que se ofrece, al enumerar literalmente las reacciones y progreso del paciente ante a los cuidados recibidos, es por ello, que se deben responder a las siguientes características: contener la fecha y hora Redactadas, evitar borrones, tachas, ni enmendaduras y deben estar revalidadas por el sello con la Firma y número del colegio profesional del enfermero (a) que la elaboro, y también deben mostrar los problemas reales de riesgo y las necesidades del paciente.

#### ➤ VALOR CIENTIFICO.

Las anotaciones de enfermería instituyen una fuente de investigación para nuevos conocimientos, y Metodología del cuidado de las personas que necesitan cuidados enfermeros; evaluación de su Progreso reestructurar el plan de cuidado y evaluar los resultados del progreso de cuidados de Enfermería desarrolladas en la atención que brinda, ya que estos son aspectos inherentes a la profesión de enfermería; describen determinadas reacciones y resultados del cuidado enfermero, a la vez que es una Valiosa fuente de información para identificar los problemas.

#### ➤ VALOR ADMINISTRATIVO.

Las notas de enfermería se utilizan como un material usado para evaluar la calidad del cuidado enfermero, además distinguen las responsabilidades propias de enfermería hacia los pacientes con las del resto del equipo de salud.

#### ➤ INDICADOR.

Anotación de Enfermería.

#### ➤ UNIDAD DE MEDIDA.

Anotación de Enfermería

#### ➤ TIEMPO

Diario.



#### 4.6.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

##### 4.6.8.1 PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA: NOTAS DE ENFERMERÍA

1. Incorporar el formato de Notas de enfermería a la Historia Clínica.
2. Registrar los datos generales completos considerados en el formato.
3. Realizar la valoración del paciente y registrar en el formato:
  - Los datos subjetivos
  - Los datos objetivos recopilados en la valoración.
4. Determinar los diagnósticos de enfermería priorizados para la atención y cuidados de enfermería
5. Planificar en base a los diagnósticos planteados los objetivos de los cuidados a proporcionar.
6. Detallar información sobre las intervenciones y actividades de enfermería:
  - Tratamientos médicos: Cumplimiento de las indicaciones
  - Reacciones a la medicación, horarios y exactitud en cuanto a dosis, utilización de los correctos.
  - Reacciones del paciente cambios observados en relación a programas y retrocesos en el paciente.
  - Debe presentar problemas nuevos que se aprecien en el curso de la enfermedad.
7. Realizar la evaluación de las intervenciones en base al planeamiento del plan de cuidados y a la respuesta del paciente
8. Detallar sobre la producción de algún evento adverso producido durante el turno
9. Firmar y sellar las Notas de enfermería al término de su turno

##### 4.6.8.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN ATENCIÓN INMEDIATA Y ALOJAMIENTO CONJUNTO

1. Identificar en la Historia Clínica las Notas de Enfermería
2. Registrar datos generales
3. Registrar los aspectos Subjetivos: Valoración de Enfermería
4. Registrar los datos objetivos: Somatometría y Examen físico del neonato, incluyen las observaciones de enfermería descritas en orden cefalocaudal, teniendo en cuenta la relación clínica de normalidad y anormalidad del neonato.
5. Registrar condición del recién nacido de acuerdo a los diagnósticos NANDA "relacionado con"
6. Registrar las actividades del plan de atención de enfermería de acuerdo al diagnóstico y condición del recién nacido.
7. Registrar las intervenciones realizadas al recién nacido por el personal de enfermería.
8. Registrar la evaluación del recién nacido determinando su eficacia.
9. Firma y sello de la Enfermera que realizó la atención inmediata de RN

##### 4.6.8.3 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN UCIN Y CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES

- 1.- Ingresar al software institucional con usuario y clave personal (HC digital) si fuera el caso.
- 2.- Identificar en la Historia Clínica el formato a utilizar (Físico o digital)
- 3.- Si se utiliza HC en físico iniciar con la fecha: día, mes, año y hora en formato de 24:00hrs.
- 4.- Registrar los aspectos Subjetivos, colocando la información suministrada por la madre acompañante entre comillas, se exceptúan las respuestas cuando no se encuentra la madre con el término NO EVALUABLE.
- 5.- Registrar los datos objetivos, incluyen las observaciones de enfermería descritas en orden cefalocaudal, con énfasis en la patología del recién nacido, teniendo en cuenta la relación clínica de normalidad y anormalidad, utilizando el rubro del esquema de Valoración por Dominio con la que cuenta el registro de enfermería.







- 6.- Registrar análisis e interpretación de la condición del recién nacido de acuerdo a los diagnósticos NANDA "relacionado con "
- 7.- Registrar las actividades del plan de atención de enfermería de acuerdo al diagnóstico y condición del recién nacido.
- 8.- Registrar las intervenciones realizadas al recién nacido por el personal de enfermería y resultados de estudios y procedimientos, reporte de paraclínicos, traslado o egreso.
- 9.- Registrar los resultados obtenidos en el recién nacido determinando su eficacia.

#### 4.6.8.4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO LLENADO DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO.

1. La enfermera debe realizar el lavado de manos clínico antes y después de evaluar al paciente y de realizar algún procedimiento.
2. Redacte con letra clara y legible, con el color de lapicero que corresponda por cada turno.
3. Registrar los siguientes datos en el formato: Apellido paterno, materno y nombres, número de la historia clínica, n° de cama, edad, sexo, servicio, fecha y hora de ingreso, peso, tipo y n° de seguro, alergias medicamentosas, presencia de LPP, clasificación de riesgo de caída según la escala de Downton, presencia de flebitis, presencia de eventos adversos y grado de dependencia.
4. Redacte correctamente y sin faltas de ortografía.
5. La nota de enfermería debe tener seis pasos importantes, los cuales se recopilan en la sigla SOAPIE si es elaborado por enfermería:
6. S: Todo lo subjetivo: Es decir lo que refiere el paciente, debe ir entre comillas.
7. O: Todo lo objetivo: Es decir lo que vemos en el paciente a través del examen físico, debe describirse en forma cefalocaudal y de manera detallada. Condiciones en que llegue el paciente, sitios de venopunción con líquidos endovenosos instaurados y si están permeables.
8. A: Debe realizarse un diagnóstico de enfermería ante los hallazgos positivos en el examen físico.
9. P: Describir el problema real de la paciente, no suponer algún aspecto y establecer el plan de atención de enfermería de acuerdo a su patología.
10. I: Son todas las intervenciones que brinda la enfermera al paciente durante el turno.
11. E: Es la evaluación de los resultados esperados en el paciente.
12. No usar ningún tipo de abreviaturas.
13. Elaborar en forma oportuna los registros.
14. Corrija debidamente las anotaciones incorrectas.
15. Escriba palabras "NOTA INCORRECTA" en seguida del texto erróneo.
16. Describa detalladamente los incidentes y las actividades realizadas.
17. Anote con precisión cualquier información que notifique al médico.
18. No deje espacios en blanco.
19. Detallar lo relacionado con los procedimientos y tratamientos intravenosos, características y localización de los catéteres, número de intentos de la venopunción, tipo de solución y de perfusión, medicación administrada, fecha, hora y nombre de la enfermera que realiza el procedimiento.
20. Nunca registrar los cuidados de enfermería antes de ejecutarlos.
21. Anotar con exactitud toda información que se notifique al médico relacionado con el paciente, así como lo que respondió y ordenó.
22. Anotar cualquier acto de parte del paciente, considerado como potencialmente contribuyente (datos que afectan el tratamiento).
23. Cada nota de evolución debe refrendarse con el nombre completo y firma de la enfermera por cada turno.





4.7 RECOMENDACIONES

- Motivar a las enfermeras en la realización de los registros de enfermería para mejorar su calidad y utilidad.
- Para ello es necesario proporcionar a la enfermera el conocimiento sobre el Proceso Enfermería y los Diagnósticos de enfermería, NOC Y NIC. La falta de conocimiento sobre el marco teórico común y unas Normas claras sobre los registros de enfermería, ocasiona inseguridad sobre que registrar, cuándo y cómo hacerlo. Las herramientas informáticas deben ser un aliado y facilitador para realizar los registros.

4.8 ANEXOS

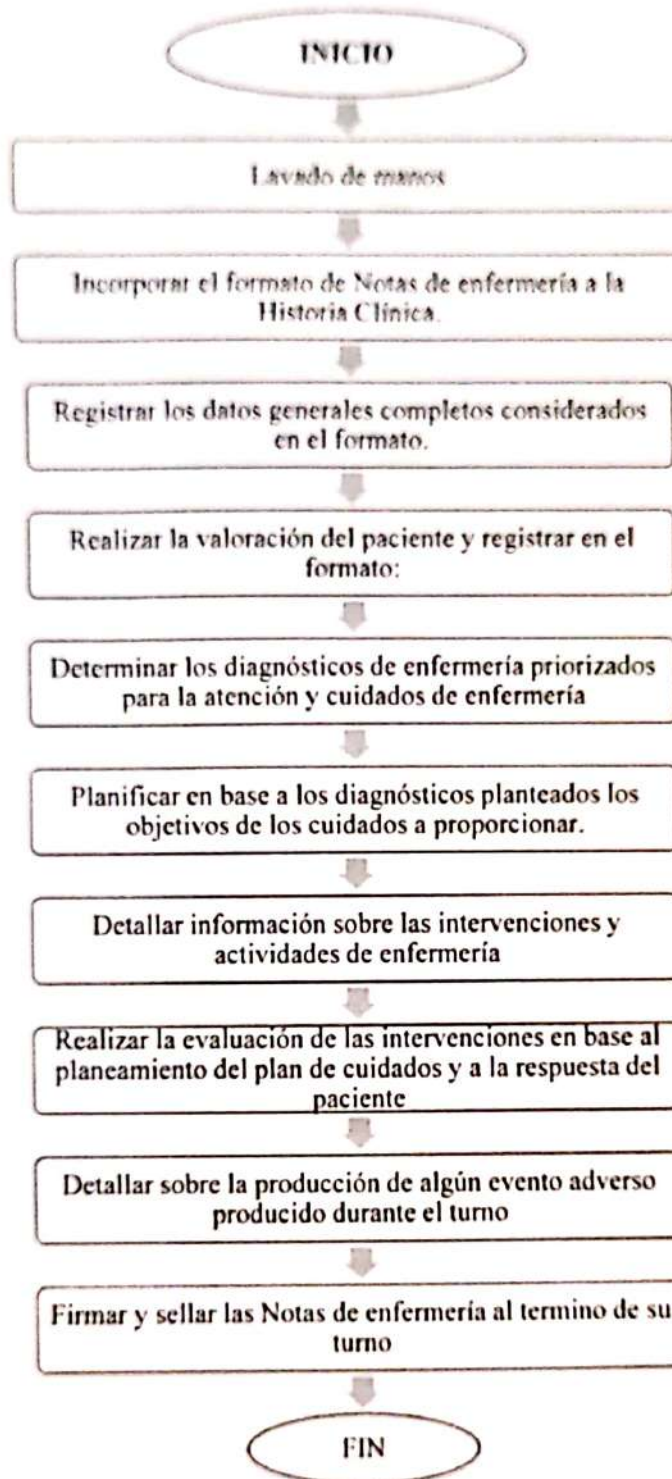


Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





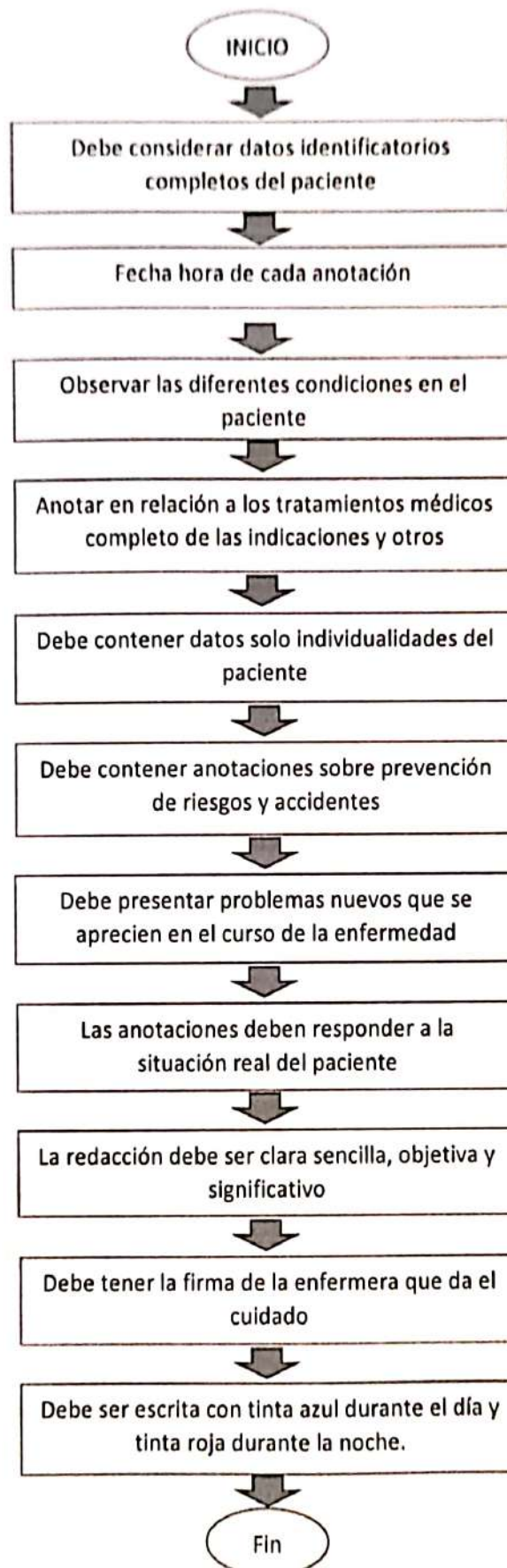
4.8.1 FLUJOGRAMA DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas



### 4.8.2 FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE MEDICINA



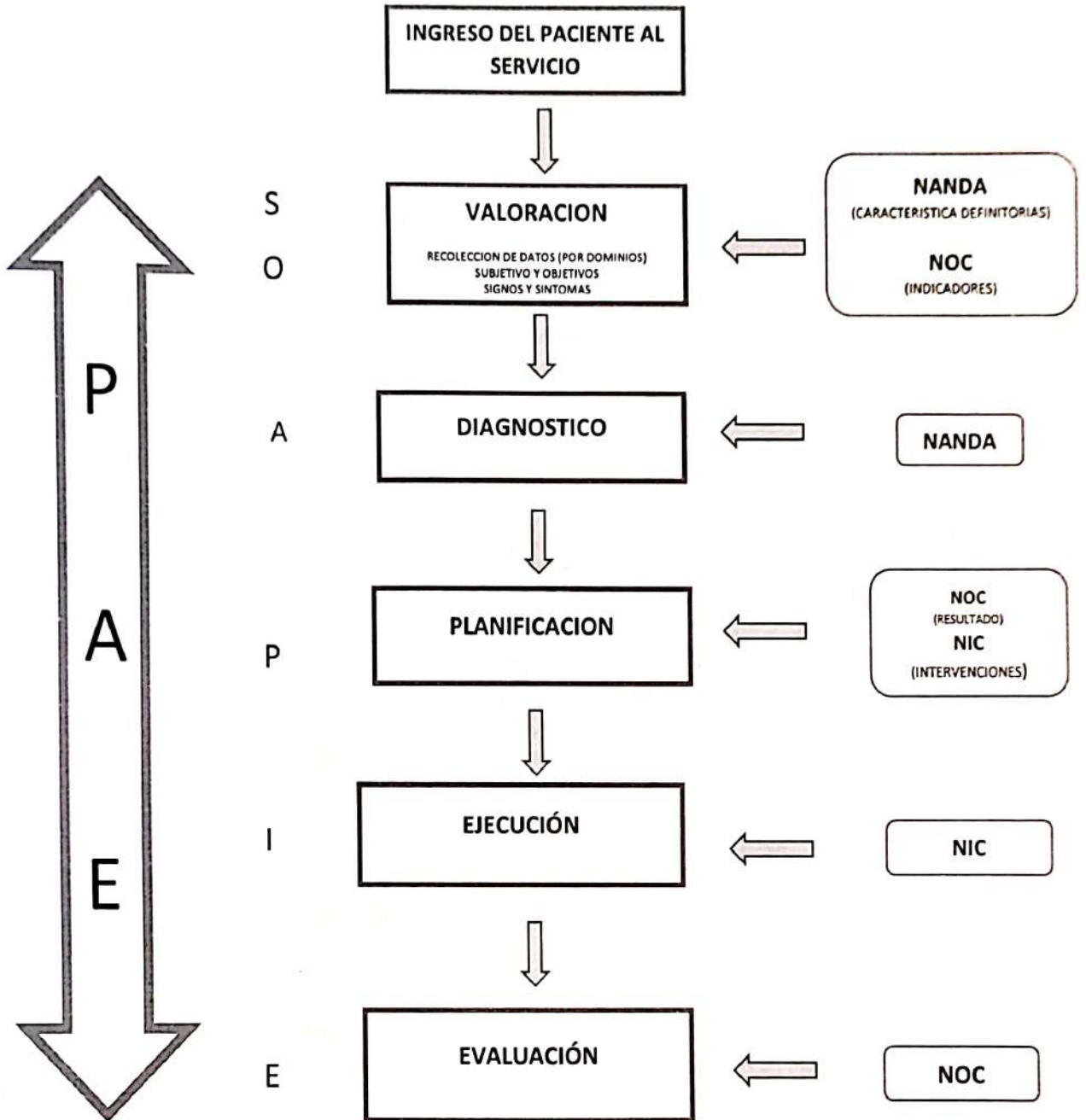
Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





4.8.3 FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGIA

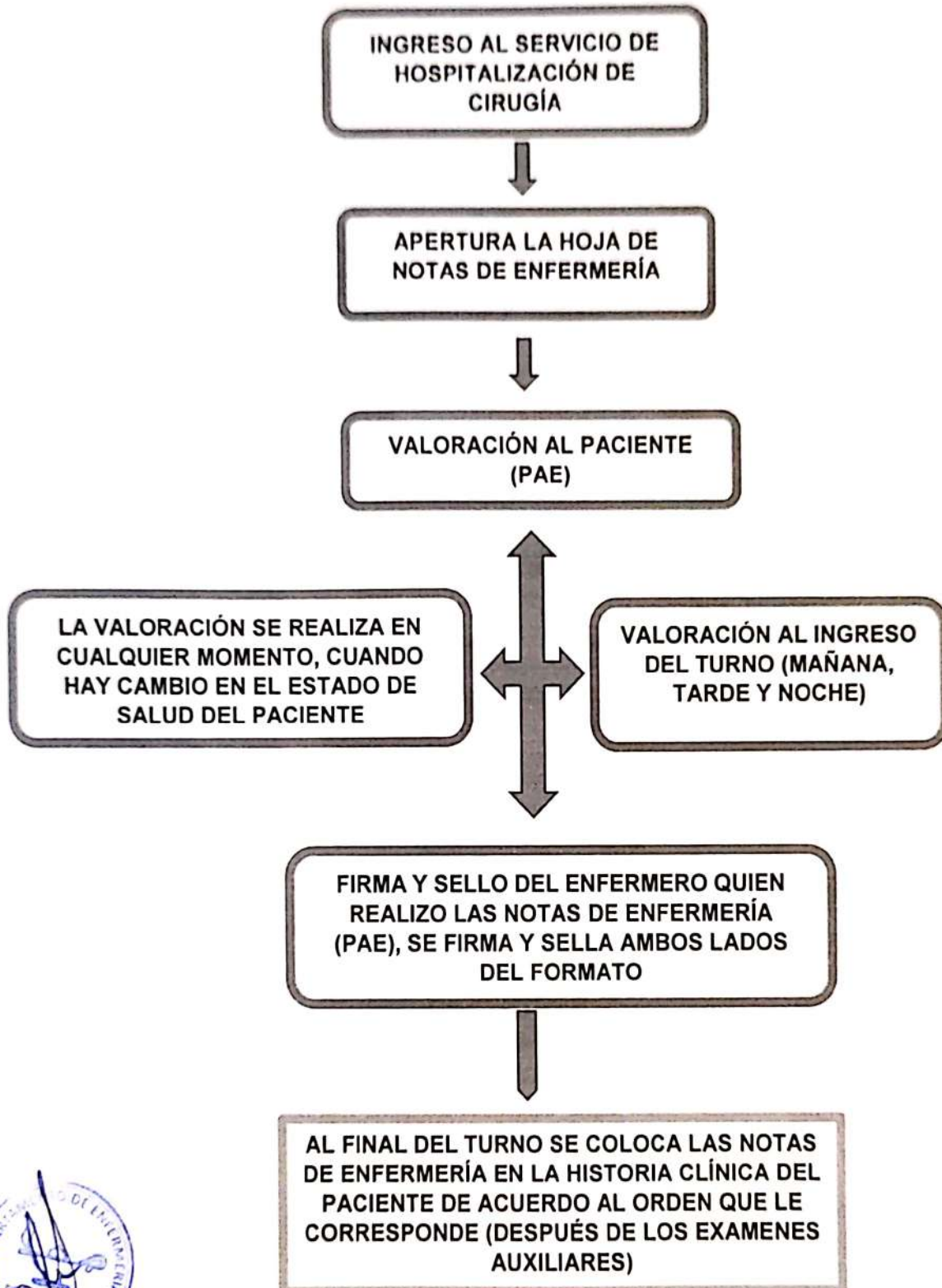
FLUJOGRAMA DEL PAE



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas

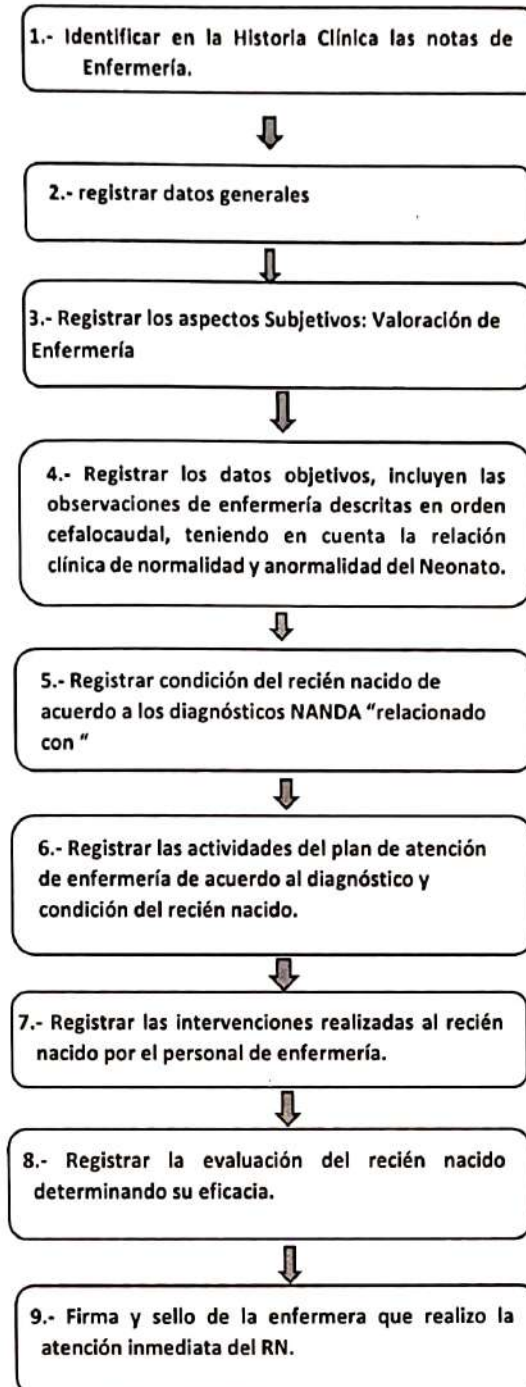


### FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA:



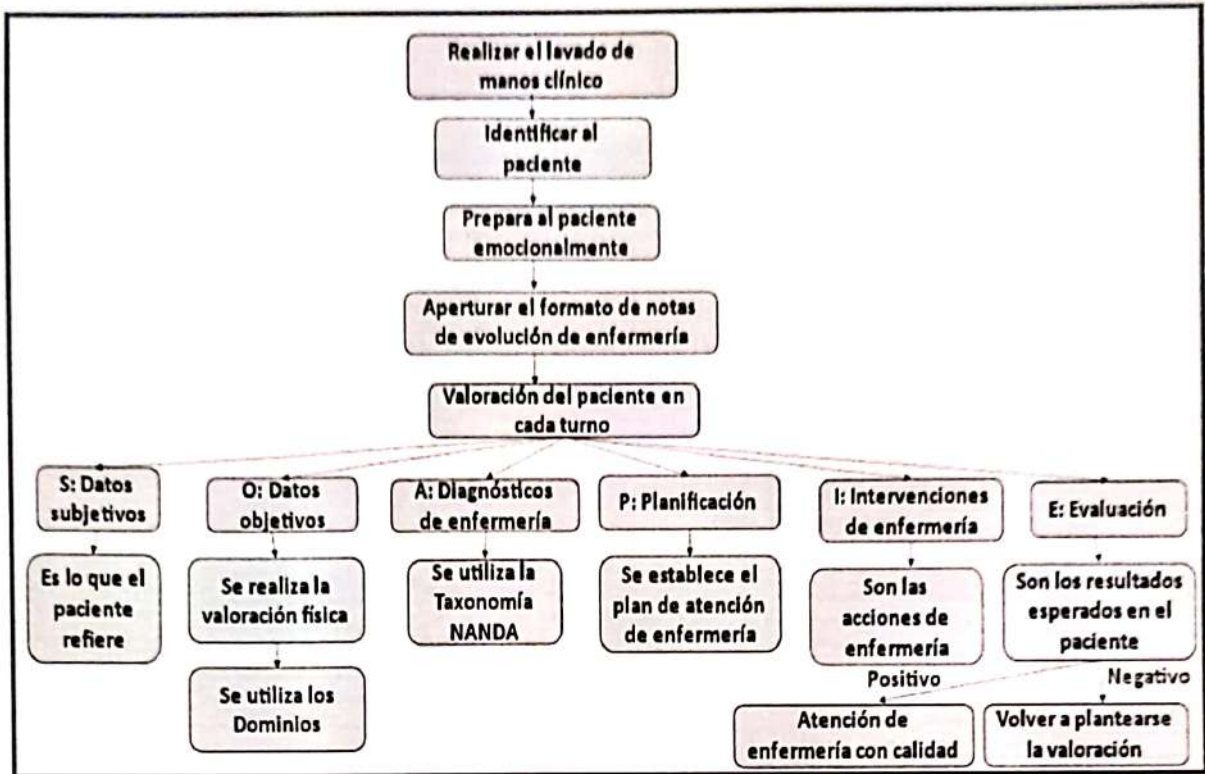


#### 4.8.4 FLUJOGRAMA DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO Y PEDIATRÍA





### 4.8.5 Flujoograma De Notas De Enfermería Del Servicio Centro Quirúrgico



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





4.8.6 Nota de evolución de enfermería en el servicio de medicina

**NOTAS DE EVOLUCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ SEGURO: \_\_\_\_\_ H.C. N°: \_\_\_\_\_ N° DE CAMA: \_\_\_\_\_  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_ GRADO DE DEPENDENCIA: I  II  III  IV

Antec. Patol.: DMT ( ) Ama ( ) ACV ( ) ICC ( ) NAC ( ) IRC ( ) TBC ( ) Otros: \_\_\_\_\_

DATOS SUBJETIVOS Día Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ DATOS SUBJETIVOS Nocturno Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Control de Signos Vitales	Temperatura	Presión Arterial	Pulso	Respiración	Saturación de Oxígeno
Mañana					
Tarde					
Noche					

VALORACIÓN	M/T	N	VALORACIÓN	M/T	N	VALORACIÓN	M/T	N
<b>PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD</b>			<b>PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO</b>			<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO</b>		
Nauseas Si ( ) No ( )			Normal ( ) Disnea ( ) Polipnea ( )			Vergüenza de sí mismo		
Emesa: Alimenicios ( )			Apnea ( ) Hiperventilación ( )			Rechazado ( ) Abandonado ( )		
Acicalamiento Si ( ) No ( )			Cianosis ( ) Estereores ( ) Sibilancia ( )			Preocupac./cambio de imagen		
Bilioso ( ) Hematemesis ( ) Porraqueo ( )			Roncus ( ) Crepitanes ( ) Estridor ( )			Verbaliza aceptación en sí mismo		
Drenajes características _____			Presencia de los Si ( ) No ( )			<b>PATRÓN ROL-RELACIONES</b>		
Secreciones Bronq: Blancasinas ( )			Adm. de oxígeno: CBN ( ) MV ( ) MR ( )			Vive solo ( ) familia ( )		
Purúntas ( ) Hempticas ( )			TET ( ) TQT ( )			Casa de reposo ( ) Abandonado ( )		
Diaforesis ( ) Escalofríos ( )			Nebulizaciones ( ) Inhalaciones ( )			Trabaja ( ) Desempleado ( ) Jubilado ( )		
<b>PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>			<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO</b>			<b>PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA ESTRÉS</b>		
NPO ( ) NPT ( ) VO ( ) Tipo: _____			Normal ( ) Disnea ( ) Polipnea ( )			Vergüenza de sí mismo		
Aliment. Enteral: SNG/SQG/SNY			Apnea ( ) Hiperventilación ( )			Rechazado ( ) Abandonado ( )		
Tolera dieta porcentaje _____			Cianosis ( ) Estereores ( ) Sibilancia ( )			Preocupac./cambio de imagen		
Dificultad p. deglutir Si ( ) No ( )			Roncus ( ) Crepitanes ( ) Estridor ( )			Verbaliza aceptación en sí mismo		
Piel: Hídratada ( ) Seca ( ) Ictérica ( )			Presencia de los Si ( ) No ( )			<b>PATRÓN ROL-RELACIONES</b>		
Pálida ( ) Fria ( ) Caliente ( )			Adm. de oxígeno: CBN ( ) MV ( ) MR ( )			Vive solo ( ) familia ( )		
Equimosis ( ) Hematoma ( ) Rubor ( )			TET ( ) TQT ( )			Casa de reposo ( ) Abandonado ( )		
Abdomen ascítico			Nebulizaciones ( ) Inhalaciones ( )			Trabaja ( ) Desempleado ( ) Jubilado ( )		
Wagner I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )			Pulsos periféricos present ( ) débiles ( )			Con recurso económico		
Amputación: _____			Hipertensión ( ) Hipotensión ( )			Escaso recurso económico		
Úlceras varicosas Si ( ) No ( )			Deambula Solo ( ) Asistido ( )			Apoyo del SIS		
Lesiones mucosas oral Si ( ) No ( )			Hemiplejia ( ) Hemiparesia ( )			Recibe visita familiar Si ( ) NO ( )		
LPP: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )			Parapleja ( ) Cuadrupleja ( )			Preocupación por el trabajo		
Localización: _____			Contracturado ( ) Anquilosado ( )			<b>PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA ESTRÉS</b>		
Edemas: _____			Flacidez ( ) Fatiga ( ) Mareo ( )			Ansioso ( ) Irritable ( ) Depresivo ( )		
Grado: 1 (+) - 2 (++) - 3 (+++) - 4 (++++)			Reposo absoluto ( ) Relativo ( )			Agresivo ( ) Temerario ( ) Preocupado ( )		
Catelet alto flujo _____			Inmovilizado x secuela acv			Negativismo ( ) Tendencia al llanto ( )		
Catelet venoso central _____			<b>PATRÓN SUEÑO-DESCANSO</b>			Alcohol ( ) Drogas ( ) Tabaquismo ( )		
Catelet venoso/fecha _____			Sueño conservado ( ) Interrumpido ( )			<b>PATRÓN VALORES-CREENCIAS</b>		
<b>PATRÓN ELIMINACIÓN</b>			Uso de medicamentos: SI ( ) NO ( )			Verbaliza confianza en Dios		
Urinaria: Normal ( ) Retención ( )			<b>PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL</b>			Incapacidad para orar		
Incontinencia ( ) Oliguria ( )			Agitación psicomotriz SI ( ) NO ( )			No tiene esperanza		
Poliuria ( ) Disuria ( ) Nicturia ( )			Escala de glasgow _____			Sentimiento de abandono		
Anuria ( ) Coluria ( ) Hemat ( ) Sedim ( )			No se comunica			Acepta transfusión sanguínea		
Usa pañal ( ) Catelet urinario ( )			Comunicación: Fluida ( ) Evasiva ( )			Comunica médico de guardia		
Intestinal: Normal ( ) Melena ( )			Dificultad comunica: Idioma ( )			Comunica médico de guardia		
Heces duras ( ) ausentes ( )			Afasia: SI ( ) NO ( )					
Heces líquidas SI ( ) NO ( )			Disartria ( ) Distonia ( ) Dislalia ( )					
Rectorragia ( ) Tenesmo ( )			Problemas visuales: _____					
Colostomia ( ) Ileostomia ( )			Problemas auditivos: _____					

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	M/T	N	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	M/T	N
1. Conocimiento deficiente r/c falta de información			11. Hipertermia r/c agente lesivo biológico		
2. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades r/c escasa ingesta y absorción de alimentos			12. Disminución gasto cardíaco r/c alter ritmo cardíaco / alteración precarga / postcarga circulatoria		
3. Deterioro de integridad cutánea r/c inmovilización y disminución de la fuerza muscular			13. Riesgo de glucemia inestable r/c conoc defc manejo diabetes		
4. Deterioro de la integridad tisular r/c disminución del flujo sanguíneo por obstrucción de las arterias/inmovilización			14. Riesgo deficit volumen líquidos r/c pérdida gastrointestinal		
5. Estreñimiento r/c inmovilidad/escasa ingesta líquidos y fibras			15. Riesgo de sangrado r/c agentes lesivos/ alt plaquetario		
6. Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de musc. resp/hiperventilación			16. Riesgo de infección r/c cateletes invasivos/ deterioro inmunológico		
7. Limpieza ineficaz vías aéreas r/c acum. secretes traqueobronquiales			17. Sufrimiento espiritual r/c cambio del entorno/soledad		
8. Dolor agudo r/c agente lesivo fisico/biológico			18. Exceso volumen de líquido r/c alteración mx reguladores		
9. Ansiedad r/c desconoc enferm/proced/amb hospitalario			19. Riesgo a traumatismo vascular r/c catelet venoso y carga farmacológica		
10. Riesgo de caída en adulto r/c alteración sensorial					



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



HOSPITAL GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESULTADO FINAL (NOC)		Indicadores/Ítem					RESULTADO FINAL (NOC)		Indicadores/Ítem					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Aceptación de la salud	Reconoce la salud					12. Efectividad de bomba cardíaca	Ritmo cardíaco							
2. Estado nutricional ingestión	Tolerancia a la dieta					13. Nivel de glucemia	Glucemia estable							
3. Integridad tisular piel mucosa	Hidratación/resistencia					14. Equilibrio hídrico	Mucosas húmedas							
4. Curación herida 2da intención	Secreción aérea					15. Control de sangrado	Presencia de sangrado							
5. Eliminación intestinal	Frecuencia deposiciones					16. Control de riesgo	Signos/síntomas infección							
6. Estado respirat ventilación	Frecuencia respiratoria					17. Esperanza	Crecencia en sí mismo							
7. Estado resp. parietal vía aérea	Ausencia de secreciones					18. Hidratación	Urgencia cutánea							
8. Nivel del dolor	Expresiones de dolor					19. Respuesta medicamento	Efectos adversos							
9. Nivel de ansiedad	Inquietud													
10. Prevención de caídas	Deambulación segura													
11. Termorregulación	Escalofríos/hipertermia													
Observaciones Diurnas						Observaciones Nocturnas								
FIRMA						FIRMA								
SELLO						SELLO								

Observaciones Diurnas: \_\_\_\_\_

Observaciones Nocturnas: \_\_\_\_\_

Escala Likert: 1 completamente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido, 5 no comprometido



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





4.8.7 Nota de evolución de enfermería servicio de medicina (formato 2)

**NOTAS DE EVOLUCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE MEDICINA**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ SEGURO: \_\_\_\_\_ H.C. N°: \_\_\_\_\_ N° DE CAMA: \_\_\_\_\_  
 ALERGIAS: \_\_\_\_\_ GRADO DE DEPENDENCIA: I  II  III  N

Antec. Patol.: DMT ( ) Asma ( ) ACV ( ) ICC ( ) NAC ( ) IRC ( ) TBC ( ) Otros: \_\_\_\_\_

DATOS SUBJETIVOS Diurno Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ DATOS SUBJETIVOS Nocturno Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Control de Signos Vitales		Temperatura	Presión Arterial	Pulso	Respiración	Saturación de Oxígeno
Mañana						
Tarde						
Noche						

VALORACIÓN	M	T	N	VALORACIÓN	M	T	N	VALORACIÓN	M	T	N
<b>PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD</b>				<b>PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO</b>				<b>PATRÓN AUTOPERCEPCION/AUTOCONCEPTO</b>			
Náuseas Si ( ) No ( )				Normal ( ) Disnea ( ) Polipnea ( )				Vergüenza de sí mismo			
Conoce enfermedad Si ( ) No ( )				Apnea ( ) Hiperventilación ( )				Rechazado ( ) Abandonado ( )			
Actuamiento Si ( ) No ( )				Cianosis ( ) Estertores ( ) Sibilancias ( )				Preocupac./cambio de imagen			
Colabora plan terapéutico Si ( ) No ( )				Roncus ( ) Crepitanas ( ) Estridor ( )				Verbaliza aceptación en sí mismo			
Alergias: _____				Presencia de tos Si ( ) No ( )				<b>PATRÓN ROL-RELACIONES</b>			
<b>PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>				<b>PATRÓN SUÑO-DESCANSO</b>				<b>PATRÓN VALORES-CREENCIAS</b>			
NPO ( ) NPT ( ) VO ( ) Tipo: _____				Sueño conservado ( ) Interrumpido ( )				Verbaliza confianza en Dios			
Aliment. Enteral: SNG/SOG/SNY				Uso de medicamentos: Si ( ) No ( )				Incapacidad para orar			
Tolera dieta porcentaje _____				<b>PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL</b>				No tiene esperanza			
Dificultad p. deglutir Si ( ) No ( )				Agitación psicomotriz Si ( ) No ( )				Sentimiento de abandono			
Piel: Hidratada ( ) Seca ( ) Ictérica ( )				Escala de glasgow: _____				Acepta transfusión sanguínea			
Pálida ( ) Fria ( ) Caliente ( )				No se comunica				Comunica médico de guardia			
Equimosis ( ) Hematoma ( ) Rubor ( )				Comunicación: Fluida ( ) Evasivo ( )				Comunica médico de guardia			
Abdomen ausculto				Dificultad comunica: Idioma ( )							
Wagner I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )				Afasia: Si ( ) No ( )							
Amputación: _____				Disartria ( ) Disfonia ( ) Distalía ( )							
Úlceras varicosas Si ( ) No ( )				Problemas visuales: _____							
Lesiones mucosa oral Si ( ) No ( )				Problemas auditivos: _____							
LPP I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )											
Localización: _____											
Edemas: _____											
Grado: 1(+) - 2(++) - 3(+++) - 4(++++)											
Cateéter alto flujo _____											
Cateéter venoso central _____											
Cateéter venoso/fecha _____											

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA				DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA			
	M	T	N		M	T	N
1. Conocimiento del cliente r/c falta de información				11. Hipertermia r/c agente lesivo biológico			
2. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades r/c escasa ingesta y absorción de alimentos				12. Disminución gasto cardíaco r/c alter. ritmo cardíaco / alteración precarga / postcarga circulatoria			
3. Deterioro de integridad cutánea r/c inmovilización y disminución de la fuerza muscular				13. Riesgo de glucemia inestable r/c conoc. deficiente manejo diabetes			
4. Deterioro de la integridad tisular r/c disminución del flujo sanguíneo por obstrucción de las arterias/inmovilización				14. Riesgo de déficit volumen líquidos r/c pérdida gástrico intestinal			
5. Estreñimiento r/c inmovilidad/escasa ingesta líquidos y fibras				15. Riesgo de sangrado r/c agentes lesivos/ alt plaquetario			
6. Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de musc resp/hiperventilación				16. Riesgo de infección r/c cateéteres invasivos/ deterioro inmunológico			
7. Limpieza ineficaz vías aéreas r/c acum. secrec traqueobronquiales				17. Sufrimiento espiritual r/c cambio del entorno/soledad			
8. Dolor agudo r/c agente lesivo físico/biológico				18. Exceso volumen de líquido r/c alteración mx reguladores			
9. Ansiedad r/c desconoc. enferm/proced/amb hospitalario				19. Riesgo a traumatismo vascular r/c cateéter venoso y carga farmacológica			
10. Riesgo de caída en adulto r/c alteración sensorial							



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



RESULTADO INICIAL (NOC)		Indicadores/likert					RESULTADO FINAL (NOC)		Indicadores/likert					
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 Aceptación de la salud	Reconoce la salud					12 Efectividad de bomba cardíaca	Ritmo cardíaco							
2 Estado nutricional ingestión	Tolerancia a la dieta					13 Nivel de glucemia	Glucemia estable							
3 Integridad bucal/piel mucosa	Hidratación/sensibilidad					14 Equilibrio hídrico	Mucosas húmedas							
4 Curación herida 2da intención	Secreción serosa					15 Control de sangrado	Presencia de sangrado							
5 Eliminación intestinal	Frecuencia deposiciones					16 Control de riesgo	Signos/sintomas infección							
6 Estado respirat ventilación	Frecuencia respiratoria					17 Esperanza	Creencia en sí mismo							
7 Estado resp permeab. vía aérea	Ausencia de secreciones					18 Hidratación	Turgencia cutánea							
8 Nivel del dolor	Expresiones de dolor					19 Respuesta medicamento	Efectos adversos							
9 Nivel de ansiedad	Inquietud													
10 Prevención de caídas	Deambulación segura													
11 Termorregulación	Escalofríos/piloerección													

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					M	T	N	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)					M	T	N
1 Enseñanza individual								12 Cuidados cardíacos							
2 Manejo de la nutrición								13 Manejo de la hipertensión							
3 Cuidado de la piel								14 Manejo de líquidos y electrolitos							
4 Curación de herida								15 Control de las hemorragias							
5 Manejo del sistema inmune								16 Control de infecciones							
6 Ayuda a la ventilación								17 Apoyos psicológicos							
7 Manejo de vías aéreas								18 Manejo de líquidos							
8 Manejo del dolor								19 Manejo de la medicación intravenosa							
9 Apoyo emocional															
10 Prevención de caídas															
11 Tratamiento de la fiebre															

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**


Presenta eventos adversos SI ( ) NO ( )

ACCIONES DE ENFERMERIA	M	T	N	ACCIONES DE ENFERMERIA	M	T	N	ACCIONES DE ENFERMERIA	M	T	N
Explicar proceso hospitalización				Evaluar efectividad de las nebulizaciones				Enseñar técnicas de relajación			
Realizar baño en cama				Fomentar ejercicios respiratorios				Monitorear el nivel de glucosa			
Aplicar cremas hidratantes/masajes				Mostrar y supervisar uso del espirómetro				Administrar hipoglucemiantes/inscripción			
Admin alimentación enteral/parenteral				Cuidados de la vía aérea: TET ( ) TRQ ( )				Mantener acceso endovenoso permeable			
Vigilar tolerancia de dieta				Enseñar técnicas de los				Hidratar al Pcte oral/parenteral según prescripción			
Realizar el BHE				Administrar analgésicos según prescripción				Canalizar vía periférica			
Mobilizar según requerimiento				Evaluar efectividad de analgésicos				Recanalizar la vía periférica			
Realizar curación de LPP				Colocar posición antiálgica				Insertar catéteres invasivos/SNG/SF			
Colocar dispositivo prevención LPP				Monitorear características del dolor				Aplicar protocolos de bioseguridad			
Mantener herida limpia/seca				Informar médico estado emocional del Paciente				Administrar tratamiento con los 10 correctos			
Mantener ropa cama limpia/seca				Monitorear estado de conciencia				Realizar reposición de fluidos/prescripción			
Instruir Paciente cuidados integral				Cuidar catéteres invasivos				Motivar la autoconfianza			
Instruir familia cuidados integral				Mantener bandanas elevadas de la cama				Animar a verbalizar sus sentimientos temor			
Colocar arco metálico				Monitorear la temperatura				Fomentar confianza en sus familiares			
Realizar cateterismo vesical/necesidad				Aplicar medios físicos				Motivar distracción lectura, música, tv			
Verificar la evacuación				Administrar antiépticos según prescripción				Brindar seguridad y tranquilidad			
Brindar dieta rica en fibras				Evaluar el efecto del antiéptico				Asegurar su confidencialidad			
Proporcionar líquidos claros				Monitorear la función cardíaca				Comunicar al médico en caso emergencia			
Administrar ablandadores deposic				Identificar signos de alarma de infección							
Identificar signos de alarma respiratoria				Enseñar ejercicios activos y pasivos							
Suministrar O2 según necesidad				Mantener en posición semiofwer							

RESULTADO FINAL (NOC)		Indicadores/likert					RESULTADO FINAL (NOC)		Indicadores/likert					
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 Aceptación de la salud	Reconoce la salud					12 Efectividad de bomba cardíaca	Ritmo cardíaco							
2 Estado nutricional ingestión	Tolerancia a la dieta					13 Nivel de glucemia	Glucemia estable							
3 Integridad bucal/piel mucosa	Hidratación/sensibilidad					14 Equilibrio hídrico	Mucosas húmedas							
4 Curación herida 2da intención	Secreción serosa					15 Control de sangrado	Presencia de sangrado							
5 Eliminación intestinal	Frecuencia deposiciones					16 Control de riesgo	Signos/sintomas infección							
6 Estado respirat ventilación	Frecuencia respiratoria					17 Esperanza	Creencia en sí mismo							
7 Estad resp permeab. vía aérea	Ausencia de secreciones					18 Hidratación	Turgencia cutánea							
8 Nivel del dolor	Expresiones de dolor					19 Respuesta medicamento	Efectos adversos							
9 Nivel de ansiedad	Inquietud													
10 Prevención de caídas	Deambulación segura													
11 Termorregulación	Escalofríos/piloerección													

Observaciones Diurnas:						Observaciones Nocturnas:					

FIRMA	FIRMA
SELLO	SELLO

Escala likert 1 completamente comprometido, 2 sustancialmente comprometido, 3 moderadamente comprometido, 4 levemente comprometido, 5 No comprometido



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





4.8.8 Nota de evolución de enfermería en el servicio de Pediatría

REGISTRO DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA - DPTO PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA FORMATO I

Datos generales: SERVICIO, H Clínica, SIS, DEMANDA, SOAT, F. de Ingreso, Nombre del paciente, Domicilio, F. de Nacimiento, Edad, Sexo, Grupo Sanguíneo, Diagnóstico Médico, peso, talla, Procedencia, SOP, Grado de Dependencia, Condiciones de ingreso, Viene con brazalete de identificación...

VALORACION SEGUN DOMINIOS APUNTES IMPORTANTES: Alérgico a NPO si/no

Table with columns: Turnos, Hora, \*Dia, Fecha, Hora, \*Dia, Fecha

Main assessment table with columns for M, T, N and rows for 1. PROMOCION DE SALUD, 2. NUTRICION, 3. Eliminación, 4. Actividad y reposo, 5. Precepción /cognición, 6. Autopercepción, 7. Rol Relaciones, 8. SEXUALIDAD, 9. AFRONTAMIENTO ENTI/TOLERANCIA, 10. Principios vitales, 11. Seguridad y protección, 12. Confort, 13. Crecimiento y desarrollo

DIAGNOSTICO table with columns M, T, N and rows of nursing diagnoses like 'Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud', 'Nutrición desequilibrada', etc.



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



00027	Volumen de líquidos deficiente r/c diarrea, vómitos, ingesta insuficiente de líquidos m/p ojos hundidos, piel seca			
00185	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c diarrea, disfunción renal			
00026	Exceso de volumen de líquidos r/c deterioro de la función renal, ingesta excesiva de líquidos o sodio M/p por edema			
00196	Mobilidad gastrointestinal disfuncional r/c trastorno gástrico m/p por presencia de ruidos gastrointestinales			
00013	Diarrea r/c proceso infeccioso, prácticas inadecuadas de higiene m/p + de 3 deposiciones líquidas			
00030	Intercambio de gases deteriorado r/c despeje ineficaz de vías respiratorias, patrón de respiración ineficaz e/p cianosis y saturación de oxígeno			
00032	Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de la ventilación alveolar evidenciado por ríeteo nasal, disnea, apnea otros			
00029	Disminución del gasto cardíaco r/c con deterioro cardiovascular m/p por bradicardia o taquicardia, disminución de la presión venosa			
00011	Estreñimiento r/c hábitos inadecuados, ingesta insuficiente de líquidos y/o fibra, conocimientos inadecuados			
00200	Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco r/c daño coronario o vascular.			
00201	Riesgo de perfusión tisular ineficaz del tejido cerebral r/c ...			
00061	Lesión del rol del cuidador r/c cumplimiento inadecuado, estresores, conocimientos inadecuados e/p temor, frustración, preocupación			
00104	Lactancia materna ineficaz r/c Técnica inadecuada, conocimientos inadecuados de los padres, producción insuficiente, inadecuado apoyo			
00004	Riesgo de infección r/c el sistema inmunológico inmaduro			
00039	Riesgo de aspiración r/c Acumulo de secreciones			
00031	Despeje ineficaz de las vías respiratorias r/c Acumulo de secreciones			
00046	Integridad de la piel deteriorada r/c excreciones, cumplimiento inadecuado de régimen de tto, disminución de actividad física			
00274	Riesgo de termorregulación ineficaz r/c deshidratación, inactividad, sepsis, trauma.			
00007	Hipertermia r/c Proceso infeccioso m/p Jc			
00132	Dolor agudo r/c inflamación de tejidos secundario a...			
00305	Riesgo de retraso en el desarrollo infantil r/c cuidado inapropiados			

**P PLANEAMIENTO:**

--	--

**I INTERVENCIONES (Las horas de los otros turnos se colocarán en el recuadro correspondiente)**

hora	ACTIVIDADES TURNO MAÑANA - TARDE	hora	ACTIVIDADES TURNO NOCHE
E			

	Hora	Firma y sello	Hora	Firma y Sello
M-T			N	



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





4.8.9 Nota de evolución de enfermería servicio de pediatría y neonatología Formato 2

REGISTRO DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA - DPTO PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA FORMATO 2

Datos generales: SERVICIO: H Clínica, Carrera: Carga, Edad:
Nombre del paciente: Diagnóstico Medico: peso: talla:

VALORACION SEGUN DOMINIOS APUNTES IMPORTANTES: Alérgico a NPO si ( ) no ( )

Table with 6 columns: Turnos, Hora, \* Dia, Fecha, Hora, \* Dia, Fecha

Main assessment table with columns for M, T, N and rows for 1. PROMOCION DE SALUD, 2. NUTRICION, 3. Eliminación, 4. Actividad y reposo, 5. Precepción /cognición, 6. Auto percepción, 7. Rol Relaciones, 8. SEXUALIDAD, 9. AFRONTAMIENTO ENTI/ TOLERANCIA, 10. Principios vitales, 11. Seguridad y protección, 12. Confort, 13. Crecimiento y desarrollo

DIAGNOSTICO table with columns M, T, N and rows for 00292 Comportamientos ineficaces de mantenimiento de la salud, 00002 Nutrición desequilibrada, 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico, 00270 Dinámica ineficaz de alimentación infantil, 00216 Producción insuficiente de leche materna, 00179 Riesgo del nivel de glucosa en sangre inestable, 00027 Volumen de líquidos deficiente, 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



00028	Exceso de volumen de líquidos r/c deterioro de la función renal, ingesta excesiva de líquidos a sueldo MIP por edema			
00108	Abilidad gastrointestinal disfuncional r/c trastorno gástrico mIP por presencia de ruidos gastrointestinales			
00013	Diarrea r/c proceso infeccioso, prácticas inadecuadas de higiene mIP + de 3 deposiciones líquidas			
00030	Intercambio de gases deteriorado r/c desapepe ineficaz de vías respiratorias, patrones de respiración ineficaz MIP, ansiedad y saturación de oxígeno			
00032	Flujo respiratorio ineficaz r/c disminución de la ventilación alveolar evidenciado por ruidos rales, sibilos, apnea otros			
00029	Disminución del gasto cardíaco r/c con deterioro cardiovascular mIP por bradicardia o taquicardia, disminución de la presión venosa			
00011	Estreñimiento r/c hábitos inadecuados, ingesta insuficiente de líquidos y/o fibra, conocimientos inadecuados			
00200	Riesgo de disminución de la perfusión del tejido cardíaco r/c daño coronario o vascular			
00201	Riesgo de perfusión tisular ineficaz del tejido cerebral r/c			
00061	Tensión del rol del cuidador r/c cumplimiento inadecuado, estresores, conocimientos inadecuados sin temor, frustración, preocupación			
00104	Lactancia materna ineficaz r/c Técnica inadecuada, conocimientos inadecuados de los padres, producción insuficiente, inadecuado apoyo			
00004	Riesgo de infección r/c el sistema inmunitario inmaduro			
00039	Riesgo de aspiración r/c Acumulación de secreciones			
00031	Despepe ineficaz de las vías respiratorias r/c Acumulación de secreciones			
00046	Integridad de la piel deteriorada r/c erupciones, cumplimiento inadecuado de régimen de cuido, disminución de actividad física			
00274	Riesgo de termorregulación ineficaz r/c deshidratación, inactividad, sepsis, trauma			
00007	Hipertermia r/c Proceso infeccioso mIP			
00132	Dolor agudo r/c inflamación de tejidos secundario a...			
00305	Riesgo de retraso en el desarrollo infantil r/c cuidado inapropiado			

**P** PLANEAMIENTO


**INTERVENCIONES (Las horas de los otros turnos se colocarán en el recuadro correspondiente)**

hora	ACTIVIDADES TURNO MANANA - TARDE	hora	ACTIVIDADES TURNO NOCHE
<b>I</b>			

<b>E</b>	Hora	Firma y sello	Hora	Firma y Sello
	M-T		N	



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





## 4.8.10 Nota de evolución de enfermería: Atención inmediata

## NOTAS DE ENFERMERIA: DEL RN EN ATENCION INMEDIATA

FORMATO 1

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ TURNO: MT/N FECHA: \_\_\_\_\_ N° CAMA: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ SEGURO: SIS ( ) ESSALUD ( ) DEMANDA ( ) H.C. N° \_\_\_\_\_

ALERGIAS A MEDICAMENTO: (SI) (NO) Especificar \_\_\_\_\_ GRADO DE DEPENDENCIA: I, II, III, IV.

S: DATOS SUBJETIVOS VALORACION DE ENFERMERIA					
Maniobras durante el parto: Kristeller ( ) Circular cordón ( ) Otros: PROF. ATENDIO EL PARTO:					
Fecha y Hora nacimiento		Apgar: 1' ( ) 5' ( ) EG:		T° de pinzamiento tardío: 1' ( ) 3' ( ) 5' ( )	
T° de contacto precoz: 15' ( ) 20' ( ) 60' ( )		LM 1° b <sub>g</sub> Vida: (si) (no) Observ.:			
O: DATOS OBJETIVOS: VALORACION DEL RN					
Somatometría	Peso	Talla:	PC	PT	PABD:
Examen Físico:					
Signos vitales: T°		FC:	FR:	PA:	SPO2
Piel: Rosado: ( )		Acrocianosis: ( )	Cianótico: ( )	Pálido: ( )	otros:
Cabeza:					
Fontanela: Normo tensa ( ) Hundido: ( ) Abombada: ( ) Otros:					
Suturas: Moldeadas: ( ) Amplias: ( ) Cabalgamiento: ( ) Caput succedáneo: ( ) Cefalohematoma: ( )					
Orejas: Simetría: ( )		Asimetría: ( )		Implantación: Ubicación:	
Nariz: Permeabilidad coanas: ( )		Otros:			
Boca: Normal: ( )		Paladar hendido: ( )		Labio leporino: ( ) Otros:	
Cuello: Cilíndrico y Móvil ( ) Torticólis: ( ) Otros:					
Tórax: Simetría: ( )		Asimetría: ( )		SILVERMAN: ( ) AN QR TI RE DTA	
Mamilas: Secreción ( )		Clavícula: Fractura ( )		Permeabilidad: Esófago ( )	
Abdomen:					
Cordón Umbilical: Arteria ( ) Vena: ( )					
Características del Abdomen: Blando ( ) Globuloso ( ) Depresible ( ) otros					
Genito:					
Urinario:		Observación			
Permeabilidad Ansl: ( )		Otros			
Eliminación: Orina ( )		Meconio: ( )		Otros:	
Columna Vertebral:		Simetría de Vertebrae ( )		Asimetría de vertebrae ( ) Otros	
Extremidades:		Simetría: ( )		Asimetría: ( ) Normal: ( )	
Tono Muscular:		Normal: ( )		Hipotónico: ( ) Hipertónico: ( ) Otros:	
Cadera: Abducción Total: ( )		Ortolani: ( )		Barlow: ( )	
Valoración Neurológica:					
Llanto: Voceroso ( )		Débil ( )		Irritable: ( )	
Reflejo de Búsqueda: ( )		Reflejo presión plantar: ( )		Reflejo de Succión: ( ) Reflejo de Moro: ( )	
Reflejo de deglución: ( )		Reflejo de Marcha automática: ( ) Reflejo presión palmar: ( )			
Observaciones:					
A: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:					
00031	Despeje ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/P Líquido amniótico, secreción excesiva				
00005	Riesgo de desequilibrio de la T° corporal R/C cambios ambiente térmico neutral, deshidratación, alteración metabólica				
00029	Disminución del gasto Cardíaco R/C deterioro cardiovascular, distocias de parto, trabajo de parto prolongado E/P Bradicardia o Taquicardia, disminución de la presión venosa.				
00039	Riesgo de Aspiración R/C acúmulo de secreción excesiva en cavidad oro faringe.				
00032	Patrón respiratorio Ineficaz R/C Disminución de la ventilación alveolar E/P aleteo nasal, disnea, apnea otros				
00030	Intercambio de gases deteriorado R/C disminución de la ventilación perfusión, al cambio de la membrana alveolo Capilar E/P Distrés respiratorio, alteración de la saturación de oxígeno, cianosis.				
00179	Riesgo del nivel de glucosa en sangre inestable R/C Trastorno metabólico secundario a madre diabética, macrosomía Fetal, RN PEG, Prematuro.				
00201	Riesgo de perfusión tisular ineficaz del tejido cerebral R/C con inadecuado transporte de oxígeno secundario a anemia, hipoxia, asfonia al nacer.				
00104	Lactancia materna ineficaz R/C Técnica inadecuada, conocimientos inadecuados de los padres, producción insuficiente, inadecuado apoyo				
00216	Producción insuficiente de leche materna r/c succión ineficaz, enganche ineficaz, insuficiente tiempo de succión,				
00274	Riesgo de termorregulación ineficaz r/c deshidratación, cambios de T°, inactividad, vestimenta inapropiada, trauma				
00106	Lactancia materna eficaz R/C autoconfianza de la madre, conocimientos adecuados, RN mayor de 34 ss.				



Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas







4.8.11 Nota de evolución de enfermería Alojamiento conjunto

NOTAS DE ENFERMERIA: DEL RN EN ALOJAMIENTO CONJUNTO

FORMATO 2

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ TURNO: MT/N EECH N° CAMA: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ SEGURO: SIS (  ) ESSALUD (  ) DEMANDA (  ) H.C. N° \_\_\_\_\_

ALERGIAS A MEDICAMENTO: (SI) (NO) Especificar \_\_\_\_\_ GRADO DE DEPENDENCIA: I, II, III, IV.

S: DATOS SUBJETIVOS: VALORACION DE ENFERMERIA	
MT	N
O: DATOS OBJETIVOS: VALORACION DEL RN	
Somatometría: Peso	
Examen Físico:	
Piel: Rosado: ( ) Acrocianosis: ( ) Cianótico: ( ) Pálido: ( ) otros:	
Cabeza:	
Fontanela: Normo tensa ( ) Hundido: ( ) Abombada: ( ) Otros:	
Suturas: Moldeados: ( ) Amplios: ( ) Cabalgamiento: ( ) Caput succedáneo: ( ) Cefalohematoma: ( )	
Orejas: Simetría: ( ) Asimetría: ( ) Implantación: Ubicación:	
Nariz: Permeabilidad coanas: ( ) Otros:	
Boca: Normal: ( ) Paladar hendido: ( ) Labio leporino: ( ) Otros:	
Cuello: Cilíndrico y Móvil ( ) Torticolis: ( ) Otros:	
Tórax: Simetría: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Asimetría: ( ) SILVERMAN: ( ) AN QR TI RE DTA	
Mamilas: Secreción ( ) Clavícula: Fractura ( ) Permeabilidad: Esófago ( )	
Abdomen:	
Cordón Umbilical: Arteria ( ) Vena: ( )	
Características del Abdomen: Blando ( ) Globuloso ( ) Depresible ( ) otros	
Genito: Urinario: Observación	
Permeabilidad Anal: ( ) Otros	
Eliminación: Orina ( ) Meconio: ( ) Otros:	
Columna Vertebral: Simetría de Vertebrae ( ) Asimetría de vertebrae ( ) Otros	
Extremidades: Simetría: ( ) Asimetría: ( ) Normal: ( ) Polidactilia: ( ) Sindactilia: ( )	
Tono Muscular: Normal: ( ) Hipotónico: ( ) Hipertónico: ( ) Otros:	
Cadera: Abducción Total: ( ) Ortolani: ( ) Barlow: ( )	
Valoración Neurológica:	
Llanto: Vigoroso ( ) Débil ( ) Irritable: ( )	
Reflejo de Búsqueda: ( ) Reflejo presión plantar: ( ) Reflejo de Succión: ( ) Reflejo de Moro: ( )	
Reflejo de deglución: ( ) Reflejo de Marcha automática: ( ) Reflejo presión palmar: ( )	
Observaciones:	
A: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:	
00031	Despeje ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones E/P Líquido amniótico, secreción excesiva
00005	Riesgo de desequilibrio de la T° corporal R/C cambios ambiente térmico neutral, deshidratación, alteración metabólica
00029	Disminución del gasto Cardíaco R/C deterioro cardiovascular, distocias de parto, trabajo de parto prolongado E/P Bradicardia o Taquicardia, disminución de la presión venosa
00039	Riesgo de Aspiración R/C acumulo de secreción excesiva en cavidad oro faringe.
00032	Patrón respiratorio Ineficaz R/C Disminución de la ventilación alveolar E/P sleteo nasal, disnea, apnea, otros
00030	Intercambio de gases deteriorado R/C disminución de la ventilo perfusión, al cambio de la membrana alveolo Capilar E/P Distrés respiratorio, alteración de la saturación de oxígeno, cianosis.
00179	Riesgo del nivel de glucosa en sangre inestable R/C Trastorno metabólico secundario a madre diabética, macrosomía Fetal, RN PEG, Prematuro.
00201	Riesgo de perfusión tisular ineficaz del tejido cerebral R/C <del>CCG</del> inadecuado transporte de oxígeno secundario a anemia, hipoxia, asfóxis al nacer.
00104	Lactancia materna ineficaz R/C Técnica inadecuada, conocimientos inadecuados de los padres, producción insuficiente, inadecuado apoyo
00218	Producción insuficiente de leche materna r/c succión ineficaz, enganche ineficaz, insuficiente tiempo de succión.
00274	Riesgo de temoregulación ineficaz r/c deshidratación, cambios de T°, inactividad, vestimenta inapropiada, trauma.
00106	Lactancia materna eficaz R/C autoconfianza de la madre, conocimientos adecuados, RN mayor de 34 ss.
00230	Riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal R/C Incompatibilidad de GS/ factor Rh, prematuridad, mal patrón alimentario.
00047	Riesgo de deterioro de la integridad de la piel R/C presencia de cordón umbilical
00057	Riesgo de deterioro parental R/C desconocimientos, separación de la madre al nacer, problema social o psicológico.
P: PLANEAMIENTO	



Nota de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







4.8.11 Nota de evolución de enfermería Servicio NEO UCI – Intermedios Neonatales

ANOTACIONES DE ENFERMERIA SERVICIO – NEO UCI – INTERMEDIOS NEONATALES

EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ PER. CEP: \_\_\_\_\_ SIS: \_\_\_\_\_  
 APGAR: 1:  5:  10:  SEXO: M  F  EDAD: \_\_\_\_\_ EVENTO ADVERSO: (SI) (NO) \_\_\_\_\_  
 F. NAC: \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_ GRADO DE COMPLEJIDAD: \_\_\_\_\_ PESO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
 PESO DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EVALUACION: \_\_\_\_\_ HORA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

**RIESGO DE CARA MACROMS**  
 ALTO RIESGO   
 MEDIANO RIESGO   
 BAJO RIESGO

**RIESGO DE UPP**  
 RIESGO ALTO (1-17)   
 RIESGO MEDIANO (18-19)   
 RIESGO BAJO (20-30)

DX. MEDICO: \_\_\_\_\_

VALORACION:	HORARIO											
	8	10	12	2	4	6	8	10	12	2	4	6
<b>A.- ESTADO GENERAL/ FUNCIONES BIOLÓGICAS</b>												
ACTIVIDAD												
REACTIVIDAD												
PIEL												
FONANFIA (FAP) (FAN) (FAA)												
CAPUT - CEFALO-EMATOMA												
LLENADO CAPILAR												
T. SILVERMAN ANDERSON												
TIRAJE INTERCOSTAL												
RETRACCION XIFOIDEA												
DSBALANCE TORACICO												
ALITENOVA:												
QUEJIDO												
TORAX												
LATIDO CARDIACO												
ARDOR												
PERIMETRO ABDOMINAL												
CORCON UMBILICAL												
GENITALES												
ANO PERMEABLE INTERSCADO												
MIEMBROS SUPERIORES												
MIEMBROS INFERIORES												
TONO Y ESFUERZO MUSCULAR												
<b>C.- VIAS INVASIVAS</b>												
S.O.G												
VIA PERIFERICA												
CATER PERCUTANEO ( )												
CATER UMB. VENOSO ( )												
CATER UMB. ARTERIAL ( )												
CATER VESICAL												
DRENAJE TORACICO												
<b>D.- SOPORTE VENTILATORIO:</b>												
FASE VENTILATORIA												
MOD VENTILATORIO												
PRESIO MAXIMA												
PRESIO MINIMA												
FECUENCIA												
FI O2												
FLUJO DE OXIGENO												
SATURACION DE O2												
DÍAS DE VENTILACION												
INCUBADORA SERVOCUNA												
CUNA												
FOTOTERAPIA												
HGT												
<b>E.- NUTRICIONAL</b>												
NPD												
IMI												
LACTANCIA MIXTA												
SDS												

00002	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: menos que los requisitos corporales R/C producción insuficiente de leche materna
00104	Lactancia Materna Ineficaz R/C respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante asociada a bebe prematuro
00105	interrupción de la lactancia Materna R/C hospitalización del niño n/p lactancia materna no exclusiva.

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_ N° CUNA \_\_\_\_\_



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







4.8.12 Nota de evolución de enfermería en Centro Quirúrgico

NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

Formulario de datos personales: APELLIDOS Y NOMBRES, EDAD, SEXO, TIPO Y N° SEGURO, NCL, SERVICIO, N° DE CARRA, ALEJAS, NO, SI, ESPECIFICAR, GRADO DE DEPENDENCIA, A, II, IV, PRESENCIA DE LPP, NO, SI, ESPECIFICAR, ESCALA DE DOWNTON, BAJO RIESGO, MEDIANO RIESGO, ALTO RIESGO, FLEBITIS, NO, SI, ESPECIFICAR, EFECTOS ADVERSOS, NO, SI, ESPECIFICAR.

Table with columns: VALORACIÓN POR DOMINIOS, DATOS SUBJETIVOS (M), DATOS SUBJETIVOS (N), DOMINIOS, MT, N. Rows include: NPO, NPT/NE, APETITO NORMAL, TOLERANCIA ORAL, NÁUSEAS, VÓMITO, SNG, ABDOMEN, RHA, RESIDUO GÁSTRICO, PIEL Y MUCOSAS, EDEMA, SISTEMA URINARIO, SISTEMA GASTROINTESTINAL, SISTEMA RESPIRATORIO, REPOSO Y SUEÑO, CAPACIDAD AUTO CUIDADO.

- A 00032 Partón de respiración ineficaz relacionado con la difusión neuromuscular por anestesia, dolor y ansiedad.
00132 Dolor agudo relacionado con lesión y/o procedimiento quirúrgico.
00027 Volumen de líquidos deficiente relacionado con pérdida de volumen sanguíneo.
00008 Termorregulación ineficaz relacionado a la exposición de ambiente frío durante el periodo Intraoperatorio.
00146 Ansiedad relacionado a amenaza de cambio en el estado de salud y entorno familiar.
00016 Eliminación urinaria alterada relacionado con actividad disminuida, temor al dolor durante el post-operatorio.
00085 Movilidad física deteriorada relacionada con efectos de la anestesia, menor tolerancia a la actividad y dolor.
00004 Riesgo de infección relacionado con incisión quirúrgica, procedimiento invasivo, procedimiento quirúrgico.
00134 Náusea relacionada a anestesia, fármacos o irritación gastro intestinal.



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







4.8.13 Nota de evolución de enfermería en Ginecología

NOTAS DE EVOLUCION DE ENFERMERIA - SERVICIO DE GINECOLOGIA													
APELLIDOS Y NOMBRES							FECHA DE INGRESO						
EDAD	PESO	SEXO	PESO	N° HCL			N° CAMA						
ALERGIAS NO ( ) SI ( ) especificar:							G° DEFEND. I II III IV						
VALORACION POR RESPUESTAS HUMANAS													
DATOS SUBJETIVOS (M/N)					DATOS SUBJETIVOS (N)								
PATRON RESPIRATORIO			M	T	N	PATRON DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCION			M	T	N		
Normal ( )						Mamas							
Alterado ( )						Blandas( )Turgentes( )							
Disnea Al ejercicio ( ) En reposo ( )						Secretantes( ) No secretantes ( )							
Se cansa con facilidad SI ( ) NO ( )						Pezones							
Tos SI ( ) NO ( )						Formados( )Planos( )Invertidos( )Agrietados( )							
Seca ( ) Productiva ( )						Vendaje de Mamas SI( ) NO( )							
O2 SI ( ) NO ( )						Presencia de masa ( ) Tumor( )							
CBN _____ L/min Otros						FUR							
PATRON NUTRICIONAL/METABOLICO						Utero							
DC ( ) DB ( ) DLA ( ) NPO ( )						Gravido ( ) No Gravido ( )							
Apetito Conservado( ) Disminuido( ) Aumentado( )						Endometritis ( ) Endometriosis ( )							
Nauseosa( ) Sialorrea( ) Vomitos( )						Hiperplasia( ) Prolapso( ) MM ( )							
Piel Normal( ) Palidez( ) Ictericia( ) Ruborosa( )						Parto: Distocico ( ) Eutocico ( )							
Cianotica( ) Diaforesis( )						Inmediato ( ) Mediato ( )							
Tibia( ) Caliente( ) Fria( )						Contraido ( ) No Contraido ( )							
Turgencia Conservada( ) Aumentada( ) Disminuida( )						Involucion Uterina							
Hidratada( ) Deshidratada( )						Sobre cicatriz umbilical							
Abdomen Blando/Depresible( ) Distendido( ) Doloroso( )						Nivel de cicatriz umbilical							
RHA Presentes( ) Disminuidos( ) Aumentados( )						Debajo de cicatriz umbilical							
Ausentes( )						Vaginal							
Herida						Secrecion Vaginal: SI( ) NO( )							
						Ubicación				Claro( ) Blanco( ) Amarillo( ) Verde( ) Maloliente( )			
						Con Aposito: SI( ) NO( )				Sangrado Vaginal: SI( ) NO( )			
						Limpio/Seco( ) Humedo( ) Manchado( )				Loquios:			
						Libre: Con Flogosis( ) Sin Flogosis( )				Hemático( ) Serohemático( ) Marrón( ) Blanco( )			
						Bordes: Equimóticos( ) Empastados( )				Genitales			
Edema						Normal( ) Edema( ) hematoma( ) Condiloma( )							
						SI ( ) NO( ) +( ) ++( ) +++( )				Otros			
						PATRON PERCEPTIVO COGNITIVO							
Cateter Venoso/fecha						Sensorio Perceptual							
Cateter Venoso Central/fecha						Dificultad: Ver( ) Oír( ) Ninguno( ) Otros							
PATRON DE LA EJMINACION						Utiliza: Audifonos( ) Gafas( ) Ninguno( ) Otros( )							
Urinaria						Dolor							
Micción espontanea ( ) Incontinencia urinaria ( )						SI ( ) NO( ) Agudo ( ) Cronico( I )							
Tenesmo urinario( ) Disuria ( )						Localización:							
Volumen: Normal( ) Poliuria( ) Oliguria( ) Anuria( )						Intensidad: 1/10 EVA: /							
Aspecto: Transparente( ) Amarillo Claro( ) Ambar( )						Estado de conciencia							
Colorica( ) Hematurica( ) Café( )						Comunicativa( ) Poco comunicativa( ) Orientada( )							
Heces						Confusa( ) Somnolienta( ) Agitada( )							
Ultima Deposición: Fecha						Escala de Glasgow: /15							
Normal ( ) Liquida( ) Estreñida ( )						PATRON AUTO PERCEPCION/AUTOCONCEPTO							
Veces/día:						Tranquila( ) Ansiosa( ) Negativa( ) Temerosa( )							
Laxante( ) Enema( )						Irritable( ) Agresiva( ) Indiferente( ) Depresiva( )							
PATRON ACTIVIDAD - EJERCICIO						Otros:							
Normal ( ) Alterado ( )						PATRON DE DESCANSO-SUEÑO							
Hipertension( ) Hipotension( )						Conciliador							
Bradicardia ( ) Taquicardia ( )						Sueño Diurno							
Reposo Absoluto ( ) Reposo Relativo( )						Insomnio							
Independiente( ) Parcialmente Dependiente( )						Uso de Medicamentos							
Totalmente Dependiente ( )						Otros							
Movilización en cama													
Ambulacion: Va al baño( ) Se baña( )													
Toma alimentos													
Se viste													
Grado de dependencia: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )													
Riesgo de Caída: Alto( ) Mediano( ) Bajo ( )													
Movilización de Miembros:													
Conservado ( ) Disminuido ( )													



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







4.8.14 Nota de evolución de enfermería en Emergencias y Cuidados Críticos

NOTAS DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: ..... SEXO: ..... FECHA DE HOY: ..... FECHA DE ING.: .....  
 PESO: ..... SEGURO: ..... N° HIST. CLIN.: ..... HORA: .....  
 ALERGIAS: ..... GRADO DE DEPENDENCIA: I II III IV N° DE CAMA: .....

DATOS SUBJETIVOS: (M)		DATOS SUBJETIVOS: (N)		DOMINIOS	
MT	N	MT	N	MT	N
DOMINIO II NUTRICION		DOMINIOS		DOMINIOS	
NPO		MOV.	Sin déficit motor	DOMINIO IX AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS	
NPT/NE		MMII	Parcial en	Tranquilidad / aceptación	
APETITO NORMAL		MMSS.	Plaja en	Negación / ira / depresión / pánico	
TOLERANCIA ORAL		TONO	Conservado	Aneidad / Temor, por .....	
NAUSEAS		MUSC.	Disminuido		
VOMITO caract.			Ritmo cardíaco		
SNG			Marcapaso SI ( ) NO ( )	DOMINIO X PRINCIPIOS VITALES	
SNG a gravedad caract.			Soplo	Religion: Católico ( ) Adventista ( ) Evangélico ( )	
ABDOMEN	Blando / depresible	ACTV. CARDIO VASCULAR	Llenado capilar: ..... seg	Testigo de Jehova ( ) Otro .....	
	Distendido / globuloso		Pulsos periféricos: MSD ( ) MSI ( )		
	Doloroso		MID ( ) MII ( )		
	Pernicio abdominal		Distensión yugular		
Presentes	Varices				
Disminuidos	Flujo urinario / aprox.				
Aumentados	Use inotrópicos				
Ausentes	Use vasodilatadores				
RESID. GAST.	No		Use antiarrítmicos		
SI caract:			Apoyo ventilatorio		
PIEL Y MUCOSA	Hidratadas	Sist. Oxig.			
	Secas	FI02			
EDEMA	No	V.M.L			
	SI (+)(++)(+++)	V.M. no invasiva			
	donde .....	Coment.			
DOMINIO III ELIMINACION E INTERCAMBIO		ESTADO CONSCIENCIA		TOS: Ineficaz / Eficaz	
SISTEMA URINARIO	Sonda tley / colector ur.	Glasgow		Aumento de Secreciones	
	Espontáneo	AO ( ) RV ( ) RM ( )		SI	
	Incontinencia	Richmond		NO	
	Retención	Isocóricas		Caract. ....	
	Oliguria	Anisocóricas		Cant. ....	
SISTEMA GASTRO. INT.	Poluria	Miócicas		Riesgo de aspiración	
	Caract. orina .....	Midríacas		Intacto	
	Color .....	Tamaño: DI= ..... / .....		Hematoma	
	Deposición normal	Ausentes		Equimosis	
	Depos. Líq. Frec.	Rigidez de nuca		Lesión por vanopunción en .....	
SISTEMA RESPIRAT.	Estreñimiento ..... días	Babinsky			
	Caract. Depos. ....	Convulsión			
	..... ostomia	Tipo .....			
	Tipo respir. regular	Alerta/Consciente/Estupor/Coma		Riesgo de autolesión	
	Disnea/Polipnea/Taquipnea/Apnea	Orientado: T ( ) E ( ) P ( )		Historia de intentos previos	
CAPAC. AUTO CUIDADO	Canosis: SI ( ) NO ( )	Lenguaje adecuado / ideas delirantes		Verbalización de intenciones	
	Saturc. O2	Alteración memoria: corto / largo plazo		Contención mecánica	
	Drenaje Pleural	Déficit para: verbalizar/comunicarse		Denición completa: SI ( ) NO ( )	
	Seroso	Hablar: Alesia / Disartria / TQ / otro idioma		Normotermia	
	Serohemático			Hipotermia	
Hemático			Hipertermia		
Tos productiva	DOMINIO V PERCEPCION Y COGNICION		DOMINIO XII CONFORT		
Caract. secreciones	Auresima conservada		DOLOR		
DOMINIO IV ACTIVIDAD Y REPOSO		Auresima disminuida		Agudo	
REPOSO Y SUEÑO	Conservado	DOMINIO VII ROL RELACIONES		en .....	
	Parcial	Fuente de apoyo: familia		Crónico	
	Insomnio	Amigos / otros		DOLOR: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10/10	
CAPAC. AUTO CUIDADO	Dependiente	Abandono		NAUSEAS	
	Parcialmente independ.	DOMINIO VIII SEXUALIDAD		SI	
	Independiente	Toma anticonceptivos		NO	
	Inmovilizado	Menstruación		DOMINIO XIII CRECIMIENTO Y DESARROLLO *	
				Apalá en las actividades	
				Disminución de habilidades	
				Pérdida de peso	



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







4.8.15 Notas de evolucion de enfermería en cuidados críticos

HOJA DE ANOTACIONES DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_
Nº DE CAMA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TIPO Y Nº SEGURO: \_\_\_\_\_ H.C. Nº \_\_\_\_\_
ALERGIAS: \_\_\_\_\_ GRADO DE DEPENDENCIA: I II III IV

VALORACION POR DOMINIOS:

Table with columns for DATOS SUBJETIVOS (M), DATOS SUBJETIVOS (N), and DOMINIOS (I-IV). It includes sub-sections for Nutrición, Actividad cardiovascular, Respiratoria, Percepción/Cognición, Rol relaciones, and Sexualidad.

Colocar en círculo el dato valorado o check (✓) según corresponda



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



DE CUIDADOS CRITICOS GENERALES E INTERMEDIOS

ANOTACIONES DE ENFERMERIA (viene del envase)

MAÑANA/ TARDE		NOCHE											
A	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA											
P	NOC O RESULTADOS ESPERADOS	NOC O RESULTADOS ESPERADOS											
I	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	HORARIO											
				EVENTOS ADVERSOS Y/O OCURRENCIAS									
E	EVALUACION - INDICADORES NOC						EVALUACION - INDICADORES NOC						
FIRMA Y SELLO			M	T	N								



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





Lado 2 del formato de uci

HOJA DE MONITORIZACION DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD

N° de Carne:  Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ P. Ideal: \_\_\_ P. Actual: \_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_ B.H. Día Anterior: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: \_\_\_\_\_ B.H. Acumulado: \_\_\_\_\_

HORAS		8	9	10	11	12	13	6 Hrs	14	15	16	17	18	19	6 Hrs
SIGNOS VITALES	FC	PA													
	150	250													
	140	200													
	130	150													
	120	100													
	110	50													
	100	0													
	90	40													
	80	39													
	70	38													
	60	37													
	50	36													
F. R. (BASAL 20x)															
SAT. DE OXIGENO															
P. ART. MEDIA (PAM)															
RITMO CARDIACO															
GLASGO/ RASS															
PUPILAS D/I															
PVC															
BALANCE HIDRICO	INGRESOS														
	VO-SNG-ENTERAL														
	GLUCOSADOS														
	SALINO														
	RETOS														
	MEDICINAS														
	AGUA OXIDACION 5 KG														
	TOTAL														
	EGRESOS														
	VOMITO														
RESIDUO GASTRICO															
SEC BRONQUIAL															
DRENAJE															
ORINA															
DEPOSICION															
P. INSENSIBLE 12 Wg															
TOTAL															
MONITOREO RESPIRATORIO	HORA														
	TIPO RESPIRADOR														
	MODALIDAD														
	Fi O <sub>2</sub>														
	FR/Fr														
	VTP/VTE														
	V. MINUTO														
	FLLJO														
	PRESION PICO														
	PEEP/CPAP														
PRESION SOPORTE															
TET/ TD AJUPLA															
ASNCIONIA Y.M.															
		AGA/ELECTROLITOS													
		Pa O <sub>2</sub>													
		Pa CO <sub>2</sub>													
		pH													
		HCO <sub>3</sub>													
		EB													
		Na													
		K													
		Cl													
		Hb/Hto													
		Urea / Creatinina													
		TTP / TP / Plaquetas													
		Lactato													



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







4.8.16 Nota de evolución de enfermería en Consultorios externos

NOTAS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CONSULTORIOS EXTERNOS

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE ING.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ GRUPO Y FACTOR: \_\_\_\_\_ H.C.I. N° \_\_\_\_\_ HORA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SEGURO. (PARTICULAR) (SIS) (SOAT) N° \_\_\_\_\_ ALERGIAS: SI ( ) NO ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

DX. DE ENFERMERIA: \_\_\_\_\_

GRADO DE DEPENDENCIA: I II

VALORACIÓN POR DOMINIOS

DATOS SUBJETIVOS. (MT)					
DOMINIO I. PROMOCION DE LA SALUD ¿QUE SABE SOBRE SU ENFERMEDAD?					
DOMINIO II NUTRICION		MT	DOMINIO IV: ACTIVIDAD Y PROCESO		MT
Conoce que debe estar en NPO para entrar a SOP		SI ( ) NO ( )	Mov. MM. II. MM. SS.	Sin déficit motor Paresia en Plegia en Llenado capilar ____ seg.	Tranquilidad / aceptación Negación / ira / depresión / impacto Ansiedad / Terror por Riesgo Sonda FOLEY / TALLA VES de rol.
Incontinencia			Act. Cardiovascular	Palidez Cianosis SI ( ) NO ( )	RIESGO DE CAIDAS
Retención			Act. Respiratoria	Fio2:	Integridad cutánea Intacta Riesgo de UPP
Sistema Gastroint.		Deseos. Lic. Efec. Esterimiento ____ días	DOMINIO V PERCEPCIÓN / COGNICIÓN		PCTE CUENTA CON BRAZALETE DE IDENTIFICACION
Respiración Regular: FR: 'x' SatO2			Orientado: T ( ) E ( ) P ( ) Lenguaje adecuado Hablar: afasia disartria: otro idioma		Temperatura Actual
DOMINIO IV: ACTIVIDAD Y REPOSO			DOMINIO VI AUTOPERCEPCION		Dolor: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10/10 Cefalea: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10/10
Reposo y Sueño		Poca Insomnio Dependiente	Autoestima conservada Autoestima disminuida		Nauseas SI ( ) NO ( )
Capac. Autocuidado		Parcialmente independiente. Independiente Inmovilizado	Fuente de apoyo: familia Amigos / otros Abandono		DOMINIO XIII CREC. Y DESARROLLO Apatía en las actividades Disminución de habilidades Pérdida de peso

FORMATOS Y REQUISITOS EN HISTORIA CLINICA			
	SI	NO	OBSERVACION
Orden De Hospitalización			
Solicitud de Sop			
Cons. Informado			
Cons. Informado Anestesiología			
Riesgo Cardiológico + Ekg			
Riesgo Neurológico			
Ecografía			
Rayos X			
Exámenes Auxiliares (Pre Quirúrgico Completo)			
Brazalete De Identificación			
Via Periférica			
Acude con Uñas Despuntadas			
Lleva Enema			
FIRMA Y SELLO DE ENF QUE ENTREGA	FIRMA Y SELLO DE ENF QUE RECIBE		



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas







## 4.9 BIBLIOGRAFÍA

- 1) Hernanz, G. Estudios sobre la cumplimentación de los Registros de Enfermería. Medicina Interna Hospital Universitario Gregorio Marañón. 2022
- 2) COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. (2015). "Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero". N° 366-15 CN/CEP Lima - Perú. 2015 p. 65
- 3) CUYA C. (2020) "Calidad de los Registros de Evolución de enfermería del Servicio de Neurocirugía del Hospital Base Carlos Alberto Segura Escobedo, Arequipa 2019". Universidad Católica Santa María; 2020
- 4) Lineamiento Notas de enfermería (cosp.gob.ec)  
<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/05/registros-y-notas-de-enfermeria/>
- 5) Descubre Notas de Enfermería Ejemplo: Guía y Consejos prácticos (palabrasperfectas.com)
- 6) COMO REALIZAR UNA GUIA DE NOTAS DE ENFERMERIA - Búsqueda (bing.com)  
<https://idoc.pub/documents/guia-para-elaboracion-de-la-nota-de-enfermeria-6nq80p9koqnw>
- 7) Diagnósticos Nanda (2024) Diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC 2024 2026. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/>
- 8) Herdman H., Kamitsuru S. & Nanda Internacional (2021) NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. (12ª Edición). Editorial Elsevier.
- 9) Melo P, Geremias H, RoDr. ..íguez J, Alibio B. (2020) Contacto piel a piel y lactancia de recién nacidos en un Hospital universitario. Rev Gaúcha Enferm ;41. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472020000200417&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472020000200417&tlng=en)
- 10) Ministerio de salud. (2015) Norma Técnica de Salud para la atención Integral de salud Neonatal. [Internet]. Lima. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
- 11) Pereira J, Pereira F, Almeida A, Gonçalves A, Santos D, Olivera P. (2019) Factores asociados a la lactancia en la primera hora de vida. Texto de contexto-enferm. 27(4). Disponible en: <https://n9.cl/ie5jk>
- 12) Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal R.M. N° 828 – 2013/MINSA
- 13) Neofax 2020 26 nov.2020 7. Guía de procedimiento para la realización de la calostro terapia en recién nacidos Hospitalizados. Banco de leche humana-INMP-2021
- 14) Menéndez García X, Álvarez García N, García RoDr. ..íguez MJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos-
- 15) Castro, M. at col. 2019. Guía de cuidados del recién Nacido en Internación Conjunta. 1ra Edición. Neuquén. Argentina.
- 16) Alberto Veramendi, V. S. (2015). Calidad de los registros de enfermería del paciente de prioridad I del servicio de emergencia en el Hospital Víctor Ramos Guardia durante el primer semestre del año 2015. proyecto, Universidad Autónoma de Ica.
- 17) Silvia García Ramírez, Ana María Navio Marcos, Laura Valentin Morganizo. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación, n° 28, Mayo-Junio 2007.
- 18) Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Proceso de cuidados: Valoración enfermera. Registros para la Valoración Enfermera «Grupo Valoración». Marzo 2009. España: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010.
- 19) Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Internet Lima; 2018. 123 p. Consultado 16 de abril 2018. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M\\_214-2018-MINSA2.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_214-2018-MINSA2.pdf) [ Links
- 20) Katayama R. Introducción a la Investigación Cualitativa. Lima: Fondo Editorial de UIGV; 2014.126 p. [ Links ]





- 21) MINSA indicadores de calidad 2010. Disponible en: [www.bvsde.paho.org/texcom/cd051477/lopezama.pdf](http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd051477/lopezama.pdf).
- 22) Ley del trabajo del Enfermero N.º 27669, Colegio de Enfermeros del Perú: Código de Ética y Deontológica D.L. 22315.Lima - Perú (fecha de acceso 21 de julio 2015) Disponible en: [http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/prodlab/legislacion/Ley\\_27669.pdf](http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/prodlab/legislacion/Ley_27669.pdf).
- 23) Moreales S. Calidad de las notas de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional Moquegua. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Jorge BasaDr. ..e Grohmann-Tacna 2011.
- 24) Duque, Paula A. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia – 2012.
- 25) Aguilar Huamán, M. I., & Apari Araujo, M. (2017). Calidad de notas de enfermería y cuidado en usuarios Hospitalizados en el departamento de cirugía del Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" Huancavelica - 2017. Tesis, Universidad Nacional de Huancavelica.  
<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-039%20Protocolo%20Manejo%20Kárdex%20y%20cuidados%20de%20Enfermería.pdf>
- 26) <https://www.incn.gob.pe/transparencia/app/resolution/download/4938/1>
- 27) HOSPITAL CAYETANO HEREDIA  
4789103-rd-n-159-2018-hch-dg.pdf ([www.gob.pe](http://www.gob.pe))
- 28) NIC y NOC, dos pilares del conocimiento enfermero | Campus Docent Sant Joan de Déu ([santjoandedeu.edu.es](http://santjoandedeu.edu.es)) Revisado el 26/078/2024
- 29) NANDA-I, NIC, NOC: uso en la planificación de los cuidados y el modelo AREA ([elsevier.com](http://elsevier.com)) (Internet) 23 de marzo de 2022.
- 30) [https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/MAPRO\\_TRAUMAT\\_TRABAJO\\_ENFERMERÍA.pdf](https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/MAPRO_TRAUMAT_TRABAJO_ENFERMERÍA.pdf)
- 31) <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-039%20Protocolo%20Manejo%20Kárdex%20y%20cuidados%20de%20Enfermería.pdf>







# V FORMATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION Y CUIDADOS DE PACIENTES

## HOJA DE REGISTRO DIARIO

NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

FECHA ACTUAL: \_\_\_\_\_ N° DE CAMA: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

HORA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
TEMPERATURA																								
FRECUENCIA CARDIACA																								
FRECUENCIA RESPIRATORIA																								
PRESION ARTERIAL																								
SATURACION O2																								
I																								
N																								
E.V.																								
G																								
R																								
E																								
S																								
O																								
S																								
V.O.																								
HECES																								
E																								
G																								
R																								
ORINA (cc)																								
E																								
VOMITOS(cc)																								
S																								
DRENAJE (cc)																								
OBSERVACIONES / PESO																								

DEPOSICION: A= acuosa      SA= serosa      N= normal  
 D= discoloreado y sangre o pus  
 P= paso      Q= queda  
 VOMITO: B= bilioso      A= alimenticio  
 SA= sangre activo      Activar



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



HOJA DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

Paciente:
Operación realizada:
Grupo y Factor:
REPORTE DE ENTREGA
Anestesiólogo:
Enfermera:
Tipo de anestesia:

N° HCL:
EDAD:
SEXO: M ( ) F ( ) Tipo y N° seguro:
Cruzado:
Operación Programada ( ) Emergencia ( )
Alergias medicamentosas: SI ( ) NO ( ) Especificar:

Fecha:
Hora de ingreso:
CEP:

ESTADO FÍSICO AL INGRESO

P.A.: F.C.: Ritmo Sinusal ( SI ) ( NO ) F.R.: T°:
Vías Aéreas: Libre ( ) Secreción ( ) Tubo orofaríngeo: SI ( ) NO ( ) Tipo de Oxigenoterapia: SI ( ) NO ( ) Especificar:
Nivel de conciencia ( Escala de Glasgow): Estado Hemodinámico: Estable ( ) Inestable ( )
Vía periférica: SI ( ) NO ( ) Calibre: Ubicación: Fluidoterapia:
S-G: SI ( ) NO ( ) Sonda foley: SI ( ) NO ( ) Drenajes: SI ( ) NO ( ) Especificar:
Indicaciones:

EVOLUCIÓN

Grid for patient evolution with columns for Hora (0-120) and Minuto (0-5), and rows for PA, FC, SPO2, T°.

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADO

Table with columns for Puntaje (0, 1, 2) and rows for Ingreso and Alta, including categories like Actividad muscular, Respiración, Circulación, etc.

ESCALA DE BROMAGE

Table with columns for Ingreso, %, Dolor, and EVA, with rows for 15, 30, 45, 60 min and Egreso.

PA: FC: SPO2: T°

ALTA DE PACIENTE

Fecha:
Hora de coordinación:
Hora de salida:



ANESTESIOLOGO

ENFERMERA

Jefa de Dpto. Mg. Magallí Mónica Padilla Rojas





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



CENSUARIO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M F	EDAD	TURNO		TIPO IQX EMERGEN. ELEC. M T N	DÍA PRE OPERATORIO	INTERVENCIÓN QX	DÍA POST. OPERATORIO	TIEMPO OPERATORIO			CIRUJANO	ANESTESIOLOGO	UC. INSTRUMENTISTA	UC. DE URPA	URPA H. H. Z. S. H. O. H. I. N. G. S. A. L.	DESTINO	TIPO DE ATENCIÓN	TIPO DE ANESTESIA	N° SOP		
				A	T					N	A	C										I	T
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

INTERVENCIÓN QX	ELECTIVA	EMERGENCIA	TOTAL
QUIRURGIA			
GINECOLOGÍA			
TRAUMATOLOGÍA			
UROLOGÍA			
OTORRINO			
TOTAL			

MOTIVO DE SUSPENSIÓN	N°

*(Handwritten signature and official stamp of the Department of Nursing)*

Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas



## Censo diario (lado B)

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	TURNOS		
	D	N	TOTAL
Administración de fármacos.			
Toma de AGA.			
Antisepsia de zona operatoria.			
Apoyo emocional al paciente.			
Apoyo en la administración de la anestesia.			
Apoyo en la colocación de vendas de yeso.			
Arreglo postural según intervención quirúrgica.			
Atención en paro cardíaco.			
Balance Hídrico.			
Canalización de vía periférica.			
Colocación de placa de placa de retorno.			
Colocación de sonda foley.			
Colocación de sonda nasogástrica.			
Colocación de sonda para evacuación.			
Colocación de sonda rectal.			
Control de gases.			
Control de instrumental post- cirugía.			
Control de instrumental previa a la cirugía.			
Desinfección terminal los domingos.			
Disposición de residuos punzo cortantes.			
Toma de Hemoglucotest.			
Apoyo en la instalación de vía central.			
Instrumentación según planos.			
Irrigación Vesical.			
Apoyo en el lavado de herida quirúrgica.			
Lavado y preparación del instrumental de laparoscopia.			
Lavado de instrumental quirúrgico.			
Manejo de material contaminado.			
Mantenimiento de la temperatura corporal del pte.			
Administración de Oxigenoterapia.			
Recepción del paciente quirúrgico.			
Recepción y rotulación de biopsias.			
Recepción y rotulación de muestras patológicas.			
Retiro de placa de retorno.			
Retiro de solución antiséptica del paciente.			
Apoyo en RCP avanzado.			
Supervisión de desinfección de SOP, Recuperación y C.E.			
Traslado del paciente a UCI.			
Traslado del paciente a URPA.			
Traslado del paciente a la mesa quirúrgica.			
Uso de bomba de infusión.			
Vendaje de miembros inferiores.			
Verificación de instrumental e insumos según Cirugía.			
Verificación de la Historia Clínica.			
Verificación y equipamiento del quirófano.			
Vestimenta quirúrgica.			



Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas





DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



SERVICIO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS  
**HOJA DE MONITOREO DE LA UNIDAD DE SHOCK TRAUMA**

FECHA:

PESO:

APELLIDOS Y NOMBRES:	SEXO:		EDAD:							Nº HIST. CLIN.							SERVICIO:			MFCAMA:			PESO:																																											
	HORA		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	12 Hs	DIAGNÓSTICO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	DIAGNÓSTICO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE SALIDA																														
	Tº	FC	FR	PA	SO2	PVC	PAM	GLASGOW	RICHMOND	PUPILAS	VENTIL. MECAN.	APOYO OXIG.	CONTROL GUCEMIA HORA																MFCAMA: CAMBIO DE RETIRO		MFCAMA: CAMBIO DE RETIRO																																			
<b>SIGNOS VITALES</b>															INSTALACION DE CATERES												CVC		CAT. PERIFERICO		SONDA FOLEY		SONDA NASO GASTRICA		TETITO		VENTILACION MECANICA		CORRUGADOS		CENTESIS		OSTONIA		CAT. PASIVOS CON AZUL		CAT. PASIVOS CON AZUL		CUELMORAS CON LINEAS PARALELAS EN AZUL																	
<b>BALANCE HIDRICO ESTRICTO</b>															INGRESOS												VO. ENTERAL		DEXTROSA 5%		CI Na 9%		MANITOL		SANGRE		POLIGELINA		A. OXIDACION		TOTAL		DIURESIS		DEPOSICION		VOMITO		SNG		SECRETIONES		DRENAJE		PERD. INSENS.		TOTAL		FLUJO URINARIO MANANA		FLUJO URINARIO TARDE		FLUJO URINARIO NOCHE		FU 24	
<b>EGRESOS</b>															FORMULAS												D.U. = Diar. Tot. / rº hr / Kg. Peso		D.U.N = 0.5 - 2 ml		AGUA DE OXIDACION		ADULTOS: P x 0.2 x Nº Horas		ADULT T= P x 0.5 x Nº H		MENORES DE 10 Kg= P x 33 x Nº HORAS/24		NIÑOS MAY DE 10 Kg		P.I. = S.C. x 400 x Nº Hrs/24		SC = P x 4 x 7 / P x 90																							
<b>FIRMA Y SELLO</b>																																																																		

Jefa de Dpto. Mg. Magalli Mónica Padilla Rojas