

ANEXO 1

Documentación:

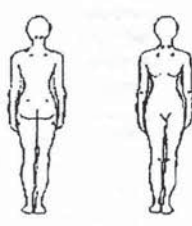
1. Valoración Inicial. **Pg. 2-3**
2. Plan de Cuidados de Enfermería del Ictus. **Pg.4-5**
3. Plan de Cuidados de Enfermería del Lesionado Medular. **Pg.6-7**
4. Grafica de enfermería. **Pg.8**
5. Balance de líquidos. **Pg.9**
6. Planilla de observaciones. **Pg.10**
7. Hoja de evolución de cuidados. **Pg.11-12**
8. Hoja de tratamiento y cuidados. **Pg.13**
9. Registro de Úlceras Por Presión (UPP). **Pg.14-15**
10. Registro de control de Infecciones de Tracto Urinario. **Pg.16-17**
11. Registro de sondajes intermitentes. **Pg.18**
12. Registro de caídas. **Pg.11-12**
13. Valoración de aptitudes y experiencia previa de la cuidadora evaluación y seguimiento. **Pg.19**
14. Informes de Continuidad de Cuidados. **Pg.20-21**
15. Recomendaciones al alta, Traumatismo Craneoencefálico Grave. **Pg.22-23**
16. Recomendaciones al alta, ICTUS. **Pg.24-25**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospitales Universitarios VIRGEN DEL ROCÍO
AVDA. MANUEL SIUROT S/N - 41013 - SEVILLA

- ⇒ Fecha/hora de ingreso: Edad:
- ⇒ Diagnóstico médico/motivo del ingreso:
- ⇒ Cuidador principal:
- ⇒ Domicilio al alta: Teléfono:
- ⇒ Centro de Atención Primaria de referencia:

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA		DdE posibles
1. PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD:		
Alergias:		Riesgo de lesión Negación ineficaz Manejo inefectivo del régimen terapéutico Conocimientos deficientes (especificar)
Hábitos: <input type="checkbox"/> Tabaco: <input type="checkbox"/> Alcohol: <input type="checkbox"/> Otras:		Incumplimiento del tratamiento Conductas generadoras de salud
Patologías crónicas:		Manejo efectivo del régimen terapéutico
Medicamentos que toma:		
Dificultad para seguir:		
TTº médico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		
<input type="checkbox"/> Falta de información		
<input type="checkbox"/> Incapacidad		
<input type="checkbox"/> Falta de motivación		
<input type="checkbox"/> Otros:		
Cuidados: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		
<input type="checkbox"/> Falta de información		
<input type="checkbox"/> Incapacidad		
<input type="checkbox"/> Falta de motivación		
<input type="checkbox"/> Otros:		
Desea más información: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:		
Observaciones:		Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Test de Fagerström - Cuestionario Malt
2. PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO:		
ALIMENTACIÓN:		
<input type="checkbox"/> Alimenta. oral		Riesgo de aspiración Deterioro de la deglución
<input type="checkbox"/> Alimenta. <input type="checkbox"/> SNG (tipo, fecha colocación): <input type="checkbox"/> Ostomía (tipo, fecha colocación):		Riesgo de/ desequilibrio nutricional por defecto Desequilibrio nutricional por exceso
<input type="checkbox"/> Dieta/líquidos (habitual):		Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea
<input type="checkbox"/> Dieta/líquidos (actual):		Riesgo de infección
<input type="checkbox"/> Falta de apetito		
<input type="checkbox"/> Problemas de deglución		
<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
<input type="checkbox"/> Falta de dientes		
<input type="checkbox"/> Prótesis:		
<input type="checkbox"/> Peso/Talla:		
ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS:		
<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Deshidratada		
<input type="checkbox"/> Coloración: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Palidez		
<input type="checkbox"/> UPP: Estadío: Localización:		
<input type="checkbox"/> Herida quirúrgica: Localización:		
<input type="checkbox"/> Edemas:		
<input type="checkbox"/> Otros:		
Observaciones:		
3. PATRÓN ELIMINACIÓN:		
Eliminación Intestinal: Patrón habitual: <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Ayudas: <input type="checkbox"/> Ostomías:		Riesgo de/ estreñimiento Incontinencia fecal-urinaria Riesgo de infección
Eliminación Urinaria: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colector <input type="checkbox"/> S. Urinaria/urostomía (tipo, fecha colocac.): <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Absorbente		Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de/ baja autoestima situacional
<input type="checkbox"/> Otros:		
Drenajes: Tipo: Fecha de colocac.:		Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria
Observaciones:		

4. PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO:				DdE posibles:
Situación habitual:	<input type="checkbox"/> Deambulante	<input type="checkbox"/> Sillón-cama	<input type="checkbox"/> Inestabilidad de la marcha	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Situación actual:	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Falta/reducción energía para la actividad	<input type="checkbox"/> Requiere dispositivo:	
	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Requiere de otra persona para ayuda/supervisión o enseñanza		
Autocuidados:	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Necesita ayuda: <input type="checkbox"/> Alimentac. <input type="checkbox"/> Eliminación. <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Vestido			
Respiración:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad	<input type="checkbox"/> Disnea reposo	<input type="checkbox"/> Disnea esfuerzo	<input type="checkbox"/> Ruidos respir.
	<input type="checkbox"/> Tos seca	<input type="checkbox"/> Tos inefectiva	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Traqueostomía
Observaciones:				
5. PATRÓN REPOSO/ SUEÑO:				
Patrón habitual:				
Ayudas no farmacológicas:				
Observaciones:				
6. PATRÓN COGNITIVO/ PERCEPTUAL:				
Nivel de consciencia:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Somnoliento	<input type="checkbox"/> Obnubilado	
	<input type="checkbox"/> Estuporoso	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Otro:	
Alteraciones sensorio-percept.:	<input type="checkbox"/> Sin alteración	<input type="checkbox"/> Falta de atención estímulo lado afectado		
	<input type="checkbox"/> Déficit visual	<input type="checkbox"/> Déficit auditivo	<input type="checkbox"/> Requiere disposit.:	
Nivel orientac.:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado		
Dolor:	<input type="checkbox"/> Crónico	Localización:	Intensidad-EVA:	Ayudas no farma.:
	<input type="checkbox"/> Agudo			
Observaciones:				
7. PATRÓN AUTOPERCEPTIVO/AUTOCONCEPTO:				
¿Tiene sensación de ansiedad/temor?				
¿Se siente menos útil/válido desde que está enfermo/hospitalizado?				
¿Le preocupa los cambios funcionales/corporales?				
Observaciones:				
8. PATRÓN ROL/RELACIONES:				
Comunicación:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad	<input type="checkbox"/> D. comprensión	<input type="checkbox"/> D. escritura	<input type="checkbox"/> D. lectura
	<input type="checkbox"/> D. expresión	<input type="checkbox"/> Otros idioma	<input type="checkbox"/> Laringectomiz.	<input type="checkbox"/> Traqueostomía
Cuidador ppal. Capacidad:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad	<input type="checkbox"/> Incapacidad	
Observaciones:				
9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:				
<input type="checkbox"/> Menstruación (fórmula):				
<input type="checkbox"/> Menopausia				
<input type="checkbox"/> Sangrado postmenopáusicos:				
¿Influye la enfermedad en su sexualidad?:				
Observaciones:				
10. PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS:				
¿Tiene sensación habitual de estrés?				
¿Cree que se adaptarán (paciente/familia) al cambio que supone la hospitalización/enfermedad?				
Observaciones:				
11. PATRÓN VALORES/CREENCIAS:				
¿Influye su enfermedad/hospitaliz. en alguna práctica religiosa/espiritual?				
Durante su estancia en el hospital, ¿necesitará servicios religiosos?				
Observaciones:				

Puntuación Escala de riesgo de UPP: _____ Riesgo: _____ Protocolo de Prevención: **NO** **SI**

¿Quiere añadir algo más?: _____

Nombre y apellidos de la Enfermera Referente: _____
 Fecha y Firma _____



Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos:

Nº Hª Clínica:

Habitación/cama:

PCE: PROCESO ICTUS

Enfermera referente:

Fecha de inicio:

00146 Ansiedad r/c: <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud <input type="checkbox"/>	Fecha <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Código A/R									
NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad (1)									
Controla la respuesta de ansiedad									
NOC:									
NIC: 5820 Disminución de la ansiedad									
NIC:									
NIC:									

00146 Ansiedad: familia r/c: <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud	Fecha <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Código A/R									
NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (1)									
Expresa libremente sentimientos y emociones									
NOC: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (1)									
Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al miembro enfermo									
Piden información sobre el estado o condición del paciente									
NIC: 7140 Apoyo a la familia									
NIC:									
NIC:									

00039 Riesgo de aspiración r/c: <input type="checkbox"/> Deterioro de la deglución <input type="checkbox"/>	Fecha <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Código A/R									
NOC: 1918 Prevención de la aspiración (1)									
Evita factores de riesgo									
Utiliza espesantes líquidos, según precisa									
Se incorpora para comer o beber									
NOC:									
NIC: 3200 Precauciones para evitar la aspiración									
NIC: 1860 Terapia de deglución									
NIC:									

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c: <input type="checkbox"/> Humedad <input type="checkbox"/> Inmovilidad física <input type="checkbox"/>	Fecha <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Código A/R									
NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas (4)									
Perfusión tisular									
Piel intacta									
NOC:									
NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión									
NIC:									
NIC:									

Escala Likert 1: 1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado	Escala Likert 2: 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno	Escala Likert 3: 1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	Escala Likert 4: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido	Escala Likert 5: 1: Inadecuado 2: Ligeramente adecuado 3: Moderadamente adecuado 4: Sustancialmente adecuado 5: Completamente adecuado	Escala Likert 6: 1: 2: 3: 4: 5:
---	--	--	--	--	---

00155 Riesgo de caídas r/c: <input type="checkbox"/> Alteración leve del estado mental <input type="checkbox"/> Déficit sensorial y motor <input type="checkbox"/> Deterioro de la deambulación	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									
NOC: 0202 Conducta de prevención de caídas (1)									
Uso correcto de dispositivos de ayuda									
NOC: 0200 Ambular (4)									
Anda por la habitación									
NIC: 6490 Prevención de caídas									
NIC:									
NIC:									

00123 Desatención unilateral r/c: <input type="checkbox"/> Déficit sensorial y motor <input type="checkbox"/>	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									
NOC: 0203 Posición corporal: autoiniciada (4)									
De tumbado a sentado									
De sentado a ponerse de pie									
NOC: 0300 Autocuidados: AVD (4)									
Come									
Se viste									
NIC: 2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo									
NIC: 7370 Planificación del alta									
NIC:									

00126 Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad r/c: <input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información <input type="checkbox"/> Falta de interés en el aprendizaje <input type="checkbox"/> Falta de exposición	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									
NOC: 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad (3)									
Descripción del proceso de la enfermedad									
Descripción de los signos y síntomas									
NOC:									
NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad									
NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje									
NIC:									

00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c: <input type="checkbox"/> Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									
NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (1)									
Afronta los problemas									
Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones									
NOC:									
NIC: 7140 Apoyo a la familia									
NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar									
NIC:									

PROBLEMA INTERDISCIPLINARES (Potencial/Real)		Objetivo: Prevenir y/o detectar y/o tratar precozmente la aparición de signos-síntomas de:	
	Fecha		Fecha
Hiperglucemia/Hipoglucemia		Hipertensión intracraneal	
NIC: 2120 Manejo de la hiperglucemia		NIC: 2620 Monitorización neurológica	
NIC: 2130 Manejo de la hipoglucemia		NIC:	
NIC:		NIC:	
Hipertensión arterial		Hipertermia	
NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales		NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales	
NIC:		NIC: 3740 Tratamiento de la fiebre	
NIC:		NIC:	
NIC:		NIC:	
NIC:		NIC:	
NIC:		NIC:	



Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos:

Nº Hª Clínica:

Habitación/cama:

PCE: PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR

Enfermera referente:

Fecha de inicio:

00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c: <input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física <input type="checkbox"/>	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									

NOC: 0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas				
Estreñimiento (2)				
Articulaciones anquilosadas (2)				
Estado nutricional (1)				
Inefectividad de la tos (1)				
Trombosis venosa (2)				

NOC: 0205 Consecuencia de la inmovilidad: psicocognitiva (1)				
Atención disminuida				
Autoestima				

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1)				
Perfusión tisular				
Piel intacta				

NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión				
NIC: 4110 Cuidados en el trombo-embolismo				

NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas				
--	--	--	--	--

NIC: 0450 Manejo estreñimiento/impactación				
---	--	--	--	--

NIC: 1056 Alimentación enteral por sonda				
---	--	--	--	--

NIC: 1610 Baño				
-----------------------	--	--	--	--

NIC: 5400 Potenciación de la autoestima				
--	--	--	--	--

NIC: 1650 Cuidados de los ojos				
---------------------------------------	--	--	--	--

NIC: 1710 Mantenimiento salud bucal				
--	--	--	--	--

NIC: 1800 Ayuda al autocuidado				
---------------------------------------	--	--	--	--

NIC: 6490 Prevención de caídas				
---------------------------------------	--	--	--	--

NIC: 0580 Sondaje vesical				
----------------------------------	--	--	--	--

NIC: 0582 Sondaje vesical: intermitente				
--	--	--	--	--

NIC:				
-------------	--	--	--	--

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c: <input type="checkbox"/> Inmovilización física <input type="checkbox"/> Factores mecánicos	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									

NOC: 1103 Curación de la herida por segunda intención (3)				
Granulación				
Disminución del tamaño de la herida				

NOC:				

NIC: 3520 Cuidados de las úlceras por presión				
--	--	--	--	--

NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión				
--	--	--	--	--

NIC:				
-------------	--	--	--	--

00146 Ansiedad r/c: <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud <input type="checkbox"/>	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									

NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad (4)				
Busca información para reducir la ansiedad				

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad				
---	--	--	--	--

00146 Ansiedad: familia r/c: <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud	Fecha <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								
Código A/R									

NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (4)				
Expresa libremente sentimientos y emociones				

NOC: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (4)				
Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al miembro enfermo				
Piden información sobre el estado o condición del paciente				

NIC: 7140 Apoyo a la familia				
-------------------------------------	--	--	--	--

Escala Likert 1:
1: Gravemente comprometido
2: Sustancialmente comprometido
3: Moderadamente comprometido
4: Levemente comprometido
5: No comprometido

Escala Likert 2:
1: Grave
2: Sustancial
3: Moderado
4: Leve
5: Ninguno

Escala Likert 3:
1: Ninguno
2: Escaso
3: Moderado
4: Sustancial
5: Extenso

Escala Likert 4:
1: Nunca demostrado
2: Raramente demostrado
3: A veces demostrado
4: Frecuentemente demostrado
5: Siempre demostrado

Escala Likert 5:
1: Intenso
2: Sustancial
3: Moderado
4: Ligero
5: Ninguno

Escala Likert 6:
1: Inadecuado
2: Ligeramente adecuado
3: Moderadamente adecuado
4: Sustancialmente adecuado
5: Completamente adecuado

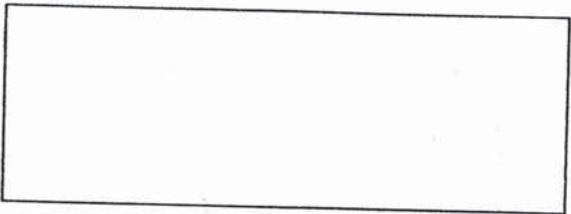
00126 Conocimientos deficientes: procedimientos terapéuticos r/c: <input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información <input type="checkbox"/> Falta de interés en el aprendizaje <input type="checkbox"/> Falta de exposición	Fecha			
Código A/R				
NOC: 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos (3)				
Descripción del procedimiento terapéutico				
Descripción de cómo funciona el dispositivo				
NOC: 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad (3)				
Descripción del proceso de la enfermedad				
NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad				
NIC: 0440 Entrenamiento intestinal				
NIC: 5606 Enseñanza: individual (técnica de autosondaje)				

00126 Conocimientos deficientes: cuidados proporcionados por el cuidador r/c: <input type="checkbox"/> Falta de exposición <input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información	Fecha			
Código A/R				
NOC: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario(6)				
Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado				
Conocimiento de funcionamiento del equipamiento				
NOC:				
NIC: Enseñanza: Procedimiento/ Tratamiento				
NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal				
NIC: 7370 Planificación del alta				

00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c: <input type="checkbox"/> Falta de descanso y distracción del cuidador <input type="checkbox"/> Falta de experiencia en brindar cuidados	Fecha			
Código A/R				
NOC: 2208 Factores estresantes del cuidador familiar (5)				
Pérdida de tiempo personal				
Cantidad de cuidados requeridos o vigilancia				
NOC:				
NIC: 7140 Apoyo a la familia				
NIC: 7370 Planificación del alta				
NIC:				

00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c: <input type="checkbox"/> Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.	Fecha			
Código A/R				
NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (1)				
Afronta los problemas				
Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones				
NOC:				
NIC: 7140 Apoyo a la familia				
NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar				
NIC:				

PROBLEMA INTERDISCIPLINARES (Potencial/Real)					Objetivo: Prevenir y/o detectar y/o tratar precozmente la aparición de signos-síntomas de:				
	Fecha					Fecha			
Dolor					Respiratoria				
NIC: 1400 Manejo del dolor					NIC: 3350 Monitorización respiratoria				
NIC: 2210 Administración de analgésicos					NIC: 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales				
NIC:					NIC: 3300 Ventilación mecánica				
	Fecha					Fecha			
Alteración de la termorregulación					Infección				
NIC: 3900 Regulación de la temperatura					NIC: 6550 Protección contra las infecciones				
NIC:					NIC: 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)				
NIC:					NIC:				
	Fecha					Fecha			
Disreflexia autónoma					Incontinencia urinaria/Fecal				
NIC: 2560 Manejo de la disreflexia					NIC: 0580 Sondaje vesical				
NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales					NIC: 1876 Cuidados del catéter urinario				
NIC:					NIC: 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal				



DIAGNOSTICO.....

FECHA INGRESO.....

DÍA		
DÍA INTERVENCIÓN		
220	42	220
200	41	200
180	40	180
160	39	160
140	38	140
120	37	120
100	36	100
80	35	80
60	34	60
40	33	40
FC	T ^º	PA
FR		
P.V.C.		
BMTEST D		
BMTEST A		
BMTEST C		
SONDA VESICAL		
SONDA NASOG.		
HEMOCULTIVO		
UROCULTIVO		
CATETER		
DRENAJES		
DEPOSICIÓN		
INGESTA		
DIURESIS		



Servicio Andaluz de Salud

ETIQUETA

BALANCE DE FLUIDOS

FECHA :		MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL 24 HORAS
E N T R A D A S	LIQUIDOS I.V. SUEROS PLASMA SANGRE				
	LIQUIDOS ORALES				
S A L I D A S	ORINA				
	VOMITOS				
	DRENAJES				
	ASPIRADO DIGESTIVO				
	DEPOSICION				

FECHA :		MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL 24 HORAS
E N T R A D A S	LIQUIDOS I.V. SUEROS PLASMA SANGRE				
	LIQUIDOS ORALES				
S A L I D A S	ORINA				
	VOMITOS				
	DRENAJES				
	ASPIRADO DIGESTIVO				
	DEPOSICION				

HOJA N°



HOSPITAL UNIVERSITARIO

PRIMERA PLANTA PARES

102-1

1-501

102-2

2-501

104-1

1-401

104-2

2-401

106-1

1-301

106-2

2-301

108-1

1-201

108-2

2-201

110-1

1-101

110-2

2-101

112-1

1-011

112-2

2-011

114-1

1-001

116-1

1-011

118-1

1-001

120-1

1-011

122-1

1-001



Category	2000 (Millions)	2001 (Millions)
No computer at home	15	18
Computer at home but no Internet access	25	30
Internet access at home but no e-mail	35	40
Both Internet access and e-mail at home	45	50

1

1

1

1

1

11

DIAGNÓSTICO:

Habitación Cama

[illegible]**HOJA DE EVOLUCIÓN DE CUIDADOS N°**

010590

[illegible]

DIAGNÓSTICO

MEDICACIÓN

F. COMIENZO

F. TERMINACIÓN

FRECUENCIA

VIA

HORA

MAÑANA

HORA

TARDE

HORA

NOCHE

CUIDADOS GENERALES

CONSTANTES

DIETA

BALANCE

CURAS

FISIOT. RESPIR.

OXIGENO

DRENAJES

CAMBIO SONDAS

PREVENCIÓN, CUIDADOS E INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

A CUMPLIMENTAR EN LA PRIMERA UNIDAD EN LA QUE EL PACIENTE INGRESE EN EL HOSPITAL

Presencia de úlceras al ingreso en el hospital:

SI ☐ NO ☐

A CUMPLIMENTAR AL ALTA DEL HOSPITAL

Desarrolló UPP durante su estancia en el Hospital:

SI ☐ NO ☐

PACIENTE _____

DIAGNÓSTICO _____

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

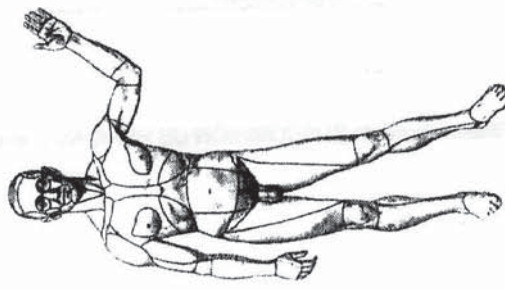
Nº HISTORIA _____

UNIDAD _____ CAMA _____

ESCALA DE EMINA					FECHA					
	0	1	2	3						
ESTADO MENTAL	ORIENTADO Paciente consciente y orientado	DESORIENTADO O APÁTICO Es capaz de obedecer órdenes sencillas	LETÁRGICO O HIPERCINÉTICO No responde a órdenes. Presenta agresividad o irritabilidad	COMATOSO No responde a ningún estímulo (Sedado)						
MOVILIDAD	COMPLETA Autonomía para cambiar de posición en la cama o en la silla	LIGERAMENTE LIMITADA Puede necesitar ayuda para cambiar de posición. Reposo absoluto por prescripción médica.	LIMITACIÓN IMPORTANTE Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	INMÓVIL No se mueve ni en la cama ni en la silla						
HUMEDAD Y/O INCONTINENCIA	NO Control de esfínteres o sonda vesical permanente	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL OCASIONAL Colector urinario o sondaje intermitente. Defeca con tratamiento evacuador controlado	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL HABITUAL Incontinencia media y tratamiento evacuador no controlado	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL HABITUAL Incontinencia media con deposiciones diarreicas frecuentes						
NUTRICIÓN	CORRECTA Dieta completa. N.E. o N.P.T. adecuada. Niveles de albúmina y proteínas normales	OCASIONALMENTE INCOMPLETA Ocasionalmente deja parte de la dieta. Niveles de albúmina y proteínas normales	DIARIAMENTE INCOMPLETA Diariamente deja parte de la dieta. Niveles de albúmina y proteínas normales	NO INGESTA ORAL/ N.E./ N.P.T. superior a 3 días. Niveles de albúmina y proteínas bajos						
ACTIVIDAD	DEAMBULA Autonomía completa para caminar	DEAMBULA CON AYUDA Se ayuda ocasionalmente con bastón, muletas, soporte humano...	SIEMPRE PRECISA AYUDA Deambula siempre con bastón, muletas, soporte humano...	NO DEAMBULA Reposo absoluto						
EMINA 0	= SIN RIESGO				TOTAL					
EMINA 1-3	= RIESGO BAJO				RIESGO					
EMINA 4-7	= RIESGO MEDIO									
EMINA 8-15	= RIESGO ALTO									
PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS										
APORTE NUTRICIONAL Identificar y corregir carencias nutricionales y registrar la ingesta total diaria.										
CUIDADOS DE LA PIEL Examinar la integridad de la piel a diario, especialmente puntos de presión. Higiene e hidratación de la piel.										
CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD Valorar y tratar los procesos que puedan originar exceso de humedad (incontinencia, sudoración, drenajes...) y cambio de sábanas cada vez que sea necesario.										
CAMBIOS POSTURALES En cama c/ 3 horas o cama-sillón (máximo 4 horas con cambios de posición c/ hora) Ángulo de cabecero < 30°										
PROTECCIÓN LOCAL Ácidos grasos hiperoxigenados, taloneras y/o apósitos hidrocelulares / hidropoliméricos en zonas de roce o presión. Una aplicación tres veces al día.										
CONTROL DE LA PRESIÓN SEMP* estáticas / dinámicas con capacidad para reducir la presión: cojines y colchones de fibras especiales, colchonetas...										
CONTROL DE LA PRESIÓN SEMP* dinámicas con capacidad para aliviar la presión: colchones alternantes de aire de altas prestaciones.										

*SEMP: Superficies especiales para el manejo de la presión

HOJA Nº _____



FECHA					
Número de úlcera (1ª-2ª-3ª ...)					
Etiología					
Localización					
DESCRIPCIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA:					
Estadio					
Dimensiones					
Signos locales de infección (si / no)					
Cultivo (aspirado / frotis)					
Resultado Cultivo (+ / -)					
Tejido: Necrótico / Esfacelado / Granulación / Epitelización					
Nivel de exudado: Escaso / Moderado / Alto					
Aspecto del exudado: Seroso/ Hemático / Purulento					
ESTADO DE LA PIEL PERILESIONAL:					
Íntegra / Lacerada / Macerada / Celulitis					
TRATAMIENTO LOCAL APLICADO:					
Ac. grasos hiperoxigenados					
Limpieza del lecho de la herida con:					
Desbridamiento Cortante/ Enzimático / Autolítico					
Hidrogel					
Hidrocoloide extrafino					
Plata					
Espuma de Poliuretano (Hidropolimérico/ Hidrocelular)					
Alginato					
Protección de la piel periluceral con:					
ENFERMERA / O					

Registro para el control de aparición de infección urinaria

Nombre y apellidos del paciente:		
Nº de Historia Clínica:		
Fecha de ingreso:		
Servicio de procedencia:		
Infección urinaria al ingreso NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Germen: _____		
Fecha de cambio de sonda: (al ingreso) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás) <input type="checkbox"/>	Resultado de cultivo: Positivo: __ Negativo: __ Resultado de sedimento: _____	Germen

Nota: este registro debe quedar en la Historia Clínica del paciente

**SE CURSARÁ SEDIMENTO Y CULTIVO ATENDIENDO A LOS SIGUIENTES
CRITERIOS CLÍNICOS:**

- **Síntomas de cistitis:** Síndrome miccional (disuria, tenesmo, polaquiuria, y ocasionalmente dolor hipogástrico y hematuria).
- **Síntomas de pielonefritis:** Síndrome miccional asociado a fiebre y/o dolor en la fosa renal.
- En los **pacientes ancianos**, la presentación clínica puede ser inespecífica (letargia, vómitos, dolor abdominal...)
- Ocasionalmente **piuria** macroscópica.
- En pacientes con lesión medular y vejiga neurógena, puede presentarse como malestar o aumento de espasticidad.

UNIDAD DE PARAPLÉJICOS

APELLIDOS, NOMBRE	Nº CAMA	NIVEL NEUROLÓGICO
-------------------	---------	-------------------

[illegible]



Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos:
Nº Hª Clínica:
Habitación/cama:
Diagnóstico/motivo del ingreso:
Edad:

**VALORACIÓN DE APTITUDES Y EXPERIENCIA PREVIA DE LA CUIDADORA
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Nombre/apellidos de la cuidadora.....Edad.....Parentesco.....
Centro de Atención primaria de referencia.....
Diagnóstico Médico del Paciente.....Teléfono.....

VALORACIÓN	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1. NUTRICIÓN				
Conoce los beneficios de una alimentación correcta				
Conoce y describe la dieta recomendada				
Conoce las complicaciones más frecuentes				
Sabe utilizar los espesantes (sí fuera preciso)				
Conoce la relación: Mala alimentación/Riesgo de UPP				
Conoce la necesidad de administrar líquidos				
Conoce los cuidados de SNG/PEG				
Técnica de administración de fármacos				
Técnica adecuada (oral y/o enteral)				
2. HIGIENE				
Conoce los beneficios del aseo completo correcto				
Conoce la relación: Mala higiene/Riesgo de UPP				
Técnica adecuada de higiene bucal				
Técnica adecuada para el aseo completo correcto				
3. MOVILIDAD				
Conoce los beneficios de la movilidad				
Describe las medidas de prevención de caídas				
Conoce las medidas de protección de la piel				
Conoce la relación: Inmovilidad/Riesgo de UPP				
Técnicas de cambios posturales				
4. ELIMINACION				
Conoce los dispositivos disponibles				
Conoce los cuidados sonda vesical				
Conoce los síntomas del estreñimiento				
Conoce medidas para combatir estreñimiento				
Conoce la relación: Incontinencia/Riesgo de UPP				
Técnica de uso de los dispositivos				
5. OTRAS NECESIDADES				
FIRMAS				

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCIO
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 SEVILLA

Nombre:

Apellidos:

Nº Hª Clínica:

Edad:

Hospital: Unidad

F. Ingreso: F. Alta:

Motivo Ingreso:

Diag. Médico:

Tlf. Paciente: Tlf. Unidad:

C. de Salud:

ENFERMERA REFERENTE:

1 PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD:

NOC:

☐ Manejo inefectivo del régimen terapéutico: r/c:

☐ Sedentarismo: r/c:

Hábitos no saludables ☐ Alcohol ☐ Tabaco ☐

Patologías crónicas:

Alergias:

Conocimiento del paciente de sus autocuidados ☐ SÍ ☐ NO Conocimiento de la familia sobre cuidados ☐ SÍ ☐ NO

INTERVENCIONES (NIC):

- ☐ Ayuda en la modificación de sí mismo
- ☐ Modificación de la conducta
- ☐ Enseñanza

2 PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO

NOC:

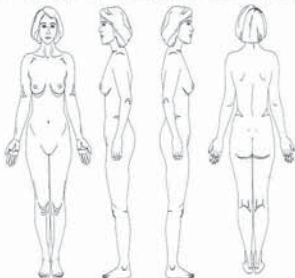
☐ Riesgo/ ☐ Deseq. Nutricional por defecto / exceso r/c

☐ Deterioro de la deglución r/c

☐ Riesgo de aspiración r/c

Dieta y líquidos prescritos: (indicando suplemento nutricional si lo hubiera)

☐ Riesgo/ ☐ Deterioro de la integridad cutánea m/p UPP



Lesión: ☐ Quirúrgica ☐ Tumoral
☐ Vascular

Finalidad: ☐ Curativa ☐ Paliativa

Indicar localización, estadio, cura y/o medidas preventivas:

- ☐ Manejo de la nutrición
- ☐ Alimentación enteral por sonda
- ☐ Precauciones para evitar la aspiración
- ☐ Prevención de las UPP
- ☐ Cuidados de las heridas
- ☐ Cuidados de la ostomía
- ☐ Asesoramiento nutricional
- ☐
- ☐
- ☐

RIESGO UPP: ☐ Sin riesgo ☐ Riesgo bajo ☐ Riesgo moderado ☐ Riesgo alto

3 PATRÓN ELIMINACIÓN:

NOC:

☐ Riesgo/ ☐ Incont. urinaria r/c

☐ Riesgo/ ☐ Incont. fecal r/c

☐ Riesgo/ ☐ Estreñimiento r/c

☐ Riesgo/ ☐ Diarrea r/c

Comentarios

- ☐ Cuidados de la incontinencia urinaria
- ☐ Cuidados catéter urinario
- ☐ Cuidados de la incontinencia intestinal
- ☐ Manejo del estreñimiento/impactación
- ☐ Manejo de la diarrea

4 PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO:

NOC:

☐ Déficit de autocuidados: Alimentación: ☐ Necesita ayuda ☐ Dependencia total
Higiene: ☐ Necesita ayuda ☐ Dependencia total

☐ Deterioro de la movilidad física r/c

☐ Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c

☐ Riesgo/ ☐ Intolerancia a la actividad r/c

Actividad: ☐ Reposo ☐ Mov. Cama ☐ Sillón ☐ Paseo

Dispositivos al alta: ☐ Corsé ☐ Bastones ☐ Andador ☐ Silla ruedas

INDICE de BARTHEL ☐ Dep. leve ☐ Dep. moderada ☐ Dep. grave ☐ Dep. total

- ☐ Ayuda al autocuidado
- ☐ Prevención de caídas
- ☐ Cuidados del paciente encamado
- ☐ Fomento del ejercicio
- ☐ Monitorización respiratoria
- ☐ Manejo de vías aéreas
- ☐ Oxigenoterapia
- ☐ Manejo ambiental
- ☐ Manejo de la energía
- ☐

Indicaciones y cuidados adicionales:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

RECOMENDACIONES AL ALTA

CUIDADOS

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

HH.UU. Virgen del Rocío

H. de Rehabilitación y Traumatología

Sevilla

Enfermera/o:

Fecha:

ETIQUETA

TCE GRAVE

Usted/su familiar, ha estado ingresado/a en nuestra unidad por un problema de **Traumatismo Craneoencefálico Grave**, a continuación le indicamos una serie de recomendaciones para control de situaciones específicas y contribuir a la máxima independencia del paciente.

Debe saber:

Que si aparecen algunos de estos síntomas deben ponerse en contacto o acudir al servicio de urgencias:

- ♦ Dolor de cabeza que aumenta y no cede con analgésicos (calmantes).
- ♦ Vómitos de repetición.
- ♦ Mareos durante varios días.
- ♦ Salida de líquido claro o ligeramente manchado de sangre por la nariz u oído, o sensación de tragar líquido salado.
- ♦ Movimientos involuntarios de brazos o piernas.
- ♦ Dificultad para mover brazos o piernas.

Aconsejamos:

- ♦ Dieta sana y equilibrada, haciendo 4 tomas diarias, no copiosas, salvo que haya otra prescripción.
- ♦ Realizar ejercicios suaves:
 - Hidroterapia, agua caliente.

- Ejercicios de coordinación: Caminar por superficies distintas (rampas, campo, hierba, arena, escaleras). Realizar ejercicios cruzados (adelantar una pierna a la vez que se levanta el brazo contrario, subir la rodilla y tocarla con el brazo contrario, mover los brazos intentado dibujar en el aire la figura de un 8 tumbado, primero en un sentido y luego en otro).
- ♦ Estimulación sensorial: mediante juegos, ordenador, música, colores, etc.
- ♦ Potenciar las actividades recreativas en las que el paciente pueda participar.
- ♦ No encerrarse en casa.
- ♦ No sobreprotección al paciente.

Debe evitar:

- ♦ Ambientes ruidosos y sitios cerrados.
- ♦ Bebidas alcohólicas.

Además de estas recomendaciones, ha de seguir el tratamiento prescrito por su médico y las instrucciones específicas del proceso de su enfermedad.

Si tiene alguna duda sobre el contenido de esta recomendaciones consúltelo con su enfermera/o.

Esperamos que su estancia en el hospital haya sido lo más satisfactoria posible.

Indicaciones y cuidados adicionales:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

RECOMENDACIONES AL ALTA

CUIDADOS

ICTUS

HH.UU. Virgen del Rocío

H. de Rehabilitación y Traumatología

Sevilla

Enfermera/o:

Fecha:



ICTUS

Usted/ su familiar, ha estado ingresado/a en nuestra unidad por un problema de **ICTUS**, a continuación le indicamos una serie de recomendaciones para control de situaciones específicas y contribuir a la máxima independencia del paciente.

Debe saber:

Que tiene que acudir a un centro médico, cuando:

- ◆ Tenga pérdida de fuerza, acorchamiento, hormigueo, dificultad para hablar o tragar, cefalea intensa de aparición brusca, visión borrosa.
- ◆ Disminución del nivel de consciencia.
- ◆ Crisis epilépticas.
- ◆ Hinchazón del pie, pierna o muslos.
- ◆ Hemorragias por encías o nariz, sangre en orina, especialmente si esta tomando medicación anticoagulante o antiagregante (aspirina, adiro, disgren, plavix, sintron).
- ◆ Molestias gástricas, especialmente relacionadas con la toma de la medicación.
- ◆ Nauseas, mareo, inestabilidad.

Aconsejamos:

Alimentación:

- ◆ Dieta equilibrada, rica en verduras y fruta, evitando la sal en las comidas y alimentos ricos en grasas (carnes

grasas, leche entera o condensada, yemas de huevos y comidas muy elaboradas).

- ◆ No abusar de azúcares refinados.
- ◆ Vigilar el peso.

Higiene y cuidados de la piel:

- ◆ Aseo personal y baño diario.
- ◆ Secar bien la piel e hidratar con cremas protectoras, especialmente en las zonas de prominencias óseas.
- ◆ Correcta higiene bucal y dental.

Ejercicio y movilidad:

- ◆ Utilizar ropa cómoda y holgada.
- ◆ Usar zapatos cerrados que sujeten bien el pie y no provoquen rozaduras.
- ◆ Comenzar a vestirse por la extremidad afectada y desvestirse al contrario.
- ◆ Pasear al aire libre al menos una hora diaria.
- ◆ No realizar ejercicios agotadores.
- ◆ Control de la Tensión arterial.
- ◆ No tabaco y alcohol.

Además de estas recomendaciones, ha de seguir el tratamiento prescrito por su médico y las instrucciones específicas del proceso de su enfermedad.

Si tiene alguna duda sobre el contenido de esta recomendaciones consúltelo con su enfermera/o.

Esperamos que su estancia en el hospital haya sido lo más satisfactoria posible.