

Procedimiento del Paciente Quirúrgico

Servicio: Hospitalización quirúrgica, Urgencias y URPA

Fecha de entrega: Febrero 2016

Destinatario: Personal de enfermería, administrativos y TIGAs

Reg: PCE PD 028

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Cristina Bermejo Fernández Gema Hernández Cordobés Petra Moreno Martín Irene Pardo Lucas Gema Piedad Roldán Pérez Mónica Romero Pineda Ana Belén Toribio Sánchez	01	04/04/2011
Modificado por: Cristina Bermejo Fernández Tania Muñoz Muñoz Victoria Morales Collado Mónica Romero Pineda	02	01/09/2015
	03	17/02/2016

Revisado: Supervisora de quirófano, Supervisor de hospitalización quirúrgica, Supervisora de urgencias y Enfermera Calidad Asistencial Fecha: Febrero 2016 Firma	Aprobado: Dirección de Enfermería Fecha: Febrero 2016 Firma
---	--

INTRODUCCIÓN:

Se crea un grupo de trabajo que unifique criterios y mejore la calidad asistencial de los pacientes intervenidos en el hospital.

ÁMBITO Y ALCANCE:

Personal de Enfermería que proporciona cuidados al paciente quirúrgico y TIGAs asignados al bloque quirúrgico.

OBJETO:

El motivo de la realización de dicho documento es mejorar la calidad de los cuidados de enfermería prestados a estos pacientes y establecer un circuito unificado y consensuado entre las distintas unidades, mejorando la comunicación y evitando posibles conflictos.

DESARROLLO:

Consulta de Preanestesia de Enfermería: Todo paciente quirúrgico pasará por dicha consulta donde se le valorará, se realizarán las pruebas pertinentes, se le entregará la hoja de recomendaciones de enfermería preoperatorios (ver anexo 1) y a los pacientes que van a ser intervenidos por el servicio de Traumatología se les entregará una esponja con clorhexidina para la ducha en casa el día de la intervención.

El día de la cirugía programada, el paciente acudirá al hospital al lugar donde le hayan indicado en LEQ para colocación de pulsera identificativa (se colocará en brazo derecho y estará holgada pero sin que se salga, para facilitar posibles técnicas a realizar en dicho miembro y así evitar su corte) y su posterior acompañamiento a la unidad donde debe ingresar.

Planta de Hospitalización: El personal de enfermería recibirá al paciente, aplicando el procedimiento de cuidados de enfermería al ingreso en la unidad de hospitalización y realizará el formulario IP (ingreso

programado, anexo 2), confirmando que el paciente viene correctamente preparado (ducha previa, ayuno, rasurado con la maquinilla eléctrica en la unidad de ingreso, ropa y objetos retirados, medicación suspendida, medicación tomada, toma de constantes...etc.). A los pacientes que van a ser intervenidos en el servicio de traumatología se pintará la zona a intervenir con clorhexidina alcohólica tintada y no se cubrirá con paño estéril.

Así mismo se comprobará en pacientes que ingresan el mismo día de la cirugía y tienen petición de sangre cruzada y reservada, que hayan pasado por el hospital de día para la extracción de la misma y llevan su pulsera identificativa. El supervisor de la unidad de H. de Día llevará la hoja de pruebas cruzadas a la unidad donde ingresará posteriormente el paciente (ver protocolo de extracción de pruebas cruzadas para ingresos programados QX.)

Si no fuera así se extraerá en planta, comprobando consentimiento informado y hoja de petición. Se intentará canalizar la VP en brazo izquierdo y si es posible un calibre del nº 18, sino fuera así se realizará una venopunción sin colocación de catéter. Posteriormente se colocará la pulsera identificativa cumplimentada correctamente.

Comprobar si es necesario extracción sanguínea previa a la cirugía(ej: coagulación).

Excepción: si un paciente es reclamado de forma urgente al quirófano, mínimo el personal de enfermería realizará el formulario IP, asegurando retirada de objetos y ayuno, el resto se confirmará en URPA.

En las cesáreas programadas se seguirá el circuito establecido que es el siguiente: hospitalización B0=> monitores en paritorio => hospitalización B0 (exceptuando urgencia tras la valoración en paritorio) => URPA => Quirófano.

Esto es importante que se realice para evitar una incorrecta preparación de la paciente.

Urgencias: El personal de enfermería de REA avisará a la enfermera responsable de urgencias para comprobar que el paciente esta correctamente preparado. Ayuno, rasurado con maquinilla eléctrica, objetos personales y ropa retirados y entregados a la familia y toma de constantes.

Vía venosa periférica permeable salinizada o con suero de mantenimiento.

Poner tratamiento antibiótico si está pautado y no poner profilaxis antibiótica.

Si es necesario extracción de pruebas cruzadas seguir protocolo.

Cumplimentará el formulario de valoración al ingreso urgencias (anexo 3)

Avisar a chaqueta verde cuando el paciente se va a quirófano y realizar traslado en Selene.

Cuando el paciente sea reclamado para pasar al Bloque Quirúrgico, el personal de URPA llamará a planta/urgencias, para comprobar correcta preparación del paciente y avisará al TIGA dando nombre, apellidos y ubicación del paciente.

El TIGA a su llegada a la unidad avisará al personal de enfermería, comunicando a éste que el paciente pasa a quirófano, comprobando de nuevo la identificación correcta.

No olvidar entregar al TIGA en el momento de traslado al bloque quirúrgico la documentación del paciente (consentimientos informados si los aporta el paciente, y la petición de reserva de sangre).

Unidad de reanimación postanestésica (preoperatorio): al ingreso del paciente se realizará el formulario preoperatorio (anexo 4), toma de constantes, comprobación de rasurado y a los pacientes que va a ser intervenidos por el servicio de traumatología se volverá a pintar la zona a intervenir con clorhexidina alcohólica tintada. Colocación de gorro.

Confirmar con el paciente que ha cumplido las indicaciones que se dieron en la consulta de preanestesia tanto médica como de enfermería, e informar al anestesista responsable de cualquier alteración.

Se canalizará VP, preferiblemente en brazo izquierdo del nº 18, se iniciará sueroterapia, se administrará la profilaxis antibiótica y/o tratamiento prescrito.

En el caso de pacientes diabéticos se iniciará el protocolo establecido.

Excepción: cesáreas programadas Ver: Procedimiento de actuación en cesárea programada con ingreso el día de la cirugía PCE PD 005

Quirófano: el personal de enfermería de quirófano acudirá a la URPA a realizar el formulario de seguridad quirúrgica (check list, anexo 5)

Reclamará con suficiente antelación al siguiente paciente programado, para que se cumpla correctamente el circuito.

Se avisará a la URPA si hay algún cambio en el orden del parte quirúrgico, que gestionará la modificación (llamada a planta, a toma de datos...)

Cuando el paciente salga de quirófano se avisará a URPA

La enfermera circulante acompañará al paciente a la URPA, comunicando al personal las incidencias de la cirugía (tipo de sonda, drenajes, catéteres...)

Unidad de reanimación postanestésica (postoperatorio): aplicación de los protocolos establecidos (PCM PD 024 Procedimiento de unidad de reanimación post-anestésica).

Extracción de analíticas pautadas por el facultativo responsable, incluido calcio iónico, a la hora prescrita.

Cuando el paciente va a ser dado de alta de la unidad, se llamará a planta, para contar a la enfermera responsable los cuidados y tratamientos administrados en quirófano y URPA, y aportará la documentación del alta de enfermería (nota impresa de Pycis) junto con el resto. Se cumplimenta el formulario de alta de REA (anexo 6)

Revisar al paciente previo al alta catéteres, sondas y drenajes, así como ropa de cama (incluido camisón) y aseo del paciente si fuera necesario.

Cuando el paciente se vaya con oxígeno a la planta se mandará también el humidificador si es flujo > 4 l.

Revisar el tratamiento puesto por anestesia y cirujano responsable.

Recomendaciones generales:

- Respetar cambios de turno, siempre que sea posible, media hora antes y después de cada cambio de turno. A veces por necesidades asistenciales y por falta de espacio en URPA y a espera de recibir pacientes de quirófano, es necesario trasladar al paciente a planta en los horarios de cambio de turno.
- Validar tratamientos administrados en Selene y modificar la hora si fuese necesario.
- Trasladar los pacientes en Selene, SIEMPRE, así la enfermera que lo recepciona tiene acceso a la historia clínica. Cuando va de hospitalización a la URPA el recurso será enviado de RP 01 a RP 09. Cuando va de urgencias a URPA el recurso será el espacio habilitado para ello.
- Cumplir protocolos generales (fijación de vías y S/V).
- El paciente SIEMPRE debe ir con su pulsera identificativa. Se reemplazará por una nueva en caso de corte o extravío, pidiéndola al servicio de admisión.

ANEXOS:

Anexo 1: recomendaciones de enfermería en consulta de preanestesia

Anexo 2: formulario IP

Anexo 3: formulario valoración al ingreso urgencias

Anexo 4: formulario preoperatorio

Anexo 5: formulario de seguridad quirúrgica

Anexo 6: formulario alta de REA

Anexo 7: formulario de enfermería al ingreso

ANEXO 1

RECOMENDACIONES GENERALES E INFORMACION PARA PACIENTES

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Las pruebas preoperatorios (analítica, electrocardiograma) que se realizan antes de la intervención nos permiten conocer el estado físico del paciente que vaya a ser sometido a una intervención y que no haya contraindicaciones u otros riesgos añadidos a la intervención.

Si está tomando algún tipo de fármaco (medicamento, productos de herboristería) por alguna enfermedad deberá informar a su médico. Así como de las cirugías previas a las que se haya sometido.

Debe informar a su médico si presenta alguna alergia a medicamentos u otro tipo de alergia. Así como si presentó algún tipo de problema con la anestesia en cirugías previas.

Si es fumador, se recomienda no fumar como mínimo en los 2-3 días anteriores. No olvide que es una buena oportunidad para dejar de fumar definitivamente.

Si toma algún tipo de droga (marihuana, cocaína...) es conveniente que informe a su médico, pues puede influir en determinados fármacos que se usan durante la anestesia.

Acudirá siempre en ayuno absoluto desde las 12 horas de la noche anterior a la intervención (se recomienda una cena ligera).

No suprimirá la medicación que esté tomando previamente, salvo que se lo indique el médico (anestésista o cirujano). Tomará su medicación, como lo hace habitualmente, aunque esté en ayunas con un sorbo de agua.

EL DIA DE LA INTERVENCIÓN

Completo aseo personal (lavado de pelo y ducha) el día de la cirugía antes de ir al centro sanitario.

Utilice ropa cómoda para vestirse y desvestirse. Acuda sin objetos de adorno (joyas, relojes), ni maquillaje ni laca de uñas y, en caso de llevar lentillas y prótesis dentales retírelas y déjelas a la persona que le acompaña.

Debe acudir acompañado de un adulto, recordando que no debe conducir ni antes ni después de la intervención. La persona que le acompaña debe estar localizable y permanecerá en el hospital durante toda su estancia en el centro.

Si está tomando alguna medicación, debe traerla el día de la intervención.

ANEXO 2

VALORACION IP:

 <p>Hospital Infancia Cristina SaludMadrid Avenida de junio, nº2 28961 - Parla</p>	INFORME FORMULARIO
---	---------------------------

Informe de Formulario

05-abr-2011

Paciente	prueba prueba prueba	Sexo	Indefinido	Cama	
NHC	421711	Edad	13 Meses	Ámbito	HOSPITALIZACION
Alergias					
Proceso	Nuevo Proceso por preingreso hospitalización				
Área de Salud	Area 01				
Fecha Ingreso		Control de Enfermería			

Formulario: *valoracion IP

Tomas:

Fecha de la toma: 05-abr-2011 12:22

Indicadores	Observaciones
Catéter Venoso 1 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 1 - Calibre y Localización	Abbocath nº20 MSD
Fecha Inserción Catéter Venoso 1	30/11/2010
Catéter Venoso 2 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 2 - Calibre y Localización	tyery
Fecha Inserción Catéter Venoso 2	15/08/2010
Catéter Venoso 3 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 3 - Calibre y Localización	tyere
Fecha Inserción Catéter Venoso 3	15/08/2010
Catéter Vesical	Trasuretral
Tipo dispositivo o bolsa	erty
Catéter Vesical Tipo Número	Silicona 3 lúces PERMANENTE
Fecha Inserción Catéter Vesical	30/11/2010
Sonda Enteral	Nasogástrica
Sonda enteral Tipo y Número	Salem 18
Fecha Inserción Sonda Enteral	18/11/2010
Traqueostomía	No
Número Cánula	8
Catéter Epidural	No
Fecha Inserción Catéter Epidural	16/08/2010
Ostomía Intestinal	colostomía
Tipo de dispositivo o bolsa	Cerrada
Drenajes	[lo o]
Cantidad Drenado 1	20.0
Drenaje 2 Tipo Localización y Aspecto	ery
Cantidad Drenado 2	50
Drenaje 3 Tipo Localización y Aspecto	ety

 <p>Hospital Infanta Cristina SaludMadrid Avda. 9 de junio, n.º 2 28981 - Parla</p>	INFORME FORMULARIO
---	---------------------------

Cantidad Drenado 3	25
Drenaje 4 Tipo Localización y Aspecto	rte
Cantidad Drenado 4	45
Observaciones sonadas y catéteres	eryet
Motivo de Ingreso	Neumonía
Antecedentes Personales	HTA DMNID OBESIDAD
Tratamientos actuales	Antidiabéticos orales (dianbem 1-0-1) Antihipertensivo (Enalapril 1-0-0)
Fumador-a	(a) No fumador/a
Bebedor-a	(b) Bebedor ocasional
Otros Hábitos Toxicos	gfgfg
Nota de ingreso	Ingresa procedente de Urgencias
Intolerancias Alimentarias	no
Dieta	tolerancia a líquidos positiva
Protesis dental	No
UPP al ingreso	No
Heridas al ingreso	No
Dolor	Crónico
EVA	7
Localización y tipo de dolor	En Upps, durante las curas
TAS	120
TAD	70
Temperatura	37.0
FC	140
Frecuencia Respiratoria	21
SAT BASAL	90
SAT O2	94
Glucemia Capilar	145
SOPORTE O2	GN 2 lpm

ANEXO 3

VALORACION INGRESO URGENCIAS:

	<p>INFORME FORMULARIO</p>
--	----------------------------------

Informe de Formulario

11-ago-2015

Paciente	prueba2 prueba prueba	Sexo	Mujer	Cama	
NHC	421711	Edad	35 Años	Ámbito	HOSPITALIZACION
Alergias					
Proceso	APARATO LOCOMOTOR Consultas externas				
Área de Salud	Área 01				
Fecha Ingreso		Control de Enfermería			

Formulario: Valoracion al ingreso Enf URG

Tomas:

Fecha de la toma: 11-ago-2015 13:17

Indicadores	Observaciones
TAS	120
TAD	40
Temperatura	37.0
FC	36
Frecuencia Respiratoria	42
SAT O2	94
Soporte O2	Gafas nasales a 2 lpm
Glucemia Capilar	98
ASCITIS	No
EDEMAS	No
Características de la piel	deshidratada
Coloracion Piel	Ictericia
Catéter Venoso 1 Tipo	Periférica
Catéter Venoso 1 - Calibre y Localización	Abboath n°20 MSD
Fecha Inserción Catéter Venoso 1	10/02/2015
Catéter Venoso 2 Tipo	Central acceso periférico
Catéter Venoso 2 - Calibre y Localización	tyery
Fecha Inserción Catéter Venoso 2	15/08/2010
Catéter Venoso 3 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 3 - Calibre y Localización	tyere
Fecha Inserción Catéter Venoso 3	15/08/2010
Ostomia Urinaria	Urostomía
Catéter Vesical	Trasurretral
Tipo de dispositivo o bolsa	Cerrada
Catéter Vesical Tipo Número	Silicona 3 luces PERMANENTE
Fecha Inserción Catéter Vesical	10/02/2015

Sonda Enteral	Nasogastrica
Sonda enteral Tipo y Número	Salem 18
Fecha Inserción Sonda Enteral	10/02/2015
Traqueostomía	No
Numero Canula	2
Ostomía Intestinal	Colostomía
Tipo dispositivo o bolsa	erty
Drenaje 1 Tipo Localización y Aspecto	exu-drain izquierdo
Cantidad Drenado 1	20.0
Observaciones sondas y catéteres	eryet
Autonomía para la Actividad	(a) Ambulante
Movilidad	(b) Disminuida
Estado Físico General	(a) Bueno
Incontinencia	(a) Ninguna
Estado Mental	(b) Apático
Puntos Norton Total	18
UPP al ingreso	Extrahospitalaria
Riesgo UPP	Sí
Heridas al ingreso	No
Observaciones heridas y úlceras	upp en sacro grado II
Dolor	Agudo
Localización y tipo de dolor	hjhI
Existe riesgo de caída	Sí
Respuesta motora más 2 años	(a) Obedece a órdenes
Respuesta verbal más 2 años	(a) Orientación temporo espacial
Respuesta ocular más 2 años	(a) Espontánea
Puntuación total Glasgow más 2 años	15
Motivo de Consulta	NAUSEAS Y VÓMITOS
Antecedentes Personales	HTA
Tratamientos actuales	gkjgjk
Intolerancias Alimentarias	no
Dieta ingreso	RICA EN RESIDUOS
Protesis dental	No
Nauseas	No
Vomitos	Alimenticio
Patron Intestinal Actual	Estreñimiento
Incontinencia Intestinal	No
Características de las Heces	Normales
Valoración Patrón Miccional	Incontinencia de esfuerzo
Características de la Orina	b) Colúrica
Observaciones eliminación	bbb
Tos	Productiva
Secreciones	Mucoso
Disnea	de Esfuerzo
Tipo Respiración	xxx
Otras alteraciones de los sentidos	xxxxx
Orientado	No
Estado de Agitación	a) Tranquilo
Riesgo de Lesión Psiquiatría	otra
Sujección mecánica	No precisa
Convivencia Habitual	Vive con familia

ANEXO 4

PREOPERATORIO REA:

 <p>Hospital Infantil Cristina SaludMadrid Avda. 9 de junio, n.º 2 28981 - Parla</p>	INFORME FORMULARIO
---	---------------------------

Informe de Formulario

05-abr-2011

Paciente	prueba prueba prueba	Sexo	Indefinido	Cama	
NHC	421711	Edad	13 Meses	Ambito	HOSPITALIZACION
Alergias					
Proceso	Nuevo Proceso por preingreso hospitalización				
Área de Salud	Área 01				
Fecha Ingreso		Control de Enfermería			

Formulario: preoperatorio

Tomas:

Fecha de la toma: 05-abr-2011 12:13

Indicadores	Observaciones
Horas de Ayunas	No
Retirado maquillaje objetos metálicos	No
Retirada de Prótesis	No
Catéter Venoso 1 -Calibre y Localización-	lalalala
Catéter Venoso 1 Tipo	Catéter tunelizado
TAS	120
TAD	70
FC	140
SAT O2	94
Temperatura	37.0
Glucemia Capilar	145
Confirmado preoperatorio	No
Profilaxis antibiótica	no precisa
UI de IReg en SRT	AAA
Profilaxis antitrombótica	Administrado
Verificar pruebas cruzadas	No
Verificada medicación preoperatoria	No
Sonda vesical	FOLEY Nº 16
Observaciones preoperatorio Quirófano	XXXXXXXX

ANEXO 5

FORMULARIO DE SEGURIDAD QUIRURGICA:

Fecha Toma	05/04/2011									
Fecha Creación	05/04/2011									
Fecha Modificación										
Fecha Validación										
Tomador										
Validador										
Cerrado	N									
	Valor									
Anestesia										
Cirujano										
Verificar si alergias medicamentosas y al latex										
Verificar si riesgo de hemorragia > 500 ml										
Verificar zona de rasurado										
Puesta en común de los aspectos clave para la recuperación del paciente										
Recuento de gasas, compresas e instrumental										
Disponibilidad de las pruebas de imagen necesarias para revisión en quirófano:										
Confirmar pulsioxímetro colocado y funcionando										
Marcar lugar de cirugía, si órgano bilateral o múltiple:										
Verificar equipos anestésicos y material quirúrgico necesario										
Confirmar procedimiento quirúrgico a realizar										
Observaciones										
Incidencia o mal funcionamiento del equipo (registrado y notificado):										
Identificación de las muestras:										
Profilaxis antibiótica y antitromboembólica:										
Puesta en común de la planificación y posibles puntos críticos del procedimiento										
Verificar accesos venoso y sangre cruzada y reservada:										
Personal enfermería										
Verificar dificultad de la vía aérea										
Verificar si alergias medicamentosas y al latex										
Confirmar consentimiento(s) del paciente										
Confirmar identificación del paciente										

ANEXO 6

FORMULARIO ALTA REA



INFORME FORMULARIO

Informe de Formulario

25-ago-2015

Paciente	MOISES BLANCO YUSTE	Sexo	Hombre	Cama	A019
NHC	157985	Edad	43 Años	Ámbito	HOSPITALIZACIÓN
Alergias					
Proceso	CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA Consultas externas				
Area de Salud	Area 10				
Fecha Ingreso	21/08/2015 14:20	Control de Enfermería	UEAD		

Formulario: Alta Reanimacion

Tomas:

Fecha de la toma: 24-ago-2015 20:50

Indicadores	Observaciones
Diagnostico principal	colectectomía laparotomía + colangiografía intraoperatoria bajo anestesia general balanceada
Intervención	colectectomía laparotomía + colangiografía intraoperatoria bajo anestesia general balanceada
Anestesia	General IV
Estado de Conciencia	Alerta
Dolor Escala Analógica de Valoración	0
Dolor localiz., duración y caract.	No refiere
Soporte O2	Sin aporte
Apósito	Limpio, leve resto sanguinolento rotulado
Náuseas	NO
Vómitos	No
TAS	135
TAD	87
FC	63
Temperatura	35,7
SpO2	100
Catéter Venoso 1 Tipo	Periférica
Catéter Vesical Tipo Número	Foley Nº14
Fecha Inserción Catéter Vesical	24/08/2015
Drenaje 1 Tipo Localización y Aspecto	Blaka con vacío con débito serohemático escaso
Drenaje 2 Tipo Localización y Aspecto	Tipo Kehr con débito bilioso
Sueroterapia dosis y hora	Suero RL
UI de IRag en SRT	No practica
Analgesia vía-dosis-hora	Enantyum IV a las 19.00h Metamizol IV a las 21.00h

ANEXO 7

FORMULARIO VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO:

<p>Hospital Infantil Cristina Comunidad de Madrid</p> <p><small>Avda. 9 de junio, n.º 2 28987 - Parla</small></p>	INFORME FORMULARIO
---	---------------------------

Puntos Norton Movilidad	2
Puntos Norton Total	14
Clasificación Riesgo UPP	Riesgo Evidente
UPP al Ingreso	No
Riesgo UPP	Si
Heridas al ingreso	No
Observaciones heridas y úlceras	upp en sacro grado II
Caldas Previas	No
Medicamentos	Hipotensores (no diuréticos)
Deficits Sensoriales	Alteraciones auditivas
Estado Mental	Orientado
Deambulación	Segura con ayuda
Puntuación	2
INTERPRETACION	Bajo Riesgo
Existe riesgo de caída	No
Alimentación Barthel	(a) Independiente
Aseo personal Barthel	(b) Necesita ayuda
Baño Barthel	(b) Necesita ayuda
Control anal Barthel	(a) Sin problemas
Control Vesical Barthel	(b) Algún accidente
Desplazamiento silla-cama Barthel	(b) Necesita mínima ayuda
Desplazamientos Barthel	(b) Necesita ayuda
Manejo en el Inodoro Barthel	(a) Independiente
Subir escaleras Barthel	(b) Necesita ayuda
Vestirse Barthel	(b) Necesita mínima ayuda
Puntos Barthel Alimentación	10
Puntos Barthel Aseo Personal	0
Puntos Barthel Baño	0
Puntos Barthel Control Anal	10
Puntos Barthel Control Vesical	5
Puntos Barthel desplazamiento silla-cama	10
Puntos Barthel Desplazamientos	10
Puntos Barthel Manejo en el Inodoro	10
Puntos Barthel Subir Escaleras	5
Puntos Barthel Total	60
Puntos Barthel Vestirse	0
Dolor	Crónico
EVA	7
Localización y tipo de dolor	En Upps, durante las curas
Catéter Venoso 1 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 1 - Calibre y Localización	Abocath n°20 MSD
Fecha Inserción Catéter Venoso 1	30/11/2010
Catéter Venoso 2 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 2 - Calibre y Localización	tyery
Fecha Inserción Catéter Venoso 2	15/08/2010
Catéter Venoso 3 Tipo	Catéter tunelizado
Catéter Venoso 3 - Calibre y Localización	tyere
Fecha Inserción Catéter Venoso 3	15/08/2010

<p>Avda. 9 de junio, nº2 28961 - Parla</p>	INFORME FORMULARIO
--	---------------------------

Ostomía Urinaria	Urostomía
Catéter Vesical	Trasuretral
Tipo dispositivo o bolsa	erty
Catéter Vesical Tipo Número	Silicona 3 luces PERMANENTE
Fecha Inserción Catéter Vesical	30/11/2010
Sonda Enteral	Nasogástrica
Sonda enteral Tipo y Número	Salem 18
Fecha Inserción Sonda Enteral	18/11/2010
Traqueostomía	No
Número Canula	8
Catéter Epidural	No
Fecha Inserción Catéter Epidural	16/08/2010
Ostomía Intestinal	colostomía
Tipo de dispositivo o bolsa	Cerrada
Observaciones sondas y catéteres	eryst
Drenaje 1 Tipo Localización y Aspecto	exu-drain izquierdo
Cantidad Drenado 1	20.0
Drenaje 2 Tipo Localización y Aspecto	ery
Cantidad Drenado 2	50
Drenaje 3 Tipo Localización y Aspecto	ety
Cantidad Drenado 3	25
Drenaje 4 Tipo Localización y Aspecto	rtb
Cantidad Drenado 4	45
Observaciones drenaje	xxx
Motivo de Ingreso	Neumonía
Antecedentes Personales	HTA DMNID OBESIDAD
Tratamientos actuales	Antidiabéticos orales (diabem 1-0-1) Antihipertensivo (Enalapril 1-0-0)
Fumador-a	(a) No fumadora
Bebedor-a	(b) Bebedor ocasional
Otros Hábitos Tóxicos	g/g/g
Nota de Ingreso	Ingresó procedente de Urgencias
Patrón 1	Alterado
Intolerancias Alimentarias	no
Dieta Habitual	diabética \$\$
Dieta Ingreso	Blanda diabética \$\$
Dentición-Estado Mucosa Oral	Falta de piezas dentales
Protesis dental	No
Disfagia	aaa
Náuseas	SI
Vómitos	Alimenticio
Variación de peso	SI
Higiene Adecuada	SI
Patrón 2	Alterado
Patrón Intestinal Habitual	Estreñimiento
Patrón Intestinal Actual	Estreñimiento

 <p>Hospital Infantil Craxina SaludMadrid Comunidad de Madrid Avda. 9 de junio, n.º 2 28961 - Parla</p>	INFORME FORMULARIO
--	---------------------------

Incontinencia Intestinal	No
Fecha Última Deposición	31/01/2011
Características de las Heces	Normales
Patrón Urinario Habitual	Incontinente de esfuerzo
Patrón Urinario Actual	Incontinente de esfuerzo
Características de la Orina	a) Normal
Observaciones eliminación	bbb
Patrón 3	Normal
Tos	Productiva
Secreciones	Mucoso
Disnea	de Esfuerzo
Expectoración	Efectiva
Tipo Respiración	xxx
Deambulación: ayudas técnicas	No
Limitaciones Fisiológicas	Disnea de mínimos esfuerzos
Observaciones	xxx
Patrón 4	Normal
Patrón Habitual	Normal
Patrón Actual	Normal
Precisa Medicación	No
Medidas de protección	Barandillas
Patrón 5	Normal
Alteración Visual	No
Protesis Visual	No
Alteración auditiva	Hipoacusia leve
Protesis Auditiva	No
Otras alteraciones de los sentidos	xxxxx
PSQ_NIVEL_CONCIEN	Apático
Orientado	No
Estado de Agitación	a) Tranquillo
Riesgo de Lesión Psiquiatría	otra
Sujeción mecánica	No precisa
Patrón 6	Alterado
Trastorno Imagen corporal	Sentimientos negativos hacia el cuerpo
Situación Laboral	Jubilado
Convivencia Habitual	Vive con familia
Apoyo Familiar-Social	SI
Especificar apoyo	xxxxxxx
El Paciente es cuidador principal	No
Patrón 7 y 8	Normal
Alteraciones sexualidad-repro	xxxxxxx
GAV	xxxxxxx
Observaciones	xxxxxxx
Patrón 9	Normal
Estado Anímico	xxxxxxx
Fase adaptación a la enfermedad	Aceptación
Patrón 10	Normal
Antecedentes culturales	xxx

 Hospital Infantil Cristina Comunidad de Madrid Avenida 9 de junio, nº.2 28981 - Parla	INFORME FORMULARIO
---	---------------------------

Precisa asistencia religiosa	No
Religion valores pueden entrar en conflicto con la asistencia	No
Patron 11	Normal