

## 1. OBJETIVO

Establecer el plan de cuidados de enfermería que requiere el paciente de acuerdo a las indicaciones medicas establecidas en la valoración inicial del estado de salud; con el fin de brindar cuidados eficientes y seguros y logrando ocasionar el menor daño posible y la recuperación del paciente

## 2. ALCANCE

El procedimiento incluye a todo paciente que ingrese a la institución para la instauración de un tratamiento y/o realización de un procedimiento y requiera de la interacción para el tratamiento de la patología y recuperación del paciente. Incluyendo los servicios de hospitalización 2º 3º y cuarto piso, unidad de hematooncología, unidades de cuidados intensivos, especiales adultos, urgencias y cirugía.

## 3. DEFINICIONES

**Kárdex de enfermería:** formato donde se condensa la información del paciente, tratamientos y los diferentes cuidados de acuerdo con el estado de salud actual, constituye la guía para el desarrollo de las actividades de enfermería.

## 4. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

### Precauciones

- Para el diligenciamiento de este documento se debe tener en cuenta las ordenes medicas prescritas por el medico tratante y/o especialista que esta a cargo del paciente.
- Debe estar disponible para ser consultado todas las veces que sea necesario por todo el equipo de salud involucrado en el cuidado del paciente y será responsabilidad del personal de enfermería y auxiliar la conservación del buen estado de estos, para tal fin, se dispone de un bolsillo plástico para guardarlo, este bolsillo esta perforado lo que permite su anillado en un fólder de pasta dura.
- Este formato es diligenciado por la Enfermera Jefe de los servicios asistenciales, al ingreso de un paciente a la institución cuya estadía vaya a ser en calidad de hospitalizado en las diversas áreas.
- Se debe llenar con lápiz con el fin de borrar lo que sea necesario cambiar, facilitando así su actualización. El encabezado donde se consigna la información de identificación del paciente será diligenciado con lapicero.

**4.1 Diligenciamiento del formato:** Para el diligenciamiento del Kardex se tienen presente 8 componentes distribuidos así:

### Página 1

**4.1.1 Encabezado:** Contiene la información personal del paciente.

El encabezado cuenta con los siguientes ítems.

**Fecha de ingreso:** Fecha en la que el paciente es admitido en la institución. Debe ser diligenciado con los siguientes datos: día, mes, año. (DD/MM/AAAA).

**Número de Admisión:** Número con el que se ingresa el paciente al sistema de la institución.

**Paciente:** Nombres y apellidos completos. Verificar que éstos correspondan con el documento de identidad del paciente.

**Identificación N°:** Número de identificación del paciente. Este puede ser: Cédula de Ciudadanía (CC.), Tarjeta de Identidad (TI.), Número Único de Identificación Personal (NUIP), Registro Civil (R.C.) etc.

**Diagnóstico:** Impresión diagnóstica del paciente emitida por el médico que lo evalúa. Procedimiento quirúrgico al que es sometido el paciente. Este debe ser actualizado continuamente según la evolución médica.

**Médico Tratante:** Nombre y apellidos, especialidad del médico encargado del paciente, al igual que de los médicos interconsultantes.

**Entidad:** Seguridad social del paciente: Empresa Prestadora de Servicio de Salud (EPS), Administradora de Régimen Subsidiado (ARS). Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito. (SOAT)

**Cama N°:** Número de la habitación y/o cubículo en la que se ubica el paciente.

**Teléfonos:** Número telefónico en el que puede contactarse el familiar y/o persona responsable del paciente. Puede ser un número fijo y/o celular. Puede estar comprendido en el área urbana o rural, para lo cual será necesario que se especifique la necesidad de la marcación del número indicativo.

**Edad:** longevidad del paciente. Esta se da en años, meses, o días de vida.

**Peso:** se consigna el dato en kilos o libras según sea el caso.

**Talla:** es el dato de estatura del paciente dada en la unidad de medida expresada en centímetros.

**Superficie corporal:** es el promedio que se relaciona con el peso y la talla del paciente.

**Grupo sanguíneo:** Hemoclasificación y Rh del paciente.

**Alérgico:** Medicamento, alimento u otra sustancia al que el paciente manifieste algún tipo de hipersensibilidad.

**4.1.2 Infusiones Continuas:** Son aquellos fármacos que son administrados de forma continua al paciente como lo son líquidos venosos, medicamentos de soporte vasopresor, inotropico o vasodilatador entre otros.

**Fecha (Día-Mes-Año):** Fecha en la que se inicia la administración del medicamento. Se debe consignar el día, mes y año.

**Infusiones:** nombre del medicamento que se encuentra en infusión continua.

**Vía:** ruta de entrada del medicamento al organismo.

**Velocidad:** se refiere a cuantos centímetros se encuentra pasando el medicamento, ya sea cada hora o cada minuto. (cc/h o cc/min).

**Dosis:** Cantidad a administrar, debe especificar la unidad de medida.

**4.1.3 Medicación:** Se consignan los diferentes medicamentos generales del paciente. Tiene en cuenta 7 criterios.

**Inicia:** Fecha en la que se inicia la administración del medicamento.

**Termina:** Fecha en la que termina la administración del medicamento, bien sea por cambio de medicamento y/o finalización del tratamiento.

**Medicamento:** Nombre del medicamento a administrar. Debe ser el nombre genérico, en caso de ser nombre comercial especificar.

**Vía:** Ruta de entrada del medicamento al organismo. Intravenosa, intradérmica, subcutánea, ótica, oftálmica, tópica, oral, rectal, sublingual, vaginal, entre otras.

**Dosis:** Cantidad a administrar. Debe especificar la unidad de medida.

**Frecuencia:** Número de veces en el día en que se administra el medicamento. Esta dado según el intervalo de horas entre las dosis.

**Horario (7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-1-2-3-4-5-6):** Tiempo, definido en horas; en que se administra el medicamento. Se utiliza el horario militar, este comprende de las 00 horas a las 24 horas.

**4.1.4 Antibiótico:** En esta casilla se consignan todos los antibióticos que se le administran al paciente independientemente de la vía de administración.

**Inicia:** Fecha en la que se inicia la administración del medicamento.

**Termina:** Fecha en la que termina la administración del medicamento, bien sea por cambio de medicamento y/o finalización del tratamiento.

**Medicamento:** Nombre del medicamento a administrar. Debe ser el nombre genérico, en caso de ser nombre comercial especificar.

**Vía:** Ruta de entrada del medicamento al organismo. Intravenosa, intradérmica, subcutánea, ótica, oftálmica, tópica, oral, rectal, sublingual, vaginal, entre otras.

**Dosis:** Cantidad a administrar. Debe especificar la unidad de medida.

**Frecuencia:** Número de veces en el día en que se administra el medicamento. Esta dado según el intervalo de horas entre las dosis.

**Horario (7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-1-2-3-4-5-6):** Tiempo, definido en horas; en que se administra el medicamento. Se utiliza el horario militar, este comprende de las 00 horas a las 24 horas.

**Pasa al reverso. (Página 2)**

**4.1.5 Terapia Respiratoria:** En esta casilla se consignan los datos correspondientes a inhaladores y nebulizaciones.

**Inicio:** Fecha en la que se inicia la administración del medicamento.

**Termina:** Fecha en la que termina la administración del medicamento, bien sea por cambio de medicamento, finalización del tratamiento.

**Medicamento:** Nombre del medicamento a administrar. Debe ser el nombre genérico, en caso de ser nombre comercial especificar.

**Vía:** Ruta de entrada del medicamento al organismo, nebulizado o inhalado.

**Dosis:** Cantidad a administrar. Debe especificar la unidad de medida.

**Frecuencia:** Número de veces en el día en que se administra el medicamento. Esta dado según el intervalo de horas entre las dosis.

**Horario (7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-1-2-3-4-5-6):** Tiempo, definido en horas; en que se administra el medicamento. Se utiliza el horario militar, este comprende de las 00 horas a las 24 horas.

**4.1.6 Soporte Ventilatorio:** En esta casilla se consigna los datos del manejo ventilatorio del paciente, ya sea no invasivo como cánula nasal, ventury, mascara de no rehinalación y ventilación mecánica no invasiva o invasivo como la ventilación mecánica.

**Modo:** es la forma de ventilación del paciente, sea invasiva o no invasiva (cánula nasal, ventury, mascara de no rehinalación y ventilación mecánica no invasiva).

**Frecuencia respiratoria (FR):** son el numero de ciclos respiratorios por una unidad de tiempo, en este caso ciclos por minuto, dato suministrado por el ventilador.

**FIO2:** es la fracción inspirada de oxígeno, aportado por medios no invasivos o por el ventilador.

**Presión soporte:** es un modo ventilatorio asistido, la frecuencia y el volumen dependen del paciente. El volumen corriente depende de la resistencia del sistema y el parámetro que indica el fin de la inspiración es el flujo inspiratorio que se programa, un 25% por debajo del que inicia la inspiración. Es programado en el ventilador.

**Presión positiva la final de la expiración (PEEP):** La presión al final de la expiración debe ser cero, pero de una forma terapéutica o derivada de la situación clínica puede volverse positiva. Permite la reapertura alveolar y el reclutamiento de las áreas colapsadas.

**Volumen corriente o volumen tidal (VC):** Es la cantidad de aire que el ventilador envía al paciente en cada inspiración.

**Presión pico:** Es el valor en cms de H<sub>2</sub>O obtenido al final de la inspiración, relacionada con la resistencia del sistema al flujo aéreo en las vías anatómicas, artificiales y con la elasticidad del pulmón y la caja torácica.

**Relación inspiración/expiración (R I:E):** Es la fracción de cada ciclo dedicada a la inspiración y expiración.

#### 4.1.7 Metabólico Nutricional

**Inicia:** Fecha en la que se inicia la administración del medicamento.

**Termina:** Fecha en la que termina la administración del medicamento, bien sea por cambio de medicamento, finalización del tratamiento.

**Soporte nutricional adicional:** Hace referencia a complementos nutricionales de más que se le suministran al paciente, de forma intermitente.

**Vía:** Ruta de entrada del alimento al organismo, enteral, IV entre otras.

**Dosis:** Cantidad a administrar. Debe especificar la unidad de medida.

**Frecuencia:** Número de veces en el día en que se administra el medicamento. Esta dado según el intervalo de horas entre las dosis.

**Horario:** Tiempo, definido en horas; en que se administra el medicamento. Se utiliza el horario militar, este comprende de las 00 horas a las 24 horas.

#### **Dextrometer/ glicemias:**

Se debe seleccionar la frecuencia con la cual se toman las glicemias al paciente según sea la orden médica.

**Esquema de insulina:** Se consignan los valores según el resultado de dextrometer, ya sea corrección SC o IV, con insulina cristalina o NPH según orden medica.

**Nutrición parenteral total:** Se hace el registro del volumen total de la mezcla, la velocidad en la cual se suministra. Además de consignar los componentes de la misma.

### **Nutrición Enteral**

**Tipo de dieta:** Alimentación que esta indicada para el paciente según: edad, patología, restricciones dietarias, intolerancia del paciente. Preparación para exámenes o restricción de la vía oral por la patología que presenta. Se tiene en cuenta la dieta prescrita por el médico tratante o nutricionista que valora el paciente. Según la patología del paciente se tendrá en cuenta y se debe informar al servicio de alimentación.

**Volumen/toma:** Es el volumen que se le suministra al paciente en caso de tener nutrición en tomas intermitentes.

**Volumen total:** Es el volumen total de la mezcla que se le suministra al paciente.

**Velocidad / infusión:** (cc/h) es la velocidad a la cual se encuentra programada la nutrición enteral.

#### **4.1.8 Cuidados de Enfermería.**

**Fecha (Día-mes-año):** Fecha en la cual se inicia los cuidados de enfermería, se debe consignar el día, mes y el año.

**Atención de enfermería:** Acciones programadas para el cuidado del paciente a partir del estado de salud, su diagnostico y procedimientos realizados.

**Frecuencia:** Numero de veces en el día en que se debe realizar dichos cuidados. Esta dado según el intervalo de horas.

**Asuntos pendientes:** Exámenes e imágenes diagnósticos por realizar, interconsultas pendientes, procedimientos quirúrgicos, etc.

**Medicación habitual:** son aquellos medicamentos que son utilizados de forma rutinaria por el paciente en casa, los cuales en algunas ocasiones no deben ser suspendidos en la hospitalización.

**Antecedentes personales:** son todos aquellos diagnósticos, patologías o procedimientos, entre otros que se presentan en el paciente, también deben incluir los antecedentes familiares.

## **5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA Y REGISTROS.**

Formato Kardex.

**6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>	<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>
001	Marzo 2011	Creación del documento	Coordinadora de Hospitalización	Dr. Gabriel Palacio	Comité de Calidad
002	Octubre 2011	Modificación del formato e instructivo	Coordinadora de UCI Adultos, Asistente de calidad	Dra. Natasha Molina	Comité de Calidad

NO COPIAR