

Nombre:
Apellidos:
N.H.C.:
Fecha nac: Habitación:

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

- Cumplimentar esta página en planta si el paciente está hospitalizado y adjuntarla a la hª de enfermería para su verificación posterior en la unidad de endoscopias
- Cumplimentar esta página en la unidad de endoscopias si el paciente es ambulatorio o de urgencias

Paciente: Hospitalizado Ambulatorio Urgencias

PROCEDIMIENTO: _____ FECHA: _____

CHECK LIST PRE-PROCEDIMIENTO

ALERGIAS:

SI	NO	E.K.G
SI	NO	Pulsera identificativa puesta y verificada (nombre, apellidos y fecha de nacimiento)
SI	NO	Consentimiento informado firmado
SI	NO	Enemas
SI	NO	Solución evacuante administrada
SI	NO	Ayunas
SI	NO	Acompañado
SI	NO	Coagulación y Hemograma reciente
SI	NO	Barrera idiomática
SI	NO	Objetos metálicos retirados. Especificar: <i>En caso afirmativo entregar al acompañante</i>
SI	NO	Esmalte uñas y maquillaje retirados
SI	NO	Prótesis dental retirada. <i>En caso afirmativo entregar al acompañante</i>
SI	NO	Bata de exploración. <i>Dejar ropa interior si es para gastroscopia</i>
SI	NO	Profilaxis antibiótica administrada: _____
SI	NO	Se envía Hª clínica
SI	NO	Canalización VVP nº _____ en MS _____ (preferible MSD)

SIGNOS VITALES CONTROLADOS

T.A: _____ F.C: _____ Tª: _____ B.M.Test s/p: _____ Escala EVA (0-10): _____

ENFERMEDADES ASOCIADAS

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> Anticoagulado/ antiagregado
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> H.B.Próstata

Estado emocional: Tranquilo Nervioso Ansioso Deprimido

¿Ha tomado alguna medicación? SI NO. Especificar:

Otros datos de interés:

Firma enfermera responsable: _____ Código: _____

REGISTRO DE ENFERMERÍA INTRAPROCEDIMIENTO

Verificación de check list (en caso de que el paciente proceda de hospitalización): SI NO

Procedimiento realizado:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Biopsia Hepática |
| <input type="checkbox"/> Polipectomía de colon | <input type="checkbox"/> Mucosectomía |
| <input type="checkbox"/> Gastroscopia | <input type="checkbox"/> Ecoendoscopia |
| <input type="checkbox"/> Rectosigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> Prótesis de colon |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de varices esofágicas | <input type="checkbox"/> Ecoendoscopia Paaf |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis de Varices Esofágicas | <input type="checkbox"/> Enteroscopia |
| <input type="checkbox"/> Quistogastrostomía | <input type="checkbox"/> C.P.R.E |
| <input type="checkbox"/> Prótesis colon | <input type="checkbox"/> Prótesis esófago |
| <input type="checkbox"/> Achalasia | <input type="checkbox"/> Gastrostomía Endos. Perc. |
| <input type="checkbox"/> Dilatación de esófago | <input type="checkbox"/> Dilatación colon |
| <input type="checkbox"/> Colocación sonda _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Envío de muestra a laboratorio (identificar correctamente): SI NO

Intervenciones de enfermería:

- 3160 Aspiración de las vías Aéreas
- 6680 Monitorización de signos vitales
- 6490 Prevención de Caídas
- 6486 Manejo ambiental: Seguridad
- 6540 Control de Infecciones
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5618 Enseñanza: procedimiento y tratamiento
- 5580 Información preparatoria: sensorial
- 2260 Manejo de la sedación
- 0470 Disminución de la flatulencia
- 7820 Manejo de muestras

Medicación administrada (no incluida en el registro de sedación):

Medicación:	Dosis:	Vía:	Hora:	Por orden de:

EVA 0-10 (rectoscopias y colonoscopias):

Observaciones:

Firma enfermera responsable:

Código:

REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL AREA DE RECUPERACION

<p>Hospital Costa del Sol CONSEJERÍA DE SALUD</p> <p>Ctra. Nacional 140, Km. 307 29008 Marbella Tel: 95276 344</p>	<p>REGISTRO DE SEDACIÓN</p>	Apellido 1º.....
		Apellido 2º.....
		Nombre.....
		Cama..... Nº Hª.....

Diagnóstico	Procedimiento	<input type="checkbox"/> Programado
Fecha	Médico	<input type="checkbox"/> Urgente
Edad	Peso	Alergias

Evaluación pre-procedimiento

Presión arterial	Frecuencia cardíaca	SpO ₂	Riesgo: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Riesgo ASA: ① ② ③ ④ ⑤ + ⑥
------------------	---------------------	------------------	---------------------	---------------------------

Registro sedación

Escala de sedación de Ramsay		Medicación	Dosis			
1	Paciente despierto: amigable, agitado o inquieto	(mg) Midazolam (mg) Propofol (microg) Propofol				
2	Paciente despierto: cooperador, orientado, tranquilo					
3	Paciente despierto: somnoliento, responde a órdenes verbales	Lápidos Guía ruidos/VMK				
4	Paciente dormido, responde CON FIRMEZA a un golpe en la glabella o a estímulos auditivos fuertes (voz alta)	Tiempo: ① h 30' ② h 30' ③ h 30' ④ h				
5	Paciente dormido, respuesta TARDÍA a un golpe en la glabella o a estímulos auditivos fuertes (voz alta)	Prueba: Síntesis orofaríngea, Diarrea, Presencia carótida, Palatación				
6	Paciente dormido: ausencia de respuesta	Escala de sedación de Ramsay	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			

Evaluación post-procedimiento

Escala de Aldrete		Hora de llegada	Hora de alta	Escala de Chung		Hora de llegada	Hora de alta
Consciencia	Despierto y orientado	① ② ③ ④	① ② ③ ④	Signos vitales respecto al pre-procedimiento	<20%	① ② ③ ④	① ② ③ ④
	Responde a la llamada				20-40%		
	No responde				>40%		
Actividad motora	4 extremidades	① ② ③ ④	① ② ③ ④	Estado mental y desambulación	Orientado y marcha estable	① ② ③ ④	① ② ③ ④
	2 extremidades				Orientado o marcha estable		
	0 extremidades				Ninguno		
Respiración	Normal	① ② ③ ④	① ② ③ ④	Dolor o náuseas/vómitos	Mínimo	① ② ③ ④	① ② ③ ④
	Difícil				Moderado		
	Apnea o ventilación mecánica				Severo		
Pulsioximetría (SaO ₂)	>92% con aire ambiente	① ② ③ ④	① ② ③ ④	Sangrado	Mínimo	① ② ③ ④	① ② ③ ④
	>92% con O ₂ suplementario				Moderado		
	<92% con O ₂ suplementario				Severo		
Circulación	PAM <25% respecto basal	① ② ③ ④	① ② ③ ④	Regista y diarrea	Ha tolerado líquidos vía oral y ha orinado	① ② ③ ④	① ② ③ ④
	PAM 15-30%				Ha tolerado líquidos vía oral y ha orinado		
	PAM >30%				Ninguno		
Dolor	Mínimo	① ② ③ ④	① ② ③ ④	SUMA TOTAL		① ② ③ ④	① ② ③ ④
	Moderado			10			
	Intenso						
Batas	No vómitos, náuseas leve	① ② ③ ④	① ② ③ ④	Pacientes con puntuación >12 preparados para el alta		① ② ③ ④	① ② ③ ④
	Vómitos o náuseas ocasionales			Pacientes con puntuación >9 preparados para el alta			
	Vómitos o náuseas persistentes						

Evolución/incidencias:

Hora alta:	Enfermera n° identificación:	Facultativo n° identificación:
------------	------------------------------	--------------------------------

Intervenciones de enfermería:

- 6486 Manejo ambiental: Seguridad
- 6680 Monitorización de signos vitales
- 6490 Prevención de Caídas
- 5510 Educación sanitaria

Signos vitales:

T.A : _____ F.C : _____ Tª : _____ B.M.Test s/p: _____ Sat Oxígeno: _____

EVA:



0-1-2



3-4



5-6-7



7-8



9-10

Se entrega protocolo/ recomendaciones post-procedimiento de:

- Biopsia hepática
- Ligadura de varices esofágicas
- C.P.R.E
- Otro (especificar):
- Polipectomía de colon
- Esclerosis de varices esofágicas
- Gastrostomía endos. Percutánea

Rx abdomen realizada SI NO

Paciente/familia informada SI NO

Verificación identidad del paciente (con paciente y enfermero receptor): SI NO

Destino: planta urgencias alta domiciliaria

Observaciones:

Firma enfermera:

Código: