

RECIBO Y ENTREGA DE TURNO



<https://images.app.goo.gl/BGqPCrN3kdo3ZtDP9>

Claudia Helena Baena Arcila
Docente Cuidado básico

Definición

Proceso **oral** sobre cada paciente, ayudado por un **registro escrito** el cual debe ser **preciso, claro y detallado**, incluye:

- ⦿ Estado del paciente
- ⦿ Procedimientos realizados y pendientes
- ⦿ Tratamientos especiales
- ⦿ Exámenes
- ⦿ Situación de la unidad



<https://images.app.goo.gl/937g4thRLh6H5B6x5>

<https://www.youtube.com/watch?v=eTEENWPvH5s>



Objetivos

- Asegurar la continuidad del cuidado de enfermería.
- Mantener informado a todo el personal de enfermería de lo acontecido al paciente durante el turno.
- Analizar el estado del paciente y su evolución.
- Mantener los registros e informaciones necesarias para cualquier fin administrativo y legal
- Informar acerca de la verificación y existencia de equipos. Informar acerca de actividades especiales durante su Turno. Satisfacer las necesidades objetivas y subjetivas del usuario.



<https://images.app.goo.gl/m4UaoeAsqT3QxMGP6>



- Elaborar detalladamente los registros de la historia clínica: notas de enfermería, hoja de signos vitales, hoja de tratamiento, balance de líquidos, tarjeta de medicamentos, glucometrías, oxígeno y entre otros.
- Revisar los pacientes para confirmar su estado.
- Evitar comentarios que puedan intranquilizar al paciente.
- Se debe realizar inventario de los elementos, equipos de curación, carro de signos vitales, carro de paro, carro de medicamentos, etc.
- El personal que recibe turno debe preguntar las dudas en relación con el estado del paciente.
- Se debe realizar en lenguaje técnico.
- Las observaciones especiales y tratamientos deben ser revisados y constatados cuidadosamente.
- La persona que recibe turno debe ser puntual y tomar apuntes. La persona que va a entregar, debe estar lista a la hora exacta.
- No debe haber presencia de familiares.

Clasificación de la entrega de turno

Existen 3 tipos de entregas de turno

1. Revista
2. Equipo
3. Combinada



<https://images.app.goo.gl/Zpqzv4RtHB8F8DW58>



En equipo: El personal de enfermería se reúne en un lugar determinado.

VENTAJAS:

- Todo el equipo de enfermería conoce al paciente con su diagnóstico, tratamiento médico, necesidades, exigencias del paciente y las acciones de enfermería.
- El equipo puede discutir en conjunto, situaciones del paciente para llegar a una acción que le sirva de apoyo.



DESVENTAJAS:

- Al reunirse el equipo de enfermería en un sitio especial los pacientes quedan solos.
- El estado del paciente puede cambiar durante este tiempo.
- No se puede corroborar la información proporcionada sobre el paciente.
- No se pueden revisar los equipos, fechas de vencimientos, drenajes, sondas, piel del paciente, accesos vasculares, etc.



<https://images.app.goo.gl/u1MNRMDCVVgjnbi36>



En revista: Es el recorrido que hace el personal de enfermería viendo a cada uno de los pacientes.

- VENTAJAS:**
- El informe que se da es más exacto, por la observación y corroboración directa con el paciente.
 - Se puede identificar otras necesidades del paciente.
 - El paciente no se siente solo.
 - El personal y el paciente llegan a conocerse más.

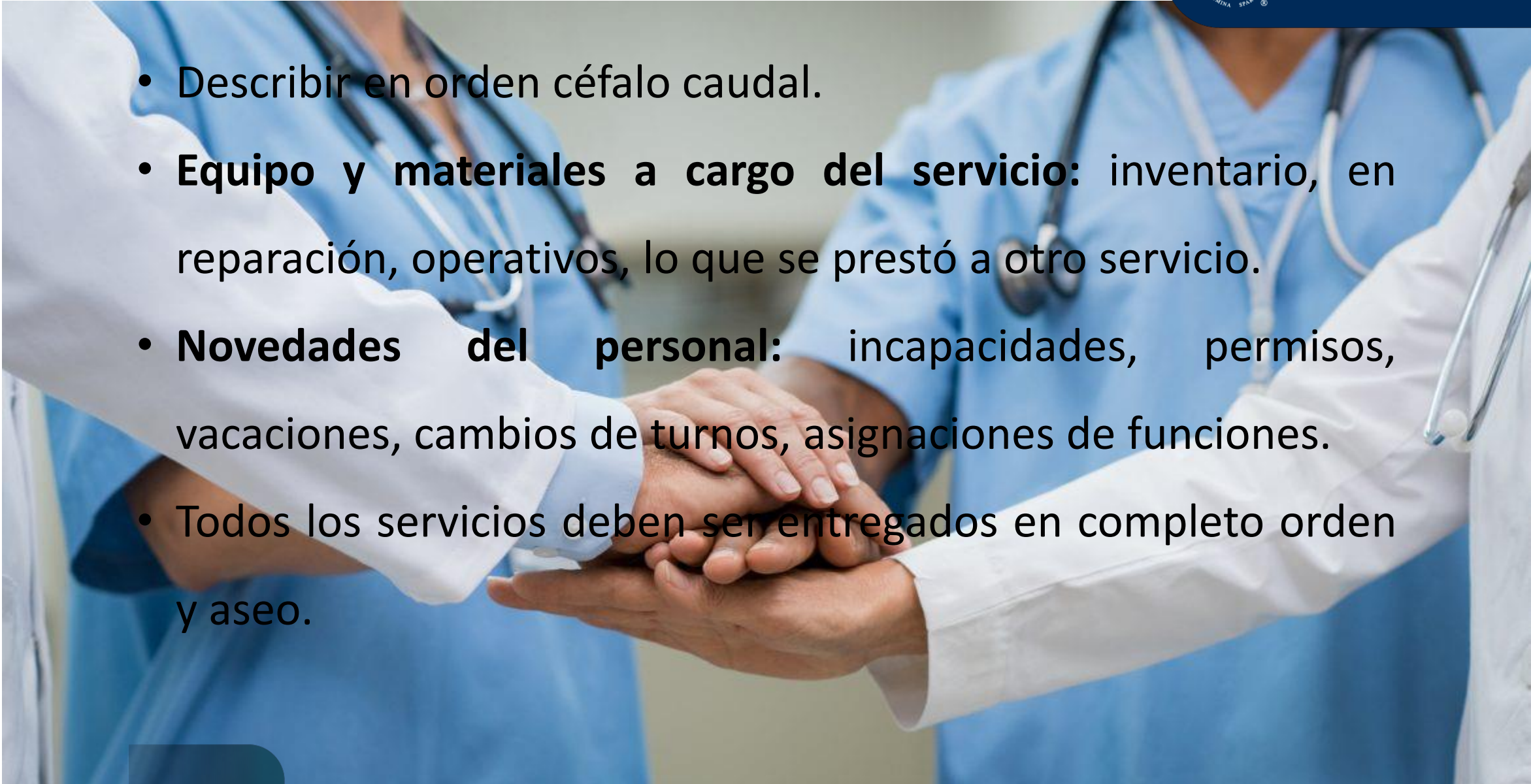
- DESVENTAJAS:**
- Las palabras técnicas producen ansiedad al paciente.



Qué debe incluir

- **Información general:** nombre, edad, diagnóstico médico, dieta, días de hospitalización, signos vitales, cambios de posición.
- Cómo paso el paciente durante el turno.
- **Qué procedimientos se le realizaron:** muestras de laboratorio, EKG, TAC, RX, lavados, curaciones. Etc.
- **Tratamiento médico:** medicamentos, vía y día de tto antibiótico.
- **Informar pendientes:** ejemplo: exámenes de laboratorio, imagenología, ecografías, interconsultas, trámites administrativos.





- Describir en orden céfalo caudal.
- **Equipo y materiales a cargo del servicio:** inventario, en reparación, operativos, lo que se prestó a otro servicio.
- **Novedades del personal:** incapacidades, permisos, vacaciones, cambios de turnos, asignaciones de funciones.
- Todos los servicios deben ser entregados en completo orden y aseo.



KARDEX DE ENFERMERÍA		Formato:
		Página 1-2
Nombres:		Cama:
Diagnostico:	Edad:	Grado:
	Fecha de ingreso:	
Dirección:	Teléfono	
Dieta:		Oxígeno:
Interconsultas:		Apoyos diagnósticos
Tratamiento farmacológico:		

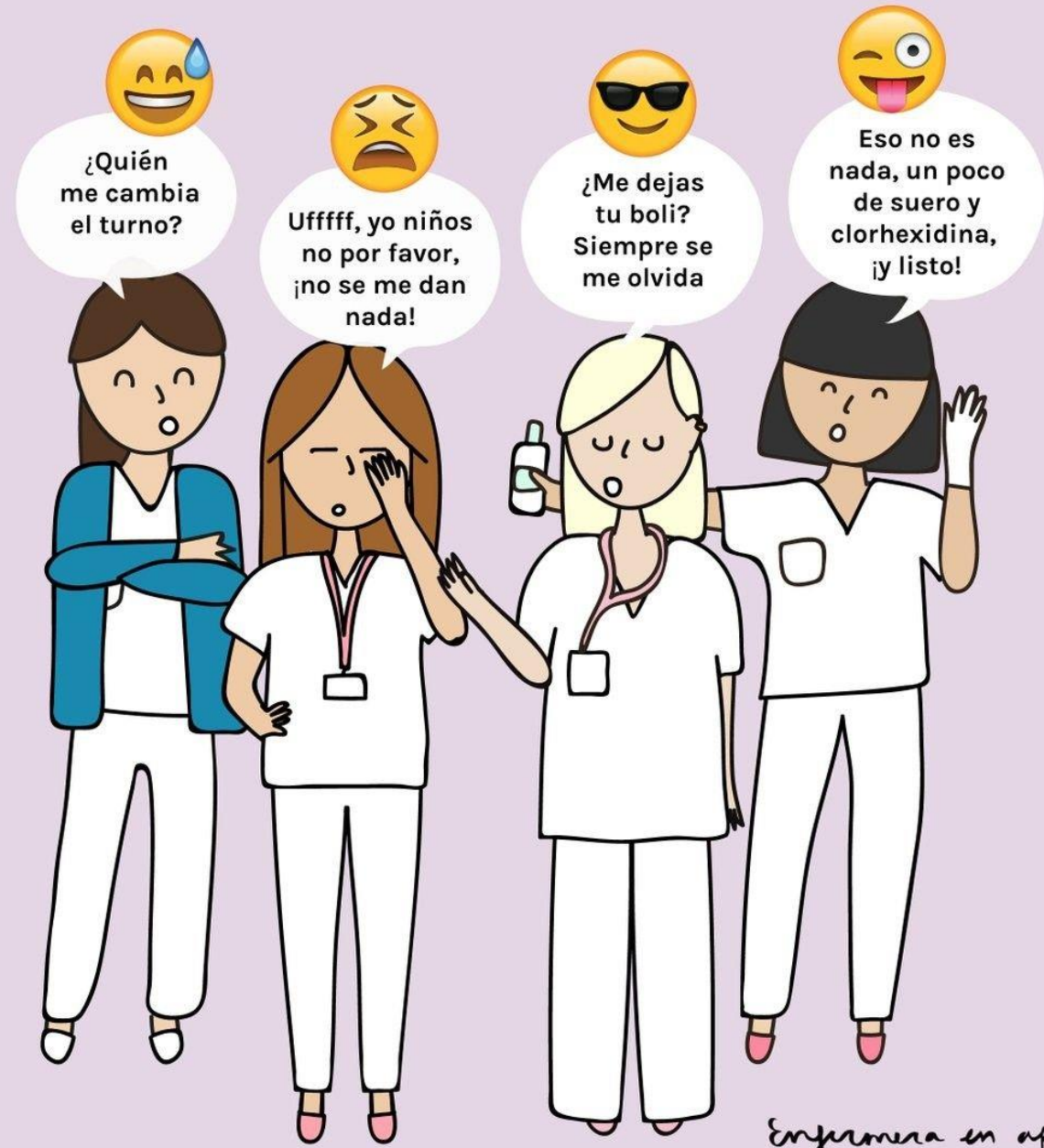
Kárdex de Enfermería

Kárdex de

Generalmente se utiliza lápiz para facilitar el borrado y anotar los cambios para actualizarlo. Lo confeccionará la encargada o la enfermera jefa, pero la enfermera responsable de la atención directa también está capacitada para iniciar el registro o actualizar los datos.

El Kardex contiene información relacionada con el plan de cuidados continuado actual del paciente y permite que sea consultado todas las veces que sea necesario, por la practicidad que implica y la disponibilidad.

- Datos biográficos básicos (nombre, edad, sexo).
- Diagnóstico médico principal.
- Órdenes médicas en curso que deben ser ejecutadas por el profesional de enfermería (dieta, actividad, constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).
- Debe ser claro, actual y flexible.
- Medidas tomadas por enfermería, no ordenadas por el médico, para satisfacer las necesidades del paciente (ingesta, posición, medidas de seguridad, medidas para la comodidad, educación, etc.).
- Antecedentes de alergia y precauciones de seguridad utilizadas en los cuidados del paciente.
- Las intervenciones de enfermería deben estar basadas en principios científicos.
- Objetivos de cuidado a corto y largo plazo para lograr metas aceptables.



MUCHAS GRACIAS