

Dossier enfermero en ORION CLINIC

Registro de la actividad clínica en el bloque quirúrgico

Sistemas de Información Enfermería.

EXTRACTO

Nuevas formas de registro de la actividad clínica de la enfermera en el bloque quirúrgico.

DOSSIER ENFERMERO EN EL BLOQUE QUIRURGICO. ORION CLINIC

Nuevas formas de registro de la actividad clínica de la enfermera en el ámbito del área quirúrgica en OC. A continuación se detallan las pautas de trabajo y registro de la actividad clínica a fin de consensuar entre todos los implantadores el mismo mensaje:

En todos los pacientes quirúrgicos (dentro de Orion Clinic) se registrará:

a. LISTA DE TRABAJO QUIRURGICA:

En la lista de trabajo de cirugía se visualizarán los pacientes pendientes de intervenir, tanto programados con parte quirúrgico provisional o definitivo como pacientes de actividad no programada.

También se puede realizar la inclusión de actividad no programada sin necesidad de realizar el parte quirúrgico.

Desde esta lista de trabajo se tendrá acceso al registro de actividad quirúrgica si se es enfermera.

En la lista de trabajo de cirugía se puede buscar por los criterios:

- Definitivos o provisionales o ambos (definitivos y provisionales).
- Estado. Si se selecciona provisionales no se puede buscar por estado.
- Quirófano
- Fecha intervención (se precarga por defecto con la fecha del día actual)
- Turno
- Sección procedencia (se precarga por defecto con la sección del profesional logado)

A la lista de trabajo de cirugía se accede desde el módulo de bloque quirúrgico con perfil enfermera.

Se podrán realizar actividades no programadas, buscando al paciente por SIP o por búsqueda avanzada y click en el botón **Ac. no prog.** Estas se crearán con el estado urgente y tipo de programa ordinario.

b. REGISTRO DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA :

Al acceder como enfermera a un paciente de la lista de trabajo de cirugía se abre el registro de actividad quirúrgica.

El registro de captura actividad quirúrgica se compone de los apartados:

1. **Fecha entrada a quirófano**
2. **Fecha salida de quirófano**
3. **Tipo de anestesia.**
4. **Fecha inicio de anestesia**
5. **Fecha fin de anestesia**
6. Fecha inicio incisión
7. Fecha fin sutura
8. Sección que realiza la intervención
9. Quirófano
10. Duración intervención, campo autocalculado
11. Tipo de actividad (explante, trasplante)
12. Tipo de trasplante, solo se habilita si el tipo de actividad es trasplante.
13. Reintervención
14. URPA: sólo se marcará si el paciente va a ir a URPA.
15. Intervención suspendida
16. Motivo suspensión
17. Profesional suspensión
18. **Participantes**
19. **Procedimientos realizados**, que contiene los campos: sonda vesical, sonda nasogástrica, otros, R.X escopia, R.X Radiografía, A. patológica diferida, A. patológica extemporánea, nº recipientes A. patológica, tipo de apósito o vendaje, bacteriología, recipientes bacteriología, bisturí eléctrico, ubicación placa.
20. **Material, gases y prótesis***
21. **General**, que contiene los campos: tiempo de isquemia, situación del manguito, localización, presión, normotermia, cama en REA, transfusión o autotransfusión, cod. Bolsas, bolsas, tipo de hemoderivado, volumen.
22. **Destino**
23. Cama
24. Observaciones

Para poder confirmar la captura de actividad se tendrán que rellenar los campos obligatorios:

Fecha entrada a quirófano, Fecha salida a quirófano, Tipo de anestesia, Fecha inicio de anestesia, Fecha fin de anestesia, Diagnostico, Procedimiento, Participantes (es obligatorio incluir a la lista de participantes de la intervención al menos el cirujano 1 del servicio de la Intervención, según la configuración del centro y el tipo de intervención, es posible que haya otros profesionales obligatorios) y Destino.

La enfermera puede también introducir el diagnóstico y procedimiento cuando la intervención es urgente, en el resto de los casos vendrá precargado con los indicados en la intervención y no son modificables. Si cuando se realiza el informe quirúrgico se modifica el diagnóstico y el procedimiento, estos se actualizan automáticamente en el registro de actividad quirúrgica.

El botón partos se habilita cuando la paciente tiene un registro de parto abierto. Al pulsarlo se accede directamente al registro del parto, alumbramiento y neo/mortinatos, pudiendo firmar desde aquí el informe del parto.

Si en la captura de actividad se marcar el check de URPA, al confirmar el paciente automáticamente aparece en la lista de trabajo de la URPA.

***NOTA:** *Material, gasas y prótesis.*

- Material de esterilización: introducción con lector de código de barras, marcando la opción código de esterilización.(Existe la posibilidad de hacerlo de forma manual).
- Gasas, torundas, compresas, etc...: Introducción manual del contaje en el apartado correspondiente.
- Prótesis y otro material implantable :
 - Impresión del informe externo **“hoja de control de material quirúrgico”**: En este documento la enfermera pegará las etiquetas del material implantable. Remitir este documento al circuito establecido para la digitalización en la historia clínica.
 - Descripción en el apartado de prótesis. Material de osteosíntesis.

c. CHECKLIST:

1. Anestesia general:

El checklist es un cuestionario de seguridad OMS sobre la intervención, cada profesional (cirujano, enfermera, anestesiólogo) realizará su parte de la checklist y guardará su información.


El checklist no se firma, se guarda por partes.

Aunque cada profesional rellene una parte del checklist, el informe final que se añade a la historia del paciente es un único informe que engloba los resultados insertados por los tres profesionales.

Cada parte contiene sendas preguntas o apartados en los que cada profesional debe seleccionar una de las respuestas, a modo de encuesta. Además se pueden añadir los participantes:

- Parte I – Antes de la inducción: enfermera-anestesiólogo
- Parte II – Antes de la incisión: enfermera-anestesiólogo-cirujano
- Parte III – Antes de la salida: enfermera-anestesiólogo-cirujano

También se muestran los datos de última modificación: la fecha y el nombre del último usuario que guardó el informe. Si el usuario es el mismo, se mostrará en gris.

Para poder guardar un parte será obligatorio marcar todas aquellas respuestas con el símbolo y al menos un profesional (el que guarda la parte). Las respuestas precedidas de son opcionales. Cuando esté guardado un apartado se indicará con el símbolo  en la cabecera del mismo.

El checklist se visualizará en la historia si los tres bloques del informe están cumplimentados y guardados, el informe será accesible desde:

- El visor de historia clínica, Otros informes – Quirúrgicos

- Mostrar el episodio actual, Informes

El formato en el que aparecerá el acceso es: dd-mm-aaaa/sección/nombre del informe.

2. Anestesia local:

Para poder registrar el checklist en una cirugía con anestesia local habrá que entrar en → Informes → Informes externos → checklist local. Es importante recordar que hay que clicar en añadir contenido del informe puesto que si no, no se incluye el contenido de este informe diseñado para el checklist de anestesia local de elaboración adhoc. Se pulsa dos veces: una para el título y otra para el contenido propio del informe.

Nota: Este registro requiere firma digital para su inclusión en la historia clínica.

d. LISTA DE TRABAJO URPA:

En la lista de trabajo de URPA aparecen los pacientes intervenidos que se encuentran en la unidad de recuperación post-anestésica (URPA), es decir pacientes con contacto URPA activo.

Se accede desde el menú Mi sección – Lista URPA. A esta lista tienen acceso los médicos, los anestesistas y **enfermería**.

A continuación se van a explicar las distintas formas de paso que hay para que el paciente aparezca en esta lista.

1. Añadir directamente al paciente desde la lista de trabajo de URPA.

El **Añadir** se utiliza para incorporar pacientes al listado que no vienen de quirófano, sino que su origen es, por ejemplo, REA, técnicas de endoscopias, angiografía digital intravenosa de sustracción (DIVAS), etc. Estos pacientes se asociaran al contacto URPA.

2. A través de la captura de actividad quirúrgica al marcar el check de URPA y confirmar.

En el caso de insertar el paciente desde la captura de actividad quirúrgica, el funcionamiento será el siguiente al confirmar la captura:

- Se inhabilitará el contacto quirúrgico activo.

- Se creará un nuevo contacto URPA con los datos de la captura de actividad (tipo de anestesia, procedimiento, sección).

El paciente tendrá o bien un contacto quirúrgico activo, o un contacto URPA pero no ambos a la vez.

3. A través de la lista de trabajo de urgencias, **seleccionando la ubicación URPA** (este punto estará disponible cuando urgencias sea OC)

Las posibles ubicaciones son: URPA Infantil o Unidad de recuperación

post-anestésica. Después en la **URPA de adultos se ha de detallar el puesto en el que se encuentra el paciente** (Por ejemplo: Pt1-06-Box6 → URPA de la primera planta box 6) ya que tan sólo la enfermera de la URPA conoce el puesto en el que se encuentra el paciente.

e. REGISTROS URPA:

Al acceder a un paciente desde la lista de trabajo de URPA, se accederá directamente al registro de **Evolución de cuidados de enfermería**. La enfermera/o de la URPA utilizará este campo siempre que requiera hacer

cualquier comentario o incidencia del paciente. Hay que tener en cuenta que lo que se registra en este apartado, queda incluido en la historia clínica del paciente y es visible por otros profesionales.

Otros registros:

- a) Constantes URPA.
- b) Diagnósticos enfermeros
- c) Cuidados de enfermería: Utilizando el enlace directo al monitor de prescripción de cuidados de prisma, desde OC.

f. REGISTROS UCSI:

Se trabajará desde la Evolución de cuidados de Enfermería. Se han cargado varias macros para adecuarse al actual registro en papel.

- a. Control Pre quirúrgico: Cargar macro + medicación que se administre en caso de que proceda (Por ejemplo: quimioprofilaxis pre operatoria)
- b. Control Postquirúrgico: cargar macro + medicación que se administre en caso de que proceda.
- c. Estado al alta del paciente: en caso de adulto cargar macro al registro de evolución
- d. Registro de evolución de enfermería: Se recomienda que hasta que el paciente no abandone la UCSI para irse a su domicilio se trabaje guardando los datos y sólo al final se incluya en Historia Clínica.
- e. Registro de constantes.
- f. En caso necesario de derivación de cuidados de enfermería a la Atención Primaria, se recomienda registrar el Informe de continuidad de cuidados. Por ejemplo seguimiento de curas de heridas quirúrgicas por parte de AP.

g. REGISTROS A CUMPLIMENTAR POR LA ENFERMERA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.

a. En quirófano:

i. Antequirófano:

- 1.** Revisión /Administración de la profilaxis antibiótica y su registro en Prisma.
- 2.** Inicio del checklist.
- 3.** Inicio del informe externo: checklist anestesia local, si procede

ii. Intraquirófano:

- 1.** Registro del checklist.
- 2.** Registro actividad quirúrgica.
- 3.** Registro del informe externo- control de material quirúrgico.
- 4.** Registro de evolución de enfermería si procede.

b. En URPA:

- i.** Registro de evolución de enfermería.
- ii.** Gráfica de constantes.
- iii.** Valoración de enfermería tanto al ingreso , como al traslado del paciente a otra unidad (recomendado)
- iv.** Registro de la administración de medicación en PRISMA

c. En UCSI:

- i.** Registro de evolución de enfermería: macros de control prequirúrgico, control postquirúrgico y estado al alta.
- ii.** Registro de constantes.
- iii.** Informe de continuidad de cuidados (pacientes que se deriven AP), si procede.