

# Dossier enfermero en ORION CLINIC

Registro de la actividad clínica en urgencias generales ,pediátricas y obstétrico-ginecológicas.

---

Unidad de Sistemas de Información Enfermería.

Subdirección de Enfermería de Docencia, Calidad e Investigación.

## EXTRACTO

Nuevas formas de registro de la actividad clínica de la enfermera / matrona en urgencias generales, pediátricas y obstétrico- ginecológicas.

# DOSSIER ENFERMERO EN URGENCIAS. ORION CLINIC

---

Nuevas formas de registro de la actividad clínica y terapéutica de la enfermera en Urgencias OC. A continuación se detallan las pautas de trabajo y registro de la actividad clínica y terapéutica, a fin de consensuar el registro de la práctica clínica.

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

## 1. TRIAJE :

- 1.1. El registro de esta actividad se realizará en **DEIMOS**.
- 1.2. Desde la lista de trabajo de OC será visible la prioridad asignada al paciente desde **DEIMOS**
- 1.3. En el apartado de informes de la historia clínica de OC se podrá consultar el informe de triaje registrado en **DEIMOS**.

## 2. LISTA DE TRABAJO DE URGENCIAS:

Se muestra la lista de trabajo de enfermería, filtrada automáticamente por la sección del usuario.

2.1. **Filtros:** El listado se muestra filtrado directamente por la sección del usuario que accede. Se puede hacer una búsqueda distinta o refinarla.

2.1.1. Los criterios de búsqueda son: estado, ubicación, triaje, médico, sexo, enfermera, sección y grupo. También se puede seleccionar que se muestren pacientes con evoluciones sin incluir en la historia y pacientes con edad pediátrica (menores de 15 años, en color azul).

2.2. **Listado:** El listado muestra los pacientes ingresados en urgencias que coinciden con los criterios de búsqueda.

2.2.1. Al pulsar sobre un paciente, se carga su información básica en el bloque de datos del paciente y otros datos relevantes del episodio en la parte inferior de la parte central.

2.2.2. La información que ofrece el listado de pacientes por columnas es la siguiente:

- Estado
- Triage .
- Hora de admisión.

- Alerta: Hay definidos tres perfiles de alertas. Cada uno identificado con el icono correspondiente. Tras seleccionar el paciente se activa en la parte inferior el botón “ALERTA”, el cual nos mostrará con detalle las intervenciones de enfermería a realizar según los protocolos establecidos.
  1. Sepsis
  2. Ictus.
  3. Dolor torácico.
- **Tratamiento:** Nos indica si hay administraciones pendientes para el turno o no.
- Ubicación.
- Médico asignado.
- Rx: Muestra si tiene o no solicitudes pendientes.
- Interconsultas: Si la interconsulta se realiza desde OC , se mostrará el estado de esta/ estas en el listado.
- Otros.

### **2.3. Acciones imprescindibles a realizar en la lista de trabajo de urgencias:**

**2.3.1.** Seleccionar en **Filtros** la ubicación; ya que si no se selecciona no se activarán los botones de “ **Confirmar llegada** ” y “ **Confirmar Salida**”(excepto en Nivel 1)

- **¡¡IMPORTANTE!!:** Siempre que el paciente salga del área de urgencias de forma definitiva (alta a domicilio o traslado a unidad de hospitalización) seleccionar “**Confirmar Salida**”. Para que el paciente salga del listado de urgencias. En el caso del ingreso en planta se debe realizar antes de que el paciente abandone el área de urgencias, para no interferir en circuito de continuidad.

### **2.4. Otras acciones que se pueden realizar con los pacientes desde la lista de trabajo de urgencias.**

- 2.4.1. Asumir: Se pueden asumir varios pacientes a la vez seleccionándolos mediante las casillas de la izquierda.
- 2.4.2. Hoja de administración: Permite la visualización de la hoja de administración y se puede imprimir.
- 2.4.3. Informe de dietas.
- 2.4.4. Intervenciones: se previsualiza el listado de intervenciones de enfermería programadas para el paciente.

- 2.4.5. Registrar que se ha informado a los familiares.
- 2.4.6. Modificar ubicación.
- 2.4.7. Acceder a la historia clínica del paciente.
- 2.4.8. Imprimir listado de pacientes.
- 2.4.9. Tratamiento: Indica el estado del tratamiento.

### **3. REGISTROS MÍNIMOS SEGÚN UBICACIÓN /SECCIÓN ASIGNADA AL PACIENTE.**

#### **3.1. NIVEL 1, NIVEL 2 Y OBSERVACIÓN DE URGENCIAS GENERALES Y PEDIÁTRICAS.**

##### **a. EVOLUCIÓN DE CUIDADOS ENFERMERÍA:**

- i. Se realizará al menos 1 evolución de cuidados por parte de la enfermera responsable del paciente en el turno. Por tanto por cada turno que el paciente este en urgencias al menos existirá en la historia clínica del paciente una evolución de cuidados incluida en la historia. **NOTA:** En el nivel 1 se aplicará en los casos en los que la enfermera aplica cuidados de enfermería.
- ii. Si el paciente es atendido por dos enfermeras en el turno debe existir un evolutivo de cuidados por enfermera.
- iii. En el evolutivo de cuidados estará presente al menos un comentario de la enfermera sobre el estado del paciente y las constantes tomadas en dicho turno (se registrarán en gráfica y así de forma automática OC lo incorporará al evolutivo)

**NOTA PARA NIVEL 2:** Para facilitar la cumplimentación de este apartado están disponibles las *Macros en OC.*( ver tutorial web formación)

- iv. La enfermera comprobará antes de acabar el turno de trabajo que no se deja ningún evolutivo de cuidados sin incorporar en la Historia Clínica.

##### **b. REGISTRO DE CONSTANTES:**

- i. La introducción de constantes se puede realizar directamente desde la lista de trabajo o desde dentro de la historia clínica del paciente. En ambos casos aparecerán en el evolutivo de cuidados de forma automática.

- ii. El registro de constantes genera un registro de constantes, para que otros profesionales puedan copiarlas en sus informes.

**c. HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO/REGISTRO DE INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN:**

Esta documentación se imprimirá, para el paciente que se va de alta, a su domicilio o a otros centros, según el circuito pendiente de establecer por el servicio.

**d. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS:**

- i. Se realizará en el momento del alta del paciente. En los casos siguientes:

- a. Lesiones cutáneas.
- b. Paciente portador de catéteres, sondas, etc...
- c. Paciente complejo.
- d. Inmovilizaciones y yesos.
- e. A criterio de la enfermera de urgencias.

- ii. Los mínimos a cumplimentar en el ICC en ORION CLINIC son los mismos que se estaban cumplimentando en los contactos SIA:

1. Resumen del episodio: destacando cuál fue el motivo del ingreso. Así como lo relevante para los cuidados acontecido durante el ingreso.
2. En los siguientes casos será necesario incluir las recomendaciones al alta, pudiendo utilizar las *macros* disponibles en OC a tal efecto.
  - a. Lesiones cutáneas.
  - b. Paciente portador de catéteres, sondas, etc...
  - c. Inmovilizaciones, yesos...
  - d. Paciente complejo.
3. Recomendaciones al alta, dirigidas:
  - a. O bien al paciente / cuidador en caso de que sean necesarias
  - b. Enfermera del centro de salud u otros centros asistenciales.
4. Identificación del cuidador con el teléfono de contacto.
5. Identificación de la unidad hospitalaria y su teléfono de contacto.

- iii. Este informe puede ser firmado por varias enfermeras en caso de que proceda.
- iv. Si fuera necesario imprimirlo, existen dos modalidades:
  - 1. **Informe completo:** Se recomienda previsualizarlo antes de su impresión; ya que aparecerán como “Independientes” las necesidades no valoradas.
  - 2. **Sólo recomendaciones al alta:** Es el formato recomendado para entregar al paciente/ familia.
- e. **TERAPEÚTICA:** (Ver guía de administración de mediación y prescripción de intervenciones de colaboración).

**NOTA:** En el caso de aquel paciente a cargo de observación de urgencias, cuyo tratamiento esté prescrito en PRISMA, se procederá de forma habitual.

### **3.2. URGENCIAS TOCO-GINECOLÓGICAS: MATRONAS.**

#### **a. LISTA DE TRABAJO:**

Al acceder a la lista de trabajo de urgencias toco-ginecológicas como matrona, encontraremos una diferencia respecto a la lista de trabajo de urgencias generales. En la columna de tratamiento aparecerá el estado del tratamiento y no de la administración, al igual que la vista médico.

#### **b. REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA :**

**3.2.b.1. Registro del parto:** Por defecto al acceder como matrona desde la lista de trabajo de urgencias, se abre el registro del parto para su cumplimentación.

**3.2.b.2. Evolución de cuidados:** En el caso de que se trate de otro tipo de urgencia ginecológica.

- i. Se realizará al menos una evolución de cuidados por parte de la matrona responsable de la paciente en el turno. Por tanto por cada turno que la paciente este en urgencias, al menos existirá en la historia clínica de la paciente una evolución de cuidados incluida en la historia.
- ii. Si la paciente es atendida por dos matronas en el turno debe existir un evolutivo de cuidados por matrona.
- iii. En el evolutivo de cuidados estará presente al menos un comentario de la matrona, sobre el estado del paciente y las constantes tomadas en dicho turno (se registrarán en gráfica y así de forma automática OC lo incorporará al evolutivo).

- iv. La matrona comprobará antes de acabar el turno de trabajo que no se deja ningún evolutivo de cuidados sin incorporar en la Historia Clínica.

**c. REGISTRO DE CONSTANTES:**

- i. La introducción de constantes se puede realizar directamente desde la lista de trabajo o desde dentro de la historia clínica del paciente. En ambos casos aparecerán en el evolutivo de cuidados de forma automática.
- ii. El registro de constantes genera un registro de constantes, para que otros profesionales puedan copiarlas en sus informes.

**d. HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO/REGISTRO DE INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN:**

Esta documentación se imprimirá, para la paciente que se va de alta a su domicilio o a otro centro, según el circuito pendiente de establecer por el servicio.

**e. INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS:**

- i. Se realizará en el momento del alta de la paciente. Según criterio de la matrona , para garantizar la continuidad de asistencial.
- ii. Si fuera necesario imprimirlo, existen dos modalidades:
  - 1. Informe completo: Se recomienda previsualizarlo antes de su impresión; ya que aparecerán como “Independientes” las necesidades no valoradas.
  - 2. Sólo recomendaciones al alta: Es el formato recomendado para entregar al paciente/ familia.

**f. TERAPEÚTICA:** (Ver guía de administración de mediación y prescripción de intervenciones de colaboración).