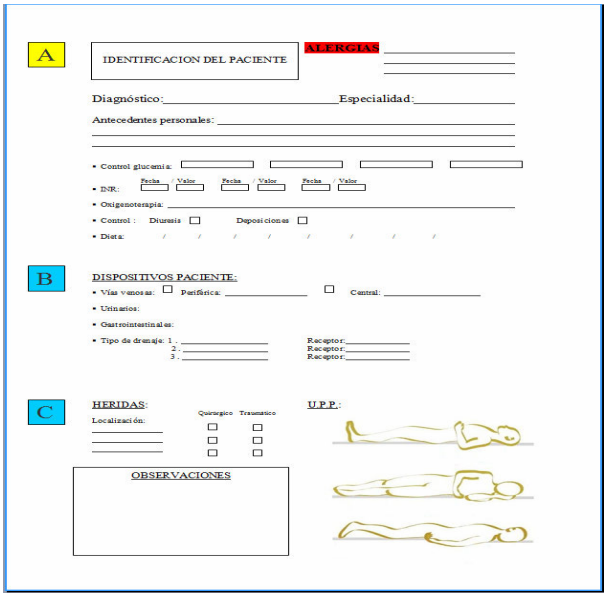
Registro de información básica durante el proceso del paciente quirúrgico

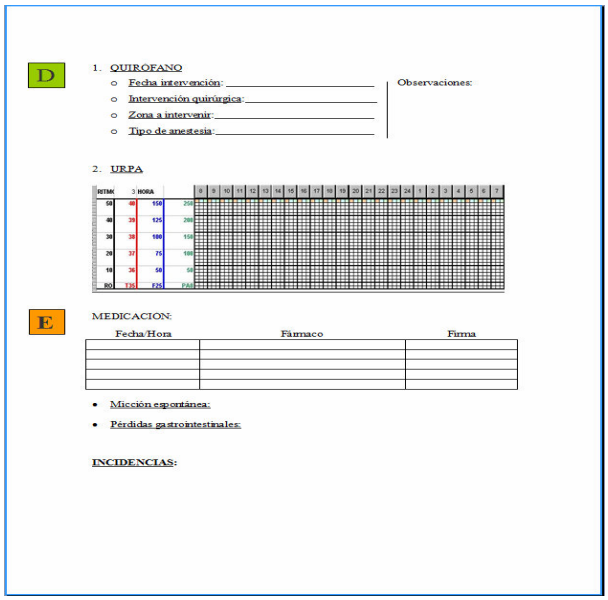
Autores; Navarro Belda, Cristina; López Sánchez, Sandra; Martínez Ranz, Alicia

Introducción:
La comunicación entre los distintos profesionales de enfermería forma un papel importante a la hora de evitar errores y prevenir complicaciones. A través de los diferentes registros se produce un intercambio de información para garantizar la calidad asistencial y asegurar la seguridad del paciente.
Para ello diseñamos un único registro de datos básicos del paciente quirúrgico para enfermería y así facilitar la visión global del paciente durante todo el proceso asistencial.

Objetivos:
- Recoger datos básicos pre, intra y postoperatorios en un único registro que acompañe al paciente a lo largo del proceso asistencial y evitar repetición de datos.
- Registrar la información de forma clara, rápida y concisa.
- Facilitar la continuidad de los cuidados.
- Asegurarse de que la zona y/o lado a intervenir sea el correcto.
- Minimizar complicaciones por la postura y/o movilización de UPP y otras lesiones ya existentes.

Material:


A
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
ALERGIAS
Diagnóstico: Especialidad:
Antecedentes personales:
• Control glucemia:
• INR: Fecha Valor Fecha Valor Fecha Valor
• Oxigenoterapia:
• Control : Diuresis Deposiciones
• Dieta:
B
DISPOSITIVOS PACIENTE:
• Vías venosas: Periférica: Central:
• Urinarios:
• Gastrointestinales:
• Tipo de drenaje: 1. Receptor:
2. Receptor:
3. Receptor:
C
HERIDAS: Quirúrgico Traumático
Localización:
U.P.P.:
OBSERVACIONES


D
1. QUIROFANO
Fecha intervención:
Intervención quirúrgica:
Zona a intervenir:
Tipo de anestesia:
Observaciones:
2. URPA
RITMK 3 HORA
E
MEDICACION:
Fecha/Hora Fármaco Firma
• Micción espontánea:
• Pérdidas gastrointestinales:
INCIDENCIAS:

Técnica:
- **Apartado** A : registrado por enfermera de hospitalización.
- **Apartado** B y C :cumplimentado por cada enfermera en el momento que se produzca la colocación de dispositivo y/o la aparición de úlceras o heridas.
- **Apartado** D : anotado por la enfermera de quirófano. La localización de la zona a intervenir deberá ser registrada por la enfermera de hospitalización y verificada por la enfermera de quirófano.
- **Apartado** E : registrado por la enfermera de URPA.

Bibliografía:

1. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería, Nure Investigación, nº 28, Mayo-Junio 07
2. Cirugía en sitio erróneo ortopédica y traumatología. Estudio de sentencias judiciales y reclamaciones, Fundación MAPFRE Vol. 21 nº 4 Octubre/Diciembre 2010.