

ACTA DE SESIÓN DEL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO DE MAXILOFACIAL Y NEUROQUIRÚRGICO. SESIONES CLINICAS. UCI HRT.

1. PREPARACIÓN BOXES.-

-PREPARAR BOXES AL ALTA DEL PACIENTE

-REPARTO DE BOXES LIBRES POR PROFESIONALES (DUE Y TCAE) A LA ENTRADA DE TURNOS, POR SI LLEGAN PACIENTES INGRESADOS, TENER PERSONAL REFERENTE.

-CONFIRMAR A LA ENTRADA DE TURNO QUE BOXES LIBRES ESTÁN DOTADOS Y FUNCIONANTES LOS MONITORES/RESPIRADORES Y EQUIPAMIENTO ELECTROMÉDICO POR PARTE DEL ENFERMERO Y TCAE REFERENTES.

-RESPIRADORES CON ATC PASADO Y MONTADO POR COMPLETO

- REVISAR FILTRO DE SERVO-I Y LIMPIARLO AL ALTA. SE REPONDRÁN DESDE LOS ARMARIOS DE LAS UNIDADES CUANDO SEA NECESARIO.

-COMPROBAR CORRECTO FUNCIONAMIENTO Y MONTAJE DE AMBÚ Y SISTEMAS DE ASPIRACIÓN

-LIMPIAR Y DESENROSCAR EN CADA ALTA LOS CAUDALÍMETROS DE LOS BOXES

- ANCLAR LOS COLCHONES A LA CAMA.

- EL CAUDALIMETRO Y EL FRASCO LAVADOR DEBE ESTAR SIEMPRE MONTADO Y LISTO PARA USARSE EN CASO DE NECESIDAD DE VENTILACIÓN MANUAL CON AMBU.

- HACER 0 A LA BALANZA PARA PODER PESAR AL PACIENTE A SU INGRESO. ESTE PESO SE DEJA REGISTRADO EN LA GRÁFICA DEL PACIENTE , NOS SERVIRÁ DE REFERENCIA A LA HORA DE PROGRAMAR LAS BOMBAS DE INFUSIÓN CONTINUA DE FARMACOS. SI EL PACIENTE LLEVA MAS DE 20 DIAS SE DEBE VOLVER A PESAR POR SI HA AUMENTADO O DISMINUIDO EL PESO Y RECALCULAR DOSIS.

2. REGISTROS.-

- AL INGRESO DEL PACIENTE REALIZAR :

- VALORACIÓN INICIAL

- PLAN DE CUIDADOS

- CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN EN MÓDULO DE CUIDADOS:

- REGISTRO DE ACCESOS VENOSOS

- ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP (BRADEN)

- ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS (DOWNTON)

- ESCALAS DE DOLOR (EVA O ESCID)

- ESCALA DE SEDACIÓN RICHMOND (FORMATO PAPEL)

-LAS UPP DE PRIMER GRADO NO SE REGISTRAN EN MÓDULO DE CUIDADOS

-LAS UPP QUE APAREZCAN EN LA UNIDAD Y SE REGISTRAN, SE PICAN SOBRE ELLAS EN EL MODULO Y SOBRE ELLAS YA PICADAS, SE EVOLUCIONAN, PERO NO SE AGREGAN UPP NUEVAS...

DIARIAMENTE SE ACTIVARA LA AGENDA AL INICIO DEL TURNO Y SE FIRMARA PARA QUE QUEDEN REGISTRADAS LAS INTERVENCIONES REALIZADAS.

DIARIAMENTE REALIZAR EL REGISTRO DE ACCESOS VENOSOS DE SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DE VÍAS CENTRALES.

- CUMPLIMENTACIÓN DE CHECKLIST DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AL INICIO DEL TURNO. (Debe ser cumplimentado por Enfermero y TCAE)

- REGISTRO DIARIO DEL NUMERO DE DÍAS DE DISPOSITIVOS OBSERVANDO AL PACIENTE NO ARRASTRANDO DEL DÍA ANTERIOR.

LAS SONDAS VESICALES DE LATEX SOLO DURAN 21 DIAS, REVISAR DIARIAMENTE.

LAS SONDAS DE SILICONA SE PUEDEN MANTENER HASTA 90 DIAS.

LAS SNG DE SALEM SON SOLO PARA DRENAR CONTENIDO GASTRICO O LAVADO.

CUANDO SE INICIE LA NUTRICION ENTERAL SE CAMBIARAN POR UNA DE SILICONA.

- LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS, APÓSSITOS DE VIAS, APÓSITOS DE UPP SE CURARAN CADA 48H SIEMPRE QUE ESTEN LIMPIOS Y TENGA COLOCADA LA FECHA, SI NO ES ASI SE HARÁ CADA 24H.

3. TRATAMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

- REVISAR TRATAMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRESCRITOS A LA ENTRADA DEL TURNO PARA EVITAR ERRORES DE ADMINISTRACIÓN.

- AJUSTAR HORARIOS DE MEDICACIÓN TENIENDO EN CUENTA LA QUE SE HA ADMINISTRADO EN QUIROFANO, EN CASO DE PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS.

- COMPROBAR QUE EL PACIENTE TENGA PRESCRITOS LAXANTES Y/O ENEMAS SI MAS DE 48H SIN DEPOSICIÓN . COMUNICARLO AL MÉDICO.

- LA SUJECIÓN MECÁNICA DEBE ESTAR PRESCRITA EN HOJA DE TRATAMIENTO.

- CONTRASTAR LOS PROTOCOLOS DE LAS BOMBAS CUANDO NO ESTEMOS HABITUADOS , CON LOS PROTOCOLOS DE FÁRMACOS DISPONIBLES EN CADA UNIDAD.

- CONTABILIZAR APORTE EN QUIROFANO Y DIURESIS (REFLEJADOS EN HOJA DE ANESTESIA) PARA REALIZAR BALANCES HIDRÓTICOS AJUSTADOS .

4. INGRESO DEL PACIENTE.-

- RETIRAR FIJACIÓN DE T.E.T. DE ADHESIVO DEL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO AL LLEGAR DEL QUIRÓFANO Y SUSTITUIR POR VENDAJE DE HILO.

-RETIRAREMOS VIAS PERIFÉRICAS CUANDO NO SEAN NECESARIAS.

-VALORAR LA NECESIDAD DE UTILIZAR CÁNULA DE GUEDEL EN PACIENTE (SI NO TIENE DIENTES O RELAJADO NO ES NECESARIO). EN TUBOS ENDOTRAQUEALES ANILLADOS SIEMPRE SE COLOCARÁN (MEDIR PRIMERO PARA COLOCAR NÚMERO ADECUADO: DESDE LOBULO DE OREJA A COMISURA BUCAL)

- INFORMAR AL PACIENTE A SU LLEGADA DEL QUIRÓFANO CUANDO SU NIVEL DE CONCIENCIA LO PERMITA, SOBRE LUGAR EN EL QUE SE ENCUENTRA, HORA, DISPOSITIVOS QUE TIENE COLOCADOS... PARA EVITAR EL DELIRIO.

- EN LOS BOXES PARA RECIBIR AL INGRESO (AL IGUAL QUE EN UNA PARADA) DEBE HABER DOS ENFERMEROS: UNO PARA VIA AÉREA, OTRO PARA VIA CIRCULATORIA Y UN TCAE.

- MONITOR Y RESPIRADOR DE TRASLADOS LIMPIARLOS Y CONECTARLOS A RED.

- CABECERO DE LA CAMA EN PACIENTES INTUBADOS SIEMPRE A 30º PARA EVITAR NEUMMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA, SALVO EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR O TRAUMATISMO PELVICO QUE SE ELEVARÁN EN BLOQUE EN ANTITRENDEMBURG.

- COLOCAR CÁPSULAS DE PRESIÓN DE SISTEMAS ARTERIALES EN SOPORTES Y NO SOBRE LOS BRAZOS DEL PACIENTE.

-TCAES DEBEN ESTAR PRESENTES DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE Y DURANTE CUALQUIER TÉCNICA A REALIZAR EN SUS PACIENTES, NO SOLO PREPARAR MATERIAL, (TRAQUEOSTOMIAS, CANALIZACIÓN DE VIAS, COLOCACIÓN DE SENsoRES DE NEUROMONITORIZACIÓN O DVE, DRENAJES TORÁCICOS...)

5. DRENAJES.-

- LOS DRENAJES ASPIRATIVOS SE CONTABILIZARAN A DIARIO A LAS 7H. SE VACIARAN PARA INICIAR LA CONTABILIZACIÓN DIARIA.

- EL DRENAJE SUBGALEAL QUE TRAE EL PACIENTE NEUROQUIRÚRGICO SE RETIRARA A LAS 48H TRAS CONSULTAR AL MÉDICO.

- LOS DRENAJES TORÁCICOS, LOS MEDIREMOS A LAS 20 HORAS TAMBIÉN ANOTÁNDΟ DÉBITO EN CÁMARA DE PLEUREVAC, PARA EVOLUCIONARLOS. NO ES NECESARIO REGISTRO DE DÉBITO EN GRÁFICA, HASTA LAS 7 HORAS PARA CERRAR BALANCE.

6. ALTA DEL PACIENTE.-

- LOS PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS QUE SE VAN DE ALTA AL DÍA SIGUIENTE DE LA INTERVENCIÓN SE LES REALIZARA EL ASEO DIARIO (SALVO QUE EL PACIENTE PREFIERA REALIZARSELO EN PLANTA) Y CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA SI EL APÓSITO ESTÁ MANCHADO.

- COLOCAR CAMISÓN PARA EL TRASLADO PARA PRESERVAR SU INTIMIDAD.
- UNA VEZ QUE SEPAMOS QUE EL PACIENTE ESTA DE ALTA Y TIENE CAMA, AVISAR A LA FAMILIA VÍA TELEFÓNICA PRIMERO A LA SALA DE FAMILIARES (312532/33), SI NO SE LOCALIZARA SE LLAMARA AL TELÉFONO DE CONTACTO FACILITADO Y ANOTADO EN LA GRÁFICA, CON TIEMPO SUFFICIENTE PARA AGILIZAR LOS TRASLADOS Y NO DEMORARLOS EN EL TIEMPO.
- PREPARAR SOBRE CON TODA LA DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE, GRÁFICAS, HOJAS DE TRATAMIENTO Y CUALQUIER DOCUMENTO QUE ESTE EN LA HISTORIA DEL PACIENTE EN SOPORTE PAPEL.
- REGISTRO DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS (ICC) EN FORMATO PAPEL. EL ICC QUE ESTA EN EL MÓDULO DE CUIDADOS SOLO ES PARA EL ALTA A DOMICILIO, SI LO REGISTRAMOS EN EL MÓDULO, CERRAMOS EL EPISODIO Y LOS COMPAÑEROS DE PLANTA NO PUEDEN REGISTRAR SUS CUIDADOS.
- PARA REALIZAR EL TRASLADO DEL PACIENTE LLEVAREMOS AMBU Y MASCARILLA, QUE DEBEMOS TRAERNOS DE VUELTA.

7. OTROS.-

- ACTIVAR BOTÓN DE “SALIDA DE PACIENTE” EN LAS CAMAS
- COMUNICAR NUESTRA SALIDA DE LA UNIDAD A LOS COMPAÑEROS PARA QUE SIEMPRE QUEDEN VIGILADOS. Y REPARTIRNOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO QUE QUEDAMOS DENTRO PARA SALIR A COMER, VIGILANDO AMBOS LADOS DE LAS UNIDADES, PARA QUE FRANQUEEMOS LAS BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y ASÍ TENGAMOS VISIBLES A LOS PACIENTES.
- CAMBIO DE SISTEMAS DE PROPOFOL DIARIO EN EL PRIMER CAMBIO DE BOTE DE CADA TURNO Y SE DEJA REFLEJADO COMO “C.S.” EN LA GRÁFICA DE ENFERMERIA EN LA LÍNEA DE INFUSIÓN DE PROPOFOL.
- MANIPULAR LOS PUERTOS DE ACCESO A LAS VIAS CON GASAS DE ALCOHOL ISOPROPILICO
- TAPAR CONEXIONES DE VÍA Y ALARGADERA CON GASAS IMPREGNADAS EN CLORHEXIDINA DIARIAMENTE (PUES SE MOJAN Y EMPAPAN DURANTE LOS ASEOS) SEGÚN RECOMENDACIÓN BACTERIEMIA ZERO.
- BOTÓN DE CAMA PARA DETECTAR SALIDA DEL PACIENTES
- LOS ENEMAS SE COLOCARÁN TRAS LA VISITA, SE COMENZARÁN LAVADOS AL RESTO DE PACIENTES, FINALIZANDO CON ÉSTOS PARA QUE DE TIEMPO A QUE HAGA EFECTO.

