



**MODELO DE REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES
QUIRÚRGICOS DE CLINICA AVANSALUD BIO-BIO**

**AUTORA:ANDREA RIGO-RIGHI V.
ENFERMERA COORDINADORA DE PABELLON Y ESTERILIZACIÓN
CLINICA AVANSALUD BIO-BIO
CONCEPCIÓN.**



REGISTRO DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

INTRODUCCIÓN

El concepto de cirugía mayor ambulatoria (CMA) nació en EE.UU. como respuesta a la búsqueda de disminución de los gastos en salud.

La CMA ha sido posible gracias al gran desarrollo tecnológico, en equipos, instrumental y técnicas quirúrgicas lo que permite cirugías menos invasivas, disminución del periodo de hospitalización, minimización del riesgo de complicaciones post-operatorias, y un menor periodo de convalecencia, con el gran beneficio para el paciente de reinsertarlo precozmente a sus actividades habituales.

El éxito del proceso de CMA, esta basado en la adecuada selección del paciente, actividad que es realizada por la enfermera de preadmisión quien, durante la entrevista personal pre operatoria entrega información de la cirugía, tanto al paciente como al adulto acreditado, inicia educación para el autocuidado durante el pre y postoperado y se contacta con el equipo de salud frente a cualquier imprevisto. Todo este proceso permite que el día de la cirugía nuestro paciente ingrese correctamente preparado, con menor nivel de ansiedad, y familiarizado con las rutinas y personal de la clínica.

Por las características del proceso CMA y sin olvidar que los registros constituyen una prueba legal ante un tribunal de justicia de los cuidados recibidos y omitidos, es indispensable contar con un Sistema de Registros de Enfermería claros que aseguren la precisión de la información recolectada lo que permitirá garantizar la continuidad y calidad de la atención de enfermería durante todas las etapas del proceso peri operatorio incluyendo el seguimiento domiciliario post operatorio y el control de IHH.



OBJETIVO GENERAL:

Diseñar registro único de enfermería para los pacientes que ingresan a CMA que permita recolectar información clara y acotada, para así poder garantizar la continuidad y calidad de la atención de enfermería durante el proceso perioperatorio optimizando el tiempo que la profesional de enfermería dedica al registro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evitar duplicación en la toma de datos.
- Facilitar comunicación entre el equipo de salud.
- Optimizar el uso del tiempo utilizado por el profesional de enfermería en registro de actividades.
- Facilitar acceso a información relevante sobre el paciente a los miembros del equipo de salud.
- Registrar toda la información que es de responsabilidad de enfermería para ser presentado en caso necesario ante un tribunal de justicia.

REGISTRO DE ENFERMERIA PACIENTE QUIRÚRGICO

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE..... RUT.....
N° FICHA..... EDAD.....años TELEFONO..... PREVISION.....
DIRECCIÓN.....
ADULTO RESPONSABLE..... TELEFONO.....
CIRUJANO.....
DIGNOSTICO.....
INTERVENCIÓN PROPUESTA.....ANESTESIA PROPUESTA.....
FECHA CIRUGÍA..... HORA.....

ANAMNESIS:

PESO.....Kg TALLA.....cm IMC..... ALERGIAS.....
ANTECEDENTES MORBIDOS.....
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS.....
ANTECEDENTES ANESTÉSICOS.....
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: FUR..... N° PARTOS..... N° HIJOS.....
USO MEDICAMENTOS.....
EXAMENES DE RUTINA.....
INTECONSULTA..... AVISA A CIRUJANO.....
CUMPLIMIENTO.....
RX..... OTROS.....
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....
ENFERMERA..... FIRMA ENFERMERA.....

PREOPERATORIO:

FICHA MEDICA COMPLETA.....
HORAS DE AYUNO.....
PULSO.....pulsaciones por min PRESION ARTERIAL.....mm Hg TEMPERATURA.....°C.
CONDICIONES HIGIENICAS.....
PREPARACIÓN ZONA OPERATORIA.....
CORTE DE VELLO.....
FOCO A DISTANCIA..... INTERVENCIÓN.....
INSTALACIÓN VIA VENOSA..... N° CATETER.....
UBICACIÓN..... N° INTENTOS.....
TOMA DE MUESTRAS.....
RESPONSABLE.....
PREMEDICACIÓN.....
HORA..... VIA.....
PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.....
HORA..... VIA.....
ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTO HABITUAL.....
EVACUACIÓN INTESTINAL..... EVACUACIÓN VESICAL.....
RETIRO DE PRÓTESIS..... SE ENTREGA A.....
INTER CONSULTA.....
OTRO PROCEDIMIENTO.....
N° CLOSET.....
RESPONSABLE.....
OBSERVACIONES.....

PROTOCOLO DE USO DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.

1. PREADMISION

IDENTIFICACIÓN:

- **NOMBRE DEL PACIENTE:** registre los dos nombres y los dos apellidos del paciente.
- **EDAD:** registre edad del paciente en años con números.
- **TELEFONO:** registre número telefónico del paciente.
- **FECHA DE CIRUGÍA:** registre día – mes- año.
- **INTERVENCIÓN PROPUESTA:** registre el nombre de la intervención quirúrgica según tabla de operaciones, sin abreviaciones, señalando izquierda o derecha.
- **CIRUJANO:** registre el nombre y el primer apellido del cirujano.
- **PREVISIÓN:** registre el nombre de la institución de previsión de salud a la que esta afiliada el paciente.
- **DIRECCIÓN:** registre el domicilio donde el paciente realizará su estadía post operatoria.
- **ADULTO RESPONSABLE:** registre nombre, apellido y parentesco del adulto responsable que acompañará al paciente.
- **TELEFONO:** registre numero telefónico del adulto responsable.

ANAMNESIS:

- **PESO:** registre peso el paciente en kilogramos, controlado por usted.
- **TALLA:** registre la talla del paciente en metros, controlada por usted.
- **IMC:** registre el índice de masa corporal calculado según fórmula : peso en kilogramos / (talla en metros) al cuadrado.
- **ALERGIAS:** registre el agente alérgeno informado por el paciente, según pauta .
- **ANTECEDENTES MORBIDOS:** Registre los antecedentes aportados por el paciente según pauta.
- **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:** Registre las cirugías que el paciente le informe que le han realizado .
- **ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:** registre los antecedentes aportados por la paciente, según pauta.
- **ANTECEDENTES ANESTÉSICOS:** registre los antecedentes aportados por el paciente según pauta:
- **USO DE MEDICAMENTOS:** registre el nombre, dosis y horario de los medicamentos que consume el paciente y la indicación o suspensión de ellos el día de la cirugía.

- EXAMENES DE RUTINA:
 - ✓ Si el paciente tiene los exámenes de rutina según norma de la clínica, registre SI.
 - ✓ Si falta alguno registre FALTA y el nombre del examen faltante.
 - ✓ Si el paciente no tiene exámenes de rutina registre NO TIENE .
- RX:
 - ✓ Si el paciente tiene radiografías registre el tipo y número de placas.
 - ✓ Registre C/INFORME si la radiografía tiene informe.
 - ✓ Registre S/INFORME si la radiografía no tiene informe.
- OTROS:
 - ✓ Si no tiene otro examen registre NO.
 - ✓ Registre TAC si es una tomografía axial computarizada, acompañado del número de placas y si tiene o no informe.
 - ✓ Registre RMN si es un resonancia magnética nuclear, acompañado del número de placas y si tiene o no informe.
 - ✓ Registre ECO si el examen es una ecotomografía, especificando de que tipo es (abdominal, ginecológica, etc.)
- INTERCONSULTA:
 - ✓ Registre SI cuando solicite interconsulta a especialista. Indique a que especialista.
 - ✓ Registra NC cuando no corresponde interconsulta.
- AVISO A CIRUJANO:
 - ✓ Registre SI cuando avise al cirujano de la solicitud de interconsulta.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponde.
- CUMPLIMIENTO:
 - ✓ Registre SI cuando el paciente acuda a la interconsulta.
 - ✓ Registre NO cuando el paciente no acuda a la interconsulta.
- CONSENTIMIENTO INFORMADO:
 - ✓ Registre SI, cuando el paciente haya firmado el documento.
 - ✓ Registre NO , cuando el paciente no haya firmado el documento.
- ENFERMERA: registre nombre completo y firma del profesional de enfermería que realiza la entrevista de pre admisión.

2. PRE OPERATORIO

- **FICHA MEDICA COMPLETA:**
 - ✓ Registre SI cuando la ficha médica esté contenga programa médico, entrevista de preadmisión hoja de estadística en la contratapa y consentimiento informado firmado por el paciente.
 - ✓ Registre NO cuando falte alguno de los documentos mencionados anteriormente, registre el documento faltante y solicítelo.

- **HORAS DE AYUNO:** registre N° de horas de ayuno.
- **CONDICIONES HIGIENICAS:** registre condiciones generales de aseo de la piel.
- **PREPARACIÓN ZONA OPERATORIA:**
 - ✓ Registre SI cuando haya realizado aseo de la zona operatoria según normas.
 - ✓ Registre el nombre del antiséptico utilizado.
 - ✓ Registre NO cuando no realice aseo de la zona operatoria.
 - ✓ Registre ASEO GENITAL cuando realice aseo genital según norma.

- **CORTE DE VELLO:**
 - ✓ Registre SI cuando realice recorte de vello según norma.
 - ✓ Registre NO cuando no realice recorte de vello.

- **FOCO A DISTANCIA:** registre el tipo de lesión y ubicación del foco.
- **INTERVENCIÓN:** registre acción realizada.
- **INSTALACIÓN VIA VENOSA:**
 - ✓ Registre SI cuando instale vía venosa al paciente en la etapa pre operatoria.
 - ✓ Registre NO cuando no instale vía venosa en la etapa pre operatoria.

- **N° CATETER:** registre calibre del catéter venoso instalado.

- **UBICACIÓN:**
 - ✓ Registre ATB cuando la vía venosa sea instalada en el antebrazo.
 - ✓ Registre B cuando la vía venosa sea instalada en el brazo.
 - ✓ Registre MANO cuando la vía venosa sea instalada en la mano.
 - ✓ Registre FAC cuando la vía venosa sea instalada en la fosa antecubital.
 - ✓ Registre PIE cuando la vía venosa sea instalada en el pie.
 - ✓ Utilice D para señalar extremidad superior derecha.
 - ✓ Utilice I para señalar extremidad superior izquierda.
- **N° INTENTOS:** señale con números la cantidad de veces que intento instalar la vía venosa.

- TOMA DE MUESTRAS:
 - ✓ Registre SI cuando tome muestras para exámenes de sangre. Especifique cuales son.
 - ✓ Registre NO cuando no tome muestras exámenes de sangre.

- RESPONSABLE: registre inicial del primer nombre y apellido completo del profesional que instaló la vía venosa.

- PREMEDICACIÓN:
 - ✓ Registre nombre, dosis y hora de el o los medicamentos utilizados como premedicación anestésica.
 - ✓ Registre NO cuando no administre premedicación anestésica.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponda administrar premedicación anestésica.

- HORA: registre horario de administración de el o los medicamentos administrados.

- VIA:
 - ✓ Registre V.O cuando administre la premedicación anestésica por vía oral.
 - ✓ Registre E.R cuando administre la premedicación anestésica por vía rectal.
 - ✓ Registre E.V cuando administre la premedicación anestésica por vía endovenosa.

- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:
 - ✓ Registre nombre dosis y hora de él o los medicamentos administrados al paciente como profilaxis antibiótica.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponda administrar profilaxis antibiótica.

- HORA: registre horario de administración de profilaxis antibiótica.

- VIA:
 - ✓ Registre E.V cuando administre profilaxis antibiótica por vía endovenosa.
 - ✓ Registre V.O cuando administre profilaxis antibiótica por vía oral.

- ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTO HABITUAL:
 - ✓ Registre medicamento, dosis, vía, hora, cuando administre algún medicamento de consumo habitual del paciente.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponda.

- EVACUACIÓN INTESTINAL:
 - ✓ Registre SI cuando el paciente haya evacuado por lo menos la noche anterior a la cirugía.
 - ✓ Registre NO cuando el paciente no ha tenido evacuación intestinal.

- EVACUACIÓN VESICAL:
 - ✓ Registre SI cuando el paciente haya evacuado en la mañana del día de la cirugía o al ingreso a pre operatorio.
 - ✓ Registre No cuando el paciente no haya evacuado desde la noche antes de la cirugía.

- RETIRO PRÓTESIS:
 - ✓ Registre SI cuando retire prótesis dental al paciente en pre operatorio.
 - ✓ Registre NO cuando no retire la prótesis dental del paciente en pre operatorio.
 - ✓ Registre NC cuando el paciente no use prótesis dental.

- SE ENTREGA A: registre nombre y parentesco con el paciente de la persona a la que entrega la prótesis dental.

- INTERCONSULTA:
 - ✓ Registre SI cuando solicite interconsulta, consigne nombre del profesional y especialidad.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponda interconsulta.

- OTRO PROCEDIMIENTO: registre cualquier otro procedimiento de enfermería realizado al paciente.

- N° CLOSET: registre número del closet utilizado por el paciente y nombre de la persona a la que se entregan la llaves.

- RESPONSABLE: registre inicial del nombre y apellido completo de auxiliar de enfermería que recibe al paciente en el pre operatorio.

- PULSO: registre frecuencia cardiaca del paciente controlada por usted.

- P. ARTERIAL: registre la presión arterial del paciente, controlada por usted , en milímetros de mercurio (mmHg).

- TEMPERATURA: registre temperatura axilar del paciente en grados Celsius (°C), controlada por usted.

3. INTRA OPERATORIO

EQUIPO QUIRÚRGICO:

- PABELLÓN: registre número de pabellón donde se desarrolla cirugía.
- CIRUJANO: registre nombre y primer apellido del cirujano.
- AYUDANTES: registre inicial del nombre y apellido .
- ANESTESISTA: registre inicial del nombre y apellido.
- ARSENALERA: registre nombre y primer apellido de la arsenalera.
- PABELLONERA: registre nombre y primer apellido de la auxiliar pabellonera.
- ENFERMERA : registre nombre y primer apellido de la enfermera en turno.
- AUXILIAR DE ANETESIA: registre nombre y primer apellido de la auxiliar de anestesia.
- TIPO ANESTESIA: registre tipo de anestesia que se le administra al paciente.
- HORA INGRESO A PABELLÓN: registre hora exacta en que el paciente ingresa a la sala operatoria.
- HORA INICIO ANESTESIA: registre hora exacta en que comienza la inducción anestésica.
- HORA INICIO CIRUGÍA. Registre hora exacta en que el cirujano comienza a hacer la incisión.
- HORA DE TERMINO: registre hora exacta en que el cirujano termina de suturar la herida operatoria.
- VIA VENOSA:
 - ✓ Registre SI cuando instale la vía venosa dentro de la sala de operaciones.
 - ✓ Registre NO cuando el paciente ingrese a sala de operaciones con vía venosa instalada.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponda la instalación de vía venosa.
- N° CATETER: registre calibre catéter venoso instalado.
- UBICACIÓN:
 - ✓ Registre ATB cuando la vía venosa sea instalada en el antebrazo.
 - ✓ Registre B cuando la vía venosa sea instalada en el brazo.
 - ✓ Registre MANO cuando la vía venosa sea instalada en la mano.
 - ✓ Registre FAC cuando la vía venosa sea instalada en la fosa antecubital.
 - ✓ Registre PIE cuando la vía venosa sea instalada en el pie.
 - ✓ Utilice D para señalar extremidad superior derecha.
 - ✓ Utilice I para señalar extremidad superior izquierda.
- N° INTENTOS: registre el número de intentos realizados para instalar vía venosa.
- RESPONSABLE: registre inicial del nombre y primer apellido del profesional que instala la vía venosa.

- VIA AEREA:
 - ✓ Registre ML cuando la vía aérea este permeabilizada por una mascara laringea, seguido del calibre de ésta.
 - ✓ Registre TNT cuando la vía aérea este permeabilizada por un tubo naso traqueal, seguido del calibre de éste.
 - ✓ Registre TNF cuando la vía aérea esté permeabilizada por un tubo naso faringeo, seguido del calibre de éste.
 - ✓ Registre TET cuando la vía aérea esté permeabilizada por un tubo endotraqueal, seguido del calibre de éste.
 - ✓ Registre CM cuando la vía venosa este permeabilizada por una cánula de Mayo.
 - ✓ Registre NO cuando no se realicen procedimientos invasivos de la vía aérea.
- N° INTENTOS: registre el número de intentos realizados por el anestesista durante la permeabilizacion de la vía aérea.
- RESPONSABLE: registre inicial del nombre y primer apellido del profesional que realiza la permeabilizacion de la vía aérea.
- SNG:
 - ✓ Registre SI, cuando al paciente se le instale sonda naso gástrica dentro de la sala de operaciones, seguido del calibre de esta.
 - ✓ Registre NO, cuando al paciente no se le instale sonda naso gástrica.

- S. VESICAL:
 - ✓ Registre SI cuando al paciente se le instale sonda foley o sonda nellaton durante el intra operatorio .
 - ✓ Registre NO cuando no se realice sondeo vesical durante el intra operatorio.
- RESPONSABLE: registre nombre del profesional responsable de la instalación de la sonda vesical

- PLACA ELECTRO:
 - ✓ Registre SI cuando el paciente use placa electro quirúrgica.
 - ✓ Registre NO cuando el paciente no utilice placa electro quirúrgica.
 - ✓ Para la ubicación de esta registre:
 - MD para señalar muslo derecho.
 - MI para señalar muslo izquierdo.
 - FD para señalar flanco derecho.
 - FI para señalar flanco izquierdo.
- ASEO ZONA OPERATORIA:
 - ✓ Registre SI cuando realice aseo zona operatoria intra operatorio.
 - ✓ Registre NO cuando no realice aseo zona operatoria intra operatorio y registre la razón.

- **ANTISÉPTICO:**
 - ✓ Registre POVIDONA cuando realice el aseo con solución de povidona jabonosa.
 - ✓ Registre CLORHEXIDINA cuando realice aseo con solución jabonosa de clorhexidina.
- **POSICIÓN QUIRÚRGICA:**
 - ✓ Registre DS cuando el paciente este ubicado en decúbito supino sobre la mesa quirúrgica.
 - ✓ Registre DP cuando el paciente este ubicado en decúbito prono sobre la mesa quirúrgica.
 - ✓ Registre PG cuando el paciente se ubique en posición ginecológica sobre la mesa quirúrgica.
- **DRENAJES:**
 - ✓ Registre NO cuando el paciente no tenga instalado ningún dispositivo de drenaje de la herida quirúrgica.
 - ✓ Registre HS cuando el drenaje instalado por el cirujano sea del tipo hemosuc.
 - ✓ Registre PR cuando el drenaje instalado por el cirujano sea de tipo penrose.
 - ✓ Registre GUANTE cuando el drenaje instalado por el cirujano sea del tipo guante.
- **CONTROL DE INGRESOS Y EGRESOS:**
 - ✓ Registre en Ingresos los sueros utilizados y sus aditivos.
 - ✓ Registre en Ingresos los medicamentos endovenosos y su dilución.
 - ✓ Registre en Egresos el volumen de diureis obtenido por sondeo vesical.
 - ✓ Registre en Egresos el volumen aproximado de restos de tejido en cirugía como por ej dermolipectomías.
 - ✓ Registre en Egresos el volumen de otros fluidos como sangre , grasa , etc., especificando de qué se trata.

INSTRUMENTAL/ CAJAS/ MOTORES/ ACCESORIOS/ IMPLANTES .

- **NOMBRE Y N° DE CAJA:**
 - ✓ Registre CM cuando utilice la caja de cirugía menor.
 - ✓ Registre VL cuando utilice el set básico de video laparoscopia.
 - ✓ Registre CI cuando utilice la caja de cirugía infantil.
 - ✓ Registre TR cuando utilice la caja de traumatología.
 - ✓ Registre AA cuando utilice caja de adenoamigdala.
 - ✓ Registre CP cuando utilice caja de cirugía menor.
 - ✓ Registre PT cuando utilice caja punción timpánica.
 - ✓ Registre CH cuando utilice caja chalazión.
 - ✓ Registre PTG cuando utilice caja pterigion..
 - ✓ Registre CV cuando utilice caja de conversión.
 - ✓ Registre CVG cuando utilice caja conversión ginecológica.
 - ✓ Registre RTU cuando utilice material de urología.

- METODO DE ESTERILIZACIÓN:
 - ✓ Registre AC cuando el método de esterilización de las cajas sea autoclave.
 - ✓ Registre ST cuando el método de esterilización de las cajas sea sterrad.
 - ✓ Registre OET cuando el método de esterilización de las cajas sea oxido de etileno.
- ADJUNTO CONTROL DE ESTERILIZACIÓN:
 - ✓ Registre SI cuando adjunte controles de esterilización de la caja de cirugía.
 - ✓ Registre NO cuando no adjunte control de esterilización de la caja de cirugía.
- MOTORES Y/ O ACCESORIOS:
 - ✓ Registre RACK VL cuando utilice rack de video laparoscopia.
 - ✓ Registre RACK ART. cuando utilice rack artroscopía.
 - ✓ Registre ELB cuando utilice electro bisturí. Especifique con letra M, cuando se utiliza en modo monopolar y con letra B cuando se utiliza en modo bipolar.
- IMPLANTES:
 - ✓ Registre SI cuando se utilicen implantes en la cirugía. Especifique de qué tipo se trata.
 - ✓ Registre NO cuando no se utilicen implantes.
- CONTEO COMPRESAS:
 - ✓ Registre OK cuando el conteo de compresas esté correcto.
 - ✓ Registre NC cuando no corresponde realizar conteo compresas.
- CONTEO AGUJAS Y CORTOPUNZANTE:
 - ✓ Registre OK cuando el conteo de agujas y material cortopunzante sea correcto.
- CONTEO GASAS, COTONES Y OTROS:
 - ✓ Registre OK cuando el conteo de gasas, cotones y otros sea correcto.

4.PERMANENCIA EN RECUPERACIÓN:

- N° DIAS DE ESTADA: registre con números la cantidad de días de hospitalización del paciente en el servicio de recuperación.
- PRESENCIA DE FIEBRE:
 - ✓ Registre SI cuando el paciente presente fiebre durante el postoperatorio.
 - ✓ Registre No cuando el paciente no presente fiebre.
- CONDICION HERIDA OPERATORIA:
 - ✓ Registre LS cuando el paciente se retire a su domicilio con la herida operatoria cubierta por un apósito u otro similar , limpio y seco.
- DRENAJE:
 - ✓ Registre SI cuando el paciente se retire a su domicilio con algún tipo de drenaje.
 - ✓ Registre NO cuando el drenaje haya sido retirado previo al alta.
 - ✓ Registre NC cuando el paciente no haya tenido drenaje durante su estadía en recuperación.
- TOMA MUESTRA CULTIVO:
 - ✓ Registre SI cuando tome muestra de cultivo durante el post operado. Indique tipo de cultivo , zona de la toma de muestra y fecha.
- CURACIÓN:
 - ✓ Registre SI cuando realice curación antes del alta del paciente.
 - ✓ Registre NO cuando no realice curación previo al alta.
- INCIDENTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS: registre cualquier incidente ocurrido al paciente producto de algún procedimiento invasivo realizado durante su estadía en post operado.

INDICACIONES DE ALTA:

- ✓ Registre en forma detallada las indicaciones de alta entregadas por escrito al paciente por el cirujano.

5. SEGUIMIENTO DOMICILIARIO:

- **FECHA:**
 - ✓ Registre la fecha del llamado, consignando día, mes y año.
- **DIA POST-OP:**
 - ✓ Registre el N° de días de postoperado.
- **COMPLICACIONES DERIVADAS DE:**

CIRUGÍA Y ANESTESIA: registre cualquier complicación que manifieste el paciente y que estén relacionadas con la cirugía y la anestesia, según pauta de seguimiento domiciliario.

HERIDA OPERATORIA: registre cualquier complicación que manifieste el paciente y que este relacionada con el estado de la herida operatoria, según pauta de seguimiento domiciliario.

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS: registre cualquier complicación que manifieste el paciente en relación a algún procedimiento invasivo realizado durante su estadía en la clínica.

PAUTA ENTREVISTA DE PREADMISION

- ALERGIAS:
 - ✓ Medicamentos
 - ✓ Alimentos
 - ✓ De contacto
 - ✓ Vasoconstrictores
 - ✓ Látex
 - ✓ Polen

- ANTECEDENTES MORBIDOS:

<ul style="list-style-type: none">✓ Diabetes✓ Hipertensión arterial✓ Angina✓ Infarto✓ Anemias✓ Jaqueca✓ Bronquitis	<ul style="list-style-type: none">✓ Gastritis✓ Reflujo gastroesofagico✓ Colon irritable✓ Coagulopatias✓ Convulsiones✓ Epilepsia✓ Asma
--	---

- ANTECEDENTES FAMILIARES:
 - ✓ Padres
 - ✓ Hermanos

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y ANESTESICOS:
 - ✓ Cirugías
 - ✓ Anestesia
 - ✓ Fecha
 - ✓ Complicaciones

- USO DE MEDICAMENTOS:
 - ✓ Anticoagulante
 - ✓ Antiarrítmicos
 - ✓ Antidepresivos
 - ✓ Hipoglicemiantes
 - ✓ Antihipertensivos
 - ✓ Aspirina
 - ✓ Otros

- EXAMENES DE RUTINA:
(EN PACIENTES SOMETIDOS A ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL).

- ✓ Hemograma
- ✓ Creatininemia
- ✓ Glicemia
- ✓ Tpo. Protrombina
- ✓ TTPK
- ✓ Clasificación sanguínea
- ✓ ECG en pacientes sobre 40 años

OTROS ESPECIFICOS SEGÚN SU DIAGNÓSTICO:

- ✓ Ecografía en legrado, colecistectomía y tiroidectomía.
- ✓ RX, TAC, RMN en pacientes traumatológicos

PAUTA DEL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

- DIA POST OPERADO
 - ✓ 24 horas
 - ✓ 48 horas
 - ✓ 7° día

- PRESENCIA DE DOLOR

- COMPLICACIONES DERIVADAS DE:
 - ❖ HERIDA OPERATORIA:
 - ✓ Humedad
 - ✓ Cobertura (gasa, tegaderm, apósito)
 - ✓ Condiciones zona circundante (edema, temperatura, sensibilidad, movilidad, coloración.)
 - ✓ Drenes (debito, características drenaje)
 - ❖ PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

 - ❖ CIRUGÍA Y ANESTESIA
 - ✓ Nausea/ vómito
 - ✓ Ingesta de líquidos
 - ✓ Ingesta de sólidos
 - ✓ Evacuación intestinal
 - ✓ Eliminación de gases

- REPOSO
 - ✓ Tipo de reposo indicado
 - ✓ Cumplimiento

- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
 - ✓ Refuerzo indicaciones
 - ✓ Orientación al uso de analgesia según prescripción médica
 - ✓ Coordinar contacto médico-paciente

- CIRUGÍAS EN LAS QUE ESTA INDICADO EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO:
 - ❖ Colecistectomía
 - ✓ Videolaparoscópica
 - ✓ Por Laparotomía

 - ❖ Hernioplastías
 - ✓ Con malla
 - ✓ Sin malla

 - ❖ Cirugía traumatológica limpia

 - ❖ Apendicectomías

 - ❖ Cirugías con drenes al alta

 - ❖ RTU

 - ❖ Histerectomías

 - ❖ Toda cirugía con implante.