

## PROCEDIMIENTO DE INGRESO

**Servicio:** Enfermería

**Fecha de entrega:** 15/09/2015

**Destinatario:** Enfermeras y TCAEs

**Reg:** PCE PD 039

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Nuria Fuentes Hernández Gema González Zapata Teresa Cochineró Capitán Lucía Vítores Benito Rosa M <sup>a</sup> Millas Duran Mónica Borrego Carmen Casado Moral Carmen Cruz Alcañiz Ruth Martín Barbero Celia Reina Cerdán Irene Alvaro García	1	08/09/2015

Revisado: Supervisora de urgencias, Supervisores de hospitalización, Enfermera Calidad Asistencial Fecha: Septiembre 2015 Firma	Aprobado: Dirección de Enfermería Fecha: Septiembre 2015 Firma
---	--

## INTRODUCCION

Este procedimiento sirve para asegurar un circuito correcto para que el ingreso desde urgencias a una unidad de hospitalización o entre ellas se haga de la forma más correcta velando siempre por la seguridad del paciente.

## AMBITO Y ALCANCE

Equipo de enfermería del servicio de urgencias y de las unidades de hospitalización de adultos.

## OBJETIVOS

El procedimiento es un instrumento necesario para unificar las pautas de actuación de todo el personal de enfermería y conseguir la máxima efectividad y eficiencia en los cuidados enfermeros.

Pretende definir unas normas claras y sencillas que sirvan para la comunicación entre profesionales de distintas unidades que van a atender a ese paciente asegurando una buena transmisión de la información permitiendo una continuidad de cuidados minimizando al máximo los errores que puedan ser derivados del traslado entre distintos servicios del hospital.

## DESARROLLO

Cuando se asigna cama a un paciente de urgencias se deberán realizar las siguientes actuaciones:

- Comprobar pulsera identificativa, en caso de no tenerla se pedirá una nueva a admisión.
- Constantes tomadas en el turno.
- Revisión y comprobación de vías venosas y sueroterapia.
- Comprobación de oxígeno y estado de la bala de transporte.
- Comprobar permeabilidad de sonda vesical.
- Estado de aseo del paciente y limpieza de la cama.
- Revisar que este la medicación puesta y firmada.
- Revisar que suba con todos sus documentos (ECG identificado con fecha y hora, etc..)
- Subir las barandillas de todos los pacientes independientemente de su estado neurológico.

El paciente debe subir con todas sus pertenencias si no han sido entregadas con anterioridad a la familia una vez cumplimentada la hoja de registro (Anexo I)

Cuando se avisa a la unidad receptora se contarán los siguientes datos del paciente:

- Datos de filiación: nombre, edad y número de habitación.
- Juicio clínico
- Antecedentes personales relevantes

- Alergias, intolerancias alimenticias...
- Contar por sistemas de forma ordenada:
- Respiratorio: portador de oxígeno, CPAP...
- Digestivo: tipo de dieta, portador de prótesis, ayunas...
- Neurológico: consciente, dependiente, orientado...
- HD: HTA, Hipotenso...
- Fiebre o afebril...
- Heridas, úlceras: especificar tipo de cura que precisa.
- Pruebas pendientes.
- Medicación puesta y firmada o pendiente de administrar.
- Si va acompañado o no de familia.

## RECOMENDACIONES

A continuación se exponen una serie de recomendaciones que deberían cumplirse durante la estancia del paciente en urgencias o en una hospitalización y que son necesarias para el traslado de este a otra unidad.

- Si el paciente precisa colchón antiescaras se colocará en la unidad en la que sea detectada la necesidad por el personal de enfermería.
- Si es portador de sonda vesical y/o drenajes no se vaciaran cuando cambie de unidad, si no que se hará al final del turno. Si se hace antes del traslado será difícil llevar un correcto control del balance.
- Colocar drenajes y bolsas de orina colgados en la cama.
- Poner sábana a modo de entremetida en las camas. Y utilizar las entremetidas en los sillones.
- Llevar con el paciente las mascarillas de oxígeno, aerosoles o gafas nasales que hayan utilizado.
- Si es portador de prótesis comprobar que las lleva en el traslado.
- Curar úlceras y/o heridas si tuviera y cumplimentar formulario para asegurar una continuidad en el tratamiento.
- Colocar sueroterapia en los soportes dedicados a este fin.
- Si lleva bomba no cambiarla si no asegurarse de enviar otra a la unidad de la que procede el paciente.
- Contar el paciente en el turno en el que va a realizarse el traslado, si se hace en un turno distinto hay riesgo de perder información comprometiendo la seguridad del paciente.
- En el turno de noche si ya se tiene el número de habitación al que va a ingresar el paciente, intentar en la medida de lo posible hacer el ingreso pronto para favorecer el descanso del paciente.
- Cuando sube un ingreso en turno de noche si la familia no se encuentra en el hospital, admisión avisa a los familiares que han especificado que quieren que se les comunique el ingreso a cualquier hora. Si no es así, a las 8:00 horas las chaquetas verdes avisan a los familiares de los ingresos que han subido por la noche.

Todas estas buenas prácticas son necesarias siempre que el paciente cambie de unidad. Nos asegurarán la continuidad de cuidados y velarán por la seguridad del paciente.

## SEGUIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO

- Se realizarán auditorías periódicas (Anexo II) para objetivar el grado de cumplimiento reportando feedback en las distintas unidades.

ANEXO I

HOJA DE PERTENENCIAS

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Ingresado en: \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

el día \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Recoge sus objetos personales:

- 
- 
- 
- 

Fdo: \_\_\_\_\_  
Enfermera responsable de los  
objetos

Fdo: \_\_\_\_\_  
Persona que recoge los objetos

Parla, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## HOJA DE VERIFICACION INGRESO

FECHA:	NHC:
--------	------

VERIFICACION DE INGRESO	SI	NO	NO PROCEDE
Pulsera identificativa			
Aseo del paciente			
Cama limpia			
Entremetida			
Barandillas subidas			
Colchón antiescaras			
Constantes tomadas			
Vía venosa permeable			
Sueroterapia en soporte			
Envío de bomba a unidad de origen			
Aporta su mascarilla de oxígeno, aerosoles...			
Sonda vesical permeable			
Bolsa de diuresis y/o drenajes con débito			
Bolsa de diuresis y drenajes colgados en la cama			
Medicación puesta y firmada			
Formulario UPP y/o heridas			
Documentos del paciente			

TRASPASO INFORMACION DEL PACIENTE	SI	NO
Nombre, edad y número de habitación		
Juicio clínico		
Antecedentes personales relevantes		
Alergias		
Sistema respiratorio		
Sistema digestivo		
Neurológico		
HTA, hipotenso...		
Fiebre, afebril...		
Heridas, úlceras, tipo de cura que precisa		
Pruebas pendientes		
Medicación (puesta, firmada, pendiente administrar)		
Acompañamiento familiar		

Información en el turno que se hace el traslado		
---	--	--