



Universidad del sureste

**NOMBRE DEL ALUMNO: MIGUEL
IVAN VÁZQUEZ MONTEJO**

MATERIA: gerontogeriatría

**Trabajo: RESUMEN DE LOS
PROCESO QUE SE DEBEN DE
CONSIDERAR DESDE EL INGRESO
HOSPITALARIO SU ESTANCIA**

**NOMBRE DEL DOCENTE. Lic.
Erika Cedillo**

GRADO: sexto Cuatrimestre

Fecha: 22 de julio del 2020

El ingreso del paciente puede ser programado de urgencia, en este caso, la hospitalización puede presentar para él y para su familia, uno de los eventos más difíciles de sus vidas. En la mayoría de los casos genera incertidumbre, angustia y desajuste en la dinámica familiar. Esto, además de la erogación económica que representa, ya que aún cuando se realice en instituciones públicas, genera algunos gastos familiares extras. El personal de enfermería debe ser sensible y atender el aspecto emocional del paciente y de su familia, no sólo al momento de su ingreso, sino durante el período de hospitalización para ayudarlos a que el proceso de adaptación al ambiente hospitalario sea más fácil. Cada institución tiene sus propias normas para el ingreso de sus usuarios. Los puntos que a continuación se describen, son los que se consideran básicos y generales en lo que respecta a la participación del personal de enfermería. El procedimiento de ingreso del paciente es el conjunto de actividades en el que confluyen diferentes departamentos del hospital para registrar sus datos de identificación, asignarle la unidad de atención (cama) que le corresponda, instalarlo y dar inicio a los servicios de atención para promover, proteger o restaurar su salud. Los equipo que se ocupan son la unidad del paciente amueblada y equipada según lo establecido en el hospital. La limpieza y funcionalidad deben ser óptimas, Carpeta y papelería para integrar el expediente clínico, equipo para somatometría, equipo para la exploración física, ropa hospitalaria. Vías intravenosas A casi todos los pacientes que ingresan en un hospital se les coloca una vía intravenosa. Una vía intravenosa consiste en un tubo flexible (catéter) insertado en una vena, por lo general una vena situada en el pliegue del brazo. La vía intravenosa se pueden utilizar para administrar líquidos, fármacos y, si es necesario, nutrientes. Si el paciente va a permanecer ingresado durante más de unos pocos días, puede ser necesario utilizar otra zona del brazo para colocar la vía intravenosa para evitar la irritación de la vena. Los procedimientos que se realizan

1. El paciente debe presentarse en el Departamento de Admisión con la orden de hospitalización emitida por el médico. En algunas instituciones el paciente también lleva consigo las prescripciones médicas básicas para iniciar su tratamiento en cuanto se interne.
2. El personal de admisión realiza el trámite administrativo de ingreso (el establecido en la institución) y lo traslada al servicio que le corresponda
3. Cuando el ingreso es de urgencia, generalmente es el familiar quien asiste al Departamento de Admisión. En estos casos es importante que la enfermera (o) de urgencias notifique a Admisión y a Hospitalización sobre el ingreso y las condiciones del paciente
4. La enfermera (o) de hospitalización recibe al paciente y lo instala en su unidad. Es de suma importancia que en ese momento, en forma muy amable se verifiquen los datos de identificación del paciente y que la enfermera (o) que lo recibió se presente proporcionándole su nombre y el horario en que lo

atenderá, asimismo, deberá informarles, incluyendo a los familiares, acerca de las normas y servicios que le ofrece el hospital y de las rutinas del servicio, como: Horarios de comida y de visita, así como el sistema para llamar al personal de enfermería, etc

5. Se le proporciona el camisón del hospital y si es necesario, se le ayuda al paciente a colocárselo. Es importante entregar al familiar las pertenencias del paciente, que de acuerdo a las normas del hospital no pueda conservar consigo y en caso de que haya valores de por medio como joyas, dinero u otros, es conveniente obtener firma de recibido, para evitar posibles conflictos.
6. Colocar el brazalete de identificación del paciente. Este punto cobra mayor importancia cuando se trata de pacientes niños, ancianos o con confusión mental.
7. Se integra el expediente clínico (Ver Integración del Expediente clínico).
8. Se registra el ingreso del paciente, según lo establecido.
9. Se toman los signos vitales y la somatometría.
10. Se participa con el médico en la exploración física del paciente
11. Se transcriben las prescripciones médicas al kardex de cuidado de enfermería (opcional, según normas del hospital).
12. En caso de contar con un modelo de atención de enfermería, al ingreso del paciente se debe hacer la evaluación clínica inicial, enfocada a identificar los diagnósticos de enfermería para establecer el plan de cuidados.
13. Se debe informar y orientar al paciente y al familiar, con relación a los horarios en que se le administrarán los medicamentos, los estudios, procedimientos, la dieta y en general, sobre los cuidados de enfermería que recibirá. En este punto es importante no tocar los aspectos que legalmente le compete informar al médico, como son: El diagnóstico y el plan de tratamiento médico o quirúrgico detallado, el pronóstico y los riesgos del tratamiento..

INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO: El expediente clínico es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería. El buen manejo de la información incluido en el expediente le aporta protección legal al paciente, a los profesionales de la salud participantes en la atención y a la institución. Es útil también para apoyar los programas de enseñanza, así como estudios clínicos y estadísticos. el expediente clínico es propiedad del hospital y/o del prestador de servicios de la salud y únicamente puede ser proporcionado a las autoridades judiciales, a los de procuración de justicia y a las autoridades sanitarias. Por lo tanto, deben conservarse por un período mínimo de 5

años, contando a partir de la fecha de la última cita médica. Atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la prestación de servicios de salud, el hospital es responsable de:

- Resguardar la información.
- Pérdida parcial o total, así como de su deterioro.
- Asegurar la veracidad y la confidencialidad de la información.

El expediente clínico, es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Integración del Expediente en Consulta Externa

- Historia clínica.
- Notas de evolución.
- Notas de interconsultas.
- Notas de referencia o traslado.

Integración del Expediente en Urgencias

- Hoja médica con fecha, hora en que se otorga el servicio, motivo de consulta, resumen de historia clínica, diagnósticos, tratamiento, pronóstico y nota de evolución.
- Hoja de enfermería que incluya: Fecha y hora, signos vitales, estudios de laboratorio y gabinete, procedimientos realizados, catéteres y canalizaciones instaladas, medicamentos y terapia IV administrada, ingreso, egresos, observaciones y notas de evolución.
- Resultados de los estudios de laboratorio y gabinete.
- Otros documentos pertinentes como el reporte de los paramédicos, en los casos en que el paciente llega en ambulancia. Integración del Expediente en Hospitalización
- Hoja frontal de la institución.
- Historia clínica completa.
- Prescripciones médicas rotuladas con fecha y hora de la prescripción.
- Formatos de registros clínicos de enfermería (que incluyan los datos de la hoja de enfermería de urgencias)
- Notas médicas de evolución, por lo menos una en el día.
- Notas de interconsultas.
- Resultados de estudios de laboratorio y gabinete.
- En casos de intervenciones quirúrgicas: Estudios preoperatorios, valoraciones pre-operatorias (cirujano, anesthesiólogo, cardiólogo, etc.), nota médica del trans-operatorio, hoja de control de anestesia, registros de enfermería del trans-operatorio, hoja de registros de enfermería en el área de recuperación, notas médicas de recuperación, alta de recuperación

(transferencia a piso) firmada por el médico anesthesiologo o cirujano y el envío de piezas quirúrgicas al departamento de patología para su estudio.

- Nota de egreso firmada por el médico responsable del paciente, donde se concluyan los diagnósticos finales, el estado clínico actual del paciente y las recomendaciones para la vigilancia ambulatoria al egreso del paciente; el expediente debe ser entregado al departamento de archivo clínico.

Medidas de Seguridad: Las notas médicas y de enfermería deberán contener: Nombre completo del paciente, edad, sexo y, en su caso, número de cama o expediente. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora. Las notas en el expediente deberán expresarse en el lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003 Para disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Cartas de Consentimiento Bajo Información Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Salpingoclasia y vasectomía.
- Trasplantes.
- Investigación clínica en seres humanos.
- De necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.
- Hoja de egreso voluntario.

En la hospitalización, la familia debe ser considerada como un factor promotor del bienestar y adaptación del paciente, por lo que se requiere su integración en las actividades de cuidado, en la planificación del egreso hospitalario en conjunto con el servicio social y el equipo clínico, de manera tal que sea posible pesquisar tempranamente situaciones de abandono, poco compromiso con el adulto/a mayor o que la familia no cuente con las condiciones básicas para recibir al paciente en su domicilio, de manera tal que se plantee un plan de intervención que incorpore la educación, la motivación para involucrar a la familia en el cuidado y la intervención de la Asistente Social para buscar la forma de solucionar los déficit, u orientar al familiar para buscar la ayuda necesaria o simplemente reconstruir la red de apoyo del usuario . Al ingreso del adulto/a mayor a un área o servicio de hospitalización, hará el ingreso de enfermería la Enfermera o matrona clínica efectuando la valoración inicial y dejando el registro en formulario correspondiente. La Asistente Social deberá informarse de los ingresos de adulto/a mayor en horario hábil de lunes a viernes para pesquisar tempranamente aquel adulto/a mayor que requiera de la intervención social. El equipo de enfermería deberá entregar la educación respecto a los cuidados básicos del adulto/a

mayor, relacionado con el plan de intervención educativo relacionado con el grado de dependencia. El medico deberá dejar registrado en ficha clínica la eventual alta del usuario con 24 a 48hrs. de anticipación e informarle al familiar para que prepare el domicilio para recibir al usuario. El familiar deberá hacerse partcipe y manifestar interés por educarse durante la hospitalización y al momento del alta. En caso que sea necesario, derivar al paciente a hospitales de Menor Complejidad según protocolo