

HOJA DE RUTA QUIRÚRGICA

La hoja de ruta quirúrgica debe ser el documento nuclear en el proceso del paciente quirúrgico. En ella deben quedar reflejadas todas las circunstancias y controles realizados desde la entrada del paciente en el Bloque Quirúrgico hasta el alta del mismo.

Una hoja de ruta como la que se pone de ejemplo a continuación debe proporcionar una visión de conjunto de los elementos “asistenciales” principales que se deben analizar en cada paciente.



Hoja de ruta quirúrgica

1/4

Etiqueta identificativa

Fecha: / /
Cama:

Diagnóstico preoperatorio:

Intervención quirúrgica:

VALORACIÓN PREOPERATORIA RECEPCIÓN CLÍNICA

Entrevista paciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Información Normativa de la Unidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Intervención Q. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Valoración psíquica <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> No colaborador Disminución de la ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Valoración física Tto anticoagulante Fecha / / 200 Hora: HTA: Diabetes: <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Portador infección			
Verificación, comprobación de historia clínica <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Estudio preoperatorio: <input type="checkbox"/> P. Cruzadas <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/> Analítica <input type="checkbox"/> Otros estudios					
Preparación física Orina antes de premedicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Premedicación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administrada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Profilaxis antibiótica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administrada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cateterización venosa: Tipo: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Semicentral <input type="checkbox"/> Periférica Calibre: Fecha / / 200			Constantes vitales: T.A. / Tº °C F.C.: l.p.m.		
Preparación del campo Q.: Campo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hora Rasurado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hora		<input type="checkbox"/> Ayunas <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> S. Foley <input type="checkbox"/> Enema: Efectivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Cama limpia <input type="checkbox"/> Baño completo <input type="checkbox"/> Ropa quirúrgica	
Retirada de: <input type="checkbox"/> Esmalte de uñas <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Joyas Entregado a:					
Consideraciones especiales del paciente <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Minusvalías <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Otros					
Material que acompaña al paciente					
Observaciones:					
Hora de llegada del colador: Nombre y firma del Celador			Hora de bajada: Nombre y firma D.E / A.E		

ÁREA QUIRÚRGICA

2/4

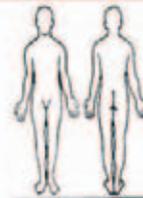
VALORACIÓN PREOPERATORIA EN ESPERA DE CAMAS

Hora de llegada: <input type="checkbox"/> Identificación verbal del paciente Estado de ánimo <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Irritado <input type="checkbox"/> Otros:.....	Comprobación de documentación Estudio preanestésico completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preparación <input type="checkbox"/> Via N° Tipo:..... Permeable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Constantes vitales: T.A. / mmHg F.C. lpm
Confirmado: <input type="checkbox"/> Premedicación <input type="checkbox"/> Profilaxis antibiótica <input type="checkbox"/> Profilaxis antitrombótica Preparación del campo quirúrgico <input type="checkbox"/> correcta <input type="checkbox"/> incorrecta	Observaciones:

INTRAOPERATORIA

Intervención realizada:

H. Entrada: H. Salida: <input type="checkbox"/> Identificación verbal del paciente	<input type="checkbox"/> Monitorización del paciente <input type="checkbox"/> Confirmación de información al paciente sobre el tipo de anestesia								
Tipo de anestesia: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> Locoregional <input type="checkbox"/> Sedación <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Mascarilla laríngea n° <input type="checkbox"/> Intubación: tubo n° <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Difícil	Posición: <input type="checkbox"/> Decúbido supino <input type="checkbox"/> Decúbido prono <input type="checkbox"/> DLD <input type="checkbox"/> DLI <input type="checkbox"/> Trendelemburg <input type="checkbox"/> Antitrendelemburg <input type="checkbox"/> Ortopédica <input type="checkbox"/> Genupectoral <input type="checkbox"/> Pila <input type="checkbox"/> Lumbotomía <input type="checkbox"/> Anomalías <input type="checkbox"/> Colocación, protección correcta								
Otros: <input type="checkbox"/> Sondaje Preparación del campo <input type="checkbox"/> lavado quirúrgico con <input type="checkbox"/> desinfectante <input type="checkbox"/> Isquemia Tiempo: <input type="checkbox"/> Drenajes <input type="checkbox"/> Analíticas <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Pruebas cruzadas	<input type="checkbox"/> Taponamiento <input type="checkbox"/> Fijación de miembros <input type="checkbox"/> Apósito compresivo <input type="checkbox"/> Traslado a UCI <input type="checkbox"/> A. P. Pieza:								
Observaciones	Vías: <table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Localización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Central</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Periférica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusión</td> </tr> </tbody> </table>	N°	Localización	<input type="checkbox"/>	Central	<input type="checkbox"/>	Periférica	<input type="checkbox"/>	Transfusión
N°	Localización								
<input type="checkbox"/>	Central								
<input type="checkbox"/>	Periférica								
<input type="checkbox"/>	Transfusión								
Nombre y firma D.E. / A.E.	Placa de bisturí eléctrico Drenajes Incisión Representar en gráfico								



REANIMACIÓN

3/4

Box N°

Hora:

D.E. Quirófano.....

D.E. Reanimación.....

VALORACIÓN AL INGRESO

ANESTESIA GENERAL				
Test de recuperación postanestésica puntos				
Nivel de conciencia	Tensión arterial	Coloración de la piel	Movimiento	Respiración
<input type="checkbox"/> Inconsciencia <input type="checkbox"/> Responde a estímulos <input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> \pm 40 mm de Hg <input type="checkbox"/> \pm 20 mm de Hg <input type="checkbox"/> \pm 10 mm de Hg que en preanestesia	<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> No se mueve nada <input type="checkbox"/> Mueve 2 extremidades <input type="checkbox"/> Mueve 4 extremidades	<input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Respiración profunda <input type="checkbox"/> Tose
Pupilas: <input type="checkbox"/> Reactivas <input type="checkbox"/> Anisocóricas		Posición recomendada		
ANESTESIA LOCORREGIONAL				
<input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Hipotermia				
CHEQUEO DE SISTEMAS				
VENOCLISIS N°	Localización	DRENAJES		
Central		Sonda vesical	cc	
Periférica		Sonda nasogástrica	cc	<input type="checkbox"/> Calda libre <input type="checkbox"/> Aspiración
		cc	<input type="checkbox"/>

VALORACIÓN AL ALTA

Test de recuperación postanestésica puntos				
Nivel de conciencia	Tensión arterial	Coloración de la piel	Movimiento	Respiración
<input type="checkbox"/> Inconsciencia <input type="checkbox"/> Responde a estímulos <input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> \pm 40 mmHg <input type="checkbox"/> \pm 20 mmHg <input type="checkbox"/> \pm 10 mmHg que en preanestesia	<input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> No se mueve nada <input type="checkbox"/> Mueve 2 extremidades <input type="checkbox"/> Mueve 4 extremidades	<input type="checkbox"/> Apnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Respiración profunda <input type="checkbox"/> Tose
HERIDA	S.N.G.	S. VESICAL	VÍAS N° Localización	
<input type="checkbox"/> Apósito Limpio <input type="checkbox"/> Indicación cura <input type="checkbox"/> Retirada taponamiento	Cantidadcc <input type="checkbox"/> Calda libre <input type="checkbox"/> Aspiración	<input type="checkbox"/> Diuresis <input type="checkbox"/> Lavado	Central Periférica	
DRENAJES	OSTIOMÍA	DOLOR	ANESTESIA LOCORREGIONAL	
Sujetos a cama <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Localización:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Retirada de catéter <input type="checkbox"/> Movilidad completa <input type="checkbox"/> Orina de forma espontánea	
ANALGESIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Observaciones para la unidad de hospitalización				
Nombre y firma D.E. / A.E.		Nombre y firma del Celador		Hora de subida:

