

**PROTOCOLO DE ACOGIDA AL
PACIENTE QUIRÚRGICO;
MÉTODO DE REDUCCIÓN DE
LA ANSIEDAD EN UN INTENTO
DE MEJORAR
LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

**LOURDES OLLERO MALAGÓN
MARIA EUGENIA ESTRADA FERÁNDEZ**

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

Protocolo de acogida al paciente quirúrgico; método de reducción de la ansiedad en un intento de mejorar la calidad asistencial.

Autor principal LOURDES OLLERO MALAGÓN

CoAutor 1 MARIA EUGENIA ESTRADA FERÁNDEZ

CoAutor 2

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave Ansiedad Visitas a pacientes Quirófano Calidad de la atención de salud

» Resumen

Se ha observado que uno de los diagnósticos enfermeros más frecuente en la mayoría de pacientes quirúrgicos es la ansiedad relacionada con el proceso quirúrgico. Surge el Protocolo de acogida del paciente quirúrgico como método de reducción de la ansiedad. El objetivo es medir el impacto que el Protocolo de acogida tiene sobre el nivel de ansiedad del enfermo y calidad asistencial. Valoramos el grado de ansiedad mediante la Escala de Hamilton y la calidad de asistencia sanitaria mediante el Cuestionario SERVQHOS.

Este protocolo se divide en 5 momentos; 1. Ingreso, 2. Visita Prequirúrgica, 3. Acogida en quirófano, 4. Acompañamiento a Reanimación y 5. Regreso a hospitalización. Tiene como eje central la Visita prequirúrgica como primer contacto de la enfermera de quirófano con el paciente/cuidador y que tiene finalidad informativa y tranquilizadora acerca de toda la rutina quirúrgica.

Es un ensayo clínico aleatorio de dos grupos; un grupo intervención al que se le aplica el protocolo de acogida y un grupo control. Está dirigido a pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de Cadera o Rodilla.

Tras el análisis estadístico se observó que existe una reducción significativa del nivel de ansiedad según escala de Hamilton en pacientes del grupo intervención con respecto al grupo control, sobre todo en pacientes intervenidos de PTR. También el análisis constató un aumento de la percepción de la calidad asistencial con respecto al grupo control, siendo más acuciada en pacientes intervenidos de PTC.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

A lo largo de los años se ha observado que uno de los diagnósticos enfermeros más frecuentes y que se repite en la mayoría de nuestros pacientes quirúrgicos es la ansiedad del proceso quirúrgico.

Se han descrito diferentes maneras de vivir la enfermedad, Lipowski clasificó 3 estadios; reacción ante la enfermedad manifestada por ansiedad y miedo, toma de conciencia manifestada por síndrome depresivo y beneficios obtenidos después del ajuste. Laín Entralgo distingue diversas vivencias de la enfermedad; invalidez, malestar, amenaza, fenómeno de absorción de cuerpo, soledad, anomalía y recurso.

La percepción sobre el proceso de enfermedad varía y la aceptación del mismo, debido a esto la personalización de la atención al paciente se hace esencial, nuestros pacientes quieren recibir una atención sanitaria, más cálida y cercana. Esta expectativa social, obliga a un sistema sanitario de calidad a mejorar las expectativas y necesidades de los consumidores de salud. Por ello el equipo enfermero pensó en cómo mejorar sus cuidados facilitando la colaboración del paciente/familia en su proceso terapéutico y aumentando la confianza con los profesionales sanitarios.

Algunos de los hospitales de nuestro sistema de salud ya cuentan con un protocolo de acogida del paciente quirúrgico, pero ¿Es suficiente este protocolo?, ¿Reciben nuestros pacientes una asistencia continuada de todo su proceso quirúrgico?.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El hospital constituye un medio extraño y hostil para nuestros pacientes, suponiéndoles una separación y aislamiento familiar/social, ambiente desconocido, preocupaciones económico laborales, indefensión, inseguridad, cambios de hábitos de conductas personales, desorientación, sometimiento a exploraciones y pruebas, despersonalización, convivencia con el dolor, escasa información, dependencia, preocupación e incertidumbre por la evolución de su enfermedad, pérdida de privacidad e intimidad.

Todo esto añadido a que el proceso quirúrgico genera una situación de miedo intenso, nerviosismo y especial estado de ANSIEDAD, ¿No se merecen nuestros pacientes un sistema sanitario lo más humano posible?

La sobrecarga de los partes de quirófano suscita que frecuentemente la atención al paciente sea impersonal. La personalización de la atención es dificultosa en quirófano, se nos olvida el posible miedo que puede originar para el paciente la entrada a quirófano, con el constante movimiento de individuos vestidos de verde con gorro y mascarilla que nos acercamos al cliente muchas veces casi sin presentarnos.

HIPOTESIS: El Protocolo de acogida del paciente quirúrgico es un método acertado en la disminución de la ansiedad del paciente y de mejora de la calidad asistencial.

OBJETIVOS: Medir el impacto que el protocolo de acogida al paciente quirúrgico tiene sobre el nivel de ansiedad del enfermo y calidad de la asistencia.

Planificar un protocolo de acogida al paciente quirúrgico.

Analizar si existe relación positiva entre el protocolo de acogida del paciente quirúrgico y la disminución de la ansiedad.

Valorar el aumento de la calidad asistencial tras la aplicación del protocolo de acogida.

METODOLOGÍA

1. DISEÑO

Ensayo clínico aleatorio de dos grupos, obtenidos mediante un listado de números aleatorios.

-Grupo control: Sin aplicación del protocolo de acogida

-Grupo intervención: Con aplicación del protocolo de acogida.

2. SUJETOS DE ESTUDIO

Pacientes quirúrgicos que van a ser intervenidos de artroplastia total de cadera o rodilla.

3. TAMAÑO MUESTRAL

Se fija error tipo I de un máximo de 5% (probabilidad α de 0.05) y error de tipo II de un máximo de 20% (β de 0.20, implica potencia mínima del 80%). Existe aproximación bilateral y relación estimada de 1. El porcentaje de pérdidas no se supone superior al 10%. Se estima un tamaño muestral de 80 sujetos entre la población estudio; 43 sujetos para el grupo control y 37 sujetos para el grupo intervención.

4. VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Edad, sexo y tipo de intervención quirúrgica.

5. VARIABLE INTERVENCIÓN

Protocolo de acogida al paciente quirúrgico: Se divide en 5 momentos, con el fin de realizar un seguimiento completo de todo el proceso quirúrgico, de manera que paciente/cuidador obtengan la máxima información sobre rutinas quirúrgicas. La finalidad de este protocolo se centra en que paciente/ cuidador tengan en todo momento y a su entera disponibilidad a una figura cercana, trasmisora de información y portadora de tranquilidad, que se responsabilice de todo su proceso; la enfermera de quirófano.

1. Ingreso del paciente; primer contacto con el medio hospitalario.

2. Visita Prequirúrgica; primera toma de contacto entre la enfermera de quirófano y el paciente/ cuidador principal.

-Hoja informativa y consentimiento informado sobre el estudio.

-Escala de ansiedad de Hamilton.

-Consentimiento informado quirúrgico.

3. Acogida en área quirúrgica; desde que el paciente sale de planta hasta que llega a quirófano y se realiza la cirugía.

4. Acompañamiento a Reanimación; desde el fin de la intervención hasta la sala de reanimación post-anestésica.

5. Regreso a hospitalización; tras estabilización hemodinámica de paciente, pasados los efectos de anestesia y dolor controlado.

-Encuesta de satisfacción de la calidad de asistencia percibida de SERVQHOS.

6. VARIABLES RESULTADO

-Nivel ansiedad paciente: Escala de Ansiedad de Hamilton. Heteroadministrada. Puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12 y 13). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través de tiempo o tras recibir tratamiento.

-Nivel de calidad asistencial: Cuestionario Servqhos de opinión sobre la calidad de la atención hospitalaria. Diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones, utilizado para estimar la calidad percibida. Consta de 19 ítems que responden en una escala de 5 pasos (mucho peor de lo que esperaba a mucho mejor de lo que esperaba). Consta de 2 factores; Calidad Subjetiva, que contiene 10 ítems y abarca aspectos como cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional y Calidad Objetiva que contiene 9 ítems y responde a aspectos más tangibles de la estancia hospitalaria como estado de las habitaciones, fiabilidad de los horarios, información que brinda el personal sanitario,...

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Paciente ingresado en hospital para intervención quirúrgica de Artroplastia total de Cadera o Rodilla.

-Estancia mínima de 24h.

-Nivel de estudios de enfermo; básico de lectura y escritura.

-No consumo de tóxicos.

8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Paciente que ingresa solo.

-Paciente que pide alta voluntaria.

-Paciente de CMA.

-Tratamientos psiquiátricos previos.

9. ANÁLISIS DE DATOS

La captación de enfermos se realizó a través del registro y orden de ingreso en la planta de traumatología del hospital, durante un periodo de 6 meses.

Tras la aplicación completa del protocolo de acogida se procedió al análisis y comparación de datos entre ambos grupos, mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Así nació el El protocolo de acogida del paciente quirúrgico como método de reducción de la ansiedad en un intento de mejorar la calidad asistencial.

Visita prequirúrgica es el proceso de personalización de los cuidados entre la enfermera de quirófano y el paciente/cuidador, previa a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada, con los objetivos de proporcionar información y disminuir la ansiedad. Es el primer contacto profesional que tiene un enfermero del área quirúrgica con el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente. Se realiza en la propia unidad de hospitalización.

PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO; momentos e intervenciones:

1. Ingreso

-Captación de pacientes quirúrgicos.

-Información verbal y entrega de hoja informativa.

-Firmas de consentimiento informado.

2. Visita Prequirúrgica

-Presentación de la enfermera de quirófano.

-Presentación de equipo quirúrgico.

-Fecha, hora y lugar programado para la cirugía.

-Duración aproximada de la intervención.

-Localización de sala de espera para familias.

-Breve explicación sobre el tipo de intervención.

-Tipo de anestesia a realizar.

-Recogida de información sobre datos generales; alergias,...

-Información sobre Rutinas Preoperatorias; ayunas, profilaxis,...

-Firma de consentimiento Quirúrgico.

-Localización de sala de información a familiares.

-Rutinas Postquirúrgicas - Unidad de Reanimación Postanestésica; Tiempo de estancia media, ubicación del servicio y sala de espera para familiares.

-Dispositivos con los que puede salir el enfermo.

-Autocuidados al alta; manejo de heridas, dispositivos, rehabilitación, movilizaciones,

-Teléfonos y direcciones de interés sanitario.

-Espacio abierto; ruegos y preguntas.

-Escala de ansiedad de Hamilton a paciente/cuidador.

3.Acogida en área quirúrgica

-Presentación del equipo quirúrgico.

-Presentación del área quirúrgica.

-Explicación de procedimientos a realizar en todo momento.

-¡Nunca dejar al paciente solo!

4.Acompañamiento a Reanimación

-Acompañamiento en su despertar.

-Orientación temporo-espacial.

-Paso de mesa quirúrgica a cama de hospitalización.

-Acompañar hasta sala de reanimación post-anestésica.

-Presentación del equipo de sala de reanimación.

-Información a familia; localización del paciente en reanimación, horarios de visita y de subida a planta.

5.Regreso a hospitalización; Cierre del protocolo

-Espacio abierto; ruegos y preguntas.

-Ofrecimiento de información (direcciones y teléfonos de interés asistencial).

-Cuestionario Servqhos sobre calidad de la asistencia.

-Agradecimientos.

RESULTADOS

Los datos epidemiológicos de la muestra a estudio son; en cuanto al sexo se aprecia un 60% de mujeres y un 40% hombres, un 61'3% (49) son intervenidos de prótesis total de rodilla y un 38'8% (31) de prótesis total de cadera, la media de edad fue de 72'87.

Con respecto a la comparación de la homogeneidad entre grupos, ambos resultan ser comparables ya que no presentan diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p > 0.05$). (Analizadas mediante T student y Chicuadrado).

Control Intervención

Sexo (M/H) 25/18 23/14

IQ (PTR/PTC) 16/27 15/22

Edad 73'23 72'51

En cuanto al análisis de la escala de ansiedad de Hamilton se apreció una media de 31.43 para el grupo intervención y 41.84 para grupo control, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Se observó una reducción de 10.4 puntos (IC 95% (-14.3; -6.46)) en el grupo intervención.

En el análisis del cuestionario Servqhos de calidad de la asistencia se vió una puntuación de 88.78 para grupo intervención y 69.73 para grupo control, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Se percibió un aumento de 19.15 puntos (IC 95% (13.96; 24.34)) en el grupo intervención.

En el análisis de los subgrupos según tipo de IQ se estimó que los pacientes intervenidos de PTR presentaban una reducción mayor en la escala de Hamilton con respecto a los pacientes intervenidos de PTC (11.94 frente a 8.27). Los pacientes intervenidos de PTC presentaron mayor puntuación en cuanto a la calidad asistencial con respecto a los pacientes intervenidos de PTR (20.97 frente a 17.99).

CONCLUSIONES

Según datos estadísticos, el protocolo de acogida del paciente quirúrgico es un método eficaz en la reducción de la ansiedad de pacientes y cuidador principal (aún más en pacientes intervenidos de PTR) y mejora la percepción que nuestros pacientes perciben de la asistencia sanitaria (siendo mayor en pacientes intervenidos de PTC).

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

El mayor obstáculo detectado en este trabajo ha sido la falta de tiempo para el desarrollo completo del protocolo de acogida por parte del equipo enfermero, debido a la sobrecarga de trabajo.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Es importante que paciente/cuidador hayan comprendido y adquirido los conocimientos necesario para que tras la finalización del proceso quirúrgico y protocolo de acogida, sean ellos mismos los directores de su propia salud en su domicilio. Tanto paciente como cuidadores serán los responsables directos de la recuperación de la enfermedad en el domicilio.

» Propuestas de líneas de investigación.

Una de las líneas de investigación para otros trabajos científicos debería centrarse en la continuación de los cuidados más allá del ámbito hospitalario, es decir, un proceso de atención continuada al paciente quirúrgico en su domicilio y ampliar los protocolos de acogida quirúrgica a otros ámbitos, con el fin de conseguir una mejora global de la calidad de nuestra asistencia sanitaria.