

MANEJO EN LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE CON ACV
EN UNA UNIDAD DE
URGENCIAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DEL DISPOSITIVO
DE CUIDADOS CRÍTICOS
DE SAN PEDRO DE ALCAN

ANTONIA COBOS ORTEGA
CARMEN COBOS ORTEGA
ROSA MARIA COBOS ORTEGA

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

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

MANEJO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ACV EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS DE SAN PEDRO DE ALCAN

Autor principal ANTONIA COBOS ORTEGA

CoAutor 1 CARMEN COBOS ORTEGA

CoAutor 2 ROSA MARIA COBOS ORTEGA

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

Palabras clave Seguridad Eventos Adversos Accidente Cerebrovascular Urgencias de Atención Primaria

» Resumen

Objetivo: Implantar cultura de seguridad en la asistencia del enfermo con Accidente cerebrovascular (ACV) activando el CÓDIGO ICTUS en las emergencias neurológicas.

Difundir la cultura de seguridad del paciente entre todos los profesionales del equipo de urgencias.

Método: Consideramos la necesidad de poseer una unidad dirigida a la mejora de la calidad asistencial según las recomendaciones del observatorio de la seguridad del paciente.

La población diana atendida fue enfermos con CIE-9-MC: ACV (436) AIT (435.9) ofreciendo cobertura asistencial del 100%.

Se establecen los criterios de inclusión-exclusión y prioridad asistencial I-II en código ictus. Como instrumento de medida durante la asistencia se utilizó tres escalas: GLASGOW, RANKIN MODIFICADA Y CINCINNATI.

Se seleccionó las etiquetas diagnósticas Taxonomía NANDA y las intervenciones (NIC-NOC):

00146 Ansiedad

00051 Deterioro de la comunicación verbal

00085 Deterioro de la movilidad física

00149 Síndrome de estrés del traslado

00155 Riesgo de caídas

Recogimos los datos en formato papel.

Resultados: El método de trabajo permitió visualizar, analizar y mejorar la seguridad del paciente observando que cumplíamos los tiempos de ventana terapéutica en la emergencia neurológica.

Los cuidados de enfermería adoptados fueron óptimos y evitaron complicaciones, no produciéndose eventos adversos (EA).

Conclusiones: Caminamos hacia la mejora continua contribuyendo a garantizar la seguridad del paciente.

Los buenos cuidados enfermeros proporcionan seguridad y evitan complicaciones.

» 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?

En España, la patología cerebrovascular constituye la primera causa de mortalidad en mujeres y la segunda en hombres, con una incidencia cifrada por cada 100.000 habitantes en unos 150 a 200 casos nuevos al año. Consiste en una pérdida de la función cerebral de naturaleza no traumática, que se desarrolla de forma muy rápida por la falta de aporte sanguíneo al cerebro, y cuyos síntomas son, entre otros, la pérdida de fuerza en medio cuerpo, dificultad para hablar y entender o la pérdida súbita de visión. En Andalucía, tan sólo durante el año pasado los hospitales públicos registraron un total de 13.549 ingresos por esta enfermedad, que en muchas ocasiones conlleva importantes secuelas físicas y cognitivas si no se actúa a tiempo.

Los servicios de Urgencias Emergencias andaluces activan una media de 30 veces al día el denominado código ictus. El código ictus es una de las acciones que la Junta de Andalucía viene desarrollando en el marco del Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo (PLACA).

Ante la magnitud de esta patología, en nuestra unidad de cuidados críticos y urgencias extrahospitalarias de San Pedro de Alcántara, sentimos la necesidad de disponer de un sistema bien organizado de atención al ACV, que permitiera dar respuesta a las necesidades del enfermo. Mejorar la utilización de los recursos disponibles. Mejorar el nivel de calidad asistencial y prevenir E.A. en actuaciones urgentes.

La idea de mejora en la calidad de los cuidados que proporcione seguridad al ACV, surge por iniciativa propia de la unidad de urgencias y motivados por los últimos talleres de formación impartidos por IAVANTE.

Recurrimos al plan de prevención de E.A. de nuestra unidad para corroborar en que tipo de suceso adverso evitable y con daño debíamos incidir. Como experiencia previa partíamos de una publicación elaborada en nuestra unidad: GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Los estudios APEAS sobre la seguridad del paciente en Atención Primaria nos aportaron la metodología para el estudio de los E.A.

» 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?

Partíamos de una carencia de cultura de seguridad y calidad asistencial específico en el proceso asistencial del ACV y ausencia de análisis de incidentes y E.A. durante la asistencia para contribuir a una posterior mejora. También detectamos una resistencia de los profesionales asistentes a comprometerse a comunicar E.A. Otro problema es la variabilidad en la práctica clínica entre profesionales.

Elaboramos el diseño del proceso de atención al ACV con cuidados de enfermería en sesión clínica activando el código Ictus. Se difundió en lugar claramente visible a todos los profesionales de la unidad. Se definió la competencia enfermera, cuidados generales del paciente y se realizó un esquema general de funcionamiento interno, así como los posibles E.A. relacionados con el proceso asistencial.

La necesidad de crear un equipo multidisciplinar, nos encamina hacia la educación comunitaria, como parte participativa del proceso; hacia la prevención primaria, actuando sobre E.A. prevenibles y esperados; y la realización de una valoración y selección rápida del paciente.

Se analizó las deficiencias en la aplicación de los cuidados enfermeros que proporcionarían seguridad al paciente y la probabilidad de E.A.

durante la actuación urgente. Se analizó la frecuencia y tipo de E.A. en el proceso asistencial del ACV. Se analizó que características cumplían los pacientes que sufrían un E.A. durante la asistencia y el traslado.

Las causas de E.A, el tipo y lugar susceptible de producción se cuantificaron en un libro de registro.

Se aportó mejoras en el sistema de trabajo simplificando los cuidados enfermeros, unificando criterios y utilizando manuales recordatorios e informáticos huyendo de la confianza en la memoria que inducía a olvidos y cometer errores en la aplicación de los cuidados.

Elegimos la codificación diagnóstica según el CIE-9-MC y la Taxonomía de la NANDA (Diagnósticos enfermeros) para identificar los pacientes con ACV y AIT y aplicarles actuaciones simples y seguras NIC y NOC.

Etiquetas diagnósticas:

00146 Ansiedad: sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro

00051 Deterioro de la comunicación verbal: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos

00085 Deterioro de la movilidad física: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades

00149 Síndrome de estrés del traslado: Riesgo de sufrir alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro.

00155 Riesgo de caídas: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Como instrumento de medida en la aportación de datos recurrimos a tres escalas: de Glasgow, Rankin modificada y Cincinnati. Ellas establecieron las bases de los cuidados enfermeros específicos y terapéuticos que aportaban seguridad al paciente.

Como criterio de calidad en la seguridad del paciente se planificaron actuaciones conjuntas de enfermero-médico para estabilizar al enfermo en ruta.

A continuación se describe la intervención enfermera para prevenir E.A. en enfermos con ACV y ofrecerle seguridad.

-La enfermera informará al paciente y familiares de las actuaciones durante el traslado para disminuir el síndrome de estrés por traslado y cual será el destino final.

-La enfermera informará al enfermo de los síntomas propios del ACV con el objetivo de disminuir su ansiedad desmitificando la idea de irreversibilidad.

-Proporcionará seguridad evitando el riesgo de caídas durante el traslado usando cinturones de sujeción.

-Evaluará las necesidades básicas alteradas según modelo de Virginia Henderson para establecer los cuidados en la fase aguda y urgente de la asistencia.

-Realizará una exploración básica y neurológica.

-Identificar signos y síntomas, aplicando la escala de Cincinnati

-Valorará el nivel de conciencia, aplicando la escala de Glasgow

-Medirá el grado de dependencia en actividades de la vida diaria aplicando la escala de Rankin modificada

- Colocará al enfermo en la camilla en posición elevada de 30°-45° con la cabeza en dirección a la marcha evitando lateralizaciones y movimientos del cuello, si es necesario colocará un collarín cervical.

-Asegurará la permeabilidad de la vía aérea: aspirando secreciones y/o vómitos. Colocará una sonda nasogástrica (SNG) si existe riesgo de aspiración. Aportará oxígeno si el enfermo tiene una Sat. Oxígeno<92%. Colocará un güedel si tiene bajo nivel de conciencia.

-Contribuirá a la estabilización hemodinámica con control de constantes vitales: buscando la normoglucemia, normotensión y tratando la hipohipertermia. Canalizará una vía periférica en el brazo no parético.

-Tratará complicaciones: En caso de agitación (evitará daño físico colocando protectores); en caso de convulsión (aislará la vía aérea con güedel y protegerá labios y lengua fijándolo correctamente); en caso de vómitos (evitará broncoaspiración aspirando secreciones).

-Realizará pruebas complementarias: ECG de 12 derivaciones.

-NO realizará punciones arteriales, ni colocará vías centrales.

-NO realizará sondaje vesical excepto en presencia de globo vesical.

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

Prevenir complicaciones y E.A. durante la asistencia del paciente con ACV es fácil adoptando las medidas de seguridad que hemos propuesto. La actualización permanente en prácticas de enfermería avanzada nos ha facilitado la incorporación de técnicas más seguras. Hemos conseguido no tener ningún E.A. durante la asistencia gracias a la elaboración de estrategias orientadas a la mejora de la seguridad.

Llegamos a la conclusión de que medidas sencillas mejoran el coste-beneficio y evitan riesgos, por ejemplo: colocar una sonda (SNG) puede evitar una anoxia cerebral provocada por broncoaspirado gástrico.

Los resultados de las soluciones aportadas se verán en publicaciones posteriores.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Descoordinación entre los distintos niveles de la red (coordinación-urgencias extrahospitalarias-hospitalización) en la comunicación de E.A. ocurridos en el ACV. Falta de comunicación sobre E.A. aparecidos en el Hospital y debidos a procedimientos enfermeros de urgencias extrahospitalarias no notificados.

Escasez en la formación enfermera para garantizar un adecuado control de calidad en la seguridad del paciente por desconocimiento de la misma.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Trabajamos en la puesta en marcha de campañas de concienciación ciudadana para la detección precoz del ACV.

Se pretende que la población reconozca los signos y síntomas de la enfermedad cerebrovascular y active los sistemas de emergencia médica rápidamente.

El objetivo es dar a conocer que la enfermedad es prevenible si se actúa sobre los factores de riesgo

Tratamos de desmitificar la idea de irreversibilidad y catástrofe, lo que exige una alerta precoz, para que los sanitarios realicen un diagnóstico correcto e instauren un tratamiento urgente en la fase aguda.

La familia puede acompañar al enfermo durante el traslado siempre que aporte información relevante: antecedentes del paciente, datos del episodio, hora de inicio, etc, si no puede, facilitará su teléfono para posterior contacto.

» Propuestas de líneas de investigación.

El reconocimiento y comunicación de los E.A. durante la asistencia de pacientes con ACV para introducir acciones de mejora, evitarlos o minimizarlos.

Análisis de notificaciones de E.A. para canalizar y mejorar la seguridad del paciente.
El ambiente culpabilizador tiende a ocultar datos en el registro de E.A. por cultura corporativa.
Efectos no esperados, relevantes y difíciles de explicar.

*Referencias bibliográficas

1. Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Shevnina N, Rojas Quero M, Báez Cabeza A, Pérez-Montaut Merino I. Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de Atención Primaria. *Emergencias* 2009; 21: 415-421.
2. Suñol R, Bañeres J. Conceptos Básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*. 2003; 14:265-9
3. Aranaz Andrés JM, Aibar Remon C, Vitaller Burillo J, Mira Solbes JJ, Orozco Beltrán D, Terol García E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2008.
4. Plan Funcional de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud; 2003.
5. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar Fj, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del Paciente. *An Med Interna*. 2007; 24:602-6.
6. Stead LG. El protocolo código eictus una llamada a la acción. *Emergencias* 2009; 21: 83-84.