

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS DESDE UNA PERSPECTIVA ENFERMERA DE CALIDAD

**Autor principal** NOELIA MARIA CASILLAS JURADO

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Quirúrgica

**Palabras clave** postquirúrgico curas cuidados calidad

### » Resumen

La presente comunicación recoge la experiencia realizada en una consulta de curas postquirúrgica en el ámbito de un hospital concertado de atención especializada. Su objetivo es asegurar una asistencia sanitaria de calidad que asegure la continuidad de los cuidados quirúrgicos y sirva como nexo de unión entre paciente, familia, profesional enfermera/o y profesional médico. La formación y sensibilización del profesional de enfermería en la importancia de tender hacia la calidad de los cuidados es la raíz para continuar una larga andadura. Dicha experiencia ha integrado tanto el trabajo clínico en el plano asistencial como un análisis de posibilidades de acción y mejora trasversal. Por último, se intentará contemplar la viabilidad y el coste beneficio de unas mejoras que vertebran del eje principal del proceso enfermero, la salud de la persona.

### » 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?

La enfermería española, como la de otros tantos países, ha evolucionado acorde con los cambios de salud de la población. Estos cambios han obligado a la enfermería a adquirir una serie de nuevos conocimientos y habilidades paralelas dirigidas al proceso de globalización existente en la actualidad.

En 1895 se inicia la creación de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel Hungría. En España la primera escuela de enfermería se funda en este año. La crea un cirujano madrileño llamado Federico Rubio, que había vivido en Inglaterra en los años que Florence abre su escuela, la cual visitó y vio el tipo de enseñanza que allí se realizaba.

Cuando vuelve a España piensa abrir una escuela con estas características y lo hace en el Hospital de la Princesa de Madrid, que era donde trabajaba, la llama "Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría", la hace siguiendo el modelo de Florence con una enseñanza teórica y práctica. Sin embargo estos estudios eran privados y la gente que salía no tenía una titulación oficial.

En 1915 se establece el Título Oficial de Enfermera: se constituye con un programa de conocimientos y un examen teórico práctico, organizado por la Facultad de Medicina.

A partir de 1917 aparecen los primeros textos de enfermería en la Escuela de Santa Isabel; se empiezan a escribir en castellano. El primero fue escrito por un profesor de la escuela de Santa Isabel.

Por otro lado, se crean las primeras Escuelas Oficiales de Enfermeras reconocidas por el Ministerio de Educación. Se inicia, paulatinamente la profesionalización de la enfermería en España y la integración de las Escuelas de Enfermería en la Universidad.

En 1935 se procede a la unificación de las carreras de practicante, matrona y enfermera bajo la titulación de Asistente Técnico Sanitario (ATS). Por fin, en 1973, se considera la enfermería como una profesión.

Por último es en 1977 cuando la carrera de Enfermería pasa a constituir una Diplomatura Universitaria, otorgando el título de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE)

Este plan se renovó a partir de 1992 - 93, el cual se ha modificado recientemente. Las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el Título de Enfermera hasta 1.915, (Real Decreto de 21 de Mayo de 1915 sobre la formación de la enfermera).

Historia y evolución de la enfermería de práctica avanzada

Desde los inicios de la enfermería como profesión, y no como acto de caridad, ésta ha estado expuesta a constantes cambios en función de las demandas de salud de la población.

Las primeras nociones de especialización de la profesión enfermera surgen a finales del siglo XIX, donde el cuidado de los enfermos pasó a ser considerado un deber y no tan solo un acto de caridad.

En las puertas del siglo XX, De Witt (1900) introduce el término especialista, para designar a las enfermeras que trabajan en estrecha colaboración con el médico, y las cuales habiendo completado un curso de postgrado en un área de especialidad clínica, como quirófano, anestesia, pediatría o laboratorio entre otras, constaban de una gran experiencia y habilidades en esa área clínica.

La segunda guerra mundial (1939-1945) fue el escenario que hizo posible la creación de unidades especiales, como la de cuidados intensivos y perioperatorios. Debido a las precarias circunstancias y los pocos recursos médicos, las enfermeras americanas fueron delegadas, con altos grados de autoridad y responsabilidad, de los cuidados del paciente destacando por su forma más independiente y avanzada de llevar a cabo actividades propias de enfermería.

En los años 60, la enfermería de atención primaria asumió la responsabilidad de toda la gama de funciones incluyendo la educación, consultas, cuidados de pacientes agudos y crónicos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación del alta y remisión a los servicios e instituciones secundarias.

La década de los sesenta, fue testigo de otro período de notable crecimiento de la especialización de la Enfermería, que ha continuado hasta la actualidad.

En la actualidad, la Enfermería vuelve a vivir un periodo de cambio. En un mundo globalizado, la profesión de enfermería se pone en debate. Por un lado, la potenciación de un modelo profesional más autónomo, cuidados de alta calidad basados en la evidencia, uso de la investigación como parte esencial de la profesión de enfermería, y por otro lado su formación, eliminando las barreras hasta ahora existentes que no permitían acceder a estudios superiores.

**» 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?**

Contexto del departamento de consultas externas

La consulta de curas y cuidados postquirúrgicos se enmarca dentro de la necesidad de proporcionar una continuidad a los cuidados una vez realizada la intervención quirúrgica de manera que respondemos con efectividad a situaciones que surgen fruto de las inquietudes del paciente o usuario, heridas quirúrgicas con mala evolución, las cuales precisan de seguimiento por profesional de enfermería y por el mismo profesional facultativo, etc

Es importante señalar que el hospital cuenta con un total de 160 camas por lo que es viable tener el mismo servicio. Esta es la estructura que propone un hospital sostenible, sin que afecte a la calidad en los cuidados, el número de camas no debe de ser excesivo, sino quedaría despersonalizado.

En la tercera edición del libro Un modelo de hospital de Fernando Pérez-Iñigo señala que un hospital sostenible tendría una dotación de 300-400 camas, porque si son más se perdería el control y sería ineficiente; no se conocería a los profesionales. El protagonista sería el enfermo y no el médico, que también es importante, pero no el centro del sistema. Será como pasar del geocentrismo al heliocentrismo.

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

En primer lugar definiremos el proceso perioperatorio para comprender la complejidad y atender a la globalidad del mismo. Este concepto engloba las actividades asistenciales encaminadas a la realización de un acto quirúrgico desde el momento en que el paciente acepta una indicación de intervención quirúrgica hasta la rehabilitación y reincorporación en su ámbito social.

Como cuidados perioperatorios entendemos los que brinda la enfermera al usuario y su familia antes, durante y después de la experiencia quirúrgica para detectar situaciones que muestren una alteración en el paciente y que puedan derivar en complicaciones a lo largo del proceso.

El término perioperatorio se utiliza como expresión genérica para incluir las tres fases de la experiencia quirúrgica.

La fase preoperatorio comienza cuando el paciente necesita y decide someterse a un procedimiento quirúrgico y finaliza cuando el paciente es trasladado al quirófano para comenzar la intervención quirúrgica.

La fase intraoperatorio comienza desde el traslado del paciente al quirófano hasta que ha sido trasladado hasta la unidad de reanimación postquirúrgica o postanestésico.

El periodo postoperatorio inmediato incluye el tiempo que el paciente pasa en la unidad de reanimación postquirúrgica, que varía dependiendo de la intervención y el tipo de anestesia utilizada. La decisión de alta al paciente está basada en criterios establecidos en la unidad y que están relacionados con las constantes vitales de la persona, control neurológico, respiratorio, circulatorio y cardíaco.

El postoperatorio tardío comienza con el traslado del paciente a planta de hospitalización hasta que es dado de alta en su domicilio.

Para el paciente la fase postoperatoria continua se extiende al periodo de recuperación que realiza en su domicilio con la atención y seguimiento de la enfermera de atención domiciliaria en el nivel de atención primaria de salud. En nuestro caso, el paciente se encuentra en una situación de mayor accesibilidad a los cuidados postquirúrgicos al poder valorar de una manera continuada in situ la evolución del mismo proporcionando así unos cuidados de calidad. Es decir, el paciente realiza sus cuidados en domicilio pero bajo la educación sanitaria y supervisión realizada por la enfermera en la consulta de curas postquirúrgica.

En concreto en este trabajo nos centraremos en los cuidados al alta del paciente tras una intervención quirúrgica.

## CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Uno de los retos de la sociedad del siglo XXI es la apuesta por la calidad. Ahora ya no se puede hablar solamente de hacer las cosas bien, sino de mantener un nivel de calidad adecuado durante la realización de un producto o servicio.

La calidad como excelencia es considerada como lo mejor en términos absolutos. En la actualidad, cualquier organización debe realizar un gran esfuerzo por conseguir los mejores resultados. Hacemos inca pié en la calidad de unos servicios de salud como raíz principal de una sociedad habitable. En esta cultura de la excelencia podemos destacar la integración de la mejora continua como eje fundamental de todas las actuaciones.

Los distintos componentes de la calidad que se pueden medir son las llamadas dimensiones de la calidad. Entre ellas nos encontramos: la calidad científico-técnica, efectividad, satisfacción, eficiencia, accesibilidad, seguridad clínica, continuidad, adecuación, etc

Educación Sanitaria

La autonomía de la enfermera en una consulta de enfermería permite apostar e intervenir directamente en la educación para la salud de los pacientes y las familias que atiende.

La enfermera debe conocer para cada tipo de intervención quirúrgica, los cuidados específicos tras el alta y las recomendaciones para un estilo de vida favorecedor de una recuperación integral del paciente.

Por otro lado debe de conocer los recursos que los pacientes disponen, a nivel de rehabilitación, recursos y material ortopédico, etc para ponerlos a disposición de los mismos e informar de las etapas de un proceso integral como es la salud de la persona.

Higiene de Manos

La medida más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales es la higiene de manos. Esto es así porque la forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes se produce a través de las manos del personal sanitario (transmisión cruzada).

La fuente de estos microorganismos la forman no solo los pacientes con infecciones producidas por estos microorganismos, sino también aquellos pacientes que están simplemente colonizados por los mismos (en la piel, aparato respiratorio, digestivo, secreciones, etc)

Otra fuente de adquisición de microorganismos en las manos del personal son las superficies ambientales en contacto directo con el paciente infectado o portador (mobiliario cercano, aparataje, etc).

Para evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes debe utilizarse de manera adecuada un producto que produzca la eliminación de la flora transitoria. En la actualidad disponemos de diversos tipos de agentes antisépticos tanto jabonosos como soluciones efectivas.

Seguridad Clínica

Para asegurar la calidad es necesario disponer en cada centro hospitalario de una comisión y una normativa de seguridad clínica basada en aspectos de prevención de la misma; entre ellos encontramos la formación continuada a profesionales sanitarios, mantenimiento preventivo de instalaciones y equipos, identificación del paciente y de los profesionales, registro de caducidades y temperaturas, registro de efectos adversos, listado de verificación quirúrgica, etc

Atención y comunicación con el paciente

Según Robert Buckman; El proceso de comunicar una mala noticia influye decisivamente en la manera de adaptarse a las mismas. De este modo, podemos ver la importancia del rol enfermero en saber comunicarse con el paciente, en especial en las situaciones menos agradables del ser humano.

Las principales características de un buen comunicador son: claridad, concreción, cordialidad/calidez, accesibilidad, entendida como la facilidad o dificultad para poder contactar con el profesional de la salud. Por otro lado es necesaria la humildad: es decir, virtud que todo profesional sanitario debe practicar durante la atención clínica para no actuar con prepotencia ante el enfermo, dejarle expresar todas sus dudas y aceptar sus

Asimismo es importante la empatía, asertividad, baja reactividad y la bidireccionalidad, es decir, crear un clima de verdadero diálogo, en el que ambos actores, profesional y paciente, se notan con libertad para opinar e incluso interrumpirse.

El protocolo de Buchman nos puede ser de ayuda a la hora de dar una mala noticia, se estructura de la siguiente manera:

1. Preparación: adecuar el entorno físico en la medida de nuestras posibilidades es importante para dar una noticia, también las personas que deben de estar ahí y cómo empezar o iniciar la conversación.
2. ¿Cuánto sabe el paciente?. Averiguar lo que sabe el paciente nos ayuda a saber cómo empezar. Evaluar la comprensión de la situación, el lenguaje verbal y no verbal.
3. Es clave conocer cuánta información quiere conocer el paciente para seguir unas pautas, respetar la autonomía del mismo.
4. Compartir la información (complicidad y educación) de una manera respetuosa y siempre asegurándonos de la veracidad de la misma.
5. Valorar posibles opciones, y ver cuáles son las respuestas emocionales y conductuales del paciente ante la nueva situación que se le presenta.
6. Planificación y seguimiento. Asesorarnos a corto plazo de las expectativas del paciente, seguimiento de los nuevos cambios que han acontecido y cómo han afectado al estilo de vida del mismo. Fortalecer las cualidades positivas que ayudan a afrontar la nueva situación y asesorarle de posibles recursos multidisciplinares a emplear.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

No siempre es posible atender las demandas de un gran número de pacientes y surge la necesidad de derivación a atención primaria a pacientes en estado postquirúrgico.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

En una consulta de curas postquirúrgica la educación para la salud se centra por una parte en concienciar de estilos de vida saludables tras una intervención quirúrgica y por otra parte en dar continuidad a los cuidados postquirúrgicos y que el paciente y su familia sean protagonistas de los mismos en su domicilio con una valoración y seguimiento en intervalos de tiempo concretos por parte de la enfermera.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Sería interesante valorar la implementación de este modelo de cuidados al alta en hospitales con un número de pacientes que atiendan moderado o equilibrar varias consultas para un hospital que acoja un mayor número de intervenciones quirúrgicas.