

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

SEGURIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

Autor principal OLGA DELGADO GONZÁLEZ

CoAutor 1 EDUARDO AVILA BARRANCO

CoAutor 2 DAVID VARGAS MOLINA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave Seguridad del paciente Encuestas de atención de la Procesos de enfermería Hospitales de día

» Resumen

En nuestra unidad atendemos pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Uno de nuestros principales objetivos es velar por la seguridad del usuario ofreciendo cuidados de calidad. Para ello, enfermería debe estar formada e instruida en esta modalidad de atención sanitaria, debido al volumen de pacientes y diversidad de patologías atendidas. Nuestro trabajo ha de estar perfectamente protocolizado, en todas las fases del proceso, desde el momento del ingreso del paciente, durante su estancia, pre y postoperatoria, como en el momento del alta, aportando soluciones profesionales y adecuadas en todo momento. Por otro lado, ante la notable variabilidad existente en la práctica clínica de la CMA, se creó en 2008 un Manual de Estándares y Recomendaciones para unificar criterios entre las distintas Unidades. Pensamos que todo esto contribuye a una mejor oferta de seguridad y calidad en nuestros cuidados, pero queremos conocer: ¿Qué percibe el usuario? ¿Confía y se siente seguro con la atención recibida? Con la intención de modificar nuestra actuación si fuese necesario, intentamos dar respuesta a estas cuestiones, teniendo presente la importancia de las encuestas, que permiten la participación del usuario. Por eso realizamos un estudio, en Hospital de Día Quirúrgico del Hospital San Cecilio de Granada, empleando un cuestionario de 11 ítems y escala de Likert de 5 niveles en el que tratamos varios

» 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 seguridad como derecho: Redactada en el año 2002, La Carta Europea de los Derechos del Paciente incluye catorce puntos que deben ser reconocidos como derechos del usuario de los servicios de salud. El Derecho del paciente a la Seguridad está recogido en el artículo nueve de dicha Carta: Todo individuo tiene derecho a estar libre del daño causado por el pobre funcionamiento de los servicios de salud, los errores médicos y la negligencia profesional, y el derecho de acceso a los servicios de salud y tratamientos que cumplan con estándares de alta seguridad.

Actitudes para salvaguarda de este derecho: Como indica Salamanca Castro, la variabilidad, no solo genera desconfianza hacia los profesionales, sino que también favorece la aparición de efectos adversos que atentan contra la seguridad del paciente. Por ello hay que evitarla tanto en el procedimiento general de la CMA como en nuestro trabajo enfermero.

Se había constatado previamente una importante diversidad de configuraciones organizativas, estructurales y funcionales en el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, la cual condicionaba una notable variabilidad en la práctica clínica en las diversas Unidades. Esto propició recientemente una revisión y actualización institucional por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social, con la finalidad de unificar criterios y protocolizar los diversos aspectos relacionados con la Cirugía Ambulatoria, mediante la publicación en 2008 del Manual de Estándares y Recomendaciones de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, que nace con la finalidad de fomentar la homogeneidad de criterios y de la práctica de la CMA. Aspectos como la seguridad del paciente, la formación, la investigación, los indicadores de calidad, la acreditación de Unidades y el papel de las nuevas tecnologías, entre otros, son tenidos en cuenta en este Manual.

Respecto a nuestro trabajo, aplicamos la metodología y el pensamiento enfermeros con el carácter innegable de que la enfermería es la ciencia y el arte del cuidado: Ciencia porque implica una serie de conocimientos científicos de diversas disciplinas utilizados como principios en un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos y un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica con el Proceso de Atención de Enfermería. En CMA, La enfermería deberá estar formada e instruida en esta modalidad de atención sanitaria, debido al volumen de pacientes y diversidad de patologías atendidas. El tratamiento enfermero ha de estar perfectamente protocolizado, en todas las fases del proceso, cumpliendo con los protocolos establecidos desde el momento del ingreso, con la acogida del paciente, durante su estancia pre y postoperatoria, como en el momento del alta, aportando soluciones

» 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?

Nos interesa conocer la opinión del usuario en cuanto a seguridad sentida con la asistencia recibida en nuestra unidad, con la finalidad de detectar necesidades de cambio o mejora.

De un lado, nuestra actuación, aplicando el Proceso de Atención a los Cuidados en todas sus fases sin olvidar los criterios de seguridad.

Valoración: Usamos el modelo de Necesidades de Virginia Henderson. Aunque en nuestro caso, la valoración no es general, sino focalizada.

Inicial: recogemos información del paciente a su llegada. Continua: seguimos valorando durante todo el proceso, en todas las fases, hasta su posterior alta.

La puesta en marcha de medidas de garantía y seguridad pasa siempre por la utilización de un lenguaje normalizado fundamental para el intercambio de información sanitaria, para facilitar la continuidad en la atención profesional de los cuidados, para permitir la comparación de los resultados obtenidos. Por ello usamos las Taxonomías (NANDA, NOC, NIC)

Definimos diagnósticos enfermeros según Taxonomía NANDA II: En el preoperatorio los diagnósticos enfermeros más frecuentes son:

Conocimientos deficientes relacionados con (r/c) falta de información referente a CMA, Conocimientos deficientes r/c falta de información referente a proceso, Ansiedad r/c cambio en el estado de salud. Cambio del entorno, Temor r/c situación potencialmente estresante (procedimiento quirúrgico).

Se interviene, y cuando vuelve de quirófano, realizamos una nueva valoración. Siguiendo con la misma clasificación, los diagnósticos de enfermería más frecuentes durante el postoperatorio en sala son: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, Retención urinaria r/c limitaciones neuromusculares, Riesgo de desequilibrio volumen de líquidos r/c hemorragia, Deterioro de la movilidad física r/c dolor, Conocimientos deficientes r/c falta de exposición, Dolor agudo r/c intervención quirúrgica y posición forzada, Náuseas r/c distensión gástrica, Ansiedad r/c

miembros del equipo conocen la meta a seguir y dirigen sus esfuerzos hacia ello. Son los instrumentos de medición del plan de cuidados. El éxito de este plan depende de si se alcanzan los resultados esperados.

En la sala definimos unos objetivos o resultados (NOC) que queremos conseguir para cada diagnóstico, y nos fijamos en unos indicadores.

Por ejemplo, para el diagnóstico: Deterioro de la movilidad física, NOC: Movilidad, Indicador: Ambulación.

Para conseguir estos objetivos, ponemos en práctica una serie de intervenciones ó actuaciones (NIC) que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados: Con esto estamos en la cuarta fase. Ejecución del plan de cuidados. Algunas de las intervenciones que realizamos en la sala son: Cuidados de enfermería al ingreso, Preparación quirúrgica, Manejo del dolor, Manejo del vómito, Etapas de la dieta, Facilitar aprendizaje, Enseñanza: procedimiento/tratamiento, Apoyo emocional, Mantenimiento del acceso venoso, Documentación, Planificación del alta.

Evaluación. La última fase. En todos los manuales, se define esta etapa como parte del proceso de enfermería en el que, tras volver a valorar, se compara el estado de salud del paciente con los objetivos que hemos definido previamente. Si se han resuelto los diagnósticos postoperatorios, se va de alta.

Cuando el paciente llega a nuestra sala, tras confirmar que traiga firma de alta por parte del equipo quirúrgico (cirujano, anestesista) pretendemos garantizar la seguridad pre-alta haciendo una valoración de readaptación al medio y asegurando un cumplimiento riguroso de los Criterios de Alta. Tomamos como referencia los Criterios de Chung: Constantes, Deambulacion, Nauseas/Vómitos, Dolor, Herida operatoria, Micción, Ingesta de líquidos.

Criterios imprescindibles de seguridad post-alta: Confirmación de los requisitos necesarios del entorno del paciente. Especificación minuciosa de los cuidados post-alta y seguridad de la comprensión por parte del paciente y de su acompañante cuidador. Valoración precoz de complicaciones potenciales futuras. Delimitación clara de las actuaciones en caso de problemas post-quirúrgicos: teléfono de contacto con la unidad, motivos de necesidad de atención médica, situaciones y formas de actuación en caso de urgencia, lugar de referencia para recibir atención médica. Revisión organizada: día y hora, en CMA o consultas de referencia. Se envía Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) mediante e-mail a su enfermera comunitaria. Si, por el tipo de anestesia utilizada en la intervención, el paciente ha precisado estancia en Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA), comunicamos esto, también por e-mail, a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). Al día siguiente, realizamos llamada telefónica al paciente en su domicilio para valorarlo de nuevo. Este es nuestro maravilloso plan de actuación. Todo bien protocolizado y organizado.

De otro lado está la percepción del usuario y eso es lo que queremos conocer. Para ello, realizamos una encuesta empleando un cuestionario de 11 ítems y escala de Likert de 5 niveles en el que tratamos varias cuestiones. Entre ellas, la seguridad sentida por el usuario tras su paso por nuestro servicio. Tomamos una muestra de 134 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico consecutivo durante el mes de marzo de 2012. La población fueron los pacientes ingresados en Hospital de Día Quirúrgico del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. En uno de los ítems preguntamos si se habían sentido seguros con la asistencia recibida. Las respuestas obtenidas fueron:

Muy seguro: 52%

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

Llama la atención que de los 134 usuarios consultados, nadie marcó en las respuestas negativas (Poco seguro y Nada seguro) que obtuvieron un 0% de puntuaciones. Es el único ítem de todo el cuestionario en el que pasó esto. En los otros diez, tuvieron puntuación todas las posibles

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Con nuestro estudio descriptivo transversal, sólo presentamos resultados de la muestra sin hacer inferencias a la población diana y sin pretender evaluar una posible relación causa- efecto para conocer los factores que motivaron a cada usuario a tener una percepción determinada sobre su seguridad. Esto podría ser objeto de otro estudio.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El usuario debe tener un papel activo en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados, y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento. En este sentido, uno de los retos que marca la OMS dentro de sus áreas de acción en relación con la seguridad de los pacientes, es su participación. En nuestro sistema sanitario se ha incorporado la calidad percibida como una línea de gestión y evaluación de los centros asistenciales. Las encuestas permiten escuchar directamente a los ciudadanos, permiten que se expresen. Nos interesa su opinión. En todo caso, seguir utilizando los cuestionarios para monitorizar los servicios, con la intención de detectar puntos débiles e intentar mejorarlos, desde una perspectiva fundamental en la evaluación como es desde la experiencia asistencial de los usuarios

» Propuestas de líneas de investigación.

Intentar ahondar en las razones del por qué de estos resultados. En este caso, empleando un nuevo cuestionario, preferiblemente validado, que intente profundizar en el conocimiento de las distintas variables de las que depende la percepción de seguridad.

También se podría hacer un estudio comparativo de la seguridad sentida en usuarios sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria respecto a los sometidos a Cirugía convencional.

» Bibliografía.

- 1.Hernández Meca M^a Encarnación, Ochando García Antonio, Royuela García Catalina, Lorenzo Martínez Susana, Paniagua Fernando. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2013 Feb 11]; 11(3): 190-195. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752008000300006&lng=es.
- 2.Ana Belén Salamanca Castro. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid:Fuden;2013