

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

## "La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

EL INSTANTE ES LA CONTINUIDAD DEL TIEMPO, PUES UNE EL TIEMPO PASADO CON EL TIEMPO FUTURO

**Autor principal** ROSA MARIA MARTINEZ ROZALEN

**CoAutor 1** ANA MARIA GARCIA DIAZ

**CoAutor 2** ALICIA SEVILLA HERRERO

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

**Palabras clave** REGISTRO CONTINUIDAD ESTADO DE SALUD CRITERIOS

### » Resumen

La función de Enfermería es prestar cuidados centrados y orientados en el paciente. Se hace referencia, por una parte a las necesidades y expectativas de la persona ante un proceso de salud-enfermedad, y por otra parte a la aportación profesional como respuesta a esas necesidades.

El registro de enfermería es el soporte documental donde queda recogida toda la información, reflejando allí su valoración, tratamiento y evolución.

### » 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?

De acuerdo a las necesidades detectadas, se están llevadas a cabo una serie de actividades formativas encaminadas a mejorar los cuidados y la continuidad de los mismos.

Desde el Área Quirúrgica, Urpa, se ha elaborado dentro de la documentación enfermera, una nueva hoja de registro, que contempla de forma muy específica la situación de los pacientes en relación a sus cuidados, desde su ingreso hasta el momento de alta hacia las áreas de Hospitalización.

El proceso de elaboración de éste documento se inició ante la necesidad:

- Por una demanda de las plantas de hospitalización para una mejora en la transmisión de la información.-Hacia el paciente, no perdiendo en ningún momento cubrir sus necesidades.

### » 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 planteamos unos objetivos:

**PACIENTE:**

Asegurar la continuidad de cuidados de enfermería, transmisión de información entre Urpa y las plantas de hospitalización.

Registrar los datos significativos del estado de salud de los pacientes y las intervenciones enfermeras en URPA.

Fomentar la relación con el paciente.

**ENFERMERA URPA:**

Asegurar la continuidad de Cuidados de los pacientes de alta, unificando criterios.

Reflejar Intervenciones Dues Urpa, motivando a los profesionales.

Proporcionar datos con fines científicos, utilizando lenguaje enfermero.

Orientar a la enfermera de hospitalización del estado de salud del paciente.

Tomar decisiones y asumir responsabilidades, DE FORMA RAZONADA Y ESTRUCTURADA.

Cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas.

**ENFERMERAS HOSPITALIZACIÓN:**

Establecer circuito de transmisión de la información.

Reorganizar el plan de cuidados y continuar evolución.

Mejorar la calidad percibida con los profesionales de las unidades de hospitalización.

Pasos que seguimos para establecer dicha hoja de registro:

El proceso de enfermería nos permite constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente y contiene las normas de calidad de la prestación de cuidados al normalizar y sistematizar la práctica asistencial. Seguimos las cinco etapas de las que consta el proceso de Enfermería: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación .

Se establece como normativa que la información allí reflejada debe cumplir los siguientes requisitos: Objetiva, fiable, de la observación del enfermero, concisa, actualizada y por supuesto confidencial. Se elabora un documento clínico que recopila datos y observaciones de los pacientes. Para una información rápida y precisa para la valoración y seguimiento del paciente.

Está dentro de la Hª Clínica. Se diseñó un formato con soporte informático. Se configuran según las necesidades de la unidad. Fundamentada en características definitorias para llegar a un diagnóstico.

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:**

La Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática (PAE ). La piedra angular del trabajo enfermero es la valoración de enfermería, ya que es el método idóneo para recoger información e identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas, ésta debe realizarse de forma individualizada ser continua y realizarse en todas y cada una de las fases de proceso enfermero, diagnosticando, planificando, interviniendo y evaluando,

El "proceso", constituye la primera fase del proceso enfermero. La valoración debe ser:

Planificada. Está pensada, no es improvisada.

Sistemática. Requiere un método para su realización.

Continua.

Cuando la enfermera entra en contacto con el paciente por primera vez debe conocer sus problemas. De una buena valoración inicial va a depender el éxito de nuestro trabajo ya que es la primera fase de un proceso (PAE) no sólo requiere conocimientos y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar.

Un dato es una información concreta, útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando, esa información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera en el medio que trabaje. Son importantes todos los datos para conseguir una mayor información. Cómo recoger los datos:

- Examen físico: Objetivos, se pueden medir con una escala o instrumento. Ej.: TA, Tª, FC:
  - Entrevista al paciente: Subjetivos, son los que la persona expresa. Son sentimientos y percepciones. Ej.: dolor de cabeza
  - La obtención de una historia de la salud y sus antecedentes familiares e Informes previos de datos de diagnóstico: Históricos antecedentes. Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
  - Observación continúa durante todo el proceso.
- Son importantes todos los datos para conseguir una mayor información. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo además de los actuales.

Cuando iniciamos la nueva hoja de registro además de plantearnos lo anterior seguimos unas pautas, apoyándonos en:

-La valoración por patrones funcionales de Gordon, que tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo y el modelo de Virginia Henderson representa, junto con Dorotea Oren, la tendencia de suplencia o ayuda. Según Tomás Vidal (1994), la valoración mediante patrones funcionales y por necesidades básicas es complementaria.

#### EVOLUCION

Revisada la bibliografía no encontramos documento de registro de continuidad de cuidados de Urpa, si hay datos sobre hojas de registro de urgencias, Uci y Alta a domicilio.

Se crea un grupo de trabajo con las supervisoras del Área especialidades quirúrgicas, Materno-infantil, Unidad de calidad y con la S.A.F. Área de cuidados y un miembro de la Comisión de continuidad de cuidados al Alta.

El objetivo final de este grupo, era la elaboración de las herramientas y estrategias necesarias para garantizar la continuidad de cuidados de Enfermería al alta y su seguimiento. Establecer como norma la cumplimentación del documento por parte del personal de URPA y conseguir que todas las Unidades de Hospitalización participen en esta labor de mejora.

En la unidad de Urpa sirve para la realización de la etapa de Valoración del PAE, y la de evolución en las unidades de hospitalización será la fase de valoración.

#### EVALUACION DEL PROCESO:

Se valora la facilidad de la utilización del documento para los profesionales hospitalarios; fácil y rápida de cumplimentar, concreta y concisa, de tamaño reducido que se podrá informatizar. Son gráficas especiales, recopilan más datos del paciente, son horarias, para un solo día, tratan de

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

Empezó a utilizarse durante un año y posteriormente realizamos un cuestionario a los profesionales de las unidades de hospitalización para su valoración y aportaciones.

¿Por qué la enfermera debe planificar un informe de continuidad de cuidados? Utilidad percibida por las enfermeras.

- 1) ¿Consideras el informe de Continuidad de cuidados útil para tu trabajo diario, necesario que acompañe al paciente y una buena forma de comunicación entre reanimación y las unidades de hospitalización? &#9633;Si &#9633;No
- 2) ¿Conoces nuestro modelo de informe? &#9633;Si &#9633;No
- 3) ¿Te resulta comprensible? &#9633;Si &#9633;No
- 4) ¿Llega de forma regular a tu servicio? &#9633;Si &#9633;No
- 5) ¿Consultas dicho registro de manera habitual? &#9633;Si &#9633;No
- 6) ¿Te resulta útil la información allí recogida? &#9633;Si &#9633;No
- 7) ¿Añadirías información? &#9633;Si &#9633;No
- 8) ¿Suprimirías algo? &#9633;Si &#9633;No

Tras una valoración de dichos resultados, hemos podido observar que se han llegado a cumplir los objetivos marcados:

PACIENTE: Hemos conseguido una continuidad del cuidado y mejora del estado de salud. Se ha fomentado mayor relación con el paciente.

DUE URPA: Todos utilizamos la misma herramienta de trabajo, tenemos consensuadas las intervenciones. El registro cumple la normativa legal y en él se utiliza un lenguaje enfermero.

DUE UNIDAD HOSPITALIZACIÓN: La información es transmitida pero se interpretan algunos datos de distinta forma. Es válida como fase inicial del PAE y a mejorado la calidad percibida.

#### PROPUESTAS DE MEJORA:

##### UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN:

Volver a proporcionarles la información sobre la interpretación de los apartados de la hoja de registro.

En cuanto a la introducción de la nueva variable (EVA) lo realizaremos de igual forma que en las unidades.

Realizaremos reuniones periódicas con sus supervisoras para la puesta en marcha de los conocimientos de problemas y las propuestas de mejora.

##### EN REANIMACIÓN:

La nueva gráfica ya está modificada y en ella está la nueva variable, se informará de como obtener los datos además de su interpretación para

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Para que la información llegue a todos los servicios, debemos implicarnos todos: supervisores y profesionales. Debemos facilitarnos el trabajo, en beneficio de nosotros mismos y del propio paciente.

Una buena planificación nos ofrece muchas ventajas, los registros no siempre conducen a realizar una anotación clara y meticulosa, puede depender del grado de preparación de la enfermera. Esto no debe influir en el registro de enfermería: hojas claras, consensuadas por todos,

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

Hacia el paciente con su aportación de datos necesarios para poder realizar una buena valoración.

#### » Propuestas de líneas de investigación.

Elaboración de un cuestionario para trabajo de investigación, para poder medir los resultados obtenidos.

#### » Bibliografía.

W. Iyer, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente(1992)Nursing,10(3): 40-44.

Carpenito, L.J.; Planes de cuidados y documentación en enfermería.Ed.McGraw-Hill- Interamericana de España. 1ª Ed. 1994.

Rivero Cuadrado, A; Pajares Costal, C; Pacheco del Cerro, E. et al. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejo General de Enfermería. 2002.