

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

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

## ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA COMO HERRAMIENTA DE SEGURIDAD ENFERMERA EN EL ALTA DE REANIMACION

**Autor principal** M<sup>a</sup> JOSE LIRIO GUZMAN

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

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

**Palabras clave** ESCALA SALA DE RECUPERACION SEGURIDAD ROL DE LA ENFERMERA

### » Resumen

La enfermera realiza actividades delegadas en el área quirúrgica. El alta de la sala de recuperación postanestésica ha de ser realizada por aquella con garantías y seguridad tanto para el paciente como para el proceder enfermero. Para dar de alta a un determinado paciente no hay que seguir un criterio temporal salvo que esté protocolizado.

Mediante escalas aceptadas universalmente podemos basarnos en ellas a fin de unificar criterios y realizar las actividades con seguridad. Describimos una serie de casos de alta del Área Reanimación en un periodo de tiempo determinado. Durante el último trimestre del año 2012 analizamos los pacientes mayores de 18 años que fueron dados de alta de la sala de recuperación tras cirugía general, ginecología, urología, traumatología y ORL.

Mostramos el número de pacientes que fueron dados de alta y cuántos de ellos requirieron una consulta posterior por una inadecuada valoración u otros motivos, analizando si era atribuible a un mal manejo del alta por parte de Enfermería.

Nuestro estudio concluye que la aplicación de la Escala de Aldrete Modificada es un instrumento sencillo y fácil de aplicar por la Enfermera de

### » 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?

El trabajo se desarrolló con los pacientes de la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica) de un hospital comarcal (Hospital La Inmacula de Huerca Overa en Almería).

Como el número de facultativos por área de trabajo es escaso, afloró la idea de que la enfermería asumiera responsabilidades bajo el prisma de la seguridad en cuanto al alta de los pacientes quirúrgicos de la mencionada área.

Puesto que no teníamos experiencia anterior en este área recurrimos a una herramienta que fuera fácil y adecuada para tal menester que ya hubiera sido empleada en otros lugares y evaluar su idoneidad.

### » 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?

En muchas ocasiones los hospitales comarcales se ven mermados por la escasez de personal, tanto facultativo como enfermero. Esto determina que algunas intervenciones o actividades no se realicen adecuadamente ni con seguridad. Un hecho mermado en nuestro área era el de la atención al alta del paciente de la Sala de Recuperación. Al no disponer de un facultativo en dicha sala de manera permanente por ubicarse en otras localizaciones, teníamos que esperar a que pudiera venir para dar el alta de los pacientes. Esta circunstancia enlentecía el procedimiento y limitaba las posibilidades de uso de la sala.

Las quejas por falta de espacio eran continuas y la enfermera no quería responsabilizarse del alta por posible falta de seguridad en esa intervención. Las recomendaciones recogen cómo ha de hacerse el procedimiento por ambas partes asistenciales.

Se buscó una herramienta que fuera fácil de ejecutar y que diera seguridad al alta del paciente. La herramienta elegida fue la Escala de Aldrete Modificada. Esta herramienta se incorporó a la Hoja de Reanimación para chequear los ítems de la escala de manera fácil y rápida. La escala dispone de 5 ítems de fácil valoración. Se trata de una escala de tipo Likert donde se puntúan de 0 a 2 cada uno de los ítems en función de que se cumplan las condiciones descritas.

Los ítems son: movilidad espontánea o a la demanda, respiración, presión arterial, estado de conciencia y saturación de oxígeno. De la movilidad se valora como 0 la ausencia de movilidad, 1 cuando mueve dos miembros y 2 cuando mueve las cuatro extremidades. De la respiración se valora como 0 la apnea, 1 la disnea o la respiración superficial o limitada y 2 cuando puede respirar profundamente y toser. El ítem tensión arterial se puntúa como 0 cuando hay una variación +/- de 50 mmHg respecto a las cifras basales, se puntúa como 1 cuando la variación es +/- 20 a +/- 50 mmHg respecto a la basal y como 2 cuando la variación es de +/- 20 mmHg. El cuarto ítem o estado de conciencia se puntúa como 0 cuando el paciente no responde a órdenes simples. Se le da el valor de 1 cuando despierta a órdenes y como 2 cuando está perfectamente despierto. En cuanto al quinto y último ítem o saturación de oxígeno, se puntúa como 0 cuando dicha la pulsioximetría marca una SpO<sub>2</sub> < de 90% con O<sub>2</sub> suplementario. Se le da el valor de 1 cuando necesita oxígeno suplementario para mantener una SpO<sub>2</sub> > de 90%. Para tener el valor de 2 el paciente tiene una SpO<sub>2</sub> > a 92% con aire ambiente.

La valoración de esta escala se hace al ingreso en la sala de recuperación y cada vez que se haga una evaluación de las constantes, además de

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

La escala fue fácil de incluir y contó con la total aceptación de los profesionales implicados. Se realizó una sesión clínica explicativa sobre como realizar adecuadamente la intervención y se rediseñó la Hoja de Reanimación para que la enfermera dispusiera en todo momento de la escala en su hoja de constantes a fin de permitirle la fácil y rápida elaboración de la puntuación.

También se pensó en el personal de nueva incorporación y para asegurarnos que reciben la información al respecto y otras lo hemos aportado al Plan de Acogida a Profesionales de nueva incorporación, tanto en formato escrito como electrónico.

Del período analizado (último trimestre de 2012), encontramos que se aplicó a un total de 712 pacientes de cirugía programada en día laborable de mañana y dos días semanales de cirugía programada de tarde. Se investigó en historia clínica mediante auditoría interna aquellos pacientes que habían sido dados de alta y que requirieron una consulta al área postanestésica en las primeras tres horas tras el alta. Encontramos que sólo tres pacientes requirieron consulta tras el alta, de los cuales sólo uno era atribuible a una inadecuada valoración de la puntuación por tener una puntuación de 7. Otro paciente fue enviado de alta con el consentimiento del facultativo por falta de espacio en la sala sin consecuencias de

intravenoso que aún se le administraba al llegar a la sala de hospitalización. Las tres consultas se resolvieron telefónicamente según consta en hoja de evolución de enfermería de la sala de hospitalización.

Junto al estudio de las consultas que se realizaron confeccionamos una encuesta sencilla dirigida al personal de enfermería de la sala de recuperación. Consistió en una sola pregunta con tres posibles valoraciones. Se preguntó si era difícil o no la realización de la Escala de Aldrete Modificada contestando tres posibilidades: asequible, difícil o muy difícil. De los 14 enfermeros/as que actúan en reanimación contestaron 13 que era asequible, 1 de ellos que era difícil y ninguno contestó que muy difícil.

Consideramos por tanto que la aplicación de la Escala de Aldrete Modificada es una herramienta eficaz que ayuda a la seguridad del alta del paciente de cirugía programada. Es fácil y factible y cuenta con el apoyo de los profesionales involucrados. Además confiere un importante elemento de confianza entre los profesionales y los pacientes.

#### » **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

La escala que escogimos tiene sus limitaciones aunque son pocas y puede consultarse en la bibliografía. Hay circunstancias de los pacientes que no permiten la valoración de un ítem determinado como algún amputado o aquellos en los que se realiza un bloqueo anestésico unilateral. La escala también puede dar 10 en personas con alteración del lenguaje o distinto idioma.

En general estas circunstancias no son muy frecuentes.

Se trataba de encontrar una herramienta lo más sencilla posible para medir los resultados de la intervención sin perder calidad o seguridad.

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

Las limitaciones idiomáticas o de otras características del lenguaje pueden aminorarse o hacer que no sean una limitación si usamos paneles de información o bien contamos con la participación de algún familiar cuando vayamos a hacer la valoración, sobre todo antes del alta de dichos

#### » **Propuestas de líneas de investigación.**

Sugiero dos posibilidades:

-Monitorizar periódicamente los errores de esta intervención bien por auditoría interna o bien mediante la consulta a la aplicación de comunicación de sucesos adversos de la que disponemos en nuestro área, como norma de calidad y seguridad

-Encontrar la manera de minimizar los posibles errores en la correcta valoración de todos los ítems y analizar su adecuación.

#### » **Bibliografía.**

1. Solano, N. Escala de Aldrete modificada [Internet]. Jun 08, 2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net/Llagalas/escala-de-aldrete-modificada>
2. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Bloque quirúrgico: Proceso de soporte. Sevilla, 2004.
3. Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. J Clin Anesth. 1995;7:89-91.
4. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. Anesth Analg 1970;49:924-934.