

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE CRÍTICO

Autor principal MARIA JOSE SANCHEZ GALLARDO
CoAutor 1 RAFAEL VERA CANO
CoAutor 2 MARIA FRANCISCA PUÑAL VIDAL
Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias
Palabras clave VALORACIÓN PACIENTE CRITICO CUIDADOS DE ENFERMERIA REGISTRO

» Resumen

Actualmente cuando un paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos el traspaso de información entre profesionales ocurre de manera verbal. Detectamos la necesidad de crear una herramienta de recogida de datos mediante registro informatizado que asegure una correcta valoración física del paciente al ingreso en estas unidades.

Los esfuerzos por conseguir un registro informatizado de la valoración física del paciente nos planteó la necesidad de utilizar una metodología y herramientas útiles y efectivas para mejorar la calidad de los servicios prestados y la continuidad asistencial, disminuyendo el riesgo de malas interpretaciones u olvidos en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, así como establecer una herramienta de trabajo más efectiva y de calidad tanto para los enfermeros que trabajan de manera habitual en la unidad de cuidados intensivos como aquellos de nueva incorporación. Concluimos con la afirmación que es IMPRESCINDIBLE y NECESARIO registrar nuestras acciones para garantizar una mejora en la calidad y seguridad del paciente en todas nuestras acciones.

» 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 unidad de cuidados intensivos es un servicio destinado a acoger a aquellos pacientes gravemente enfermos, con posibilidad de evolucionar con mayor gravedad o aquellos que pueden evolucionar favorablemente considerando su alta de la unidad y traslado a otra área de hospitalización, así como también a aquellos pacientes que son sometidos a cirugía de mayor riesgo, y que por lo tanto, requieren una observación más estricta de sus funciones.

Los cuidados de los pacientes críticos evolucionan con mucha rapidez, es por ello, que es necesario que los enfermeros en general y los que trabajan en unidades de intensivos en particular, tengan actualizados sus conocimientos de manera continua, con el fin de mejorar la asistencia prestada a estos pacientes.

Nuestro trabajo se desarrolla en un Hospital Comarcal dentro de nuestra unidad polivalente, en la cual tenemos integrada la unidad de cuidados especiales; en la que queremos desarrollar un protocolo de actuación basado en un registro informatizado de valoración física al paciente crítico para garantizar una mejor calidad y seguridad en la atención al paciente.

Un informe de la OMS en relación con la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que: Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarle daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e

» 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?

Son numerosos los estudios realizados en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos que confirman que son espacios elevadamente de riesgo. En las unidades de cuidados intensivos la posibilidad de sufrir efectos adversos desde el primer momento de su ingreso en la unidad así como durante su estancia se incrementa como consecuencia de las características específicas de la atención. La gravedad que tienen los pacientes que ingresan, el gran número de actuaciones de urgencia que suceden, el manejo de un gran número de procedimientos invasivos y la realización de técnicas tan complejas, contribuyen a elevar más ese riesgo.

Si tenemos en cuenta los problemas de seguridad con el paciente crítico, existen informes recogidos en numerosas publicaciones y estudios (de medicina y enfermería intensiva) que muestran que más del 70% de los incidentes comunicados estuvieron en relación con una mala valoración al ingreso, la medicación, aparatos, cuidados, accesos vasculares, sondas, vía aérea y ventilación mecánica.

Nuestro trabajo se base en un estudio descriptivo mediante búsqueda bibliográfica de la información publicada sobre los registros de valoraciones físicas del paciente crítico en las distintas unidades de cuidados intensivos.

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

El objetivo de nuestra valoración es sistematizar mediante registro informático la información relativa a la situación física del paciente observada por los enfermeros. Nuestra población diana van a ser todos los pacientes que ingresen en la unidad de cuidados intensivos, ya venga procedentes de quirófano por una cirugía mayor o cualquier ingreso procedente de urgencias u hospitalización. Intentamos desarrollar unas tablas organizadas en pestañas para facilitar el registro informático de la concierne a los distintos aparatos, ya que consideramos muy importante la incorporación de las nuevas TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación) a los cuidados de enfermería.

Los datos que recogen esta valoración servirán de guía para identificar las Complicaciones Potenciales del paciente.

Se intentará consensuar con todos los compañeros la cumplimentación de este registro al menos al final de cada turno, y siempre que haya cambios en el estado del paciente.

Entre las pestañas (que serían las posibles variables) para los distintos registros planteamos:

- 1.- Estado Neurológico. Se recogen los valores de la Escala de Glasgow, el estado de las pupilas y la fuerza y movilidad de los miembros superiores e inferiores. También las escalas de Rass Ramsay para la valoración del nivel de sedación.
- 2.- Estado Respiratorio. Características del patrón respiratorio.
- 3.- Estado Circulatorio. Coloración de la piel, presencia de hemorragia, presencia de pulsos en los cuatro miembros, arritmias,
- 4.- Estado de la función digestiva: Peristaltismo, distensión abdominal, ostomías,
5. Somatometría. Parámetros peso y talla estimados, ya que habitualmente este tipo de pacientes no pueden pesarse ni tallarse.

También insistiremos en la necesidad de las enfermeras por identificar los procedimientos o prácticas de riesgo en la práctica, para que se incrementen procedimientos de detección y alertas de seguridad.

INDICADORES DEL FORMULARIO DE VALORACIÓN FÍSICA

INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO NEUROLÓGICO

Hora de Ingreso

Procedencia

Estado Neurológico

Nivel de Conciencia Multiselección: Alerta

Consciente

Estuporoso

Coma

Somnoliento

Escala de Glasgow (1)

Pupilas Desplegable: Isocóricas

Anisocóricas

Discóricas

No valorables

Reacción Pupilas Multiselección: Derecha positiva

Derecha negativa

Izquierda positiva

Izquierda negativa

Tamaño Pupila Derecha (2) Desplegable: 1 a 8

Tamaño Pupila Izquierda (3) Desplegable: 1 a 8

Fuerza MMSS Multiselección: MSD conservada

MSD disminuida

MSD anulada

MSI conservada

MSI disminuida

MSI anulada

Fuerza MMII Multiselección: MSD conservada

MSD disminuida

MSD anulada

MSI conservada

MSI disminuida

MSI anulada

Movilidad MMSS Multiselección: MSD conservada

MSD disminuida

MSD anulada

MSI conservada

MSI disminuida

MSI anulada

Movilidad MMII Multiselección: MSD conservada

MSD disminuida

MSD anulada

MSI conservada

MSI disminuida

MSI anulada

Escala de Ramsay Desplegable: 1 Ansioso y/o agitado

2 Colaborador, tranquilo y orientado

3 Dormido, responde a órdenes verbales

4 Dormido, responde a órdenes energéticas

5 Dormido, responde solo al dolor

6 Sin respuesta alguna

Escala de Rass Desplegable: +4

+3

+2

+1

0

-1

-2

-3

-4

Observaciones

1 Acceso directo a la escala de Glasgow. Anexo I.

2 Ayuda con tamaño de pupilas

3 Ayuda con valores de escala de Rass

INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO RESPIRATORIO

Estado Respiratorio

Respiración Espontánea Desplegable: Si

No

Características de la Respiración Multiselección: Eupnéico

Disnéico

Taquipnéico

Bradipnéico

Trabajo Respiratorio Desplegable: Si

No

Especificar

Presencia de Secreciones Desplegable: Si

No

Tos Multiselección: Productiva

No Productiva

Eficaz

Ineficaz

Observaciones

INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO CIRCULATORIO

Estado Circulatorio

Coloración de la Piel Desplegable: Normocolorada

Pálida

Cianótica

Otros (ictericia, petequias,)

Estado de la Piel Desplegable: Normal

Fría

Sudorosa

Edemas/Fóvea (especificar)

Hemorragias Desplegable: Si

No

Especificar

Relleno Capilar Desplegable: Normal

 2 segundos

Miembro SD Multiselección: Pulso Conservado

Pulso Débil

Pulso Ausente

Temperatura Normal

Temperatura Fría

Color Normal

Color Pálido

Color Cianótico

Necrosis

Miembro SI Multiselección: Pulso Conservado

Pulso Débil

Pulso Ausente

Temperatura Normal

Temperatura Fría

Color Normal

Color Pálido

Color Cianótico

Necrosis

Miembro ID Multiselección: Pulso Conservado

Pulso Débil

Pulso Ausente

Temperatura Normal

Temperatura Fría

Color Normal

Color Pálido

Color Cianótico

Necrosis

Miembro II Multiselección: Pulso Conservado

Pulso Débil

Pulso Ausente

Temperatura Normal

Temperatura Fría

Color Normal

Color Pálido

Color Cianótico

Necrosis

Ritmo Cardíaco Sinusal Desplegable: Si

No

Arritmia (especificar)

Marcapasos Desplegable: Si

No

DAI Desplegable: Si

No

Observaciones

INDICADORES DE LA PESTAÑA FUNCION DIGESTIVA/RENAL

Estado de la Función Digestiva

Peristaltismo Desplegable: Si

No

Distensión Abdominal Desplegable: Si

No

Nauseas /Vómitos Desplegable: Si

No

Ostomías Especificar

Ictericia Desplegable: Si

No

Observaciones

Estado Función Renal

Diuresis Espontánea Desplegable: Si

No

Urostomías

Globo Vesical Desplegable: Si

No

Observaciones

INDICADORES DE LA PESTAÑA SOMATOMETRÍA

Datos Antropométricos

Peso Estimado

Talla Estimada
IMC Estimado
Observaciones

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

El Sistema Nacional de Salud recoge como barreras o debilidades que puede frenar el desarrollo de una correcta práctica en seguridad la dotación de personal que se considera en muchos casos insuficiente, existiendo estudios que relacionan la ratio enfermera/paciente con la morbimortalidad y la seguridad de los pacientes en la UCI, de manera que cuanto más elevada es la relación, mayor es el riesgo de que se produzca un accidente desagradable, no llevando a cabo el correspondiente registro informatizado de la valoración física del paciente. Por otra parte se considera un problema la escasa coordinación entre las distintas unidades o servicios.

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

Enfocar la mejora de la seguridad clínica la incorporación del paciente como parte activa de todo el proceso de atención es una tarea aún pendiente, pero fundamental contar con su participación sobre todo en aquellos casos en los que según la gravedad y patología al ingreso en estas unidades se encuentren conscientes y orientados, para ayudar a prevenir errores y también para la recogida de información sobre cualquier acontecimiento acaecido.

Otra herramienta importante que nos puede servir de ayuda a los pacientes a saber cuáles son los problemas de seguridad a los que se puede ver expuesto al ingresar en un hospital podría ser el folleto o guía de acogida al ingreso hospitalario. Con esta herramienta se podrían comenzar a plantearse iniciativas de este tipo en los distintos hospitales, recordar nuevamente que nuestro estudio se centra en un hospital comarcal donde una de sus características es permitir según la gravedad y evolución del paciente el acompañamiento de un familiar en el box tanto con horarios

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Pensamos que las posibles líneas de investigación para afianzar una correcta cultura en seguridad y para disminuir los riesgos de las personas que cuidamos, podríamos contar con la formación de las enfermeras y del equipo multidisciplinar como instrumento de mejora en la seguridad del paciente crítico y algo que aún nos queda pendiente es la participación del paciente para actuar de forma activa en beneficio de su propia

» **Bibliografía.**

Navarro Arnedo J, Orgiler Uranga P, Haro Marín S. Guía Práctica de Enfermería en el Paciente Crítico. Enfermería Intensiva. Vol. 15: 17-24. 2011
Proyecto de Implantación de Metodología Enfermera. Consejería de Sanidad: Asturias. 2011
Protocolo de urgencias y emergencias más frecuentes en el adulto. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. 2011
¿En qué consiste una Unidad del Paciente Crítico? Daniela Bretón Carmona. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2011; vol 9 (4): 119-123