

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON DOLOR POR UROLITIASIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Martín Moreno, M^a Soledad. Enfermera del Servicio de Urgencias del Hospital General Básico Santa Ana de Motril (Granada).
 Martín Cervera, Sonia. Enfermera del Servicio de Cirugía del Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba).
 Zurita Torres, Concepción. Enfermera del Servicio de Reanimación del Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real).



INTRODUCCIÓN

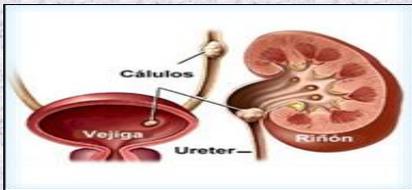
Al Servicio de Urgencias acude un número elevado de pacientes con dolor por urolitiasis de novo o como consecuencia del elevado porcentaje de recidivas de esta enfermedad. Este dolor es considerado por las diferentes escalas de valoración como uno de los más intensos, por lo que puede ocasionar numerosos acontecimientos adversos (diaforesis, vómitos, agitación, aumento de: TA, FR, FC,...). Debido a su origen multifactorial existe una tendencia natural al aumento de casos de dicha enfermedad, motivo por el cual consideramos necesario la toma de medidas adecuadas para potenciar la seguridad del paciente ante los procedimientos clínicos que se le deben de aplicar y ante los posibles acontecimientos adversos que se puedan presentar.

OBJETIVO: Reducir posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad del paciente con dolor por urolitiasis desde su llegada al Servicio de Urgencias.

CIRCUITO DEL PROCESO DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

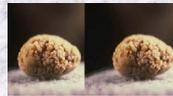
CONTACTO CON EL SISTEMA

Identificación correcta del paciente (Utilizar sistemas de identificación del paciente que evite la pérdida de información y/o confusión en la afiliación).



TRIAJE AVANZADO DE ENFERMERÍA

Identificación y verificación correcta de la persona, constatación de alergias, valoración del nivel del dolor mediante escala validada, toma de constantes para identificar signos y síntomas de un posible shock (TA, FC, Tª,...). **Toda esta información quedará debidamente registrada junto con la presencia o ausencia de factores de riesgo para prevenir posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad del paciente.** Asignar prioridad de acuerdo al modelo de triaje establecido y según el estado que presente el paciente. Por último se le entregará un recipiente para recoger muestra de orina (indicándole las normas para su recogida), y se derivará al área de consultas donde se continúa llevando a cabo actividades para su seguridad, seguimiento y control. En caso de que sea necesario se le realizará una nueva reevaluación de su estado.



ASISTENCIA (ÁREA DE CONSULTAS)

Identificación del paciente y toma de medidas encaminadas a evitar/minimizar el dolor y la pérdida de confort: Control del dolor (NOC 1605). Control de infecciones: higiene adecuada de manos, utilización de doble guante y medidas exhaustivas de asepsia en técnicas y procedimientos enfermeros. Correcta identificación de muestras y de pruebas diagnósticas. Aplicación correcta y segura de la medicación usando la **regla de los cinco correctos**. Todas las actividades realizadas se registrarán en la Hª de Salud. Por último, reevaluaremos al paciente tras la administración de fármacos y sueroterapia.



ASISTENCIA (ÁREA DE OBSERVACIÓN)

Si el dolor no cede el paciente es ingresado en el Área de Observación, la transferencia de información clínica del paciente entre el personal de enfermería se realiza mediante modelo ISOBAR:

- I:** Identificación del paciente. Identificación de los profesionales responsables de la existencia a los que se transfiere el paciente.
- S:** Situación. Motivo de la existencia sanitaria. Cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones, y aspectos a vigilar.
- O:** Observación. Constantes, pruebas realizadas, reevaluación del paciente.
- B:** Background o antecedentes clínicos relevantes. Riesgos y alergias.
- A:** Acordar un Plan de Cuidados. Los cuidados de enfermería estarán encaminados a: Cuidados de enfermería al ingreso (NIC 7310); Control de la ansiedad (NOC 1402); Control del dolor (NOC 1605); Conocimientos: Procedimientos terapéuticos (NOC 1814); Conocimiento: Régimen terapéutico (NOC 1813); Afrontamiento de problemas (NOC 1302); Afrontamiento de los problemas de la familia (NOC 2600); Apoyo a la familia durante el tratamiento (NOC 2609).
- R:** Read-back: Confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades.



ALTA /CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Si tras el tratamiento administrado el dolor ha cedido el paciente será dado de alta. El informe de alta incluirá el plan de cuidados y las recomendaciones para el autocuidado, garantizando la transmisión de la información para permitir una adecuada continuidad asistencial si fuese necesario. También puede darse la situación de que el paciente necesite ser ingresado, en cuyo caso, el traslado se llevará a cabo garantizando la intimidad, el confort y la seguridad del paciente, y se realizará la transferencia de información clínica mediante modelo ISOBAR. En su Hª de Salud quedarán registradas todas las actividades realizadas en el Área de Urgencias (plan terapéutico, seguimiento, cuidados realizados, ...)



BARRERAS DETECTADAS

A veces las manifestaciones de dolor de estos pacientes llegan a ser de gran intensidad, lo que provoca manifestaciones de ansiedad y temor tanto en el paciente como en los familiares. Los Servicios de Urgencias deberían elaborar protocolos de actuación de Enfermería que recojan actuaciones como la canalización de VVP, recogida de muestras, administración de fluidoterapia y medicación previamente protocolizada, etc. Con el fin de agilizar la atención y tratamiento de estos pacientes, disminuir los posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Arrabal Martín M., et al. Urolitiasis: Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud, 2012
- Loro Sancho, N, Sancho Sánchez, M.J. Sancho Sánchez, M.T., Peiró Andrés, A., Folgado Reig, J. Enfermería: Atención, Cuidados y Seguimiento del paciente en Urgencias (Cardiobox). Enfermería Global, Mayo 2007.

