

INTRODUCCIÓN

Los errores en los pacientes que se someten a cirugía y que tras la misma son trasladados a la unidades de Recuperación Post-Anestésicas (URPA) comúnmente llamada Sala de Despertar, se está viendo agravados debido a la sobrecarga laboral a la que en los últimos años está viviendo la enfermería y al aumento de CMA en la URPA. En ocasiones, durante la transferencia del paciente, se pierde información bien sea por el ritmo de trabajo, tanto del quirófano como de la URPA o bien por las transferencias verbales que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente. A esto debe unirse que el paciente suele llegar bajo los efectos de la anestesia con lo cual no puede verificar las dudas que se nos pueden plantear acerca de alergias, Patologías breves etc...

Objetivo General:

- Creación de una hoja de ruta quirúrgica que acompañe al paciente desde su ingreso en el hospital hasta el alta.

Objetivos específicos:

- Facilitar la comunicación entre los profesionales de las distintas áreas.
- Mejorar la seguridad del paciente.
- Aumentar la calidad de nuestra área de competencia: **LOS CUIDADOS.**

Material y método

Estudio observacional descriptivo

Instrumentos

Hoja de ruta diseñada por nuestra Supervisora

Encuesta de recogida de datos a los profesionales para comprobar la eficacia de la hoja.

Muestra

96 pacientes

Edad media de 46,2 años; rango 18 y 62 años.

84 hombres y 12 mujeres

Análisis

Excel y SPSS 15.

RESULTADOS

En estos momentos nuestro estudio se encuentra en fase piloto con opción de mejora.

El 100% de los profesionales que realizaron la encuesta de satisfacción en cuanto a la hoja de ruta consideran que ha mejorado lo siguiente:

- La atención al paciente
- La seguridad del paciente
- La información entre profesionales
- Por otro lado, en vista a los resultados obtenidos, podemos afirmar que los errores en la transferencias se han visto disminuidos y que nos ha ayudado a prevenir posibles errores.

CONCLUSIONES: Una correcta transferencia del paciente es de vital importancia para su recuperación. La creación de herramientas como esta hoja de ruta que nos ayuden a optimizar la calidad asistencial y garantizar la continuidad de cuidados desde el ingreso del paciente hasta el alta hospitalaria disminuirán los errores y mejorarán la seguridad del mismo.

Como área de mejora añadiremos en una hoja de ruta definitiva un apartado de alergias, tratamiento domiciliario y antecedentes de interés, así como un apartado en blanco de observaciones.

BIBLIOGRAFÍA:
 GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, R. y FERNÁNDEZ MARTÍN, J. La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Revista CONAMED 2010; 15 (4), pags. 188-194.
 JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA DE SALUD. Listado de verificación sobre seguridad quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [consultado 9/01/2015]. Disponible en: Verificación de seguridad quirúrgica

Historial:
D.N.I.:
Paciente:

REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL PREOPERATORIO, AL INGRESO

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado	Región Corporal
Precedimiento			
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Rasurado Quirúrgico según cirugía <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>		Consentimiento informado para anestesia <input type="checkbox"/>
Constancia Vitales	<input type="checkbox"/>		Estado Preanestésico <input type="checkbox"/>
Ayuno preoperatorio mínimo 6 horas antes	<input type="checkbox"/>		Consentimiento informado para Cirugía <input type="checkbox"/>
Comprobación Alergias	<input type="checkbox"/>		Consentimiento informado de transf. Hemoderivados <input type="checkbox"/>
Comprobación de Hemoderivados y Pulsera	<input type="checkbox"/>		Reserva de Hemoderivados y Pulsera <input type="checkbox"/>
Sustituir o anular tratamiento anticoagulante previo	<input type="checkbox"/>		

REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL DESPERTAR URPA

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Revisión Permeabilidad Vías Venosa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	Revisión Estado Apéndice, Sondas y Drenajes <input type="checkbox"/>
Constancia Vitales y Nivel Conciencia	<input type="checkbox"/>	Dolor <input type="checkbox"/>

REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL POSTOPERATORIO

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Revisión Permeabilidad Vías Venosa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	Revisión Estado Apéndice, Sondas y Drenajes <input type="checkbox"/>
Constancia Vitales y Nivel Conciencia	<input type="checkbox"/>	Dolor <input type="checkbox"/>

REGISTRO DE ACTIVIDAD EN EL POSTOPERATORIO AL ALTA

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Endoflebitis en Cataratas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	Fiebre secundaria a vía periférica y/o central <input type="checkbox"/>
Informe de Alta	<input type="checkbox"/>	Complicaciones de la anestesia <input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario con sondaje vesical	<input type="checkbox"/>	Hematomas o Hemorragia postoperatoria <input type="checkbox"/>
Mortalidad en Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Desorden fisiológico o metabólico postoperatorio <input type="checkbox"/>
Neumonía Nosocomial	<input type="checkbox"/>	Embolia pulmonar o síndrome venoso profunda <input type="checkbox"/>
Úlcera por presión	<input type="checkbox"/>	Fallo respiratorio Postoperatorio <input type="checkbox"/>
Caidas	<input type="checkbox"/>	Fractura de cadera postoperatorio <input type="checkbox"/>
Error de Medicación	<input type="checkbox"/>	Sepsis Postoperatorio <input type="checkbox"/>
Neumonía asociada a ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>	Deshidratación de herida Postoperatorio <input type="checkbox"/>
Neumonitis Intragráfica	<input type="checkbox"/>	Infección de la herida quirúrgica <input type="checkbox"/>
Cirugía en lugar erróneo	<input type="checkbox"/>	Clonias Doblevis <input type="checkbox"/>
Transfusión con tipo de sangre equivocada	<input type="checkbox"/>	

Historial:
D.N.I.:
Paciente:

ANESTESIA

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	
Comprobación Historia Clínica	<input type="checkbox"/>	
Ayuno preoperatorio mínimo 6 horas antes	<input type="checkbox"/>	
Comprobación Alergias	<input type="checkbox"/>	
Estado Preanestésico	<input type="checkbox"/>	
Consentimiento informado para anestesia	<input type="checkbox"/>	
Reserva de Hemoderivados y Pulsera	<input type="checkbox"/>	
Profundidad anestésica antes de la anestesia	<input type="checkbox"/>	
Sustituir o anular tratamiento anticoagulante previo	<input type="checkbox"/>	
Control de seguridad de la anestesia	<input type="checkbox"/>	

CIRUGÍA

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	
Comprobación Historia Clínica	<input type="checkbox"/>	
Comprobación de localización y procedimiento	<input type="checkbox"/>	
Comprobación Alergias	<input type="checkbox"/>	
Consentimiento informado para cirugía	<input type="checkbox"/>	
Colocación placa histal	<input type="checkbox"/>	
Presencia de material quirúrgico	<input type="checkbox"/>	
Completación informe quirúrgico	<input type="checkbox"/>	
Completación del informe de implante de prótesis	<input type="checkbox"/>	
Revisar los pasos críticos e impresores y duración	<input type="checkbox"/>	
Completación Tratamiento e indicaciones	<input type="checkbox"/>	

ENFERMERÍA

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	
Comprobación alergias	<input type="checkbox"/>	
Comprobación historia clínica	<input type="checkbox"/>	
Comprobación de localización y procedimiento	<input type="checkbox"/>	
Pulsoímetro oxigenado y funcionamiento	<input type="checkbox"/>	
Reserva de Hemoderivados y pulsera	<input type="checkbox"/>	
Vía venosa permeable	<input type="checkbox"/>	
Recuento de gases y compresas	<input type="checkbox"/>	
Comprobación de esterilización instrumental	<input type="checkbox"/>	

AUXILIAR ENFERMERÍA

ENFERMERÍA	Nombre Completo	Nº Colegiado
Lavado Manos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Identificación del Paciente y Pulsera	<input type="checkbox"/>	
Rasurado quirúrgico según cirugía	<input type="checkbox"/>	
Comprobación de medidas de seguridad y aislamiento.	<input type="checkbox"/>	
Comprobación ítem de lista	<input type="checkbox"/>	
Presencia de Material quirúrgico	<input type="checkbox"/>	
Identificación de muestras biológicas	<input type="checkbox"/>	
Revisión estado apéndice	<input type="checkbox"/>	
Fungibles prevalecidos, específicos y adecuados	<input type="checkbox"/>	
Revisión funcionamiento aparatos electrofarmacológicos implicados en el proceso, limpieza quirúrgica y mesa quirúrgica del paciente	<input type="checkbox"/>	