

Cómo citar este documento

Castro Díaz, Alfredo; Martín González, M^a Jesús. Seguridad de la comunicación durante la transferencia del paciente quirúrgico. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0586.php>

SEGURIDAD DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Autores: Alfredo Castro Díaz, M^a Jesús Martín González.

Departamento y Centro de Trabajo: Bloque Quirúrgico, Área Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez- Málaga, Málaga (España)

Resumen: La comunicación entre las unidades en el momento del traspaso de un paciente podría no incluir toda la información esencial, o generar interpretaciones erróneas que impidan una adecuada continuidad asistencial y originen daños al paciente. La Solución para la Seguridad del Paciente de la OMS relativa a la comunicación en el traspaso de pacientes pone énfasis en el Enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención. El Objetivo de este proyecto es el diseño de una Hoja de Ruta para el registro perioperatorio, en el que se anoten los datos clínicos a lo largo el proceso quirúrgico del paciente desde que es preparado en Hospitalización hasta que es dado de alta de la URPA y que acompañe al paciente junto al resto de la Historia Clínica durante todo el proceso. Una barrera detectada es que los profesionales de enfermería de planta ven el registro de la Hoja de Ruta en su servicio, como un incremento de su actividad asistencial, y una disminución de su tiempo de trabajo. Sería necesaria la formación y concienciación de los profesionales de la importancia del registro de los cuidados preoperatorios y de las Prácticas Seguras. Con un registro adecuado y una estandarización de la comunicación en la transferencia del paciente quirúrgico se le proporciona Seguridad y una importante oportunidad de participación: la oportunidad de leer su propio registro médico, como estrategia para la seguridad.

Palabras Clave: Procedimientos quirúrgicos operatorios, Seguridad, Práctica, Sistemas de Comunicación en Hospital.

Contexto de partida:

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso de un paciente podría no incluir toda la información esencial, o generar interpretaciones erróneas que impidan una adecuada continuidad asistencial y originen daños al paciente. La Solución para la Seguridad del Paciente de la OMS,¹ relativa a la comunicación en el traspaso de pacientes pone énfasis en las siguientes recomendaciones: Enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente, Garantizar que en el momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos, y los resultados de las pruebas.²

El objeto del análisis de este proyecto es el tipo de registro perioperatorio existente, puesto que el registro será la herramienta de comunicación en la transferencia del paciente. Un paciente intervenido quirúrgicamente pasa por un proceso cuya localización se encuentra en cuatro lugares fundamentales: planta de hospitalización, recepción en Área Quirúrgica, Quirófano, URPA y vuelta a planta de hospitalización. Las circunstancias y cuidados de dicho paciente en cada una de esas localizaciones deben ser registradas en un documento clínico por los profesionales de Enfermería.³ Es importante decir que no existía Hoja de Ruta del paciente Quirúrgico antes de la intervención mediante este Proyecto. En el estado previo, esta es la descripción de los registros existentes:

- a) En planta de hospitalización, antes de la intervención quirúrgica: los cuidados preoperatorios se registran de forma no protocolizada y sin ayuda de guías clínicas ni listados o check-lists en la “gráfica” del propio servicio. El registro es escaso y de poca calidad. Las valoraciones de temor y/ ansiedad prequirúrgica del paciente no existen ó son cualitativas.
- b) Recepción en el Área Quirúrgica o Antequirófano. Los datos esenciales para la recepción del paciente son extremadamente escasos. El profesional de enfermería debe empezar desde el principio con la valoración preoperatoria, obteniendo datos desde los documentos médicos, y buscando en las gráficas de la planta para saber los medicamentos administrados al paciente, u otros datos. Todos estos cuidados además no son registrados en ningún documento.
- c) Quirófanos: algunos de los cuidados de enfermería son registrados en un documento denominado Hoja de Circulante, cuya finalidad es únicamente administrativa, y que además nunca pasa a la Historia Clínica del paciente sino que es derivado a un despacho administrativo. Una vez terminada la intervención, un profesional de Enfermería acompaña al paciente hasta la URPA, donde comunica algunos datos de manera verbal y no estandarizada al Enfermero que lo recibe, ningún dato esencial queda por escrito.
- d) URPA: el registro de algunos de los cuidados en la URPA y de la medicación y sueroterapia administrada queda registrado en una Hoja de Post-Anestesia, que no incluye ningún Plan de Cuidados de

Enfermería, ni orientación a Resultados. No existe informe de enfermería al alta del paciente de la URPA.

- e) A la vuelta a planta de hospitalización: en planta reciben al paciente una vez intervenido, y conocen de su estado por lo que pueden observar y por los datos que pueden obtener de la Hoja Operatoria del cirujano y la Gráfica de Anestesia. De la Hoja de Post-Anestesia solo se obtienen constantes vitales y medicación administrada, así como presencia de drenajes o sondas. No cabe la posibilidad de continuidad de los cuidados enfermeros, al no existir plan de cuidados perioperatorio ni informe enfermero al alta del paciente de la URPA.

Oportunidades de mejora:

En cuanto a las Prácticas Seguras:

Prácticas Seguras relacionadas con mejoras en la comunicación:

Una comunicación eficiente previene incidentes y eventos adversos,² pero el registro perioperatorio preexistente no permitía la eficiencia en dicha comunicación puesto que estaba constituido por varias hojas de registro independientes, desvinculadas y de contenido informativo escaso, que no incluía la información esencial. Inclusive la hoja de registro intraoperatorio, denominada en nuestro ámbito como Hoja de Circulante, una vez cumplimentada, se desvinculaba de la Historia Clínica del paciente, destinándose a utilización administrativa, suponiendo una pérdida esencial de la información clínica.

En cuanto a las características de calidad recomendadas por el Proceso de Soporte de Bloque Quirúrgico, desde el preoperatorio inmediato hasta el alta de la URPA:

1. Recepción del paciente en el área de preparación quirúrgica o planta de hospitalización:
 - a) Apertura de la hoja de ruta quirúrgica, donde quedarán reflejadas todas las circunstancias y controles realizados al paciente. Al no existir Hoja de Ruta, los controles realizados al paciente en el área de preparación quirúrgica o planta de hospitalización, no quedaban reflejados en la misma.
 - b) Se continuará el plan de cuidados. No cabía tal continuidad al no existir una comunicación entre servicios eficiente por medio de una Hoja de Ruta.

2. Recepción e identificación en el área de quirófanos:

La enfermera revisará la documentación clínica y la preparación preoperatoria, que deberán ajustarse a la intervención. Se continuará el registro de estos datos en la hoja de ruta quirúrgica. Los datos recogidos por la enfermera que recepciona al paciente en el área quirúrgica antes de la intervención no podían ser registrados debido a la falta de una Hoja de Ruta para ello. Asimismo la única fuente de información sobre la preparación preoperatoria del paciente realizada en la Planta de origen consistía en la observación directa del mismo, lo que planteaba muchas dudas y duplicación innecesaria de valoraciones y actividades.

3. Procedimiento quirúrgico:

La Enfermera anotará las circunstancias y los controles perioperatorios en la hoja de ruta quirúrgica. Al no existir tal Hoja de Ruta, no eran posibles dichas anotaciones. Se hacía un tipo de registro intraoperatorio en la ya mencionada Hoja de Circulante, pero no con fines clínicos, sino administrativos, como ya se ha explicado.

4. Finalización de las actuaciones anestesiológicas en quirófano:

La Enfermera registrará las circunstancias de la reversión en la hoja de ruta quirúrgica para su seguimiento. Esto no era posible.

5. Traslado del paciente a la URPA:

El traslado se realizará siempre junto con la documentación clínica. El registro perioperatorio preexistente u Hoja de Circulante no acompañaba a la Historia Clínica, sino que se destinaba a un despacho administrativo.

6. Recepción del paciente en la URPA:

Revisión y continuación de la cumplimentación de la hoja de ruta quirúrgica.

7. Cuidados post-operatorios de enfermería en URPA:

La enfermera aplicará los cuidados requeridos a cada paciente según el plan de cuidados y de acuerdo con los protocolos establecidos en la Unidad. No existía plan de cuidados estandarizado adaptado a nuestro ámbito.

8. Alta del Bloque Quirúrgico:

a) El Anestesiólogo, tras consultar con la Enfermera y tras la revisión de la hoja de ruta quirúrgica, indicará el alta del paciente, si cumple los criterios de alta anestesiológicos.

b) Se entregará el informe de alta del Cirujano, del Anestesiólogo y el informe enfermero al alta a fin de poder realizar el seguimiento del paciente hasta la resolución de su proceso quirúrgico en la planta de hospitalización o en Atención Primaria. Al alta del paciente de la URPA, éste regresaba a su Planta de hospitalización, sin un informe enfermero al alta ni una Hoja de Ruta donde constara el proceso perioperatorio. Esto no permite una adecuada continuidad de los cuidados ni una correcta comunicación en la transferencia del paciente.³

Soluciones aportadas:

Objetivo general:

Diseñar una Hoja de Ruta del paciente quirúrgico, para el registro perioperatorio, en el que se anoten los datos clínicos que se recojan a lo largo el proceso quirúrgico del paciente desde que es preparado en la planta de hospitalización para la intervención quirúrgica hasta que es dado de alta de la URPA tras ser operado y que acompañe al paciente junto al resto de la Historia Clínica durante todo el proceso.²

Objetivos específicos:

1. Diseñar la Hoja de Ruta en formato de tríptico indivisible, que incluya todos los registros del proceso quirúrgico, para garantizar la continuidad de cuidados, disminuir la disociación de documentos y la variabilidad.
2. Contemplar en la Hoja de Ruta datos valiosos para la información esencial durante el traslado del paciente de un servicio hospitalario a otro, o en los cambios de turno de los profesionales.
3. Contemplar en la Hoja de Ruta todos aquellos datos valiosos para futuras revisiones e investigaciones, inclusive las relacionadas con el Plan de vigilancia y control de la infección nosocomial del SAS.
4. Incluir en la Hoja de Ruta la Visita Prequirúrgica, con aquellos aspectos que se valorarán durante dicha visita al paciente quirúrgico, en base a las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson.
5. Incluir en la Hoja de Ruta el Proceso Enfermero y de un Plan de Cuidados Estandarizado, elaborado a partir de los resultados de dos estudios de investigación sobre incidencia de Diagnósticos Enfermeros y de Problemas de Colaboración.

Plan de Actuación:

Participantes: Una mesa de trabajo principal constituida por profesionales de enfermería del Bloque Quirúrgico denominada mesa de Ruta del Paciente Quirúrgico.

Cronograma:

Año 2007:

Abril: Apertura de la Mesas de Trabajo Principal "Ruta del Paciente Quirúrgico" y Mesas de Trabajo Satélites.

Mayo-Junio: Análisis del estado previo a la intervención

Julio: Búsqueda bibliográfica y recopilación de los distintos tipos de registros y Hojas de Ruta del paciente quirúrgico utilizadas en otros Hospitales de Andalucía.

Agosto-Septiembre: Elaboración del primer boceto de Hoja de Ruta.

Octubre-Diciembre: Digitalización del boceto de la Hoja de Ruta.

Año 2008:

Mayo-Junio: Inclusión en el apartado intraoperatorio de las intervenciones de enfermería según NIC.

Septiembre: Se empieza con la difusión de la Hoja de Ruta Quirúrgica por los distintos servicios del Hospital.

Noviembre: Se imprimen 5000 muestras y comienza del Pilotaje de la Hoja de Ruta Quirúrgica. Inicio también de la nueva actividad Visita Prequirúrgica de Urgencias³.

Diciembre: Inicio Estudio sobre la incidencia de Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración en los pacientes quirúrgicos intervenidos en 2008.

Año 2009

Enero: Se continúa hasta la actualidad con el pilotaje de la Hoja de Ruta elaborada aunque se continúa trabajando en ella y haciendo modificaciones a nivel digital.

Febrero: Finalización Estudio sobre la incidencia de Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración en los pacientes quirúrgicos intervenidos en 2008.

Marzo: Finalización Plan de Cuidados para la Visita Prequirúrgica de Urgencias

Año 2010

Enero: Inicio Estudio sobre la incidencia de Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración en los pacientes quirúrgicos intervenidos en 2009.

Febrero: Revisión del Plan de Cuidados anterior y elaboración de un nuevo Proceso Enfermero para la Visita Prequirúrgica de Urgencias.

Marzo-Mayo: Inclusión del nuevo Proceso Enfermero elaborado y de la Orientación a Resultados.

Intervención efectuada:

Se han elaborado dos modelos de Hoja de Ruta del paciente quirúrgico, en forma de tríptico indivisible, en la que se efectuará el registro del proceso del paciente quirúrgico.

El primer modelo es del que se han impreso 5000 unidades, y que se encuentra en la actualidad en pilotaje. Dicho tríptico consta de 4 apartados:

1. Preoperatorio: en este se registran las actividades enfermeras preoperatorias y la valoración enfermera prequirúrgica, la cual se realiza durante la visita prequirúrgica y en la verificación del preoperatorio inmediato.
2. Intraoperatorio: se registran los cuidados enfermeros intraoperatorios.
3. Postoperatorio (URPA): se registran los cuidados enfermeros postoperatorios inmediatos, las constantes vitales, y la medicación administrada según prescripción médica.
4. Alta de URPA: informe de enfermería al alta de la URPA, donde se registra la información esencial sobre el paciente para una correcta comunicación interservicios al alta del paciente.

El segundo modelo se encuentra en formato digital, a la espera de posibles modificaciones y de que se agoten las unidades impresas del anterior modelo. Consta de los siguientes apartados:

1. Preoperatorio: en este se registran las actividades enfermeras preoperatorias y la valoración enfermera prequirúrgica, la cual se realiza durante la visita prequirúrgica y en la verificación del preoperatorio inmediato.
2. Intraoperatorio: se registran los cuidados enfermeros intraoperatorios, así como el Listado de Verificación Intraoperatoria en su integridad, según OMS.¹

3. Postoperatorio (URPA): consta de tres hojas, donde se registran los cuidados enfermeros postoperatorios inmediatos, las constantes vitales, y la medicación administrada según prescripción por el anestesiólogo.
4. Alta de URPA: informe de enfermería al alta de la URPA, donde se registra la información esencial sobre el paciente para una correcta comunicación interservicios al alta del paciente. Asimismo en dicho informe aparece la Orientación a Resultados de Enfermería, con los niveles deseados y los alcanzados.

Barreras detectadas:

Desde el inicio del pilotaje, se han obtenido las siguientes evaluaciones in situ sobre su utilización e impacto clínico y documental:

- Los profesionales de Enfermería del Equipo Quirúrgico de Urgencias fueron los primeros en poner en marcha la utilización de la Hoja de Ruta, así como de manera simultánea, iniciaron la que es innovadora en nuestro ámbito Visita Prequirúrgica de Urgencias, tras unos estudios estadísticos y elaboración de protocolo para la misma (comunicación personal, Madrid, mayo de 2010).
- Seguidamente fueron los profesionales de Enfermería de la URPA, los que han introdujeron la Hoja de Ruta en el ámbito de la Cirugía Programada.
- Casi al mismo tiempo los profesionales de enfermería intraoperatoria comenzaron a registrar la Hoja de Ruta.
- Unos meses más tarde se empezó a abrir la Hoja de Ruta, donde estaba previsto, es decir, en planta de hospitalización, durante la preparación preoperatoria.

Resultados positivos:

- Buena aceptación del nuevo registro por parte de los profesionales del Bloque Quirúrgico.
- La Hoja de Ruta se rellena en casi su totalidad y siempre pasa a la Historia Clínica del paciente.
- Se inicia un contacto más intenso entre los profesionales de enfermería y el paciente quirúrgico de urgencias gracias a la incorporación en su actividad de la visita prequirúrgica de urgencias. Esto también implica una mayor compenetración clínica con los Especialistas.
- Gracias a la guía del apartado de cuidados de enfermería intraoperatorios, se comienzan a realizar actividades de enfermería que constituyen prácticas seguras, y que habían quedado un poco en el olvido, como la protección radiológica del paciente.
- En algunas ocasiones el paciente ha subido de planta con la Hoja de Ruta abierta.
- La incidencia de apertura de la Hoja de Ruta en la planta de Tocoginecología y Obstetricia ha sido bastante importante.
- La evaluación de la Hoja de Ruta por los Comités de Ética y de Documentación Clínica es positiva.

Resultados negativos:

- La aceptación de la Hoja de Ruta por las plantas de hospitalización, especialmente por la de Cirugía, no ha sido buena.
- Cada vez son menos los pacientes que suben de planta con la Hoja de Ruta abierta.
- El registro de la Hoja de Ruta se ha simultaneado con el registro de la antigua Hoja de Circulante y de la antigua Hoja de la URPA, lo que está suponiendo una duplicidad del trabajo y un registro de mala calidad.

Causas de errores:

- Los profesionales de enfermería de las plantas ven la apertura de la Hoja de Ruta en su servicio, como un incremento de su actividad asistencial, y una disminución de su tiempo de trabajo.
- Las antiguas Hojas de Circulante y de la URPA siguen coexistiendo con la nueva Hoja de Ruta, con lo que no se deja de rellenar, duplicando los registros, cansando a los profesionales.

Ajuste de actuaciones e incorporación de mejoras en base a las causas de errores:

- Es necesaria la revisión del segundo modelo de la Hoja de Ruta Quirúrgica así como su visto bueno por Dirección y la impresión de copias para continuar su utilización.
- Comenzar una nueva serie de sesiones clínicas interservicios para la difusión de la Hoja de Ruta. Formación y concienciación de los profesionales de enfermería de la importancia del registro de los cuidados preoperatorios y de las Prácticas Seguras.
- Diseño de una nueva Hoja de registro Administrativo Intraoperatorio (el cual puede estar formado por una autocopia de la Hoja de Ruta), que desplace a la antigua Hoja de Circulante, mejorando la eficacia y agilidad del registro.

Oportunidad de participación del paciente y familia:

Con un registro adecuado y una estandarización de la comunicación en la transferencia del paciente quirúrgico de una unidad a otra durante su proceso, se le proporciona al mismo, además de Seguridad, una importante oportunidad de participación: Se les puede ofrecer la oportunidad de leer su propio registro médico, como estrategia para la seguridad del paciente y se les informa sobre los siguientes pasos a seguir en su atención para que estén preparados para ser transferidos de un entorno a otro.

Propuestas de líneas de investigación:

Estudio del impacto de la Hoja de Ruta Quirúrgica a nivel de comunicación interunidades e interdisciplinar mediante Auditoría de Historias Clínicas de los pacientes intervenidos.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Ginebra: OMS; 2009.
2. Junta de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria. Portal del Observatorio para la Seguridad del Paciente. Prácticas Seguras. Prácticas seguras relacionadas con mejoras en la comunicación. Comunicación durante el traspaso del paciente [Internet]. 2009-2011. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatoriosseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicaseguras/Practicaseguras_relacionadas_con_mejoras_en_la_comunicacion/Comunicacion_durante_el_traspaso_de_pacientes
3. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Web de Procesos Asistenciales Integrados. Procesos. Procesos de Soporte. Bloque Quirúrgico [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2004. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/documentos.asp?idp=167>