



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/229d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Proyecto: Tecnologías en la Implementación de la Verificación Quirúrgica Multidisciplinar. Seguridad de la Comunicación durante la transferencia del paciente**

Autores *María Jesús Martín González, Alfredo Castro Díaz, Concepción González García*

Centro/institución Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga/Axarquía

Ciudad/país Vélez (Málaga), España

Dirección e-mail torredelmar2@hotmail.com

RESUMEN

En cuanto a las Prácticas Seguras: Prácticas Seguras relacionadas con mejoras en la comunicación: Una comunicación eficiente previene incidentes y eventos adversos, 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 [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes

En cuanto a las Prácticas Seguras

Prácticas Seguras relacionadas con mejoras en la comunicación¹

Una comunicación eficiente previene incidentes y eventos adversos, 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 Quirúrgico², desde el preoperatorio inmediato hasta el alta de la URPA:

-Recepción del paciente en el área de preparación quirúrgica o planta de hospitalización:

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.

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.

-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 recibe 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.

-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.

-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.

-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.

-Recepción del paciente en la URPA

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

-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.

-Alta del Bloque Quirúrgico

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. 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.

Tras la puesta en marcha de un Proyecto de Investigación, se diseñó una Hoja de Ruta del paciente quirúrgico, para el registro perioperatorio, en el que se anotan los datos clínicos que se recogen a lo largo del 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 acompaña al paciente junto al resto de la Historia Clínica durante todo el proceso, en forma de tríptico indivisible, y que incluye el Listado de Verificación Intraoperatoria.

Estado actual del tema

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 OMS³ 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.

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 4 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. En el estado previo, ésta es la descripción de los registros existentes:

- En planta de hospitalización, antes de la intervención quirúrgica: Los cuidados preoperatorios se registran de forma protocolizada en la Hoja de Ruta del Paciente Quirúrgico, documento bastante reciente en nuestro ámbito (1 año y medio).
- Recepción en el Área Quirúrgica o Ante-quirófano: El profesional de enfermería realiza y registra en dicha Hoja de Ruta la valoración preoperatoria.
- Quirófanos: Algunos de los cuidados de enfermería eran registrados en un documento denominado Hoja de Circulante, cuya finalidad además de administrativa, pasaba a la Historia Clínica del paciente. Este documento ha desaparecido de un día para otro, en cuanto ha sido instaurado dentro del quirófano, un ordenador con un programa quirúrgico, en el que se registran dichos datos administrativos (horas, profesionales, tipo de intervención, entre otros). Hasta el momento, también se ha estado rellenando la parte de la Hoja de Ruta correspondiente al período intraoperatorio, la cual contenía el importante Listado de Verificación Quirúrgica, así como otros datos fundamentales para una adecuada comunicación en la transferencia del paciente a la URPA.

El nuevo programa informático, contiene dicho Listado de Verificación, sin embargo, está incompleto, así definido por los profesionales que lo manejan. Por otro lado, hay un número de profesionales, que sólo registran en dicho programa informático, alegando la falta de tiempo y que no consideran necesario la duplicidad de registro, mientras que otro número de profesionales (la minoría), siguen registrando en ambos formatos (el informático y la hoja de ruta en papel), argumentando, que el registro sería incompleto, puesto que el programa informático es deficiente, que los datos para una adecuada transferencia del paciente a la URPA no quedarían reflejados en ningún sitio, y que el programa informático carece y es incómodo de un dato fundamental que se realiza a pie de mesa quirúrgica: el recuento de gasas, compresas y material en la intervención.

- URPA: el registro de los cuidados en la URPA y de la medicación y sueroterapia administrada queda registrado en la Hoja de Ruta, que incluye un Plan de Cuidados de Enfermería. Existe informe de enfermería al alta del paciente de la URPA. Hasta el momento recibían al paciente junto la parte intraoperatoria de la Hoja de Ruta, bien cumplimentada y con suficientes datos para una buena transferencia del paciente. Actualmente, la reciben sin cumplimentar en una gran cantidad de casos. Siendo la comunicación de manera verbal, y escasa, debido a la rapidez en las acciones por el aumento de la cantidad de trabajo y la disminución de personal.
- 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 de Ruta.

Objetivos

Objetivo general

Rediseñar la Hoja de Ruta del paciente quirúrgico, únicamente en la parte intraoperatoria, evitando duplicidad con el registro informático, dejando aquellos datos

fundamentales para la seguridad y para la adecuada comunicación en la transferencia del paciente.

Objetivos específicos

1. Rediseñar la Hoja de Ruta manteniendo su 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. Mantener 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. Revisar el Listado de Verificación Quirúrgica del programa informático, añadiendo aquellos datos fundamentales de los que carece.
6. Mantener la antigua Hoja de Circulante, para las intervenciones de urgencia, que no están previstas ni incluidas en el circuito informático.
7. Agilizar el programa informático, de forma que no se cierre constantemente, y de forma que permita el trabajo independiente del registro por el profesional de enfermería y del registro por el facultativo.

Metodología

Se elaborará un modelo de Hoja de Ruta del paciente quirúrgico, en forma de tríptico indivisible, en la que se efectuará el registro del proceso del paciente quirúrgico.

Dicho tríptico constará de 4 apartados, tal y como el actual:

- 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.
- Intraoperatorio: en éste, únicamente será necesario registrar aquellos datos fundamentales para la seguridad intraoperatoria y la comunicación en la transferencia del paciente, obviando aquellos que ya serán registrados por la vía informática.
- 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.
- 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.

Plan de trabajo

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

Cronograma

Año 2013

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

Diciembre: Análisis del estado previo a la intervención.

Año 2014

Enero: Elaboración de los bocetos del rediseño de la Hoja de Ruta.

Febrero: Reunión con equipo informático y rediseño programa.

Marzo: puesta en práctica de nueva hoja y nuevo programa.

Junio: valoración resultados de la intervención.

Bibliografía

1. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Prácticas seguras relacionadas con mejoras en la comunicación. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consultado en septiembre de 2013. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicaseguras/Practicaseguras_relacionadas_con_mejoras_en_la_comunicacion/Comunicacion_durante_el_traspaso_de_pacientes
2. Proceso de Soporte Bloque Quirúrgico. Procesos Asistenciales Integrados. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consultado en septiembre de 2013. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/bloque_quirurgico_v2?perfil=org
3. Cirugía Segura Salva Vidas. Seguridad del Paciente. Programas y Proyectos. OMS. Consultado en septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>